

Welcome to Ostrava!!!



4. POSTGRADUÁLNÍ KURZ
SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI

Ostrava 2017

Pod záštitou
Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků
České asociace sester
Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

Jako součást
19th Colours of Sepsis 2017

Ostrava, 7. - 8. únor 2017

**Organizovaný KARIM FN Ostrava
ve spolupráci s LF Ostravskou univerzitou**

7. - 8. února 2017, Ostrava

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

Program:

Teorie a praxe

Mgr. J. Flajšingrová (Brno)

Infekční pacienti v PNP – Tým pro specializované činnosti ZZS MSK

Mgr. P. Jaššo (Ostrava)

Mobilná izolačná komora immunair – jej využitie a uplatnenie v obore AIM

PhDr. M. Matošová, Mgr. E. Straková, (Bánská Bystrica, SR)

Možnosti včasného záchytu sepse

PhDr. D. Streitová, (Bratislava, Ostrava),

Doc. MUDr. M. Májek, CSc., PhDr. Z. Rybárová, Ph. D. (Bratislava)

Odběry klinického materiálu pro mikrobiologická vyšetření

Mgr. E. Krejčí, Ph.D., Mgr. T. Prokopová, Mgr. J. Mrázek, Mgr. V. Ulmann,
Mgr. R. Dobiáš, (Ostrava)

Bariérový způsob ošetřování v intenzivní péči

Mgr. T. Glac, Mgr. K. Rusková (Ostrava)

Prevenčí infekčních komplikací k záchraně života

Mgr. M. Kočí (Ostrava)

Mykotická sepse u dívky po amputaci dolní končetiny

Mgr. A. Kurasová, Bc. Z. Vašutová (Ostrava)

Bezpečnost personálu, škola versus praxe 2016

Mgr. T. Glac, Bc. T. Kovrzek (Ostrava)

Delirium na ICU

Mgr. M. Bodzašová (Brno)

Stop katérovým sepsím

Mgr. M. Douglas (Olomouc)

Jak se osvědčily opatření k prevenci sepse na KARIM FN Ostrava?

PhDr. R. Zoubková (Bratislava, Ostrava), Mgr. M. Kočí (Ostrava),
Doc. MUDr. M. Májek, CSc. (Bratislava)

Infekce močových cest a koncepce ERAS

Mgr. J. Richtarová, MUDr. E. Mrázková, Ph.D., E. Baranová (Havířov)

Nové postupy ve výživě kriticky nemocných se zaměřením na popáleninové trauma

Bc. M. Zemanová, DiS., Mgr. J. Povýšilová, MUDr. R. Kubok (Praha)

Jak žít s neutropenií, aneb Reverzní izolace

Mgr. M. Suchánková, Bc. M. Blahutová, DiS., (Ostrava)

Možnosti prevence nozokomiálních nákaz

Bc. J. Brňák, Mgr. D., Bursa (Martin, SR)

Časná vertikalizace: argumenty, limity a komplikace během péče o pacienta na intenzivním lůžku

Mgr. O. Kolařík, Bc. K. Mertová (Brno)

Pouze ruce nestačí...

Mgr. L. Kožešníková, Mgr. L. Zavrtálková (Hradec Králové)

Mobilizace při břišní katastrofě

Mgr. I. Chwalková, Mgr. P. Švec (Ostrava)

Pronační poloha

MUDr. B. Stibor (Rakousko)

Plicní rehabilitace v intenzivní péči

Mgr. B. Moravčík, Mgr. M. Hartman (Brno)

Fyzioterapie na neurochirurgické JIP u pacientů s míšní lézí

Mgr. Z. Guřan (Ostrava)

Pacient s DUPV, jak se jim žije doma, legislativa

J. Šesták (Brno)

"Benefit" života dieťaťa s jednodukomorovou cirkuláciou

PhDr. M. Laurinc, Ph. D., (Bratislava)

Specifika dětské chronické resuscitační péče

Mgr. E. Lapčíková, P. Bartošová (Ostrava)

Přežil svou smrt a jak to bylo dál?

Mgr. A. Vylíčilová (Ostrava)

Život po propuštění z intenzivní péče

Mgr. K. Rusková, Mgr. T. Glac (Ostrava)

Jsme tu pro Vás

S. Bašistová, M., Partilová, DiS. (Ostrava)

Posterová sekce

Prevence dekubitů v perioperační péči

Mgr. A. Vylíčilová (Ostrava)

Dárce s nebijícím srdcem

Mgr. T. Glac, Mgr. P. Švec, PhDr. D. Streitová, Doc. MUDr. M. Májek, CSc. (Ostrava, Bratislava)

Fournierova gangréna - dramatický průběh se šťastným koncem

Mgr. J. Richtarová, MUDr. E. Mrázková, Ph. D., E. Baranová, N. Veličková (Ostrava)

Management saturace potřeby spánku.

PhDr. H. Locihová, MPH, Doc. PhDr. H. Padyšáková (Valašské Meziříčí, Bratislava)

Nutrition day ve FNO

PhDr. R. Zoubková (Bratislava, Ostrava), Mgr. A. Vylíčilová,
Doc. MUDr. M. Májek, CSc. (Ostrava, Bratislava)

Analiza czynników zapalnych w respiratorowym zapaleniu płuc

u chorego wentylowanego mechanicznie na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej terapii

Mgr. A. Borodzicz, Dr. S. Krzemińska, Dr. M. Arendarczyk (Wroclaw)

Zastosowanie systemowej dekolonizacji chlorheksydyną w oddziale intensywnej terapii

Dr. S. Krzemińska, Dr. K. L. Bera, Mgr. A. Borodzicz, Mgr. M. Arendarczyk (Wroclaw)

Manažment sestry pri EBUS

Bc. A. Lukášik, Bc. Z. Čierna, Mgr. A. Moravčíková (Martin, SR)

Etické aspekty v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti.

PhDr. Bratová A., PhDr. Laurinc M., Ph. D., Matejová M., PhDr. Gondárová –Vyhničková H.

MEZINÁRODNÍ PROJEKT MULTIKULTURNÍ PÉČE NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE V EVROPĚ: Multicultural care in european intensive care units

Prof. Jarošová D., Ph. D., Mgr. Nytra I., PhDr. Zeleníková R., Ph. D. (Ostrava)

Kontinuálna CVVH" u dieťaťa ako jediná alternatíva riešenia renálneho zlyhania

Mgr. J. Stanová Čupková, D. Magnová

Diagnostická spoľehlivosť kompresní ultrasonografie v diagnostice hlboké žilní trombózy u nemocných hospitalizovaných na multioborové jednotke intenzívnej péče prováděné nelékařským zdravotnickým pracovníkem.

A.Kohlová, L. Mikšová, R. Škulec, J. Beneš, V. Černý

Kazuistika pacientky se streptokokovou sepsí při varicelové meningitidě

Z.Foralová, V.Nečasová (Brno)

TEORIE A PRAXE

Mgr. Jana Flajšingrová

**Oddělení urgentního příjmu, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,
Fakultní nemocnice Brno**

flajsingrova.jana@fnbrno.cz

ABSTRAKT

Sepse představuje závažný problém medicínský, společenský, ekonomický. Stoupající tendence výskytu je ovlivněna zvýšeným používáním invazivních zákroků, dosažením lepšího přežívání pacientů s predispozicí k sepsi, stárnutím populace a rozšířeným užíváním širokospektrých antibiotik.

Urgentní příjem je příjmovým místem pro pacienty s přímým ohrožením vitálních funkcí. Snížená obranyschopnost těchto pacientů je ovlivněna zdravotním stavem a následně prohlubována diagnostickými a terapeutickými postupy.

V příspěvku je formou krátkých kazuistik upozorňováno na rizikové faktory vzniku sepse u různých skupin pacientů postižených náhlým selháním životních funkcí.

Současně jsou definovány překážky ovlivňující důsledné dodržování správných aseptických postupů.

Klíčová slova: prevence, rizikové faktory, volba postupu

ABSTRACT

Sepsis is showing as a serious medical, social and economic problem. The increasing trend of occurrence is affected by the increased use of invasive procedures, achieving better survival in patients predisposed to sepsis, an aging population and the widespread use of broad-spectrum antibiotics.

Emergency room represents incoming place for patients with a direct threat to vital functions. Reduced immunity of these patients is affected by health status and subsequently compounded diagnostic and therapeutic procedures.

In presentation is with form of a short case studies draw attention to the risk factors of sepsis in different groups of patients affected by sudden failure of vital functions.

Simultaneously are defined obstacles affecting strict compliance of proper aseptic procedures.

Keywords: prevention, risk factors, process choice

INFEKČNÍ PACIENTI V PNP – TÝM PRO SPECIALIZOVANÉ ČINNOSTI ZZS MSK

Mgr. Petr Jaššo

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, p.o.

petr.jasso@zszsmk.cz ; +420 730 576 339

ABSTRAKT

Infekční pacient jako součást přednemocniční neodkladné péče byl odjakživa ožehavým tématem. Od roku 2014 však problematiku otevřel nový výskyt vysoce nakažlivých nemocí (VNN) na území Evropy a záchranné služby v celé republice byly nuceny otázkou vyřešit. Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje má za poslední dva roky čtyři ostré aktivace pro podezření z výskytu vysoce virulentních nákaz a i z tohoto důvodu má jeden z nejpropracovanějších týmů, který danou oblast řeší. Tým pro specializované činnosti, jehož náplní je realizace a zajištění pacientů podezřelých z VNN, realizace sekundárních převozů infekčních pacientů, převozy pacientů vyžadujících vysoce intenzivní péči i řešení pacientů s jazykovou bariérou. Samostatnou specializací je poté řešení mimořádných událostí s hromadným postižením zdraví či jinými specifiky.

Klíčová slova: infekční pacient, vysoce nakažlivé nemoci, biohazard, sekundární prevoz, riziko, seps, bariérová péče

ABSTRACT

Infectious patients as part of pre-hospital care has always been a sensitive issue. Since 2014, however, the issue has opened a new outbreak of highly contagious diseases (VNN) in Europe and rescue services across the country have been forced to address the issue. Emergency Medical Service of Moravian Silesian region has for the last two years, four sharp activation of the suspected presence of highly virulent diseases and for this reason has one of the most advanced teams to deal with the issue. Team for specialized activities whose focus is on implementation and ensuring patients suspected of VNN, implementation of secondary movements of infected patients, transport of patients requiring highly intensive care patients with solving the language barrier. Specialization is then deal with emergencies with mass health disability or other feature.

Keywords: infectious patient, a highly contagious disease, biohazard, secondary transportation, the risk of sepsis, a barrier Care

1. ÚVOD

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje je krajskou příspěvkovou organizací a zajišťuje kompletní poskytování přednemocniční neodkladné péče na území kraje.

V současné době je druhou největší záchrankou v České Republice. Je členěna do 6 územních odborů a pokrývá území více než 5500 km². Zdravotnické operační středisko, které spravuje všech 63 výjezdových

skupin, sídlí jednotně v Ostravě. Myšlenka k zahájení výcviku ve využívání ochranných pracovních pomůcek (OPP) vznikla již v roce 2013, kdy stávající legislativa doporučila nákup daných pomůcek. Do každé výjezdové skupiny tedy byly pořízeny OPP doporučeného typu, zpravidla Biological Safety Level 3 (BSL3), kdy na každý z územních odborů byl pořízen i dostatečný počet kusů ochrany vyšší – přetlakové. Kompetence vycvičení personálu byly svěřeny jednotlivým vedoucím na územních odborech, ale namísto výcviku se materiál většinou ocitl ve skladech, případně důkladně uschován ve vozidlech, aniž by jej kdokoliv otestoval. Následná plošná školení současně ukázala, že bez pravidelných nácviků není možno zajistit bezpečné oblečení, ale zejména bezpečný zásah u pacienta. Toto byl impulz pro první nácviky využití v úzké skupině osob.

2. METODY VYTVOŘENÍ TÝMU

Myšlenka vzniku byla poprvé vyřčena v srpnu roku 2014, kdy plánování a jasné stanovení cílů pokračovalo až do listopadu a 5.11.2014 byl oficiálně založen tehdy pojmenovaný Transportní tým pro Vysoce nakažlivé nákazy Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje. (TT VNN ZZS MSK). Celkem se bylo ochotno zapojit 17 zaměstnanců (11 záchranářů a 6 řidičů). Zaměstnanci začali trénovat a učit se bližší poznatky o infekčních onemocněních, typech a stupních osobní ochrany, bariérové péči, dezinfekčních a dekontaminačních činidlech a mnoho další problematiky. To vše bez jakéhokoliv finančního ohodnocení. V celé době příprav se současně stále hledali další zájemci, kteří by činnost týmu rozšířili – bohužel nikdo zájem neměl. V průběhu roku 2015, po druhé ostré aktivaci, se rozhodlo o rozšíření týmu, zavedení vyššího osobního ohodnocení a zahájení tzv. pohotovostních služeb. Myšlenkou, která byla podporována, bylo rozšíření na 2 zásahové skupiny a také rozšíření využití týmu pro specializované činnosti, které

ZZS MSK zajišťuje (ECMO, heavy patients, dlouhé sekundární převozy, aj.). Motivační strategie a zajisté i finanční ohodnocení přivedlo do týmu množství zájemců a po vstupních 6 měsících se tým ucelil na současném počtu 36 osob a několika externistech. Rozdělení týmu je do tří kategorií. Hlavní tým slouží na stanici Ostrava Jih, která je umístěna v centru celého kraje a na které současně slouží speciální tým HZS MSK a poskytuje zázemí i pro další složky IZS a společný výcvik. Druhá část týmu, tým B, je složen ze zaměstnanců ÚO Ostravy. Hlavními úkoly je zajištění speciálních požadavků ze strany zřizovatele i externích subjektů, konkrétně například dozory mimořádných událostí (akce s vysokým počtem účastníků, rizikové události, doplnění provozu při plánovaných událostech, zdravotnické dozory a asistence, aj.).

Třetí tým (C) je složek z 9 záchranářů na stanovišti v Mošnově. Tento tým je ucelován od 11 měsíce roku 2016 a plné zapojení se očekává v roce 2017 pro případ aktivace spojené s přiletem pacienta letadlem na mezinárodní letiště Leoše Janáčka.

3. VYBAVENÍ

Množství vybavení postupně odpovídá požadavkům, které jsou na ZZS MSK kladeny. Od počátku je výbavou každého člena týmu sada osobních ochranných pomůcek, zahrnující ochranné oděvy, obuv, ochrany dýchacích cest, očí i taktickou výbavu. Společně využívané jsou poté filtroventilační jednotky a rozličné druhy obleků a příslušného vybavení, sanitní vozidlo přizpůsobené pro převoz pacientů s podezřením na infekční onemocnění, čtyři druhy transportních izolačních prostředků, komunikační technika, stan pro řešení mimořádných událostí, vozidla pro transport většího počtu osob, logistická a osvětlovací technika a mnoho dalších specifických doplňků, které pomáhají při zvládnání mimořádných událostí.

4. AKTIVACE

Za svou dobu působení tým splnil pro Zdravotnickou záchrannou službu Moravskoslezského kraje několik specifických požadavků. Nejzásadnější byly zajištění a převozy pacientů s podezřením na infekční či dokonce vysoce nakažlivé onemocnění. Konkrétní aktivace byly u pacientů, kteří se nacházeli v následujících oblastech: Severní Korea (podezření MERS), východní Afrike (podezření Ebola), Hamburгу (podezření Ebola), kontakt od pacienta z Ghany (úmrtí Malárie), Ghana (podezření Lassa), západní Afrika (podezření MERS), západní Afrika (nespecifické příznaky), sekundární převozy infekčních pacientů (H1N1, otevřená miliární TBC), převozy ECMO, převozy pacientů s vysoce intenzivní léčebnou a ošetrovatelskou péčí. Dále zajištění Mistrovství světa v ledním hokeji v Ostravě a dalších obdobných akcí.

