

IV. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

2011

www.solen.cz

ISSN 1803-5930

Abstrakta

IV. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

15. dubna 2011, Regionální centrum Olomouc

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická FN Olomouc,
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče VFN a 1. LF UK Praha,
Česká společnost pro léčbu rány

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

naše příroda



Předplatné se vyplatí!

Udělejte si radost a předplatte sobě nebo svým blízkým časopis Naše příroda! Na každém čísle oproti volnému prodeji ušetříte 10 Kč a navíc časopis dostanete pohodlně přímo do své schránky dříve než ostatní. Ke dvouletému předplatnému získáte dárek v podobě kultovní rybičky!



PŘEDPLATNÉ ZAJIŠTUJE:

SEND Předplatné, Ve Žlíbku 1800/77,
193 00 Praha 9 Horní Počernice,
www.send.cz, tel. 225 985 225
Reklamací zajišťuje SEND.

Půlroční předplatné:	144 Kč
Roční předplatné:	288 Kč
Dvouleté předplatné:	576 Kč

**Starší čísla časopisu Naše příroda
si můžete zpětně objednat...**

poštou: Naše příroda, o.s., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
e-mailem: redakce@nasepriroda.cz
telefonem: +420 585 204 862

Při objednávce 6 a více ks časopisu Naše příroda
sleva 20% z celé objednávky!
Více informací na www.nasepriroda.cz.



POŘADATEL

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická FN Olomouc,
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče VFN a 1. LF UK Praha,
Česká společnost pro léčbu rány,
Solen, s.r.o.

ODBORNÝ GARANT

Bc. Lenka Šeflová

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Ing. Veronika Ješátková

tel.: 582 396 038

mob.: 777 557 415

e-mail: jesatkova@solen.cz

Olomouc, 15. 4. 2011
REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC

Účast na akci je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK
ohodnocena 4 kredity pro všeobecné sestry, nutriční terapeutky a zdravotnické záchranáře.

IV. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

ISSN: 1803-5930

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, www.sedlaczech.cz, tel.: +420 724 984 451

PROGRAM KONFERENCE

pátek 15. dubna / sál Pegasus

9.00–9.05 Zahájení konference

9.05–10.25 RÁNY

- **Novinky v hojení ran** – Mrázová R.
- **Řešení bolesti u chronických ran** – Koutná M., Mrázová R.
- **Využití produktů vlhké terapie v dermatologii** – Gavlasová L.
- **Elektronická dokumentace chronické rány** – Hašková L., Sýkorová Z.

10.25–10.55 Přestávka

10.55–12.05 VÝŽIVA

- **Ošetřování implantabilních portů, centrálních a periferních venózních vstupů** – Labudíková M.
- **Možnosti nutriční podpory v domácím prostředí** – Vrzalová D.
- **Dysfagie a pomůcky při poruchách polykání** – Kovaříková R., Kejklíčková I.

12.05–12.15 Přestávka

12.15–13.20 OČKOVÁNÍ

- **Očkování proti chřipce** – Hozáková L.
- **Očkování jako prevence rakoviny děložního čípku** – Ondrová D.
- **Očkování při cestách do zahraničí** – Rumlarová Š., Kosina P.

13.20–14.45 Obědová přestávka

14.45–15.35 RESUSCITACE

- **Resuscitace a nové předpisy** – Klementa B.
- **Specifické požadavky na sociální interakci v intenzivní péči** – Pokorná A., Mrázová R.

NÁCVIK RESUSCITACE (po celou dobu akce v prostoru vedle schodů)

– Hubáčková M. – vrchní sestra Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Olomouc,
Zatloukal A., Zdražilová I., Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Olomouc

WORKSHOP:

- **Hojení ran v týmu** – Koutná M., Mrázová R.

10.40–12.10 začátečníci

12.15–13.45 pokročilí

Vážení přátelé,

někteří z Vás měli již minulý rok příležitost účastnit se workshopu nazvaného „Hojení ran v týmu“. Na základě zkušeností z akce jsme se rozhodli dát příležitost zájemcům o workshop, který jsme rozdělili na začátečníky a pokročilé. Nabízíme Vám proto rámcový přehled znalostí, které by mohl mít začátečník nebo zájemce o informace v hojení ran a jaké informace předpokládáme u pokročilých specialistů. Workshop není forma zkoušení, ale naopak diskuzí v týmu. Přehled znalostí v tabulce je pouze orientační pomůckou pro zájemce, ne pro pořadatele. Těšíme se na Vaši účast. Jako minulý rok budou aktivní účastníci ohodnoceni dárky.

ZÁJEMCE O HOJENÍ RAN nebo ZÁČÁTEČNÍK:

Kontakt s různými typy ran	Nárazově, výjimečně, dle výskytu na pracovišti
Praktické zkušenost s ošetřováním ran	Občasné ošetření ran
Znalosti o krycích materiálech	Nezná materiály nebo zná několik materiálů například od více společností
Teoretické znalosti v hojení ran	Školní znalosti

POKROČILÝ ZÁJEMCE O WORKSHOP:

Kontakt s různými typy ran	Pravidelný, stálý kontakt
Praktické zkušenost s ošetřováním ran	Pravidelné ošetřování ran
Znalosti o krycích materiálech	Základní znalost alespoň 10 krycích materiálů nebo účast na semináři o hojení ran nebo kurzu
Teoretické znalosti v hojení ran	Absolvování semináře nebo kurzu na hojení ran

RÁNY

pátek / 15. 4. 2011 / 9.05–10.25

Novinky v hojení ran

RNDr. Romana Mrázová, Ph.D.

