

**III. ČESKO-SLOVENSKÁ
KONFERENCE
PALIATIVNÍ MEDICÍNY**

2011

www.solen.cz

ISBN 978-80-87327-74-6

ABSTRAKTA

24.–25. listopadu 2011

Regionální centrum Olomouc

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
Sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti
pre štúdium a liečbu bolesti SLS
Solen, s.r.o.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



Trpí vaši pacienti dechovou nedostatečností?

Dopřejte jim léčbu kyslíkem od spolehlivého partnera - Linde Gas

Naše společnost poskytuje úplné spektrum respiračních zařízení pro domácí kyslíkovou léčbu. Elektrické stacionární koncentrátoři kyslíku De Vilbiss®, Millennium™ M5 a EverFlo™ a mobilní systémy s kapalným kyslíkem Homelox®-mobil jsou zdroje kyslíku pro lékařské použití. Na základě indikace pneumologa lze převést pacienta z nemocniční léčby chronické dechové nedostatečnosti do domácí péče. Léčba je po schválení revizním lékařem hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Nabízíme i odlehčenou tlakovou lahev z hliníkové slitiny s integrovaným redukčním ventilem - LIV™, zaručující bezpečnou a jednoduchou obsluhu. Lahve jsou dostupné v objemech 2 l a 10 l s plynným kyslíkem a jsou míněny jako doplňkové zdroje ke koncentrátoru kyslíku. Nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



EverFlo™



Homelox®-mobil
Companion



Homelox®-mobil
Helios®



LIV™

Kontaktujte nás pro další informace.

Linde Gas a.s.
Linde Healthcare
U Technoplynu 1324, 198 00 Praha 9

Tel.: 272 100 474
Zákaznické centrum: 800 121 121
info@cz.linde-gas.com, www.linde-gas.cz



Rychlá úleva od bolesti

Řešení pro pacienty s průlomovou bolestí

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Lunaldin® 100 (200, 300, 400, 600, 800) mikrogramů sublingvální tablety

Složení: fentanylum 100 µg, 200 µg, 300 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg. **Indikace:** Zvládnutí průlomové bolesti u dospělých pacientů užívajících opiáty vzhledem ke chronickým bolestem vyvolaným nádorem. **Dávkování:** Lunaldin lze podávat pouze pacientům, kteří jsou považováni za tolerantní vůči své opiátové terapii chronické nádorové bolesti. Pacienty lze považovat za tolerantní, pokud užívají přinejmenším 60 mg perorálního morfinu denně, 25 µg transdermálního fentanylu za hodinu, nebo analgeticky ekvivalentní dávku jiného opiátu týden nebo déle. Lunaldin sublingvální tablety podávejte přímo pod jazyk, a to co nejlouběji. Tablety není vhodné polykat; je nutno je ponechat pod jazykem do úplného rozpuštění bez kousání nebo sání, bez jídla a pití, dokud se sublingvální tableta zcela nerozpustí. U pacientů, kteří mají sucho v ústech, lze sliznici před užitím Lunaldinu zvlhčit vodou. Optimální dávku stanovte titrací směrem nahoru, dle individuálních potřeb pacienta. Všichni pacienti musí terapii zahájit jedinou 100 µg sublingvální tabletou. Pokud se do 15-30 minut od podání jediné tablety nedostaví přiměřená analgezie, lze podat doplňkovou (druhou) 100 µg tabletu. Pokud se do 15-30 minut od podání první dávky nedostaví přiměřená analgezie, je třeba zvážit při příští epizodě průlomové bolesti zvýšení dávky na následující vyšší lékovou sílu. V dávkách 400 µg a vyšších je vhodné nahradit u dodatečné (druhé) tablety sílu 100 µg za 200 µg. Při jediné epizodě průlomové bolesti během titrační fáze nepodávejte více než dvě (2) sublingvální tablety. Přechod z jiných fentanylových přípravků nelze provést v dávce 1:1, a to vzhledem k různým absorpčním profilům. Při titraci je nutno vzít v potaz klinické potřeby pacienta, věk a přidružená onemocnění. *Viz úplná informace o léku.* **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Použití Lunaldinu je kontraindikováno u pacientů bez předchozí zkušenosti s opiáty hrozící riziko životu nebezpečné respirační deprese. Těžká respirační deprese nebo těžká obstrukce plic. **Upozornění:** Před zahájením terapie je důležité stabilizovat užívání dlouhodobě působících opiátů. Je třeba opatrnosti u pacientů: s chronickým obstrukčním plicním onemocněním nebo jinými potížemi, které zvyšují náchylnost na respirační deprese, se zvýšenou citlivostí na nitrolební účinky hyperkapnie, se zraněním hlavy, s bradyarytmiemi, s hypovolémií a hypotenzí, u starších pacientů a u pacientů s dysfunkcí jater nebo ledvin. *Viz úplná informace o léku.* **Interakce:** fentanyl je třeba podávat opatrně s inhibitory CYP3A4, s jinými látkami tlumícími činnost CNS. Nedoporučuje se současné užívání inhibitorů MAO, alkoholu a částečných agonistů a antagonistů opiátů (například buprenorfin, nalbupin, pentazocin). *Viz úplná informace o léku.* **Těhotenství a kojení:** Fentanyl by neměl být během těhotenství podáván, pokud to není nezbytně nutné. Fentanyl nepoužívejte během porodu (ani císařským řezem). Kojícím ženám pouze v případě, pokud přínos jasně převyší potenciální rizika pro matku i dítě. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** pacienti mají být upozorněni, že nemají řídit ani obsluhovat stroje, pokud budou během léčby trpět závratí, budou ospalí nebo budou mít rozmazané nebo dvojité vidění. **Nežádoucí účinky:** Nejzávažnějšími nežádoucími účinky při užívání opiátů jsou respirační deprese, hypotenze a šok. Jiné velmi běžně hlášené nežádoucí účinky jsou: nevolnost, zvracení, zácpa, bolesti hlavy, spavost, únava a závratě, pocení. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C, a v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Balení:** dětské bezpečnostní blistry uložené v papírové krabici. Obal jednotlivých lékových sil je barevně odlišen. **Velikost balení:** balení 10 nebo 30 sublingválních tablet. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel registrace:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-211103, Budapest, Maďarsko. **Datum poslední revize textu:** 31.3.2010. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve než přípravek předepíšete, seznáme se prosím se Souhrnem informací o přípravku. *Tato zkrácená informace je platná ke dni tisku materiálu 1.7.2011.* Další informace o přípravku získáte na adrese společnosti Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o., Na Strži 65, 140 00 Praha 4, tel. recepce +420 261 141 200, fax: +420 261 141 201, info@richter-gedeon.cz, www.richter-gedeon.cz. Lékařský informační servis: +420 261 141 215.

POŘADATEL

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
Sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti
pre štúdium a liečbu bolesti SLS
Solen, s.r.o.

ODBORNÁ SPOLUPRÁCE

Česká onkologická společnost ČLS JEP
Česká geriatrická a gerontologická společnost ČLS JEP
Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP
Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti SLS

VĚDECKÝ VÝBOR

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D. – předseda
MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D. – místopředseda
prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
MUDr. Kristýna Křižanová, MUDr. Hedvika Jakubíková, Ph.D.
prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc., MUDr. Dagmar Palasová,
prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.
doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Mgr. Herta Šůstková

tel.: 585 209 207

mob.: 777 622 039

e-mail: sustkova@solen.cz

Olomouc 24.–25. 11. 2011

Regionální centrum Olomouc

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena
12 kredity pro lékaře, 8 kredity pro sestry, nutriční terapeutky, zdravotně sociální pracovníky a 6 kredity pro klinické psychology.

ISBN 978-80-87327-74-6

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

ČTVRTEK 24. LISTOPADU

9.00

Zahájení

PLENÁRNÍ PROGRAM – SÁL PEGASUS

9.00–10.30 PALIATIVNÍ MEDICÍNA V EVROPĚ, V ČESKU A NA SLOVENSKU V ROCE 2011 / Předsednictvo: MUDr. L. Kabelka, Ph.D., prof. L. Radbruch, M.D., Ph.D., MUDr. K. Křižanová, MUDr. O. Sláma, Ph.D., prof. MUDr. J. Vorlíček, CSc., Ing. J. Horecký, MBA

- Paliativní medicína v ČR: situace, problémy, vyhlídky – MUDr. L. Kabelka, Ph.D.
- Paliativní medicína v Evropě: situace a priority z perspektivy EAPC – prof. L. Radbruch, M.D., prezident EAPC
- Paliativní medicína v SR: situace, problémy, vyhlídky – MUDr. K. Křižanová
- Česká onkologická společnost a paliativní péče – prof. MUDr. J. Vorlíček, CSc.
- Dvacet let paliativní péče v ČR – ohlédnutí za významnými etapami – prof. MUDr. J. Skříčková, CSc.
- Zdravotní a paliativní péče v sociálních službách – Ing. J. Horecký, MBA
- Diskuze

10.30–11.00

Přestávka s občerstvením

11.00–12.30 Sympozium Nycomed: Nádorová bolest v klinické praxi

/ Předsednictvo: MUDr. O. Sláma, Ph.D., MUDr. H. Jakubíková, Ph.D., MUDr. D. Vondráčková

- Hodnocení bolesti u onkologického pacienta. K čemu jsou v praxi užitečné dotazníky a škály bolesti? – MUDr. O. Sláma, Ph.D.
- Co znamená, že má onkologický pacient „dobře zmírněnou bolest“? – MUDr. J. Hrušešová
- Diagnostika a léčba prelomovej bolesti v onkologii – MUDr. H. Jakubíková, Ph.D.
- Naše zkušenosti s preprátem Instanyl – kazuistiky – MUDr. D. Vondráčková
- Diskuze

12.30–13.30

Polední přestávka

13.30–15.00 VARIA (PŘIHLÁŠENÉ PŘÍSPĚVKY) / Předsednictvo: MUDr. E. Hegmonová, doc. MUDr. L. Slováček, Ph.D., MUDr. O. Sláma, Ph.D.

- Léčba plicní dušnosti u terminálně nemocných – MUDr. G. Krákorová, Ph.D.
- Ventilační podpora v paliativní péči – MUDr. P. Turčani
- Paliativní onkologická péče na regionální úrovni: vlastní zkušenosti – doc. MUDr. L. Slováček, Ph.D.
- Mezinárodní konference MASCC/ISOO o podpůrné péči v onkologii 2011 – doc. MUDr. L. Slováček, Ph.D.
- Etické aspekty výzkumu v paliativní péči – PhDr. M. Loučka
- Diskuze

15.00–15.30

Přestávka s občerstvením

15.30–17.00 JAK INTEGROVAT PALIATIVNÍ PÉČI DO VÝUKY OŠETŘOVATELSTVÍ

/ Předsednictvo: PhDr. M. Macková, Ph.D., J. Sieberová, Mgr. J. Prokop, Ph.D., MUDr. L. Kabelka, Ph.D.

- Paliativní péče ve vzdělávacích programech ošetřovatelství – PhDr. M. Macková, Ph.D.
- Uspokojovanie spirituálnych potrieb u terminálně chorého na oddelení klinickej onkológie – PhDr. I. Argayová, PhDr. M. Požonská, PhDr. B. Kollárová, Ph.D., PhDr. Daniela Rybárová, Ph.D.
- Možnosti vzdělávání sester v paliativní péči – zkušenosti z kurzu ELNEC – Bc. M. Kaňová
- Vzdělávání v pediatrické paliativní péči – zkušenost z Polska – Bc. B. Husovská
- Diskuze

17.00–20.00 Get together (občerstvení, setkání ve foyer kongresového centra)

PARALELNÍ PROGRAM – SÁL CENTAURUS

11.00–12.30 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE / Předsednictvo: MUDr. J. Valjentová, MUDr. D. Palasová, MUDr. L. Kabelka, Ph.D.

- Mobilní specializovaná paliativní péče a home care. Je v tom nějaký rozdíl? – MUDr. D. Palasová
- Kompetence a vzdělanost sester v rámci domácí hospicové péče – desetiletá zkušenost „Cesty domů“ – A. Krutská
- Komplexní paliativní péče v domácím prostředí u pacientů léčených v ambulanci – MUDr. E. Hegmonová
- Porodní bolesti a radosti domácí hospicové péče v Česku – J. Sieberová
- Diskuze

12.30–13.30

Polední přestávka

13.30–15.00 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI A V LDN / Předsednictvo: MUDr. L. Kabelka, Ph.D., prof. MUDr. J. Skříčková, CSc., prof. MUDr. S. Filip, DrSc., MUDr. E. Balnerová

- Oddělení akutní paliativní medicíny v rámci akutní nemocnice – zkušenosti ze Švýcarska – Dr. C. Camartin
- Stanice paliativní péče v nemocnici Jihlava – MUDr. E. Balnerová
- Ambulance paliativní onkologické péče v systému poskytování zdravotní péče – prof. MUDr. S. Filip, DrSc.
- Implementace paliativních přístupů do geriatrické péče – PhDr. H. Kisvetřová, MUDr. M. Bretšnajdrová, Mgr. Z. Mikšová, Ph.D.
- Jaká jsou rizika implementace paliativní péče v rámci zařízení akutní a následné péče – MUDr. Z. Kalvach, CSc.
- Diskuze

15.00–15.30

Přestávka s občerstvením

15.30–17.00 ALTERNATIVNÍ (KOMPLEMENTÁRNÍ) MEDICÍNA U PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI / Moderuje: MUDr. O. Sláma, Ph.D.

- Přínos CAM (Complementary and Alternative Medicine) v paliativní péči – vlastní zkušenosti z 25leté praxe – MUDr. D. Danielová
- Jak s pacientem hovořit o alternativní medicíně? – MUDr. O. Sláma, Ph.D.
- Využití esenciálních olejů a aromaterapie v paliativní péči – Mgr. M. Separová
- SIAB – Specifická individuální autobioterapie u pacientů v paliativní péči – MUDr. S. Bannasová
- Diskuze

17.15–18.00 VALNÁ HROMADA ČSPM ČLS JEP

17.00–20.00 Get together (občerstvení, setkání ve foyer kongresového centra)

PÁTEK 25. LISTOPADU

PARALELNÍ PROGRAM – SÁL CENTAURUS

8.00–9.00 GERIATRICKÁ PALIATIVNÍ PÉČE

- Panel: MUDr. L. Kabelka, Ph.D., MUDr. Z. Kalvach, CSc., MUDr. D. Palasová

9.00–10.30 OBTÍŽNÉ KOMUNIKAČNÍ SITUACE V ONKOLOGICKÉ PALIATIVNÍ PÉČI

/ Předsednictvo: MUDr. L. Kabelka, Ph.D., A. Krutská, PhDr. M. Romaňáková, Ph.D.

- Komunikační strategie a její efektivita při rozhodnutí o ukončení protinádorové léčby – PhDr. M. Romaňáková, Ph.D., PhDr. I. Šporcrová
- Role paliativní medicíny v komplexní onkologické péči – načasování a obsah komunikace mezi pacientem a lékařem – MUDr. M. Sochor, MUDr. J. Bartoš
- Zkušenosti ze seminářů „Jak komunikovat a netrápit (se)“ – MUDr. L. Kabelka, Ph.D.
- Interakce sester s nemocnými v paliativní péči a jejich příbuznými – Mgr. L. Kroupová
- Složitá komunikační situace při předávání pacientů v paliativním režimu z intenzivního lůžka typu ARO, JIP na lůžko následné péče typu NNP, LDN – MUDr. P. Kozmová
- Diskuze

10.30–11.00 Přestávka s občerstvením

11.00–12.30 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

/ Předsednictvo: Mgr. R. Alexandrová, Mgr. Z. Hrstka, Ph.D., PhDr. M. Romaňáková, Ph.D., MUDr. L. Kabelka, Ph.D.

- Pocit bezmoci a beznaděje u pacientů v závěru života – co pomáhá a co nepomáhá – PhDr. R. Alexandrová
- Možnosti použití sugestivních technik při práci s pacienty v paliativní péči – PhDr. I. Šporcrová, PhDr. M. Romaňáková, Ph.D.
- Logoterapie v kontexte paliativní starostlivosti zamerané na pozostalých – Mgr. D. Pčolková, doc. PhDr. Mgr. P. Dobříková, Ph.D. et. Ph.D.
- Kvalita života/psychosociální úzkost a odmítnutí léčby: Jaké jsou souvislosti pro paliativní onkologickou péči? – PhDr. M. Nosálková
- Diskuze

PARALELNÍ PROGRAM – SÁL PERSEUS

8.00–9.00 IMPLEMENTACE PALIATIVNÍ MEDICÍNY V PROSTŘEDÍ AKUTNÍ NEMOCNICE: ZKUŠENOSTI A TIPY

- Panel: MUDr. O. Sláma, Ph.D., prof. MUDr. J. Skříčková, CSc., doc. MUDr. L. Slováček, Ph.D., DrMed. C. Camartin

9.00–10.15 SOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE / Předsednictvo: Mgr. M. Šimková

- Sociální bolest v ambulanci paliativní onkologické péče – Mgr. M. Šimková
- Spiritualita v paliativní péči – Mgr. M. Lazárková
- Úloha dobrovolníků při sprevadzaní těžko chorých a zomierajících v nemocnici – M. Prášilová
- Diskuze

PARALELNÍ PROGRAM – SÁL PEGASUS

8.00–9.00 TEMATICKÝ ROZHOVOR S PANELEM ODBORNÍKŮ („MEET THE EXPERT“)

9.00–10.30 VÝŽIVA U PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI / Předsednictvo: MUDr. M. Šachlová, Ph.D., doc. MUDr. M. Tomáška, CSc., MUDr. A. Škripeková

- Enterální výživa v paliativní péči – MUDr. M. Šachlová, Ph.D.
- Parenterální výživa v paliativní péči – doc. MUDr. M. Tomáška, CSc.
- Možnosti nutriční intervence v paliativní onkologické péči – doc. MUDr. L. Slováček, Ph.D.
- Nutriční intervence v programu paliativní onkologické péče – RNDr. Mgr. A. Tichá, Ph.D.
- Kombinovaná enterální a parenterální nutriční podpora u pacienta s pokročilým nádorovým onemocněním a so syndrómem krátkého čreva – MUDr. A. Škripeková
- Diskuze

10.30–11.00 Přestávka s občerstvením

11.00–12.45 ZAJÍMAVÉ KAZUISTIKY V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ

/ Předsednictvo: MUDr. K. Križanová, doc. MUDr. Z. Kala, Ph.D., MUDr. O. Sláma, Ph.D.

- Medicínske a sociálne problémy pacientky s karcinómom krčku maternice – MUDr. K. Križanová, MUDr. A. Škripeková
- Pacient se schizofrenií v ambulanci paliativní péče – MUDr. J. Čulíková, MUDr. M. Goldmannová
- Plody týmové práce u 47leté ženy s karcinómem ovarií – MUDr. V. Havlénová
- Liečba nádorovej bolesti v hospici u Bernadetky – K. Mičiaková, K. Kroftová
- Liečba bolesti poskytnutá mobilným hospicom – MUDr. E. Vlčková, Bc. A. Marková
- Léčba periferní neuropatické bolesti kapsaicinovou náplastí Qutenza – dvě kazuistiky – MUDr. O. Sláma, Ph.D.
- Kaudální analgetický blok v podmínkách následné péče – MUDr. M. Vozobulová
- Diskuze

12.45 ZAKONČENÍ KONGRESU / MUDr. L. Kabelka, Ph.D., MUDr. K. Križanová, MUDr. O. Sláma, Ph.D.

V průběhu konference bude vyhlášena cena ČSPM.

Za původnost a obsahovou správnost příspěvků odpovídají autoři.

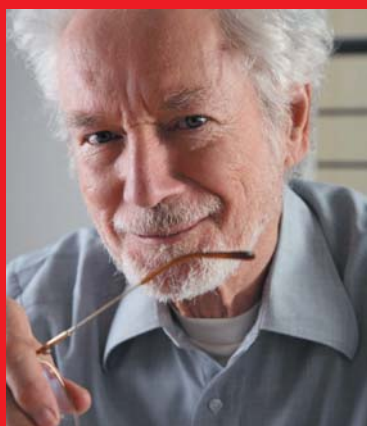
III. ČESKO-SLOVENSKÁ KONFERENCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY

HARMONOGRAM	8.00	9.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00	21.00
Čtvrtek 24. 11. 2011														
PEGASUS		Paliativní medicína v Evropě, v Česku a na Slovensku v roce 2011		SYMPOZIUM NYCOMED: Nádorová bolest v klinické praxi	Polední přestávka	Varia	Jak integrovat paliativní péči do výuky ošetřovatelství	Valná hromada ČSPM ČLS JEP						
CENTAURUS				Domácí paliativní péče		Paliativní péče v nemocnici a v ldn	Alternativní (komplementární) medicína u pacientů v paliativní péči							
Foyer RCO														
Pátek 25. 11. 2011														
PEGASUS	Tematický rozhovor s panelem odborníků („Meet the expert“)	Výživa u pacientů v paliativní péči		Zajímavé kazuistiky v paliativní medicíně										
CENTAURUS	Geriatrická paliativní péče	Obtížné komunikační situace v onkologické paliativní péči		Psychologické aspekty paliativní péče										
PERSEUS	Implementace paliativní medicíny v prostředí akutní nemocnice: zkušenosti a typy	Sociální a spirituální aspekty paliativní péče												
Poznámky: Sály Pegasus, Centaurus, Perseus, Andromeda se nachází v budově RCO. (Pegasus – přízemí; Centaurus, Perseus, Andromeda – I. poschodí)														



Transtec®

Léčba chronické bolesti u seniorů



Transtec® je možné podávat seniorům bez úpravy dávkování

Zkrácená informace o přípravku:

Složení: TRANSTEC 35 µg/h buprenorphinum 20 mg. TRANSTEC 52,5 µg/h buprenorphinum 30 mg. TRANSTEC 70 µg/h buprenorphinum 40 mg. **Léková forma:** Transdermální náplast. **Indikace:** Silné bolesti způsobené rakovinou a silné bolesti nereagující na neopioidní analgetika. Není vhodný k léčbě akutní bolesti. **Dávkování a způsob podání:** Individuální dle pacienta, nejnižší možná dávka zajišťující přiměřenou úlevu od bolesti. Výměna náplasti max. po 96 hodinách. Úprava dávkování u starších pacientů není nutná. Použití při renální insuficienci je možné. Pacienti s jaterní nedostatečností by měli být monitorováni. Aplikace na nepodrážděnou kůži. **Kontraindikace:** přecitlivělost na buprenorfin nebo některou pomocnou látku přípravku, závislost na opioidech a odvykácí léčba této závislosti, porucha dýchacího centra a jeho funkce, léčba MAO inhibitory, myasthenia gravis, delirium tremens. **Zvláštní upozornění:** příležitostně útlum dýchání. Podstatně nižší schopnost vyvolat závislost než čistí opioidní agonisté. Reakce z vysazení (abstinenční příznaky) nebyly pozorovány. **Nežádoucí účinky:** Závratě, bolesti hlavy, dyspnoe, nauzea, zvracení, zácpa, erytém, pruritus, exantém, pocení, otok, únava. **Interakce:** inhibitory MAO 14 dnů před nasazením přípravku Transtec, léky tlumící dýchání a CNS. **Předávkování:** respirační deprese, nauzea, zvracení, kardiovaskulární selhání. **Těhotenství:** Kontraindikován. **Kojení:** Neměl by být užíván. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Možné ovlivnění. **Uchovávání:** Žádné zvláštní požadavky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Grünenthal GmbH, Aachen, Německo. **Datum poslední revize textu:** 28.4.2010. **Registrační čísla:** 65/204/02-C, 65/205/02-C, 65/206/02-C.

