



ČESKÁ  
CHIRURGICKÁ  
SPOLEČNOST  
ČLS JEP



# NÁRODNÍ CHIRURGICKÝ KONGRES

*„OBOROVÁ RŮZNORODOST SPOJUJE“*

**10. - 12. 5. 2023**

**CUBEX CENTRUM PRAHA**

# SBORNÍK ABSTRAKT ZPNO

[www.narodni-kongres-cchs.cz](http://www.narodni-kongres-cchs.cz)

## Mateřství se stomií

**Mgr. Monika Antonová<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>FN Brno chirurgická klinika, Brno Bohunice, Česká republika

V dnešní době jsou již s těhotenstvím se stomií dostatečné zkušenosti. Při dobře fungující mezioborové spolupráci a spolupráci pacientky je otěhotnění se stomií možné, pokud to dovolí základní onemocnění, které, ke stomii vedlo. Problematická situace nastává, je-li nutný neplánovaný operační zákrok, končící stomií, u již gravidní pacientky.

První z kazuistik přibližuje průběh a komplikace gravidity u pacientky s IBD.

Další dvě kazuistiky prezentují těhotenství a mateřství komplikované vznikem stomie.

Cílem prezentace je zdůraznit, že mateřství se stomií je možné a každý nový život se stává výraznou pozitivní motivací pro celý multioborový tým, který o pacienty se stomiemi pečuje.

## Multioborový přesah práce sestry ADP BonumFinem

**Andrea Barletta**

<sup>1</sup>Bonumfinem A.s.

Úvod - práce sestry ADP, teorie, současná legislativa

Cíle - seznámení s nároky, specifiky práce sestry v ADP BonumFinem, multioborovost, náročnost, zajímavosti + fotodokumentace

Závěr - zhodnocení působení v oboru ADP za posledních deset let, vývoj, vize do budoucna

Kazuistiky, fotodokumentace.

## Dobrovolníkem v Azylovém domě Armády spásy

**Mgr. et Mgr. Jitka Dresslerová<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>FN Brno Bohunice, , Czech Republic

Účastníkům bych ráda sdělila svoje zkušenosti z působení v Azylovém domě AS, upozornila na úzkou souvislost mezi sociální pohodou a zdravotním stavem klientů bez domova. Absence zdravotnických profesionálů v těchto zařízeních má za následek nedostatek ošetrovatelské péče, cílené osvěty, edukace, zhoršování fyzického i psychického stavu klientů.

Na závěr - námět k zamyšlení a také doporučení z vlastní praxe .

## Stenóza stomie, umíme jí zabránit?

**Mgr. Kateřina Drlíková<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Chirurgická Klinika 2. LF UK a FN Motol, , Czech Republic

Stenóza stomie. Které stomie jsou ohroženy stenózou. Mechanismus vzniku, jakým způsobem můžeme zabránit jejímu vzniku správnou ošetrovatelskou péčí, faktory které ovlivňují její vznik. Dilatace, pravidla, definitivní řešení. Kazuistiky.

## Urgentní příjem - all in one

**Mgr. Jana Flajšingrová<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Fakultní nemocnice Brno, Brno, Česká republika

Vysokoprahový urgentní příjem slouží k příjmu pacientů v bezprostředním ohrožení života nebo se selháváním základních životních funkcí. Poskytuje péči pro akutně nemocné či zraněné pacienty, jejichž stav vyžaduje provedení diagnostiky a zahájení léčby v co nejkratším možném čase. Nejčastěji se jedná o traumatizované pacienty, pacienty po resuscitaci, pacienty se srdečním nebo respiračním selháním, cévní mozkové příhody a těžké intoxikace. Je nutno respektovat individuální variabilitu pacientů. Komentovanými kazuistikami jsou prezentovány reálné případy z praxe, je zmíněna bezpečnost a nutnost precizní multioborové spolupráce.

Klíčová slova: urgentní příjem, rychlost, bezpečnost, multioborová spolupráce

High-threshold emergency admission is used to admit patients in immediate danger of life or with failure of basic vital functions. It provides care for acutely ill or injured patients whose condition requires diagnosis and initiation of treatment in the shortest possible time. Most often, these are traumatized patients, patients after resuscitation, patients with heart or respiratory failure, strokes and severe intoxication. It is necessary to respect the individual variability of patients. Commented case studies present real cases from practice and the necessity of safety and precise multidisciplinary cooperation is mentioned.

Keywords: emergency, speed, safety, multidisciplinary cooperation

## TEP ramene – kazuistika

**Mgr. Petra Helekalová<sup>1</sup>, Bc. Tereza Hemerková<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí, Czech Republic

V prezentaci Vám představíme kazuistiku, kde je pacient po operaci, náhradě ramenního kloubu a do rehabilitačního ústavu přijel s velkými bolestmi. V teoretické části se zabýváme anatomií ramenního kloubu, jeho kineziologií a základní biomechaniku ramenního kloubu. V praktické části se již věnujeme samotnému pacientovi, jeho léčbou, seznámíme Vás s rehabilitačním plánem a průběhem rehabilitace. Představíme všechny použité metody, které byli pacientovi indikovány a procedury, které pacient absolvoval. Cílem práce je ukázat důležitost včasné rehabilitační péče po totální endoprotéze ramenního kloubu a předcházet tím dalším patologiím pacienta. Závěrem zhodnotíme zlepšení z pohledu pacienta i terapeuta.

## Evidence zdravotnických prostředků ve FN Ostrava

**PhDr. Andrea Polanská, MBA<sup>1</sup>, Mgr. Hana Horelová<sup>2</sup>, Mgr. Radomír Tvrdý<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>FN Ostrava, Ostrava, Česko, <sup>2</sup>FN Ostrava, Ostrava, Česko, <sup>3</sup>FN Ostrava, Ostrava, Česko

Rádi bychom vám představili praktické zkušenosti s plněním zákonem stanovených povinností poskytovatele zdravotních služeb při používání a evidenci zdravotnických prostředků ve smyslu zejména ustanovení §39 a násl. Zákona č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro a prováděcích předpisů k tomuto zákonu.

Na základě těchto zákonných požadavků pro zajištění poskytování zdravotní péče vhodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky bylo do provozu Fakultní nemocnice Ostrava zavedeno načítání zdravotnických prostředků pomocí UDI. Za použití identifikačních náramků jsme docílili elektronickou evidenci těchto přístrojů u jednotlivých pacientů ve zdravotnické dokumentaci NIS. Obsluha přístroje načte scannerem náramek pacienta

a přístroj, který je rovněž opatřen čárovým kódem. Tyto údaje se spolu s datem přenášejí do definovaného úložiště. Benefit je definován úsporou v množství spotřebovaného papíru, eliminací chybovosti a zvýšením komfortu při zadávání potřebných údajů. Pilotně proběhlo načítání zdravotnických prostředků na pracovišti jednotky intenzivní péče Chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Následně byla zmíněna evidence zavedena do provozu celé FN Ostrava.

