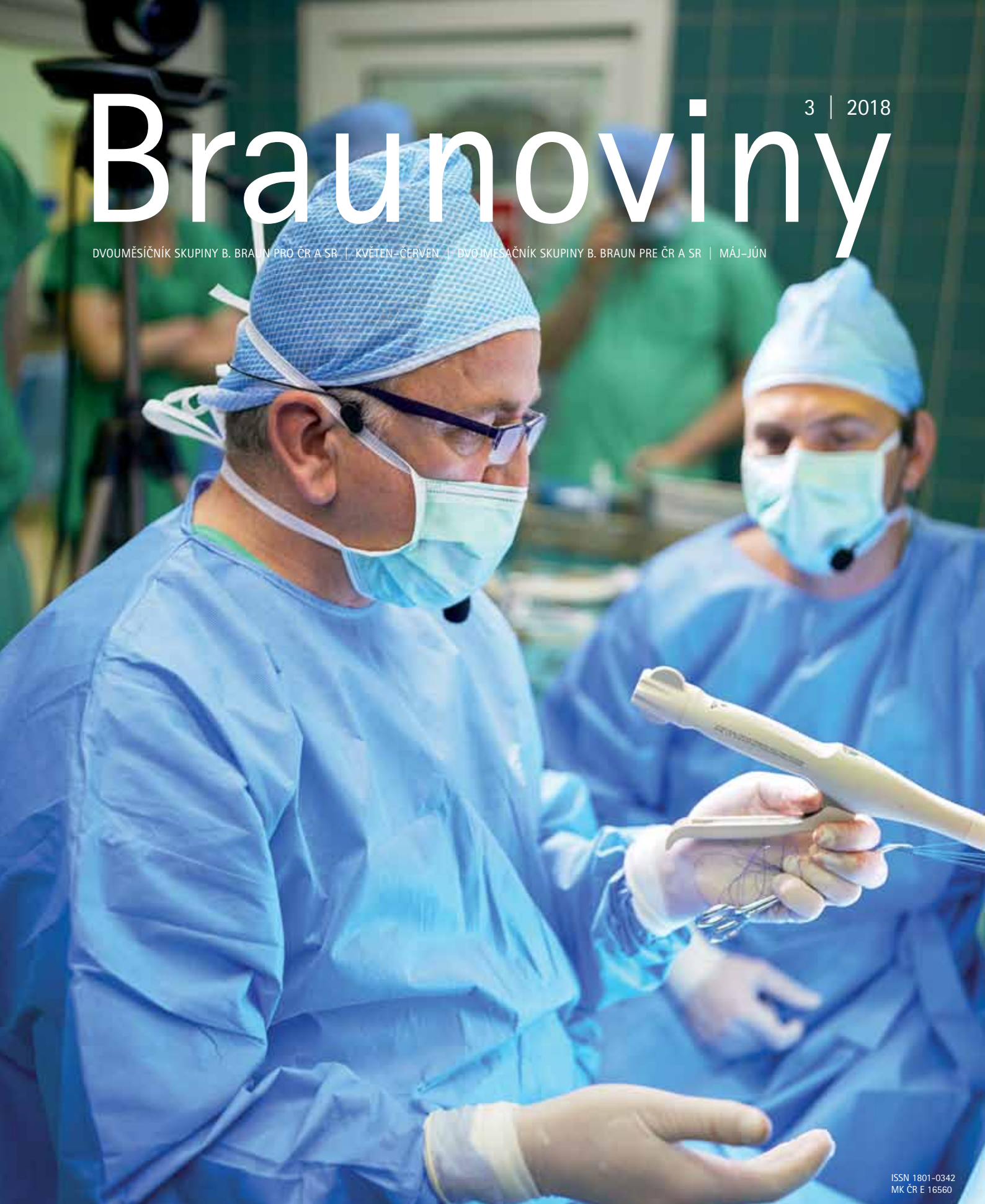


3 | 2018

Braunoviny

DVOUMĚSÍČNÍK SKUPINY B. BRAUN PRO ČR A SR | KVĚTEN-ČERVEN | DVOJMĚSÁČNÍK SKUPINY B. BRAUN PRE ČR A SR | MÁJ-JÚN



ISSN 1801-0342
MK ČR E 16560

PROKTOLOG ROLAND SCHERER

Současná chirurgie bolí pacienty výrazně méně než dřív



- „Uzavřený systém“ během přípravy, od podání až po likvidaci
- Během manipulace zůstávají všechna spojení bez kontaktu s cytotoxickým přípravkem
- Rychlé, jednoduché a bezpečné naplnění
- Bezjehlový systém
- Výrazně nižší riziko cytotoxické kontaminace

Cyto-Set®

BEZPEČNÁ PŘÍPRAVA A APLIKACE NEBEZPEČNÝCH LÉČIV

Obsah

6 |
Rozhovor
s Petrem Macounem:
Klíčová jsou správní
lidé na správných
místech!



25 LET
CHRÁNÍME
A ZLEPŠUJEME
VAŠE ZDRAVÍ

- 6 | 25 let – rozhovor s Petrem Macounem: Klíčová jsou správní lidé na správných místech!
- 8 | První domov pro seniory a dialyzované pacienty na Slovensku jsme otevřeli v Galantě
- 10 | Současná chirurgie bolí pacienty výrazně méně než dřív – rozhovor s Rolandem Schererem
- 13 | Dříteč 2018: Trendy v chirurgii pánevního dna
- 18 | Produkt měsíce: Nutricomp® Drink Plus HP a Nutricomp® Drink 2,0 kcal Fibre
- 20 | Od safíru až po hliníkové kontejnery Aesculap
- 22 | Není hydrocefalus jako hydrocefalus
- 24 | Proplachový systém Suby G
- 27 | Kontaminace cytostatiky a jak jí předcházet
- 29 | Fotoreportáž: Lze při aplikaci chemoterapie snížit expozici sester?
- 30 | 95% lidí si myje ruce špatně
Letos vznikla Národní pracovní skupina pro hygienu rukou
- 32 | Události
40. dialyzační středisko B. Braun: Bratislava-Vrakuňa
Kilometry, které usnadnily život
Soutěž Medik roku 2018 opět s podporou B. Braun