Vysokomýtská nemocnice, Vysoké Mýto

Úhradová vyhláška v roce 2011 nám příliš výběr vhodného terapeutického materiálu v prostředí LDN neusnadní. Pro výběr vhodného materiálu v péči o chronické nehojící se defekty, musí tyto materiály splňovat základní kritéria, jakými jsou ekonomičnost použitého materiálu, jeho zacílení v souladu s fázovým hojením, uživatelský komfort pro naše klienty a odborná znalost NLZP při aplikaci těchto materiálů.

Jak postupovat při výběru materiálů? Na našem začátku musí být zájem o klienta, následuje zájem o danou problematiku a na posledním místě je sestavení pozitivního listu, který by měl odpovídat potřebám daného pracoviště, znalostem ošetrovatelského multidisciplinárního týmu a zapomínat nesmíme na ekonomické nároky vedení daného pracoviště.

Pozitivní list by měl být sestaven dle základních materiálových skupin, které mohou být doplněně vybranými a vyzkoušenými novinkami, kterým se nebráníme. Platnost pozitivního listu by neměla být delší než jeden rok, abychom měli možnost náš výběr přehodnotit a přidat materiály další a vyřadit ty nepoužívané.

Mezi novinky antiseptických materiálů určitě patří málo používaný cadexomer jódu

v zastoupení materiálu IODOSORB, kdy využijeme oblíbených účinků jódu s prodlouženým uvolňováním.

Při použití materiálů se stříbrem v LDN nejvíce používáme kombinaci s algináty, polyuretanovými pěny nebo využíváme samotného stříbra, které můžeme použít na 3 nebo 7 dnů.

Závěrem lze shrnout, že správně zvolený materiál nám dokáže zajistit spokojené klienty i vedení nemocnice.

Řešení bolesti u chronických ran

Mgr. Markéta Koutná,

RNDr. Romana Mrázová, Ph.D.

Poradna pro léčbu rány, KARIM,

1. LF UK a VFN Praha

Vysokomýtská nemocnice, Vysoké Mýto

Témata týkající se hojení ran jsou velmi pestrá a nikdy nenaplněná. Všichni, kdo se zabývají o tuto problematiku, jistě zaznamenali, že rok 2009 a 2010 byl při různých setkáních, kongresech a prezentacích zaměřen na řešení bolesti při léčbě chronických ran. Vznikaly nové texty, byly prezentovány výsledky řady studií nebo na toto téma byly přeloženy zahraniční publikace.

V určitých situacích by se mohlo zdát, že ostatní témata ustoupila do pozadí. Opak je ale pravdou. Po uplynutí dalšího roku, zkušenost z praxe ukazuje, že v mnohých případech toto téma zůstalo pouze v „papírové“ podobě.

Úkolem workshopu, který navazuje na zkušenosti workshopu „Hojení ran v týmu“ z minulého roku, je zapojit účastníky do řešení různých situací z praxe, zaměřených na bolest a její eliminaci ve spojení s chronickou ránou.

Prezentace, která předchází workshopu, je pozvánkou účastníků na workshop s předložením základních informací a problémů týkajících se bolesti a chronické rány.

Využití produktů vlhké terapie v dermatologii

Mgr. Lenka Gavlasová

Kožní oddělení,

Fakultní nemocnice Ostrava

Cílem každého ošetřování ran je co nejrychlejší funkční regenerace, případně reparace poškozené tkáně.

Rány lze ošetřovat buď klasickou technikou s použitím sekundárního krytí, nebo vlhkou terapií. Proces hojení ovlivňují jak lokální faktory (typ rány, její velikost, lokalizace, stav okrajů a spodiny rány, zda-li je přítomna infekce a stáří defektu), tak systémové faktory (věk pacienta, stav výživy a imunitního systému, přidružená onemocnění, pooperační komplikace, následky akutního traumatu nebo šoku, léky či psychosociální aspekty).

V hojení ran je důležitá diagnostika rány, kdy posuzujeme na základě vzhledu konkrétního defektu v jaké fázi hojení se právě nachází (exsudativní, proliferativní, granulační a epitelizační). Dle fáze hojení určujeme typ obvazového materiálu, který by bylo vhodné k hojení defektu použít.

Cílem přednášky je, na konkrétních kazuistikách, ukázat možnosti použití materiálů k ošetřování kožních defektů.

Kazuistika č. 1

- 76letý muž s vícečetnými defekty na PDK trvající 3–4 roky, vždy zhojeny na dobu cca 6 měsíců (největší defekt velikosti 7x5 cm).
- Základní dg.: Ulcus cruris venosus I. dx.
- Defekty na bérce s povleklou spodinou, zapáchající, s mírnou secernací, na kůži v okolí defektů se nachází trofické změny, bez známek akutního zánětu.

Kazuistika č. 2

- 59letá žena se dvěma defekty na LDK (1. ulcerace velikosti 20x15 cm, 2. ulcerace velikosti 8x2 cm).
- Základní dg.: Pyoderma gangrenosum cruris I. sin., Ulcus cruris venosus I. sin.
- Defekty na LDK s povleklou spodinou, zapáchající, hojně secernující s ojedinělou granulací.

Kazuistika č. 3

- 71letá žena s cirkulárním defektem na LDK.
- Základní dg.: Ulcus cruris venosus I. sin.
- Pacientka přijata k lokální terapii bércového vředu z důvodu neúspěchu ambulantní léčby. Defekt s fibrinózním povlakem s nekrotickými ložisky, blízké okolí defektu s erytémem a otokem.