## Anatomie správného rozhodnutí

**prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych<sup>1</sup>,**

<sup>1</sup>Národní Ústav Duševního Zdraví, Klecany, ČR

V přednášce budou shrnuta zkrácení, ke kterým dochází při našem rozhodování vinou špatného odhadu pravděpodobnosti a špatného odhadu hodnot. S odkazem na práce Daniela Kahnemana a Amose Tverskyho bude popsán rozdíl mezi intuitivním a racionálním posuzováním, resp. mezi rychlým a pomalým myšlením, při jejichž volbě se uplatňuje mj. též míra stresu a tlak času. K dalším faktorům, jež ovlivňují naše rozhodování, patří tzv. default efekt, efekt návnady (decoy effect), chyba kotvení (bias indukovaný úvodní informací), efekt rámce (framing effect), averze ke ztrátě, konfirmační bias, status quo bias, bias autority, efekt vlastnictví, omyly v plánování, efekt přehnané sebejistoty a chyba slepého bodu. Paradoxem volby je, že zvýšená škála možností (alternativ) nemusí nutně vést k vyšší spokojenosti s výsledkem rozhodnutí. Příliš mnoho možností ve skutečnosti brání naší schopnosti užít si a ocenit to, co volíme. Charakter volby je také do značné míry podmíněn typologií osobnosti. Ve vztahu k volbě se rozlišují dva hlavní osobnostní typy, tzv. uspokojovači (satisficers) a maximizátoři (maximizers). Při pokusu ovlivnit jejich volbu nebo zvýšit jejich adherenci např. k léčbě je třeba k nim volit zcela odlišný psychologický přístup. Paradox volby je ovlivněn jednak novostí situace, jednak prostředím a časem pro uskutečnění rozhodnutí. Důležitou technikou při ovlivnění volby je tzv. pošouchnutí (nudge). V přednášce budou uvedeny konkrétní příklady jednotlivých faktorů, pravděpodobnostní výpočty a ukázky různých zkrácení (bias).

## Pacient po levostranné pankreatektomii klasické a robotické – první zkušenosti z praxe

**Bc. Jana Hrachovinová<sup>1</sup>, Bc. Kristýna Stejskalová<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Chirurgická klinika, Olomouc, Česká Republika, <sup>2</sup>Chirurgická klinika, Olomouc, Česká Republika

Cíl práce: Cílem přednášky je porovnat standardní pooperační průběh u pacienta operovaného metodou klasické levostranné pankreatektomie s metodou robotické operace.

Shrnutí: V této prezentaci se věnujeme ošetrovatelské péči o pacienty po klasické a robotické levostranné pankreatektomii. Srovnáme výhody a nevýhody obou operačních metod z pohledu pooperační ošetrovatelské péče.

Součástí přednášky je fotodokumentace a zkušenosti sester s péčí o pacienty v pooperačním období na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení.

## Optimismus, zbraň proti depresi a úzkosti.

**doc. PhDr. Laura Janáčková, CSc.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Vfn v Praze, Czech Republic

Přednáška poukazuje na růst stresu, deprese a úzkosti u zdravotnického personálu. Dle výzkumu Psychiatrické kliniky VFN v Praze prováděného v letech 2015 až 2018 trpí 12 % zdravotnického personálu depresivními syndromy. Populační průměr je 7 %. Přednáška dále ukazuje jak stresu, úzkosti a depresi předcházet a eliminovat je v profesním i osobním životě. Podrobněji seznamuje

s determinanty optimismu, štěstí a duševní pohody. Dle Oxford Guides to Cognitive Behavioural Therapy jsou determinaty štěstí dány z 50 % genetickým základem, ze 40 % je může jedinec svým chováním a jednáním ovlivnit, a jen z 10 % jsou tvořeny vnějším prostředím. Je zde vysvětlena teorie dynamického ekvilibria a též jsou rozvedeny praktické návody jak se učit optimismu a prožívat pocit štěstí.

## Syndrom diabetické nohy v chirurgii a jeho léčba pomocí vlhkého hojení CERDAK

Bc. Jana Janochová<sup>1</sup>, MUDr. Martin Kadlec<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nemocnice České Budějovice a.s., Chirurgické Oddělení, České Budějovice, Česká republika

Úvod: Syndrom diabetické nohy je jednou z chronických komplikací diabetu. V této práci se zabýváme především jeho chirurgickou léčbou a následnou péčí v odborné podiatrické ambulanci spadající pod chirurgické oddělení, uvádíme zde několik případů léčby pomocí vlhkého hojení krytím CERDAK.

Cíle: Cílem naší práce je zjistit vliv použití vlhkého krytí CERDAK na léčbu syndromu diabetické nohy v chirurgické ambulanci.

Metodika: Sběr dat probíhal formou dokumentované léčby konkrétních pacientů. Celkový počet pacientů zařazených do dokumentované léčby byl 17. Jednalo se o pacienty s různými typy defektů, kteří se léčili v podiatrické ambulanci.

Výsledky: Z analýzy jednotlivých případů vyplývá, že Cerdak lze považovat za velmi dobrou a univerzální alternativu pro krytí chronických defektů, a to zejména u syndromu diabetické nohy, kde je povševně známa špatná tendence k hojení. Oproti ostatním vlhkým krytím, jako gelům, medovým krytím či alginátovým krytím se stříbrem atd. vidíme výhodu v univerzálnosti - lze jej aplikovat i na ischemickou diabetickou nohu, kde podá-li se vlhké krytí, tak v důsledku chronické ischemie hrozí gangréna a ztráta končetiny. Pro aktivní absorpci jej s výhodou indikujeme na rány s hypersekrecí a na rány, kde VAC terapie může ohrozit spodinu, například obnaženou cévu a vést ke krvácení, navíc VAC terapii neindikujeme při ambulantní léčbě, odpadá zde tedy nutnost delší hospitalizace. Otazná je indikace k ukončení terapie při trvající hypersekreci ve fázi, kdy je defekt již čistý a delší dobu se nezměňuje, respektive v době kdy je potřeba podpořit epitelizaci - k tomuto ověření je třeba větší soubor pacientů. V rámci dokumentované léčby našich pacientů jsme se setkali i s negativní zpětnou vazbou stran indikace krytí Cerdak jak ze strany převazových služeb, tak praktických lékařů, kdy byl však důvod spíše v neochotě, obavách z vyzkoušení něčeho nového a nedostatečné informovanosti než z důvodu vlastních negativních zkušeností s krytím CERDAK.