Eurosoccer 2018 – fotbalové mistrovství Skupiny B. Braun
- 34 | Zdravotní péče u seniorů v pobytových zařízeních
- 36 | Art Lines zve do světa umění

10 |
Současná chirurgie
bolí pacienty
výrazně méně než
dřív – rozhovor
s předním světovým
proktologem
Rolandem Schererem



20 |
Od safíru
až po hliníkové
kontejnery
Aesculap



27 |
Problematika
kontaminací pracovišť
připravujících
cytotoxická léčiva
a jejich řešení





Nutricomp® Drink Plus HP Nutricomp® Drink 2,0 kcal Fibre

VYSOKOPROTEINOVÉ
A PROTEINKALORICKÉ SIPPINGY



Milé čtenářky, milí čtenáři,

v posledních týdnech jsem v různých médiích zaznamenal několik zpráv od našich konkurentů. Sdělovali nám, co vše hezkého udělali pro své zaměstnance, koho ze svých kolegů ocenili, kolik nových zaměstnanců přijali a jakých úžasných obchodních výsledků dosáhli.


Jsem rád, že my umíme plnit stránky našeho vlastního média především informacemi o vás a pro vás – naše klienty, zákazníky, partnery a spolupracovníky. Velmi si vážím toho, že ve spolupráci s vámi a s vaší pomocí plníme naši vizi „Chráníme a zlepšujeme zdraví lidí na celém světě“.

V úvodníku je zvykem, že jeho autor upozorní na článek či téma, o kterých si myslí, že by mohly čtenáře zaujmout, nebo jim přikládá nějaký zvláštní význam. To, co zaujalo v dnešním čísle mě, je hned na začátku – obsah. Z něho čtenář pochopí, kolik různorodých aktivit provozujeme pro naplnění naší vize. A tím „my“ myslím společenství lidí, jejichž zájmem je chránit a zlepšovat zdraví nás všech. Je těžké vyzdvihnout jen jednu z nich, a proto bych chtěl upozornit na rubriku 25 let Skupiny B. Braun, kde naleznete rozhovor s kolegou Ing. Petrem Macounem.