Nedílnou součástí je také personální podpora uvnitř organizace, kdy v případě dálkových transportů po uplynutí určité pracovní doby, mimořádných událostí zaměstnanců či nemožnosti nalezení zástupu, je možno aktivovat tým a získat tak 24 hodin denně, 365 dní v roce, zaměstnance z pohotovosti, který je dostupný v krátké době na území celého kraje.

5. ZÁVĚR

Tým pro specializované činnosti je v České republice poměrně raritní, kdy některé záchranné služby mají zřízeny Biohazard týmy, které jsou zaměřeny zejména na izolované řešení biologické problematiky. ZZS MSK se s ohledem na snahu o maximální využití týmu rozhodla pro multifukční využití u situací, které vyžadují perfektní spolupráci, nasazení i vysoký stupeň osobní motivace daných zaměstnanců. Oproti minulosti je totiž na poskytovatele zdravotnické záchranné služby kladeno čím dál tím větší množství nároků a řešení běžnými posádkami je velice obtížné, až nemožné. V samotném

závěru si s notnou dávkou ironie dovolím zmínit, že vyjádřením náměstka pro zdravotní péči MZ ČR z roku 2014, není reálný předpoklad vědomého styku zdravotnického personálu s pacienty s „exotickými“ nemocemi, a proto zaměstnanci ZZS v ČR nemají nárok na tzv. infekční příplatek, který jsme si pamatovali v době před vznikem migrační krize, větším otevřením hranic či snížením preventivní vakcinace dětí...

Fakt, že aktivace týmu jsou momentálně ojedinělé, nijak nesnižuje závažnost, že v době aktivace je ZZS povinna se o pacienta v terénu postarat, zajistit tak poskytnutí PNP, následného směřování do místa definitivního ošetření a současně maximálně ochránit své zaměstnance a jejich rodiny.

6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

OPP – ochranné pracovní pomůcky

BSL – biologický stupeň ochrany

HZS - Hasičský záchranný sbor

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

MSK - Moravskoslezského kraje

ÚO – územní odbor

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

ECMO – extrakorporální membránová oxygenace

MERS – Middle East Respiratory Syndrom

TBC - Tuberkulóza

ČR – Česká republika

TT – Transportní tým

VNN – vysoce nakažlivé nemoci

IZS – integrovaný záchranný systém

7. POUŽITÉ ZDROJE

Autorský text.

Mgr. Petr Jaššo, MBA

Vedoucí vzdělávacího a výcvikového střediska

Vedoucí týmu pro specializované činnosti

Tel: 950 730 464 GSM: 730 576 339

Email: petr.jasso@zssmsk.cz

Zdravotnická záchranná služba

Moravskoslezského kraje, p.o.

Ostrava

Výškovická 2995/40, Zábřeh

700 30 Ostrava

MOBILNÁ IZOLAČNÁ KOMORA IMMUNAIR – JEJ VYUŽITIE A UPLATNENIE V ODBORE AIM

PhDr. Matošová Monika, Mgr. Straková Elena

**Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D.Roosevelta Banská Bystrica, II. Klinika
anestéziológie a intenzívnej medicíny**

**PhDr. Matošová Monika Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D.Roosevelta Banská
Bystrica, II. Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, e- mail:
mmatosova@nspbb.sk**

ABSTRAKT

***Kľúčové slová:** mobilná izolačná komora, dekontaminácia,
filtrácia, mikroorganizmus*

1. ÚVOD

Prezentácia sumarizuje najčastejšie vzduchom prenášané nákazy, pôvodcov ochorení a možnosti ochrany v oblasti starostlivosti o ovzdušie so zameraním na ochranu personálu a pacientov.

Cieľom prezentácie autorov je predstaviť a analyzovať efektivitu použitia izolačnej komory v prostredí intenzívnej starostlivosti.

Význam izolačnej komory pri jej aktívnom používaní spočíva v záchyte a deaktivácii mikroorganizmov kombináciou účinku troch procesov a recykláciou vzduchu až 1.100 m³ vzduchu za hodinu, čo umožní jeho výmenu až 125-krát za hodinu. Samotné čistenie vzduchu využíva trojkrokovú technológiu HEPA-MDTM, ktorá zaručuje vysokoúčinnú filtráciu častíc. Prezentácia objasňuje technológiu systému, sumarizuje indikačné kritériá, uplatnenie, účinnosť, princíp činnosti ako

aj výhody využitia mobilnej izolačnej komory v odbore Anestéziológia a intenzívna starostlivosť.

Autori príspevku uvádzajú výpisy z protokolov o mikrobiologických skúškach realizovaných na II. KAIM FNŠP F.D.Roosevelta Banská Bystrica v rokoch 2010 až 2016.

2. ZÁVER

Výsledky mikrobiologických analýz poukazujú na efektívnosť a jednoznačný prínos používania izolačnej komory v zmysle redukcie nežiaducej mikrobiálnej flóry v priestoroch oddelení intenzívnej starostlivosti.

3. POUŽITÉ ZDROJE

Príručka používateľa Immunair TMISO
vyd. 02

MOŽNOSTI VČASNÉHO ZÁCHYTU SEPSE

Streitová D.^{1,2}, Májek M.¹, Rybářová Z.¹

¹*Slovenská zdravotnícká univerzita, Bratislava*

²*Fakultní nemocnice Ostrava - COS*

dana.streitova@fno.cz

ABSTRAKT

V posledních přehledových doporučeních pro léčbu dospělých pacientů se sepsí je hlavně zdůrazňována významná role intenzivní péče sestry. Sestry, pracující na ICU, podílející se na péči o pacienty se sepsí jsou schopny hodnotit pacienty s rizikem vzniku sepse, což může mít významný vliv na výsledky jejich léčby. Orientace a znalosti sester v nových doporučeních může pomoci zajistit pacientům se sepsí správnou péči, která je založena na nejnovějších vědeckých podkladech.

Klíčová slova: *sepsa, preventivní opatření, doporučení pro sestry, protokoly péče, edukace*

ABSTRACT

Nurses play a critical role in the process of early recognition, diagnosis, and treatment of sepsis. Critical care nurses' knowledge of the new guideline recommendations can help to ensure that patients with sepsis receive therapies that are based on the latest scientific evidence.

Key Words: *sepsis, preventive measures, guidelines for nurses, Care bundles, education*

Úvod

Nové postupy v léčbě sepse dospělých i pediatrických pacientů, které byly nedávno zveřejněny, a jsou podloženy důkazy Evidence-based practise zdůrazňují význam role sester, pracujících na ICU. Právě tyto sestry podílející se na péči o pacienty se sepsí, jsou zároveň schopny zhodnotit pacienty s rizikem vzniku sepse, což může mít významný vliv na výsledky jejich léčby. Implementace mezinárodních guidellines protokolů péče, které jsou zaměřeny na rychlé rozpoznání pacientů s rizikem sepse a

na včasnou realizaci výkonů v prvních hodinách po přijetí jsou důležitým předpokladem v péči o tyto rizikové pacienty především z hlediska ošetrovatelského personálu. Důležitým aspektem je konkrétní ověření významu protokolů, jeho plnění a realizování v praxi s předpokladem snížení výskytu infekčních komplikací a sepse u pacientů v intenzivní péči. V neposlední řadě je to zhodnocení důležitosti včasného rozpoznání sepse na výsledný outcome léčby. Neméně důležitým

faktorem je zajistit systém intenzivní edukace a zapojení ošetrovatelského personálu do programu zavádění preventivních opatření ovlivňujících výskyt septických stavů a infekčních komplikací.

Protokoly časného rozpoznání pacientů s rizikem rozvoje sepse mohou obsahovat specifické oblasti ošetrovatelských postupů, které zahrnují např. aspekty péče: časné rozpoznání sepse, včetně rozpoznání pacientů s rizikem rozvoje sepse (např. u pacientů geriatrických, se sníženou imunitou, po chirurgických nebo invazivních výkonech, pacienti s permanentními katétry, pacienti na umělé plicní ventilaci atd.),

Součástí protokolů je realizace a poskytování komplexní péče v léčbě sepse jako je např. podíl při zajišťování oběhové podpory tekutinami, podávání inotropních a vazodilatorních látek, podpůrná léčba kyslíkovou terapií a UPV, podávání adekvátní antibiotické terapie, sledování a posuzování fyziologických parametrů, včetně vitálních funkcí a stavu perfúze v rámci sledování diurézy, změny duševního stavu, barvy kůže atd. Neopomenutelnou součástí je podpora pacientů a rodiny (edukace pacienta a rodiny, řešení potřeb rodin kriticky nemocných pacientů).

Intenzivní edukace a zapojení ošetrovatelského personálu do programu zavádění preventivních opatření ovlivňujících výskyt septických stavů a infekčních komplikací na pracovišti intenzivní péče, zaměřenou zejména na postupy ošetřování kriticky nemocných může snížit výskyt infekčních komplikací, sepse u pacientů v intenzivní péči. Pro praxi je nutné, aby preventivní opatření ovlivňující výskyt septických komplikací na pracovišti intenzivní péče byly zařazeny do terapeutických a ošetrovatelských protokolů.

POUŽITÉ ZDROJE

1. KLEINPELL, R., et. al. 2013. Implications of the New International Sepsis Guidelines for Nursing Care Published. Online <http://www.ajcconline.org> © 2013 American Association of Critical-Care Nurses Am J Crit Care 2013;22:212-222 doi:10.4037/ajcc2013158.

DELIRIUM NA ICU

Mgr. Markéta Bodzašová

**FN Brno, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Oddělení
resuscitační a intenzivní medicíny**

Bodzasova.m@seznam.cz

ABSTRAKT

Delirium lze definovat jako akutní organický mozkový syndrom, vzniklý na podkladě globální dysfunkce mozku. V literatuře se s ním můžeme setkat také pod pojmem syndrom akutní zmatenosti, encefalopatie, akutní stav zmatenosti a jiné. Etiologie vzniku je však neznámá. Je popsána řada patofyziologických mechanismů, které nejsou doposud dostatečně objasněny. Na jeho vzniku se podílí řada příčin či jejich kombinace a jsou známy i rizikové faktory pro jeho vznik. Pro delirium je charakteristická akutní zmatenost, poruchy vědomí, pozornosti, krátkodobé paměti, emotivity a cyklu spánku-bdění. Delirium se vyvíjí v relativně krátkém čase (hodiny až dny) a typická je jeho proměnlivá intenzita.

Klíčová slova: delirium, sepsis, intenzivní péče

ABSTRACT

Delirium may be defined as acute organic brain syndrome caused by global brain dysfunction. In the literature is also known as acute confusion syndrome, encephalopathy, acute confusional state, and others. Etiology of origin is unknown. It describes a number of pathophysiological mechanisms which are not yet sufficiently clarified. At its inception, however, involve a number of causes or a combination thereof, and risk factors for its establishment are known. Delirium is characterized by acute confusion, impaired consciousness and attention, short-term memory, emotivity, and the sleep-awake cycle. Delirium develops in a relatively short period of time (hours to days) and variable intensity is typical.

Keywords: delirium, sepsis, intensive care

1. ÚVOD

Delirium lze definovat jako akutní organický mozkový syndrom, vzniklý na podkladě globální dysfunkce mozku. V literatuře se s ním můžeme setkat také pod pojmem syndrom akutní zmatenosti, encefalopatie, akutní stav zmatenosti a jiné. Etiologie vzniku je neznámá. Je popsána řada patofyziologických mechanismů, které nejsou doposud dostatečně objasněny. Na jeho vzniku se však podílí řada příčin či

jejich kombinace a jsou známy i rizikové faktory pro jeho vznik. Jedním z těchto faktorů je pobyt pacienta na jednotce intenzivní péče. Literatura uvádí jeho výskyt až u 80 % kriticky nemocných pacientů. Přehled nejčastějších příčin vedoucích ke vzniku deliria velmi dobře vystihuje mnemotechnická pomůcka *I WATCH DEATH*. V této mnemotechnické pomůcce písmeno I znamená infekce. V literatuře se můžeme setkat s pojmem sepsí

asociované delirium (tzv. SAD), jemuž se věnovala řada studií. SAD je popisováno jako mozková dysfunkce způsobená systémovou zánětlivou odpovědí organismu na infekci. Hlavním mechanismem vzniku je pravděpodobně zánět, abnormální mozková perfuze a dysbalance neurotransmiterů. Přesná patogeneze vzniku SAD je nicméně stále nejasná.

Pro delirium je charakteristická akutní zmatenost, poruchy vědomí a pozornosti, krátkodobé paměti, emotivity a cyklu spánku-bdění. Delirium se vyvíjí v relativně krátkém čase (hodiny až dny) a typická je jeho proměnlivá intenzita. Střídají se lucidní intervaly a horšící se příznaky, typicky k večeru a v noci. S tím je spojen tzv. *sundown syndrome*. Může probíhat pod obrazem hyperaktivního, nebo naopak hypoaktivního stavu, který je spojen s opožděnou diagnostikou a horší prognózou. Rovněž se můžeme setkat se smíšeným typem, kdy dochází k fluktuaci mezi dvěma uvedenými stavy.

Diagnostika deliria je zaměřená zejména na zjištění vyvolávající příčiny, což má význam pro následnou terapii stavu. Zde se uplatňují škálovací systémy, z nichž je nejznámější a nevyužívanější *Confusion assesment method* s modifikací pro intenzivní péči, tzv. CAM-ICU.

V terapii je důležitá prevence stavu, na které se podílí celý zdravotnický tým. Terapie již vzniklého deliria poté spočívá zejména v ovlivnění vyvolávající příčiny (terapie základního onemocnění), farmakologických a nefarmakologických opatřeních. Delirium, zejména pak nerozpoznané a neléčené, negativně ovlivňuje prognózu nemocného, oddaluje uzdravení, prodlužuje hospitalizaci, zvyšuje morbiditu a mortalitu a rovněž zvyšuje léčebné náklady.

2. ZÁVĚR

Hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní

či resuscitační péče je zatížena významným rizikem vzniku delirantního stavu. Incidence u kriticky nemocných pacientů je dle literatury až 80 %. Delirium, zejména pak nerozpoznané a neléčené, negativně ovlivňuje prognózu nemocného, oddaluje uzdravení, prodlužuje hospitalizaci, zvyšuje morbiditu a mortalitu a rovněž zvyšuje léčebné náklady. Z dlouhodobého hlediska delirium ovlivňuje kvalitu života nemocného, což nejlépe vystihují pojmy *post-intensive care syndrome* (tzv. PICS) a v souvislosti se septickými pacienty *post-sepsis syndrome* (tzv. PSS)

3. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CAM	Confusion assesment metod
ICU	Intensive care unit
PICS	Post-intensive care syndrome
PSS	Post-sepsis syndrome
SAD	Sepsis-associated delirium

4. POUŽITÉ ZDROJE

Ševčík, P. *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2014. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

Cavalazzi et al.: *Delirium in the ICU: an overview*. *Annals of intensive care* 2012 2:49.

Girard et al: *Delirium in the intensive care unit*. *Critical care* 2008 12:3.