Kazuistika č. 4

- 44letý muž s nekrotickým defektem v parietooccipitální krajině velikosti 10x15 cm.
- Základní dg.: Polyparazitismus, anémie sekundární, stp. septický stav.
- Pacient přeložen k terapii parazitárního onemocnění kůže, dekubitů trnů kostí kyčelních a nekrotického defektu v parietooccipitální krajině.

Závěr

Na těchto čtyřech kazuistikách chce autorka ukázat možnosti aplikace materiálů vlhké terapie u kožních defektů. U dvou prezentovaných pacientů bylo příčinou jiné onemocnění než chronická venózní insuficience, a to spinoculární karcinom a pyoderma gangrenosum. Snížením frekvence převazů, snížením množství obvazového materiálu a zamezením vzniku bolestí pacientů při převazech (snížením frekvence a množstvím podávaných analgetik) se stávají materiály k vlhké terapii ekonomicky výhodnějšími při ošetřování kožních defektů před používáním klasických obvazových materiálů za předpokladu důkladné diagnostiky rány a posouzením celkového stavu pacienta a jeho spolupráce při léčbě.

Elektronická dokumentace chronické rány

Libuše Hašková, Zuzana Sýkorová
Masarykův onkologický ústav Brno

Autorky byly v roce 2008 členkami týmu, který realizoval program **Monitorování rány v PC** (submodul nemocničního informačního systému **Greyfox**).

Cílem tohoto programu bylo zjednodušit sestřám agendu dokumentace v souvislosti s ošetřováním ran jak v ambulantní, tak v hospitalizační péči.

Modul **Záznam o ráně** slouží k zaznamenání anamnézy rány, její lokalizaci, vývoje a ošetřování rány, včetně evidence autorek převazu, event. činnosti konzultantek pro hojení ran. Modul umožňuje vkládat **fotodokumentaci** v průběhu péče o ránu a zpřístupnit tak informace celému ošetřovatelskému týmu. Zároveň se takto vedený záznam o ráně stává důkazem o účinnosti a účelnosti zvoleného postupu při péči o ránu a ve výsledku poskytuje možnost srovnávat efekt zvolených postupů na jednotlivých kazuistikách.

Sdělení seznámí posluchače jak se samotným modulem, tak s možností získávání **manažerských výstupů** v dané oblasti.

VÝŽIVA

pátek / 15. 4. 2011 / 10.55–12.05

Ošetřování implantabilních portů, centrálních a periferních venózních vstupů

Bc. Monika Labudíková

Hemato-onkologická klinika, FN Olomouc

Moderní léčba nádorových a některých chronických onemocnění vyžaduje dlouhodobý přístup do žilního systému. Vstup do centrálního žilního řečiště zajišťuje možnost opakovaného, intenzivního a dlouhodobého podávání cytostatické léčby, aplikaci krevních přípravků, infuzí, antibiotik, analgetik a další podpůrné léčby. Jedna z možností je také implantace venózních portů, které se staly běžnou součástí léčby. Nejenže umožňují aplikaci do centrálního systému, ale také nabízí možnost opakovaných krevních odběrů.

Implantace portů se řadí mezi malé invazivní výkony, které pacienta jen málo zatěžují.

Samotný port je implantován do podkoží, skládá se většinou z plastové komůrky a polyuretanového nebo silikonového katétru. Principem funkce portu je podkožně umístěn rezervoár (komůrka z titanové oceli nebo plastu) na fascii svalu. Tento rezervoár je spojený s centrálním žilním řečištěm podkožně tunelizovaným katétre.

Po implantaci portu pacient obdrží „Průkaz pacienta s podkožním portem“, v němž je zaznamenáno datum zavedení, telefon na lékaře,

kliniku. Dokumentujeme zde každý proplach portu, popřípadě komplikace.

U ošetřování intravenózních portů postupujeme asepticky. Silikonová membrána portu nabízí 1500–3000 vpichů. Aplikaci do portu umožňuje speciální jehla Huberova se skoseným hrotem. Je vyvinuta tak, aby nepoškodila silikonovou membránu. Nikdy nepoužíváme standardní jehly. Doba použitelnosti jehly (výměna) je dána výrobcem, existují Hubertovy jehly 24 hodinové a 5 denní. Abychom mohli vytáhnout jehlu z portu, musíme nejprve zkontrolovat návrat krve a následně systém propláchnout 20 ml FR, popř. ukončit heparinovou zátkou dle ordinace lékaře.

Centrální žilní vstup – flexibilní umělohmotný katétr zavedený do centrální žíly, je nenahraditelnou součástí jakékoliv intenzivní léčby.

Ošetřování centrálních žilních katétrů provádíme zásadně aseptickým způsobem: na sterilní instrumentační stolek připravíme sterilní pomůcky – rukavice, krycí materiál, tampony, štětičky, nástroje – peán, pinzetu. Na dolní odkládací plochu nachystáme povrchově sterilní potřeby – dezinfekční roztoky, náplast, rukavice, náhradní koncovky, stříkačky, jehly, emitní misku...

U samotného převazu věnujeme pozornost místu vpichu (kontrola kůže – zarudnutí, porušení kožní integrity, krvácení, secernace tekutiny), sledujeme bolestivost.

