KONGRES

s vlídnou tváří

13. ČERVNA 2008
OLOMOUC

KONFERENCE SESTRA V PRAXI

II. INTERNÍ KLINIKA FN OLOMOUC

DĚTSKÁ KLINIKA FN OLOMOUC

SPOLEČNOST SOLEN

13. ČERVNA 2008

REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC

ABSTRAKTA

ISBN 978-80-254-2183-3

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

www.solen.cz

KONGRES

s vlídnou tváří

13. ČERVNA 2008
OLOMOUC

KONFERENCE SESTRA V PRAXI

HLAVNÍ PARTNER

HARTMANN

PARTNEŘI

ABENA
A care s.r.o.
AURA Medical s.r.o.
CADENZA s.r.o.
CSO OSTRAVA s.r.o.
HERO CZECH s.r.o.
Hipp Czech s.r.o.
Johnson & Johnson, s.r.o.
L I N E T spol. s r.o.
MEDAC, spol. s r.o.
ORIFLAME COSMETICS
VALOSUN a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

portál
diagnóza v ošetřovatelství
GALEN
euni Vzdělávání, které řídíte Vy
MEDICAL TRIBUNE
Zdravotnické noviny
GRADA
maxdorf
Sestra

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ A MEDIALIZACI SYMPOZIA

PÁTEK, 13. června 2008

8.30 Zahájení konference

8.40 – 9.40 **DERMATOLOGIE A LÉČBA RAN I.**
- Nový pohled na léčbu ran z mikrobiologického hlediska – RNDr. Věra Toršová, CSc.
- Obvazový materiál – Mgr. Romana Mrázová, Ph.D.
- Kompresivní terapie v praxi – MUDr. Sabina Švestková

9.40 – 11.00 **DERMATOLOGIE A LÉČBA RAN II.**
- Terminologie chronické rány – pohled dermatologa – prim. MUDr. Dominika Diamantová
- Erysipel – diagnóza stále aktuální! – MUDr. Blanka Žuffová
- Pohlavně přenosné nemoci – MUDr. Jitka Dobešová

11.00 – 11.20 Coffee break

11.20 – 12.20 **REHABILITACE A VYUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK V PRAXI**
- Prevence a ošetřování dekubitů v praxi – Bc. Lenka Šeflová, MUDr. Daniela Strnadová, Jitka Bezděková, Hana Mikulášová – IP
- Neurofyziologické principy při polohování a manipulaci s imobilním pacientem – Mgr. Jana Tomsová (přednáška s praktickými ukázkami) – IP
- Protetika a adjuvatika – MUDr. Stanislav Horák – IP

12.20 – 13.20 **INKONTINENCE**
- ČIK – čistá intermitentní katetrizace – Nataša Sochorová, Josefa Ďulíková
- Diagnostika a léčba stresové inkontinence moči – MUDr. Jan Zmrhal, CSc.
- Zvládání tekuté stolice při ošetřování dekubitu v sakrální oblasti – Miksová Martina

13.20 – 14.20 Oběd

14.20 – 15.20 **GASTROENTEROLOGIE**
- Poruchy výživy, příčiny, diagnostika a léčebné možnosti v terénní praxi – MUDr. Mgr. Drahomíra Vrzalová
- Pankreatitida – MUDr. Jan Gregar – IP
- Celiakie – doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc.

15.20 – 15.50 **Sympozium HARTMANN-RICO a.s.**
- Doporučený postup při léčbě ran – Bc. Irena Pejznochová

15.50 – 16.50 **PRÁVNÍ PROBLEMATIKA**
- Právní a sociální problematika ve zdravotnictví – Ing. JUDr. Lukáš Prudil, Ph.D.

SEKCE PEDIATRICKÝCH SESTER

9.50 Zahájení sekce

9.50 – 11.00 **NOVINKY V LÉČBĚ DĚTSKÝCH PACIENTŮ**
- Naše zkušenosti s regulačními poplatky – Bc. Renata Pavelková
- Etika v ošetřovatelství – Pavla Medková
- Mléka HIPP – řešení problému kojeneckých kolik – Petr Citron

11.00 – 11.20 Coffee break

11.20 – 11.50 **Sympozium HARTMANN-RICO a.s.**
- Ošetřování defektů kůže u dětských pacientů – Bc. Irena Pejznochová

11.50 – 12.50 **KOMUNIKACE V PEDIATRII**
- Komunikace v pediatrii – Ludmila Cinková

12.50 – 13.00 **Sympozium Promediamotion**
- Vzdělávání se společností Promediamotion, s.r.o. – Tomáš Truksa

Po skončení programu speciální sekce se účastnice přesunou na pokračování odborného programu do hlavního sálu Pegasus.

Nový pohled na léčbu ran z mikrobiologického hlediska

Věra Toršová[1], Lenka Piegzová[2]
[1]Antibiotické středisko, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě
[2]Katedra vyšetřovacích metod a lékařské biologie, ZSF OU Ostrava

Význam mikroorganizmů v ranách a jejich vliv na hojení je vzhledem k obtížnému odlišení kolonizace a infekce stále problematický. Dosud používaná klasifikace ran z r. 1964 (revize 1994) řadí akutní rány čisté nebo kontaminované do třídy 1–3. Patří sem většina pooperačních ranných infekcí, které vykazují známky hojení nejdéle do 4 týdnů od jejich vzniku. Ve třídě 4 jsou především chronické rány znečištěné, masivně kolonizované nebo infikované, devitalizované tkáně, tlakové, venózní, arteriální (ischemické) a neuropatické ulcerace s prolongovaným a často neúspěšným hojením v průběhu několika měsíců až roků. Tyto rány jsou většinou lokalizovány na dolních končetinách a v pánevní oblasti.

Ve třídě 1–3 je riziko vzniku infekce největší v prvních 2–7 dnech a izolované mikroorganizmy korespondují s klinickým stavem. V kontaminovaných ranách nalézáme tzv. kožní flóru – koaguláza negativní stafylokoky, nepatogenní corynebakterie, viridující streptokoky. Výskyt kmenů *St. aureus* je většinou již markerem počínající infekce. V ranách infikovaných (třída 4) se v počáteční fázi uplatňují také kmeny *Staphylococcus aureus* (dnes již včetně MRSA), beta hemolytické streptokoky A, B, C, G skupin a anaeroby. U chronických ran s výjimkou diabetiků a imunokompromitovaných osob je menší riziko vzniku infekce, izolované mikroorganizmy svědčí převážně o masivní a úporné kolonizaci. Jestliže infekce přejde do chronicity, původní grampozitivní flóra je většinou vystřídána kmeny *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.* a posléze nemocničními kmeny *Pseudomonas aeruginosa* a *Acinetobacter baumannii.*

Výsledky mikrobiologických vyšetření musí korelovat jednak s lokálním nálezem edému, erytému, bolestivosti, suppurace a lymfadenitidy, nebo se systémovými projevy celkové infekce (febrilie, leukocytóza, CRP). Vždy je třeba vyloučit současnou infekci ze vzdáleného ložiska a zhodnotit predispoziční faktory, diabetes, obezitu, malnutrici, cévní nedostatečnost, trauma, imunosupresi apod.

K mikrobiální interakci dochází během každé fáze hojení. Ve stadiu hemostáze je vyšší riziko infekce u akutních ran, virulence a invazivita přítomných bakterií a jejich kritické množství indukuje zánětlivou odpověď a prodlužuje hojení. U chronických ran komplikuje proces hojení masivní výskyt výše uvedených gramnegativních bakterií. Granulace a epitelizace i v přítomnosti malého počtu zárodků probíhá rychleji u akutních ran a je velmi obtížná u ran chronických.