Výdej pouze na lékařský předpis. Částečná úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Před předepsáním léku se prosím seznámte se Souhrnem údajů o přípravku.
Podrobnější informace na adrese: Grünenthal Czech s.r.o., Tiché údolí 79, 252 63 Roztoky;
tel.: 233 089 781, fax: 233 089 780, czinfo@grunenthal.com, www.grunenthal.cz, www.transtec.cz



www.transtec.cz


GRÜNENTHAL

PLENÁRNÍ PROGRAM – SÁL PEGASUS

PALIATIVNÍ MEDICÍNA V EVROPĚ, V ČESKU A NA SLOVENSKU V ROCE 2011

Předsednictvo: MUDr. L. Kabelka, Ph.D., prof. L. Radbruch, M.D., Ph.D., MUDr. K. Křižanová, MUDr. O. Sláma, Ph.D., prof. MUDr. J. Vorlíček, CSc., Ing. J. Horecký, MBA – čtvrtek / 24. 11. 2011 / 9.00–10.30

Paliativní medicína v ČR: situace, problémy, vyhlídky

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
vedoucí lékař DLBSH Rajhrad
předseda České společnosti
paliativní medicíny, ČLS JEP
ladislav.kabelka@caritas.cz

ČR 2011 – pokračujeme v postupné implementaci přístupů a dovedností paliativní medicíny do systému zdravotní a sociální péče

- Paliativní oddělení nemocnice – LDN Jihlava, v záměru několik dalších zařízení (nemocnice Bílovec)
- Reformy ve zdravotnictví – Medicína dlouhodobé péče – uváděné důvody „Proč prozatím nelze uvolnit prostor pro specialistu lékaře v terénu“ – ČSPM má své zástupce v dlouhodobě probíhajících jednáních s Odborem úhrad MZ ČR, další možnosti budou pilotní projekty
- GOS projekt JMK – Geriatriko-organizační supervize – implementace postupů paliativní péče v zařízeních sociálních služeb JMK, ve spolupráci s ČGGS
- Řada vzdělávacích akcí je doplněna o témata paliativní medicíny – důvod vzniku Institutu PM

ČSPM – stabilizace společnosti v cílech a koncepci, personálně i ekonomicky – www.paliativnimedicina.cz

- Pracovní skupiny – DPP, Výživa, Klinická farmacie
- EAPC 2013 – organizační výbor
- Konference – 31.5.2012 Praha, UMG centrum, Management syndromu demence – role paliativní medicíny
- Strategie paliativní medicíny

Institut paliativní medicíny ČSPM ČLS JEP
www.paliativnimedicina.cz

- Paliativní medicína – nové lékařské specializační curriculum
- ELNEC – při podpoře ČSPM 9 sester vyškoleny – pokračování v DLBSH Rajhrad – akreditovaný kurs 2012

- Certifikát specializované paliativní péče
Nejdůležitější úkoly:
- Vzdělávání lékařů a sester
- Pregraduální zdravotní vzdělávání
- Kódy pro lékaře PM v ambulanci a terénu (konziliární paliativní týmy)
- Rozvoj výzkumu v PM v rámci českého zdravotnictví
- Koncepce poskytování PM v sociálních službách a přirozeném domácím prostředí klientů
- Strategie PM českého státu

Paliativní medicína v Evropě: situace a priority z perspektivy EAPC

(Status of Palliative Care in Europe)

prof. Lukas Radbruch, M.D.
Department of Palliative Medicine,
University Hospital Bonn and Center
of Palliative Care,
Malteser Hospital Bonn/Rhein-Sieg
lradbruch@ukaachen.de

Palliative care has started in Europe in 1967, when Cicely Saunders opened St. Christopher's Hospice as the first modern hospice in London. This was built on the tradition of hospices reaching back to medieval times, when hospices were built as guest houses for weary or sick travellers, often attached to monasteries.

Since then, the modern concept of hospice care and palliative care has increasingly received attention throughout Europe. A growing number of palliative care and hospice services has been established in most European countries, though the development has started later and is going slower in Central and Eastern European countries. Figures 1 and 2 are reproduced from the Atlas of Palliative Care (1) and show the state of service provision in Europe in 2007.

Palliative medicine has also been acknowledged as a specialty of medical training in the United Kingdom and Ireland, and as a subspecialty in the Czech Republic, France, Germany, Poland, Romania and Slovakia. Palliative care is

established as an academic field with an increasing number of academic chairs, not only in palliative medicine, but also in policy and organization of care, spiritual care, social care or hospice care.

Palliative care is also recognized on a political level. The Council of Europe has recommended the development of palliative care with its Recommendation 24 in 2003, with an elaborate set of recommendations covering all areas of palliative care from inpatient services to bereavement care (2).

The recent report on palliative care to the parliamentary assembly of the Council of Europe (3) has even described palliative care as a model for innovative health and social policies.

On a national level, national strategies for palliative care are being implemented in several countries, for example in Switzerland or in the United Kingdom (4).

The European Association for Palliative Care (EAPC) was established in 1988, with the aim to promote palliative care in Europe and to act as a focus for all of those who work, or have an interest, in the field of palliative care at the scientific, clinical and social levels. The 12th congress of the EAPC (www.eapcnet.eu) in May 2011 in Lisbon enabled more than 2500 participants from all fields of health care to meet and discuss state of the art treatment and new developments. The mission of EAPC is to bring together many voices to forge a vision of excellence in palliative care that meets the needs of patients and their families. In addition to the biannual congresses and interlaced research congresses the EAPC produces guidance and support, for example with a white book on standards and norms in palliative care (5, 6). With 46 national associations in 27 countries as collective members as well as the individual members EAPC represents well above 50.000 health care professionals and volunteers in palliative and hospice care.

Other developments may be even more important, leading to sustainable social change. In Germany the hospice movement has included more than 80.000 volunteers by now, and volunteer work is not only focused on patient care.

In the project „Hospice goes to School“ hospice volunteers organize and run a project week on illness, death and dying in primary schools, with stories, films, playing and handicrafts. The week culminates in a final presentation with the parents, and the discussions the children take back home to their families promote palliative and hospice care even further.

Throughout Europe, examples and advice can be found on most areas of palliative care. As an example from Germany, the conference of federal ministers of building published a how-to-do report on the construction of palliative care units, including basic requirements, but also examples from renowned units with floor plans, room size lists and photos. As I am in the process of planning a new palliative care unit, I found this report exceedingly helpful.

However, there is a wide scope of development in the different European countries and regions. A report to the European Parliament produced by Martin Moreno, et al. in 2008 (7) revealed broad discrepancies in the provision of palliative care as well as in the vitality of development between European Union Member States. The statistics suggest profound differences between countries such as UK, Ireland, Sweden and the Netherlands, who were rated highest in these two indicators, and the countries of Greece, Portugal, Slovakia and Estonia. Similarly, the more recent report of the Economist on quality of death (8) ranked the UK highest in the overall score and another 5 European countries among the top 10, but again other European countries such as Portugal, Turkey and Russia scored very low.

These differences are due mostly to the differences in the health care systems in the European countries. Eastern Europe countries lack resources, as the economy is only slowly improving after the end of communist regimes. Legislation on narcotic laws is much more restrictive than in Western European countries (figure 3), and patients will have problems to find a physician with palliative care expertise or to get opioid prescriptions. There are notable exceptions, and the report on palliative care to the European Union in 2009 (3) has identified centers of excellence in Poland, Russia, Hungary and Romania, that set examples for Western Europe as well as for Central or Eastern Europe. Experts in these centers have succeeded in influencing the policy makers to change legislation, make opioids available and even implement palliative care programmes.

The project Access to Opioid Medications in Europe (ATOME), led by the World Health Organization and the universities of Bonn,

Figure 1. Provision of Palliative Care in Western Europe (from the Atlas of Palliative Care (1))

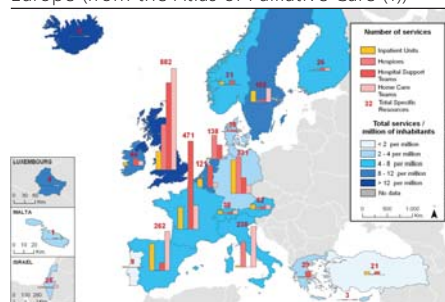


Figure 2. Provision of Palliative Care in Eastern Europe (from the Atlas of Palliative Care (1))

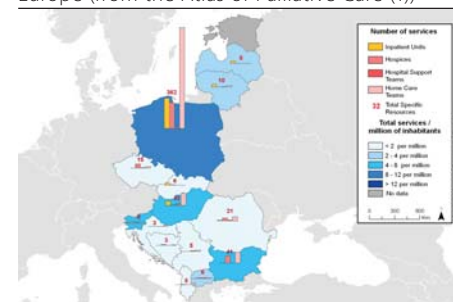


Figure 3. Availability of morphine and codeine in European countries (from Cherny, et al. (13))
Shaded gray: available, light blue: with restrictions, deep blue: not available

Eastern Europe	Codeine			Morphine			Western Europe	Codeine			Morphine
	IR	CR	Inj	IR	CR	Inj		IR	CR	Inj	
Albania							Austria				
Belarus							Belgium				
Bosnia-Herzegovina							Cyprus				
Bulgaria							Denmark				
Croatia							Finland				
Czech Republic							France				
Estonia							Germany				
Georgia							Greece				
Hungary							Iceland				
Latvia							Ireland				
Lithuania							Israel				
Macedonia							Italy				
Moldavia							Luxemburg				
Montenegro							Netherlands				
Poland							Norway				
Romania							Portugal				
Russia							Spain				
Serbia							Sweden				
Slovakia							Switzerland				
Slovenia							Turkey				
Tajikistan							UK				
Ukraine											

Lancaster and Utrecht has set up workgroups in 12 Eastern and Southern European target countries in order to improve availability, accessibility and affordability of opioids such as morphine. As a first result of ATOME, the WHO guidelines on accessibility of opioid medications has been revised (9). The guideline includes a checklist that can be used to check the legislation of any country and identify gaps where balance should be ensured.

The provision of palliative care also depends on the underlying disease. Palliative care in Europe is focused primarily on cancer patients, and patients with other diseases such as advanced obstructive pulmonary disease often lack information about the option of palliative care or find it hard to access palliative care services.

These disease entities often have more prolonged disease trajectories (10) and accordingly may have other needs than cancer patients.

Problems to access palliative care have also been described for members of other ethnic groups, such as Irish travellers or migrants. These groups may also require specific care. Irish travellers for example may find it rude and intrusive if health care staff discusses prognosis and imminent death. They also might wish to die in hospital rather than at home, as the family might not wish to continue to live in the trailer or home where someone has died (11).

Cultural differences have become most evident in the legalization of euthanasia in some European countries (Netherlands, Belgium and Luxembourg). Differences in the ethical principles

and frameworks of palliative care related to the use of euthanasia in these countries have been described.

Cultural difference can also be observed in the ways healthcare provision is organized. An example of this is the role played by volunteers. In some countries volunteers play an integral and key role in supporting hospices and providing care in the home, while in others they are less central. In Germany, volunteers play a substantial role in hospice home care programs. Volunteering is well-organized, and sickness funds provide reimbursement for volunteer coordinators. By contrast, volunteering is a less recognized element in healthcare provision in Spain, where the tasks that volunteers could take on usually are delegated to family members, and the family may consider outside help as an intrusion rather than support (Kathrin Woitha, personal communication).

Language and culture also shape and infuse our attitudes towards death and dying. Words like the French "crêver" or German "krepieren" (to die in a terrible way) can be translated in many European languages. However, the distress conveyed by these words cannot be expressed in other languages, for example English, where expressions such as "die", "perish", or "kick the bucket" are only weak substitutions (12). Our attitudes to pain and death are so saturated in cultural indicators that they become a part of the stereotype, for example with the English "stiff upper lip", or the "Mediterranean Syndrome".

The diversity of needs and delivery may be illustrated with a case example. Angela is 48 years old and has metastatic cancer of the rectum. She cannot obtain adequate symptom relief in spite of treatment with low doses of opioids, but she wants to go home. She has an eight-year-old son, and an abusive husband. She is entitled to respect for her autonomy, but her decision on whether to stay in hospital, to go home, or to enter a hospice, will depend on a number of factors, including: availability of the facilities; community support; the value of autonomy in the individuals and groups concerned; on family tradition; and on the model of decision making which dominates. All this factors will vary from country to country, from region to region, and from family to family.

EAPC has prepared a white paper on standards and norms for hospice and palliative care across Europe based on a consensus procedure with the national associations in the European countries (5, 6). This white paper reports on discrepancies in terminology and differences in the philosophy of palliative care, but also pro-

vides standards for structural, procedural and outcome quality of palliative care in different settings. This white paper will be used as a first step towards the development of a European standard providing high quality palliative care to all patients and care givers who need it.

References:

1. Centeno C, Clark D, Lynch T, Rocafort J, Flores LA, Greenwood A, Brasch S, Prall D, Giordano A, De Lima L. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Houston, IAHPC Press; 2007.
2. Council of Europe. Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care 2003. [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (access date: 28.7.2009).
3. Parliamentary Assembly of the Council of Europe. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report of the Social, Health and Family Affairs Committee, 2009. <http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/t09/ERES1649.htm> (access date: 7.1.2011).
4. Department of Health. End of Life Care Strategy. Promoting high quality care for all adults at the end of life, 2008. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_086277 (access date: 28.7.2009).
5. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, De Vliege T, Firth P, Hegedus K, Nabal M, Rhebergen A, Smidlin E, Sjögren P, Tishelman C, Wood C, de Conno F. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 1 – recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care 2009; 16: 278–89.
6. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, De Vliege T, Firth P, Hegedus K, Nabal M, Rhebergen A, Smidlin E, Sjögren P, Tishelman C, Wood C, de Conno F. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 2 – recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care 2010; 17: 22–33.
7. Martin Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, D Clark, C N, Centeno C. Palliative care in the European Union, 2008. <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421>.
8. Economist Intelligence Unit. The quality of death. Ranking end-of-life care across the world, 2010. www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath.
9. World Health Organisation. Ensuring balance in national policies on controlled substances – Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Geneva, WHO Press; 2011.
10. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ 2005; 330: 1001–11.
11. McQuillan R, Van Doorslaer O. Indigenous ethnic minorities and palliative care: exploring the views of Irish Travellers and palliative care staff. Palliat Med 2007; 21: 635–41.
12. Taubert M. Je ne veux pas crever. European Journal of Palliative Care 2007; 14: 78–9.
13. Cherny NI, Baselga J, de Conno F, Radbruch L. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. Ann Oncol 2010; 21: 615–626.

Paliativní medicína v SR: situace, problémy, vyhlídky

MUDr. Kristina Križanová

Národní onkologický ústav, Bratislava

Odd. paliatívnej medicíny KKO

kristina.krizanova@gmail.com

Česká onkologická společnost a paliativní péče

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Česká onkologická společnost ČLS JEP

vorlicek@mou.cz

Česká onkologická společnost si je vědoma důležitosti paliativní péče a od založení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP s ní aktivně spolupracuje.

Ve vyhlášce stanovující náplň Komplexních onkologických center (KOC) je jednoznačně uveřejněna povinnost mít funkční systém paliativní péče o nemocné po ukončení protinádorové léčby vycházející z principů kontinuity onkologické péče a závazku neopuštění pacienta lékařem včetně dostupnosti lůžkové paliativní péče.

V budoucnosti chceme prosazovat v každém KOCu i ambulanci paliativní medicíny. Specializovanou vzdělanost v paliativní medicíně považujeme za důležitou a věříme, že v budoucnosti bude v každém KOCu minimálně jeden lékař s touto specializací. Pacienti vyžadující paliativní péči samozřejmě nejsou jen v KOCech, ale prakticky kdekoli a i o tyto nemocné musí být postaráno.

Paliativní problematika je součástí celé řady onkologických sjezdů a kongresů, na Brněnských onkologických dnech už má svůj stabilní blok. Do budoucnosti považujeme za nutné vytvořit funkční síť paliativní péče ve všech regionech a v tomto úsilí chceme Českou společnost paliativní medicíny silně podporovat.

Dvacet let paliativní péče v České republice – ohlédnutí za významnými etapami

prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

Klinika nemocí plicních a TTBC IF MU, Brno

jskric@fnbrno.cz

Zcela uspokojivá definice paliativní medicíny či paliativní péče zřejmě neexistuje. Pro ilustraci uvádím dvě definice paliativní medicíny.

- 1) Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, postupně se zhoršujícím, pokročilým nádorovým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby je kvalita jejich života (Velká Británie).
- 2) Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů (příznaků), stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (WHO).

Obě definice obsahují všechny aspekty péče lékařské i nelékařské, a to pro nemocného i jeho rodinu a pro celé trvání nemoci. Jinými slovy, paliativní péče může být popsána jako celková léčba a péče. Vždy je zdůrazňován multidisciplinární přístup k nemocnému, ať už je péče poskytována na akutním nemocničním lůžku, v hospici nebo doma.

Podle údajů WHO v době stanovení onkologické diagnózy je u 50 % nemocných indikována léčba kurativní a u 50 % nemocných léčba paliativní. V průběhu kurativní onkologické léčby dochází k vyléčení 25 % nemocných. U zbývajících 25 % dochází v průběhu kurativní léčby k postupnému zhoršování nemoci a nemocní se stávají kandidáty léčby paliativní. To znamená, že ze 100 % nemocných, u kterých byla stanovena diagnóza maligního onemocnění, je u 75 % paliativní léčba indikována ihned nebo v dalším průběhu nemoci. Totéž platí i pro chronická neonkologická onemocnění.

Cicely Saundersová v roce 1967 v Londýně založila pro nemocné vyžadující výše uvedenou léčbu a péči Hospic sv. Kryštofa. V roce 1975 kanadský lékař Balfour Moir hledal označení pro lůžkové nemocniční oddělení se stejnou náplní a nazval jej oddělením paliativní péče.

Paliativní medicína se v ČR aktivně rozvíjí od 90. let minulého století. První oddělení paliativní péče vzniklo ještě v Československu v Nemocnici tuberkulózy a respiračních nemocí v Babičích nad Svitavou. Provoz tohoto 21lůžkového oddělení byl zahájen 2. 11. 1992, tedy přesně před 19 lety. V roce 1995 se 19. 10. konal v Brně I. brněnský den paliativní medicíny. V té době již bylo na oddělení paliativní péče v Babičích přijato 630 nemocných. Zajímavé bylo, že jen 76 % nemocných mělo pokročilé nádorové onemocnění. Pokročilé chronické neonkologické onemocnění mělo 24 % nemocných. V témže měsíci (31. 10. 1995) byl zahájen provoz Hospicu Anežky České v Červeném Kostelci. V roce 2007 bylo v České republice v provozu 12 hospiců, jedna jednotka nemocniční paliativní péče, působily 4 týmy domácí paliativní péče a v rámci státem řízené instituce působil konzultant v oboru paliativní medicína. I v následujících letech se podařilo mnoho významných kroků. Předně se podařilo mnohým nadšeným jedincům zviditelnit význam problematiky pokročilých onemocnění a umírání v ČR. Podařilo se legislativně ukotvit specializovanou péči v lůžkových hospicích, aktivně se rozvíjí vzdělávání odborníků na všech úrovních medicíny a paliativní přístupy se začínají prosazovat i ve zdravot-

nických zařízeních, která přímo nejsou specializovaná na paliativní medicínu. Podařilo se definovat paliativní medicínu jako samostatný obor, definovat vzdělávání v paliativní medicíně a k tomu zřídit Institut paliativní medicíny. Podrobně budou jednotlivé etapy rozebrány v ústním sdělení.

Zdravotní a paliativní péče v sociálních službách

Ing. Jiří Horecký, MBA
prezident APSS ČR
prezident@apsscr.cz

Od roku 2007 je zákonem o sociálních službách poskytována lege artis zdravotní péče. Již v prvních měsících se však ukázala řada komplikací spojených s touto novou úpravou. Poskytování a kvazi poskytování zdravotní péče v pobytových službách zůstává tak do dnešního dne jednou z nejproblematictějších součástí nového systému poskytování sociálních služeb. Nejasná hranice mezi zdravotním a sociálním výkonem je pozorovatelná také v oblasti paliativní péče. V pobytových zařízeních sociálních služeb jde spíše o marginální záležitost a stejně tak je tomu i v případě koordinace terénní zdravotní, sociální a, je-li vůbec dostupná a existující, paliativní péče

Symposium Nycomed: Nádorová bolest v klinické praxi

Předsednictvo: MUDr. O. Sláma, Ph.D., MUDr. H. Jakubíková, Ph.D., MUDr. D. Vondráčková
čtvrtek / 24. 11. 2011 / 11.00–12.30

Hodnocení bolesti u onkologického pacienta. K čemu jsou v praxi užitečné dotazníky a škály bolesti?

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

**Klinika komplexní onkologické péče,
Masarykův onkologický ústav, Brno**
oslama@mou.cz

Správné zhodnocení bolestivého stavu je předpokladem jeho racionální a účinné léčby. Cílem léčby bolesti je její zmírnění a zlepšení funkční zdatnosti a kvality života pacienta. Na začátku léčby je třeba správně zhodnotit bolestivý stav (příčina a míra její kauzální ovlivnitelnosti, patofyziologický charakter, časový průběh, širší psychosociální kontext bolesti, charakteristiky

pacienta). V průběhu léčby je důležité především hodnocení intenzity bolesti. V průběhu přednášky budou stručně charakterizovány nejčastější hodnotící nástroje a dotazníky (VAC, NS, verbální škála, BPI, McGill, specifické dotazníky pro neuropatickou a průlomovou bolest) a bude zhodnocena jejich použitelnost v klinické praxi paliativní péče.