Katétr sterilně kryjeme – sterilní krytí – převaz denně, netkaný samolepící absorbční materiál (Mepore) – převaz každý třetí den, transparentní fólie – každý pátý den. Nedílnou součástí převazu je také výměna koncových uzávěrů a zápis do dokumentace.

Periferní žilní katétry (PŽK) zavádíme nejčastěji na dobu 72–96 hodin (krátkodobé parenterální aplikace). U převazů hodnotíme tíže flebitis dle Madonna na stupnici 0–4. Zápis v dokumentaci obsahuje informace o průchodnosti, návratu, bolestivosti, datum dalšího převazu, zhodnocení místa vpichu.

Ošetřování žilních vstupů jsou plně v kompetenci sester (Vyhl. 55/2011 Sb.), které svým kvalitním ošetřováním a edukací klienta přispívají k výrazné redukci možných komplikací jak časných, tak pozdních.

Možnosti nutriční podpory v domácím prostředí

MUDr. Mgr. Drahomíra Vrzalová

II. interní klinika – gastroenterologická a hepatologická, FN Olomouc

Dysfagie a pomůcky při poruchách polykání

Mgr. Radka Kovaříková,

PaedDr. Ilona Kejklíčková, Ph.D.

Soukromá klinika LOGO s.r.o., Brno

Polykání a také jeho poruchy jsou častou diagnózou, se kterou se zvláště na lůžkových odděleních u dospělých pacientů zdravotní sestra setkává. Mluvní orgány mají bezprostřední souvislost s orgány, které se na polykání přímo účastní, nebo jsou s nimi totožné. V posledním

desetiletí se proto na rehabilitaci osob s některým druhem poruch polykání podílí stále více také informovaní a zaškolení logopedové.

Polykání je fyziologická činnost, která je u zdravého člověka nutným předpokladem existence. Znamená posun potravy nebo tekutin z dutiny ústní polykacími cestami do žaludku, tj. horní částí zažívacího ústrojí. Polykací cesty zahrnují tedy dutinu ústní, hltan a jícen. Transport potravy, tekutin, resp. jiných částí z dutiny ústní, označován jako polykání, má fázi vědomou a nevědomou.

Polykání slin si většinou člověk vůbec neuvědomuje, odehrává se spontánně a nesouvisí přímo s polykáním sousta, nebo s pitím tekutin. Sliny jsou produkovány slinnými žlázami průběžně a po určitém nahromadění v ústech, jsou polknuty. Polykání slin se v bdělém stavu u zdravého člověka odehrává v průměru dvakrát za minutu, během spánku je méně časté. Dospělý člověk spolkyá během 24 hodin 1,5–2 litry slin.

Jako *dysfagie* se označuje stav, kdy polykací akt neprobíhá hladce, nebo sousto zůstává vězet v polykacích cestách, a/nebo polykání vyvolává pocit překážky. Jinými slovy dysfagie znamená poruchu polykání pevné či tekuté stravy, která nastává v průběhu transportu z dutiny ústní do žaludku. Při čisté dysfagii nebyvají zřetelné bolesti. Když je dysfagie spojena s bolestí, tzn. že polykání je nejen ztížené, ale i bolestivé, označuje se jako *odynofagie*. Stav, kdy má pacient trvale, a/nebo ve stresových situacích, pocit cizího tělesa (často pocit „knedlíku“) v krku bez polykacích potíží a bez jakékoliv zjištěné morfologické příčiny, se označuje jako *globus hystericus* (také gl. nervosus, gl. pharyngicus).

Poruchy polykání mohou mít mnoho a velice odlišných příčin. Proto je dysfagie problémem *interdisciplinárním* a na jejím řešení se podílí otorinolaryngologie, gastroenterologie, interna, ortopedie, neurologie, stomatologie, čelistní chirurgie, někdy psychosomatologie a v posledním desetiletí také logopedie.

Dysfagie se může vyskytovat v každém věku, ale nejčastější je kolem 50. roku života. Asi třetina pacientů umisťuje své potíže do oblasti hltnu.

Statisticky bylo zjištěno, že 45 % osob, starších 75 let, trpí poruchami polykání, při čemž se

uplatňují onemocnění neurologická, psychiatrická a chronická, způsobena stářím a různými nemocemi, které se vzájemně negativně kombinují.

U pacientů s vážným poškozením centrálního nervového systému (CMP, úrazy, sclerosis multiplex, Parkinsonova nemoc, amyotrofická laterální skleróza a další bulbární a suprabulbární postižení, demence) je péče o polykání mimořádně důležitá. Kromě podvýživy hrozí u nich zejména nebezpečí aspirační bronchopneumonie. V akutních stavech po CMP bývá polykání porušeno ve více než polovině případů.

OČKOVÁNÍ

pátek / 15. 4. 2011 / 12.15–13.20

Očkování proti chřipce

MUDr. Lubomíra Hozáková

Klinika infekčního lékařství,

FN Ostrava-Poruba

Chřipka je nejčastější infekční onemocnění člověka, které každoročně postihuje kolem 10 % obyvatel, v období pandemie může onemocnět až 50 % obyvatel. Na rozdíl od jiných virových onemocnění dýchacích cest je chřipka závažné onemocnění, které může vést až k úmrtí, zejména u lidí s chronickým onemocněním. Velmi účinnou prevencí proti chřipce je očkování. Bohužel, nejen laická, ale i odborná veřejnost považuje chřipku za banální onemocnění a očkování za zbytečné, čehož dokladem byla i malá proočkovanost proti pandemické chřip-