Rozhodující význam má v tomto případě typ použitého debridement (chirurgické, enzymatické, autolytické), používání hydrokoloidních semiokluzivních a okluzivních obvazů, zvlhčování ranné plochy včetně drenáží, jak je průběžně zaváděno v nových doporučených postupech ošetřování ran. V kombinaci s používáním antiseptických mastí, roztoků a obkladů je dosaženo lepších klinických výsledků než s místním i celkovým podáváním antibiotik

Monitorování kolonizace a infekce v ranách vyžaduje speciální odběrové a kultivační techniky. Je preferováno kvantitativní vyšetření se stanovením celkového počtu zárodků na definované ploše, které jediné umožňuje sledovat dynamiku mikrobiologických nálezů, a tím také kontrolu ošetřovacích a léčebných postupů. Odběry pro tato vyšetření lze provádět velmi jednoduše s použitím přímých a nepřímých otisků z ranné plochy nebo při biopsii tkáně, která má určité riziko falešné pozitivity a je mnohem náročnější na laboratorní zpracování. Aspirace materiálu do transportní půdy je metodou vhodnou pro odběr anaerobů. Méně používané, ale velmi citlivé metody jsou brushing a kyretáž. Na našem pracovišti používáme více než 20 let nepřímou otiskovou techniku původně vypracovanou pro popáleninové centrum. Postupně byla převzata dalšími pracovišti (popáleninová centra v ČR i SR, ambulance cévní chirurgie, spec. pracoviště pro léčbu ran apod.).

Úspěch léčby obtížně se hojících chronických ran závisí na celé řadě definovaných systémových poruch hojení a polymorbiditě postižených osob. Adekvátní antibiotická léčba je na místě pouze při prokázané systémové infekci, v průběhu dlouhodobé léčby chronických ran je kontroverzní a vede k selekci multirezistentních kmenů bakterií. U syndromu diabetické nohy se řídí indikace antibiotické léčby většinou dle klasifikace

Regionální centrum Olomouc 13. 6. 2008

KOORDINÁTOR ODBORNÉHO PROGRAMU:
Bc. Lenka Šeflová

PROGRAMOVÝ VÝBOR
Bc. Renata Pavelková
Nataša Sochorová

POŘADATEL
II. interní klinika FN Olomouc, Dětská klinika FN Olomouc, Solen, s.r.o.

ÚČAST JE V RÁMCI CELOŽIVOTNÍHO POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ DLE VYHLÁŠKY MZČR Č.423/2004 SB. § 3 OHODNOCENA 3 KREDITY PRO SESTRY

ISBN 978-80-254-2183-3

ORGANIZÁTOR: SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc,

kontaktní osoba: Ing. Karla Břečková, tel.: 582 397 457, mob.: 777 714 677, e-mail: breckova@solen.cz,

využití oligodynamického efektu Ag iontů, oxygenace ranné plochy a biologických metod eradikace (použití larev *Lucilia sericata*). Vývoj nových metod léčby úspěšně pokračuje také s použitím biologického inženýrství při přípravě kožních náhrad, např. autologních fibroblastů a keratinocytů. Systémová enzymoterapie má pozitivní vliv na optimalizaci zánětlivé reakce během hojení ran, regulaci cytokinové odpovědi a redukci tvorby biofilmu. Znalosti o celém procesu hojení ran vedou k postupnému zlepšování ošetřovacích a léčebných postupů a k mnohem lepšímu aktivnímu přístupu nemocných k průběhu hojení.

Obvazový materiál

Mgr. Romana Mrázová, Ph.D.
B. Braun Medical, s.r.o.

Základní terapeutické materiály pro hojení ran nalezneme v číselníku VZP ve skupině 01, kdy mezi základní terapeutické materiály patří:

1. hydrogely – charakteristika skupiny
2. kalciumalginány
3. vlákna hydrofiber
4. aktivní uhlí
5. hydrokoloidy
6. hydropolymery a polyuretanové pěny
7. materiály se stříbrem
8. antiseptické krycí materiály
9. polyuretanové filmové obvazy
10. silikony
11. ostatní terapeutické materiály.

Klasické obvazové materiály způsobují:

1. traumatizace rány – přisychání obvazů k ráně
2. ochlazení rány – pokles teploty ze 37 °C na 28 °C
3. změna pH může ovlivnit množení mikroorganizmů
4. chybí bariéra proti infekci
5. malá variabilita a flexibilita
6. nezabrání maceraci kůže
7. nechrání stařeckou „papírovou“ kůži před vysoušením a traumaty
8. nelze použít v prevenci u dekubitů
9. nepodporují fyziologické čištění rány
10. neumožňují monitoring rány
11. neumožňují autolytický debridement
12. neumožňují rehydrataci rány.

Moderní terapeutické materiály jsou využívány pro své vlastnosti:

1. optimalizují proces hojení
2. zajišťují vlhké prostředí (nikoli mokré) během procesu hojení
3. netraumatizují ránu během převazu
4. chrání granulující rány před mechanickým poškozením
5. snižují frekvenci převazů
6. obsahují speciální „jádro“, které pohltí mikroorganizmy a neuvolní je zpět do rány
7. respektují „fázi“ rány
8. chybí „spongiózní“ efekt
9. selektivně propustné pro plyny a vodní páru
10. účinná bariéra proti infekci
11. variabilita umožňuje cílené použití dle fázového hojení ran
12. zabraňují maceraci kůže v okolí rány
13. hypoxické prostředí – podporují angiogenezi a reepitelizaci (hydrokolidy)
14. cenově dostupné
15. ve světě používané cca 33 let, v ČR používané cca 12 let (nejstarší hydrokoloid 16 let)
16. univerzální obvaz neexistuje
17. musí existovat příznivý poměr mezi cenou a délkou zhojení defektu.

Kompresivní terapie v praxi

MUDr. Sabina Švestková
Dermatovenerologická klinika LF MU Brno, pracoviště FN Brno

To, že kompresivní terapie je účinnou, nezastupitelnou, dostupnou a jednoduchou léčebnou metodou projevů chronické žilní nedostatečnosti, včetně bércových vředů žilního původu, je již všeobecně známo. Avšak její zavedení do každodenního života a hlavně důsledné dodržování a aplikace je pro mnohé z našich pacientů problémem. Abychom pacienta získali pro správnou věc, musíme být informováni i my o základech a zásadách kompresivní terapie, o dostupnosti materiálů a výrobků, musíme mít přehled i o vývojových trendech v této oblasti. Stejně tak musíme znát úskalí léčby a vědět o problémech, které tento léčebný postup s sebou přináší, a hlavně musíme být ochotni je řešit spolu s pacientem.

V přednášce autorka znovu připomíná hlavní účinky kompresivní terapie ve venózních i nonvenózních indikacích a její důležitost v prevenci a léčbě onemocnění žilního systému dolních končetin.

Dermatologie a léčba ran II.

Terminologie chronické rány – pohled dermatologa

MUDr. Dominika Diamantová
Kožní oddělení, Vojenská nemocnice Olomouc

Chronickou ránu definujeme jako sekundárně se hojící ránu, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6 týdnů tendenci k hojení. Autorka popisuje nejčastější typy ran dle etiologie, rozebírá rizikové faktory zpomaleného hojení a možnosti léčby. Upozorňuje na problematiku vzniku kontaktní alergické dermatitidy a na možnosti diagnózy kontaktní alergie.