Tsuruta and Oda: *A clinical perspective of sepsis-associated delirium*. *Journal of Intensive Care* 2016 4:1

STOP KATETROVÝM SEPSÍM

Mgr. Martina Douglas, PICC Instruktor, CPUI

Kardiologická klinika FN Olomouc

E-mail: martulavec@centrum.cz

ABSTRAKT

Katetrové sepse (BSI) patří mezi primární nemocniční nákazy, kterou pacient získá v průběhu hospitalizace bez zjištění zdroje původu, pocházející z kontaminovaného centrálního žilního katetru. Katetrové sepse jsou asociovány se zvýšenou mortalitou, prodloužením hospitalizace, zvýšenými finančními náklady. Dalšími riziky je zvyšující četnost polymikrobiální etiologie, stoupající výskyt rezistentních kmenů a posun mikrobiálního spektra směrem ke kvasinkám. Preventativní opatření (bundles) proti vzniku BSI jsou doporučena CDC, EPIC3 i SHEA pro inzerci i následnou péči.

Klíčová slova: tři až deset klíčových slov

ABSTRACT

Keywords: *Blodstream infections, CLABSI, CRBSI, preventative measures,*

Mermel, L.A., Allon, M., Bouza, E., Craven, D.E., Flynn, P., O'grady, N.P., Raad, I.I., Rijnders, B.J.A., Sheretz, R.J. and Warren, D.K.(2009). Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Disease* 49(1) 1-45.

1. ÚVOD

Centrální žilní katetry jsou nezbytnou součástí v péči o kriticky nemocné na ARO a JIP, ale stále častěji jsou využívány i pro dlouhodobě nemocné i v ambulantní péči. Se zavedeným invazivním vstupem vzrůstá riziko infekce (BSI). Prevence vzniku katetrových sepsí by měla být prioritou během inzercí CŽK i při následné péči v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky.

2. METODY

Sledování četnosti výskytu BSI je doporučeno všemi mezinárodními odbornými skupinami, zabývajícími prevencí BSI (CDC, INICC, SHEA, KISS,

EPIC3). Současná preventivní doporučení jsou zaměřena na inzerci (Insertion Bundle) a péči (Maintenance Bundle) o invazivní katetry a ukázaly se být velmi efektivní. Součástí prevence by měla být i edukace sester i lékařů při nástupu do nemocničního zařízení a pak ročně, aby se udržela kontinuita vzdělávání v inzerci i péči o centrální vstupy.

3. ZÁVĚR

Invazivní vstupy budou i nadále nezbytné v každodenní praxi, riziko BSI je nezbytné eliminovat a vyvarovat se tak zvýšeným finančním nákladům, prodloužení

hospitalizace a zejména mortalitě nemocných.

4. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BSI- blood stream infection, , CDC- Centers for Disease Control and Prevention
CLABSI central line associated blood stream infection, CRBSI – catheter related blood stream infection, SHEA – The Society for Healthcare Epidemiology of America

5. POUŽITÉ ZDROJE

Loveday, H.P., Wilson, J.A., Pratt, R.J., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., Prito, J., and Wilcox, M., (2014). Epic3: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection* 86(S1) S1-S70. Available from:

O'Grady, N.P., Alexander, M., Burns, L.A., Dellinger, E.P., Garland, J., Lipsett, P.A., Masur, H., Pearson, M.L., Raad, I.I., Randolph, A.G., Rupp, M.E., Saint, S., (2011): Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (Appendix 1). Summary of recommendations: Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical Infectious Diseases*. 52(9) 1087-1099.

JAK SE OSVĚDČILY OPATŘENÍ K PREVENCI SEPSE NA KARIM FN OSTRAVA?

PhDr. Renáta Zoubková^{2,1}

Mgr. Markéta Kočí¹

Doc. MUDr. Milan Májek, CsC.²

PhDr. Z. Rybářová²

¹ KARIM FN Ostrava

² FZS SZU Bratislava

renata.zoubkova@fno.cz

ABSTRAKT

Sepse získala přídomek „tichý zabiják“, protože do jednoho měsíce od stanovení diagnózy usmrtí 30% a do 6 měsíců až 50% nemocných. V současnosti je relativně málo prokázaných postupů, které lze pro léčbu sepse doporučit. V zásadě jde o postupy, které jsou zaměřené na předcházení a efektivní léčbu nozokomiálních infekcí. Sepse je vždy spojená s různým stupněm orgánové dysfunkce, součástí komplexní léčebné strategie jsou i podpůrné postupy. Tyto postupy se vztahují k prevenci ventilátorové pneumonie, katéetrové sepse a ranných infekcí u chirurgických ran. Součástí prevence je také nutriční podpora kriticky nemocných a včasná laboratorní diagnostika projevů sepse. Na KARIM FNO byly zavedeny protokol pro prevenci VAP a mobility protokol s cílem zefektivnění uplatnění preventivních opatření v klinické praxi. Retrospektivně jsme zhodnotili efekt zavedených opatření na základě výskytu VAP na Oddělení resuscitační a intenzivní péče 1, kde se prokázal nesporný význam preventivních opatření.

Klíčová slova: *sepsis, preventivní opatření, ventilátorová pneumonie, rehabilitace*

ABSTRACT

Sepsis acquired the nickname "the silent killer" because within one month of diagnosis kills and 30% within 6 months up to 50% of patients. Currently, relatively few proven procedures which can be recommended for the treatment of sepsis. In principle, the procedures that are aimed at the prevention and effective treatment of nosocomial infections. Sepsis is always associated with varying degrees of organ dysfunction, part of a comprehensive treatment strategies are also supportive. These processes relate to the prevention of ventilator-associated pneumonia, catheter sepsis and wound infections in surgical wounds. Part of prevention is also a nutritional support of critically ill and timely laboratory diagnosis of sepsis symptoms. On KARIM FHO introduced a protocol for the prevention of VAP and mobility protocol to streamline the application of preventive procedures in clinical practice. We retrospectively reviewed the effect of the interventions introduced by the occurrence of VAP in the Department of Resuscitation and Intensive Care 1, which showed undeniable importance of preventive measures.

Keywords: *sepsis, preventive procedures, ventilator-associated pneumonia, physiotherapy*

1. ÚVOD

Sepse představuje jednu z nevážnějších komplikací u nemocných v intenzivní péči, která je spojena s vysokou mortalitou a morbiditou kriticky nemocných.

Jednou z hlavních strategií ošetřování pacientů jsou opatření založená na účinné prevenci. Z ošetrovatelských intervencí jsou s ohledem na prevenci sepse preferovány aseptické postupy, bariérové ošetrovatelské techniky, výběr pomůcek pro ošetřování a péče o ně a frekvence výměny ochranných bariér.

2. VAP

Nozokomiální pneumonie ventilovaných nemocných – ventilator - associated pneumonia (VAP) je považována za nejčastější nozokomiální infekci nemocných vyžadujících umělou plicní ventilaci. Její průměrná četnost výskytu se pohybuje mezi 8 - 28% všech hospitalizovaných pacientů. Mortalita dosahuje od 24 - 76%. Nejvyšší riziko vzniku ventilátorové pneumonie je v prvních 5 dnech ventilace (3 % za den), během 5. – 10. dne UPV je 2 % za den a v dalších dnech UPV stoupá o 1 % denně [4].

Doba vzniku pneumonie je významná z epidemiologického i prognostického hlediska. Časná VAP vzniká do 4. dne od intubace a zahájení UPV. Je zpravidla způsobena patogeny citlivými na antibiotika (např. *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Hemophilus influenzae*). Jedná se často o patogeny přítomné v dýchacích cestách již v době intubace. Vzniku časně VAP nepředchází kolonizace žaludku a proto bariérová opatření nemusí být vždy účinná. VAP pozdní vzniká od 5. dne UPV, bývá nejčastěji způsobena multirezistentními patogeny a je spojena s vyšší morbiditou a mortalitou. Užití doporučených preventivních opatření může významně snížit výskyt této závažné komplikace. Jejich uplatnění je převážně

v kompetencích sester specializovaných na intenzivní péči, které v rámci multidisciplinární spolupráce využívají možnosti fyzioterapie, která je součástí péče o pacienta s UPV.

3. PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ VZNIKU VAP

3.1. Prevence tracheobronchiální kolonizace

Hygienický režim

Na pracovištích intenzivní péče je standardně zaveden účinný systém protiepidemických opatření. Jeho součástí je adekvátní alkoholová dezinfekce rukou, důkladná dezinfekce zařízení pro nebulizaci, ale především bariérové ošetřování nemocných s cílem omezit riziko zkřížené kolonizace. Nezbytná je izolace nemocných s multirezistentními nozokomiálními kmeny, včetně průběžného hodnocení mikrobiologické situace pracoviště.

Péče o komponenty k UPV

Prodlužuje se doba výměny ventilačních okruhů. Pravidelná výměna ventilačních okruhů se dle Guidelines pro prevenci VAP u dospělých pacientů z roku 2011 nedoporučuje. Výměna má být provedena po každém pacientovi. Mezi možnosti nabízené v rámci jednorázových okruhů patří impregnace stříbrem a ohřev přímo ve stěně okruhu. Nově prezentovanou metodou je fotodezinfekce vdechovaných plynů [5]. Kontaminovaný kondenzát z okruhu ventilátoru musí být odstraňován opatrně, především na riziko vniknutí kondenzátu do endotracheální rourky nebo nebulizátorů napojených na okruh [4]. Pasivní výměníky tepla a vlhkosti snižují kolonizaci okruhu ventilátoru, nicméně nesnižují incidenci VAP. V současné době nejsou důkazy preferující uzavřený odsávací systém před systémem otevřeným. Metaanalýza 15 randomizovaných kontrolovaných studií na 1334 pacientech, která srovnávala otevřené a uzavřené odsávací systémy, nepotvrdila

snížení výskytu VAP při požití uzavřeného systému odsávání. [4]

Intubace

Intubace a reintubace zvyšují riziko VAP. Volba strategie UPV je na indikaci lékaře. Neinvazivní umělá plicní ventilace místo konvenční ventilace vede u pacientů s akutním respiračním selháním v důsledku CHOPN nebo akutního kardiogenního plicního edému k signifikantně nižšímu riziku vzniku nozokomiální pneumonie. Pro zkrácení doby UPV a objektivizaci možnosti zahájení odpojování pacienta od UPV je důležité provádění Testu schopnosti spontánní ventilace. Významnou redukcí výskytu VAP se prezentují intubační a tracheostomické kanyly s kontinuálním nebo přerušovaným odsáváním ze subglotického prostoru, které jsou také opatřeny Ag impregnací. Ve studii, zaměřené na srovnání konvenčních endotracheálních kanyl s polyvinylou manžetou (tloušťka ≥ 50 mikronů) bez subglotické drenáže a kanyl s polyuretanovou manžetou (tloušťka 7 mikronů) se subglotickým drenážním systémem (ETT-PUC-SSD – endotracheal tube, polyurethane cuff, subglotic secretion drainage), bylo celkem 280 pacientů rozděleno do dvou skupin podle typu kanyly. Ve skupině se standardní kanylou byl výskyt VAP 22,1 % (31 ze 140 pacientů), ve skupině s ETT-PUC-SSD pouze 7,9 % (11 ze 140 pacientů, $p = 0,001$). [4] Tlak v manžetě tracheální rourky nebo tracheostomické kanyly by měl být v pravidelných intervalech měřen a dokumentován a jeho hodnota by měla být udržována v rozmezí 20 – 25 cm H₂O.

3.2. Prevence aspirace

Výživa

Časná enterální výživa (do 24 – 48 hodin po intubaci) je považována za rizikový faktor, hlavně pro riziko aspirace žaludečního obsahu. Přesto je doporučována jako prevence atrofie střevní sliznice, která zvyšuje riziko bakteriální translokace. Adekvátní nutrice kriticky

nemocného je spojena se zvýšenou redukcí mortality a morbidit nemocných. Enterální forma podání výživy je preferována před parenterální výživou. Postpylorické umístění enterální sondy ve srovnání s gastrickým umístěním je spojeno s redukcí nozokomiální pneumonie. Nazogastrická sonda je spojena se zvýšeným rizikem nozokomiální sinusitidy. Je potřeba zajistit správný postup zavedení a adekvátní výměnu sondy dle materiálu a doporučení výrobce (co 7 - 10 den – PVC sondy).

Poloha pacienta

Poloha vleže u uměle ventilovaného pacienta je nezávislým rizikovým faktorem pro vývoj VAP. Pravděpodobnost jejího vzniku je v této poloze téměř třikrát vyšší a je zřejmě důsledkem vyššího rizika gastroesofageálního reflexu (GER). Poloha v polosedě - osa hrudníku svírá s osou podložky úhel $> 30^\circ$ (dále SRP - Semirecumbent Position), je považována za účinnou prevenci GER a následné aspirace. Torres a spol. již před více než deseti lety ukázali, že po označení žaludečního obsahu techneciem je radioaktivita endobronchiálního aspirátu čtyřikrát vyšší v poloze vleže než v SRP. V prospektivní randomizované klinické studii, jejímž cílem byla analýza vztahu mezi polohou vleže, semirekumbentní polohou a výskytem VAP, Drakulovic a spol. zjistili o 80 % nižší incidenci mikrobiologicky potvrzené VAP u pacientů v semirekumbentní poloze. Jedná se tedy o nejjednodušší a nejefektivnější metodu prevence VAP.

3.3. Ostatní opatření

Péče o dutinu ústní

Topická aplikace chlorhexidinu nebo povidon - jodidu patří k doporučeným postupům v prevenci VAP. Jsou publikovány studie (Tantipong, Infect Control Hosp Epidemiol, 2008) kde se uvádí, že při provádění výplachu dutiny ústní Chlorhexidinem alespoň 2x denně, se významně snižuje mortalita VAP. V

guidelines pro traumatizované pacienty z roku 2006 se doporučuje vypláchnutí dutiny ústní 0,12 % roztokem chlorhexidinu alespoň 2krát denně. Účinnou alternativou chlorhexidinu může být povidon – jodid. Testované skupině byl vyplachován nazofarynx a orofarynx 20 ml 10% roztoku povidon-jodidu následované aspirací sekretů. Ve srovnání s kontrolní skupinou bylo užívání povidon - jodidu spojeno se signifikantní redukcí VAP [4]. Naproti tomu, jiná studie, provedená ve švédském Lundu (Bengt Klarin, 2008) prokazuje účinnost ošetření sliznice dutiny ústní emulzí, která obsahuje vhodné bakterie (*Lactobacillus plantarum* 299). V porovnání s běžně užívaným vytíráním úst dezinfekčními roztoky nebo směsí antibiotik určenou k selektivní bakteriální dekontaminaci, výsledky ukázaly příznivější preventivní účinek proti vzniku ventilátorové pneumonie

Profylaxe stresového vředu

Jako prevenci vzniku této nežádoucí komplikace lze použít podávání H_2 - antagonistů i sukralfát. Acidifikace gastrické výživy není doporučována.

Prázdniny od sedace

Denní přerušování sedace / analgo - sedace vede ke zkrácení délky umělé plicní ventilace ze 7,3 na 4,9 dní, a tím se snižuje riziko VAP. Předpokládá se však probouzení pacienta do stavu přiměřeného vědomí tak, aby nedošlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu nebo k ohrožení jeho bezpečnosti. Tzv. „prázdniny od sedace“ se provádí tak, aby nebyl narušen pacientův spánkový rytmus. Předpokladem je trvalá přítomnost ošetrovatelského a lékařského personálu, kontinuální monitoring vitálních funkcí.