Vážím si toho, že kolem sebe stále vidím mnoho bývalých zákazníků a klientů, ze kterých se postupně stali naši partneři a spolupracovníci, a jsem rád za to, že společně s námi vytvářejí a uskutečňují různé prospěšné projekty v České republice i na Slovensku.

Všem našim partnerům i čtenářům bych chtěl poděkovat za 25 let úžasné spolupráce. Těším se na další setkávání s vámi a děkuji vám za podporu.

S úctou


PharmDr. Jiří Lukeš

ředitel a jednatel společnosti B. Braun Medical, odpovědný za divize Hospital Care a OPM
riaditeľ a konateľ spoločnosti B. Braun Medical, zodpovedný za divízie Hospital Care a OPM

Milé čitateľky, milí čitatelia,

počas uplynulých týždňov som v rôznych médiách čítal niekoľko správ od našich konkurentov. Písalo sa v nich o tom, čo všetko urobili pre svojich zamestnancov, koho zo svojich kolegov ocenili, koľko nových zamestnancov prijali a aké úžasné obchodné výsledky dosiahli.

Som rád, že my dokážeme plniť stránky nášho vlastného média predovšetkým informáciami o vás a pre vás – našich klientov, zákazníkov, partnerov a spolupracovníkov. Velmi si vážím, že v spolupráci s vami a s vašou pomocou naplňame našu viziú „Chránime a zlepšujeme zdravie ľudí na celom svete“.

V úvodníku býva zvykom, že jeho autor upozorní na článok alebo tému, o ktorých si myslí, že by čitateľov mohli zaujať, alebo ktorým prikladá nejaký zvláštny význam. To, čo zaujalo v dnešnom čísle mňa, je hned na začiatku – obsah. Z neho čitateľ pochopí, koľko rôznorodých aktivít vykonávame, aby sme naplnili našu viziú. A tým „my“ myslím spoločenstvo ľudí, ktorých záujmom je chrániť a zlepšovať zdravie nás všetkých. Je ťažké vyzdvihnúť len jednu z nich, a preto by som rád upozornil na rubriku 25 rokov Skupiny B. Braun, kde nájdete rozhovor s kolegom Ing. Petrom Macounom.

Vážim si, že okolo seba stále vidím mnohých bývalých zákazníkov a klientov, z ktorých sa postupne stali naši partneři a spolupracovníci, a som im vďačný za to, že spolu s nami vytvárajú a uskutečňujú rôzne prospěšné projekty v Českej republice a na Slovensku.

Všetkým našim partnerom a čitateľom by som sa chcel poďakovať za 25 rokov úžasnej spolupráce. Těším sa na ďalšie stretnutia s vami a ďakujem vám za podporu.

S úctou

www.braunoviny.cz

Nečekejte na vydání dalšího čísla!

Přečtěte si aktuality, články a mnohem více přímo na webových stránkách Braunovin.

- On-line verze snadno čitelná na většině mobilních zařízení, bez nutnosti stahování velkých dat
- Aktuální zprávy z akcí
- Produktové novinky
- Rozhovory s odborníky



Co vás zajímá: nejčtenější články on-line verze

- ➔ Implantibilní porty jsou běžným standardem pro léčbu onkologických pacientů
- ➔ Vlhké hojení ran s produkty Askina Calgitrol
- ➔ Operace páteře jsou velmi složité, ale výsledek stojí za to
- ➔ Trápí vás kýla?
- ➔ Techniky uzlení a šití

www.braunoviny.cz

Klíčoví jsou správní lidé na správných místech!