Erysipel – diagnóza stále aktuální!

MUDr. Blanka Žuffová – Kunčová
Kožní oddělení, Vojenská nemocnice, Olomouc

Erysipel je akutní infekční onemocnění kůže, především končetin a tváře, které je zpravidla provázené celkovými příznaky. Akutní erysipel a jeho další četné recidivy v „předantibiotických“ dobách pacienty usmrcoval, ale i po objevení penicilinu obvykle nezadržitelně vedl až k invalidizaci. V poslední době s narůstající rezistencí bakterií na antibiotika výrazně přibývá případů erysipelu s velmi těžkým až septickým průběhem a vážnými orgánovými komplikacemi. Týká se to hlavně pacientů s dalšími přídatnými interními chorobami (diabetes, srdeční choroby) a pacientů imunosuprimovaných léky (kortikoidy, imunosupresiva, biologika).

Vyvolavatelem onemocnění je nejčastěji *Streptococcus pyogenes*, méně často již *Staphylococcus aureus*, gramnegativní tyčinky – kromě jiných i *Klebsiella pneumoniae*.

Pro vznik choroby jsou nutné 3 základní podmínky: 1. přítomnost vyvolavatele, 2. vstupní brána infekce (porušení kožní bariéry, mikrotraumata), 3. porucha lymfatické drenáže postižené oblasti (vrozená či získaná).

Průběh onemocnění bývá při první manifestaci typický s výraznými lokálními i celkovými příznaky, ale při recidivě potíže obvykle slábnou a zejména celkové reakce nebývají výrazné (mitigovaný erysipel). Onemocnění má klinicky několik forem. Diagnóza se stanovuje na základě klinických příznaků, v laboratorních odběrech nalézáme typicky vysokou sedimentaci, leukocytózu a elevaci C reaktivního proteinu. Důkaz vyvolavatele se v mnohých případech nedaří. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit jiné infekční choroby kůže, alergické kožní reakce.

Terapie akutního erysipelu s alterací celkového stavu a s komplikovaným průběhem má být realizována na lůžkovém kožním oddělení. Lékem volby jsou stále penicilinová antibiotika ve vysokých dávkách i. m. či v krátké infuzi, pokud nelze vyloučit jiné vyvolavatele, doporučují se cefalosporiny 3. generace též ve formě infuze. Nutno současně kompenzovat i eventuální interní onemocnění, sledovat renální funkce a zároveň zajistit současnou rehydrataci a oběhovou stabilizaci pacienta.

Při včasné a adekvátní terapii lze docílit vyhojení, přičemž chronické stavy v podobě otoku podmíněné obliterací lymfatických cév mohou přetrvávat. V rámci prevence je nejdůležitější zabránit po proběhlé první atace nemoci vzniku chronických recidiv s těžkou poruchou lymfatického systému postižené oblasti. Při nedostatečně či neadekvátně léčeném erysipelu se i nyní setkáváme s invalidizujícími a pacienta těžce poškozujícími následnými lymfedémy.

Pohlavně přenosné nemoci

MUDr. Jitka Dobešová,
Klinika chorob kožních a pohlavních
FN Olomouc

Pohlavně přenosné nemoci (STD) jsou choroby přenášené převážně pohlavním stykem a patří do širšího rámce sexuálně přenosných infekcí (STI). Můžeme si je rozdělit na **klasické pohlavní nemoci**, které podléhají v České republice povinnému hlášení (syfilis, kapavka, lymfogranuloma venerum, měkký vřed a granuloma inguinale), a ostatní pohlavně přenosné nemoci, které mohou probíhat klinicky manifestně nebo latentně. Velkou část sexuálně přenosných infekcí zaujímají chlamydiové infekce. Zvláštní skupinu tvoří HIV infekce. Z klasických pohlavních nemocí se lymfogranuloma venerum a měkký vřed naposledy u nás vyskytl ojediněle v roce 1994, granuloma inguinale dosud nebyla u nás hlášena). Proto předmětem našeho sdělení jsou hlavně 2 klasické pohlavně přenosné nemoci (syfilis a kapavka).

Syfilis (lues, příjice, tvrdý vřed, šankr) je celosvětově rozšířené onemocnění, které postihuje ženy i muže ve věku hlavně mezi 15–30 lety. Přenos je převážně pohlavním stykem, tzv. získaná syfilis (koitálním, orálním, análním stykem). Asi 10 % infekcí je způsobeno nepohlavním přenosem (transplacentárně – vrozená syfilis, krevní transfuzí, náhodným přímým kontaktem s lézí nebo kontaminovaným předmětem – tzv. syfilis nevinných). Příčinou je *Treponema pallium* subsp. *pallidum*, velmi citlivá k vnějším podmínkám a přirozeným hostitelem je člověk. Diagnostika se provádí na základě klinického, mikroskopického vyšetření v zástinu a sérologického vyšetření. Onemocnění má od počátku systémový charakter a neléčená probíhá ve čtyřech fázích: 1. primární stadium – nebolestivý tvrdý vřed v místě vstupu infekce s reakcí regionální uzliny 3 týdny po nákaze, 2. stadium sekundární – po 9 měsících od získané infekce s generalizací s postižením vnitřních orgánů a kůže, 3. stadium terciární (pozdní syfilis, syfilis tarda – neurolues) po více letech (20 i více letech) od vniknutí infekce s tvorbou gumat, s postižením kardiovaskulárního aparátu a CNS. U neléčené infekce nastupuje pak 4. stadium metalues s degenerativními parenchymatózními změnami v mozku a v kostech (tabes dorsalis a progresivní paralýza), která bývá často příčinou invalidity nebo i úmrtí pacienta. Počty nových infekcí prudce narůstaly od roku 1990 do roku 2001, kdy byl nahlášen rekordní počet 1 376 nových případů, a od té doby se zaznamenává pokles v hlášení! V roce 2006 bylo diagnostikováno 502 čerstvých případů a v roce 2007 602 případů, z toho 40 % jsou cizinci). Léčba: PNC.

Kapavka (gonorrhoea) po staletí známé onemocnění. Význam stoupá v poslední době pro stále více se rozvíjející rezistenci vůči antibiotikům. Počty hlášených infekcí se každoročně pohybují kolem 1 000 případů. Častější je hlášen výskyt u mužů (až dvojnásobek – u žen probíhá často asymptomaticky) a ve věku 20–29 let. Přenos probíhá převážně pohlavním stykem. Příčinou je gonokok – *Neisseria gonorrhoeae*, rovněž velmi citlivý k nepříznivým podmínkám. Inkubace 2–14 dní. Klinicky se projevuje u mužů zánětem močové trubice s hlenohnisavou sekrecí a bolestivým močením a u žen zánětem hrdla děložního (endocervitis), způsobuje také zánět spojivek novorozenců (při porodu) a zánět hltanu (při orálním styku) a zánět konečníku (análním styk). Komplikovaná a nedostatečně léčená kapavka má vliv na reprodukční zdraví (potraty, předčasné porody, mimoděložní těhotenství, sterilita). Diagnostika se opírá o klinické projevy a mikroskopický průkaz gonokoka. Léčba: PNC nebo jiná ATB dle citlivosti.

Nespecifické uretritidy jsou nejčastěji vyvolány chlamydiovou nebo mykoplazmatickou infekcí. Nepodléhají povinnému hlášení v ČR, ale svou závažností s možnými komplikacemi je řadíme na stejnou úroveň s kapavčitou infekcí.