Závěr: Pro univerzálnost a ověřený efekt je CERDAK plnohodnotným, pokrokovým a velmi často užívaným krytím v naší ambulanci.

## Role rehabilitačního ústavu na trhu poskytovatelů zdravotních služeb

Mgr. Světlana Jeřábková<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rehabilitační Ústav Brandýs Nad Orlicí, Brandýs Nad Orlicí, ČR

V prezentaci vysvětlují roli našeho zdravotnického zařízení v systému poskytovaných zdravotních služeb. Velice často jsou vynakládány nemalé finanční částky k léčbě pacienta v nemocnicích, specializovaných, vysoce specializovaných centrech. Následně je pacient přeložen na LDN, umístěn v DD, propuštěn domů apod. Jedná se vždy o správné rozhodnutí? Je to maximum, co pacient potřebuje a co pro něho můžeme udělat? V prezentaci nabízíme možnosti, jak postupovat a jak se vyznat v nabízených službách následné, dlouhodobé, rehabilitační péče. Při propuštění/překladu pacienta z akutních lůžek na následná lůžka je velice důležité, kam pacienta dáváme, o tom, kam pacient směřuje rozhoduje jeho ošetřující lékař. Měl by zohlednit jeho současný zdravotní stav, zda potřebuje rehabilitovat, potřebuje ošetřovatelská/sociální lůžka nebo je třeba regenerace či dokončit léčení chronického onemocnění. Dále je třeba zohlednit prodělané onemocnění, úraz, stav po CMP, stav po TEP kolene, kyčle, ev. další operace. Má lékař vždy všechny informace o tom, jaké spektrum služeb dané zařízení následné péče poskytuje? Jak funguje v praxi spolupráce lékař, sestra, zdravotně sociální pracovnice? Nemělo by nám stačit, že se uvolní lůžko, ale měli bychom pacienta přeložit, propustit tam, kam potřebuje nebo co vyžaduje jeho zdravotní stav. Jsou například rozdíly mezi láněmi a rehabilitačními ústavy. Pokud pacient po propuštění nemá správně vybranou následnou péči, může se jeho zdravotní stav zhoršit, stagnovat. Není spokojený pacient ani rodina, navíc se prodražuje jeho léčba a není ani efektivní. Nabízíme profesionální intenzivní rehabilitační péči na velice dobré úrovni. Zaměřujeme se na robotiku, neurorehabilitaci, máme dostatek odborníků ke zlepšení, udržení postury pacientů. Umíme objektivizovat rozsah jeho zlepšení, udržení rozsahu pohybu. Letos slavíme 125 let od založení RÚ, víme, že má naše práce smysl a že jí umíme. Akutní péče nás potřebuje a my potřebujeme jí, jsme spojené národy, které se navzájem ovlivňují. Pokud si budeme vzájemně naslouchat, můžeme společně zlepšit kvalitu života pacientů a rychleji je vracet do jejich domovů, k jejich běžnému životu a všichni to přece děláme pro pacienty.

## Walking Blood Bank - Válka na Ukrajině

Mgr. Petr Karmazin, MBA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ÚVN Praha, Praha 6, Česko

Úvod: Většina poranění ve válečných oblastech jsou způsobena penetrujícím mechanismem či tlakem. Penetrující poranění jsou zpravidla doprovázena masivním krvácením, ztrátovým poraněním a devastací tkání.

Jedním z tzv. preventabilních příčin úmrtí v poli je krvácení. Pokud jsme schopni zastavit zevní krvácení a na nezbytnou dobu ovlivnit vnitřní krvácení významně zvyšujeme šanci na přežití raněného.

Ukazuje se, že významnou roli v přežití hemoragických pacientů má (mimo jiné) včasné podání transfuzních přípravků (resp. plné krve). Tedy ideální čas zahájení transfuze je do 30 minut od poranění.

To může vypadat jako mission impossible. Nicméně pro specifické prostředí, např. speciálních jednotek existuje jednoduchá a vysoce efektivní možnost: Walking Blood Bank, tedy chodící krevní banka!

Sdělení: Presentace popisuje využití tzv. Walking Blood Bank, tedy transfuze čerstvé plné krve v reálném prostředí války v Ukrajině. Autor se zabývá implementací této jednoduché, ale velice užitečné dovednosti do praxe Sil speciálních operací UA.

Zvažuje možné využití v civilním prostředí.

Závěr: Podání čerstvé teplé plné krve je zásadě velice jednoduchý a finančně nenáročný proces. Pakliže základní bezpečnostní dodržujeme pravidla je benefit této techniky pro operátory speciálních sil nesmírný

## Ošetření trauma pacienta v přednemocniční neodkladné péči

**Mgr. Petr Karmazin, MBA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ÚVN Praha, Praha 6, Česko

Úvod: Dle CDC je hlavní příčinou úmrtí u populace od + roku života do 44 let TRAUMA!

Tedy prevence úrazů a nastavení funkčního systému zdravotní péče o ně by měl být ve zvýšené pozornosti laické i odborné veřejnosti.

Sdělení: Presentace popisuje systematický přístup k trauma pacientovi v přednemocniční neodkladné péči.

Systemetický přístup na bázi algoritmu cABCDE je jednoduchým, ale vysoce účinným nástrojem v rukou zdravotnických profesionálů.

Sdělení se zaměřuje na systematický přístup primárního ošetření kritického pacienta ohroženého hemorhagickým šokem.

Cílem je také poukázat na důležitost funkčního propojení přednemocniční a nemocniční neodkladné péče.

Závěr: Take home message mého sdělení je Take it Easy - u polytraumatizovaného pacienta v terénu nebo na odděleních prvního kontaktu někdy MÉNĚ ZNAMENÁ VÍCE!

## Roztoky v hojení ran – přehledně, srozumitelně, účelně

**Mgr. Markéta Koutná<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Geriatrická klinika, Praha 2, <sup>2</sup>Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Praha 2, Česká republika

Úvod: Skupina roztoků určených k hojení ran se stále rozrůstá. První sofistikované roztoky se objevily v České republice před 15 lety a v současné době je k dispozici šestnáct druhů originálních roztoků určených převážně k obkladům v rámci přípravy spodiny rány. Tento poměrně rozsáhlý soubor přináší pro zdravotnické profesionály více otázek týkající se indikace, rozdílu mezi jednotlivými typy, způsobu aplikace, kombinace s dalšími materiály a jiných informací.