ce v období poslední pandemie v roce 2009. Rozeznáváme chřipkové viry A, B, C. Virus chřipky má dva povrchové glykoproteinové antigeny – hemaglutinin a neuraminidázu. U viru chřipky A je známo 16 hemaglutininů a 9 neuraminidáz. Hemaglutininy a neuraminidázy mohou vytvářet různé kombinace. Člověk je vnímavý k viru chřipky A, který obsahuje antigeny H1, H2, H3 a N1 a N2. V současné době je to kombinace H1N1 a H2N3. Každoročně probíhají malé „driftové“ změny v antigenní struktuře viru, které vedou k epidemiím a jednou za 10–40 let vznikne velká „shiftová“ změna v antigenní struktuře viru, která vede k pandemiím, jaká byla naposledy v roce 2009. Virus chřipky B je antigenně stabilnější. Virus chřipky C způsobuje lehké onemocnění nazývané „common cold“.

Vakcíny proti chřipce obsahují 3 kmeny chřipkových virů, dva kmeny chřipky A a jeden kmen chřipky B. Toto složení je dáno experty WHO. Pandemický kmen 2009 byl virus A H1N1, u kterého došlo k větší změně v antigenní struktuře viru, takže protilátky po očkování sezonní chřipkou nebyly účinné. Proto na podzim a v zimě roku 2009 bylo nutné očkovat nejen proti sezonní chřipce, ale i proti novému pandemickému kmenu. Očkování proti sezonní chřipce se doporučuje provádět každoročně, nemusí sice dokonale chránit před malými driftovými změnami viru, které nelze předvídat, ale průběh onemocnění je mnohem mírnější.

Sezonní chřipkové vakcíny u nás dostupné jsou inaktivované štěpené nebo subjednotkové. Štěpená vakcína obsahuje povrchové a vnitřní antigeny. Subjednotková vakcína obsahuje pouze povrchové antigeny – hemagglutinin a neuraminidázu. Tyto vakcíny mají velmi nízkou reaktogenitu, protože neobsahují lipidickou vrstvu obalu na rozdíl od celovirionových, které se již nepoužívají. Doposud ve výrobě chřipkových vakcín převažuje kultivace viru na kuřecích embryích, v poslední době se začíná rozvíjet kultivace viru na tkáňových kulturách.

Vakcinace je v ČR orientovaná na osoby nad 65 let věku a na osoby z rizikových skupin, u kterých onemocnění probíhá těžce a může končit úmrtím v důsledku dekompenzace jejich základního onemocnění, nebo v důsledku bakteriální superinfekce, dále na pacienty v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domově důchodců, na rodinné příslušníky pacientů, kteří nemohou být očkováni a hrozí u nich těžší průběh chřipky.

Také výhodou je očkování i pracující populace, protože onemocnění chřipkou vede k velkým ekonomickým ztrátám souvisejících s pracovní neschopností.

Očkování jako prevence rakoviny děložního čípku

MUDr. Dana Ondrová Ph.D.

**Porodnicko-gynekologická klinika
FN Olomouc**

Lidský papilomavirus (ve zkratce HPV z anglického Human papillomavirus) je jeden z více než 100 různých typů papilomaviru, který napadá lidské buňky. V lidské populaci se jedná o běžné viry. Většina typů nevyvolává žádné známky nebo symptomy onemocnění a infekce odezní bez léčení. Určité typy HPV jsou však původci bradavic na ruce a chodidlech, asi 30 typů HPV je známo jako genitální HPV, protože tyto typy postihují oblast genitálií a mohou vyvolat změny buněk sliznice děložního čípku. Bez léčby se tyto abnormální buňky mohou někdy změnit v rakovinné buňky. Jiné typy HPV mohou způsobit genitální bradavice a benigní změny děložního čípku.

Téměř polovina všech žen, kterým je diagnostikována rakovina děložního čípku, jsou ve věku mezi 35 až 55 lety. Většina z nich přišla do styku s „vysoce rizikovými“ typy HPV v období dospívání nebo kolem 20. roku věku. Rakovina děložního čípku je celosvětově druhým nejčastějším zhoubným nádorem u žen hned po rakovině prsu. Každoročně této nemoci podlehnou 250 tisíc žen na celém světě. V České republice každý rok vyslechne tuto smutnou diagnózu více než 1 100 žen a více než 400 pacientek nemoci podlehnou.

Nejvhodnější prevencí vzniku rakoviny děložního čípku jsou pravidelné návštěvy u gynekologa spojené s odběrem cytologie a očkování proti rakovině děložního čípku, které ženy chrání proti nejčastějším typům HPV virů. Díky kombinaci screeningu a očkování lze výskyt onemocnění významně snížit.

V České republice jsou dostupné 2 očkovací látky proti HPV, od roku 2006 vakcína Silgard (Merck) a od roku 2007 Cervarix (GSK). Obě očkovací látky jsou určeny pro dívky a ženy. Optimální věk pro očkování je ještě před zahájením pohlavní aktivity. Očkování jako prevence karcinomu hrdla děložního je samozřejmě doporučováno dívkám i ženám starším.

Očkování při cestách do zahraničí

MUDr. Šárka Rumlarová,

MUDr. Pavel Kosina, Ph.D.