Nejdůležitějšími preventivními opatřeními jsou: včasná diagnóza, včasná léčba a včasné zajištění zdrojů a kontaktů infekce (depistáž) a aktivní sledování nemocných a ohrožených nemocí (dispenzarizace). Specifickou profylaxí zamezení vzniku a šíření pohlavních nemocí je morální zdravotní výchova (proti promiskuitě, alkoholizmu, drogové závislosti).

Důležité zákony a vyhlášky, které zabraňují šíření pohlavních nemocí: Zákon č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví, Vyhláška MZ ČR č. 195/2005 Sb. Podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, Směrnice č. 30/1968 Věstníku MZ O opatření proti pohlavním nemocem a Věstník MZ ČR z prosince 1997 část 10 standardy vyšetřovacích postupů STD.

www.solen.cz

Prevence a ošetřování dekubitů v praxi

Bc. Lenka Šeflová, MUDr. Daniela Strnadová, Jitka Bezděková, Hana Mikulášová
II. interní klinika FN Olomouc

Prevence vzniku a léčba dekubitů stále patří k diskutovaným tématům. Dekubity často vznikají u polymorbidních pacientů jako komplikace základního onemocnění. Vzniklé rány pacientovi způsobují bolest, bezmocnost a závislost na druhé osobě. Člověk s mnohočetnými nebo rozsáhlými defekty není schopen žít normální život. Zdravotní stav se komplikuje a nezřídka končí sepsí a smrtí pacienta. Cílem našeho sdělení je představit profesionální přístup ošetřovatelského a lékařského týmu, zejména v primární a sekundární prevenci včetně ošetřování dekubitů.

Základní preventivní postup:

- vyhledávání rizikových pacientů podle hodnotící škály „rozšířené stupnice Nortonové" již při přijetí pacienta
- eliminace tlaku a pravidelné polohování (přes den minimálně co 2 hodiny, v noci co 3–4 hodiny, u plegických pacientů i každou hodinu)
- netraumatizující manipulace s pacientem na lůžku
- využití antidekubitních podložek a matrací, polohovacích pomůcek a lůžek s příslušenstvím (hrazdy, zábrany apod.)
- rehabilitace a časná mobilizace pacienta s pomocí rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- edukace pacienta a jeho rodiny
- analgetizace pacienta, sledování a vyhodnocování bolesti, případně terapie v ambulanci pro léčbu bolesti
- komplexní terapie základního onemocnění, léčba hematologických a biochemických patologií
- nutričně vyvážená strava s dostatkem tekutin, spolupráce s nutričním terapeutem a s pacientovou rodinou
- ošetřování kůže speciální ochrannou kosmetikou
- profesionální hygienická péče
- čisté, suché ložní a osobní prádlo
- aplikace filmových obvazů na predilekční místa.

Ošetřování dekubitů

Vzniklé dekubity hodnotíme podle jejich vývoje a dělíme je do 4 stadií podle klasifikace Hibbsové:

I. stadium: překrvení, které přetrvává po stisku i po 5 minutách, bez porušení celistvosti
II. stadium: částečná ztráta kůže, objevuje se puchýř nebo mělký důlek, mokvavá plocha (klinicky: odřenina, puchýř, mělčí kráter)
III. stadium: úplná ztráta kůže i podkoží, šedá, černá krusta (klinicky: nekróza, hluboký kráter)
IV. stadium: ztráta kůže s rozsáhlým poškozením hlubokých funkčních struktur, fascií, cév, nervů, svalů a přiléhajících kostí, nekróza tkáně (podminování: kombinace u stupně III. a IV.).

Algoritmus v ošetřování dekubitů:

- eliminace tlaku
- odstranění nekrotické tkáně
- léčba zánětu
- kontrola a prevence reinfekce
- zajištění odpovídající vlhkosti v ráně
- podpora růstu granulační a epitelizační tkáně
- ochrana vytvořené granulační a epitelizační tkáně

Prevence dekubitů nespočívá jen v důsledně a pečlivě prováděné primární i sekundární preventivní péči o rizikového pacienta, ale i v kontinuálně prováděné edukaci pacientů, pečovatelů a zaměstnanců. Dobu hojení vzniklého dekubitu lze zkrátit profesionálním využitím obvazů vlhké terapie. Z celkového pohledu je ekonomické navázat na zahájenou terapii, ať už je pacient přeložen do jiného zdravotnického zařízení či léčebny pro dlouhodobě nemocných nebo do domácí péče. Pro další léčbu a dohojení defektu cestou praktického lékaře je nezbytné doporučení další terapie propouštějícím lékařem nemocnice.

Prevence dekubitů a péče o vzniklé defekty vyžadují vysoce profesionální přístup celého ošetřovatelského a lékařského týmu, který musí být proškolen a erudován v dané problematice. Významnými faktory, které negativně působí v prevenci, jsou nízký stav ošetřovatelského personálu a nevyhovující materiálně-technické vybavení.

Literatura

1. Šeflová L, Beránková I. Management ošetřování dekubitů. Interní medicína pro praxi. 5/2006, 252–256.
2. Šeflová L, Podstatová R, Řehořová J, Ženožičková S. Prevence dekubitů na Ortopedické klinice FN Olomouc. Nozokomiální nákazy 3/2005, ročník 4. Vydala Agentura DUMAS, Banská Bystrica ISSN 1336-3859.

Neurofyziologické principy při polohování a manipulaci s imobilním pacientem

Mgr. Jana Tomsová
Fakulta rehabilitace a tělovýchovného lékařství, FN Olomouc

Pohyb je první a základní projev lidského života. Imobilní pacient tráví 90–100 % veškerého času na lůžku, proto správné polohování patří k základní a nezbytné 24hodinové ošetřovatelské intervenci.

Vzhledem k vývoji nových trendů v medicíně se názory na polohování neustále mění a přizpůsobují individuální potřebě konkrétního pacienta. Existuje řada ošetřovatelských konceptů (bazální stimulace, kinestetika) a fyzioterapeutických konceptů (Vojtova reflexní lokomoce, PNF, Bobath koncept) založených na neurofyziologických principech s cílem facilitace a edukace funkčních schopností pacienta. Senzorická stimulace ovlivňuje činnost CNS, ať už se jedná o kombinaci polohy těla, kontaktu s podložkou a manuálním kontaktem (cílená stimulace jednotlivých smyslů).

Na jedné straně je zapotřebí udržet funkční polohování jednotlivých pohybových segmentů s ovlivněním proprioceptivní signalizace, a na straně druhé minimalizovat fyzickou námahu ošetřovatelského personálu při manipulaci s imobilním pacientem. Nejen na jednotkách intenzivní péče se využívají nejrůznější typy polohovatelných postelí, polohovacích pomůcek, antidekubitálních matrací s využitím stabilních a labilních poloh pacienta, ne vždy však šťastně volených vzhledem k respirační mechanice, vazivovým složkám pohybového aparátu a především komfortu pacienta (nežádoucí nocicepce).

Ošetřovatelská intervence by měla respektovat přirozený průběh pohybu z hlediska fyziologie pohybu a vývojové motoriky jedince, s čímž souvisí paralelní a především spirálovité pohybové vzory spojené s menším úsilím, protože odpovídají funkčnímu uspořádání svalových skupin.