Jezdí k nám kolegové z jiných zemí, aby se inspirovali

V březnu 1993 začínala česká pobočka B. Braun své působení v bývalém bytě přebudovaném na kancelář v pražských Holešovicích. Dnes, po 25 letech, je s více než 800 zaměstnanci a obratem 3,4 mld. Kč silnou a stabilní skupinou na českém i slovenském trhu. O cestě k úspěchu i o výhledech do budoucna jsme si povídali s Petrem Macounem, jednatelem společností B. Braun Medical a B. Braun Avitum v České a Slovenské republice.

Foto: Ester Horovičová

Pane doktore, Skupina B. Braun CZ/SK slaví tento rok 25. výročí svého vstupu na český a slovenský trh. Můžete našim čtenářům ve stručnosti popsat, jak firma začínala?

I když už je to zmíněných 25 let, začátky firmy si pamatuji stále dobře. Naše první sídlo bylo v Praze v Holešovicích naproti Parkhotelu. Jako mnoho jiných firem v té době jsme začínali v bytě 3+1, který byl přestavěn na kancelář. Bylo nás tehdy šest a společnost vedl Ing. Jaroslav Valenta, který s koncernem B. Braun spolupracoval již dříve.

Co považujete za hlavní milníky v rozvoji české a slovenské společnosti B. Braun, které ji posunuly tam, kde je dnes?

Je těžké jmenovat jen pár zásadních okamžiků. Měli jsme to štěstí, že od založení až dodnes byl vývoj naší

společnosti velmi dynamický. Rád bych zmínil rok 1994, kdy jsme otevřeli první dialyzační středisko v Teplicích, tehdy ještě pod názvem společnosti EuroCare (nyní B. Braun Avitum). Rozvoj našich vzdělávacích aktivit nás v roce 2002 vedl k založení místní pobočky Aesculap Akademie, jež patří mezi jednu z předních vzdělávacích institucí v oblasti zdravotnictví, s významným postavením i v celosvětovém měřítku. Důležitým milníkem je i rok 2005, kdy české vedení převzalo zodpovědnost i za společnost koncernu B. Braun na Slovensku a vlastně jsme se tím stali plnohodnotnou mezinárodní společností. Začlenění slovenské pobočky bylo tehdy celkem komplikované, ale dnes to považujeme za klíčové a správné rozhodnutí. A výrazným rokem je i ten letošní, protože jsme otevřeli již naše čtyřicáté dialyzační středisko, shodou okolností právě na Slovensku.

Skupina B. Braun je součástí nadnárodního rodinného koncernu. Považujete česko-slovenskou pobočku

ve srovnání s ostatními zeměmi za úspěšnou? Co je hlavním důvodem?

Určitě ano. A platí to nejen o objemu našich obchodů či poskytované zdravotní péči. V průběhu minulých let se nám v rámci koncernu podařilo vybudovat si poměrně silnou pozici, uznání a respekt. Také se aktivně zapojujeme do mnoha mezinárodních projektů a často patříme mezi průkopníky při hledání a zavádění nových postupů a řešení. To je i silnou motivací našich kolegů a dává to naší práci další rozměr. Časté jsou návštěvy kolegů z jiných zemí v Praze, aby se inspirovali a pokusili se převzít něco z našeho úspěchu.

Máte na starosti především finance a administrativu, ale zároveň jste i jednatelem všech společností Skupiny B. Braun v ČR a SR. Co obecně považujete za klíčové pro úspěšné fungování firmy z pohledu své agendy?

Asi to bude znít jako klišé, ale opravdu klíčoví jsou správní lidé na správných místech. Máme dobře popsanou strategii, jak na úrovni celého koncernu, tak lokál-

25 LET
CHRÁNÍME
A ZLEPŠUJEME
VAŠE ZDRAVÍ



Ing. Petr Macoun, Ph.D.

Jednatel společnosti B. Braun Medical a B. Braun Avitum v České a Slovenské republice. Absolvent Vysoké školy ekonomické v Praze. Ve Skupině B. Braun působí od jejího založení v České republice v roce 1993. Má rád nejen společnost B. Braun, ale také nové technologie, cestování či umění. Je ženatý a má dva syny.

ně. Definujeme si cíle a usilujeme o jejich naplnění. Chceme nabízet kvalitní produkty a služby, ale zároveň být efektivní, inovativní a moderní. Ovšem nic z toho se nám nemůže dařit bez těch, kdo tyto ambice reálně naplňují.