**Klinika infekčních nemocí, Centrum očkování
a cestovní medicíny Lékařská fakulta UK
a Fakultní nemocnice v Hradci Králové**

V současné době stále více lidí cestuje už ve svém volném čase jako turisté, nebo pracovně. Cílem jejich cest jsou přitom často země exotické, které mají zcela odlišné klima, jiný hygienický standard a odlišné spektrum infekčních nemocí. Vhodnými preventivními opatřeními, včetně správně zvoleného očkování, je možné alespoň některým zdravotním rizikům při cestování předejít. Očkování doporučujeme individuálně pro konkrétního cestovatele, v závislosti na jeho zdravotním stavu, podle charakteru cesty a délky pobytu. Řídíme se samozřejmě i aktuální epidemiologickou situací v cílové destinaci, svou roli může hrát i roční období, ve kterém má cesta proběhnout. Je jistě vhodné očkování zahájit s dostatečným předstihem, ale někdy se nevyhneme očkování „na poslední chvíli“. Provedená očkování zaznamenáváme do Mezinárodního očkovacího průkazu. Cestovatele poučíme i o dalších možných zdravotních rizicích a jejich prevenci, případně doplňujeme antimalarickou profylaxi.

RESUSCITACE

pátek / 15. 4. 2011 / 14.45–15.35

Resuscitace a nové předpisy

MUDr. Bronislav Klementa

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Olomouc, Kardiochirurgická klinika FN a LF UP Olomouc

ALS – Advanced Life Support (rozšířená podpora života, rozšířená neodkladná resuscitace). Jedná se o soubor doporučených postupů, které směřují k záchraně postiženého při selhání základních životních funkcí za použití speciálních pomůcek, nejedná se přitom jenom o vlastní resuscitaci. Navazuje bezprostředně na základní podporu života (BLS – Basic Life Support) jako součást řetězce přežití. Nové postupy ALS byly zveřejněny na podzim roku 2010 Evropskou radou pro resuscitaci. Tyto revidované resuscitační postupy vznikaly na základě širokého konsenzu odborníků z celého světa a poslední úpravy byly směřovány na evropské podmínky. Je kladen důraz na minimálně přerušované hrudní komprese během jakékoli terapeutické intervence i na vyhledávání potencionálních zástav oběhu v nemocnici i mimo ni podle varovných příznaků. Neklade se již důraz na prekordiální úder, protože má minimální účinnost. Nadále již není doporučováno podávání léků intratracheálně, pokud není možné zajistit nitrožilní přístup, pak by léky měly být podávány intraosseálně.

Při ošetření srdeční zástavy, kde je rytmus komorové fibrilace nebo bezpulzové

tachykardie, je doporučeno podávání 1 mg adrenalinu intravenózně po třetím výboji. Intubace samotná nezlepšuje dlouhodobé přežívání, patří výhradně do rukou zkušených lékařů a současně se během pokusu o intubaci mají minimálně přerušovat komprese hrudníku. Kapnografie se má využívat k potvrzení a nepřetržitému monitorování umístění tracheální rourky, kvality KPR a také k časnému rozpoznání obnovení spontánní cirkulace. Echokardiografie během resuscitace je doporučovaná k vyhledávání možných zvrtných příčin, které je možné terapeuticky ovlivnit (tamponáda, výpotky, pneumotorax atd.). Po obnovení oběhu má být podáván kyslík tak, aby se dosahovalo saturace v rozmezí 94–98 %, vyšší hodnoty nejsou prospěšné. Guidelines kladou mnohem větší důraz na léčbu postresuscitačního syndromu a současně i na užití primární perkutánní koronární intervence. Užití terapeutické hypotermie je doporučeno u všech pacientů po kardiální zástavě po všech typech srdečního rytmu. Prognózování po KPR u komatózních pacientů přeživších po srdeční zástavě je nadále nespolehlivé, speciálně pokud byla u pacienta použita mírná terapeutická hypotermie.

Je nutné říci, že doporučované postupy jsou revidovány po relativně krátkých časových úsecích. V České republice bude trvat několik let, než se je podaří úspěšně implementovat do resuscitační praxe.

Specifické požadavky na sociální interakci nemocnými v intenzivní péči

PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

**Masarykova univerzita, Lékařská fakulta,
Katedra ošetrovatelství Brno**

Problematika komunikace je v současném moderním ošetrovatelství stále palčivým problémem, jehož hlavní etiologií není pouze fakt nedostatku času, ale častým problémem bývá také to, že zdravotničtí pracovníci komunikovat neumí nebo dokonce nechťejí. Situace se stává obtížnější zejména při péči o nemocné s porušenou či omezenou komunikací. Zvláště pak u pacientů, kteří jsou napojeni na ventilátor a nemohou se projevit běžnými způsoby sociální interakce a využít verbální formy exprese. Nemocní v intenzivní péči a zejména osoby na umělé plicní ventilaci jsou zcela odkázáni na péči sestry, která musí být schopna identifikovat potřeby nemocného i přes hojně technické vybavení a zajištění. Neméně důležité je pro sestru umět rozeznat, v přebytku techniky, nemocného člověka. Sociální interakce sester s pacienty v intenzivní péči je charakterizována vysokými nároky na čas a vyžaduje dostatek trpělivosti, empatie a především přesvědčení, že tato činnost je smysluplná a užitečná. Prostředí intenzivní péče klade na sestru, stejně jako na nemocného i jeho blízké, nemalé požadavky. Na straně sestry je vyžadována důkladná profesní příprava, dostatek zkušeností, zvládnání práce v zátěžových podmínkách, vysokou spolehlivost, odpovědnost a v neposlední řadě si sestra musí najít čas na „svého nemocného“ a rozpoznat, co jí chce nemocný sdělit. Na straně nemocného stojí