Protetika + adjuvatika

MUDr. Stanislav Horák
KRTVL, FN Olomouc

PROTETIKA (obecně) je medicínsko-technický obor, který svými výrobky léčí, koriguje či nahrazuje ztracené části těla nebo porušené funkce (alespoň základní).

Výroba pomůcek může být sériová, nebo individuální.

Dělení protetiky:

- vlastní protetika
- ortotika
- epitetika
- kalceotika
- adjuvatika
- protetometrie.

Pro zhotovení jednotlivých pomůcek je důležité přesné měření jednotlivých částí těla (somatometrie) a znalost opěrných bodů a závěsných ploch.

Kompenzační pomůcky

Jejich základním úkolem je v maximální možné míře kompenzovat pacientův deficit (pohybový, komunikační...), a tím docílit maximální soběstačnosti v běžných denních činnostech.

Dělení kompenzačních pomůcek:

- technické pomůcky od těla vzdálené
- technické pomůcky dotýkající se těla
- implantáty.

Ukázky:

- Opěrné pomůcky: a) přenosné (berle, hole, chodítka...), b) pevné (chodníky, madla...)
- Vozíky: dělení, pohon, využití
- další pomůcky.

PROTÉZY

Ztráta končetiny nebo její části je výrazným zásahem do pohybových schopností, a tím i do života pacienta. V rámci terapie a péče o pacienta je důležitá včasná a správně vedená rehabilitace a adekvátní péče o pahýl, neboť následně na vlastnostech pahýlu a výsledcích rehabilitace závisí ovladatelnost a využitelnost protézy, a tím i dosažení soběstačnosti pacienta.

Je dobré připravit pacienta na amputaci ještě před výkonem!

Cílem rehabilitace je dobrá fyzická i duševní kondice, „definitivní pahýl" (viz níže). Důležité je, aby se pacient naučil vyrovnat se se změnami statiky při pohybu bez protézy (berle), dále nácvik pádů, vstávání, sedání a zvedání se ze židle, také zvedání předmětů, chůzi po schodech, nošení břemen a v neposlední řadě aby zvládal i vlastní péči o protézu.

„Definitivní pahýl" je odolný, výkonný, dobře pohyblivý, s dobrým svalovým a kožním krytem a nebolestivou volnou jizvou. Měl by být ustálený přibližně do 3 až 6 měsíců od amputace. Pokud se ale při plné zátěži v protéze pahýl nemění po dobu 3–4 týdnů, poté lze tento považovat za definitivní.

Kvalita chůze a ovladatelnost protézy je ovlivněna výškou amputace, délkou pahýlu, stavem zachované DK, ale i stavem HK, dále kondicí, věkem, komorbiditami atd.

Kontraindikace protézování mohou být dočasné, nebo trvalé.

Užitná doba protéz je 24 měsíců. Následuje kompletní prohlídka protézy protetikem. Výjimkou jsou děti a prvovybavení. Zde je možné zhotovení nového vybavení i dříve (při velkých změnách růstu nebo aktivity).

- Ukázky protéz pro horní a dolní končetiny
- Myoelektrická protéza
- Bionická protéza

Inkontinence

ČIK – čistá intermitentní katetrizace

Nataša Sochorová
Urologická klinika FN Olomouc

Cíl: Vysvětlit pojem ČIK – čistá intermitentní katetrizace. Je to opakované zavádění katétru do močového měchýře za účelem jeho vyprázdnění. Nejde o sterilní postup, ale o metodu, která se běžně provádí v domácích podmínkách. Provádí se v pravidelných časových intervalech. Je to metoda, která napomáhá nemocnému řešit poruchy s vyprazdňováním moči. Základní indikací je velké postmikční reziduum, líný měchýř, neurogenní močový měchýř a pacienti s neurovezikou.

Metoda: V přednášce se využívá zkušeností z našeho pracoviště, jak se „čikování" učí pacienti u nás, jaké pomůcky jsou k výkonu potřeba. Je použit edukační materiál na DVD od firmy Coloplast.

Diagnostika a léčba stresové inkontinence moči

MUDr. Jan Zmrhal, CSc.
Gynekologicko porodnické oddělení
NsP Mělník

Stresová inkontinence moči je definována jako únik moči uretrou při zvýšení intraabdominálního tlaku. Tradičně byla považována za nejčastější mikční poruchu u žen, což současné poznatky a zmapování problematiky poněkud zpochybňují a zdá se, že nejčastější poruchou v současnosti jsou poruchy zařazované do symptomového souboru hyperaktivní měchýř. Navzdory tomu je stresová inkontinence žen problém aktuální, díky zdokonalené diagnostice, která je předpokladem úspěchu, a díky novým operačním technikám problém velice efektivně zvládaný.

Diagnostické metody zahrnují postupy iniciální (anamnéza, klinické vyšetření, jednoduché testy...), dostupné každému lékaři prvého kontaktu, a postupy specializované (endoskopie, ultrazvuk, urodynamika...), vyhrazené specialistovi a vybraným pracovištím.

Léčba stresové inkontinence využívá metody konzervativní a operační. Z konzervativních metod je nyní celosvětově preferována gymnastika pánevního dna. Další možností je farmakoterapie, kde je novinkou duloxetin jako duální zpětný inhibitor vychytávání serotoninu a noradrenlinu, lék u nás na rozdíl od okolních států není dosud registrován. Další možnosti jsou elektrostimulace s velmi dobrými výsledky, a v neposlední řadě pesaroterapie a různé vaginální pomůcky k cvičení pánevního dna.

Operativa stresové inkontinence prodělala značný rozvoj a nabízí celou škálu metod. Patří mezi ně endouretrální aplikace implantátů, tzv. „bulking" jehlovou aplikací, dále klasické smyčkové operace, dnes již málo prováděné, a různé typy kolposuspenzí

s nepřímou podporou uretry, které byly zlatým standardem 90. let. K metodám současnosti patří tahuprosté pásky – metody TVT, klasické retropubické, dnes nahrazované metodou TVT-O – obturátorovou páskou. Dalším krokem ve vývoji operativy je TVT-secure – konipáska, s níž jsou zkušenosti poněkud rozpačité.

V problematice stresové inkontinence se urogynekologie zaměřuje na studium rizikových faktorů, zejména vliv porodu. Dále se rozšiřuje škála operačních metod, které využívají především syntetických podpůrných materiálů. Světovým trendem konzervativní léčby je v současnosti cvičení pánevního dna.

Zvládání tekuté stolice při ošetřování dekubitu v sakrální oblasti

Martina Miksová, Martina Pivodová
Interní klinika IPVZ JIP, 4. krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

Inkontinence tekuté stolice je častým problémem nejen klientů na jednotkách intenzivní péče. S inkontinencí tekuté stolice je spojena řada komplikací, které zatěžují klienta. Tyto komplikace mohou prodloužit dobu hospitalizace a zvýšit náklady na léčbu.

Flexy Seal je systém, který účinně zachytí a odvádí tekutou stolici u imobilního pacienta. Flexy Seal řeší komplikace spojené s řídkou až průjmovitou stolicí, snižuje riziko poškození kůže a šíření infekce. Chrání operační rány a zvyšuje komfort pacienta.

Flexy Seal se skládá z retenčního balonku, silikonového katétru, dvou výstupních portů a sběrného sáčku. Zavedení tohoto systému má své kontraindikace a nežádoucí komplikace.

Kazuistika sděluje zkušenosti v ošetřování inkontinentního klienta s dekubitem v sakrální oblasti, u kterého byl systém zaveden.