Mimo jiné řídíte logistiku a zákaznický servis, tedy části firmy, které mají největší vliv na mínění obchodních partnerů i koncových zákazníků. Co B. Braun nabízí, aby byli maximálně spokojeni?

Naše Zákaznické centrum v poslední době věnuje komunikaci se zákazníky stále větší pozornost. Trvale probíhá hodnocení spokojenosti zákazníků. Dbáme na pravidelné průzkumy, které nám umožňují odhalit případná slabá místa. Nejde jen o řešení operativních požadavků, ale o takové nastavení spolupráce, se kterou bude zákazník dlouhodobě spokojen.

Jak v B. Braun plánujete rozvíjet svůj prozákaznický přístup do budoucna?

Jednou z našich hlavních priorit je rozvoj elektronické komunikace se zákazníky.

Rádi bychom, aby naše kolegyně ze Zákaznického centra měly více času na řízení spokojenosti zákazníků. Doposud stále zabírá významnou část jejich práce zadávání objednávek do našeho systému. To bychom chtěli změnit, většinu objednávek vkládat automaticky, a vytvořit tak prostor pro další služby. Věřím, že významný posun v této věci se nám podaří ještě letos.

Jak byste v současné době hodnotil Skupinu B. Braun jako zaměstnavatele?

I v době komplikované situace na trzích práce v obou zemích nás těší nízká fluktuace, a proti jiným společnostem vysoká loajalita kolegů i po více než deseti či patnácti letech. Věřím tedy, že jsme stále atraktivním zaměstnavatelem. Zakládáme si na otevřené komunikaci, máme zajímavé benefity a nabízíme osobní a profesní rozvoj. Na druhou stranu s obsazením některých pozic máme v současné době větší problém, než bychom si přáli, a vede nás to k hledání cest, jak můžeme být zajímaví i pro nové zaměstnance.

Co byste na závěr popřál společnosti B. Braun do dalších let a jaké vidíte hlavní výzvy budoucnosti?

Stabilitu a pevné zdraví, to tedy i nám všem. Výzvy nás posouvají, a ač v uplynulých 25 letech nebylo vždy snadné je zvládat, přesto se nám to podařilo a dnes na to můžeme být hrdí. I díky tomu jsme silnou společností a na další výzvy se těšíme.



Magda Volná
redakce Braunoviny



První domov pro seniory a dialyzované pacienty na Slovensku jsme otevřeli v Galantě

Na konci května se pro obyvatele Galanty či nedaleké Bratislavy otevřelo nové unikátní multifunkční zařízení B. Braun Galenia, které jako první na Slovensku nabízí seniorům s poškozenými ledvinami kromě dialyzační péče nefrologickou ambulanci, domov pro seniory, rehabilitační centrum a Alzheimer centrum. „Komplexní péče na jednom místě je celosvětovým trendem. Zkušenosti z našeho obdobného projektu ve Slavkově u Brna nám potvrdily, že tento koncept jednoznačně zlepšuje kvalitu života i vážně nemocným lidem, kteří díky němu nemusí investovat svůj čas a energii do přepravy do zdravotního střediska, a tak jim zbývá čas i na aktivní život,“ říká ředitel sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum CZ/SK MUDr. Martin Kunccek. „Velkou výhodou je také přímé propojení s nemocnicí, kde jsou klientům k dispozici další odborné ambulance,“ dodává.