mnoho fyzických, psychických i sociálních bariér, které znesnadňují vzájemnou sociální interakci a tím poskytování efektivní péče, postavené na důkladné identifikaci potřeb a jejich následném uspokojení. Třetím významným prvkem, který determinuje efektivitu sociální interakce v intenzivní péči, je skupina blízkých osob z předchozího života nemocného. Ty významně působí na utváření autoplastického obrazu nemoci jedince bez předchozího vlivu premorbidní osobnosti jedince o něj je pečováno. Komunikace na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení je v mnoha ohledech specifická. Anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou přizpůsobena tak, aby pomáhala udržovat při životě osoby v kritickém stavu a vážně nemocné pacienty. Vlastní prostředí a daná situace pacienta vnášejí do komunikace bariéry, které musejí zdravotničtí pracovníci překonávat. Je omezena verbální komunikace u nemocného a důsledkem je naopak zvýšená potřeba neverbální komunikace a senzitivity nelékařských zdravotnických pracovníků k projevům neverbální komunikace nemocných a zvyšuje se důraz na efektivní komunikaci NLZP alternativními cestami. Pacient a ten, kdo jej ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu a komunikace je tím pádem nejen součástí, ale také druhem péče. Obecně platí, že nelze nekomunikovat. Aktivita i neaktivita v komunikaci, slova i mlčení, vše má význam sdělení. I mlčení patří do komunikace a může mít více významů. V tichu můžeme přemýšlet a hledat, jak v komunikaci dál pokračovat. Pacient může potřebovat prostor k přemýšlení nad otázkou, kterou chce položit, nebo si rozmyslet odpověď. Je potřeba být citlivý k tomu, kdy dát pacientovi prostor, aby si rozmyslel, co chce říci a kdy ho povzbudit, aby mohl dál po-

kračovat. Zdravotník má možnost zvolit vhodný způsob komunikace s nemocným, ale musí znát limitující faktory a podpůrné mechanismy vzájemného porozumění. Přitom se nesoustředí jen na roli nemocného, ale vnímá jej v celé rozmanitosti jeho životních rolí. Zvažuje okolnosti, další vývoj nemoci a jeho důsledky pro nemocného. Snaží se o aktivní empatické vystupování. Porozumění pocitům neznamená odevzdat se jim. I přes velkou empatii si profesionál uchovává určitý odstup od duševních pochodů nemocného. V intenzivní péči jsou projevy neverbální komunikace velmi významné. Reálná je zde vysoká potřeba dorozumění se, stejně tak, jako navázání vzájemné důvěry. Pacienti se nacházejí v náročné

životní situaci s doprovodným emocionálním podtextem a při ošetřování sestra vstupuje do zóny, kam běžně mohou jen ti nejbližší. Navíc doteky zdravotnického personálu jsou už předsoujovány s nepříjemnými prožitky. Gesta nemocného mohou být také zkrácené, poloha vleže je v mezilidské komunikaci mimo intimní sféru prakticky nevidaná. Je proto významnou a důležitou dovedností NLZP vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a umět naslouchat neverbálním projevům pacientů. Všechna výše uvedená fakta svědčí o náročnosti sociální interakce v intenzivní péči. Přesto je tato oblast velmi často podceňována, zejména v pregraduální profesní přípravě.

WORKSHOP

pátek / 15. 4. 2011 / 10.40–12.10 začátečníci a 12.15–13.45 pokročilí

Hojení ran v týmu

Mgr. Markéta Koutná,

RNDr. Romana Mrázová, Ph.D.