Protektivní ventilace

Řada dalších experimentálních studií prokázala, že mechanický stres plicní tkáň indukovaný traumatizujícím způsobem umělé ventilace (velký dechový objem - dále Vt a nulová hodnota tlaku na konci

výdechu - dále PEEP) vede k lokální nadprodukcí prozánětlivých cytokinů, paradoxní stimulaci růstu bakterií, sekvestraci systémových polymorfonukleárů do plic s indukci nebo progresí plicního poškození. Dechová frekvence, dechový objem, hodnota špičkového tlaku v dýchacích cestách a tlak na konci výdechu patří mezi čtyři důležité základní parametry ventilace [5]. Dnes tedy již víme, že nesprávně nastavený režim ventilátoru, kdy velikost Vt nerespektuje redukovanou plicní vzdušnost (riziko traumatické dispenze) a nízká hodnota PEEP způsobí kolabování alveolů na konci každého výdechu s násilným otevíráním na začátku každého vdechu (stres z napínání), skutečně vede k indukci a progresi plicního poškození tzv. Ventilator-Induced Lung Injury, VILI.[1]

Personální zajištění

Adekvátní personální zajištění vede ke zvýšení účinnosti protiinfekčních a protiepidemických opatření a ke snížení délky umělé plicní ventilace [4]. Rovněž úroveň znalostí preventivních opatření může sehrát významnou roli v redukcí rizika vzniku VAP. V jedné z observačních studií se prokázalo, že školení personálu JIP

v dodržování hygienických opatření vedlo k okamžitému vzestupu četnosti mytí rukou na 78 %.

3. 4. Respirační fyzioterapie

Cílem všech členů léčebného týmu je časně odpojení pacienta od UPV a jeho mobilizace za účelem prevence vzniku VAP a sekundárních změn. U ventilovaných pacientů dochází k oslabením bránice (ventilator induced diaphragmatic dysfunction – VIDD) [10]. Prodlužuje se tak weaning a zároveň roste riziko vzniku respiračních infekcí.

Součástí intenzivní péče o kriticky nemocné by měla být i odborně vedená rehabilitace. Malkoc [12] ve své studii na

277 ventilovaných kriticky nemocných pacientech dokládá signifikantně pozitivní vliv respirační fyzioterapie na zkrácení doby UPV i celkového pobytu na ICU. Další studie (Schweickert et al. – 11) zase uvádí pozitivní efekt časně rehabilitace pacientů v době prázdnin od sedace (interruption of sedation). Důležitou součástí rehabilitační intervence na ICU je kromě respirační fyzioterapie i časná mobilizace pacientů [13] a respirační polohování.

Fyzioterapie v intenzivní péči by měla probíhat opakovaně v menších časových úsecích. Pro zajištění maximálního efektu, bychom měli v rámci léčebného týmu úzce komunikovat a vzájemně spolupracovat. Důležité je správné načasování jednotlivých kroků tak, abychom maximalizovali výsledný efekt a přitom nepřetížili pacienta. Řadu rehabilitačních postupů může úspěšně provádět sestra v době nepřítomnosti fyzioterapeuta a výrazně tak přispět k prodloužení kýženého efektu.

4. PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ NA KARIM FN OSTRAVA

Od dubna 2015 byl zaveden na lůžkových jednotkách KARIM Check-list pro prevenci VAP, jehož cílem je mapovat realizaci preventivních opatření v klinické praxi. Záznam jednotlivých intervencí provádí sestra minimálně 2x denně, plnění eviduje směnová sestra. Hlavním cílem check-listu je motivace a edukace sester v plnění zavedených preventivních opatření. Záznamy průběžně hodnotí konzultantka pro prevenci VAP, která současně dohlíží a konzultuje realizaci jednotlivých intervencí v praxi.

V rámci ošetřovatelských vizit je současně konzultována indikace a kontraindikace plnění jednotlivých intervencí. S výsledky jsou pravidelně sestry seznámeny na provozních schůzích. Od 1.10. 2016 byl zaveden do klinické praxe mobility

protokol, který slouží k optimalizaci fyzioterapie u pacientů na KARIM. S ohledem na význam fyzioterapie nejen na prevenci rozvoje nozokomiální pneumonie, ale především časnou mobilizaci našich pacientů, zavedený protokol definuje spolupráci fyzioterapeutů a sester v rámci dechové rehabilitace a postupů rehabilitačního ošetřování a umožňuje tak efektivní využití všech zdrojů multidisciplinárního týmu.

Hodnocení zavedených opatření na lůžkových jednotkách KARIM je součástí ústního sdělení.

5. ZÁVĚR

Klinický průběh VAP může být variabilní. Úspěch léčby rychle progredující těžké VAP je závislý na spolupráci všech členů léčebného týmu. Provedené studie dokazují, že výskyt VAP lze významně ovlivnit použitím mnoha preventivních opatření. Jedná se často o opatření jednoduchá a největší účinnost je pozorována po zavedení multimodálních preventivních programů. Většina z těchto opatření realizují sestry v intenzivní péči a tak je potřebné zdůrazňovat benefit jednotlivých opatření.

6. POUŽITÉ ZDROJE

1. KULA, R. AT AL, *Těžká sepse – lze ji předejít?* Postgraduální medicína, 2004, 6. č. 6, s. 616-621
2. IREGUI, M., KOLLEF, M. ET AL. Prevention of Ventilator – Associated Pneumonia. *Chest*, 2002, 121, p. 679–681.
3. NIEDERMAN, M. S., CRAVEN, S. E. ET AL. *American Thoracic Society documents. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and health care associated pneumonia.* *Am. J. Resp. Crit. Care Med.*, 2005, 171, p. 388–416. Dostupné na [www:http//www.thoracic.org/adobe/statements/guide1-29.pdf](http://www.thoracic.org/adobe/statements/guide1-29.pdf).
4. STOSZEK, D. DOSTÁL P., VLKOVÁ A. *Možnosti prevence ventilátorové*

- pneumonie – aktuální stav.*: Anest. intenziv. Med., 19, 2008, č. 3, s. 149-153.
5. TICHÝ, J., KULA, R., SZTURZ, P., et al. *Ventilátorová pneumonie*. Klinická mikrobiologie a infekční lékařství, 2011, č.1, s. 20-24.
6. SARI working Group, *Guidelines for prevention Of Ventilator - associated pneumonia in adults in Ireland*, Health Protection Surveillance Centre, 4/2011, ISBN 978-0-955-1236 -8-9
7. DOSTÁL, P. *Novinky v oblasti prevence, diagnostiky a léčby nozokomiální pneumonie ventilovaných nemocných*, Anest. intenziv. Med., 19, 2008, č. 1, s. 19 - 22.
8. DAVIS, K. A. *Ventilator-associated pneumonia: a review*. J. Intensive Care Med., 2006, 21, p. 211–226.
9. DOSTÁL, P. *Pneumonie ventilovaných nemocných*. In Dostál P. a kol. *Základy umělé plicní ventilace*. 2. vydání, Praha : Maxdorf 2005, s. 258–275.
10. MARTIN, A., D., SMITH, B., K., GABRIELLI, A. 2013. *Mechanical ventilation, diaphragm weakness and weaning: A rehabilitation perspective*. Respiratory Physiology and Neurobiology 2013, vol. 189, no. 2, pp. 377-383
11. SCHWEICKERT, W. D., POHLMAN, M. C., POHLMAN, A. S., et al. *Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial*. The Lancet 2009, vol. 373, no.9678, pp. 1874-1882.
12. MALKOC, M., KARADIBAK, D., YILDRIM, Y. 2009. *The effect of physiotherapy on ventilatory dependency and the length of stay in an intensive care unit*. International Journal of Rehabilitation Research 2009, vol. 32, no. 1, pp. 85-88.
13. MORRIS, P. E., GOAD, A., THOMPSON, C., TAYLOR, et al. *Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure*. Critical Care Medicine [online]. 2008, vol. 36, no. 8, pp. 2238-2243.
14. SMOLÍKOVÁ, L., MÁČEK, 2010. *Respirační fyzioterapie a plicní rehabilitace*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-527-3

INFEKCE MOČOVÝCH CEST A KONCEPCE ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS)

Richtarová Jana^{1,2}, Mrázková Eva^{1,3,4}, Baranová Ester²

1 Ústav epidemiologie a ochrany veřejného zdraví, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

2 Oddělení MOJIP, Nemocnice s poliklinikou Havířov

3 Oddělení ORL, Nemocnice s poliklinikou Havířov

4 Centrum pro poruchy sluchu a rovnováhy, Ostrava

kontakt na autora: jana.richtarova@nsphav.cz

ABSTRAKT

Katetrizace močového měchýře patří mezi nejběžnější zdravotnické a lékařské výkony, sledování diurézy pak mezi nejzákladnější sledované parametry v prostředí intenzivní péče. Mezi negativní důsledky zavedení močového katétru patří ztížená mobilizace a především zvýšené riziko močové infekce. V souvislosti s realizací koncepce ERAS – Enhanced Recovery After Surgery (zesílená rehabilitace po chirurgických výkonech) je zvažována indikace a délka zavedení močového katétru u pooperačních stavů, zejména po výkonech na tlustém střevě.

Existují pouze slabé důkazy o klinickém významu perioperačního sledování množství diurézy. Nadále v chirurgické praxi převažuje spíše dlouhodobé používání močového katétru s cílem objektivního měření objemu diurézy a usnadnění ošetrovatelské péče zvláště u imobilních nebo omezeně pohyblivých pacientů.

Zavedení močového katétru je na druhé straně spojeno s vyšším rizikem výskytu infekcí močových cest. Také je někdy zdůrazňován negativní psychologický aspekt na pacienta s drenáží močového měchýře.

Je doporučeno 1 – 2 denní zavedení močového katétru po operaci. Močový katétr je možné odstranit nezávisle na probíhající hrudní epidurální anestézii. Síla důkazů je nízká. Existuje silné doporučení pro časně odstranění při katetrizaci močového měchýře, ale současně existuje slabé doporučení pro brzké odstranění katétru při epidurální anestézii.

Klíčová slova: infekce močových cest, enhanced recovery after surgery – ERAS, prevence, pooperační péče

ABSTRACT

The catheterization of the urinary bladder belongs to common nursing and medical practice. Monitoring of urinary output belongs to basic monitoring parameters in the intensive care units. Prolonged catheterization is associated with difficult mobilisation and above all with the higher risk for urinary tract infection. The conception ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) discusses indication and length of catheterization in postoperative period, mainly in colorectal surgery. Only low-grade evidence is available regarding the clinical value of perioperative monitoring in urine output. Prolonged routine postoperative bladder

cathetrization is used to objective monitoring of diuresis and to facilitate nursing care, particularly in immobile patients or in patients with limited mobility.

Routine bladder cathetrization may increase the risk of urine tract infections. Sometimes the negative psychological aspect of urinary bladder cathetrization on the patient is emphasized.

Routine transurethral bladder drainage for 1 – 2 days is recommended. The bladder catheter can be removed regardless of usage or duration of thoracic epidural analgesia. Evidence level is low. But the recommendation grade is strong for routine bladder drainage but weak recommendation for early removal if epidural is used.

Keywords: urinary tract infections, enhanced recovery after surgery – ERAS, prevention, postoperative care

1. ÚVOD

Katetrizace močového měchýře patří mezi nejběžnější zdravotnické a lékařské výkony, sledování diurézy pak mezi nejzákladnější sledované parametry v prostředí intenzivní péče. Mezi negativní důsledky zavedení močového katétru patří ztížená mobilizace a především zvýšené riziko močové infekce.

V souvislosti s realizací koncepce ERAS – Enhanced Recovery After Surgery (zesílená rehabilitace po chirurgických výkonech) je zvažována indikace a délka zavedení močového katétru u pooperačních stavů, zejména po výkonech na tlustém střevě.

2. METODY

Autoři vyhledali v databázi PubMed články s kombinacemi klíčových slov – enhanced recovery after surgery – urinary catheter – urinary retention. Z celkového počtu 25 nalezených článků bylo v plném znění získáno 21 článků. Dále byly studovány zkušenosti z vlastního pracoviště – Mezioborové jednotky intenzivní péče (MOJIP) Nemocnice s poliklinikou Havířov, týkající se časného odstraňování močového katétru zvláště po operacích na zažívacím traktu.

3. VÝSLEDKY

Existují pouze slabé důkazy o klinickém významu perioperačního sledování množství diurézy. Nadále v chirurgické praxi převažuje spíše dlouhodobé používání močového katétru s cílem objektivního měření objemu diurézy a usnadnění ošetrovatelské péče zvláště u imobilních nebo omezeně pohyblivých pacientů.

Zavedení močového katétru je na druhé straně spojeno s vyšším rizikem výskytu infekcí močových cest. Také je někdy zdůrazňován negativní psychologický aspekt na pacienta s drenáží močového měchýře [1-8].

Je doporučeno 1 – 2 denní zavedení močového katétru po operaci. Močový katétr je možné odstranit nezávisle na probíhající hrudní epidurální anestézii.

Síla důkazů je nízká. Existuje silné doporučení pro časné odstranění při katetrizaci močového měchýře, ale současně existuje slabé doporučení pro brzké odstranění katétru při epidurální anestézii.

4. DISKUSE

Močový katétr je užíván pooperačně a pooperačně u větších chirurgických

výkonů k monitoraci diurézy a prevenci močové retence u delších operací. Protože jeho zavedení zvyšuje riziko vzniku infekce ve vývodných močových cestách, je zvažován benefit katetrizace močového měchýře. V rámci koncepce ERAS je přímo uvedeno doporučení o časném odstraňování močového katétru i o zvažování indikace k jeho zavedení vůbec.

Předpokladem úspěšného odstranění močového katétru bez nutnosti jeho časného opětovného zavedení pro močovou retenci nebo pro neschopnost zvládnout spontánní mikci je celkový stabilní stav pacienta, jeho částečná mobilita i adekvátní spolupráce. Chronické urologické potíže s obtížným nebo častým močením již před operací může proces odstranění katétru oddálit.

V observačních studiích na ne-kardiochirurgických pacientech nebyla pooperační diuréza ani prediktorem následných renálních funkcí [9], ani prediktorem akutního renálního postižení [10].

Protože prodloužené používání močového katétru je spojené se zvýšeným počtem infekcí močových cest, je vhodné dobu aplikace močového katétru omezit. Ve studii, která srovnávala časně odstranění močového katétru (1. pooperační den, n = 105) a standardní odstranění katétru (přibližně 4. pooperační den, n = 110) po velkých břišních a hrudních výkonech, byl výskyt infekcí močového traktu výrazně nižší u časně odstranění močového katétru (2% oproti 14%) [11].

Močový katétr je tradičně užíván v průběhu epidurální anestézie. Ve zmiňované studii, v které pacienti měli epidurální anestézii trvající 3 dny a více, nebyl zaznamenán rozdíl ve výskytu močové retence, ať to byli pacienti mající močový katétr 1 den nebo 4 dny (8% oproti 2% při jednorázovém cévkování;

3% oproti 0% při trvalé katetrizaci močového měchýře [11]. Tyto výsledky jsou shodné se závěrem nekontrolované prospektivní studie (100 pacientů), kde při hrudní epidurální anestézii u pacientů po otevřené resekcii tlustého střeva, byl močový katétr odstraňován ráno po operaci. Okolo 9% pacientů mělo močovou retenci a 4% mělo infekci močového traktu [12].

Meta-analýza ukázala, že používání epicystostomie u pacientů po břišních operacích je spojena s menším výskytem bakteriurie a je pacienty lépe snášena než transuretrální katetrizace [13]. Tato data platí pro dobu 4 – 7 dní zavedení močového katétru. Při kratší době použití epicystostomie nejsou výhody dostatečně přesvědčivé.

5. ZÁVĚR

Je doporučeno 1 – 2 denní zavedení močového katétru po operaci. Močový katétr je možné odstranit nezávisle na probíhající hrudní epidurální anestézii. Síla důkazů je nízká. Existuje silné doporučení pro časně odstranění při katetrizaci močového měchýře, ale současně existuje slabé doporučení pro brzké odstranění katétru při epidurální anestézii.