Cíle: Presentace zodpovídá otázky, týkající se obsahu látek jednotlivých roztoků, expoziční doby, stability roztoků, pH, kontraindikace, vhodné aplikační formy a mnohých dalších parametrů spojených s aplikací roztoků.

Presentace rozděluje roztoky na tři, respektive čtyři základní skupiny s jejich vlastnostmi a účinky na mikrobiální buňku. Předkládá návrh pro adekvátní výběr typu roztoku určeného nejen k obkladům, monoterapii nebo jako součást podtlakové terapie.

Závěr: Aplikace roztoků je nedílnou součástí léčby rány zvláště u nehojících se ran v kombinaci s účelným débridementem a adekvátní expozicí působení roztoku v ráně. Podle klíčových parametrů je možné z rozsáhlého souboru roztoků pro klinickou praxi doporučit pouze několik druhů roztoků v závislosti na etiologii ran nebo medicínském oboru.

Klíčová slova: roztoky; hojení ran; aplikace; pH; expozice;

## Chirurgická stabilizace hrudní stěny a její význam

**Mgr. Hana Kurečková<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Fakultní Nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika

Poranění hrudníku patří mezi nejčastější traumata. Až v 90 % se jedná o tupá poranění hrudníku, z nichž jsou až ve 40 % spojená se zlomeninami žebere. Podstatou léčby není dokonalá anatomická rekonstrukce, ale dostatečná stabilizace hrudní stěny, která vede k obnově správné mechaniky dýchání a optimální ventilace. Osteosyntéza poraněné hrudní stěny přináší tedy řadu výhod, vedoucí k rychlejšímu návratu pacienta do plnohodnotného života.

Cílem prezentace je seznámit ošetrovatelský personál s problematikou chirurgické stabilizace hrudní stěny – nejčastější příčiny, indikace, podstata operačního výkonu, hlavní výhody v komparaci s konzervativní terapií, komplikace, pooperační ošetrovatelská péče s multimodální analgezií, rehabilitace a následná dispenzarizace. Dalším cílem je představit kazuistiku pacienta popisující jeho cestu od úrazu až po jeho dispenzarizaci z pohledu všeobecné sestry. Závěrečným cílem je seznámit s výsledky retrospektivního vyhodnocení sledovaného souboru pacientů po chirurgické stabilizaci žebere ve FNOL za období od roku 2018 až doposud. Vyhodnocení proběhlo na základě analýzy záznamů z kontrolních vyšetření pacientů, a to všeobecnou sestrou ve spolupráci s hrudním chirurgem. Každý operovaný pacient byl pozván do hrudní poradny I. chirurgické kliniky v časovém odstupu 2, 6 a 12 měsíců od operační stabilizace. Pacienti podstoupili měření fyziologických funkcí, RTG S+P, kontrolní spirometrii, a proběhl s nimi důsledný rozhovor - hrudní chirurg - pacient - všeobecná sestra. Sledovanými parametry pro tuto prezentaci byl věk, délka hospitalizace, typ léčby, hodnota bolestivosti dle VAS a úroveň limitace v běžných denních aktivitách.

Včasná a správně indikovaná chirurgická stabilizace hrudní stěny může pomoci urychlit návrat zdraví pacienta.

## Pacient po streptokokové infekci na rehabilitačním lůžku, kazuistika

**Bc. Marie Kynštová<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí, , Czech Republic

Tato kazuistika pojednává o pacientovi JCH, který prodělal streptokokovou infekci a následkem toho došlo k amputaci PDK. V minulosti je již po amputaci LDK v bérce. Pacient byl přijat na rehabilitační lůžko s cílem návratu soběstačnosti a ke zlepšení mobility. Z důvodu ICHDKK má pacient sklon ke špatnému hojení defektů, které po operaci zůstaly v místě amputace končetiny. V rámci hospitalizace bylo prováděno hojení defektů na pahýlu PDK. Rehabilitace byla zaměřena na nácvik chůze s francouzskými holemi, udržení rozsahu pohybu a zlepšení soběstačnosti. Cílem ošetrovatelské péče bylo zhojení chronických defektů na pahýlu PDK. Pa-

cient je veteránem Policie České republiky. Během hospitalizace se uskutečnil v prostorách Rehabilitačního ústavu slavnostní akt, kdy byl pacient povýšen do hodnosti majora. Výhodou byla pacientova spolupráce a jeho dobrá nálada. Pacient byl v rehabilitačním ústavu hospitalizován 2 měsíce.

## Specifika ošetrovatelské péče o svědky Jehovovy v chirurgických oborech

**Bc. Zuzana Lišková<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> FN Plzeň, , Czech Republic, <sup>2</sup>Fakulta zdravotnických studií v Plzni, , Czech Republic

**Úvod:** Omezení vyplývající z náboženského či filozofického přesvědčení pacienta mohou komplikovat ošetrovatelský proces u některých nemocných. Členové Náboženské společnosti Svědkové Jehovovi (NSSJ) jsou jednou z těchto specifických skupin.

**Cíl:** Cílem naší práce bylo zmapovat specifické potřeby členů NSSJ ve vztahu k ošetrovatelské péči a jejich osobní zkušenosti s jejich uspokojováním, zvláště se zaměřením na chirurgické obory.

**Metodika:** Kvalitativní výzkum provedený u souboru pacientů – členů NSSJ s využitím přístupu zakotvené teorie. Nástrojem pro získání dat byl polostrukturovaný rozhovor se subjekty.

**Výsledky:** Identifikovali jsme specifické potřeby členů NSSJ v bio-psycho-sociálně-spirituální dimenzi. Biologické potřeby zahrnují nutnost cirkulující krve a konzumaci stravy neobsahující krev. Mezi specifické psychologické potřeby členů NSSJ patří potřeba bezpečí (tj. garance toho, že jim nebude podána krevní transfúze bez předchozího souhlasu), potřeba důstojnosti, kognitivní potřeby vyplývající z nauky NSSJ, potřeba porozumění ze strany personálu, potřeba realizace vlastních hodnot (tj. poskytování léčebné péče ve shodě s náboženskými požadavky NSSJ) a potřeba adekvátní komunikace se zdravotnickým personálem. Specifické sociální potřeby pacientů náležících k NSSJ zahrnují potřebu afiliace (tj. sociálního začlenění) a potřebu respektu (jak samotné osoby – člena NSSJ, tak i jeho rozhodnutí odmítnout transfuzi krve). Jako potřeby spirituální byly identifikovány víra a smíření (tj. přijetí rizika smrti při odmítnutí transfuze). Jako nejdůležitější ze všech identifikovaných potřeb označili všichni participanti víru. Osobní zkušenosti členů NSSJ s uspokojováním specifických potřeb zahrnují tři kategorie: očekávání směrem k ošetřujícím personálu, předchozí zkušenosti s přístupem zdravotníků ke specifickým potřebám a legislativní připravenost pacienta před operačním výkonem.