Co znamená, že má onkologický pacient „dobře zmírněnou bolest“?

MUDr. Jana Hrušešová

**Ambulance pro léčbu bolesti KARIM,
FN Hradec Králové**
hrubejan@fnhk.cz

Vnímání bolesti je subjektivní pocit, modulovaný aktuálním rozpořádáním nemocné-

ho, jeho předchozí zkušenosti s bolestivými stavy, rodinnými a společenskými vzorci výchovy a kulturně etnickými zvyklostmi. Individuální prožitek bolesti má u onkologických pacientů multidimenzionální charakter. Zahrnuje nejenom bolest fyzickou, ale způsobuje zároveň i utrpení duševní, sociální a spirituální. Infiltruje tak všechny složky lidského žití.

Léčba bolesti je esenciální součástí zdravotnické péče nejen u pacientů s onkologickým onemocněním. Je ale třeba mít na paměti, že mnoho pacientů o svých stescích spontánně nemluví, pokud nejsou dotázáni, často nejsou schopni ani sami vyhodnotit podíl jednotlivých složek prožívaného utrpení. Pod výrazem bolest se může kromě

bolesti fyzické skrývat také únava, zažívací dyskomfort, nejrůznější obavy, nejistoty, ztráty apod.

Otevřená empatická komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou je klíčová pro správné vyhodnocení a léčbu symptomů onkologického onemocnění, a tím zlepšení kvality života nemocného. Dostatečná kontrola bolesti je možná jen v případech, že pacient je adekvátně informován, rozumí svému onemocnění, způsobům a možnostem léčby a má reálná očekávání. Neúspěch terapie je nejčastěji zapříčiněn právě nedostatečným rozkrytím a vyhodnocením jednotlivých symptomů a stesků a následně nesprávným nebo nedostatečným využitím terapeutických metod.

Jak poznám, že má pacient dobře zmírněnou bolest? Jednoduchá odpověď – „Zeptám se ho“ – vyvolá další otázku – „Umím se ptát?“

A co tedy znamená, že má pacient dobře zmírněnou bolest? Že to není bolest a utrpení, co řídí život nemocného a jeho nejbližších.

Diagnostika a léčba prelomovej bolesti v onkológii

MUDr. Hedviga Jakubíková, Ph.D.

**Neurologická a algeziologická ambulancia,
Prešov
hjakub@gmail.com**

Prelomová bolesť je prechodná exacerbácia bolesti, ktorá sa vyskytuje spontánne, alebo v súvislosti so špecifickými predvídateľnými a nepredvídateľnými spúšťačmi, pri inak relatívne stabilnej a adekvátne kontrolovanej trvalej bolesti. Typická epizóda prelomovej bolesti má náhly vznik a krátke trvanie. Frekvencia prelomovej bolesti je zvyčajne do 4 epizód za deň, ale môže byť aj oveľa častejšia.

Trvanie sa pohybuje v priemere od 1 do 30 minút. Opakujúce sa epizódy prelomovej bolesti majú významný vplyv na kvalitu života pacienta.

Podľa metaanalýz štúdií z rokov 1988 až 2004 sa prelomová bolesť vyskytuje s prevalenciou 24–95 %. Rozlišujeme dve kategórie prelomovej bolesti: bolesť idiopatickú a incidentálnu. Idiopatická prelomová bolesť vzniká neočakávane a je vôľou neovplyvniteľná, incidentálna prelomová bolesť je predvídateľná a vzniká pri vôľou ovplyvniteľnej (chôdza) alebo vôľou neovplyvniteľnej činnosti (kašeľ).

Patofyziologicky môže mať prelomová bolesť charakteristiky somatickej, viscerálnej alebo neuropatickej bolesti a je spôsobená rovnakými mechanizmami ako trvalá bolesť.

Najnovšie hypotézy (Sabato, 2010) predpokladajú aktiváciu senzorického systému prostredníctvom mikrogliu, ktorá je pravdepodobne zodpovedná za spiky bolesti. Uvoľnením excitačných aminokyselín a kináz reaktivuje ne-reagujúce neuróny.

V liečbe prelomovej bolesti sa odporúča využiť farmakologické aj nefarmakologické postupy. Zlatým štandardom liečby prelomovej bolesti je liek s rýchlym nástupom účinku, krátkym trvaním, neinvazívnou jednoduchou aplikáciou, rýchlou elimináciou, sprevádzaný minimom nežiaducich účinkov. Tieto kritériá spĺňajú nové transmukozálne formy fentanylu, podávané cestou bukalnou, sublinguálnou alebo nazálnou. Dávka opioidu sa má individuálne titrovať.

Prelomová bolesť je stále poddiagnostikovaná a nedostatočne liečená. Úspešná liečba prelomovej bolesti je založená na precíznom vyšetrení pacienta a vhodnej stratégii liečby zohľadňujúcej príčinu, typ bolesti a preferencie pacienta.

Naše zkušenosti s preparátem Instanyl – kazuistiky

MUDr. Dana Vondráčková

Centrum pro léčbu bolesti,

FNB, Praha

dana.vondrackova@fnb.cz

Průlomová bolest je rychle vznikající a krátce trvající bolest, která nejčastěji provází onkologické bolesti. Vzniká několikrát denně a velmi výrazně zhoršuje kvalitu života nemocného. Pacient má svou základní bolest tlumenou silnými opioidy a průlomová bolest proráží uspokojivě nastavenou analgetickou hladinu.

Doposud užívaný morfin, jediný bezprostředně působící silný opioid, začíná tlumit bolest v průměru po půl hodině a jeho působení několikanásobně překračuje trvání pravé průlomové bolesti. Pacient trpící několikrát denně průlomovou bolestí, který užívá morfin pro její tlumení, má většinou centrální nežádoucí účinky, nejčastěji je sledován ospalý, nesoustředěný, většinu dne prospí.

Fentanyl v transmukózní formě přináší pro pacienty s průlomovou bolestí naději na efektivní léčení. Prezentované kazuistiky dokládají.

Kazuistika: 56letý pacient s mnohočetným myelomem s generalizací do skeletu trpěl silnými bolestmi. Po chemoterapii se dostavila těžká toxická polyneuropatie. Obě příčiny byly zdrojem těžké průlomové bolesti, která byla nejprve řešena morfinem a potom nosním fentanylem.

Druhá pacientka 67 let s duplicitním karcinomem s kostními metastázami trpí bazální i průlomovou bolestí. Pro tlumení průlomové bolesti byl použit nosní fentanyl.

Závěr: Onkologická bolest je vždy stresujícím fenoménem a její optimální léčení bez větších vedlejších účinků významně přispěje ke zkvalitnění života nemocných s malignitou. Transmukózní fentanyl rozšiřuje arzenál léků vhodných k léčení zejména onkologické bolesti.

VARIA (PŘIHLÁŠENÉ PŘÍSPĚVKY)

Předsednictvo: MUDr. E. Hegmonová, doc. MUDr. L. Slováček, Ph.D., MUDr. O. Sláma, Ph.D.

čtvrtek / 24. 11. 2011 / 13.30–15.00

Léčba plicní dušnosti u terminálně nemocných

(Diagnostika a léčba plicní dušnosti)

MUDr. Gabriela Krákorová, Ph.D.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy,

Fakultní nemocnice Plzeň

krakorovi@volny.cz

Dušnost (dyspnoe) je subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Normálně za běžných okolností dechové úsilí nevnímáme. Pocit dechové tíže vnímá člověk při navýšení dechové práce – fyziologicky při zátěži, kdy je nutné zajistit pro organizmus více kyslíku a zabezpečit účinné odstraňování oxidu uhličitého. Zvýšený respirační

drive je nutný k udržení homeostázy krevních plynů. Jedinec je nucen k navýšení minutové ventilace plic zvýšit jak frekvenci dechů, tak dechový objem. Za normálních okolností představuje energetický výdej na dechovou práci kolem 3 % celkového energetického výdeje, u stavů patologických jen tento podíl až 50%.

Patologická dušnost představuje tzv. 1) plicní dušnost, 2) kardiální dušnost, 3) extratorakální dušnost – poruchy dechového centra, zvýšená potřeba O₂, snížená arteriální tenze O₂, metabolické poruchy, vyšší dechová práce, farmaka a 4) psychogenní dušnost.

Plicní dušnost doprovází buď restriktivní, nebo obstruktivní plicní choroby. Pokud není nemocný schopen udržet dostatečnou minutovou ventilaci, dochází k projevům respirační insuficience. Zvýšené absolutní množství redukováného hemoglobinu se projeví cyanózou. Respirační insuficience (RI) je pokles saturace krve kyslíkem pod 90 %, pokles pO₂ (pod 8 kPa u starších nemocných) +/- zvýšení pCO₂ (nad 6,5 kPa) v arteriální krvi. Pouze u nemocných s RI má smysl podávat kyslík. Kyslík u dyspnoických nemocných bez RI nemá jako symptomatická léčba své opodstatnění.

U nemocných s obstrukční plicní chorobou (astma, chronickou obstrukční plicní nemocí=CHOPN) jsou základem léčby akutního stavu bronchodilatační a kortikosteroidy. U CHOPN jsou hlavním lékem bronchodilatační (betamimetika, parasimpatolytika), jak s krátkodobým (SABA, SAMa), tak s retardovaným účinkem (tzv. LABA, event. ultraLABA, LAMA). Tyto skupiny léků lze používat inhalačně i u těžkých pacientů, kteří nejsou schopni aktivně spolupracovat. Důležitou kombinací jsou léky s mukolytickým a expektoračním účinkem. Kortikosteroidy, užívané při exacerbaci jak u CHOPN, tak u astmatu, mají účinek antiedematózní a protizánětlivý. Kortikosteroidy mají rovněž de facto efekt bronchodilatační, a to především díky zmírnění otoku průduškové stěny. Teofyliny, pro své úzké terapeutické spektrum, četné nežádoucí účinky, a jejich pouze aditivní bronchodilatační účinky, nepatří mezi léky první volby u CHOPN (mohou/nemusejí být přidány do léčebných kombinací). U nemocných s restriktivní plicní chorobou v terminálním stadiu, především s intersticiální plicní fibrózou, kteří již mají ukončenou léčbu kortikosteroidy a imunosupresivy, nepřináší podání kortikosteroidů efekt, a proto nejsou indikovány. Nicméně i tito nemocní mohou mít sekundární CHOPN, proto je vhodné podat léčbu bronchodilatační (viz výše). U všech nemocných s plicní chorobou, kde je přítomna významná klidová dušnost, je vhodná aplikace morfinu k tlumení vnímání pocitu dušnosti. Jednotlivé léčebné možnosti budou v rámci prezentace rovněž i instruktážně předvedeny.

Ventilační podpora v paliativní péči

MUDr. Pavel Turčáni

Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, FN Brno
turcani@fnbrno.cz

Dušnost se vyskytuje až u poloviny pacientů paliativní péče. V terminální fázi nádorového onemocnění je dušnost přítomna dokonce v 70 % případů. A v terminální fázi chronického plicního onemocnění trpí dušností prakticky všichni pacienti.

Na přítomnost dušnosti by se měl lékař paliativní medicíny rutinně a v pravidelných intervalech ptát, o intenzitě dušnosti a efektivitě podávané terapie by se měl vést opakovaný záznam a odborník v kontaktu s paliativní medicínou by měl ovládat alespoň základní postupy zefektivnění ventilace.

Ventilační podpora je v dnešní době zmiňována převážně v souvislosti s intenzivní medicínou a somnologií. A některé z postupů, které používáme při weaningu pacientů akutní péče, při neinvazivní ventilaci nemocných s akutním zhoršením chronických plicních onemocnění nebo při syndromu obstrukční spánkové apnoe, můžeme použít i v medicíně paliativní.

A protože ventilační podpora kriticky nemocných i spánková medicína se rychle rozvíjí, rozšiřuje se i potencionální spektrum možností paliativní péče. Na druhé straně tyto techniky, z jistého pohledu zajímavé i komerčně, v sobě skrývají nejen množství technických novinek, ale i složité hledání doporučených postupů. Znalost up-date technik (invazivní ventilace endotracheální kanylou či tracheostomií a neinvazivní ventilace nazální, nazoorální, maska či helma) proto vyžaduje nejen nezbytné a někdy i nákladné přístrojové vybavení a zaškolené zaměstnance, ale i trvalý kontakt s uvedenou problematikou.

Krátký přehled technického vybavení i některé možnosti ventilační podpory v zařízení paliativní péče jsou náplní přednášky.

Paliativní onkologická péče na regionální úrovni: vlastní zkušenosti

doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.,

MUDr. Peter Priester,

MUDr. Jindřich Kopecký,

MUDr. Iva Slánská,

prof. MUDr. Stanislav Filip, DrSc.

Klinika onkologie a radioterapie

LF UK a FN Hradec Králové

Ambulance paliativní onkologické péče KOC
FN Hradec Králové

ladislav.slovacek@seznam.cz

Paliativní onkologická péče (POP) zahrnuje aktivní léčebnou a ošetrovatelskou intervenci u nemocných s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku léčebně neovlivnitelné progresy onkologického onemocnění. Hlavním cílem POP je zajištění co nejlepší možné úrovně kvality života onkologicky nemocného pacienta a jeho rodinných příslušníků. POP respektuje individualitu lidské osobnosti v souladu se základním koncepčním modelem kvality života jednotlivce, který je tvořen 4 základními dimenzemi kvality života – zdravotní, psychologické, spirituální a sociální aspekty. POP je poskytována ve dvou základních formách, obecná a specializovaná. Obecná POP zahrnuje léčbu symptomů souvisejících s progresí onkologického onemocnění a jeho předchozí protinádorovou léčbou. Specializovaná POP zahrnuje zejména algeziologickou, nutriční, psychologickou, psychiatrickou intervenci včetně invazivních výkonů (odlehčovací punkce maligních výpotků – ascites, fludothorax). Obecná POP, která zaujímá cca 80 % veškeré POP, by měla být poskytována všemi lékaři a nelékařským personálem bez ohledu na jejich specializaci. Specializovaná POP, která zaujímá cca 20 % veškeré POP, je poskytována specialisty, tj. klinickými onkology či lékaři se specializací v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti.

Jednou z forem specializované POP je ambulance paliativní onkologické péče (APOP), která může být zřízena na úrovni komplexního onkologického centra (KOC) nebo na úrovni regionálního onkologického zařízení. Hlavní náplní APOP je organizovat, respektive koordinovat POP na úrovni KOC, kraje či jednotlivých regionů. APOP zajišťuje jak obecnou, tak specializovanou POP. Obecná POP zahrnuje léčbu symptomů souvisejících s progresí onkologického onemocnění a jeho předchozí protinádorovou léčbou. Mezi hlavní symptomy jsou řazeny dyspeptické obtíže – nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, nádorová bolest, psychické obtíže – úzkost, deprese, poruchy spánku, psychomotorický neklid, delirantní stavy, dušnost a nádorová anorexie a kachexie. Specializovaná POP zahrnuje konziliární činnost, a to nejen v rámci onkologických pracovišť (KOC či regionální onkologická pracoviště), ale i na úrovni nemocnice (fakultní či krajské nemocnice, regionální nemocniční zařízení). Personálně je APOP obsazena následovně: 1. stálý stav – klinický onkolog, zdravotní sestra edukovaná v problematice POP, sociální pracovník, algeziolog 2. konziliáři – onkopsycho-

log, psychiatr, rehabilitační sestra, rehabilitační lékař, protetik, nutriční terapeut, lékař – nutricionista. Zásadní podmínkou pro existenci a fungování APOP je spolupráce s praktickými lékaři a regionálními APOP, s agenturami domácí zdravotní péče, regionálními nemocničními zařízeními, hospicovými zařízeními a zařízeními následné péče.

Do programu POP zajišťovaného APOP jsou zařazeni nemocní s ukončenou onkologickou léčbou v důsledku progresu onkologického onemocnění a vyčerpaným možností onkologické léčby. Ukončení onkologické léčby má své etické i právní atributy, tj. je prováděno v rámci indikačních seminářů – onkologických kabinetů na úrovni KOC, regionálních onkologických pracovišť či v rámci mezioborových seminářů se zastoupením ošetřujícího onkologa. Do zdravotnické dokumentace pacienta (ambulantní zdravotnická dokumentace či chorobopis u hospitalizovaného pacienta), u kterého byla ukončena onkologická léčba, uvádíme:

1. Možnosti kurativní i paliativní onkologické léčby jsou vyčerpány z důvodu léčebně neovlivnitelné progresu onkologického onemocnění.
2. U pacienta s ukončenou onkologickou léčbou je indikována POP s cílem zachovat co nejlepší možnou úroveň kvality života pacienta a jeho rodinných příslušníků.
3. Pacient i jeho rodina byli plně informováni o ukončení onkologické léčby a sděleným informacím plně porozuměli. U každého pacienta zařazeného do programu POP je vstupně stanoven plán paliativní onkologické péče (PPOP). PPOP je vytvořen v souladu se čtyřmi hlavními zásadami: 1. Respektovat přání pacienta a jeho rodiny. 2. Zajistit odpovídající spolupráci s registrujícím praktickým lékařem, agenturami domácí zdravotní péče, hospicovými a regionálními nemocničními zařízeními. 3. Řešit mimořádné situace obvykle související s náhlým zhoršením celkového stavu pacienta v mimopracovní době. 4. Zajistit účinnou respitní péči (krátkodobý pobyt pacienta v hospicovém zařízení či v zařízení následné péče) obzvláště u nemocných, kde významnou úlohu v každodenní 24hodinové ošetrovatelské péči v domácím prostředí hraje rodina. Díky možnosti respitního pobytu pro pacienta je vytvářen prostor k potřebné fyzické i psychické rekonvalescenci rodinných příslušníků, kteří pečovali a dále budou pečovat o pacienta v domácím prostředí. PPOP vychází z 5 základních šetření: 1. Fyzické šetření zaměřené především na obtíže limitující pacienta v běžné denní činnosti a jejich dosavadní léčbu. Zvláštní důraz v rámci fyzického šetření

je kladen na přítomnost bolesti, její etiologii, charakter, lokalizaci, intenzitu a samozřejmě její dosavadní léčbu včetně dopadu na celkovou kvalitu života pacienta. 2. Základní nutriční screening zahrnující nutriční anamnézu (chuť k jídlu, možnosti příjmu stravy a tekutin, polykací obtíže, váhový úbytek za poslední 1 měsíc a posledních 6 měsíců), základní antropometrická měření (tělesná hmotnost, výška, body mass index) a Karnofského výkonnostní stav (Performance Status). Cílem nutričního screeningu je zhodnotit projevy nádorové anorexie a kachexie. 3. Psychologické, případně psychiatrické šetření hodnotící pacientův postoj a chápání nemoci s infaustní prognózou, dále pak projevy úzkosti, deprese, psychomotorický neklid, suicidální myšlenky, delirantní stavy, poruchy spánku. 4. Spirituální šetření zaměřené na náboženské a duchovní rituály. 5. Sociální šetření hodnotící vztahy v rodině pacienta, komunikaci mezi pacientem a rodinnými příslušníky, finanční a životní podmínky pacienta a jeho rodiny, dostupnost domácího vybavení pro případnou ošetrovatelskou péči.

S ohledem na rozsah, typ a zejména pak stanovený cíl POP u pacientů zařazených do programu POP je standardně prováděna jejich kategorizace: 1. Nemocní v pokročilém, ale relativně kompenzovaném stadiu onkologického onemocnění s dobou přežití 3–6 měsíců. 2. Nemocní v preterminálním stadiu onkologického onemocnění s dobou přežití 1–2 měsíce. 3. Nemocní v terminálním stadiu onkologického onemocnění s dobou přežití řádově hodiny – dny – až 3 týdny.

Poskytování POP nemocným s ukončenou onkologickou léčbou má i svá úskalí, která lze shrnout do několika bodů: 1. Nedostatečná mezioborová spolupráce pramenící z neznalosti poskytování paliativní onkologické péče. Mnohdy se lze setkat s faktem, že lékaři neonkologové či nepaliativisté vnímají „paliativního onkologického“ pacienta bez ohledu na typ a rozsah tumoru a jeho věk a výkonnostní stav jako umírajícího pacienta, kterému „není co nabídnout“. 2. Nedostatečná edukace a výchova pacientů a rodinných příslušníků ze strany lékařů, bez ohledu na jejich specializaci, a zdravotnického personálu v problematice zvládání obtížných životních situací spojených se ztrátou blízké osoby. Důstojně umírat ve vyspělé společnosti by mělo být větší samozřejmostí než legalizovat eutanázii. 3. Nedostatečná edukace pacientů a rodinných příslušníků ze strany lékařů bez ohledu na jejich specializaci v problematice hospicové domácí

či lůžkové péče. Pacienti a rodinní příslušníci negativně hodnotí umístění pacienta do lůžkového hospicu, a to z toho důvodu, že hospic je pacienty a rodinnými příslušníky stále vnímán jako místo beznaděje, sociální izolovanosti, umírání a smrti. 4. Nedostatečná spolupráce s praktickými lékaři zjm. v poskytování obecné paliativní péče, zajištění domácí zdravotní péče a preskripci zdravotnických pomůcek. 6. Nedostatečný monitoring léčby bolesti a celkové kvality života nemocných zařazených do programu POP.