Tento systém výrazně zlepšil ošetřovatelskou péči o inkontinentního pacienta s tekutou stolicí a pozitivně ovlivnil hojení dekubitu v sakrální oblasti.

Gastroenterologie

Poruchy výživy, příčiny, diagnostika a léčebné možnosti v terénní praxi

MUDr. Mgr. Drahomíra Vrzalová
II. interní klinika FN a LF UP Olomouc

Poruchy výživy se řadí mezi významné faktory vzniku dekubitů a poruch hojení ran. Správná diagnostika a léčba malnutrice je nedílnou součástí péče o pacienta s chronickou ranou či dekubitem.

K malnutrici dochází buď pozvolna při čerpání energie z tukových zásob organizmu (malnutrice marantického typu), nebo akutně v rámci stresového hladovění u závažných akutních stavů, kdy je energie získávána z proteinů (malnutrice kwashiorkorového typu). Je třeba myslet na to, že ohroženi malnutricí jsou nejvíce pacienti v kritickém stavu, ale také nemocní s nádorovými chorobami, se zánětlivými nemocemi střev, nemocemi respiračního traktu a geriatričtí pacienti. K diagnostice poruch výživy slouží jak anamnestická data zjišťující procentuální úbytek hmotnosti za poslední měsíce, množství požitého jídla, stupeň bolesti, hodnocení závažnosti nemoci, tak i fyzikální vyšetření registrující hmotnost a výšku nemocného, množství podkožního tuku, přítomnost otoků doplněné o biochemické vyšetření hladin albuminu, prealbuminu, transferinu ale i hodnoty lymfocytů, cholinesterázy, zhodnocení funkce jater a ledvin, hladin hormonů štítné žlázy. Poté, co je diagnostikována a zhodnocena závažnost poruchy výživy, je nutno rozhodnout o způsobu nutriční podpory. Pokud je funkční trávicí trakt, je v první řadě indikována enterální výživa, tedy aplikace farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu. Enterální výživu je možné podávat formou popíjení ochucených přípravků (sipping), pomocí nazoenterálních sond, je také možné založit k aplikaci perkutánní gastrostomii a jejunostomii. Pacienti, kteří vyžadují dlouhodobou nutniční podporu enterální výživou, mohou být po zaškolení ošetřováni v domácím prostředí. V situacích, kdy je porucha výživy velmi závažná – v rámci předoperační přípravy, pooperační péče nebo u nemocných se syndromem krátkého střeva – je třeba zahájit parenterální výživu. Parenterální výživa značí aplikaci výživných substrátů formou infuzí. Ke krátkodobému podávání parenterální výživy slouží periferní žíla, pokud však je třeba aplikovat tuto výživu dlouhodobě, pak je nutné zajistit vstup do centrální žíly. V současné době je možnost mít pacienta vyživovaného pouze parenterální výživou i v domácím ošetření.

Správná diagnostika a adekvátní léčba poruch výživy je nedílnou součástí péče o pacienta s chronicky se hojící ranou.

Pankreatitida

MUDr. Jan Gregar
II. interní klinika FN a LF UP Olomouc

Akutní pankreatitida je zákeřné onemocnění se stále relativně vysokou mortalitou a množstvím závažných, život ohrožujících komplikací. Ekonomická náročnost léčby a poměrně dlouhá hospitalizace pacientů s těžkým průběhem tohoto onemocnění nás nutí zpřesnit a zkrátit diagnostiku a zefektivnit terapeutické postupy.

V poslední době se pohled na léčbu akutní pankreatitidy mění a vyvíjí. Stále skloňovaná je otázka ATB terapie – jaká antibiotika, kdy a komu nasadit? Další kapitolou léčby akutní pankreatitidy je parenterální a enterální výživa. A v otázce terapie se stále méně indikují chirurgické postupy a dává se přednost léčbě konzervativní nebo minimálně invazivní. V terapeutické endoskopii se mimo ERCP (endoskopická retrográdní cholangio-pankreatografie) začínají uplatňovat i další nadějné postupy.

Interdisciplinární přístup v terapii akutní pankreatitidy vyžaduje spolupráci s intervenčním radiologem, anesteziologem a chirurgem.

Chronická pankreatitida je chronický zánět, kdy dochází k postupné náhradě funkční tkáně slinivky tkání fibrózní. Mimo majoritní skupinu nemocných s chronickou pankreatitidou, kde je etylizmus jako etiologický faktor nezpochybnitelný, je léčena řada dalších pacientů, kde onemocnění vzniká na jiném podkladě.

Onemocnění je ireverzibilní a většinou progreduje a je provázeno nejen bolestí, ale i celou řadou závažných komplikací. Nejzávažnější komplikací je karcinom pankreatu, který se u pacientů s chronickou pankreatitidou objevuje daleko častěji než v běžné populaci. Není nezanedbatelné ani procento pacientů s chronickou pankreatitidou, u kterých dochází ke vzniku diabetu.

V terapii pacientů s chronickou pankreatitidou je důležitá compliance pacienta k léčbě a diet-

ním doporučením a pravidelné kontroly včetně využití zobrazovacích metod slinivky břišní.

Celiakie

doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc.
II. interní klinika LF UP Olomouc

Celiakie je geneticky podmíněná autoimunitní choroba, jejíž manifestace je spuštěna přijímáním lepku (gliadinových peptidů), které jsou přítomny v potravinách s obilovinami, jako jsou pšenice, žito, ječmen.

Při digesci a absorpci těchto gliadinových peptidů dochází ke štěpení (za účasti tkáňových transglutamináz) a deaminaci a vznikají oligopeptidy, které jsou prezentovány HLA predisponovaným jedincům, respektivě jejich T lymfocytům ve střevní sliznici a spouštějí neúčelnou (porucha orální tolerance!), chronickou zánětlivou reakci. Výsledkem jsou poruchy morfologie a funkce tenkého střeva a rozvoj malabsorpčního syndromu.

Nejčastější klinické formy celiakie dospělých, základy diagnostiky, možné komplikace a zásady léčby a ošetřování těchto nemocných uvádí autor v prezentaci.

Sympozium HARTMANN – RICO a.s.

Ošetřování defektů kůže u dětských pacientů

Bc. Irena Pejznochová
HARTMANN – RICO a.s.

Ročně je hospitalizováno přibližně 31 000 dětí v důsledku úrazů. Z toho cca 8 000 dětí s nitrolebním poraněním či zlomeninami.

Velmi závažným a varujícím číslem je také hospitalizace cca 1 700 dětí ročně s popáleninami a poleptáním.

Ošetřování těchto dětí je velmi náročné nejen ekonomicky, ale i psychicky. Děti jsou citlivým tématem pro všechen zdravotnický personál.

Defekty kůže u dětí, ať jsou způsobené jakýmkoliv mechanizmem a je nutné jejich ošetřování, jsou závažné často právě tím, že je nutné zvládat nejen praktickou stránku převazu, ale i psychický stav dítěte a rodičů.

I přesto, že dětská pokožka má dobrou tendenci k hojení, často účinnému ošetřování brání strach a bolest. I u dětí často defekty kůže přecházejí do chronicity.

Je tedy nutné se zaměřit na samotný proces hojení ran, který je obranným mechanizmem organizmu, který organizmus spouští ve chvíli, kdy se objeví jakákoliv rána. V případě chronické rány, která se dlouhodobě nehojí, pak negativně ovlivňují tento proces různé faktory.