Vyšší komfort pro nejen dialyzované seniory z celého regionu

B. Braun Galenia nabízí 71 lůžek na třech podlažích. Velkou výhodou je, že 53 z nich představují jednolůžkové pokoje, kterých bývá ve většině zařízení nedostatek, a 18 míst je ve dvoulůžkových pokojích. „O naše klienty se stará speciálně vyškolený a empatický zdravotnický personál, a to 24 hodin denně,“ říká ředitel Senior Care Galenia Ing. Milan Halomi, MBA. Společnost B. Braun Avitum, které patří celá budova, tak završila druhou část

rozsáhlého unikátního projektu spojujícího specializovanou lékařskou péči o lidi s vážně poškozenými ledvinami se soukromým bydlením. Součástí komplexu je i nefrologická ambulance.

Po dobu trvalého pobytu seniorů sem rodiny, které se o pacienty starají, mohou přivést až dvě blízké osoby na relaxační pobyt, například během dovolené. Zařízení mohou využít i pacienti na dobu rekonvalescence, například po hospitalizaci v nemocnici, po operaci apod. „Služby senior house jsou částečně

hrazené z finančního příspěvku Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny a část si klient doplácí sám. Výše státního příspěvku se liší podle stupně závislosti. Ceny jsou podstatně nižší než v zařízeních se stejným standardem v Bratislavě,“ říká Ing. Milan Halomi, MBA.

Respektovat křehké zdraví, a přitom dobře žít

B. Braun Galenia má už prvních 20 obyvatel z možných 71. Čtyři z nich trpí Alzheimerovou chorobou a dva klienti



jsou na dialýze. S poskytovanými službami jsou spokojeni.

„Za největší výhodu považuji, že už nemusím čekat na sanitku. Pokoj je navíc velmi pěkný a prostorný, dokonce s vlastním televizorem. Místní personál je velice milý a strava mi chutná,“ hodnotí své dosavadní zkušenosti ubytovaný dialyzovaný pacient, pan Polák.

Před budovou se rozkládá park, kde byly v rámci realizace projektu provedeny zahradní úpravy a vysazeny nové rostliny. Budova B. Braun Galenia byla původně dětským pavilonem nemocnice, který s nemocnicí propojoval 150m dlouhý podzemní tunel. Tato výhoda zůstala zachovaná. V případě potřeby jím klienti

mohou suchou nohou projít a navštívit specializované ambulance. „Pacienti s ledvinovými onemocněními jsou polymorbidní a často vyžadují konzultace i jiných odborných lékařů. Nezbytnost komplexní péče s sebou logicky nese i předpokládaný vyšší věk ubytovaných,“ vysvětluje vedoucí lékaře místního dialyzačního střediska B. Braun Avitum MUDr. Lórant Bobák.

Obyvatelé nejsou izolovaní na periferii

Klienti B. Braun Galenia zůstávají nedílnou součástí městského ruchu, ale se zázemím klidné čtvrti. Mohou si vyjít do přilehlého parku, vyrazit na zmrzlinu nebo se například dívat, jak si jde mládež



Ze slavnostního otevření prvního domova pro seniory a dialyzované pacienty v Galantě

Nadstandardní péče v moderně vybavených prostorách

Podzemí: tvoří technické zázemí a prostory na rehabilitaci s tělocvičnou, posilovnou a hydroterapií.

Přízemí: kompletně zrenovované a nově vybavené dialyzační středisko, které v současné podobě slouží pacientům od prosince 2016.

I. patro: Alzheimer centrum s 23 lůžky. Všechny postele jsou elektricky polohovatelné a vybavené dekubitními matracemi.

II. patro: zařízení ošetrovatelské služby. Podmínkou pro přijetí je plnoletost klienta a stupeň závislosti minimálně 2. Na tomto patře je umístěno pět dvoulůžkových a 14 jednolůžkových pokojů.