6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery (zesílená rehabilitace po chirurgických výkonech)

IMC – infekce močových cest

MOJIP – mezioborová jednotka intenzivní péče

7. POUŽITÉ ZDROJE

1. Wisely JC, Barclay KL. Effects of an Enhanced Recovery After Surgery programme on emergency surgical

- patients. ANZ J Surg. 2016 Nov;86(11):883-888.
2. Braga M, Pecorelli N, Scatizzi M, Borghi F, Missana G, Radrizzani D.: Enhanced Recovery Program in High-Risk Patients Undergoing Colorectal Surgery: Results from the PeriOperative Italian Society Registry. PeriOperative Italian Society. World J Surg. 2016 Oct 20.
 3. Yip VS, Dunne DF, Samuels S, Tan CY, Lacasia C, Tang J, Burston C, Malik HZ, Poston GJ, Fenwick SW. Adherence to early mobilisation: Key for successful enhanced recovery after liver resection. Eur J Surg Oncol. 2016 Oct;42(10):1561-7.
 4. Ryska O, Šerclová Z, Antoš F. : Jak jsou dodržovány postupy moderní perioperační péče (ERAS) na chirurgických pracovištích v České republice – výsledky národní studie. Rozhl Chir. 2013 Aug;92(8):435-42.
 5. Stubbs BM, Badcock KJ, Hyams C, Rizal FE, Warren S, Francis D.: A prospective study of early removal of the urethral **catheter** after colorectal surgery in patients having epidural analgesia as part of the Enhanced Recovery After Surgery programme. Colorectal Dis. 2013 Jun;15(6):733-6.
 6. Robertson N, Gallacher PJ, Peel N, Garden OJ, Duxbury M, Lassen K, Parks RW: Implementation of an enhanced recovery programme following pancreaticoduodenectomy. HPB (Oxford). 2012 Oct;14(10):700-8
 7. Smart NJ, White P, Allison AS, Ockrim JB, Kennedy RH, Francis NK.: Deviation and failure of enhanced recovery after surgery following laparoscopic colorectal surgery: early prediction model. Colorectal Dis. 2012 Oct;14(10):e727-34.
 8. Thompson EG, Gower ST, Beilby DS, Wallace S, Tomlinson S, Guest GD, Cade R, Serpell JS, Myles PS. Enhanced recovery after surgery program for elective abdominal surgery at three Victorian hospitals. Anaesth Intensive Care. 2012 May;40(3): 450-9.
 9. Alpert, R.A., Roizen, M.F., Hamilton, W.K., Stoney, R.J., Ehrenfeld, W.K., Poler, S.M. et al. Intraoperative urinary output does not predict postoperative renal function in patients undergoing abdominal aortic revascularization. Surgery. 1984; 95: 707–711.
 10. Kheterpal, S., Tremper, K.K., Englesbe, M.J., O'Reilly, M., Shanks, A.M., Fetterman, D.M. et al. Predictors of postoperative acute renal failure after noncardiac surgery in patients with previously normal renal function. Anesthesiology. 2007; 107: 892–902.
 11. Zaouter, C., Kaneva, P., and Carli, F. Less urinary tract infection by earlier removal of bladder catheter in surgical patients receiving thoracic epidural analgesia. Reg Anesth Pain Med. 2009; 34:542–548.
 12. Basse, L., Werner, M., and Kehlet, H. Is urinary drainage necessary during continuous epidural analgesia after colonic resection?. Reg Anesth Pain Med. 2000; 25: 498–501.
 13. McPhail, M.J., Abu-Hilal, M., and Johnson, C.D. A meta-analysis comparing suprapubic and transurethral catheterization for bladder drainage after abdominal surgery. Br J Surg. 2006; 93: 1038–1044.

NOVÉ POSTUPY VE VÝŽIVĚ KRITICKY NEMOCNÝCH SE ZAMĚŘENÍM NA POPÁLENINOVÉ TRAUMA

Bc. Markéta Zemanová, DiS.

Spoluautor: Mgr. Jana Povýšilová, MUDr. Richard Kubok

Oddělení léčebné výživy FNKV Praha

Klinika popáleninové medicíny FNKV Praha

marketa.zemanova3@fnkv.cz

ABSTRAKT

***Klíčová slova:** doporučený postup, výživa, popáleninové trauma,*

ABSTRACT

*NOVEL APPROACHES IN INTENSIVE CARE NUTRITION WITH FOCUS ON BURN
TRAUMA*

***Keywords:** Guidelines, nutrition, burn trauma*

1.Introduction Goal was analysis of nutritional approaches leading to creation of a specific nutritional strategy for burn trauma therapy. The presentation focuses on specific aspects of nutrition of burn care patients and their reflection into therapeutic standards.

2. Methods Two published Guidelines (ASPEN 2016 and ESPEN 2013) were compared regarding both parenteral and enteral nutrition. The following parameters were analyzed: energy needs, dosage of individual macro and micronutrients, way of provision, choice of parenteral and enteral nutritional products and monitored laboratory parameters.

3.Results (Case Studies) Using these parameters as a base a specific nutritional protocol was created, which is used in our clinic both for adult and pediatric patients. The protocol takes into account specific aspects of burn trauma in all age groups.

4.Conclusion Burn trauma is one of the most severe injuries and is coupled with excessive hypermetabolism. Nutrition in these patients has to be based on an individualized approach, detailed analysis of patient status taking into account extent of burns, therapeutical measures and nutritional status.

1. ÚVOD

Cílem sdělení je vyhodnocení nutričních postupů a vytvoření vlastní nutriční strategie v rámci léčby popáleninových traumat. Sdělení se zaměřuje na nutriční postupy péče o kriticky nemocné s ohledem na zvláštnosti popáleninových traumat.

2. METODY

Byly srovnány doporučené nutriční postupy u popálených pacientů pro parenterální i enterální výživu vydaných ASPEN 2016 a ESPEN 2013. Vyhodnoceny byly následující parametry: energetická potřeba, zastoupení jednotlivých makro i mikronutrientů, cesta podání výživy, výběr přípravků enterální a parenterální výživy a sledované nutriční laboratorní markery.

3. VÝSLEDKY

Na základě srovnání jednotlivých parametrů byl vytvořen vlastní nutriční postup používaný na KPM FNKV pro děti i dospělé, který reflektuje specifika léčby popáleninového traumatu ve FNKV a to jak pro dospělé, tak i dětské pacienty.

4. ZÁVĚR

Popáleniny patří k nejzávažnějším úrazům v traumatologii a jsou spojovány s excesivním hypermetabolismem, proto výživa pacientů je založena na individuálním přístupu, pečlivém a pravidelném hodnocení stavu pacienta v závislosti na charakteru ploch, výkonech a aktuálním nutričním stavu.

5. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

FNKV –Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

KPM- klinika popáleninové medicíny

ASPEN- American Society of Parenteral and Enteral Nutrition

ESPEN- European Society Parenteral and Enteral Nutrition

6. POUŽITÉ ZDROJE

McClave, S. A., Taylor, B. E., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., . . . Davanos, E. (2016). Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 159-211.

Rousseau, A., Losser, M., Ichai, C., & Berger, M. M. (2013). ESPEN Endorsed Recommendations: Nutritional therapy in major burns. *Clinical Nutrition*, 32(4), 497-502.

ČASNÁ VERTIKALIZACE: ARGUMENTY, LIMITY A KOMPLIKACE BĚHEM PÉČE O PACIENTA NA INTENZIVNÍM LŮŽKU.

Mgr. Ondřej Kolařík, Bc. Klára Mertová

Fakultní nemocnice Brno

kolarik.ondrej@fnbrno.cz

ABSTRAKT

Časná vertikalizace je jedním z primárních způsobů polohování, která vede k návratu do běžného života. Zátěž kardiovaskulárního systému, hemodynamické ukazatele, nároky na ventilaci a oxygenaci organismu spolu s rizikem vzniku možných komplikací jsou v posledních letech velmi sledovanou součástí výzkumu v oblasti časně vertikalizace na oddělení intenzivní péče. Výsledkem bezmála desetileté práce mnoha renomovaných zařízení jsou metodická doporučení, bohužel praktické zkušenosti z prostředí intenzivní péče v České republice tyto poznatky do praxe nezpracovávají. Proto jsme se rozhodli zpracovat recentní poznatky, vybrat jasné argumenty pro strategii polohování a časně mobilizace v rámci komplexní respirační terapie. Pro naše účely jsme si vybrali databázi Discovery, použili jsme klíčová slova: časná vertikalizace, polohování a rehabilitace, respirační fyzioterapie, umělá plicní ventilace, weaning, kriticky nemocný pacient, jednotka intenzivní péče. Výzkumný soubor tvořilo 15 pacientů hospitalizovaných na Klinice anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny FN Brno a LF MU (dále KARIM). Podle mezinárodní klasifikace nemocí jsme vyloučili pacienty s nemocemi nebo úrazy nervové soustavy. Zbylé pacienty jsme rozdělili do skupin podle příjmové diagnózy, a to chirurgické, kardiovaskulární onemocnění (stp. KPR) a polytrauma z důvodu rozdílného klinického vývoje a výběru respiračních technik. Pro preskripci intervencí jsme použili doporučení Evropské respirační společnosti. Závěry této práce jsme ověřili v reálném prostředí KARIM, která je součástí komplexu Fakultní nemocnice Brno.

Klíčová slova: časná vertikalizace, polohování a rehabilitace, respirační fyzioterapie, umělá plicní ventilace, weaning, kriticky nemocný pacient, jednotka intenzivní péče

ABSTRACT

Early verticalization is one of the most primary ways of positioning that leads to returning to normal life. In the recent years many researchers studied verticalization and the load on the cardiovascular system, the management of blood pressure control, claims for ventilation and oxygenation of the organism, together with the risk of possible complications. The result of nearly a decade of work by many renowned facilities are many recommendations, which unfortunately does not reflect the practical experience of intensive care environment in the Czech Republic. That's why we have decided to handle the recent experience, choose clear arguments for prescription positioning and early mobilization, including an early verticalization. For our purposes, we chose the Discovery database, we used the keywords early verticalization, positioning and rehabilitation, respiratory physiotherapy, artificial

ventilation, weaning, critically ill patients, intensive care unit. The research group consisted of 15 patients hospitalized at the Clinic of Anesthesiology and Intensive Care, University Hospital Brno Bohunice. According to the International Classification of Diseases, we excluded patients with diseases or injuries of the nervous system. The remaining patients were divided into groups according to income diagnosis and surgical, cardiovascular diseases and polytrauma due to differences in clinical development and selection of respiratory techniques. Prescribing interventions, we used the recommendations of the European Respiratory Society. The conclusions of this study we have verified in a real environment Clinic Anesthesia and Intensive Care, which is part of the University Hospital Brno

Keywords: *early verticalization, positioning and rehabilitation, respiratory physiotherapy, artificial ventilation, weaning, critically ill patients, intensive care unit*

1. ÚVOD

Rozvoj imobilizačního syndromu je jednou z nejčastějších komplikací během hospitalizace pacienta na intenzivním lůžku. V průběhu kritického onemocnění se u 25 až 60% pacientů, kteří jsou imobilizováni po delší dobu než sedm dní, může rozvinout neuromuskulární slabost, která zvyšuje závislost pacienta na ventilátoru, stejně jako prodlužuje délku hospitalizace a výrazně snižuje kvalitu života přeživších. Každé zařízení by ve svém pracovním prostředí mělo identifikovat a nastavit opatření k eliminaci bariér, které v rozvoji imobility hrají významnou roli. Dobb a jeho tým v roce 2015 velmi dobře zpracoval potenciální rizika, které rozdělil na rizika spojená s pacientem, týmem a prostředím. S pacientem jsou spojena: těžký stav vzniklý primární diagnózou, hemodynamická a respirační instabilita, bolest, stav výživy, obezita, vstupní nebo nově vzniklá svalová slabost, neuropsychické komplikace, hluboká sedace, delirium, invazivní vstupy, anxieta a nízká motivace pacienta. Mezi strukturální bariéry patří personální limity a nedostatek času na kvalitní péči, nedostatečně proškolený tým, nedostatek vybavení a nepřítomnost nastavených opatření. Nastavení jednotného standardu a proškolení celého týmu jsme si v našem zařízení nastavili jako primární cíl. Druhým cílem je pak stanovení jednoduchých sledovacích kritérií, kterými bychom hodnotili úspěšnost zaváděných strategií. Ve spolupráci s vedením FN Brno jsme

připravili 3letý grant, který sjednocuje práci všech jednotek intenzivní péče. První fáze obsahuje rešeršní práci, nastavení managementu práce, vytvoření technických podmínek a stanovení ukazatelů k ověření sledovaných kritérií, kterými bychom chtěli hodnotit dopady nově zaváděného konceptu.

2. METODY

Literární rešerše Identifikaci výzkumného prostoru jsme provedli na Pubmed, Scopus, Medline s použitím následujících klíčových slov: Respirační fyzioterapie, umělá plicní ventilace, weaning, kriticky nemocný pacient, jednotka intenzivní péče, časná mobilita, polohování a efekt rehabilitace. Na základě review dostupné literatury jsme vybrali hodnotitelné parametry pro sledování efektu respirační terapie do kterých řadíme časnou mobilizaci a polohování pacientů.

Charakteristika výzkumného souboru Výzkumný soubor tvořilo 15 pacientů hospitalizovaných na klinice anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny FN Brno Bohunice. Na základě indikačních kritérií byli zařazeni do studie a rozděleni do třech skupin. Podle mezinárodní klasifikace nemocí jsme vyloučili pacienty s nemocemi nebo úrazy nervové soustavy. Zbýlé pacienty jsme rozdělili do skupin podle příjmové diagnózy a to chirurgické, kardiovaskulární onemocnění (stp. KPR) a polytrauma z důvodu rozdílného klinického vývoje a výběru respiračních technik. Pro

preskripci intervencí jsme použili doporučení Evropské respirační společnosti. Tato společnost rozděluje pacienty podle stavu kardiovaskulárního a respiračního systému do levelů (A, B, C, D). Využili jsme doporučená rozdělení pacientů, která pro nás byla vodítkem pro individuální posouzení, vyhodnocení a následnou preskripci fyzioterapie. Po stabilizaci zdravotního stavu pacienta a překlenutí akutního období přímého ohrožení na životě byla zahájena časná rehabilitace. Všichni pacienti byli sledováni do překlady na další oddělení. Při prvním setkání s pacientem bylo provedeno vstupní kineziologické vyšetření na jejímž základě jsme stanovili cíl respirační terapie, zařadili ho do určitého stupně podle evropské respirační společnosti a vytvořili individuální plán intervencí. Pacienti absolvovali dvakrát denně rehabilitační intervenci, která obsahuje manuální techniky RFT, respirační pomůcky, edukaci pacienta, inhalace, vertikalizace, polohování, kondiční terapii a motomed. V průběhu 24 hodin, tedy i před každou intervencí a po ní, jsou monitorovány a zaznamenávány ventilační parametry pacienta. Parametrem pro hodnocení efektu využitých technik jsme sledovali vyšetření krevních plynů. K vyhodnocení nasbíraných dat bude použita statistická analýza.

3. ZÁVĚR

Závěry a výsledky z výzkumné části práce budou prezentovány na konferenci Colours of Sepsis 7-10.2.2017 formou prezentace.