**Závěr:** Právo na přesvědčení a náboženské vyznání patří mezi základní lidská práva, jež jsou povinni respektovat i zdravotníci. Pochopení specifických potřeb některých skupin pacientů, které vyplývají z jejich víry či přesvědčení, je nezbytným předpokladem pro to, aby jim byla poskytnuta péče nejen na náležité profesionální úrovni, ale i taková, která splní jejich specifické psychosociální požadavky.

## Léčba pooperační bolesti prostřednictvím PCA

**Mgr. Ph.D. Denisa Macková, Ph.D.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Masarykova univerzity, Brno - Bohunice

**Klíčová slova:** pooperační bolest, PCA, všeobecná sestra

**Úvod:** Management pooperační bolesti je jednou z nedílných součástí zdravotní (ošetrovatelské, lékařské) péče o pacienta v časném pooperačním období bez ohledu na typ chirurgického oddělení. Léčba pooperační bolesti vyžaduje adekvátní odborné znalosti všeobecných sester, které umožní zvládnutí a management bolesti u pacienta. Zkušenosti a znalosti všeobecných sester v managementu pooperační bolesti mohou být ovlivněny lokálním know-how. Dotazníková studie byla realizována ve dvou kulturně poměrně odlišných zemích s cílem zhodnotit zkušenosti s managementem pooperační bolesti v České republice a Království Saúdské Arábie (KSA).

**Metodika:** Jednalo se o kvantitativní, komparativní, prospektivní studii – cohort survey study. Výběr souboru respondentů byl nepravděpodobnostní a účelový. Elektronická distribuce dotazníkových formulářů prostřednictvím nemocničních emailů a Oxford online survey. Sběr dat probíhal od července 2018 do prosince 2019 (před pandemií COVID-19). Výzkumným nástrojem pro sběr dat byl originální dotazníkový formulář (celkem 34 položek).

**Realizace výzkumu:** Dotazníková studie u všeobecných sester pracujících na standardním chirurgickém oddělení, oddělení jednodenní chirurgie, pooperačním oddělení a na chirurgických JIP/ARO v České republice a v Království Saúdské Arábie (nemocnice univerzitního typu). Minimální počet respondentů byl stanoven na 500 všeobecných sester v každé zemi.

**Výsledky:** Statistická analýza byla provedena z 833 (100 %) dotazníkových formulářů (n = 360 z ČR; n = 473 z KSA). Management pooperační bolesti s využitím Patient Controlled Analgesia (dále jen PCA) se významně lišil mezi respondenty z obou zemí na sledovaných odděleních. Léčba bolesti prostřednictvím PCA není u všeobecných sester v ČR dostatečně známá a nedochází k jejímu využívání tak, jak uváděli respondenti z jiných zemí. Pouze 19 % respondentů z ČR uvedlo, že se setkává s léčbou bolesti prostřednictvím PCA, naopak respondenti z KSA se s PCA setkávají v 57 %. Respondenti z KSA uváděli vyšší kompetence v managementu bolesti. Rozdíly byly mimo jiné i v dostupnosti Acute Pain Service (Služba pro léčbu bolesti, dále jen APS) mezi oběma zeměmi. Respondenti z ČR uvedli, že mají dostupnost APS pouze ve 28 %. Respondenti z KSA uváděli dostupnost APS v 95 %.

**Závěr:** Studie ověřila nejednotné postupy v managementu pooperační bolesti. Léčba s využitím PCA a následně i spolupráce s APS byla častěji deklarována respondenty z KSA. Na základě zjištěných výsledků je doporučeno věnovat pozornost neustálému vzdělávání všeobecných sester a seznamování s novými trendy vycházejícími z mezinárodních směrnic, a zajistit tak komfortní péči pacientům v raném pooperačním období.

# Možnosti likvidace legionell v rozvodech vodovodních sítí ve zdravotnických zařízeních

**MUDr. Věra Melicherčíková, CSc.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Státní zdravotní ústav, Praha, Czech Republic

Při výstavbě zdravotnických objektů a údržby budov patří i péče o technologická zařízení. V našem sdělení se zabýváme problematikou rizika infekce legionellami, které mohou u pacientů ve zdravotnických zařízeních vyvolat závažné onemocnění - legionelózu. Od roku 1976 bylo identifikováno na 50 druhů a 70 sérotypů této nebezpečné bakterie. V České republice každoročně onemocní několik desítek lidí.

Legionelly napadají dýchací cesty a způsobují akutní zápal plic, který může přetrvávat týdny a označuje se jako Legionářská nemoc. Mírnější variantou infekce je Pontiacká horečka, která se projevuje jako chřipkové onemocnění provázené bolestmi hlavy a svalů a nedochází k poškození plic a zpravidla je vyléčeno do týdne. Pro většinu lidí nepředstavuje legionella vážnější nebezpečí, u jedinců se sníženou imunitou však představuje velké riziko a může končit i smrtí. Provoz zdravotnických zařízení, kvalita a bezpečnost poskytované péče je úzce svázána s rizikovými místy výskytu legionell, kterými jsou systémy teplé a studené vody, vodní trysky k zubařským křeslům, zvlhčovače vzduchu a rozprašovače vody, lázeňské bazény, vyhřívané lázně a vířivky a další.

Limity legionell ve vodě stanovuje vyhláška č. 252/2004 Sb. kterou se stanoví hygienické požadavky na pitnou a teplou vodu a četnost a rozsah kontroly pitné vody.

- Limit legionell pro zdravotnická pracoviště s pacienty se sníženou imunitou – 0 KTJ (Legionell) / 100 ml

- Limit legionell pro nemocnice a ubytovací zařízení – 100 KTJ (Legionell) / 100 ml

Provozovat vodovodní síť zcela bez legionell a jiných mikroorganismů, je prakticky nemožné. Omezit riziko infekce je možné vhodnou úpravou sprch, rozprašovačů a dalších podobných zařízení tak, aby neprodukovaly aerosol ve formě kapének menší než 5 µm. U rozprašovačů, inhalátorů či lékařských zařízení pracujících s vodou se doporučuje používat vodu sterilní.