*Podpořeno Výzkumným projektem
MZ ČR No. 00179906 a Specifickým vysokoškolským výzkumem Univerzity Karlovy
v Praze č. 53251.*

Mezinárodní konference MASCC/ ISOO o podpůrné péči v onkologii 2011

doc. MUDr. Ladislav Slovák, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie

LF UK a FN Hradec Králové

ladislav.slovacek@seznam.cz

Ve dnech 23.–25. června 2011 se v řecké metropoli Aténách uskutečnilo mezinárodní sympozium věnované problematice podpůrné péče u onkologicky nemocných. Organizátory sympozia byly Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) spolu s International Society for Oral Oncology (ISOO). Počet registrujících účastníků byl téměř 900. Největší zastoupení měly Spojené státy americké, Kanada, Francie, Austrálie a pořádající Řecko. Účast z České republiky byla minimální (2 registrující účastníci). V průběhu sympozia byla věnovaná pozornost nejen komplexní podpůrné péči u onkologicky a hematoonkologicky nemocných, ale i paliativní onkologické péči a péči hospicové u dospělých a dětí. Odborná sdělení (přednášky, poster) byla členěna do tzv. MASCC Study Groups, tj. 1. nauzea, zvracení a antiemetická terapie, 2. kostní komplikace, 3. edukace, 4. únava, 5. hemostáza, 6. infekční komplikace v důsledku myelosuprese, 7. mukozitida, 8. neurologické komplikace, 9. výživa, 10. péče o dutinu ústní, 11. paliativní péče, 12. péče o dětské pacienty, 13. psychosociální péče, 14. kvalita života, 15. rehabilitace, 16. kožní toxicita. V průběhu konání sympozia byla možnost zhlédnout přes 200 elektronických posterů, které byly co do provedení, ale zejména pak obsahu na vysoké úrovni. Hlavními tématy byla chronická nádorová bolest a možnosti její léčby

včetně léčby průlomové bolesti, antiemetická terapie, hematotoxicita, kardiotoxicita, gonadální toxicita, orální mukositida a možnosti její léčby, výživa onkologických nemocných, paliativní onkologická a hospicová péče. Odborná sdělení formou posterů byla rovněž na vysoké úrovni. Na sympoziu bylo prezentováno bezmála 200 posterů. Stěžejními tématy byla chronická nádorová bolest a možnosti její léčby, průlomová bolest a její léčba nazálním či sublinguálním fentanyl. Velmi diskutovaným tématem byla paliativní onkologická péče. Obecně lze konstatovat, že co stát, to jiný systém poskytování paliativní onkologické péče. Rozlišný byl zejména systém začlenění tohoto typu péče do systému poskytování zdravotní péče, jeho organizaci a financování. Řada prací poukazovala na systém center paliativní onkologické péče zřízených v rámci komplexních onkologických center či onkologických klinik. K této problematice přispělo i posterové sdělení od jediných českých autorů pod vedením doc. MUDr. Ladislava Slováčka, Ph.D., z Kliniky onkologie a radioterapie Fakultní nemocnice v Hradci Králové s názvem „Palliative Cancer Care in a System of Providing of Health Care in Hradec Králové: Own Experience“. Tito autoři přispěli i k problematice kvality života onkologicky nemocných svým dalším posterovým sdělením s názvem „Quality of Life among Cancer Patients in a Programme of Palliative

Cancer Care“. Posledním, třetím příspěvkem od těchto českých autorů bylo posterové sdělení zařazené do sekce „Psychologické a psychosociální aspekty“ s názvem „Psychological Disorders among Palliative Cancer Care Female with Gynecological Cancer: Own Experience“.

*Podpořeno Výzkumným projektem
MZ ČR No. 00179906 a Specifickým
vysokoškolským výzkumem
UK Praha č. 53251.*

Etické aspekty výzkumu v paliativní péči

PhDr. Martin Loučka

The International Observatory

**on End-of-Life Care, Lancaster University UK
martin.loucka@gmail.com**

Cílem paliativní péče je podpora kvality života pacienta a jeho blízkých, mírnění bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních. Podle některých autorů není zahrnování pacientů v paliativní péči do výzkumných studií v souladu s těmito cíli a navíc je zatíženo řadou eticky problematických momentů. Zapojení do výzkumu bere pacientům a jejich rodinám už tak omezený a vzácný čas na konci života; možnost těžit z výsledků prováděné studie je pro ně samotné z důvodu časové náročnosti výzkumu

často nedostupná; pracovníci v paliativní péči nemají vždy dostatečné vzdělání a zkušenosti pro výzkumnou práci a i když mají, může pro ně být nelehké kombinovat v jednu chvíli roli výzkumníka i pečovatele. V souladu s trendem na důkazech založené praxe je ale na druhou stranu výzkum v paliativní péči potřeba stejně jako v jiných odvětvích medicíny. Rozhodnutí, zda je zvažovaný výzkum eticky přijatelný (tzn. je dostatečně užitečný, neohrožující, je zachována autonomie pacienta atd.), by mohlo být přijímáno po vzoru západních zemí za pomoci etických komisí. Ty se v ČR ze zákona musí vyjadřovat ke klinickým zkouškám nových léčiv. Multidisciplinární povaha paliativní péče však s sebou přináší řadu dalších typů výzkumných projektů, které zákonným souhlasem ošetřeny nejsou a jejich posuzování tak zůstává na jednotlivých pracovnících v hospicích a nemocnicích, respektive jejich nadřízených. Cílem tohoto příspěvku je shrnout současný pohled na etické aspekty výzkumu v paliativní péči, s obzvláštním důrazem na sociálně-vědní přístup, který formuje podstatnou část výzkumných prací v této oblasti. Pozornost bude věnována představení základních principů etického výzkumu a také shrnutí diskuze ve světové literatuře, pojednávající o nutnosti vytvoření zvláštních opatření pro výzkum v oblasti paliativní péče.

JAK INTEGROVAT PALIATIVNÍ PÉČI DO VÝUKY OŠETŘOVATELSTVÍ

*Předsednictvo: PhDr. M. Macková, Ph.D., J. Sieberová, Mgr. J. Prokop, Ph.D., MUDr. L. Kabelka, Ph.D.
čtvrtek / 24. 11. 2011 / 15.30–17.00*

Paliativní péče ve vzdělávacích programech ošetřovatelství

**PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW
LF MU, Katedra ošetřovatelství
mackova@med.muni.cz**

Zdravotníci se mohou setkat s problematikou paliativní péče ve všech typech zdravotnických i sociálních zařízení. Z tohoto důvodu je nutné rozdělit vlastní vzdělávání na tři stupně. První stupeň je určen pregraduálním studentům nebo lidem, kteří již jsou graduovaní, ale ve své praxi se mohou setkat s problematikou paliativní péče. Cílem prvního stupně je získání základních vědomostí

a znalostí. Druhý stupeň je určen graduovaným odborníkům, kteří pracují na jednotkách paliativní péče nebo graduovaným odborníkům, kteří se s danou problematikou setkávají pravidelně. Cílem druhého stupně je prohloubení znalostí. Poslední, třetí stupeň je určen odborníkům v paliativní péči, kteří zastávají vedoucí funkce nebo participují na vzdělávání a výzkumu v paliativní péči. Cílem třetího stupně vzdělávání je specializace. Příspěvek pojednává o současných možnostech vzdělávání nelékařských profesí v paliativní péči, a to dle výše uvedeného modelu. Zejména je řešena problematika vzdělávání všeobecných sester.

Možnosti vzdělávání sester v paliativní péči – zkušenosti z kurzu ELNEC

**Bc. Michaela Kaňová
Hospic sv. Alžběty, Brno
vrchni@hospicbrno.cz**

Ve dnech 3.–8.4.2011 se v rakouském Salzburgu konal mezinárodní kurz pro školitele v paliativní medicíně společnosti ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium). ELNEC je mimovládní organizace, založená v roce 2000 v USA. Její fungování je založeno na partnerství City of Life a American Association of Colleges of Nursing.

Společnost ELNEC vzdělává pracovníky v paliativní péči a svoje kurzy prezentuje v 66 zemích

po celém světě. Letošního kurzu se zúčastnilo 34 sester z 5 zemí východní Evropy – Ruska, Maďarska, Rumunska, Polska a České republiky. Cílem kurzu bylo jednak zvýšit úroveň paliativní péče na pracovištích jednotlivých účastníků a v jejich zemích a jednak vyškolit lidi, kteří budou dál svoje znalosti a zkušenosti předávat a tak šířit myšlenku důstojné péče v umírání.

Základní kurz ELNEC byl v Salzburgu představen předními americkými experty v oblasti paliativního ošetřovatelství. Obsahuje 8 témat (paliativní péče; léčba bolesti; léčba symptomů; etika v paliativní péči; kulturní a duchovní aspekty; komunikace; ztráta, zármutek a žal; poslední hodiny), kterým byla postupně věnována pozornost formou přednášek a diskuzí.

Kurzy ELNEC, které v současné době startují i v ČR, mají za cíl rozšířit odborné povědomí o paliativní péči a dobrou praxi při péči o pacienty v závěru života. Jsou v první řadě určeny pro sestry pracující v zařízeních specializované

paliativní péče, ale projekt počítá s tím, že kurzy budou nadále dostupné pro sestry ze všech zdravotnických, příp. sociálních zařízení, kde se poskytuje péče lidem s pokročilým nevyléčitelným onemocněním nebo lidem ohroženým geriatrickou křehkostí.

Tato ambice vychází z touhy po zlepšení dovedností a schopností sester při ošetřování umírajících v hospicích a na odděleních dlouhodobě nemocných, geriatric, v domovech pro seniory apod. s vědomím, že zdravotní sestry sehrávají v paliativní péči nezastupitelnou úlohu.

Je logické, že pouze kvalitní paliativní péče poskytovaná vzdělaným a zároveň lidským multidisciplinárním týmem si může získat respektované místo mezi zdravotnickými profesionály. Na druhou stranu paliativní medicína má co nabídnout i dalším lékařským oborům, její zkušenosti vypovídají o návratu k původním ideálům zdravotnických pracovníků, a to pečovat o člověka, ne jen o jeho nemoc.

Vzdělávání v pediatrické paliativní péči – zkušenost z Polska

Bc. Bronislava Husovská
Mobilní hospic Ondrášek
mhondrasek@seznam.cz

Příspěvek má za úkol seznámit posluchače s možnostmi vzdělávání v dětské paliativní péči v Polsku. Posluchačům bude představen průběh stáže v Dětském hospici ve Varšavě a výstupy po absolvování stáže.

Dalším úkolem je poskytnout posluchačům vhled do momentální situace dětské paliativní péče v Polsku. Budou představeny formy dětské paliativní péče. Blíže bude popsána mobilní dětská paliativní péče.

Posluchači budou seznámeni se současnou situací dětské paliativní péče v ČR. Závěrem příspěvek seznámí s projektem dětské paliativní péče v Mobilním hospici Ondrášek.

PARALELNÍ PROGRAM – SÁL CENTAURUS

DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Předsednictvo: MUDr. J. Valjentová, MUDr. D. Palasová, MUDr. L. Kabelka, Ph.D.
čtvrtek / 24. 11. 2011 / 11.00–12.30

Mobilní specializovaná paliativní péče a home care.

Je v tom nějaký rozdíl?

MUDr. Dagmar Palasová

Bílovecká nemocnice, a.s., Bílovec

dagmar.palasova@nvb.cz

Sdělení se zabývá poskytováním obecné a specializované paliativní péče v České republice. Mapuje formy, možnosti, limity a indikace domácí paliativní péče, vysvětluje základní rozdíly mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí poskytovanou v domácím prostředí pacienta.

V další části je podán reálný pohled na současnou situaci v ČR, především na problémy s poskytováním domácí paliativní péče ze strany rodiny, ze strany pojišťoven a státní správy, i z pohledu odborníků, kteří péči poskytují.

Závěr patří pozitivům, kterých se podařilo v oblasti poskytování domácí paliativní péče v posledním období dosáhnout.

Kompetence a vzdělanost sester v rámci domácí hospicové péče – desetiletá zkušenost „Cesty domů“

Anna Krutská, DiS.

Vzdělání a kompetence sester

anna.krutska@cestadomu.cz

Vzdělání

Základy paliativní péče, její filozofie a celostní (holistický) přístup k nemocnému by měly být bazálním vzděláním všech zdravotních sester a zdravotníků obecně. K tomu ochota nejen automatizovaně provádět úkony péče (i když alibisticky „vzorně“), ale také o věcech přemýšlet, hledat souvislosti, nové pohledy na věc, dále se vzdělávat a rozvíjet komunikační schopnosti, jako nezbytnou součást jakékoli práce s lidmi.

Je otázkou, zda stávající vzdělávání zdravotníků je dostatečné, zda by neprospělo více humanitních předmětů (historie, filozofie, teologie, sociologie, psychologie s praktickými lekci komunikace a spolupráce). Možná odlidštěné

zdravotnictví právě s nedostatkem humanitně vzdělaných zdravotníků souvisí...

Kompetence

Od sester slyším častý nářek na nízké kompetence, ale ozývají se i hlasy proti. Na kompetence lze nahlížet z různých úhlů (pohled suše právní, pohled nárokový se sankcemi – co musím či nesmím, pohled vymezující prostor – odkud až kam, pohled zaměřený na profit pacienta). Zdá se, že o kompetence samotné až tolik nejde (i když nějaké úpravy by byly vhodné). Problém vidím v týmové spolupráci. Nebo spíš nespolečnosti. Lépe v absenci týmu vůbec.

Co je tým? Tým je skupina lidí, kteří mají společný cíl, pravidla vymezující kompetence, vyměňují si informace – komunikují, spolupracují a vzájemně se podporují. Úcta a důvěra jsou členy týmu! Základní nejmenší buňkou týmu je spolupracující lékař a sestra. A právě tady je zřejmě problém. Dokud mezi sestrou a lékařem nebude partnerský, spolupracující vztah, bude to i nadále „kdo s koho“ a pacient zůstane rukojmím. Sestry budou dál volat po kompetencích či je odmítat.

Komplexní paliativní péče v domácím prostředí u pacientů léčených v ambulanci bolesti – kazuistiky

MUDr. Eva Hegmonová

Ambulance léčby bolesti a paliativní medicíny

Nemocnice Atlas a.s., Zlín

eva.hegmonova@centrum.cz

Strategie komplexní paliativní péče a léčby bolesti u pacientů v terminálním stadiu onkologického onemocnění v domácím prostředí. Formou dvou kazuistik je pojednáno o možném zajištění domácí hospicové péče u pacientů léčených v ambulanci bolesti. V první kazuistice se jedná o paliativní péči u muže v terminálním stadiu karcinomu pankreatu. Komplexní péče ve spolupráci s rodinou trvala 3 měsíce.

V závěrečných 17 dnech života pacienta byla léčba převedena na parenterální aplikaci léků ve spolupráci s agenturou domácí hospicové péče. Druhá kazuistika pojednává o 18 měsících trvajících ambulantní paliativní péči pacientky s generalizovaným karcinomem prsu s mnohačetnými metastázami ve skeletu. V terminálním stadiu onemocnění byla domácí léčba vedena po dobu 39 dní s pomocí parenterální aplikace léků za účasti rodiny a agentury domácí hospicové péče.

Porodní bolesti a radosti domácí hospicové péče v Česku

Jana Sieberová

Centrum domácí hospicové péče, Hořice

jana.sie@seznam.cz

Cílem sdělení je popis téměř tříleté zkušenosti autorky s poskytováním domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji a identifikace překážek v poskytování kvalitní paliativní péče.

Autorka opustila svou profesi anesteziologické sestry ve prospěch umírajících pacientů a jejich rodin. Nyní pracuje v multidisciplinárním týmu jako vedoucí a vrchní sestra Centra domácí hospicové péče v Hořicích.

V ČR asi dvě třetiny lidí umírají ve svém přirozeném prostředí a často jsou odkázáni na běžnou zdravotní péči sesterského týmu. Ta však poskytuje pouze omezenou pomoc. Nemají vlastní lékaře, nemají zdravotnické pomůcky. Nemocní jsou při zhoršení stavu odesíláni nejčastěji do zařízení LDN, kde je čeká anonymita, chlad a osamělost.

Zdravotnický systém není stále dobře nastaven na poskytování dostupné paliativní péče a konec života je pro většinu lidí nedůstojný a zbytečně bolestivý. Jde-li nám o dostupnost paliativní péče, musí fungovat jak lůžková, tak domácí paliativní péče, ale také další její komplementy, např. paliativní oddělení v nemocnicích.

Součástí sdělení jsou dvě kazuistiky.

PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI A V LDN

Předsednictvo: MUDr. L. Kabelka, Ph.D., prof. MUDr. J. Skříčková, CSc.,
prof. MUDr. S. Filip, DrSc., MUDr. E. Balnerová / čtvrtek / 24. 11. 2011 / 13.30–15.00

Oddělení akutní paliativní medicíny v rámci akutní nemocnice – zkušenosti ze Švýcarska

Dr. Cristian Camartin MSc
Kantonsspital Graubünden-Leiter
Palliative Care, Churu, Švýcarsko
cristian.camartin@ksgr.ch

Význam akutní paliativní medicíny vzrůstá spolu s rostoucím množstvím chronických nemocí a terapeutických (léčebných) možností a tímto také zaujímá stále důležitější místo v medicíně.

V roce 2009 jsme v nemocnici v Churu ve Švýcarsku otevřeli nové oddělení akutní paliativní medicíny. V mém referátu představím toto naše nové oddělení a seznámím posluchače s naším pojetím akutní paliativní medicíny.

Čtyři základní aspekty paliativní medicíny budu objasňovat na základě otázek:

Paliativní medicína pro koho, kdy, kde a v jakém rozsahu?

Stanice paliativní péče v nemocnici Jihlava

MUDr. Eva Balnerová
Nemocnice Jihlava
balnerovae@nemji.cz

Stanice paliativní péče o 15 lůžkách funguje v nemocnici Jihlava od 18.5.2011.

Co předcházelo jejímu otevření?

Paliativní péče v nemocnici je novým typem péče, kdy dostáváme hospicovou péči přímo do zdravotnického zařízení.

V kraji Vysočina k tomu byly 2 důvody:

1. chybí zde kamenný hospic,
2. chybí návaznost péče na onkocentrum a nově vznikající iktové centrum.

Naše zařízení jako první v republice úspěšně prošlo výběrovým řízením na Ministerstvu zdravotnictví v září 2010. Rekonstrukční práce na nové stanici trvaly od ledna do dubna 2011 a v květnu 2011 bylo nové oddělení otevřeno.

Paliativní péče zahrnuje péči o nemocné, kde již byly vyčerpány možnosti léčit vlastní závažné onemocnění, ale léčba i péče jsou zaměřeny na zmírnění příznaků nemoci. Svým charakterem je interdisciplinární. Obsahuje přístup bio-psycho-sociálně-spirituální. Rozhodující je pojetí kvality života, a proto

se na léčebném plánu podílí i pacient a jeho blízcí.

O pacienty se stará tým, kde jsou zastoupeni lékaři s erudiicí pro paliativní péči a léčbu bolesti, konzultanti v oboru psychologie, onkologie, výživy, tým zdravotních sester a ošetřovatelek, které prošly školením v hospicové péči, dále rehabilitační sestra, sociální pracovník a kněz.

Pacienti jsou hospitalizováni převážně ve 2lůžkových pokojích, lůžka jsou oddělena zástěnou a vždy pro 2 pokoje je k dispozici sociální zázemí.

Pro doprovázející je u každého lůžka pohodlné polohovací křeslo vhodné i k přenocování.

Návštěvy na paliativní stanici jsou neomezené.

Paliativní péče se oproti péči nemocniční připírá.

Poplatek za lůžko a den je 300 Kč a zahrnuje:

- nadstandardní vybavení pokoje
- moderní polohovací lůžko s antidekubitní matrací
- televizor
- zázemí pro doprovázející s posezením a možností občerstvení
- individuální výběr stravy pro pacienty – nutriční přípravky

Za krátkou dobu provozu vidíme, že tato péče opravdu v našem regionu chyběla. Zájem o paliativní lůžka evidujeme z celého kraje Vysočina.

Ambulance paliativní onkologické péče v systému poskytování zdravotní péče

prof. MUDr. Stanislav Filip, DrSc.
Klinika onkologie a radioterapie
FN Hradec Králové
filip@fnhk.cz

Paliativní léčba a s ní související ošetřovatelská péče představují v současné době významný problém v organizaci poskytování zdravotní péče. Ambulance paliativní onkologické péče (APOP) přispívá k ověření klinického stavu onkologických pacientů a spolurozhodování o dalších léčebných možnostech a formě jejich zabezpečení. APOP musí obsahovat plně funkční složky zajišťující léčbu bolesti a symptomů, které souvisejí s onkologickým onemocněním a jeho

onkologickou léčbou. V APOP bylo ve sledovaném období léčeno celkem 446 nemocných, z toho 288 žen s průměrným věkem 61 let (věkové rozpětí 20–81 let) a 158 mužů s průměrným věkem 56 let (věkové rozpětí 18–96 let). Podle hodnocení funkční zdatnosti (PS) bylo v kategorii PS-0 8 %, PS-1 54 %, PS-2 33 % a PS-3 5 %. APOP využívá jednotný systém vedení zdravotnické dokumentace, jednotný systém hodnocení kvality a kvantity poskytované zdravotní péče – stanovení „minimální zdravotní péče“. V naší práci prezentujeme výsledky, které vyjadřují vzájemné propojení všech složek poskytování zdravotní péče formou spolupráce s praktickým lékařem (PL), spádovými onkologickými odděleními včetně hospicové péče a spolupráce s agenturami domácí zdravotní péče.

Implementace paliativních přístupů do geriatrické péče

PhDr. Helena Kisvetrová¹,
MUDr. Milena Bretšnajdrová²,
Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.¹

¹ **Univerzita Palackého v Olomouci,**
Fakulta zdravotnických věd,
Ústav ošetřovatelství

² **Fakultní nemocnice Olomouc,**
Oddělení geriatric
helena.kisvetrova@upol.cz

Paliativní dimenze geriatrické péče je vzhledem k narůstající geriatrizaci populace velmi aktuální téma. Specifičnost přístupu je charakterizovaná překrýváním paliativní a dlouhodobé péče o seniory se závažnou disabilitou, syndromem geriatrické křehkosti, vyšší frekvencí výskytu různých forem syndromu demence, změnou trajektorie existenciálních a psychosociálních konsekvencí umírání a větší potřebou spirituální a sociální péče. Z celkového počtu 871 pacientů hospitalizovaných v roce 2010 na Oddělení geriatric FN Olomouc, bylo 89 pacientů hospitalizováno s onkologickou diagnózou. Počet zemřelých za rok 2010 byl 59 pacientů, a z toho 17 onkologických. Oddělení geriatric není tedy primárně pracoviště, kde by dominovali umírající pacienti. Senioři v terminálním stadiu onkologických i neonkologických onemocnění jsou většinou na toto pracoviště přijímáni k terapii

symptomů akutně zhoršeného celkového stavu v důsledku závažných selhávání funkčních systémů. Cílem paliativního přístupu je minimalizace diskomfortu a zlepšení kvality závěru života seniora, a to nejen po stránce fyzické, ale i po stránce duchovní a sociální. Významné jsou i existenciální konsekvence umírání ve vyšším věku, protože se zde často propojuje osamělost a redukce úzkosti ze smrti související s pocitem naplněnosti a uzavřenosti života seniora. To je pravděpodobně důvod skutečnosti, že se v ošetrovatelských plánech diagnóza „Úzkost ze smrti“ vyskytuje jen ojediněle. Mezi pět nejčastěji se vyskytujících oš. diagnóz na Oddělení geriatric FN Olomouc patří Riziko infekce, Riziko pádu, Porušená kožní integrita, Chronická zmatenost a Chronická bolest. Implementace paliativních přístupů do léčby a péče o geriatricky nemocné a realizace holistického přístupu lékařského i nelékařského personálu umožní důstojný závěr života seniora. To vyžaduje také věnování větší pozornosti paliativním aspektům geriatrické

péče v rámci pregraduálních i specializačních ošetrovatelských studijních programů.