Vnitřní faktory ovlivňující proces hojení

- vaskularizace – dobré krevní zásobení podporuje hojení; hojení se prodlužuje při nedostatečném krevním zásobení, které zabezpečuje výživu
- imunodeficit – snížená imunita v souvislosti s infekcí
- stav výživy – podvýživa – se špatným nutričním stavem se hojení prodlužuje – obezita – tukové tkanivo omezuje krevní zásobení, okraje rány nepřiléhají k sobě – hrozí dehiscence rány
- léky – imunosupresiva zhoršují hojení, protizánětlivé léky zakrývají symptomy infekce
- nedostatek bílkovin, vitaminů, Fe, Ca, Zn
- pečlivý přístup ošetřujících – personálu i rodičů
- analgezie s možností provádět převazy.

Proč tedy používat terapeutické obvazy s vlastnostmi vlhké terapie:

- podporují a urychlují čistící proces v ráně
- absorbují exsudát
- udržují vyrovnanou vlhkost a teplotu
- podporují buněčné aktivity
- snižují bolestivost.

Cíl léčby tedy vždy je:

- kvalitní ochrana rány
- aktivní vliv na průběh hojení
- zkrácení doby léčby – efektivita léčby – snížení nákladů na léčbu
- poskytnutí komfortu pacientovi
- snížení frekvencí výměn obvazového materiálu
- eliminace traumatizace pacienta.

Proto je více než vhodné se právě u dětských pacientů zaměřit na dodržení vlhkého prostředí v ráně. Používání mastných tylů, hydrogelových krytí a mokré terapie mohou výrazně urychlit proces obnovy kůže a snížit bolestivost a traumatizaci při převazu. Perfektní primární ošetření a systematické používání terapeutických obvazů pomáhá také snížit následky traumat na kůži.

To vše však vyžaduje perfektní znalosti a praktické zkušenosti

Právní problematika

Právní a sociální problematika ve zdravotnictví

Ing. JUDr. Lukáš Prudil, Ph.D.

Abstrakt nedodán.

SEKCE PEDIATRICKÝCH SESTER

Novinky v léčbě dětských pacientů

Naše zkušenosti s regulačními poplatky

Bc. Renata Pavelková
Dětská klinika FN Olomouc

Od letošního roku platí pacienti v České republice za návštěvu u lékaře, za recept a za pobyt v nemocnici. Regulační poplatky, které od 1. 1. 2008 zavádí zákon o stabilizaci státních rozpočtů do celého českého zdravotnictví, se samozřejmě dotýkají také pacientů Fakultní nemocnice Olomouc. Jaké máme zkušenosti za prvních pět měsíců vybírání poplatků na Dětské klinice? Co nato lidé? Reakce některých pacientů, prezentace jejich názorů a určité prezentování důvodu výběru poplatků ze strany Ministerstva zdravotnictví, ale zároveň i od zdravotníků.

Etika v ošetřovatelství

Pavla Medková
Hemato-onkologie, Dětská klinika, FN Olomouc

Ošetřovatelská etika samozřejmě vychází z etiky lékařské. Zajímavostí jsou zdroje etiky a její formování. Důležitá je také změna postavení sestry ošetřovatelky. V ošetřovatelské etice je důležité pochopit obecné pojetí etiky. Činnost sestry spočívá v ošetřovatelské péči o nemocné či postižené, péči o staré lidi či nemohoucí. Z toho vyplývá, že zvolit si povolání sestry spočívá v poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví. Sestra vstupuje při výkonu své profese do řady mezilidských vztahů, z nichž nejdůležitější je vztah k pacientovi. Tyto vztahy mají velmi důležitý etický aspekt, protože současně řeší otázky týkající se základních lidských hodnot: života, zdraví, důvěry, mlčenlivosti…

Mléka HIPP – řešení problému kojeneckých kolik

Petr Citron
HiPP Czech, s.r.o., Praha

Diagnostická kritéria KK: (nutná přítomnost všech kritérií)

1. 0.–4. měsíc
2. paroxyzmus dráždivosti, neklidu/pláče začínající a končící bez jednoznačné příčiny
3. ≥ 3 hod./den, ≥ 3 dny/týden, ≥ 1 týden
4. není neprospívání.

Prevalence: 6,4–22,5% podle různých studií

Diferenciálně diagnosticky je udáváno, že ≤ 5% KK má organickou příčinu:

a) CNS: abnormalita (Arnold Chiari I), migréna, subdurální hematom
b) GIT: obstipace, ABKM, GER, laktózová intolerance, rektální fissura
c) infekce: meningitis, otitis, IMC, viróza
d) trauma: CAN, korneální abraze, cizí těleso v oku, fraktura, hair tourniquet syndrom.

Etiologie KK: je zvažován vliv dysmotility GIT, hormonální vlivy, obtíže při výživě, alergie, psychosociální vlivy, změny v mikrobiotě GIT

Léčba:

a) behaviorální intervence: neanalgetické, nenutritivní tišící manévry – kolébání, broukání 2–3/sec. v klidném prostředí, informace o benigní prognóze KK, psychologická intervence rodičů, snažit se diferencovat denní a noční režim
b) výživa: večerní krmení mezi 22.–24. hodinou, minimalizovat kontakt v noci, nekrmit ve spánku, při probuzení pokus o zklidnění přebalením, ne jídlem; jestliže dítě ve věku 3 týdnů dostatečně přibývá na váze, pokusit se prodloužit intervaly nočního krmení u kojených zvážit eliminaci antigenů z výživy matky, u uměle živeného dítěte extenzivní hydrolyzáty – efekt se má dostavit do 48 hodin, mléka příznivě ovlivňující složení střevní flóry, u čajů nejsou objektivní údaje o jejich efektivitě – jejich objem by neměl snižovat množství vypitého mléka
c) nejsou přesvědčivé doklady o efektu manipulační terapie
d) farmakoterapie: simethicon spíše placebo efekt, prokázán vliv probiotik na ústup KK.

Prognóza KK: ústup někdy až po 3. měsíci, některé studie udávají větší výskyt alergií v pozdějším věku, vyšší výskyt recidivujících bolestí břicha, zvýšená psychologická morbidita, jídelní a rodinná dysfunkce.

Sympozium HARTMANN – RICO a.s.

Ošetřování defektů kůže u dětských pacientů

Bc. Irena Pejznochová

Abstrakt viz. strana 10.

Komunikace v pediatrii

Komunikace v pediatrii

Ludmila Cinková
Terapeutická komunita pro drogově závislé Fides, Psychiatrická léčebna Bílá Voda

Souhrn: Správná komunikace může sestře pomoci získat důvěru, navázat vzájemný vztah a docílit tak lepší spolupráce s dětským pacientem i s jeho rodiči.

Abstrakt: S kým mluvíme?, Úrovně neverbální komunikace, Zásady komunikace, Chyby v přístupu, Sdělování špatných zpráv, Dítě v obtížné situaci, Problematický rodič.

Sympozium Promediamotion

Vzdělávání se společností Promediamotion, s.r.o.

Tomáš Truksa

Prezentace představuje společnost Promediamotion, s.r.o., která se zabývá vzděláváním nelékařských zdravotnických pracovníků. Pořádá odborné vzdělávací kongresy a konference jak v České republice, tak v zahraničí. Dále vydává odborný recenzovaný časopis Diagnóza v ošetřovatelství a edukační časopis pro pacienty Diagnóza pro zdraví.

poznámky

JEDINĚ S NÁMI OSLOVÍTE NEJŠIRŠÍ ODBORNOU ZDRAVOTNICKOU VEŘEJNOST!