4. POUŽITÉ ZDROJE

Dubb, R., Nydahl, P., Hermes, C., Schwabbauer, N., Toonstra, A., Parker, A. M., & ... Needham, D. M. (2016). Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. *Annals Of The American Thoracic Society*, 13(5), 724-730. doi:10.1513/AnnalsATS.201509-586CME

Hodgson, C., Berney, S., Harrold, M., Saxena, M., & Bellomo, R. (2013). Clinical review: Early patient mobilization in the ICU. *Critical Care*, 17(1),

Hodgson, C., Bellomo, R., Berney, S., Bailey, M., Buhr, H., Denehy, L., & ... Webb, S. (2015). Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: a bi-national, multi-centre, prospective cohort study. *Critical Care (London, England)*, 19(1), 1981. doi:10.1186/s13054-015-0765-4

Taito, S., Shime, N., Ota, K., & Yasuda, H. (2016). Early mobilization of mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Journal Of Intensive Care*, 45(1), 450-457. doi:10.1186/s40560-016-0179-7

Lee, H., Suh, G., Jeon, K., Ko, Y., Yang, J., Park, C., & ... Park, Y. (2015). Safety profile and feasibility of early physical therapy and mobility for critically ill patients in the medical intensive care unit: Beginning experiences in Korea. *Journal Of Critical Care*, 30(4), 673-677. doi:10.1016/j.jcrc.2015.04.012

Hickmann C, Castanares-Zapatero D

Laterre P, et al. Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. *Annals Of Intensive Care* [serial online]. December 1, 2016;6(1) Available from: Scopus®, Ipswich, MA. Accessed November 30, 2016.

POUZE RUCE NESTAČÍ.....

Mgr. Lucie Kožešníková

Mgr. Lucie Zavrtálková

Rehabilitační klinika

FN Hradec Králové

lucie.kozesnikova@fnhk.cz

ABSTRAKT

Přehled problematiky přístrojového vybavení určeného k rozšíření fyzioterapeutické intervence na jednotlivých pracovištích JIP FN Hradec Králové. Zamyšlení nad přínosem jednotlivých postupů. Zhodnocení míry spolupráce s ostatním ošetrovatelským týmem.

PLICNÍ REHABILITACE V INTENZIVNÍ PÉČI

Mgr. Branislav Moravčík, Mgr. Martin Hartman

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Brno, Jihlavská 20, 62500

kontakt na autora

moravcik.branislav@fnbrno.cz

Klíčová slova: plicní rehabilitace, vertikalizace, respirační fyzioterapie

ABSTRAKT

Plicní rehabilitaci v intenzivní péči můžeme definovat jako komplexní péči o pacienta s respiračními obtížemi, která vychází z důkladného vyšetření a individuálně nastaveného plánu terapie. Mezi jednotlivé složky plánu patří například kinezioterapie, využití respiračních pomůcek, metody respirační fyzioterapie, či edukace pacienta a změny jeho návyků a okolního prostředí s cílem zlepšit fyzickou i psychickou kondici pacientů.

Plicní rehabilitace je integrovanou součástí individuální léčby nemocného s cílem snížení výskytu příznaků postižení, zlepšení funkčního stavu pacienta, zvýšení jeho zapojení se do aktivit běžného dne, zkrácení délky hospitalizace a snížení nákladů na léčbu.

Keywords: verticalization, respiratory physiotherapy, pulmonary rehabilitation

ABSTRACT

Pulmonary rehabilitation in intensive care can be defined as the complex care of patients with respiratory difficulties, based on a thorough examination and individually setted scheduled therapy. To the individual components of the plan belongs for example physiotherapy, using respiratory equipment, methods of respiratory physiotherapy and patient education and change their habits and environment to improve physical and mental condition of patients.

Pulmonary rehabilitation is an integral part of an individual patient's treatment aimed to reduce symptoms of disability, improvement of functional status of the patient, increase patients involvement in the daily living activities, shortening the length of hospital stay and cost effectiveness of treatment.

1. POUŽITÉ ZDROJE

SMOLÍKOVÁ, Libuše a Miloš MÁČEK.
Respirační fyzioterapie a plicní rehabilitace.
Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010.
ISBN 978-80-7013-527-3.

BENEFIT" ŽIVOTA DIEŤAŤA S JEDNOKOMOROVOU CIRKULÁCIU

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.

NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, OAIM, Bratislava

milan.laurinc@gmail.com

ABSTRAKT

Obdobie detského veku je jedným z najkrajších, nielen pre dieťa samotné, ale aj pre celú jeho rodinu. Toto vývojové obdobie prináša dieťaťu mnoho pozitívnych aj negatívnych skúseností, ktoré majú dopad na celú jeho rodinu a prostredie, v ktorom vyrastá. Choroba je faktor, ktorý negatívne pôsobí na jednotlivca a následne ovplyvňuje celú jeho rodinu. Medzi najzložitejšie ochorenia detí patria bezpochybné vrodené vývojové chyby srdca. V našom príspevku prezentujeme problematiku jednokomorovej cirkulácie z pohľadu kvality života detí s týmto ochorením, ktoré ovplyvňuje dieťa na celý život. Zistili sme, že 78,40% rodičov hodnotí kvalitu života svojich detí po Fontanovej operácii ako dobrú až veľmi dobrú. Táto problematika je u nás aj v súčasnosti vysoko aktuálna a preto sme sa rozhodli ju analyzovať z pohľadu ošetrovateľstva.

KLúčové slová: Jednokomorová cirkulácia. Kvalita života. Fontanová operácia. Dieťa.

1. ÚVOD

Detský vek je jedným z najkrajších, nielen pre dieťa samotné, ale aj pre jeho okolie. Toto vývojové obdobie prináša dieťaťu mnoho skúseností, ktoré ho ovplyvňujú, ako aj celú jeho rodinu a prostredie, v ktorom žije. Pozitívne faktory ktoré pôsobia na dieťa sa prenášajú aj na celú rodinu a naopak negatívne faktory, s ktorými sa rodina stretáva vyvolávajú v nej strach a smútok. Práve chorobný stav negatívne pôsobí na jednotlivca a následne ovplyvňuje jeho okolie. Vrodené vývojové chyby srdca (VVCHS) sú najčastejšou príčinou úmrtia donosených novorodencov a vyskytujú sa u 0,8-1% živonarodených detí. Na Slovensku sa ročne narodí okolo 500 detí s VVCHS. Za kritické sa považujú VVCHS, ktoré sa prejavujú naliehavou syptomatológiou a vyžadujú bezodkladný diagnostický a terapeutický zásah. [ZIBOLEN, 2001]

Medzi najťažšie VVCHS patria ochorenia s hemodynamikou jednej komory – single ventricle (SV). Deťom s funkčnou jednou

komorou nie je možné vytvoriť operáciami stav dvojkomorovej cirkulácie. Všetky operačné výkony sú preto len paliatívne a majú za cieľ vytvorenie tzv. fontánovskej cirkulácie. Takýto typ cirkulácie je možný až vo veku dvoch rokov a preto, ak sa u dieťaťa prejaví príznaky kardiálnej dekompenzácie v skoršom veku, musí podstúpiť niektorú z prípravných – paliatívnych operácií. Včasná a rýchla prenatálna a postnatálna diagnostika závažných chromozomiálnych odchýlok má dôležitý význam v rozhodovaní o ďalšom postupe a liečbe pacientov s VVCHS. [CHALOUPECKÝ, 2006]

Cieľom nášho príspevku je prezentovať vnímanie rodičov detí s jednokomorovou cirkuláciou ich kvalitu života, problémy, s ktorými sa v praxi stretávajú pri zabezpečení tejto kvality po Fontanovej operácii a poukázať na sociálne a ekonomické dopady tejto starostlivosti.

2. METÓDY

Prieskumná časť našej práce bola realizovaná na území celého Slovenska v priebehu mesiacov august, až december 2009. Vytvorili sme štruktúrovaný dotazník, ktorý tvorilo 30 otvorených, poloopených a zatvorených otázok. Dotazník bol rozposlaný rodičom detí s jednodukomorovou cirkuláciou priamo domov na adresu trvalého bydliska dieťaťa. Základný súbor tvorili deti s jednodukomorovou cirkuláciou rôzneho veku a pohlavia z rôznych kútov Slovenska. Výberový prieskumný súbor sme vytvorili zámerným výberom z dispenzára NÚACH, a. s., Detského kardiocentra v Bratislave. Oslovených bolo 100 respondentov po Fontanovej operácii (61 chlapcov a 39 dievčat) zaradených do dispenzára v rokoch 2002 – 2008. Návratnosť dotazníka bola 51% (34 chlapcov, 17 dievčat).

3. VÝSLEDKY

Na základe analýzy výsledkov dotazníka sme zistili, že 78,40% rodičov detí s jednodukomorovou cirkuláciou hodnotilo kvalitu života po Fontanovej operácii ako dobrú až veľmi dobrú. 31,36% rodičov uviedlo, že kvalita života ich dieťaťa závisí vo väčšej miere od starostlivosti rodiny, ako od poskytovanej zdravotnej starostlivosti. 35,28% rodičov identifikovalo, že kvalita života ich dieťaťa závisí viac od zdravotnej starostlivosti ako od starostlivosti rodiny. 96,04% rodičov vie pomenovať diagnózu a zdravotný stav svojho dieťaťa. Informácie o VVCH, diagnostickom a terapeutickom postupe sa rodičia dozvedajú v prvom rade od lekára. Vo veľkej miere ostatné informácie o tomto ochorení si následne rodičia aktívne vyhľadávajú na internete, alebo v literatúre. 54,88% rodičov uviedlo, že ich deti okrem primárneho ochorenia srdca, trpia aj inými zdravotnými ťažkosťami ako sú napríklad: infekcie dýchacích ciest, močových ciest, alergie, ortopedické ťažkosti, majú deficit v mentálnej oblasti rôzneho stupňa, atď.

70,56% rodičov uviedlo, že ich deti nie sú dispenzarizované v imunologickej ambulancii, i napriek tomu, že sú imunodeficientné. Z výpovedí 66,64% rodičov vyplynulo, že sa ich dieťa správa vo svojom veku ako zdravé dieťa a až 92,12% detí svoje emocionálne prežívanie prezentuje smiechom a dobrou náladou. 76,44% detí navštevuje rôzne typy školských, kolektívnych zariadení. 25,48% sa vzdeláva v individuálnom, alebo špeciálnom vyučovacom procese, ktorý je prispôbený ich mentálnej zrelosti a postihu. 80,36% rodičov hodnotilo finančný dopad na ich rodinu súvisiaci s chronickou liečbou ako mierne, až nadmerne zaťažujúci. [LAURINC, 2011]

4. DISKUSIA

V posledných desaťročiach sa pokrokmí v liečbe vrodených a získaných srdcových chýb výrazne znížila úmrtnosť pacientov. Prvým výsledkom je rastúci počet obyvateľov, ktorí prežívajú s významnými telesnými, nervovými a psychosociálnymi ochoreniami. Tieto ochorenia, sekundárne ovplyvnili deti s VVCHS ich liečbu a celkovú kvalitu života. Rôzne štúdie hovoria, aké sú dôsledky kvality života na deti s VVCHS vo vnímaní rodičov a pediatrov s využitím údajov z rozhovorov, alebo dotazníkov. Janse a iní našli výrazné rozdiely vo vnímaní zdravia a pohody lekárov a rodičov detských pacientov. Zistili, že nie všetky detské chronické ochorenia majú rovnaký vplyv na kvalitu života. [MARINO, a kol. 2009]

Na rast a fyzické zdravie dojčiat s jednodukomorovou cirkuláciou majú vplyv dostatočné kalorické požiadavky organizmu. 30,00% detí s VVCHS majú rysy rôznych genetických syndrómov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života detí aj s jednodukomorovou cirkuláciou. Medzi najčastejšie z nich patria Morbus Down a DiGeorge syndróm. Chaloupecký uvádza, že nadmerná ochrana dieťaťa s nevýznamnou srdcovou chybou pred fyzickou záťažou, ako aj bagatelizácia

nálezu a príprava dieťaťa so závažnou srdcovou chybou k vrcholovému športu sú nesprávne. [CHALOUPECKÝ, 2006]

K dispozícii je len veľmi málo údajov ktoré by hovorili o následkoch na psychický vývoj dieťaťa s jednodukomorovou cirkuláciou po operácii. [BELLINGER, a kol. 1995]

Bordáčová a kol. na základe skúseností a výsledkov prieskumu pacientov po definitívnej korekcii – Fontánovej operácii uvádzajú, že najčastejším neurologickým nálezom u nich je deficit hypoxicko – ischemickej lézie. [BORDÁČOVÁ, 2007]

Rôzne štúdie sa zhodujú v tom, že na nervovo – psychologický vývin detí s jednodukomorovou cirkuláciou vplývajú počas predoperačného, perioperačného a pooperačného obdobia rôzne faktory. Na základe týchto výsledkov je vhodné pacientov s deficitom v tejto oblasti dispenzarizovať v psychologických poradniach. Starostlivosť o dieťa s vrodenou vývojovou chybou srdca je pre rodičov náročná aj po stránke finančnej. Náklady na starostlivosť o dieťa s jednodukomorovou cirkuláciou sú mnohokrát vyššie ako pri ľahších typoch VVCHS. Väčšina rodín sa na základe primárnej diagnózy dieťaťa častokrát dostáva do finančnej tiesne. Dôležitú úlohu v živote rodiny a dieťaťa s VVCHS zohrávajú aj rôzne podporné skupiny, ktorých úlohou je zlepšovať kvalitu starostlivosti o dieťa s VVCHS, ktorá sa následne odzrkadlí v zlepšení ich kvality života. Medzi takéto skupiny patrí Nadácia detského kardiocentra, alebo Klub Detskej Nádeje.

5. ZÁVER

Záverom by sme chceli upozorniť na to, že i keď rodičia detí s jednodukomorovou cirkuláciou hodnotia ich kvalitu ako dostatočnú samotný priebeh ochorenia, diagnostika a liečba prinášajú celej rodine mnoho problémov s ktorými nie je jednoduché sa vysporiadať. Práve multidisciplinárny ošetrovateľský tím a podporné skupiny sú základom pre

zlepšenie kvality života dieťaťa s jednodukomorovou cirkuláciou.

6. ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK

VVCHS – vrodené vývojové chyby srdca

7. POUŽITÉ ZDROJE

ZIBOLEN, M., ZBOJAN, J., DLUHOLUCKÝ, S. a kol.: *Praktická neonatológia*. 1. vyd. Martin: Neografie, 2001. 534 s. ISBN 80-88892-42-2.

CHALOUPECKÝ, V. a kol.: *Dětská kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 444 s. ISBN 80-8063-111-5.

LAURINC, M.: Kvalita života dieťaťa s jednodukomorovou cirkuláciou. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*. 2011, roč. IX., č. 1. ISSN 1336-183X.

MARINO, S. B., TOMILNISON, S. R., DROTAR D., CLAYBON, S. E., AGUIRRE, A., ITTENBACH, R., WELKOM, S. J., HELFAER, A. M., WERNOVSKY, G., SHEA, A. J. 2009: Quality-of-Life Concerns Differ Among Patients, Parents, and Medical Providers in Children and Adolescents With Congenital and Acquired Heart Disease. [online]. 2009 [citované 2. Máj 2009]. Dostupné na: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/123/4/e708>

BELLINGER, D. C., JONAS, R. A., RAPPAPORT, L. A., WYPIJ D., WERNOVSKY, G., KUBAN, K. C., BARNES, P. D., HOLMES, G. L., HICKEY, P. R., STRAND, R D., et al. 1995: Developmental and neurologic status of children after heart surgery with hypothermic circulatory arrest or low-flow cardiopulmonary bypass. In: *Journal of medicine*. 1995, s. 549 – 555.