Jaká jsou rizika implementace paliativní péče v rámci zařízení akutní a následné péče

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Medicover Praha

z.kalvach@seznam.cz

Vnesení paliativní (hospicové) péče do tzv. péče následné a dlouhodobé, respektive do jejích institucí, představuje závažný a nejednoduchý úkol. Implementace je žádoucí především s ohledem na značný počet lidí, kteří v zařízeních dlouhodobé péče zemřou a kteří jsou mnohdy právě z tohoto důvodu – k terminální péči do nich překládáni.

Svízelnost spočívá především ve financování dlouhodobé a následné péče, které je nedostatečné pro potřeby hospicového stylu práce, odborné a především eticko-filozofické nepřipravenosti personálu, ztotožnění paliativní péče

v představách mnoha organizátorů s pouhým úsporným odstupováním od „neúčelných“ výdajů na „marné pacienty“, velkém zjednodušení tzv. dlouhodobé péče včetně nadměrné demedicalizace s minimalizací až ohrožením lékařské a mnohdy i kvalifikované ošetrovatelské péče, které jsou nadměrně nahrazovány péčí nízkokvalifikovaného personálu nedostatečným pochopením jednotlivých klientů, v nedostatečné individualizaci a personalizaci přístupu a péče podcenění či nepochopení významu animace, pozitivních obohacení, plnění přání a „snů“ umírajících lidí.

V následné a dlouhodobé péči je proto pro rozvoj paliativní péče zvláště třeba posílit financování – paliativní péče není a nesmí být o úsporách, nýbrž o účelnosti výdajů vzdělávání personálu – především v problematice morální a právní k posílení bezpečnosti klientů animační přístupy, individualizaci a personalizaci péče včetně využívání metodiky PCP (patient centered planning, plánování zaměřeného na člověka – www.kvalitavpraxi.cz).

ALTERNATIVNÍ (KOMPLEMENTÁRNÍ) MEDICÍNA U PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Moderuje: MUDr. O. Sláma, Ph.D. / čtvrtek / 24. 11. 2011 / 15.30–17.00

Přínos CAM (Complementary and Alternative Medicine) v paliativní péči – vlastní zkušenosti z 25leté praxe

MUDr. Doris Danielová

Ordinace celostní medicíny Brno

danielova.doris@seznam.cz

Autorka se od zakončení studia LF Masarykovy univerzity v Brně zabývá velmi intenzivně paliativní medicínou a thanatologií (její první působišťe byly různé LDN, dále paliativní oddělení nemocnice pro TBC a plicní nemoci v Babicích nad Svitavou, později externí spolupráce s hospicem Rajhrad a od otevření soukromé praxe v oboru plicní lékařství a akupunktura prakticky stále stojí tato problematika v popředí jejího zájmu). Paralelně studuje stále do větší hloubky tradiční čínskou medicínu se všemi jejími odvětvími – dietologie, zdravý životní styl, cvičení tělesná, dechová i mentální, kultivace emocí, kombinované relaxace, akupunktura, moxa, kvaša, masáže tuina, baňkování a čínská farmako-

terapie. Pochopitelně se zajímá i o jiné metody komplementární péče (např. ayurvěda, tibetská tradiční medicína, homeopatie, Bachovy květy, makrobiotická dieta, Breussovadieta, gemmoterapie, herbální terapie aj.). Věnuje se též terapii SIAB, a to velmi intenzivně (o ní však fundovaněji pohovoří MUDr. Bannasová z Prahy). Obě lékařky v oblasti SIAB již více než 10 let úzce spolupracují.) Za dlouhou dobu své praxe Dr. Danielová spolupracovala i s lidovými léčiteli, sledovala účinek mediálně zpopularizovaných výživových doplňků a postupů. Ve svém příspěvku se chce podělit o praktické zkušenosti podepřené mnoha lety hledání, úspěchů i omylů v oblasti přínosu alternativní medicíny pro pacienty v paliativní péči. Dospívá k závěru, že některé z metod CAM jsou skutečně velkým přínosem pro zlepšení kvality života nemocných, a to i v závěrečných stadiích závažných onemocnění (ovšem jsou-li prováděny vzdělaným odborníkem v tom kterém oboru). Některé z metod považuje za irelevantní až nebezpečné a upozorňuje na nutnost, aby ošetřující

onkolog paliativní péče věděl, co jeho pacient užívá a dokázal mu alespoň rámcově poradit, co má smysl a co je naopak zbytečné vyhažování peněz, navíc ještě s možností zhoršení kvality života. Jelikož množství pacientů se zájmem o CAM stoupá geometrickou řadou, nemůžeme k tomuto faktu zůstat „slepi“. Pokud budou ošetřující onkologové alespoň rámcově informováni o tom, jak hlavní „proudy“ CAM fungují a jaké nesou výhody, příp. nevýhody, posílí se pacientova důvěra a z kvalitní se celkový vztah mezi ošetřujícím onkologem a nemocným. Může tak i nakonec dojít k propojení některých metod CAM s EBM (Evidence Based Medicine) s jediným cílem: ZLEPŠIT KVALITU ŽIVOTA PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI. Je to možné? Tento ideální stav však zatím není jednoduché uskutečnit (např. aby každé paliativní odd. mělo svého odborníka na akupunkturu a jiné metody tradiční čínské medicíny a CAM), za dobrý začátek autorka považuje alespoň navázání přátelského dialogu mezi odborníky na EBM a CAM, beze snahy o soutěžení a prosazování

ega zúčastněných lékařů, nýbrž vedený jedine snahou o ulehčení a zkvalitnění života vážně nemocných pacientů v preterminálních a terminálních stádiích nemoci.

Autorka podává stručný přehled metod, se kterými má sama osobní zkušenost, rozděluje je na ty, které podle ní pro pacienty prospěšné jsou a ostatní s účinky dubiosními až nebezpečnými. Upozorňuje i na oblasti dosud dostatečně neprobádané, které by mohly být v CAM terapiích budoucnosti.

Následují kazuistiky a diskuze.

Jak s pacientem hovořit o alternativní medicíně?

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

**Klinika komplexní onkologické péče,
Masarykův onkologický ústav, Brno
oslama@mou.cz**

Označení komplementární a alternativní medicína (anglicky obvykle označovaná zkratkou CAM) zahrnuje celou řadu léčebných postupů a prostředků, jejichž společným znakem je, že účinnost a prospěšnost pro pacienta nebyla formálně prokázána formou klinických studií. Údaje o účinnosti se většinou zakládají na jednotlivých klinických případech (kazuistikách), popř. nevelkých souborech pacientů. Většina těchto metod má svůj původ v přírodních a tradičních mimoevropských myšlenkových a náboženských systémech. Na straně akademické medicíny (ale také např. na straně zdravotní pojišťovny) bývá vůči CAM vznášena řada výhrad ohledně účinnosti a bezpečnosti. Mezi pacienty v paliativní péči je přesto užívání CAM velmi rozšířené. Dle některých průzkumů užívá kolem 75 % pacientů v onkologické paliativní péči některou z forem CAM. Zdravotníci, kteří s těmito pacienty pracují, proto musí mít základní představu o charakteru nejčastěji užívaných metod CAM, jejich potenciálu, ale také rizicích. Zdravotník v paliativní péči by měl být schopen s pacientem vést otevřený rozhovor na následující témata:

- Jaký je aktuální stav základního onemocnění, jak pacient svůj stav chápe a přijímá?
- S jakými očekáváními pacient užívání CAM spojuje a jaká je evidence, že mohou být tato očekávání splněna?
- S jakými riziky a zátěží je užívání dané metody CAM u daného pacienta spojeno (riziko tělesných nežádoucích účinků, psychologická a finanční zátěž atd.)?

Autor ve svém sdělení představí, jak k otázce CAM přistupuje ve své klinické praxi.

Využití esenciálních olejů a aromaterapie v paliativní péči

Mgr. Marcela Saparová

FN Brno

marcela.f@email.cz

Esenciální oleje a aromaterapii řadíme mezi komplementární (doplňkovou) léčbu. V Americe či Velké Británii je tato léčba značně populární. V naší zemi si teprve své místo hledá.

Vůně může vyvolat živé vzpomínky. Například vůně vanilky mi může připomenout vánoční atmosféru z dětství. Kromě těchto vzpomínek však vůně může iniciovat kaskádu fyziologických reakcí, které ovlivní celé naše tělo i emocionální prožívání.

Laici mají tendenci se domnívat, že aromaterapie je vše, co voní. Ano, není aromaterapie bez esenciálních olejů, ale můžeme mít esenciální oleje bez aromaterapie. Rozdíl je v záměru. Například do řady šamponů jsou tyto oleje přidávány. O aromaterapii v pravém slova smyslu by však šlo pouze tehdy, pokud bychom do šamponu přidali nějaký esenciální olej z důvodu stimulace růstu vlasů nebo zmírnění bolesti pokožky hlavy.

Esenciální oleje využívali již staří Egypťané. Po dobytí Egypta Řeky chtěl Alexandr Veliký získat recepty na užití esenciálních olejů. Kněží mu však záměrně předali pouze neúplné recepty. Ještě později křesťanští kněží aromaterapii zakázali jako dílo ďábla. V současné době obliba aromaterapie stoupá. Například bylo zjištěno, že lidé dělají méně chyb, pokud vdechují citronovou vůni. V Japonsku proto používají aromaterapii jako prostředek zvyšování pracovní výkonnosti zaměstnanců. V New Yorku zase klesla agresivita pasažérů metra poté, co vozy byly provoněny příjemnou vůní jídla. A eukalyptový olej udržuje pozornost řidičů kamionů stejně spolehlivě jako kofein.

Esenciální oleje jsou vysoce koncentrované. Z rostlin jsou získávány pomocí parních destilací. K přípravě jedné kapky oleje je potřeba obrovské množství surového materiálu. Například k výrobě jednoho kilogramu růžového oleje je třeba zpracovat 2 000 kilogramů růží. Esenciální oleje jsou vysoce komplexní látky, jeden olej obsahuje 100–400 komponent. Vzhledem k vysokým nákladům na zpracování je řada esencí vyráběna uměle, ovšem tyto esence nemají stejný účinek na lidský organizmus a řada z nich může vyvolat i těžké alergické reakce.

Pravé esenciální oleje využíváme dvěma způsoby. Buď je můžeme inhalovat, nebo natírat na kůži. Inhalací máme několik způsobů.

Můžeme olej dát do zvlhčovače vzduchu, nakapat pár kapek oleje do misky s vodou, na kapesníček, na okraj svíčky a podobně. Při aplikaci olejů na kůži je potřeba jejich zředění. Můžeme k tomu použít různé masti, krémy či emulze.

Využití aromaterapie je široké. Při psychoaromaterapii je cílem působení nervový systém. Ten můžeme stimulovat nebo naopak tlumit. V léčebné aromaterapii využijeme esenciální oleje k léčbě onemocnění. Esenciální oleje pomáhají například v boji proti infekcím, podporují hojení, zvyšují imunitu, podporují krevní oběh a trávení a ovlivňují hormonální hladiny.

V paliativní péči je kladen důraz zejména na mírnění bolesti. Jak lze tedy aromaterapii využít při léčbě bolesti? Léčba bolesti probíhá obvykle formou vtírání esenciálních olejů v různých nosičích do kůže. Bolest snižují esenciální oleje různými způsoby. Zneclitlivěním – například hřebíček, heřmánek, kadidlo, levandule nebo citronová tráva tlumí bolest snížením citlivosti nervových zakončení. Snížením zánětlivé reakce organismu tlumí bolest olej z majoránky, jalovce nebo tea tree olej. Zvýšením prokrvení a prohrátím bolestivé oblasti tlumí bolest olej z vavřínu, skořice, zázvoru nebo černého pepře. Vnímání bolestivých signálů přímo v mozku ovlivňuje zase olej z břízy.

Konkrétní využití aromaterapie při léčbě patří do rukou odborníka, protože esenciální oleje mohou zdravotní stav i zhoršit. Například levandulový olej, který je využíván pro celkové zklidnění organismu a navození spánku, zároveň zvyšuje krevní tlak, a je proto kontraindikován u hypertoniků.

SIAB – Specifická individuální autoboterapie u pacientů v paliativní péči

MUDr. Stanislava Bannasová

Paracelsium Praha, s.r.o.

paracelsium@paracelsium.cz

Přípravky SIAB jsou autohomologní preparáty, tedy vlastně autovakcíny připravené individuálně vždy pro daného pacienta z jeho vlastního biologického materiálu. Jako biologický materiál pro přípravu SIAB autovakcín se používá nejčastěji krev. Proto se také základní preparát nazývá Sangudot (z řeckého sanguis – krev). Každá autovakcína SIAB má koncovku -DOT, odvozenou od slovesa dare – dáti. Podle typu a závažnosti onemocnění lze terapeutické schéma doplnit o další auto-

vakcíny, které mají přímý vztah k nemocnému orgánu nebo systému. Princip výroby se opírá o původní přípravu přenosového faktoru – tedy působení tepla a chladu na lyzované buňky biologického materiálu, který prošel různými fázemi předpřípravy (např. kultivací apod.) Výroba probíhá standardizovaně ve speciálních přístrojích včetně automatického dodávání malého množství etanolu za účelem stabilizace vzniklých autovakcín. Preparáty SIAB jsou vyráběné v ČR pouze jako kapky (balení: 50 ml a 100 ml) pro sublinguální aplikaci. Způsob tohoto podávání umožňuje rychlé, individuální změny dávkování podle aktuálního zdravotního stavu pacienta.

Autohomologní terapii řadíme mezi „informativní léčebné postupy“, které využívají schopnosti organismu zpracovávat aplikovaný signál, malé množství informace, za pomoci homeostatických mechanismů. Autohomologní preparáty jsou ve smyslu léčiva nositelem léčivé informace přirozeného původu. Zcela ve smyslu definice léku dochází při aplikaci autohomologních přípravků, tedy i SIAB autovakcín, jak k interakci s organizmem, tak i příjmu léčivé informace.

Aplikaci autohomologních přípravků u onkologických pacientů chápeme jako podpůrnou, nebo doplňkovou terapii, ale právě její imunomodulační efekt je zde významný. Imunomodulační léčba by měla být součástí každé onkologické

léčby. Cytostatická i radiační terapie zesiluje imunodeficit onkologických pacientů. Cytotoxické látky tlumí nejen imunitní odpověď organismu, ale tlumí také v nádorových buňkách produkci a uvolňování antigenních látek, které by umožnily imunitnímu systému nádorovou buňku poznat a zlikvidovat. Důležité je také, že při podávání autovakcín nedochází k narůstání humorální imunity nad normu, a proto nehrozí interference s celulární reakcí.

Podávání autohomologních preparátů, které nevyvolávají žádné negativní vedlejší příznaky, se nabízí jako doprovodná terapie u všech typů nádorových onemocnění a ve všech stádiích nádorového onemocnění.

PARALELNÍ PROGRAM – SÁL CENTAURUS

GERIATRICKÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Panel: MUDr. L. Kabelka, Ph.D., MUDr. Z. Kalvach, CSc., MUDr. D. Palasová / pátek / 25. 11. 2011 / 8.00–9.00

OBTÍŽNÉ KOMUNIKAČNÍ SITUACE V ONKOLOGICKÉ PALIATIVNÍ PÉČI

Předsednictvo: MUDr. L. Kabelka, Ph.D., A. Krutská, PhDr. M. Romaňáková, Ph.D.
pátek / 25. 11. 2011 / 9.00–10.30

Komunikační strategie a její efektivita při rozhodnutí o ukončení protinádorové léčby

PhDr. Marta Romaňáková, Ph.D.,

PhDr. Ivona Šporcrová

Masarykův onkologický ústav, Brno

romanakova@mou.cz

Při rozhodování o ukončení protinádorové léčby v praxi často narážíme na momenty, kdy je obtížné otevřeně pojmenovat tuto skutečnost. Naše zkušenosti vedou k popsání několika typických situací, se kterými se setkáváme a rozklíčování kterých můžeme tuto problematiku uchopit konkrétněji. Porozumění tedy může vést ke správně načasovanému rozhodnutí o přechodu na symptomatickou léčbu, kdy zpracování rozhodnutí jeho přijetím u jednotlivých pacientů pomůže vnést do jejich životů mnohé benefity. Přednáška si klade za cíl seznámit posluchače s konkrétními potížemi v této oblasti a možnostmi jejich řešení.

Role paliativní medicíny v komplexní onkologické péči – načasování a obsah komunikace mezi pacientem a lékařem

MUDr. Marek Sochor,

MUDr. Jiří Bartoš, MBA

Komplexní onkologické centrum, KN Liberec
sochor.marek73@gmail.com

Pacienti se zhoubným nádorovým onemocněním jsou ve velkém procentu v době diagnózy v pokročilém/metastatickém rozsahu, případně část z původně časných nádorů ve svém průběhu recidivuje/metastazuje. Význam a postavení plného a komplexního přístupu k obsáhlé informaci, včetně rozho-

zásadní význam již v době prvního kontaktu onkologa a pacienta. Plánování a zvažování kauzální protinádorové terapie, léčení příznaků a udržení/zlepšení kvality života by měly být součástí správné onkologické péče. Americká společnost klinické onkologie (ASCO) již v roce 1998 publikovala článek Cancer care during the last phase of life, ve kterém tyto aspekty zvažuje a diskutuje (1). Bohužel při hodnocení vývoje v posledním desetiletí zpochybňuje praktické využití a uplatnění těchto přístupů a principů. Stále dochází k tomu, že rozhovory o paliativní a podpůrné terapii realizujeme až v pozdních/terminálních fázích života (2, 3, 4). V současnosti se stále ve větší míře diskutuje a popisuje individualizace onkologické péče, ale tato „personalizace“ není zaměřena na konkrétní potřeby, přání a zhodnocení pacienta. Jedná se pouze o čistě biologický popis zaměřený proti konkrétním cílovým strukturám a jejich léčebnému ovlivnění. Skutečný pojem personalizace by měl zahrnovat skutečné přizpůsobení léčby různým somatickým, psychologickým, sociálním a existenciálním důsledkům zhoubného nádoru pro konkrétního pacienta. Lékaři by měli mít toto na paměti a léčit pacienta, nikoliv pouze chorobu jako biologické onemocnění. Potřeby našich pacientů jsou v mnohém odlišné od našich představ a kladou váhu na, v mnoha případech, odlišné potřeby a problémy. V předkládaném sdělení se zaměřujeme na příčiny a důsledky výše uvedených skutečností a snažíme se najít cestu a řešení. Dále je zmíněn přehled zkušeností v jiných zemích, ve kterých je paliativní péče opravdu skutečnou součástí onkologické péče.

Reference:

1. Cancer care during the last phase of life. J Clin Oncol 1998; 16: 1986–1996.

2. Ferris FD, Bruera E, Cherny N, et al. Palliative cancer care a decade later: Accomplishments, the need, next steps From the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 2009; 27: 3052–3058.

3. Keating NL, Landrum MB, Rogers SO Jr, et al. Physician factors associated with discussions about end-of-life care. Cancer 2010; 116: 998–1006.

4. Stubenrauch JM. Study: Few physicians discussing end-of-life options with advanced-stage patients. Oncology Times 2010; 32: 26–29.

Zkušenosti ze seminářů

„Jak komunikovat a netrápit (se)“

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

vedoucí lékař DLBSH Rajhrad

předseda České společnosti

paliativní medicíny, ČLS JEP

ladislav.kabelka@caritas.cz

Ve spolupráci s Českou onkologickou společností a za podpory Nycomed.

Interakce sester s nemocnými v paliativní péči a jejich příbuznými

Mgr. Lenka Kroupová

Západočeská univerzita v Plzni,

Fakulta zdravotnických studií,

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

lenkrou@seznam.cz

Vedle specializované paliativní péče, která je aktivní interdisciplinární péčí, by měli všichni zdravotničtí pracovníci s ohledem na specifika své odbornosti umět správně poskytovat obecnou paliativní péči, jejíž součástí je respekt k pacientově důstojnosti, citlivost, empatie a vhodná komunikace s pacientem a jeho rodinou.

Komunikační dovednosti sester v paliativní péči se stávají jedním z hlavních faktorů optimální saturace potřeb nemocného a hlavním aspektem ošetrovatelského hodnocení. Důležitou sou-

části se stává terapeutická komunikace, jejímž cílem je zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění obav a starostí terminálně nemocného. Zůstanou-li problémy nemocných díky neadekvátní komunikaci se zdravotníky skryty, psychický stres se později může projevit afektivní poruchou v podobě projevů deprese, úzkosti, smutku nebo problémů s adaptací. Dle SZO je základní jednotkou paliativní péče rodina (O'Connor, Aranda, 2003), na kterou, vedle nemocného, klade onemocnění nesmírné nároky. Mezi základní potřeby rodiny patří ujištění, že nemocný netrpí nepříjemnými symptomy. Druhou potřebou je poskytnout dostatek informací o nemoci i o způsobu péče o nemocného, jakým způsobem komunikovat s nemocným, jak komunikovat v rámci celé rodiny a kdy požádat o pomoc. Třetí potřebou je poskytování praktické pomoci, jak nemocného polohovat, přemísťovat, případně jak zajistit respitní péči. Poslední důležitou potřebou příbuzných nemocného je emocionální podpora.

Cílem výzkumného šetření kvantitativní metodou anonymního dotazníku bylo zmapovat komunikační dovednosti sester při poskytování paliativní péče u umírajících nemocných v zařízeních akutní péče v ČR.