Zdravotnické noviny

Výjimečný týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii

Aktuální domácí a zahraniční zdravotnicko - politické zpravodajství

- Novinky z profesních a oborových organizací
- Legislativní novinky, léková politika
- Odborné a vzdělávací akce, trh práce
- Rozsáhlé diskusní fórum
- Portréty osobností z oboru medicíny
- Právní a ekonomické poradenství

Sestra

Odborný měsíčník pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky

- INFORMAČNÍ SERVIS – aktuální zprávy z konferencí a seminářů
- FÓRUM názorů a zkušeností v ošetřovatelství
- AKTUÁLNĚ z českého zdravotnictví
- Příspěvky ZE ZAHRANIČÍ
- Novinky ve VZDĚLÁVÁNÍ a VÝZKUMU
- Užitečné profesní INFO MZ ČR, NCO NZO, ČAS
- Oborově zaměřené přílohy, tradiční přílohy Sestra roku a Kalendář vzdělávacích akcí

www.sestra.cz

domovská stránka moderní sestry

- Aktuální zprávy každý den, výběr ze zahraničních agentur
- Možnost zasílání z pravodajství e-mailem
- Právní a legislativní poradenství, databáze léčiv, Kalendář akcí

Předplacením tištěné podoby časopisu získáte navíc i přístup do on-line archivu článků titulu SESTRA!

www.zdn.cz

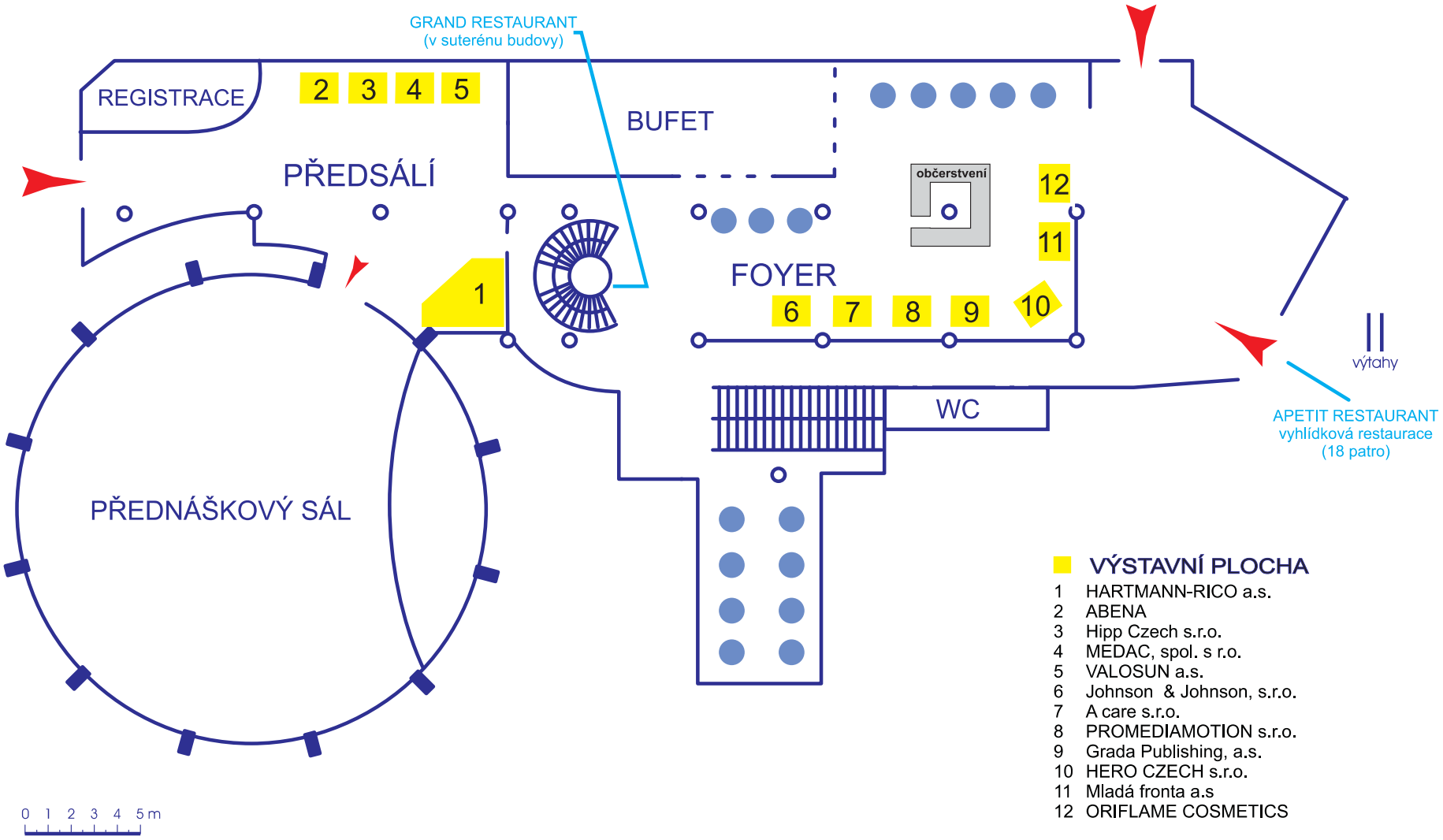
- aktuální zprávy z domova i ze zahraničí, forum
- zasílání newsletteru, on-line databáze léčiv, e-shop s 10% slevou
- profesní novinky, akce, kariéra, soukromá inzerce zdarma
- oborové speciály – ručně tříděné články podle medicínských oborů

Předplacením tištěné podoby časopisu získáte navíc i přístup do on-line archivu článků titulů ZDN a LL od roku 2000!

Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 111, fax 225 276 448, e-mail: mf@mf.cz, www.mf.cz
Inzerce – tištěná periodika: tel. 225 276 443, e-mail: horakova@mf.cz | Inzerce on-line – weby: tel. 724 738 125, e-mail: korec@mf.cz
Předplatné - Postservis: tel. 800 104 410, e-mail: mf.prstc@cpost.cz
MLADÁ FRONTA

POZNÁMKY

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
KONFERENCE SESTRA V PRAXI
13. 6. 2008 / REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC



VÝSTAVNÍ PLOCHA

1 HARTMANN-RICO a.s.
2 ABENA
3 Hipp Czech s.r.o.
4 MEDAC, spol. s r.o.
5 VALOSUN a.s.
6 Johnson & Johnson, s.r.o.
7 A care s.r.o.
8 PROMEDIAMOTION s.r.o.
9 Grada Publishing, a.s.
10 HERO CZECH s.r.o.
11 Mladá fronta a.s
12 ORIFLAME COSMETICS

Sáhněte po první volbě!

Zaručený úspěch s TenderWet® active

Krycí polštářek TenderWet® active účinně čistí rány díky kontinuálnímu odsávacímu a proplachovacímu účinku. Odděluje a odstraňuje nekrózy a zbavuje ránu choroboplodných zárodků. Vyznačuje se vysokou absorpční kapacitou i při současné aplikaci kompresivní terapie. Produkt je již předaktivován Ringerovým roztokem, což předpokládá jeho jednoduchou a bezpečnou aplikaci. TenderWet active je možné aplikovat na rány v každé fázi hojení. Produkt nemá žádné kontraindikace, a proto vám dává jistotu, že budou splněny předpoklady pro úspěšný proces hojení ran různé etiologie.
www.hartmann.cz

HARTMANN

Klademe důraz na každý detail.