Úplná eliminace legionell z distribuční sítě pitné vody není z biologických i technických důvodů možná. Reálná je pouze redukce legionell na přijatelnou úroveň. Ta se provádí termickou nebo chemickou dezinfekcí (chlorace, Ag/Cu ionizace, monochloramin, chlordioxid - oxid chloričitý, ozón) a dezinfekce UV zářením, případně jejich kombinací. Pro dlouhodobý účinek je nutné je provádět opakovaně.

Odstraňování legionell z vodovodní sítě včetně jejich dezinfekce mohou pouze pracovníci, kteří jsou k této činnosti oprávněni. Pozornost musí být věnována správně navrženému vodovodnímu systému a eliminaci slepých a nepoužívaných vodovodních úseků, zvláště u systémů s nepřímým ohřevem vody.

## Náhodný pohled pod stomický sáček

**Mgr. Iva Otradovcová<sup>1</sup>, Květoslava Dostálková<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ústřední vojenská nemocnice Praha, ČR

Každé zdravotnické zařízení má ošetrovatelský standard – Ošetřování stomie. Ve standardu jsou přesně definované doporučené postupy ošetřování stomie za hospitalizace a při ambulantní kontrole. Přesto se stále setkáváme s pacienty, kteří jsou urgentně nebo plánovaně hospitalizováni na některém oddělení ÚVN a přijímající sestra u nich identifikuje dlouhodobý problém se stomií nebo stomickým systémem. Nejčastěji se jedná o podtékání pod podložku jednodílného nebo dvoudílného systému a o chronické poškození peristomální oblasti. Tito pacienti mají stomii již dlouho. Umí se sami ošetřit nebo je ošetřuje rodina a nebo k nim pravidelně dochází sestra agentury domácí péče.

Na třech krátkých kazuistikách bychom rády ukázaly, co může skrývat náhodný pohled pod stomický sáček a jak jsme problém řešily.

## Historie a současnost stomických zdravotnických prostředků

**Mgr. Iva Otradovcová<sup>1</sup>, Iveta Zdeňková<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ústřední vojenská nemocnice Praha, ČR

Vývojem stomických zdravotnických prostředků se světové západní firmy začaly zabývat v padesátých a šedesátých letech minulého století. V té době se v Československu stomie ošetrovaly pouze pomocí buničité vaty, Schmidenovy nebo zinkové pasty a Jánošíkova pásu. První moderní stomické prostředky se v ČR objevily v polovině devadesátých let minulého století, ještě před „sametovou revolucí“. Dováželo se pouze omezené množství dvoudílných systémů (podložka a stomický sáček) pro vybranou skupinu pacientů. Standardem pro všechny pacienty se stomiemi se staly jednodílné a dvoudílné stomické systémy až po revoluci. Nyní jsou v ČR registrované stomické prostředky a stomické příslušenství od deseti světových firem a portfolio kompenzuje ošetřování všech typů stomií.

Náš poster názorně mapuje historický vývoj stomických prostředků.

## Cesta od studentky k učitelce

**Mgr. Nikola Pavlíšková<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, Praha, Czech Republic

Obsahem mého sdělení je seznámit posluchače s osobním pohledem a zkušeností, kterou jsem sama prošla během několika let od role studentky VŠ až po roli učitelce.

Během let, kdy jsem byla ještě studentkou, tak jsem na chod a požadavky fakulty a profesorů měla zcela odlišný pohled. Po letech a s odstupem času vidím a vnímám věci jinak. Dalo by se říct, že to, co mi přišlo jako studentce na praxích zbytečné, dnes plně chápou

a celý tento proces mi dává mnohem větší smysl.

Jedním z prvních momentů, kdy u mě začal postupný zvrát v názorech, byl okamžik, kdy jsem jako všeobecná sestra ÚVN dostala v rámci mentorování na starost studentku na souvislé praxi.

Mnohem lepší a souvislý obraz však začali věci nabývat ve chvíli, kdy i já měla téměř dokončené pedagogické vzdělání a chápala jsem tak další souvislosti, které pedagog musí řešit.

Hlavním rozdílem při vedení praxe pro studenty je z pozice učitele to, že celou odpovědnost za studenty přebírá právě učitel. Ten si musí při praxi uvědomit, že u části studentů je to jejich úplně prvotní setkání s nemocničním prostředím a procesem ošetrovatelské péče. Pedagog má tak jedinečnou možnost být se svými studenty ve chvíli, kdy se utvářejí jejich první dojmy s realitou v nemocnici a ošetrovatelskou péčí. Tyto první okamžiky mohou mít u některých studentů velkou váhu při budoucím rozhodování. Tato zkušenost je formuje v tom, zda-li budou toto povolání vykonávat s nadšením.

Praxe v nemocnicích měli být vedeny v přátelské náladě a strach na straně studentů z ošetrovatelských činností by měl být pedagogem plně chápan. Učitel na praxích by měl vést studenty k tomu, aby zvládli samostatně vykonávat ošetrovatelskou péči. Měl by jim tak umožnit, aby prováděli veškeré odborné výkony přímo na pacientech. Zároveň by měl také dohlížet, zdali provedení a postupy daného výkonu studenti provádějí správně, tak aby nedošlo k újmě pacienta. Proto je od začátku praxí nutné dodržovat nemocniční standardy dané nemocnice a vést studenty již od počátku jejich dodržování v rámci ošetrovatelské péče.

Nutnost dodržování vnitřních standardů jednotlivých zdravotnických zařízení by si měly uvědomovat i sestry, které v rámci mentorování mají studentky na starost na jejich souvislých praxích. Zároveň by si měly uvědomit, že pro některé studenty jde o první velké zapojení do ošetrovatelské péče a ošetrovatelského týmu, kdy si student začíná vytvářet svůj pohled na toto povolání a vykonávání jej. Jakožto bývalá studentka ošetrovatelství a nynější učitelka vidím oba tyto pohledy.

## System zdravotně-sociální péče u lidí bez přístřeší

**Bc. Milena Plachá Hurýchová<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, Praha, Czech Republic

Definování rozdílů mezi terénní zdravotnickou a sociální službou

Definice lůžkové zdravotní péče a sociálně pobytové služby

Orientace v dávkovém systému MPSV ČR

Anotace: Přednáška je určena pracovníkům zdravotnických zařízení pro představení návazné sociálně zdravotní péče pro osoby bez přístřeší. Zaměříme se v ní na rozdíly mezi akutní terénní zdravotnickou a sociální péčí, definujeme lůžkovou zdravotní péči a sociálně pobytové služby. Posluchači si v ní osvojí základní orientaci v podpurných dávkách MPSV ČR. V závěru přednášky budou předány základní kontakty na poskytovatele zdravotně sociálních služeb.