Složitě komunikační situace při předávání pacientů v paliativním režimu z intenzivního lůžka typu ARO, JIP na lůžko následné péče typu NNP, LDN

**MUDr. Petra Kozmová
NNP Ryjice, p. Neštěmice
P.Kozmova@seznam.cz**

Při indikaci překlady pacienta v rámci paliativního režimu na následné lůžko, se již nepředpokládá intenzivní typ paliativní péče – char. parenterální výživy, i.v. ATB terapie, intenzivní dohled a RHC. Následné lůžko limitováno – vybavením technickým, ekonomickým a personálním. Překlad z intenzivního lůžka, kde 1 sestra několik lůžek, na následné péči sestra kolem 12–15 lůžek, limitace ekonomická/denní náklady komplexně 1500 Kč, bez možnosti jiné úhrady, lékový paušál 61 Kč na den, nezajímavé pro farmakologické firmy s nastavením výhodných množstevních cen/technická péče o porty, injektomaty, monitory.

Překlady na následné lůžko jistě indikované/ jiný typ péče/naše praxe – pacient je odeslán s vícecestným ČŽK, tracheostomie s více vstu-

py, porty, doporučená i.v. terapie – mukolytika, vzácná ATB i.v., nootropika i.v., plná terapie nízkomolekulárními hepariny, doporučované náplastové formy opiátů.

V doporučeních uvedeno: Stav stabilizovaný, překlad do NNP, LDN.

K péči, překlad do péče, RHC.

Překlad do zařízení následné péče těchto pacientů – RZP, často i se sirénou!

Chybí dle našeho pohledu to hlavní – určení jaký typ péče doporučuje vyšší, odborné, sofistikované pracoviště – následná paliativní péče, prognóza vývoje stavu, nerozšiřování terapie, marná terapie, závěr s doporučením DNR. Z našeho pohledu v současné době právních kauz ve zdravotnictví je jisté na místě, aby lékař, který překládá pacienta na nižší pracoviště, určil, jaký typ péče je vhodný. Nyní toto určujeme pak při přijetí v našem zařízení.

Chybí informace o závěrech jednání s rodinou, pravidlem je chybění kontaktu na příbuzné, od pacientů se toto ve většině případů nedovíme.

Následuje několik ukázek dokumentace ze závěrů a doporučením z ARO a JIP odd., srovnání s příjmovými diagnózami a plánem péče po přijetí těchto pacientů.

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

Předsednictvo: Mgr. R. Alexandrová, Mgr. Z. Hrstka, Ph.D., PhDr. M. Romaňáková, Ph.D., MUDr. L. Kabelka, Ph.D. / pátek / 25. 11. 2011 / 11.00–12.30

Pocit bezmoci a beznaděje u pacientů v závěru života – co pomáhá a co nepomáhá

**Mgr. Radka Alexandrová
DLBsH sv. Josefa, Rajhrad
Radka.alexandrova@gmail.com**

Bezmoc a beznaděj patří v povědomí mnohých lidí k velice nepříjemným pocitům, které bývají spojeny s určitým ohrožením vlastní existence, znemožněním dalšího fungování, stagnací a ztrátou. Vyvolávají silné emoce, úzkost, depresi, hněv, jsou synonymem psychického utrpení. Snad právě proto bývají bezmoc a beznaděj nedílně spojovány s koncem života a umíráním, s bolestným odchodem z tohoto světa. Máme představu, jak pacient trpí ztrátou naděje na vyléčení, neodvratitelně se blížícím koncem, tím, že je závisle odkázán na péči druhých. Ztrácí víru, smysl života, propadá depresím, strachu, apatii...

V nás, kteří se o pacienty v závěru života staráme, vyvolává zákonitě tato představa množství otázek: Můžeme vůbec pocity bezmoci a beznaděje ovlivnit? Jak k takovým lidem přistupovat? Jak jim pomoci? Co můžeme udělat proto, aby tito umírající netrpěli?

Můžeme a hlavně MĚLI BYCHOM v prvé řadě udělat jedno – uvědomit si, s čím vlastně do péče, tedy do vztahu s umírajícím pacientem, vstupujeme my sami za sebe. Jinak řečeno – jaké jsou naše vlastní projekce a představy bezmoci a beznaděje, jaké vlastní strachy a úzkosti ze smrti na pacienta přenášíme. I když to vůbec není jednoduché, je nutné odlišovat svoje prožívání od prožívání pacienta, který prochází svým vlastním intimním procesem umírání. To, jak my žijící a „zdraví“ vnímáme strach ze smrti, bezmoc a beznaděj, se liší od prožívání samotných umírajících.

Pokud si dovolíme čelit vlastnímu strachu z beznaděje a bezmoci, budeme moci s pacien-

tem lépe a pravdivěji komunikovat, nebudeme mít potřebu dávat mu falešnou naději a sdělovat přehnaně optimistické předpovědi. Budeme mít více sil sdílet s pacientem jeho emoce, aniž bychom měli potřebu utíkat ze situace a zbavovat se zodpovědnosti. Tím, že si více uvědomíme sami sebe, můžeme také lépe odlišit pacientovy potřeby od svých vlastních potřeb pečování, záchraňování a seberealizace.

Jaké jsou tedy potřeby umírajících pacientů? Jak prožívají bezmoc a beznaděj?

Ze své mnohaleté praxe psychologa v hospici mohu říci, že pacienti, se kterými se setkávám, v závěru života prožívají pocity bezmoci a beznaděje především jako součást svojí životní cesty ke smrti. Prožívat bezmoc a beznaděj při odchodu z tohoto světa není podmínkou, ale pokud se tyto pocity v závěru života objeví, jsou naprosto adekvátní reakcí na danou situaci. Rolí pečujících v tuto chvíli není pacienty těchto pocitů za každou cenu zbavovat, ale naopak

všemi možnými prostředky pomoci, aby pacienti mohli bezmoc a beznaděj zpracovat, pochopit, co ji vyvolává, najít její smysl, přetransformovat do jiné naděje. Nevyléčitelně nemocní pacienti potřebují tedy hlavně bezpečí, jistotu a důvěru, aby mohli o svých problémech mluvit, otevřít se. Potřebují čas a prostor. Potřebují věřit, že i přes svoji demenci a organicitu, přes svoji zchátralou somatickou schránku, budou bráni vážně.

V rámci celostního přístupu pracuje u nás v hospici tým odborníků (lékaři, sestry, pečovatelky, sociální pracovníce, psychologové, rehabilitační sestry, duchovní, dobrovolníci), komunikačně propojených, kteří mohou pružně reagovat na potřeby našich pacientů. U každého člověka totiž může pocit beznaděje vyvolávat něco jiného. U někoho je to bolest či strach z bolesti jako takové a další somatické symptomy. Velice často se objevuje pocit bezmoci v rámci imobility, uvědomění si vlastních deficitů kognitivních, verbálních, paměťových, lucidních. Lidé ztrácí pocit vlastní hodnoty, důstojnosti, identity. Propadají beznaději při problémech v rodině, pocitech ztráty, vykořenění. Bojí se osamělosti, opuštění. Někteří umírající řeší ztrátu smyslu života, pocity viny, vlastní hodnoty. Objevují se spirituální bolesti a potřeby.

Uchopení a pochopení problému většinou ale není možné hned, mnohdy sám pacient nerozumí, kde jeho pocity bezmoci a beznaděje pramení, nebo má problémy s jejich vyjádřením. Potom se beznaděj a bezmoc prezentují bolestivým chováním, zvýšenou úzkostí, delirantními stavy, agresivitou či depresí a apatií. Někteří pacienti mají tendenci svoji bezmoc používat i jako komunikační prostředek k získání pozornosti a vlastní hodnoty.

Co pomáhá?

Je třeba naslouchat, umožnit pacientovi vyjádření emocí, sdílet, ale nehodnotit. Tady je prostor pro psychoterapii, kde je dobré pacienta v rámci dialogu zakotvovat v přítomnosti, nastalé problémy, situace a emoce pojmenovávat a mluvit o nich, dávat do kontextu celého života. Podporovat, posilovat, motivovat, ale nesoudit.

Bezmoc a beznaděj jsou nepříjemné bolestné pocity, které se však u umírajících pacientů objevují jako důležitá součást jejich životní cesty a vyrovnávání se s blížící se smrtí. Umírající však vesměs nepropadají beznaději ze smrti samotné, z konce jako takového, ale do popředí se dostávají závažná a pro ně významná témata, situace a okolnosti, které beznaděj a bezmoc vyvolávají. Abychom mohli našim pacientům kvalitně pomoci, je třeba pracovat sami na sobě, poznávat své

strachy a beznaděje. Být se sebou v kontaktu nám umožní reálný a zároveň citlivý náhled na situaci a pomůže nám zbavit se potřeby přehnaného neadekvátního „opečování“ z pocitů vlastní viny či strachu z odpovědnosti za emoce druhého. Člověk přeci zůstává člověkem až do úplného konce života, se vším, co k němu patří, s právem mít za sebe zodpovědnost a vlastní kompetence.

Možnosti použití sugestivních technik při práci s pacienty v paliativní péči

**PhDr. Ivona Šporcrová,
PhDr. Marta Romaňáková, Ph.D.
Masarykův onkologický ústav, Brno
ivona.sporcova@mou.cz**

Přednáška uvádí do problému použití sugestivních technik ve specifických situacích, kterými procházejí pacienti v paliativní péči. Příkladem je absolvování určitých vyšetření, jako např.: CT, nebo zvládání bolesti, po případě odsugerování jiných nežádoucích příznaků, doprovázejících somatické onemocnění. Přednáška vychází z případové práce.

Role psychologa v paliativní onkologické péči ve FN Hradec Králové

**Mgr. Zdeněk Hstka, Ph.D.
Fakulta vojenského zdravotnictví UO Hradec Králové a Klinika onkologie a radioterapie
Fakultní nemocnice Hradec Králové
hstka@pmfhk.cz**

Potřeby onkologicky nemocných jsou známy někdy v obrysech, jindy detailně. Chápání těchto potřeb ve smyslu psychoterapie dodává odvahu a sílu a projeví víru v tom, že se podaří i v tak složité situaci najít individuálně přijatelné řešení. Psychologická pomoc a konkrétní psychoterapie by měla kontinuálně zajistit lidský rozhovor, emoční podporu a poradenskou službu v nejširším slova smyslu, především však vytvořit příznivé prostředí pro vyjádření pocitů, obav, starostí a nadějí nemocných. Velmi důležitým se zde ukazuje vzájemný vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem, který může být skutečně kvalitní až tehdy, dojde-li ke vzájemně otevřené akceptaci tak závažných problémů, jako je nemoc, bolest, umírání a smrt. Příspěvek pojednává o základních postulátech akceptace potřeb onkologických pacientů a možnostech využití psychologické pomoci i psychoterapie.

Logoterapie v kontexte paliativní starostlivosti zamerané na pozostalých

**Mgr. Dušana Pčolková,
doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et
PhD.**

**Fakulta zdravotníctva a sociálnej
práce Trnavskej univerzity v Trnave
pcolkovci@gmail.com**

Využitie logoterapie v paliatívnej starostlivosti sa ukazuje ako široko spektrálne. Prekračuje hranice období prae finem a in finem, v ktorých sa ocitá sám zomierajúci a siahá až do obdobia post finem, kde centrom logoterapeutického prístupu už nie je zomierajúci, ale jeho rodina, priatelia, blízki príbuzní – teda pozostalí. Tí práve v období akútneho smútku neraz čelia otázkam volajúcim po zmysle. Ani témy obsiahnuté v logoterapeutickej tragickej triáde nie sú pozostalým neznáme. Vo chvíľach, keď pátrajú po zmysle utrpenia, snažia sa vysporiadať s prežívanou vinou, či dať zmysel smrti, môže byť pre nich intervencia logoterapeuta nenahraditeľná.

Kvalita života/psychosociální úzkost a odmítnutí léčby: Jaké jsou souvislosti pro paliativní onkologickou péči?

**PhDr. Marie Nosálková
Katedra psychologie, Filozofická fakulta,
Univerzita Palackého, Olomouc
marie.nosalkova@seznam.cz**

Úvod: Snížení kvality života a nárůst psychosociální úzkosti jsou považovány za průvodní jevy onkologického onemocnění a jeho léčby napříč celým spektrem onkologických diagnóz. Jen malá část dosavadních výzkumů však sleduje dopad těchto dvou proměnných na tendenci k odmítnutí léčby. Naše prospektivní studie se zaměřila na vyhodnocení vztahů v dynamice proměn kvality života/psychosociální úzkosti a tendencí k odmítnutí léčby u onkologických pacientů.

Metoda: 184 pacientů s nádorovým onemocněním (52 % žen) ze dvou skupin diagnóz (57 % kolorektální karcinom, 43 % karcinom prsu), z věkové skupiny mezi 49 a 64 lety, ve třetím klinickém stadiu administrovalo testovou baterii v okamžiku stanovení léčby (t1), po prvním týdnu léčby (T2) a při jejím ukončování (t3).

Pro analýzu kvality života jsme použili kvantitativní postupy: dotazník EORTC QLQ – 30. Psychosociální úzkost byla sledována pomocí metody The Distress Thermometer. Metody byly

dále doplněny krátkým polostrukturovaným dotazníkem zaměřeným na postoje pacientů k léčbě.

Výsledky: 36 pacientů (19,6 %) opakovaně vyjádřilo své přání ukončit léčbu, 107 pacientů (58,1 %) pak toto přání vyjelo alespoň jednou. Celkem 17 pacientů (9,2 %) pak na vlastní přání ukončilo léčbu předčasně, přičemž 114 pacientů

(62,0 %) ve sledovaném období úspěšně dokončilo svou léčbu a 53 pacientům (28,8 %) byla v průběhu sledovaného období léčba změněna na paliativní.

Data získaná v průběhu léčby svědčí o statisticky významném vztahu mezi kvalitou života/psychosociální úzkostí a tendencí k odmítnutí léčby. Dílčí výsledky budou prezentovány.

Další výstupy ze studie předkládají nejčastější důvody, které pacienty vedou k takovým úvahám.

Závěry z tohoto výzkumu byly prezentovány na 13th World Congress of Psycho-Oncology 2011, v tomto příspěvku zdůrazníme výstupy relevantní zejména pro praxi poskytování paliativní péče.

PARALELNÍ PROGRAM – SÁL PERSEUS IMPLEMENTACE PALIATIVNÍ MEDICÍNY V PROSTŘEDÍ AKUTNÍ NEMOCNICE: ZKUŠENOSTI A TIPY

Panel: MUDr. O. Sláma, Ph.D., prof. MUDr. J. Skříčková, CSc., doc. MUDr. L. Slováček, Ph.D., DrMed. C. Camartin
Pátek / 25. 11. 2011 / 8.00–9.00

SOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

Předsednictvo: Mgr. M. Šimková / pátek / 25. 11. 2011 / 9.00–10.15

Sociální bolest v ambulanci paliativní onkologické péče

Mgr. Michaela Šimková

zdravotně sociální pracovnice

Ambulance paliativní onkologické péče

Fakultní nemocnice Hradec Králové

simkomic@fnhk.cz

Sociální bolest popisují pacienti spíše jako obavy, trápení, starosti nebo těžkosti. Může nabývat velmi různorodých podob. Jejím řešením se v rámci celého týmu ambulance paliativní onkologické péče věnuje zdravotně sociální pracovnice.

Nejčastěji je sociální bolest úzce spojena s péčí o nemocného a obtížemi s jejím zajištěním v závislosti na možnostech rodiny. Sociální pracovník přichází s poradenstvím a nabídkou zajištění pečovatelských služeb, domácí ošetrovatelské péče, hospicové péče, služeb mobilního hospice, respitních pobytů v hospici a nabídkou zapůjčení kompenzačních pomůcek – nejčastěji polohovacích postelí, invalidních vozíků, antidekubitních matrací, toaletních židlí...

Sociální bolest je působena i obtížnou finanční situací pacienta a jeho rodiny, která bývá zapříčiněna dlouhodobou pracovní neschopností, příp. invaliditou i zvýšenými ná-

klady na léky, pomůcky nebo výživu. Sociální pracovník zde poskytuje poradenství, příp. zajištění invalidních důchodů, soc. dávek příspěvku na péči, příspěvků pro osoby se zdravotním postižením i dávek v hmotné nouzi. Dále je to poradenství ohledně nároků na různé úhrady zdravotní pojišťovnou a pomoc při jejich zajištění.

Tam, kde se sociální bolest dotýká oblasti duševního a duchovního trápení, nabízí soc. pracovník zprostředkování služeb psychologa či psychiatra, domlouvá rozhovor s duchovním, může být prostředníkem v obtížné komunikaci pacienta s úřady nebo lékaři, poskytuje poradenství o kvalitní literatuře nebo internetových stránkách nabízejících informace, rady i doporučení všem, kterých se umírání dotýká nebo je drtí, v závislosti na jejich aktuálním stupni vyrovnání se s umíráním a smrtí.

Závěr: Cílem a smyslem ambulance paliativní onkologické péče je co možná nejvyšší kvalita života pacientů v preterminálním a terminálním stadiu nemoci. Úkolem sociální pracovnice je v rámci daných omezení (zdravotním stavem, sociální situací, finančními podmínkami, úrovní vybavenosti sociálními službami v regionu, aktuálním stupněm vyrovnávání se s nevyčísitelnou nemocí a smrtí...) hledat spolu s pacientem a jeho blízkými nejlepší cestu těžkým obdobím

a ve spolupráci s celým týmem ambulance paliativní onkologické péče minimalizovat všechna jejich trápení – zdravotní, sociální, duševní i duchovní.

Spiritualita v paliativní péči

Mgr. Marie Lazárková

SZŠ a VOŠZ Znojmo

lazarkova@post.cz

Spiritualita a religiozita patří do genetického vybavení člověka. Jde o hledání něčoho (něčeho), co člověka přesahuje, co je v jeho nitru, je pro něj nejhodnotnější. Spiritualitu lze nalézt ve všech kulturách a společnostech.

Náboženství je zpravidla ztotožňováno s institucí a organizovaným duchovním životem. Spiritualita je pojmem nadřazeným, neboť zahrnuje všechny ty, kteří své duchovní prožitky a potřeby praktikují ve vlastním systému religiozních představ. Mnohým nemocným, kteří se pokládají za nevěřící, není cizí myšlenka na život po smrti a existenci duše. Mnozí z nich mají svou víru ve formě subjektivního osobního náboženství nebo obecné filozofie života. Setkáme-li se s pacientem, přicházíme do styku s celým člověkem. Jeho momentální zdravotní stav se netýká jen jeho těla, ale i jeho psychiky a jeho celoživotního zaměření.

Ošetrovatelství je profesionální služba, jejíž hodnota je neodmyslitelně také spirituální. Můžeme říci, že pečujeme o druhé soucitnou cestou. Soucit ve své podstatě znamená, že s někým něco snášíme, někomu něco pomáháme nést. Soucitná péče tedy znamená, že kráčíme po boku našich pacientů a jejich rodinných příslušníků a pomáháme jim snášet jejich utrpení. Získávání spirituální historie pacienta není ničím jiným, než rozhovorem o víře a životních hodnotách pacienta. Pokud chceme získat spirituální historii, musíme naslouchat životnímu příběhu pacienta. Pacienti obvykle vnesou spirituální potřeby do svého rozhovoru se zdravotníky jako otázku nebo nějakou poznámku během rozhovoru. Například poznámku typu: „Modlím se, abych neměl rakovinu“ nebo „Vím, že zázraky se dějí“. Občas stačí pouhá reflexe této poznámky k tomu, abychom získali spirituální historii pacienta.

Spirituální otázky přichází na mysl pacientům při různých onemocněních. Některé spirituální otázky, zejména po smyslu bytí, přicházejí na mysl pacientům, kteří jsou ohroženi na životě:

- Kdo dal mému životu smysl a cíl?
- Proč se to přihodilo zrovna mně?
- Jak se vyrovnám s touto ztrátou?
- Co se se mnou stane po smrti?
- Pokud existuje Bůh, je zde i pro mne?
- Jak si mne lidé zapamatují? Budou si mne vůbec pamatovat?
- Jak mohu žít, když vím, že brzy zemřu?

Úkolem zdravotníků není dávat odpovědi na tyto otázky. Úkolem zdravotníků je poskytovat pacientům podporu a povzbuzení, aby

hledali sami odpovědi na tyto otázky. Jako zdroj možných odpovědí můžeme využít pacientovo náboženství, spirituální víru nebo jeho životní hodnoty. Doporučení duchovního nebo jiného pastoračního pracovníka je často klíčovým zdrojem pro nalézání odpovědí, jež si pacient klade. Víra pacienta a jeho vnímání světa obvykle hluboce ovlivňují jeho percepci onemocnění, vyrovnání se s ním a léčbu.

Spiritualita je důležitá ve všech fázích zdraví či nemoci, zvláštní význam však nabývá při terminálním onemocnění, procesu umírání a smrti samotné. Respekt k duchovnímu životu člověka je základním předpokladem souladu, důvěry a skutečné humanní péče. Všichni lidé mají ale také právo o svých duchovních potřebách a stanoviscích nemluvit a neodkrývat tuto rovinu druhým lidem.

„Spirituální potřeby nesmí být ignorovány, je to to, co nás činí lidmi.“ Frankl

Uspokojovanie spirituálnych potrieb u terminálne chorého na oddelení klinickej onkológie

PhDr. Ivana Argayová,
PhDr. Martina Požonská, PhD.,
PhDr. Daniela Rybárová, PhD.,
PhDr. Beáta Kollárová, PhD.
FZO PU, Prešov
ivana.argay@gmail.com

Hlavnou témou príspevku je uspokojovanie spirituálnych potrieb u terminálne chorého pacienta na oddelení klinickej onkológie. V príspevku rozoberáme spiritualitu, spirituálne potreby a ich uspokojovanie, spirituálnu

starostlivosť, aktivity spirituálnej starostlivosti, hodnotenie spirituality a spirituálnu službu sestry. Venujeme sa aj prieskumu v oblasti uspokojovania spirituálnych potrieb, jeho interpretácii a vyhodnoteniu.

Úloha dobrovoľníka pri sprevádzaní ťažko chorých a zomierajúcich v nemocnici

Miriám Prášilová
Fakulta zdravotníctva a soc. práce
Sv. Ladislava N. Zámky, VŠ Z a SP
miriam.prasilova@gmail.com

Autorka prinesie konkrétny príklad a poznatky z praxe z vyše desať ročného fungovania dobrovoľníkov v jednom z mála organizovaných dobrovoľníckych programov v onkologickej nemocnici na Slovensku. Poukáže na to, ako Dobrovoľnícka skupina (DS) Vríba prekonáva prekážky, aby vznikal priestor a možnosti na poskytovanie psychosociálnej podpory pre ťažko chorých a zomierajúcich, a aby sa dobré skúsenosti šírili do verejnosti. Autorka poukáže na potrebu systému v práci s dobrovoľníkmi, predstaví manažment dobrovoľníkov v zariadení akým je nemocnica, paliatívne oddelenie alebo hospic. Príspevok tiež priblíži potrebu hodnotového nastavenia dobrovoľníckeho programu ako prevenciu pred patologickými motiváciami uchádzačov pre sprevádzanie ťažko chorých a zomierajúcich. Príspevok tiež ponúkne podnety zo spôsobu náboru nových dobrovoľníkov a z tímovej spolupráce koordinátora, psychológa, lekára a duchovného pri školeniach.