Poradna pro léčbu rány, KARIM,

1. LF UK a VFN Praha,

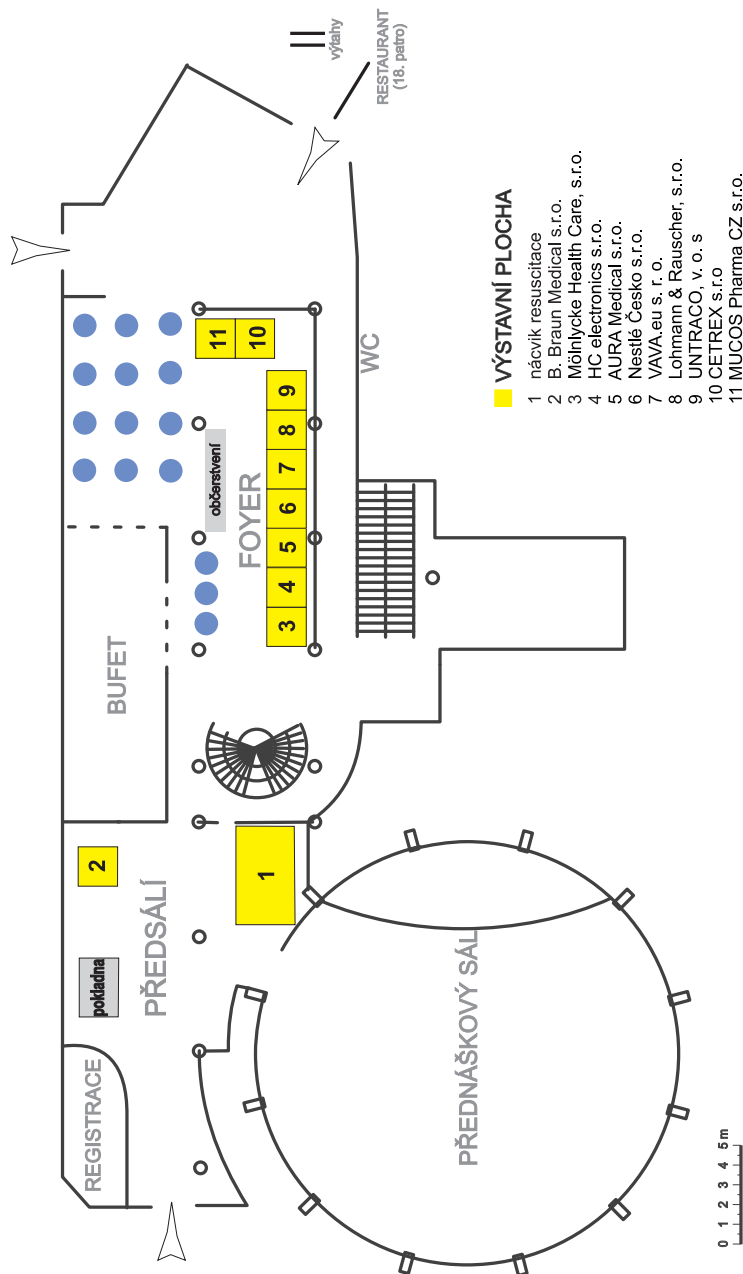
Vysokomýtská nemocnice, Vysoké Mýto

Workshop nazvaný „Léčení ran v týmu“ je zaměřen na interaktivní způsob výuky sester spe-

cialistek v oblasti léčby a ošetřování chronických ran. Podmínkou úspěšnosti řešení jednotlivých kazuistik jsou základní informace v hojení ran zahrnující typy, stadia a etiologie. Jednotlivé týmy účastníků workshopu sestaví návrh (podle předlohy) ošetření, vyšetření a komplexní terapie z pohledu různých specialistů a institucí. Facilitátor vede jednotlivé týmy ke spolupráci, vybízí k dialogu a k řešení problémů.

[illegible]

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
IV. KONFERENCE SESTRA V PRAXI
 15. 4. 2011 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC



POŘADATELÉ

- II. interní klinika FN Olomouc
- Česká společnost pro léčbu rány
- Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče VFN a 1. LF UK Praha
- Vysokomýtská nemocnice

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

IV. KONFERENCE SESTRA V PRAXI

15. dubna 2011, Olomouc

PARTNEŘI

AURA Medical s.r.o.

B.Braun Medical s.r.o.

CETREX s.r.o

HC electronics s.r.o.

HERO CZECH s.r.o.

Lohmann & Rauscher, s.r.o.

Mölnlycke Health Care, s.r.o.,

MUCOS Pharma CZ s.r.o.

Nestlé Česko s.r.o.

UNTRACO, v. o. s

VAVA.eu s. r. o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

 GRADA

 maxDorf

 GALÉN

proLékaře
www.prolekaře.cz


portál

Nyní
ještě blíže
mateřskému
mléku



Prebiotická vláknina GOS

Podporuje růst střevní mikroflory^{1,2}

Pouze prebiotická vláknina GOS je přirozenou součástí
mateřského mléka.

Nenasycené mastné kyseliny DHA a ARA

Přispívají ke zdravému růstu a vývoji kojců

Organismus si je nedokáže sám vytvořit, proto je nutné je v dostatečném
množství přijímat stravou.

Nukleotidy

Významně podporují imunitní systém dítěte^{3,4,5}

Mateřské mléko obsahuje významné
množství nukleotidů, v průběhu
kojení a s postupem věku
dítěte jejich množství
klesá.

Mateřské mléko je naší inspirací.

Jeho ochranná funkce nás přirozeně inspirovala k vytvoření
kojenecké mléčné výživy Nutradefense s unikátní směsí **pouze
těch látek, které jsou přirozeně přítomny v mateřském mléku.**

Nové vyvážené složení Nutradefense obsahuje kromě bílkovin, sacharidů,
tuků, vitamínů a minerálních látek také tři další významné složky:

- ◆ PREBIOTICKÁ VLÁKNINA GOS
- ◆ NENASYCENÉ MASTNÉ KYSELINY DHA a ARA
- ◆ NUKLEOTIDY

WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučuje plné kojení během prvních 6 měsíců věku dítěte,
poté se doporučuje ke kojení začít s postupným zaváděním nemléčných příkrmů. Kojení je nejlepší
způsob výživy dítěte. Potravina pro zvláštní výživu. Tento materiál je určen speciálně pro odbornou veřejnost.

Odkazy na odbornou literaturu: 1. Ben XM, Zhou XY, Zhao WH, Yu WL, Pan W, Zhang WL, et al. Supplementation of milk
formula with galacto-oligosaccharides improves intestinal micro-flora and fermentation in term infants. Chin Med J 2004;
117:927-31. 2. Fanaro S, Marten B, Bagna R, Vigi V, Fabris C, Peña-Quintana L, et al. Galacto-oligosaccharides are bifidogenic
and safe at weaning: a double-blind randomized multicenter study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1): 82-8. 3. Buck RH,
Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Baggs GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status.
Part 2: Immune cell development. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 891-900. 4. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR,
Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: Humoral responses. Pediatr Res 2004 Dec; 56(6): 883-90.
5. Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magaña I, Díaz-García L, Jiménez-Gutiérrez C, Ramírez-Mayans J and Solomon-Santibáñez GA. Immune
response to nucleotide-supplemented infant formulae: systematic review and meta-analysis. British Journal of Nutrition 2007; 98 (Suppl.1) S64-7.



800 201 102

www.nutradefense.cz