## Naše zkušenosti s použitím STEPTŮ

**Pavína Příbík<sup>1</sup>, Nikola Pavlišťová<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ústřední Vojenská Nemocnice Praha, Praha, Czech Republic

Každé zdravotnické zařízení se snaží zvyšovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a naopak snižovat možnost nakažení personálu. Většina pacientů na naší Chirurgické klinice 2. LF má zavedený periferní žilní katétr. Důvodem je pooperační nastavení analgezie a dostatečná hydratace pacientů.

Při extrakci kanyly jsme používali tampón a náplast. U většiny našich pacientů došlo k prosáknutí použitého krytí, potřísnění oblečení, podlahy a nutnosti rychlého zásahu ošetrojícího personálu. Nyní máme možnost používat speciální absorpční tlakové hemostatické krytí. Tato náplast využívá mechanického tlaku a speciálních hemostatických složek a nevyžaduje další materiál ke kompresi a ošetření místa vpichu. Minimalizuje tvorbu otoku nebo hematoma při plném zachování krevního zásobení. Toto krytí používáme při extrakci periferních kanyl a dále po odstranění arteriálního katétru.

Krytí se nám velice osvědčilo pro minimální komplikace a jednoduché použití. O své zkušenosti bychom se rády podělily.

## Role nutričního terapeuta v procesu perioperačního managementu výživy

**Mgr. Lucie Růžičková<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, Czech Republic

Úvod: Péče o výživu je součástí komplexní léčby pacienta. Malnutrice je významným rizikovým faktorem pooperačních komplikací, díky níž se může prodloužit délka hospitalizace spojená se zvýšenými náklady na léčbu. Špatná výživa má negativní vliv na zvýšení rizika infekcí, zhoršení hojení, imunitu i rozvoj dekubitů. Malnutricí trpí hlavně pacienti s onko-chirurgickými diagnózami, s nespecifickými střevními záněty nebo jinými chronickými katabolizujícími onemocněními. Nutričně rizikovou skupinou jsou i senioři. Pacienti v dobrém výživovém stavu mají lepší obranyschopnost, lépe se jim hojí rány a mají celkově lepší kvalitu života. Nutriční terapeut je klíčovou profesí v zajištění optimální nutriční péče.

K základním nutričním opatřením u pacientů, kteří jsou v riziku malnutrice, je zajištění stravy dostatečně energetické s vyšším obsahem bílkovin. V době léčby by měla být zrušena nevhodná dietní omezení s nastavením stravovacího režimu dle individuálních nutričních potřeb a schopnosti pacienta. Plán nutriční péče připravuje spolu s ošetrojícím lékařem nutriční terapeut, který nejprve zhodnotí nutriční anamnézu a provede fyzikální vyšetření, např. BMI, případný nechtěný úbytek hmotnosti, zhodnocení chuti k jídlu a množství snědené stravy, dále stravovací zvyklosti, stav chrupu, stavbu těla, případné bolesti břicha, otoky dolních končetin, ascites. Vzhledem k mnoha symptomům souvisejícím s nádorovým onemocněním nebo léčbou, jako je nechutenství, nevolnost a zvracení, střídající se zácpa a průjem, bolesti břicha při jídle, mukozitida a poruchy polykání, je třeba přistupovat ke každému pacientovi zcela individuálně a měnit výživová opatření dle aktuálního stavu. Velmi důležitá je včasná předoperační nutriční příprava před velkými operacemi nádoru. V mnohých případech je velkým přínosem doplnění stravy orálními nutričními doplňky ve formě potravin pro zvláštní lékařské účely (PZLÚ), popř. enterální nebo parenterální výživou. Pacient, kterému je ordinován sipping, musí



být seznámen, jakým způsobem ho má konzumovat, jaké jsou možnosti příchutí a jak ho lze zakomponovat mezi běžnou stravu. Potíže s polykáním přináší mnoho omezení a k tomu často patří nutnost změny stravovacích zvyklostí, omezení ve výběru potravin a s tím i spojené snížení pestrosti jídelníčku. Ve VFN v Praze byl vypracován systém stravování pro jedince s dysfagií pomocí indikace diety s úpravou konzistence stravy dle mezinárodního standardu IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative). Mezi nejvyužívanější typy modifikované stravy, podle této klasifikace, patří mixovaná dieta v konzistenci hustého pyré, stupeň 4 dle IDDSI, u které je kladen velký důraz nejen na mechanické zpracování jídla, ale i na senzorycké a chuťové vnímání konzumenta. VFN připravilo publikaci, která přináší jednoduchý návod, jak připravit měkkou stravu, usnadňující polykání zcela bez potřeby kousání nebo žvýkání. Jednotlivé komponenty pokrmu jsou servírovány na talíř zvláště s důrazem na barevnou i tvarovou estetičnost a vyniknutí vůně i chuti jednotlivých částí. Do většiny jídel je nezbytné přidávat speciální zahušťovadlo Bindemittel Plus od firmy Dr. Oetker, díky němuž strava drží tvar a po vložení do úst se lehce rozplývá. Recepty jsou na přípravu jednoduché a časově nenáročné. Využívají se potraviny běžně dostupné, které nejsou finančně náročné, jak pro jednotlivce v domácnosti, tak i pro zařízení, která stravu při poruchách polykání poskytují. K přípravě stravy je možné ve vhodných případech využívat i potraviny, které byly prvotně použity pro přípravu vývaru, např. zeleninu nebo maso, čímž se chováme v souladu s principy udržitelnosti. S ohledem na tento postup je nutné respektovat všechna hygienická a bezpečnostní pravidla. Receptář může pomoci ke zkvalitnění života těch, kteří musí dočasně nebo dlouhodobě dodržovat speciální úpravu stravy, zpříjemní jim požitek z jídla a pomůže snížit riziko podvýživy.

Závěr: Nutriční péče patří mezi deset nejefektivnějších intervencí v medicíně. Dostatečná výživa je nezbytná proto, aby se pacient uzdravil. Nutriční terapeut provádí nutriční šetření u pacientů v riziku malnutrice a nastavuje systém výživy již v předoperačním období. Po operaci následuje vyhodnocení nutričního stavu, plán nutriční péče v realimentaci a edukace o případných dietních omezeních.