PARALELNÍ PROGRAM – SÁL PEGASUS VÝŽIVA U PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Předsednictvo: MUDr. M. Šachlová, Ph.D., doc. MUDr. M. Tomáška, CSc., MUDr. A. Škripeková
pátek / 25. 11. 2011 / 9.00–10.30

Enterální výživa v paliativní péči

MUDr. Milana Šachlová, CSc. et Ph.D.
Masarykův onkologický ústav, Brno
sachlova@mou.cz

Nutriční péče představuje nedílnou součást péče podpůrné. Skupina pacientů v onkologické paliativní péči je velmi heterogenní z hlediska cílů léčby a celkové prognózy délky života. U pacientů léčených paliativní protiná-

dorovou léčbou, u kterých předpokládáme celkové přežití v řádu měsíců až několika let, je indikovaná standardní nutriční podpora a léčba včetně enterální a parenterální výživy jako u ostatních chronicky nemocných pacientů. Cílem je u těchto nemocných maximálně prodloužit délku života a udržet přijatelnou funkční zdatnost. Následující text se zabývá problematikou výživy pacientů s významně limitovanou prognózou.

Malnutrice postihuje většinu pacientů v pokročilém stadiu nádorového onemocnění. Nutriční podpora u pokročilého onemocnění je možná za předpokladu, že pacient není ve fázi umírání a souhlasí s nutriční podporou. Nežádoucí účinky některých nutričních technik mohou být zdrojem zhoršení kvality života a poškozují pravý účel paliativní péče. Rozhodování o zahájení nutriční péče a zejména o jejím pokračování nebo přerušení bývá obtížné. Zastavení příjmu stravy

nebo nutriční podpory bývá často velmi negativně vnímáno ze strany rodiny. Jestli je zvolený postup přiměřený, bude vždy záviset na tom, zda léčba přispívá k definovanému cíli léčby. Tím může být snaha o udržení a zlepšení nutričního stavu, snaha o zpomalení ireverzibilní kachektizace nebo zmírnění dyskomfortu při umírání.

Vždy se bude jednat o agregaci faktorů klinických a fyziologických, etických, hodnotových a finančních. Měření stavu výživy a míry komplikací neodráží vhodnost indikace umělé výživy, ale umožňuje posuzovat její kvalitu. Pacient, který má pokročilé onemocnění, ale neselhávají mu ledviny a ani játra, má mít možnost vyzkoušet nutriční podporu (případně i parenterální) tzv. terapeutickým testem asi na dobu 1 měsíce. Pacient se vzhledem k pokročilosti svého onemocnění nemůže zlepšit, ale za úspěch považujeme, když se stav stabilizuje. Výživa je zatěžující a zbytečná pro pacienta v terminálním stavu při současném selhávání životních funkcí. Je zatěžující i v případech, kdy nemůžeme přispět ke zvládnutí dominujícího a život ohrožujícího stavu. Pokud však přispěje k delšímu přežití s dobrou kvalitou života, je jistě na zvážení. Odnětí výživy nesmí vyvolat pocit hladu a žízně.

Perorální výživu je třeba podporovat, kdykoliv je to možné. Výživa a příjem stravy by pacientovi měly přinášet pohodu a potěšení. U každého pacienta je nutné přehodnotit skutečný prospěch z dřívějších předpisů a dietních doporučení, minimalizovat omezení. Jídlo má svou symbolickou hodnotu. Pečující musí umět vysvětlit a objasnit rodině klesající význam výživy na konci života.

Sipping (popíjení) má výhodu oproti běžné stravě v tom, že je okamžitě připraven k použití, na trhu je široká škála příchutí s jasně definovaným energetickým a proteinovým obsahem. Přípravky mají definovaný obsah vitaminů i stopových prvků, jsou snadno vstřebatelné a mají dobrou biologickou dostupnost. Sipping je vhodné nabízet všem pacientům v onkologické paliativní péči s nedostatečným perorálním příjmem přirozené stravy. Pacienti obvykle tuto výživu tolerují i ve velmi pokročilých stádiích nemoci.

Enterální sondová výživa (EV) je indikována u pacientů se skutečnou nebo hrozící malnutricí, kteří mají funkční zažívací trakt. EV je mnohem fyziologičtější a mnohem levnější než parenterální výživa. EV může u pacientů v paliativní péči zlepšit nebo udržet stávající nutriční stav, popř. zpomalit rychlé zhoršování nutričního stavu, zabránit dehydrataci a zlepšit kvalitu života. Pokud je u pacientů v terminálním stavu již dříve vytvořen přístup do trávící trubice (gastrostomie, jejunostomie), je třeba o pokračování a intenzitě enterální výživy rozhodnout s ohledem na aktuální klinický stav a přání pacienta.

Nutriční podpora je léčebná intervence, proto i ten, kdo ji indikuje, musí být kvalifikován, musí zvážit přínos a riziko nutriční podpory a nést odpovědnost za indikaci, ale i za neposkytnutí nebo odejmutí výživy. Je potřeba se zabývat problematikou nutriční podpory v paliativní péči a hodnotit nejen s ohledem na měření stavu výživy a míry komplikací, ale i z pohledu kvality života a délky přežívání.

Parenterální výživa v paliativní péči

doc. MUDr. Miroslav Tomáška, CSc.

Interní hematoonkologická klinika

MU a FN Brno

mtomiska@fnbrno.cz

Parenterální výživa (PV) se dnes stala účinnou formou nutriční podpory pro většinu nemocných, kteří nemohou být živeni střevem. Pro pacienta v paliativní péči, který nemůže přijímat přirozenou stravu ani enterální výživu, vzniká otázka, zda by případná PV mohla vést k udržení nebo i zlepšení kvality jeho života.

Nejrychleji narůstající skupinou nemocných, u nichž je PV v paliativní fázi léčby zvažována, jsou pacienti s nevléčitelným nádorovým onemocněním. Protože v přístupu k těmto pacientům existují velké rozdíly i mezi vyspělými státy, je na místě respektovat určité objektivní zásady tohoto způsobu léčby.

Pacient s inkurabilním nádorovým onemocněním se selháním funkce střeva může být indikován k dlouhodobé PV, pokud jsou současně splněny následující podmínky: 1) enterální výživa je nemožná nebo neúčinná (nedokáže zabránit rychlému poklesu tělesné hmotnosti), 2) očekávané přežívání z hlediska progresu nádoru je delší než 3 měsíce, 3) lze předpokládat, že PV může stabilizovat nebo zlepšit výkonnostní stav a kvalitu života (výchozí hodnota Karnofsky indexu > 50 nebo PS ECOG 0–2), 4) dobře informovaný pacient souhlasí s tímto způsobem výživy.

Pokud uvedená kritéria nejsou splněna, je na PV možno nahlížet jako na pouhou alternativu k prosté hydrataci. Tak je tomu například u nemocných v terminální fázi choroby, kdy se rozvinula obstrukce střeva s minimálním nebo nulovým příjmem stravy a tekutin. Hydratace je obvykle prováděna jednodušším způsobem, pro nemocného je méně zatěžující a výsledný efekt v tomto případě nemusí být horší, než je tomu u PV.

Ve sporných případech je možno otestovat PV na dobu jednoho měsíce a pokračovat pouze tehdy, pokud dojde k viditelnému efektu.

Možnosti nutriční intervence v paliativní onkologické péči

doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.,

MUDr. Peter Priester,

MUDr. Jindřich Kopecký,

MUDr. Iva Slánská,

MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D.

prof. MUDr. Stanislav Filip, DrSc.

Klinika onkologie a radioterapie

LF UK a FN Hradec Králové

ladislav.slovacek@seznam.cz

V České republice každoročně umírá z příčiny zhoubného novotvaru více než 27 000 osob. Je známo, že průměrný věk české populace se prodlužuje, a tudíž i celková incidence nádorových onemocnění setrvale roste. Tato data jednoznačně poukazují na potřebu reálně dostupné a kvalitní paliativní onkologické péče zejména u starších nemocných v okamžiku, kdy jsou možnosti jejich onkologické léčby vyčerpány v důsledku léčebně neodvratitelné progresu onkologického onemocnění. Paliativní onkologická péče je aktivní léčebnou a ošetrovatelskou intervencí, jejímž hlavním cílem je zajistit co nejlepší možnou úroveň kvality života onkologicky nemocného pacienta včetně jeho rodinných příslušníků. Zásadní význam v paliativní onkologické péči má léčba symptomů vznikajících v důsledku léčebně neovlivnitelné progresu onkologického onemocnění a předchozí onkologické léčby. Mezi nejdůležitější patří léčba nádorové bolesti a nutriční intervence. Nádorová anorexie se vyskytuje cca u 80% nemocných s pokročilým či metastazujícím nádorovým onemocněním. Nádorovou kachexii způsobují faktory uvolňované samotnými nádory a zánětlivou reakcí hostitele na přítomnost nádoru. Tyto faktory snižují chuť k jídlu, narušují metabolismus tuků, bílkovin a sacharidů. V klinické praxi rozlišujeme 3 stadia nádorové anorexie: prekachexie – charakterizována hubnutím, syndrom kachexie – charakterizován hubnutím, sníženým příjmem stravy a systémovým zánětem a pokročilá kachexie – charakterizována závažným úbytkem svalstva, ztrátou tuků a poruchami imunity. Příčinou nádorové anorexie jsou primární projevy maligního nádorového onemocnění a jeho léčby (progrese tumoru, vedlejší účinky protinádorové terapie, chronické obtíže způsobené tumorem – nevolnost, zvracení, zácpa, průjem, bolest, úzkost, deprese, poruchy spánku, suchost bukalní sliznice, změna chuti, předčasný pocit sytosti, komplikace nádorového onemocnění – infekční komplikace) a sekundární projevy (nevolnost

a zvracení, nechutenství (anorexie), hubnutí, suchost v ústech, zhoršená schopnost žvýkat, kousat a polykat potravu, průjem/zácpa, snížená imunita). Léčebné možnosti nádorové anorexie a kachexie z onkologického a paliativního hlediska zahrnují 2 základní intervence, nutriční (dietoterapie, orální nutriční podpora – sipping, enterální a parenterální nutriční podpora) a farmakologickou (stimulátory chuti k jídlu – hormonální terapie – megestrolacetát, medroxyprogesteronacetát, kortikosteroidy, psychofarmaka – benzodiazepiny, antidepresiva ze skupiny SSRI, atypická neuroleptika). Jakákoliv léčebná intervence, respektive její efekt musí být vyhodnocen. V případě nutriční intervence u onkologicky nemocných v programu POP je nutné provádět pravidelné kontroly nutričního stavu pacienta, tj. odběr nutriční anamnézy týkající se možností či limitací v perorálním příjmu stravy a tekutin, váhový úbytek, hodnotit Karnofského výkonnostní stav (Performance Status), provádět základní antropometrická měření (váha, výška, body mass index) a zhodnotit celkovou kvalitu života pacienta.

*Podpořeno Výzkumným projektem
MZ ČR No. 00179906 a Specifickým
vysokoškolským výzkumem
UK Praha č. 53251.*

Nutriční intervence v programu paliativní onkologické péče

**RNDr. Mgr. Alena Tichá, Ph.D.¹,
MUDr. Radomír Hyšpler, Ph.D.¹,
Mgr. Michaela Šimková²,
prof. MUDr. Stanislav Filip, Ph.D., DrSc.²,
doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.²,
prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc.¹**

¹ **Klinika gerontologická a metabolická,
Fakultní nemocnice Hradec Králové**

² **Klinika onkologie a radioterapie,
Centrum paliativní onkologické péče
FN Hradec Králové
tichaa@lfhk.cuni.cz**

Úvod a cíl práce: Nutriční podpora patří mezi základní terapeutické opatření, které může za přesně definovaných podmínek zlepšit kvalitu života onkologicky nemocného pacienta. Nutriční intervence v paliativní onkologické péči by měla být prováděna s cílem snížení malnutrice a zvýšení kvality života u těchto pacientů. Cílem předkládané práce je monitoring nutričního stavu a kvality života pacientů v paliativní onkologické péči a stanovení možností ovlivnění těchto parametrů nutriční podporou.

Metodika: Pro stanovení kvality života byl adaptován dotazník dle Programů kvality a standardů léčebných postupů z formuláře SF36 a dotazníku Scored-Patient-Generated-Subjectiv Global Assessment - PG-SGA. Námi upravený dotazník tak hodnotí dimenze charakterizující: změnu zdravotního stavu; fyzickou činnost; tělesnou bolest; sociální funkci; vitalitu; duševní zdraví; nutriční stav a GIT symptomy. Dále je hodnocen Karnofského index. Pro sledování nutričního stavu pacientů byly použity tyto metody: tělesná hmotnost (Omron BF 511), dále antropometrická měření - měření obvodu pasu (OP) a paže, stanovení tloušťky kožní řasy nad tricipsem (KŘT) kaliperem, počítána je pak plocha svalstva paže (kPSP) a střední obvod svalstva paže (SOSP). Pro přesnější informaci o stavu zastoupení tělesného tuku a beztukové hmoty je použita bioelektrická impedanční analýza složení těla (přístroj Bodystat Quadscan 4000). Dále byla zhodnocena přítomnost otoků k odhalení případných interferencí antropometrických a bioimpedančních měření. Pro charakterizaci silových schopností vyvíjených pacientem je užívána metoda elektronické dynamometrie (digitální tenzometr DT I). Získaná data byla zhodnocena statistickým softwarem Sigmapstat (Systat, USA) - One Way Repeated Measures Analysis of Variance u obou skupin.

Soubor pacientů: Během 14 měsíců bylo vyšetřeno 168 pacientů. Pacienti byli vyšetřováni během ambulantní návštěvy cca 1krát za 4–5 týdnů. Pro statistická hodnocení byl vytvořen soubor s pacienty, kteří byli vyšetřeni nejméně 3krát (tj. paliativní ambulantní péče minimálně 4 měsíce) a nezemřeli následující měsíc od posledního vyšetření.

Výsledky: Opakovaně bylo vyšetřeno výše uvedenými metodami 57 pacientů, z toho bez nutriční podpory bylo 39 pacientů (skupina 1) a na nutriční podpoře (sipping – Nutridrink 200 ml a více denně) bylo 18 pacientů (skupina 2). Nalezené signifikantní změny během opakovaných vyšetření u obou skupin jsou uvedeny v tabulce.

parametr	skupina	měření 1 průměr ± SD	měření 3 průměr ± SD	p hodnota
obvod pasu	1	93,5 ± 15	91 ± 14,8	0,008
KŘT	1	12,3 ± 7,2	11,1 ± 6,7	0,001
hmotnost	1	81,9 ± 15,8	80,5 ± 15,3	0,028
BMI	1	29,1 ± 5	28,1 ± 5	0,007
ATH	1	54,8 ± 11,5	52 ± 9,8	0,018
dynamometrie	1	27,3 ± 10,4	23,2 ± 10,4	0,01
KI (%)	1	64,9 ± 14,1	61,3 ± 13,6	0,05
dynamometrie	2	23,5 ± 7,7	19,9 ± 8,1	0,008
KI (%)	2	58,2 ± 10,1	50 ± 9,4	0,009
PF	2	37,5 ± 24,8	20,3 ± 15,9	0,028

Závěr: Pacienti na nutriční podpoře dosahovali během opakovaného sledování hodnot srovnatelných se vstupními daty při prvním vyšetření v paliativní ambulanci v oblasti týkající se hodnocení jejich stavu Karnofského indexem, z antropometrických hodnot pak obvodem pasu a kožní řasy nad tricipsem oproti skupině bez nutriční podpory. Bioimpedencí byly nalezeny také stálejší hodnoty aktivní tělesné hmoty oproti skupině bez nutrice, kde byly nalezeny signifikantně klesající hodnoty aktivní tělesné hmoty i dalších parametrů nutričního stavu.

Námi prezentované metody slouží dále jako indikátory kvality ambulantní onkologické paliativní péče, jak lze dokumentovat na dosažených výsledcích u obou skupin pacientů.

*Práce byla podpořena
výzkumným záměrem MZO 00179906.*

Kombinovaná enterální a parenterální nutriční podpora u pacienta s pokročilým nádorovým onemocněním a so syndrómom krátkého čreva

**MUDr. Andrea Škripeková
Národní onkologický ústav, Bratislava
andrea.skripekova@nou.sk**

Ide o kazuistické zdelenie manažmentu pacienta s progredujúcim karcinómom konečníka, s lokoregionálnou recidívou, s čiastočne funkčným gastrointestinálnym traktom. Pacient sa dostal do našej starostlivosti 3 mesiace po operácii pre prvú recidívu rektálneho karcinómu intraabdominálne po paliatívnom operačnom výkone s vyvedením ileostómie a sigmostómie zároveň. Inicialne bola prítomná jednak energeticko-deplečný typ malnutrie a renálna insuficiencia pri nekorigovanom výdaji z ileostómie a jednak príznaky rozvoja katabolizmu pri cytokínovej kachexii z progresie nádorového ochorenia, pacient nebol schopný zvládnuť operačný výkon ani dostávať protinádorovú liečbu, jeho výkonnostný stav bol III WHO.

Úspešný pokus o zvrátenie cytokínového katabolizmu podaním parenterálnej výživy, zabezpečenie parenterálnej hydratácie a následná úprava nutričného stavu pacienta nám umožnila operačné riešenie v zmysle zanozenia ileostómie, po sfunkčnení gastrointestinálneho traktu a aj podávanie systémovej protinádorovej liečby.

ZAJÍMAVÉ KAZUISTIKY V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ

Předsednictvo: MUDr. K. Križanová, doc. MUDr. Z. Kala, Ph.D., MUDr. O. Sláma, Ph.D.

pátek / 25. 11. 2011 / 11.00–12.45

Medicínske a sociálne problémy pacientky s karcinómom krčku maternice

MUDr. Kristina Križanová,

MUDr. Andrea Škripeková

Národný onkologický ústav, Bratislava

Odd. paliatívnej medicíny KKO

kristina.krizanova@gmail.com

V r. 2006 zomrelo na Slovensku 192 žien na karcinóm krčku maternice (KKM). V tom istom roku bolo hlásených 523 nových prípadov, z toho v I. štádiu ochorenia 202 a v III. a IV. štádiu spolu 185. Zatiaľ sa nezaviedol v SR organizovaný skrínink. S ochorením v pokročilom štádiu prichádzajú zväčša ženy z nižších socio-ekonomických skupín, fajčiarky, mnohokrát aj závislé na alkohole. V našej kazuistike budeme popisovať prípad 36ročnej pacientky s iniciálne lokálne pokročilým KKM bez vzdialených metastáz, ktorá dostala v januári až februári 2010 externú rádioterapiu s chemoterapiou, s kuratívnym zámerom, ako aj brachyterapiu. Ku koncu r. 2010 začala mať postradiačné ťažkosti – hnačky, pálenie pri močení a špinenie z pošvy. Od začiatku mala znaky nedostatočnej výživy, ktoré sa v tomto období zhoršovali. Rok od diagnostikovania ochorenia má bolesti v podbrušku, pre ne nemôže dobre sedieť, preto sme začali podávanie fentanylu v náplastí. Pacientka nemala zatiaľ príznaky recidívy pri zobrazovacích vyšetreniach, ale v priebehu jari 2011 začala mať príznaky rektovaginálnej fistuly s neustálym výtokom riedkej stolice z pošvy. V lete súhlasila s operáciou a s indikáciou vytvorenia sigmostomie. Pri operácii sa zistila lokoregionálna progresia ochorenia, dilatácia niektorých kľúčiek tenkého čreva, ktoré bolo nutné resektovať. T.č. má pacientka analgéziufentanylom, metamizolom, na spanie dostáva Stilnox a tiapridal. Pac. má, mierne povedané, zložitý rodinné pomery. Žila s matkou a otčimom, ktorý s ňou počal dieťa – narodila sa dcéra, ktorá má teraz 7 rokov. Matka sa s otčimom rozviedla, pacientka s ním žije v jednej domácnosti. Postupne sme zistili, že ju druh bije, zrejme aj znásilňuje, nemá peniaze na základné životné potreby. Pacientka sama je závislá na alkohole, ktorý jej kupujú kamaráti z krčmy. Nemá ani na cigarety. Nemala ani nemá peniaze na doplatok za lieky, ktoré sú pre ňu životne dôležité.

Druhá zavrela do väzenia pre týranie jej aj dieťaťa. Dcéra opakuje prvú triedu základnej školy, nemá žiadne záujmy, pri návšteve ambulancie sa túli ku lekáre, ktorá jej pripomína matku... V našom ústave nemáme sociálneho pracovníka, ktorý by pre matku-pacientku a jej dieťa vybavil napr. umiestnenie v domove pre týrané ženy, čo budeme musieť spraviť my. Pac. má nepriaznivú prognózu quoad vitam, pretože pre sociálnu nespôľupnosť jej nemôžeme dať paliatívnu chemoterapiu. Keby sme aj mohli, paliatívna chemoterapia len zriedka významne predlžuje život, takže dieťa bude čoskoro sirotou. Matka pacientky však hovorí, že sa o dieťa postará, ale dosiaľ nedokázala prísť do dcérinej domácnosti kvôli bývalému manželovi. Pri samotnej prezentácii kazuistiky budeme v pokračovaní tejto ľudskej drámy zas ďalej.

Pacient se schizofrenií v ambulantní paliativní péči

MUDr. Jitka Čulíková¹,

Eva Sasaková²,

MUDr. Marie Goldmannová³

¹ Ambulance paliativní péče,

Nemocnice p.o., Jablonec nad Nisou

² Sociální pracovnice

Městský úřad Železný Brod

³ Vedoucí lékař Hospic Sv. Štěpána,

Litoměřice

culikova@nemjbc.cz

Jedním ze základních pilířů hospicové péče je domácí hospicová paliativní péče. Její plošné rozšíření je však limitované dostupností erudovaného zdravotnického personálu ve složkách domácí péče, charakterem pacientova onemocnění a ochotou a schopnostmi pacientova okolí podílet se velkou mírou na ošetrovatelském procesu.