BORDÁČOVÁ, L., DOČOLOMANSKÁ, D., HREBÍK, M., MAŠURA, J. 2007: Faktory ovplyvňujúce ďalší neuropsychologický vývin detí s hypoplastickým ľavoukomorovým syndrómom. *Pediatrica*, 1, 2007, s. 6 – 9.

DÁRCE S NEBIJÍCÍM SRDCEM

Glac T.^{1,2}, Švec P.^{1,2}, Streitová D.³, Májek M.³

¹Transplantační centrum, Fakultní nemocnice Ostrava,

²Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Ostrava,

³Slovenská zdravotnická univerzita, Bratislava

tomas.glacno.cz

ABSTRAKT

Počet pacientů – čekatelů na transplantaci orgánů v současné době celosvětově převyšuje počet orgánů vhodných a především dostupných pro transplantační účely. Jednou z možností, jak rozšířit program transplantací kadaverozních orgánů, je odběr orgánů od dárců, kde smrt byla diagnostikována prokázáním nevratné zástavy krevního oběhu (DCD - donor after cardiac death).

Klíčová slova: transplantace, dárcé s nebijícím srdcem, DCD

ABSTRACT

The number of patients - waiting lists for organ transplants in the world currently exceeds the number of organs available and especially suitable for transplantation. One of the ways to expand the program cadaver organ transplants, the removal of organs from donors, where the death was diagnosed by demonstrating the irreversible collateral circulation (DCD - donor after cardiac death).

Keywords: transplantation, non-heart beating donor, DCD

1. ÚVOD

S odběry ledvin od dárců zemřelých po nevratné zástavě oběhu začalo v České republice jako první Transplantační centrum Fakultní nemocnice v Plzni v roce 2002. Později byl tento program uveden do praxe i v Transplantačním centru při Urologické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové, dále v Transplantačním centru IKEM a od roku 2015 i v Transplantačním centru Fakultní nemocnice Ostrava.

Podíl orgánů získaných od DCD dárců je v jednotlivých zemích značně odlišný, lze nicméně konstatovat stoupající podíl těchto dárců. V roce 2014 dosahoval počet DCD ve Španělsku 192 dárců, (4,1 dárců/milion obyvatel), v UK 505 DCD (7,9 dárců/milion obyvatel). V roce 2015 dosáhlo Španělsko počtu DCD 6,7 dárců /milion obyvatel a UK 548 DCD, což představuje 8,4 dárců/milion obyvatel. V České republice je počet DCD dárců výrazně nižší - v roce 2014 byly provedeny pouze 4 odběry od DCD (0,4 dárců/milion obyvatel). Za rok 2015 bylo v ČR

provedeno celkově 8 odběrů od DCD a v roce 2016 hlásí KST celkově 4 DCD.

Transplantační centrum Ostrava disponuje přístroji pro pulzatilní perfúzi odebraných ledvin určených pro transplantaci a díky tomu byl ve spolupráci s Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava zahájen program odběrů orgánů od DCD dárců. Za rok 2015 bylo provedeno celkem 31 odběrů od zemřelých dárců, z toho 4 byly odběry ledvin od DCD. V roce 2016 bylo provedeno v ostravském centru 21 odběrů, z toho dva byly odběry ledvin od DCD.

Všechny ledviny, transplantované od DCD v TxC Ostrava, vykazují funkčnost a pacienti byli propuštěni do domácího ošetřování.

Jak prokazují výsledky z jiných pracovišť, dochází u ledvin pocházejících od DCD dárců k pozdnímu pozvolnému nástupu funkce štěpu, ale krátkodobé i dlouhodobé přežívání ledvinných štěpů je srovnatelné s ledvinami odebranými od dárců

s prokázanou smrtí mozku. Novinkou Transplantačního centra Ostrava v roce

2017 je možnost vjíždět k tzv. vzdáleným odběrům, tedy k odběrům ledvin od DCD, do dárcovských nemocnic.

2. POUŽITÉ ZDROJE

KIESLICOVÁ, Eva. *Dárci orgánů*. Praha: Maxdorf, 2015, 334 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-451-7.

TŘEŠKA, Vladislav at al. *Transplantace ledvin od nebijících dárců*. Praha: Maxdorf, 2008, 102 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-167-7.

GLAC, Tomáš. *Transplantace orgánů - role transplantačního koordinátora*. Ostrava, 2011. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Vedoucí práce PhDr. Renáta Zoubková.

Koordinační středisko transplantací, *Transplantace orgánů v období od 1.1. do 31.12.2016 v ČR* Web site. Praha. 2016. [cit. 2017-10-1].

NUTRITION DAY VE FN OSTRAVA

PhDr. Renáta Zoubková^{2,1}

Mgr. Andrea Vylíčilová¹

Doc. MUDr. Milan Májek, CSc.²

PhDr. Z. Rybárová²

¹ KARIM FN Ostrava

² FZS SZU Bratislava

renata.zoubkova@fno.cz

ABSTRAKT

Mnoho pacientů po operacích, s traumaty, v intenzivní péči onemocní nozokomiálními infekcemi. V mnoha studiích bylo jednoznačně potvrzeno zvýšení mortality pacientů na JIP, kteří během pobytu v nemocnici dostanou infekci. Podávání speciálních nutričních substrátů snižuje riziko infekce u pacientů po operaci, po traumatech i u pacientů na JIP. Současně se snižuje délka hospitalizace, umělé plicní ventilace, v souvislosti s nižší spotřebou antibiotik a laboratorních vyšetření se snižují náklady na zdravotní péči. V rámci organizace Nutrition day ve FN Ostrava byla zorganizována edukace pacientů o významu výživy v předoperační i pooperační péči. Současně byl zhodnocen stav výživy u pacientů hospitalizovaných na standartních pracovištích i jednotkách intenzivní péče Interní kliniky, Chirurgické kliniky, Otorinolaryngologické kliniky, Stomatochirurgické kliniky.

Klíčová slova: výživa, nozokomiální nákazy, nutrition day

ABSTRACT

Many patients after surgeries, traumas, in intensive care sick nosocomial infections. Many studies have unequivocally confirmed by the increased mortality of patients in the ICU who are staying in the hospital get an infection. Administration of special nutritional substrates reduces the risk of infection in patients after surgery, after trauma and in patients in the ICU. At the same time reduces the length of hospital stay, mechanical ventilation, in connection with a lower consumption of antibiotics and laboratory tests to reduce health care costs. Within the organization Nutrition Day at University Hospital Ostrava was organized patient education about the importance of nutrition in preoperative and postoperative care. It was also evaluated the nutritional status of patients hospitalized for standard workplaces and ICU Clinic of Internal Medicine, Department of Surgery, Otorhinolaryngology Clinic, Dental Clinic.

Keywords: nutrition, nosocomial infection, nutrition day

1. ÚVOD

Nutrition Day je mezinárodní aktivita, mapující stav nutriční péče v lůžkových zařízeních. Za účasti společnosti ESPEN (

Evropská společnost klinické výživy a metabolismu) byla poprvé zahájena v roce 2005 v Rakousku a v roce 2006 oficiálně zahájila činnost napříč Evropskými nemocničními zařízeními. Cílem této

mezinárodní aktivity je v každoročním průzkumu zhodnotit stav výživy u pacientů v lůžkové i ambulantní části nemocnic.

CÍL NUTRITION DAY ve FN Ostrava

- zvýšit povědomí o významu výživy v předoperační přípravě pacientů s ohledem na optimální průběh období léčby i rekonvalescence,
- zhodnotit nutriční stav u hospitalizovaných pacientů,
- edukace pacientů a návštěvníků polikliniky o významu výživy v rámci předoperační a pooperační péče a v průběhu rekonvalescence

2. VÝZNAM VÝŽIVY

Podvýživa představuje závažný medicínsko-sociálně-ekonomický problém, který souvisí s výskytem komplikací v průběhu léčebné péče. Ovlivňuje tak morbiditu i mortalitu nemocných, délku hospitalizace včetně nákladů s léčbou spojených. Je prokázáno, že malnutrice zvyšuje výskyt pooperačních komplikací, zhoršuje průběh hojení, rekonvalescenci pacienta.

Některá akutní a chronická onemocnění mohou být způsobena nedostatkem živin. Jiné choroby jsou zase vyvolané jejich nadbytkem. Po bouřlivém rozvoji parenterální výživy na počátku osmdesátých let dochází nyní k podrobnému propracování režimů nutriční podpory za různých situací. Důležitým úkolem je převod teoretických i praktických poznatků z oblasti umělé výživy do praxe. Stále se ještě poměrně často uplatňuje názor, že krátkodobé hladovění je pro nemocného bezvýznamné nebo že je dokonce prospěšné. Právě u nemocných v těžkých stavech, u nichž jsou ohroženy základní životní funkce a kteří jsou již z důvodu základního onemocnění v katabolickém stavu, může hladovění vést k prohloubení katabolismu s řadou negativních důsledků, často i fatálních.

3. MALNUTRICE A JEJÍ DŮSLEDKY

Patří zde především zhoršená transportní funkce krve - změny v dostupnosti léků a hladin jejich volné frakce – zvláště u proteinové malnutrice.

V důsledku snížení hladiny viscerálních proteinů dochází k poruše přenosu jednotlivých živin a jejich utilizaci, včetně medikamentů. Může dojít ke změně hladiny volných medikamentů se snížením účinku léků či naopak zvýšení hladiny volné frakce účinné látky.

Dalším důsledkem je nepochybně snížení svalové síly, které má za následek zhoršení hybnosti, zvýšení rizika tromboembolických příhod. V důsledku zhoršeného vykašlávání stoupá frekvence výskytu bronchopnemonií. Imobilita společně s podkožním edémem potencuje vznik dekubitů, zvláště při současném užívání kortikoidů.

Současně dochází ke snížení imunitních funkcí - buněčné i humorální, zvýšené riziko bronchopneumonie, infekce urogenitálního traktu, riziko katérové sepse až septického stavu např. po bakteriální kontaminaci centrálního žilního katétru. Tato rizika jsou potencována při současné imunosupresivní či kortikoidní terapii. Snížená obranyschopnost nemocných v kritickém stavu vede k masivní kolonizaci patogenními nebo potenciálně patogenními mikroby v přímé souvislosti s délkou pobytu v nemocnici. To pak vede k rozvoji nozokomiálních nákaz, jejichž výskyt je na pracovištích intenzivní péče poměrně vysoký. Sepse představuje celospolečenskou závažnost, která je dána stoupající incidencí a nepřijatelně vysokou mortalitou. Literární zdroje uvádějí 350 000 úmrtí na těžkou sepsi ročně (USA a Evropa), náklady na léčbu přesahují 26 miliard eur.

Následkem malnutrice dochází k zhoršenému hojení ran a zvýšené tvorbě dekubitů. Malnutrice komplikuje hojení ran i střevních anastomóz. Vede ke vzniku dehiscencí, pooperačních píštělí a abscesů.

Při neadekvátní výživě mohou vznikat infekční i neinfekčních komplikace. Nejčastější je infekce močových cest, katérová seps, bronchopneumonie, zvýšené riziko tromboembolických onemocnění.

Při karenci bílkovin mohou vznikat hypoalbuminemické edémy až anasarka.

Prosáknutí střevní sliznice vede ke zhoršené absorpci živin.

4. VLIV HLADOVĚNÍ NA PRŮBĚH CHIRURGICKÉHO VÝKONU

Noční hladovění způsobuje:

- Vyčerpání zásob glukózy (glykogen v játrech) ještě před chirurgickým výkonem (zásoba na 24-36hod.).
- Rozvoj stresové odpovědi organismu ještě před chirurgickým výkonem:
 - negativní dusíkovou bilanci
 - úbytek proteinových zásob (svalstvo)
- Inzulínovou rezistenci :
 - příznaky jako neléčený DM II. typu
 - zvýšené riziko infekce
 - špatné hojení ran
 - dehydratace

5. ZÁVĚR

Nutrition day ve FN Ostrava byl zorganizován KARIM FN Ostrava, která od roku 2015 nabízí konzultaci Nutričního specialisty v rámci předoperační, pooperační péče i podporu optimální rekonvalescence u pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní a resuscitační péče. Organizace proběhla za spolupráce s vyučujícími a studenty oboru Nutriční terapeut LF, Ostravské univerzity, vrchních a staničních sester kliniky chirurgické, interní, otorinolaryngologické a stomatochirurgické, nutričních terapeutů ve FN Ostrava, za

podpory technického zázemí a tiskového mluvčí FN Ostrava, kterým patří velké poděkování.

Výsledky šetření budou prezentovány na odborných konferencích a ústavním semináři věnovaným problematice výživy v předoperační a pooperační péči.

6. POUŽITÉ ZDROJE

ALBERTI C, et al. *Epidemiology of sepsis and infection in ICU Patients from an International Multicenter Cohort Study*. Intensive Care Medicine, 28, s. 108-21

ANDĚL, M., BENEŠ, P. 1999. *Výživa nemocných v těžkých stavech. Parenterální výživa*. 3. dopl. vyd. Brno:IVVZP,1999.s.101. ISBN 80-7013-271-X.

BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Nozokomiální nákazy*. 2007, roč.6, č.4, s.14 – 22. ISSN 1336-3

JAHODA, J.: *Praktické zkušenosti s léčbou těžkých infekcí v souvislostech*. Přednáška: Posgraduální kurs SEPSE a MODS. Ostrava, 24.-26.1.2007.

JAHODA, J.: *Kontraverze enterální výživy kriticky nemocných*. Intenzivní péče v traumatologii. 8. dny intenzivní medicíny v Kroměříži, 20.-22.6.2001. Přednášky. (2001), s. 169-171

MUSIL, D. *Klinická výživa a intenzivní metabolická péče*. 1. vyd., Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. s.109. ISBN 80-244-0566-0 .

KULA, R.. *Těžká seps – lze jí předejít?* In: *Postgraduální medicína*, květen 2004, č.6, s. 616 – 621 SATINSKÝ, I.: *Umělá výživa a pooperační komplikace*.1.vyd. Praha: Typograf, 2006. s. 90. ISBN 80-239-6595-

ANALIZA CZYNNIKÓW ZAPALNYCH W RESPIRATOROWYM ZAPALENIU PŁUC U CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE NA ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

Adriana Borodzicz, Sylwia Krzemińska, Marta Arendarczyk

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

adriana.borodzicz@umed.wroc.pl

ABSTRAKT

Klíčová slova: VAP, intenzywna terapia, pielęgniarstwo

1. ÚVOD

Stosowanie mechanicznej wentylacji i korzystanie ze złożonych sposobów leczenia przyczyniło się do wyodrębnienia w szpitalach odpowiednio do tego przystosowanych i wyposażonych pomieszczeń, które wchodzi w skład oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Oddział tego typu niesie ze sobą wyższe ryzyko występowania zakażeń szpitalnych nabytych na tym oddziale. Najczęściej występującym zakażeniem związanym z wentylacją mechaniczną jest odrespiratorowe zapalenie płuc (VAP).

Celem pracy było określenie jaki czynnik mikrobiologiczny wpłynął na wystąpienie respiratorowego zapalenia płuc u pacjenta przyjętego na oddział anestezjologii i intensywnej terapii i jak kształtowały się w poszczególnych dniach hospitalizacji wartości białka CRP, leukocytów, temperatury, wartości PH, pCO₂, pO₂, wydzielinę z drzewa oskrzelowego, wynik badania RTG płuc oraz czy pomiędzy danymi czynnikami występowała jakaś współzależność.

2. METODY

Metodą badawczą zastosowaną w pracy jest studium przypadku pacjenta hospitalizowanego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z rozpoznaniem respiratorowym zapaleniem

płuc, który był wentylowany mechanicznie.