## Moje zkušenost s příbuzenskou transplantací jater

**Klára Sailerová<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Chirurgická klinika 2. LF KU, Praha 6, Česká republika

Obsahem mého sdělení je seznámit posluchače s příbuzenskou transplantací jater. Příbuzenská transplantace jater se v ČR provádí již od roku 2003, kdy byla provedena první, a to malému dítěti daroval část jater jeho otec. Od té doby je příbuzenská transplantace na mírném vzestupu. Loni se jí uskutečnilo již 9, což je nejvyšší počet od počátku zahájení programu. Zajímavostí je i to, že dříve to bylo v linii dítě a většinou otec dítěte, kdežto nyní se již provádí v linii rodin.

U mého synovce Kryštůfka byla v 10 měsících diagnostikována tyrosinémie typ I, porucha metabolismu aminokyseliny tyrosin. Jedná se o vzácné autosomálně recesivní onemocnění a výskyt v populaci se odhaduje na 1:100 000-120 000 živě narozených dětí, což při současné porodnosti v ČR odpovídá na jeden případ za jeden až dva roky. Dominantní klinické příznaky jsou zvětšení jater s poruchou krevní srážlivosti, neprosívání, svalová hypotonie, projevy křivice, možnost rozvoje kardiomyopatie a neuropatie. Zhoršují se ledvinné a jaterní funkce, což může vést k akutnímu jaternímu selhání, jaterní cirhóze nebo hepatocelulárnímu karcinomu. Porucha se projevuje nejčastěji v novorozeneckém a kojeneckém věku. K léčbě se používá nízkobílkovinná dieta a od r. 1992 zavedený lék Orfadin (zabraňující tvorbě toxických metabolitů). Pokud i přes tuto léčbu onemocnění postupuje, je nutná jaterní transplantace.

Rodiče nebyli shledáni jako vhodní dárce jater. Automaticky jsem se nabídla a prošla řadou vyšetření. Výsledek byl pozitivní a já se mohla začít připravovat na darování části jater. Vše mi nejprve důkladně vysvětlili. Celou dobu před a po transplantaci jsem se však nejvíce bála o zdravotní stav Kryštůfka než svůj. Operace proběhla v jeho 14 měsících. Veškerý zdravotnický personál se ke mně choval velice vstřícně a jako k VIP pacientovi. Po operaci jsem byla propuštěna 7. pooperační den. Má pooperační omezení trvala jen krátce a byla podobná jako u větších nitrobřišních operací. Do práce jsem se vrátila po 3 měsících.

Malý Kryštůfek jezdí na pravidelné kontroly a výsledky jsou zatím v nejlepší pořádku a pro mě jedinou připomínkou je jizva na břiše a 3D model jaterního štěpu, který mi odebrali. Pokud bych se někdy v budoucnu dostala do podobné situace, že někdo z rodiny potřebuje pomoci, neváhala bych.

## Od lahve po automatické hrudní sání

**Bc. Zdeněk Tlachač<sup>1</sup>, Sabina Staňková<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, Praha, Czech Republic

První známou drenáž hrudníku provedl Hippokrates již v letech 460 až 337 před naším letopočtem. Použil rákosovou trubičku. Později se začaly používat kovové trubičky. Postupně byly drény kaučukové, skleněné, gumové. Zprvu se pro sací efekt používaly různé tkaniny, bylo zde velké riziko infekce. První jednorázová, spádová, uzavřená hrudní drenáž do láhve s vodním zámekem proběhla v roce 1875. Provedl ji internista Gotthard Büau.

Ještě začátkem tohoto století se používal systém skleněných lahví, který byl napojen na aktivní sání. Postupně bylo na trh uvedeno množství sofistikovaných uzavřených systémů. Výhodou je možnost jejich odpojení, položení, odebrání vzorků odváděných tekutin a snadnější manipulace s nimi.

V ÚVN nyní používáme plně automatickou hrudní drenáž TOPAZ. Jde o plně automatizovaný přístroj, který zkracuje délku hospitalizace. Jde nastavit přesný podtlak, přístroj automaticky odečítá množství odvedené tekutiny. Manipulace je velice jednoduchá a uživatelsky přívětivá.

# Pooperační péče o pacienty po robotických operacích na tlustém střevě

**Bc. Martina Zaccpálková<sup>1</sup>**, Táňa Černá<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultní Nemocnice Ostrava, Ostrava, ČESKÁ REPUBLIKA

**Úvod:** Robotická chirurgie patří mezi miniinvazivní operační techniky. V posledních letech dochází v ČR k významnému rozvoji a zavádění této techniky napříč operačními obory. Na sálech FN Ostrava mají chirurgové možnost pracovat s přístrojem da Vinci Xi Dual Console Surgical System od začátku roku 2022.

**Popis případu:** V práci jsou prezentovány případy pacientů, kteří podstoupili robotickou operaci na tlustém střevě se zaměřením na jejich celkový pooperační stav a ošetrovatelskou péči po dobu hospitalizace na jednotce intenzivní péče.

**Závěr:** Robotické operace přinášejí pacientům značné výhody. Vlivem větší preciznosti dochází k menšímu poškození okolních tkání v dutině břišní, během operace jsou malé krevní ztráty. Po operaci mají pacienti malou operační ránu a bývají méně algičtí, což vede ke zkrácení doby hospitalizace a umožňuje jim to také rychlejší návrat do běžného života.

## Rejstřík autorů

### A

Antonová, M

### B

Barletta, A

### D

Dresslerová, J  
Drlíková, K

### F

Flajšingrová, J

### H

Helekalová, P  
Höschl, C  
Hemerková, T  
Hrachovinová, J

### J

Janáčková, L  
Jeřábková, S  
Janochová, J

### K

Karmazin, P  
Kurečková, H  
Koutná, M  
Kynštová, M

### L

Lišková, Z

### M

Macková, D  
Melicherčíková, V

### O

Otradovcová, I

### P

Pavlišťová, N  
Polanská, A  
Plachá Hurychová, M  
Přibíková, P

### R

Růžičková, L

### S

Sailerová, K

### T

Tlachač, Z

### Z

Zaccpálková, M

PRÉMIOVÝ PARTNER

# Medtronic

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNER



PARTNER



PROJEKT JE REALIZOVÁN S FINANČNÍ PODPOROU  
HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY



NAD PROJEKTEM PŘEVZAL ZÁŠTITU  
MINISTR ZDRAVOTNICTVÍ



KONGRESOVÝ SEKRETARIÁT