V některých případech je pro pacienta úspěšná spolupráce a postupná návaznost ambulantní péče, s ukončením hospitalizací v hospici, nebo na lůžku paliativní péče.

Na rozdíl od myšlenky specializovaných agentur domácí hospicové péče, ukazuje naše kazuistika péči o pacienta bez rodinného zázemí, v podmínkách domova s pečovatelskou službou.

Pacient se základní diagnózou schizofrenie, u kterého byl diagnostikován inoperabilní karcinom plic, byl až do pozdního stadia v domácím prostředí s pečovatelskou službou a pouze načních 10 dnů byl umístěn v hospici.

Kazuistiku předkládám i jako poděkování všem sestřím domova s pečovatelskou službou a pracovním Odboru sociálních věcí, Městského úřadu v Železném Brodě, protože pouze jejich nesmírným pracovním a osobním nasazením bylo možné tuto péči provádět.

Plody týmové práce u 47leté ženy s karcinomem ovarii

MUDr. Věra Havlénová,

MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Dům léčby bolesti

s hospicem sv. Josefa v Rajhradě

V.Havlenova@seznam.cz

Karcinomy ovaria tvoří 15 % všech zhoubných novotvarů u žen. Ročně je v České republice diagnostikováno kolem 1000 nových onemocnění, incidence je 20/100 000 žen. Klinické příznaky jsou v časných stadiích onemocnění velmi chudé, pouze 25 % nádorů je diagnostikováno ve stadiu I a II.

Paní Marie, 47letá žena, vdaná, matka 3 dětí, byla přijata do našeho zařízení ve IV. stadiu nemoci. Dle údajů v žádosti měla být ve stavu vigilního komatu, který byl následkem komplikace při podání chemoterapie – rozvoj anafylaktického šoku. Při přijetí do našeho hospice však byla při vědomí s výraznými projevy neklidu a agresivity. Bránila se veškeré péči, z jejích reakcí bylo možné číst velkou nedůvěru a strach. Verbální komunikace byla omezena zavedenou tracheotomií. K zajištění příjmu stravy měla perkutánní endoskopickou gastrostomii.

Rodina (manžel, 2 synové a dcera) projevila zájem podílet se na péči hned zpočátku pobytu u nás a cca po 14 dnech hospitalizace se rozhodli pacientku doprovázet u lůžka nepřetržitě 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

V prvních měsících hospitalizace (říjen – leden) se celý pečující tým potýkal s problémem agresivity a negativizmu pacientky, a to i přes zavedenou terapii (neuroleptika – Tiapridal a Haloperidol, analgezie – zpo-

čátku Morphin, později oxycontin a fentanyl, anxiolytika – Trittico a Prothiaden). V rámci těžkého organického psychosyndromu se u nemocné objevovaly delirantní stavy, v popředí však byly projevy agresivity v případech nutnosti podřídit se určitému režimu – zvláště provedení hygieny, ale také udržení pacientky v lůžku, alespoň v průběhu noci. Pro pacientku se stala velmi významnou aktivitou chůze. V lůžku trávila minimum času. Abychom tuto aktivitu pacientce mohli umožnit, bylo nutné zajistit doprovod – neobešli jsme se zde bez pomoci rodiny. Nebylo možné nechat ji bez dohledu. Pokud jsme jí v této aktivitě chtěli bránit (vždy z důvodu umožnění odpočinku rodiny, která ji doprovázela), projevil se negativismus až agrese.

Na setkání multidisciplinárního týmu jsme se domluvili, že pacientce zajistíme vřídou péči a umožníme jí, pokud to bude možné, co největší volnost a možnost o sobě co nejvíce rozhodovat. Tímto úsilím se podařilo získávat postupně důvěru nemocné, kdy začala lépe spolupracovat, projevy negativismu se zmírňovaly, začala více navazovat sociální kontakty. Tyto první plody se objevily zhruba po 4 měsících péče.

Vyvrcholením této změny v chování nemocné byla návštěva společenské akce pořádané našimi dobrovolníky (oslava narozenin), kam se pacientka dostala v doprovodu svého syna a psychologů. Paní Marie plakala dojetím, zpívala písničky, projevila své emoce. A bezpochyby zde došlo k výraznému zesílení důvěry k pečujícímu personálu ze strany pacientky.

V následujících měsících (únor – květen) byla pacientka pozitivně laděná, spolupracovala s personálem, zpívala písně při procházení hospice, rozdávala úsměvy. Negativismus se v této době neprojevoval. Nutno zmínit, že v rámci těžkého organického psychosyndromu byly projevy pacientky na úrovni cca 3letého dítěte.

V tuto dobu se též s rodinou podívala v rámci jednodenní propustky domů. Tato možnost být doma byla však pro pacientku i rodinu vyčerpávající, pacientka se již adaptovala na svůj „nový domov“, kde se cítila bezpečně, adaptovat se na jiné prostředí by pro ni bylo velkou zátěží.

Na straně týmu se v této době „zlepšení stavu“ objevují pochybnosti o podílu základní diagnózy na zdravotním stavu. Z tohoto důvodu proběhlo vyšetření nemocné na specializovaném pracovišti s CT vyšetřením, které i přes malou výtěžnost ukázalo progresi nemoci v malé pávní. Postupně se i klinicky

začaly objevovat potíže – bolesti v podbřišku, nevolnost s občasným zvracením, krvácení z oblasti genitálu, pozvolná kachektizace, obstrukce.

V období cca květen – červen bylo slábnutí zjevné, patrnější byla též kachektizace, rozvíjely se potíže s pasáží GIT – ileózní stav, dále vznikla trombóza LDK při útlaku v malé pávní, postupně narůstající otok dolní poloviny těla, uzavírání se v lůžku. Pro tyto potíže jsme postupně volili přechod na analgosedaci, při které byla pacientka klidná, bez větších potíží. V doprovodu rodiny zemřela po 10 měsících péče u nás.

Troufám si říct, že se díky péči celého týmu podařilo vidět tuto 47letou ženu jako celistvou bytost, vidět všechny její potřeby, ať už je projevovala duše nebo tělo. Vyplyvá z toho, že i když je člověk v poslední fázi svého života, je třeba jej brát celostně, se všemi jeho potřebami a s důstojností, která mu byla od počátku dána. Takový přístup dle našich zkušeností přináší plody.

Léčba nádorové bolesti v hospici u Bernadetty

MUDr. Katarína Mičiaková,

MUDr. Kristína Kroftová

Hospic – Dom pokoja a zmieru u Bernadetty, Nitra

k.miciakova@centrum.sk

Vzhľadom na širokú paletu opioidov, ich liekových foriem, pridaním koanalgetík a v nevyhnutných prípadoch využitie anesteziologických technik nám dáva možnosť dobrej kontroly bolesti u pacientov.

Na dvoch kazuistikách chceme ukázať naše postupy, ktoré nám umožnili u pacientov s multifaktoriálnou bolesťou dosiahnuť veľmi kvalitnú analgéziu. Tlmenie bolesti je dôležité v prvom rade pre pacienta, ale tiež pre jeho okolie, ako je personál a príbuzní. Tým sa stáva zomieranie terminálne chorého pacienta prijateľnejšie.

Léčba bolesti poskytnutá mobilným hospicom

MUDr. Emília Vlčková,

Bc. Anna Marková

Sv. Lujza n.o., mobilný hospic

vlckova.emilia@gmail.com

Účinná liečba nádorovej bolesti patrí k základným požiadavkám paliatívnej medicíny. Má zásadný význam pre kvalitu života pacientov.

V našej prezentácii predkladáme kazuistiku pacientky v starostlivosti mobilného hospicu,

ktorej bola poskytnutá liečba bolesti. Pacientka so základným onkologickým ochorením – adenokarcinóm Vaterskej papily infiltrujúci pankreas a s metastázami v lymfatických uzlinách. Liečba bolesti bola vedená algeziológom formou transdermálnej náplaste, pri progresii ochorenia pre nedostatočnú kontrolu nádorovej bolesti bola vykonaná pod CT kontrolou alkoholová blokáda plexus coeliacus, ale pre krátkodobý efekt tejto blokády bola prijatá na interné oddelenie spádovej nemocnice, kde bolo algeziológom doporučené intravenózne podávanie morfinu.

Na doporučenie algeziologa rodina kontaktovala lekára mobilného hospicu. Pacientke bolo doporučené kontinuálne podávanie morfinu Graesbyho pumpou podkožne v domácom prostredí, s ktorým súhlasila. Bola jej zapožičaná Graesbyho pumpa, tím – lekár a sestra mobilného hospicu dochádzali podávať morfin. Pacientka prežila v kruhu rodiny 5 mesiacov s kontrolovanou nádorovou bolesťou.

Léčba periferní neuropatické bolesti kapsaicinovou náplastí Qutenza – 2 kazuistiky

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

**Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno
oslama@mou.cz**

Periferní neuropatická bolest (PNB) vzniká v důsledku poškození periferního nervového systému. Nejčastějšími typy PNB jsou postherpetická neuralgie, diabetická polyneuropatie, NB po chirurgických výkonech: posttorakotomický syndrom, postmastektomický syndrom a NB způsobená systémovou protinádorovou léčbou (např. oxaliplatin, cisplatin, taxany, bortezomid). PNB je farmakologicky obtížně ovlivnitelná. V léčbě kombinujeme antikonvulziva, antidepresiva, opioidy a NSA. Léčebné výsledky často nejsou uspokojivé ani přes kombinovanou léčbu. Ovlivnění vaniloidních receptorů kapsaicinem představuje nový koncept v léčbě PNB. Lokální aplikací koncentrovaného kapsaicinu (Qutenza – 8 % kapsaicin) dochází k reverzibilnímu vyřazení vaniloidních receptorů a snížení algické aferece z periferie na dobu 3–5 měsíců. Bude prezentována kazuistika pacientky s výrazným algickým postmastektomickým syndromem refrakterním na kombinovanou antineuropatickou medikaci a dále kazuistika pacienta s chondrosarkomem po opakovaných operačních výkonech na páteři a žebrech s in-

tenzivní PNB levého hemithoraxu. Aplikace náplasti Qutenza vedla v obou případech k významnému zmírnění bolesti a zlepšení celkové kvality života při současné redukci perorálně užívané medikace.

Kaudální analgetický blok v podmínkách následné péče

MUDr. Věra Vozobulová

**Oddělení dlouhodobě nemocných,
stanice paliativní péče nem. Jihlava
v.vozobulova@centrum.cz**

Tímto krátkým sdělením prezentuji soubor 20 pacientů Oddělení dlouhodobě nemocných, kteří byli hospitalizováni s různými dia-

gnózami, které ale spojoval výrazný společný symptom – bolest. Jako anesteziolog a algeziolog mohu využít k potlačení nebo alespoň oslabení bolesti v oblasti bederní páteře anesteziologickou techniku – kaudální analgetický blok, dále KAB.

U pacientů nad 65 let je riziko nežádoucích účinků regionální blokády vyšší než u mladších pacientů. Na druhou stranu, užívání vysokých dávek analgetik přináší, především polymorbidním nemocným, závažné gastrointestinální komplikace, má signifikantní vliv na renální a hepatální funkce, ovlivňuje srážlivost krve.

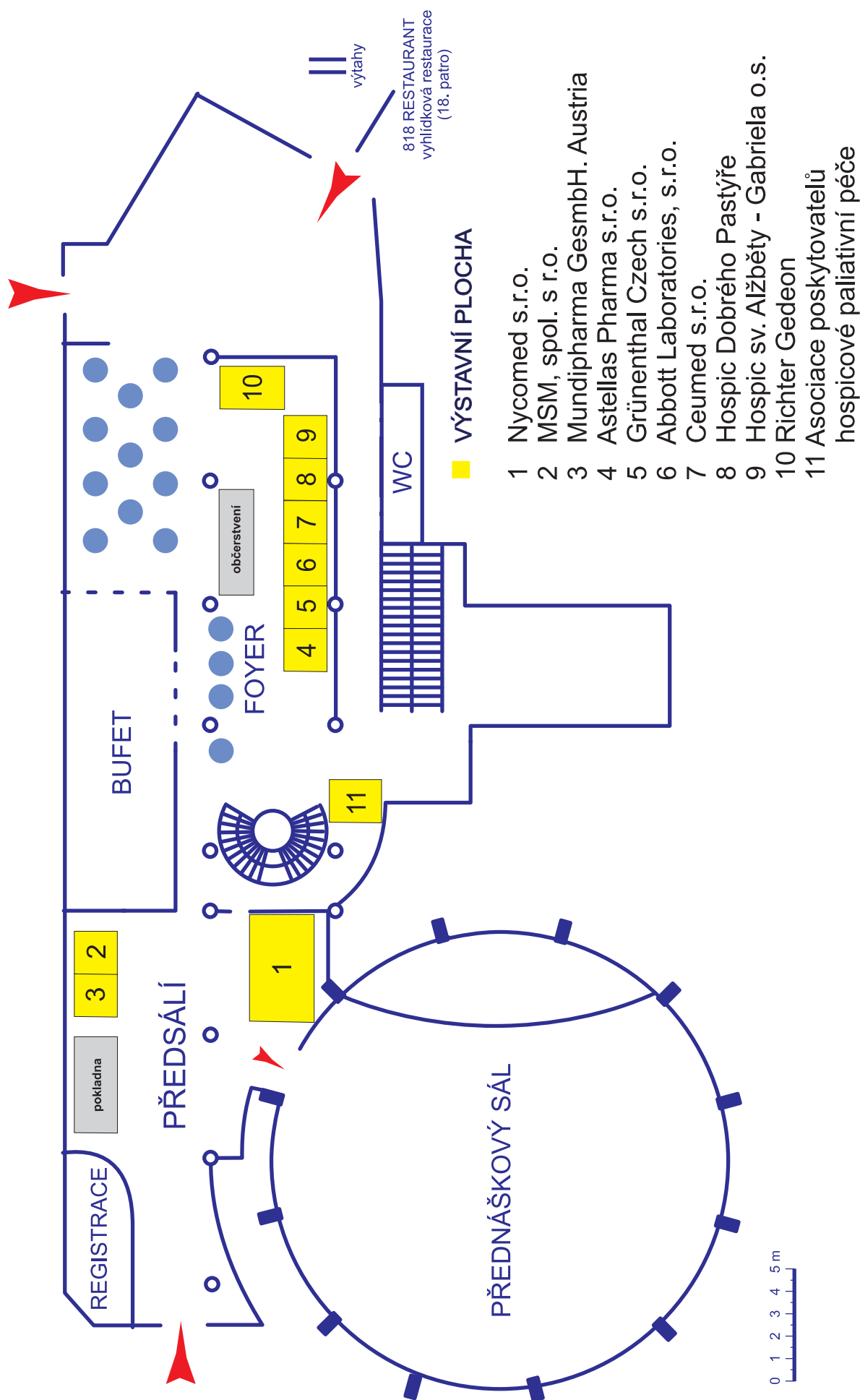
Ve svém přehledu jsem hodnotila především analgetický účinek a dobu poklesu inten-

zity bolesti po aplikaci KAB a rozsah vedlejších účinků. K hodnocení bolesti využíváme u starých nemocných, stejně jako u dětí, slovní analogovou škálu 0–5. Přičemž 0 značí žádnou bolest, 5 je bolest nesnesitelná. Dále jsem sledovala změny krevního tlaku a tepové frekvence. Při poklesu diastolického TK o 25 % byla pacientovi aplikována rychlá infuze 500 – 1 000 ml F1/1 i. v. V jednom případě, při poklesu tepové frekvence o 20 %, z 52/min na 42/min, jsme podali pacientovi Atropin 0,5 mg v infuzi 250 ml F1/1. Rychlostí infuze jsme korigovali tepovou frekvenci, která se posléze vrátila k původní hodnotě.

Z přehledu vyplývá, že KAB může být významným pomocníkem ke snížení bolesti u starých i onkologických pacientů.

Za původnost a obsahovou správnost příspěvků odpovídají autoři.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci III. ČESKO-SLOVENSKÁ KONFERENCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY 24. – 25. 11. 2011, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ



This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

POŘADATELÉ

- Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
- Sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre studium a liečbu bolesti SLS

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

III. ČESKO-SLOVENSKÁ KONFERENCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY

24.–25. listopadu 2011, Olomouc

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNER



GEDEON RICHTER LTD.

PARTNEŘI

Abbott Laboratories, s.r.o.

Astellas Pharma s.r.o.

Ceumed s.r.o.

Gas a.s.

Grünenthal Czech s.r.o.

Lohmann & Rauscher, s.r.o.

MSM, spol. s r.o.

Mundipharma GesmbH. Austria - organizační složka ČR

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Paliativna
medicina
a liečba bolesti**



proLékaře
www.prolekare.cz

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE



KLINICKY VÝZNAMNÝ ANALGETICKÝ ÚČINEK JIŽ 5 MINUT PO PODÁNÍ*

INTRANAZÁLNÍ FENTANYLOVÝ SPREJ PRO LÉČBU PRŮLOMOVÉ BOLESTI

Zkrácená informace o přípravku INSTANYL

Název přípravku: Instanyl 50 mikrogramů v jedné dávce, nosní sprej, roztok / Instanyl 100 mikrogramů v jedné dávce, nosní sprej, roztok / Instanyl 200 mikrogramů v jedné dávce, nosní sprej, roztok. **Složení:** Jeden ml roztoku obsahuje fentanyl citras a odpovídá 500, 1000 nebo 2000 µg fentanylu. Jedna dávka (100 µl) obsahuje 50, 100 nebo 200 µg fentanylu. Seznam pomocných látek naleznete v SPC. **Indikace:** Instanyl je určen k léčbě průlomové bolesti u dospělých pacientů, kteří jsou již současně léčeni opioidy z důvodu chronické nádorové bolesti. Dále je určen pacientům, kteří jsou již léčeni opioidy a užívají morfin, fentanyl, oxycodin, hydromorfon nebo jiný opioid po dobu jednoho týdne a déle. Léčba musí být vedena pod dohledem lékaře. Lékař musí mít na paměti možnost zneužití fentanylu.

Dávkování a způsob podávání: Instanyl je určen k nosnímu podání. Doporučuje se, aby pacient při aplikaci přípravku Instanyl seděl nebo stál vzpřímeně. Dávka přípravku by měla být individuálně titrována. Startovací dávka je 50 mikrogramů. Jestliže není dosaženo dostatečné úlevy od bolesti, stejná dávka může být aplikována nejdříve po 10 minutách od předešlé aplikace. Postupně lze zvyšovat dávku podle potřeby v rozsahu dostupných dávek (50, 100 a 200 mikrogramů). Je-li titrací dosaženo dostatečné léčebné dávky, pacient užívá tuto dávku i při dalších epizodách průlomové bolesti. Přerušení léčby: Léčba přípravkem Instanyl má být ihned přerušena, jestliže pacient neudává další výskyt epizod průlomové bolesti. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku tohoto přípravku. Použití u pacientů dosud neléčených opiaty. Závažná respirační deprese nebo závažné obstrukční onemocnění plic. Předchozí radioterapie obličeje. Opakované epizody epistaxe. **Nežádoucí účinky:** Při použití přípravku Instanyl je třeba očekávat typické nežádoucí účinky charakteristické pro opioidy. Většina z nich obvykle ustane nebo se zmírní při kontinuálním používání přípravku. **Předávkování:** Očekává se, že symptomy předávkování fentanylem budou odpovídat zesíleným farmakologickým účinkům fentanylu, např. letargie, kóma a těžký útlum dýchání. **Interakce:** Instanyl by neměl být používán u pacientů, kteří v průběhu předchozích 14 dnů užívali inhibitory monoaminoxidázy (MAO). Při podávání opioidních analgetik bylo zaznamenáno závažné a nepředvídatelné zesílení účinku inhibitorů MAO. Současné používání Instanylu se silnými inhibitory CYP3A4 (např. ritonavir, ketokonazol, itraconazol, troleandomycin, klarithromycin a nelifi navir) nebo středně silnými

inhibitory CYP3A4 (např. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir a verapamil) může vyvolat závažné nežádoucí reakce včetně fatálního respiračního útlumu. Účinnost přípravku Instanyl může být snížena současným podáváním oxymetazolinu. Současné používání nosních dekonjestantů se nedoporučuje. Současné podávání jiných látek tlumících centrální nervový systém včetně opioidů, sedativ či hypnotik, celkových anestetik, fenotiazinů, sedativ, myorelaxancií, antihistaminik se sedativním účinkem a alkoholu může vyvolat zesílení těchto účinků. Nedoporučuje se současné podávání smíšených agonistů/antagonistů opioidů (např. buprenorfin, nalbufin, pentazocin). **Zvláštní upozornění:** Užívání fentanylu může vyvolat významnou respirační depresi, více závažné nežádoucí účinky u pacientů s chronickým obstrukčním bronchopulmonálním onemocněním, komplikace u pacientů s poškozenou funkcí ledvin nebo jater, bradykardií. Při používání fentanylu je nutné dbát opatrnosti u pacientů se zvýšeným intrakraniálním tlakem, s mozkovým nádorem nebo poraněním hlavy. Po opakovaném podání opioidů, například fentanylu, se může vyvinout tolerance a fyzická a/nebo psychická závislost. **Těhotenství a kojení:** Instanyl by neměl být během těhotenství podáván, pokud to není nezbytně nutné. Fentanyl by měl být používán u kojících žen pouze v případě, že přínos převáží možná rizika pro matku a dítě. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. Chraňte před mrazem. Uchovávejte lahvičku ve vzpřímené poloze. **Zvláštní opatření pro likvidaci přípravku:** Z důvodu možného zneužití fentanylu a možného zbytku roztoku používaný i nepoužívaný roztok v nosním spreji musí být vždy znovu uložen v původě odolném proti nežádoucímu vniknutí dětí, v souladu s místními požadavky, nebo vrácen do lékárny. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, DK-4000 Roskilde, Dánsko. **Registrační číslo:** EU/1/09/531/001-009. **Datum poslední revize textu:** 9. 8. 2011. Před použitím se seznamte s úplným schváleným zněním Souhrnu údajů o přípravku. Přípravek Instanyl je vázán na lékařský předpis s omezením. Přípravek Instanyl je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

*Reference: Mercadante S, et al., Curr Med Res Opin, 2009 Nov;25(11):2805-2815.

Nycomed s.r.o., Novodvorská 994/138, 142 21 Praha 4
www.nycomed.cz