W trakcie analizy dokumentacji medycznej oceniano kształtowanie się poszczególnych wykładników, które są odpowiedzialne za rozpoznanie respiratorowego zapalenia płuc. Analizowano dokumentację medyczną z okresu 14 dni.

3. WYŚLEDKY

W 9 dobie hospitalizacji zdiagnozowano u pacjenta respiratorowe zapalenie płuc. Wartości czynników zapalnych takich jak: CRP, leukocyty znacznie przewyższały normę natomiast temperatura ciała była nieco podwyższona tylko w określonych dniach. Wykazano również zależności pomiędzy wyżej wymienionymi czynnikami zapalnymi a wynikami gazometrii krwi w tym PH, pCO₂ i pO₂.

4. ZÁVĚR

1. Czynnikiem bakteriologicznym, który spowodował wystąpienie respiratorowego zapalenia płuc u pacjenta hospitalizowanego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii była bakteria *Acinobacter Baumanii*.
2. Podczas zdiagnozowania respiratorowego zapalenia płuc z

drzewa oskrzelowego odsysano ropną wydzielinę.

3. Wartość leukocytów u pacjenta hospitalizowanego na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w 8 dniu leczenia, kiedy pobrano materiał do badania mikrobiologicznego przekraczały 4 krotnie górną granicę normy.
4. Wartości CRP w określonych dniach miały wartości zmienne. Wartość z 1 dnia mogła świadczyć o już toczącym się stanie zapalnym w organizmie pacjenta.

5. POUŽITÉ ZDROJE

1. Karpel E.: Zapalenie płuc związane z zastosowaniem wentylacji mechanicznej (VAP – Ventilator Associated Pneumonia) – ocena postępu intensywnej terapii. W: „Zakarzenia” Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, 2009, Tom 9 (5) wrzesień - październik, s. 25 – 33.
2. Łukaszewski M.: Zapalenie płuc związane z wentylacją mechaniczną. Nowe zasady w profilaktyce, diagnostyce i terapii VAP (Ventilator Associated Pneumonia) według wytycznych ATS (American Thoracic Society) 2005. W: Intensywna medycyna ratunkowa. Podstawy wentylacji mechanicznej, Tom 9, 2/2006, s. 199 – 202.

ZASTOSOWANIE SYSTEMOWEJ DEKOLONIZACJI CHLORHEKSYDYNĄ W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII

Sylwia Krzemińska, Karola Lentka-Bera, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
Sylwia.krzeminska@umed.wroc.pl

ABSTRAKT

Klíčová slova: chlorcheksydyna, dekolonizacja, intensywne terapia, pielęgniarka

1. ÚVOD

Zakażenia szpitalne dotyczą 5–20% pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych [1]. Są dużym problemem dla placówek udzielających świadczeń zdrowotnych, ponieważ wpływają na wydłużenie czasu pobytu chorych w szpitalu i prowadzą do zwiększenia kosztów leczenia. Zakażeń szpitalnych nie da się wyeliminować. Były i są nieodłącznym elementem leczenia. Na zakażenia szpitalne szczególnie narażeni są pacjenci oddziałów intensywnej terapii. Chorzy, u których stwierdza się infekcje, stanowią 45–60% pacjentów tych oddziałów, a u 1/4 z nich są to zakażenia szpitalne [1]. Specyfika leczenia na OIT, wynikająca z ciężkiego stanu pacjenta, immunosupresji, inwazyjnego monitorowania, wentylacji mechanicznej czy żywienia pozajelitowego powoduje, iż w Polsce, mimo dość małego odsetka chorych leczonych na OIT (5–7%), zakażenia szpitalne zdarzają się 5–10 razy częściej niż na innych oddziałach szpitalnych [1]. Jedną z metod zapobiegania zakażeniom jest stosowanie odpowiednich środków do mycia i pielęgnacji pacjentów.

2. METODY

Metodą użytą w pracy była obserwacja pracy pielęgniarek na oddziale intensywnej terapii oraz analiza i próba określenia czy metoda ta jest skuteczną w celu ograniczania zakażeń u pacjentów oraz czym różni się od tradycyjnej metody mycia pacjentów.

Obserwacji dokonywano w okresie 3 miesięcy, w których wykonano 1522 toaletu u 284 pacjentów oddziału intensywnej terapii. Myjki nasączone glukonianem chlorcheksydyny zastępowały rutynowe środki do mycia chorych w OIT. Myjki były podgrzewane w specjalnej szafie w celu zwiększenia komfortu pacjentów. Każdy chory miał wykonaną toaletę ciała przy pomocy jednej paczki myjek- 6 sztuk w określonej standardem kolejności. Po umyciu ciała chorych myto również dren i cewniki do odległości 15 cm od ciała. Myjki są bezpieczne do używania w oolicy pachwin z uwzględnieniem zewnętrznych błon śluzowych oraz ran powierzchniowych i odleżyn do 2 stopnia. Myjki po użyciu były wyrzucane do kosza a pielęgniarki po zakończeniu toalety wypełniały stosowną dokumentację.

3. VÝSLEDKY

Czes potrzebny do wykonania toalety metodą tradycyjną to ok 60 minut na każdego chorego. Czas potrzebny do wykoanania toalety metodą myjek – 26 minut.

W metodzie tradycyjnej konieczne było użycie miski z wodą, detergentu, środka nawilżającego skórę, a toaleta całosciowa składała się z mycia ciała, mycia głowy, toalety jamy ustnej oraz zmiany pościeli. W metodzie z użyciem myjek konieczne było: opakowanie myjek i algorytm ich użycia, a toaleta całosciowa składała się z mycia

ciała myjkami, mycia głowy, toalety jamy ustnej oraz zmiany pościeli – co znacznie skracało czas wykonania i pprawiało wygodę personelu.

4. ZÁVĚR

1.Procedura mycia chorych przy pomocy myjek z chlorcheksydyną jest prosta , skuteczna i bezpieczna.

2. eliminuje miski z wodą i związaną z tą metodą dekontaminację.

3.Metoda ta redukuje istotnie zakażenia w OIT [2].

5. POUŽITÉ ZDROJE

1. Dzierżanowska D: Postacie kliniczne zakażeń szpitalnych. Wyd. alfa- - medica Press. Bielsko-Biała 2007: 40–62
2. Kulpa K., Kubler A., et all.: Wpływ codziennej dekolonizacji skóry chlorcheksydyną na zakażenia szpitalne w oddziale itenywnej terapii. I polski Kongres Pokonać Sepsę. Wrocław 2015

MEZINÁRODNÍ PROJEKT MULTIKULTURNÍ PÉČE NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE V EVROPĚ: MULTICULTURAL CARE IN EUROPEAN INTENSIVE CARE UNITS

POSTER

Darja Jarošová

Ivana Nytra

Renáta Zeleníková

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

darja.jarosova@osu.cz

ivana.nytra@osu.cz

renata.zelenikova@osu.cz

ABSTRAKT

Poster prezentuje projekt s mezinárodní účastí, který je zaměřen na aktuální téma péče o pacienta v kontextu multikulturní péče. Cílovou skupinou jsou sestry pracující na jednotkách intenzivní péče – jejich multikulturní kompetence, znalosti, dovednosti a vzdělávací potřeby v této oblasti. Na projektu spolupracují 4 evropské země a Evropská federace odborných společností pro intenzivní péči – EfCCNa. Projektu se zúčastní 520 sester intenzivní péče. Základní cíle projektu zahrnují analýzu multikulturních dovedností a edukačních potřeb sester, příprava e-learningového kurzu a doporučení pro zlepšení zdravotnické dokumentace v kontextu multikulturní péče. Projekt byl zahájen 1. 10. 2016, nachází se tedy v počáteční fázi, cílem které je analýza multikulturních kompetencí a vzdělávacích potřeb sester v intenzivní péči. Výsledky projektu budou pravidelně prezentovány odborné společnosti.

Klíčová slova: multikulturní ošetrovatelství, kulturní kompetence, vzdělávací potřeby, intenzivní péče, sestry, Evropa

ABSTRACT

The poster presents project with international participation, which focuses on the topic of patient care in the context of multicultural care. The target group are nurses working in intensive care units - their multicultural competence, knowledge, skills and training needs in this area. Four European countries and the European federation of Critical Care Nursing associations – EfCCNa cooperate on this project. 520 intensive care nurses will participate. The basic objectives include analysis of multicultural skills and educational needs of nurses, preparation of e-learning course and recommendations for improving medical documentation in the context of multicultural care. The project was launched Oct. 1, 2016, it is therefore at

the initial stage - analysis of multicultural competence and educational needs of nurses in intensive care. The project results will be regularly presented to the professional company.

Keywords: multicultural nursing , cultural competences, educational needs, intensive care, nurses, Europe

1. ÚVOD

Projekt Multikulturní péče na jednotkách intenzivní péče v Evropě – Multicultural Care in European Intensive Care Units, MICE (číslo projektu: 2016-1-PL01-KA202-026615) reaguje na aktuální geopolitickou situaci v Evropě. Vznikl ve spolupráci s odborníky v oblasti intenzivní péče a jiných odborností z Polska, Slovinska, Nizozemí a České republiky pod záštitou Evropské federace odborných společností pro intenzivní péči – European federation of Critical Care Nursing associations, EfCCNa. Cílem projektu je zvýšit kompetence, zlepšit znalosti

a dovednosti sester v péči o pacienty s různými kulturními potřebami ve specifickém prostředí intenzivní péče.

2. METODY

Cíle projektu jsou:

1. analýza multikulturních kompetencí a edukačních potřeb sester na jednotkách intenzivní péče (příprava metodologie analýzy, literární review, příprava dotazníku, realizace dotazníkového šetření, závěrečná zpráva);

2. příprava kurzu (příprava sylabu, obsahu kurzu, implementace kurzu do e-learningové podoby, testování kurzu na 120 sestřích, úprava a zlepšení kurzu, tvorba doporučení ke kurzu);

3. doporučení pro zdravotnickou dokumentaci;

4. diseminace výstupů projektu po celé Evropě.

Projektu se přímo zúčastní 520 sester intenzivní péče, z toho 400 sester se bude podílet na analýze kompetencí a edukačních potřeb v oblasti multikulturní péče. E-learningový kurz absolvuje 120 sester.

Projekt bude realizován v období od 1. 10. 2016 do 30. 9. 2018.

3. VÝSLEDKY

Projekt se nachází v počáteční fázi, ve které se pracuje na metodologii analýzy multikulturních kompetencí a edukačních potřeb sester v intenzivní péči. Během prosince a ledna bude realizováno literární review na jehož základě bude vytvořen dotazník pro sestry v intenzivní péči, v angličtině. Ten bude přeložen do národních jazyků zúčastněných zemí. Tým předloží dotazníkové šetření etické komisi. Po jeho schválení bude zahájena realizace šetření, kterého se zúčastní 120 sester z různých zemí Evropy.

Výsledky projektu budou pravidelně prezentovány na odborných seminářích, konferencích, ve výuce, na stránkách projektu a sociálních sítích.

4. DISKUSE

Pacienti v kritickém stavu a jejich rodiny z kulturně odlišného prostředí mají právo na kulturně senzitivní péči. Proto sestry v intenzivní péči mají disponovat příslušnými znalostmi, dovednostmi, aby respektovali a efektivně naplňovali kulturní potřeby pacientů a jejich rodin.

Mezinárodní tým řešitelů projektu denně komunikuje prostřednictvím online prostředí www.adminproject.eu. Během projektu jsou naplánována čtyři pracovní setkání členů týmu – v Polsku, Německu, Slovinsku a České republice.

5. ZÁVĚR

Neznalost potřeb pacientů a jejich blízkých v kontextu kulturních odlišností může vést k závažnému nedorozumění mezi personálem

a pacientem, odmítnutí spolupráce pacienta, až k jeho agresi. Devalvace a podcenění důležitosti rituálů, kulturních hodnot, přesvědčení může být považováno za projev neúcty k důstojnosti pacienta.

6. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

MICE - Multicultural Care in European Intensive Care Units.

EfCCNa - European federation of Critical Care Nursing associations.

7. POUŽITÉ ZDROJE

EfCCNa Annual Report 2015. European federation of Critical Care Nursing associations – EfCCNa. [online]. [cit. 27.

listopadu 2016]. Dostupné na: http://www.dgf-online.de/wp-content/uploads/EfCCNa-2015_Annual_Report.pdf

About project. MICE Multicultural Care in European Intensive Care Units. [online]. [cit. 27. listopadu 2016]. Dostupné na: <http://mice-icu.eu/>

Podpořeno projektem EU Erasmus+ 2016-1-PL01-KA202-026615 Multicultural Care in European Intensive Care Units

KOMUNIKACE S LIDMI TRPÍCÍMI ZTRÁTOU.

Mgr. Jana Woleská

FN v Praze v Motole

FF-UK Praha - katedra psychologie

Technická univerzita v Liberci – Fakulta zdravotnických studií.

Ztráta blízkého člověka je něco, s čím se každý člověk v životě setká. Nikdy se na smrt blízkého člověka nelze dost připravit. I tam, kde smrt můžeme očekávat, nás zraňuje. Odhad takového zranění je velmi nepřesný. Vždy je důležité koho, proč a jak ztrácíme. Elisabeth Kübler Rossová popisuje stádia adaptace na nevyléčitelnou nemoc. Tato stadia jsou různě uspořádána autory, zahrnují šok, popření, střídání agrese s depresí, smlouvání, smíření, umírání a možnost návratu stádií v libovolném pořadí. Podobně lze popsat adaptaci na ztrátu blízkého člověka, jen stádium smlouvání, nazveme stádiem vysvětlování si. Zdůvodňování vzniklé situace, abychom si zvykli, přijali ji, unesli. Nabízí se mnoho otázek: Kolik toho sami uneseme? Kdy už potřebujeme pomoc? V čem spočívá pomoc? Či pomoc potřebujeme? Potřebujeme pomoc odborníka? Kdo je odborník? Jak se pozná, že je nám potřeba pomoci? Jak se pozná, že nám bylo pomoheno? Pomoc je potřeba vždy nabídnout. Někdy je pomoci jen to, že je nabídnuta a nemusí být nic víc. Nabídka by měla zaznít ve smyslu, jsme tu pro Vás a jsme připraveni hovořit o čemkoliv. Pomoc je tak nabídnuta, není vnucována, ale ani opomenuta.

Člověk jež ztrátu utrpěl, se může sám rozhodnout zda-li komunikaci chce, potřebuje, přijme, či odmítne.

Klíčová slova: Ztráta, blízký člověk, smrt, komunikace, pomoc.

POUŽITÉ ZDROJE

[ŘÍČAN 2014] Říčan, P.: *Cesta životem. Vývojová psychologie*. Portál, Praha 2014, ISBN 978-80-262-0772-6

[AGRYLE 1994] Agryle, M.: *The Psychology of interpersonal behavior*. Penguin, books, Suffolk 1994. ISBN 0-14-017274-2

Woleskajana@yahoo.com

0042602128693

Publikace neprošla jazykovou úpravou ani autorskými korekturami.
Autor nenese zodpovědnost za údaje a názory jednotlivých příspěvků.

Sborník příspěvků

Název: IV. postgraduální kurz sester v intenzivní péči – Colours of Sepsis 2017

Autor: PhDr. Renáta Zoubková

Vydavatel: KARIM FN Ostrava ve spolupráci s LF OU v Ostravě

Počet stran: 45

Náklad: 50 ks

Vydání: 1.

Tisk: Reprstudio 3C

ISBN: 978-80-88159-51-3