III. patro: zařízení pro seniory se stupněm závislosti na sociálních službách 4–6. Mají zde k dispozici 24 lůžek. Všichni klienti zařízení jsou vybaveni náramky nebo přívěsky s tlačítkem na přivolání pomoci.

zahrát kopanou. Kvalitu života ubytovaných zvyšuje zajímavý program organizovaný jak ve skupinách, tak i individuálně. „Plánujeme výlety, vycházky, přednášky propojené s kulturními společenstvími z města, například s vystoupením dětí z místních škol a školek,“ dodává Ing. Milan Halomí, MBA. Z doplňkových služeb mohou klienti využívat kadeřnictví, pedikúru nebo manikúru. O jejich duchovní potřeby se stará farář, který dochází jednou za měsíc. „Během naší mnohaleté činnosti jsme neustále konfrontováni se zdravotními i sociálními problémy dialyzovaných seniorů. Při současné pokročilé a dostupné zdravotní péči se dialýzy dožívá stále více pacientů, kteří by dříve zemřeli v mladším věku. Naše zařízení je doposud ojedinělé i v evropském měřítku. Snažíme se, aby i tito pacienti mohli při svém komplikovaném zdravotním stavu dobře žít, nejen přežít,“ dodává na závěr MUDr. Martin Kuncek. ■

redakce Braunovin, foto Ester Horovičová



Současná chirurgie bolí pacienty výrazně méně než dřív, říká přední světový proktolog Roland Scherer

Dr. med. Rolanda Scherera lze bez uzardění označit za skutečného průkopníka proktologie v Německu. A prakticky to samé o něm můžeme říci i v celoevropském měřítku. Přes dvě desítky let se zabývá všemi nemocemi střev, konečníku a pánevního dna, je autorem desítek odborných publikací a nesporným inovátorem v chirurgii análních a rektovaginálních fistulí a prolapsů konečníku. O to cennější je jeho účast nadruhem multioborovém setkání odborníků na oblast pánevního dna ve východočeské Dříteči, kde ho účastníci mohli při živém přenosu z operačního sálu pozorovat, jak operuje rektokélu a anální prolaps.

Pane doktore, chtěl jste se stát vždycky lékařem, nebo jste měl i nějakou jinou alternativu?

Ne, neměl. Chtěl jsem se stát lékařem už jako relativně mladý. Tak ve čtrnácti patnácti letech. Vždycky jsem se zajímal o spojení něčeho řemeslného s možností lidem pomáhat.

Jste tedy z lékařské rodiny?

Ne, kdepak. V naší rodině jsem prvním lékařem za posledních tři sta let.

A jak to bylo s vaší specializací na chirurgii pánevního dna?

V principu to byla spíše náhoda. Když jsem dokončil studium, bylo velmi těžké najít práci. V Berlíně jsem se tehdy dostal na kliniku zaměřenou na problematiku pánevního dna a bylo to. Nedá se ale říct, že by to byl nějaký můj sen z mládí.

Od kdy v tomto oboru operujete?

Chirurgii už dělám pětadvacet let. A z toho dvacet let v tomto oboru operuji.

Co se za ono čtvrtstoletí ve vašem oboru změnilo?

Před dvaceti lety byly třeba všechny hemoroidy zkrátka vyříznuty. A pak

přišla na řadu staplerová metoda, kterou teď nabízí společnost B. Braun, a hodně se toho změnilo.

Jak na začátky se staplery vzpomínáte?

V roce 1998 jsem byl v Německu jedním z prvních, kteří staplerem operovali. Tento nástroj prošel za dvacet let rychlým vývojem. Princip zůstává stejný, ale ty dnešní jsou technicky mnohem dokonalejší.

A chirurgie jako taková?

Za nejvýznamnější změnu posledních dvaceti let považuji skutečnost, že se chirurgie stala celkově minimálně invazivní. Třeba břicho se teď operuje jen malými řezy. Dříve platilo, že čím delší je řez, tím lepší je chirurg.

Jaké hlavní výhody v tom vidíte?

Jednak to lépe vypadá a pak to také podstatně méně bolí. Člověku se zvýší kvalita života.

Jsou tyto nové operativní postupy také snazší pro lékaře?

Ne bezpodmínečně. Nové operační techniky je nutné si dobře osvojit. Lékař se vlastně musí učit pořád. A je velmi důležité, že je k dispozici celá řada vzdě-

lávacích forem. Podívejte se na společnost B. Braun – ta má dnes svoji akademii.

Jen pro zajímavost: kolik pacientů jste už odoperoval staplerem vy sám?

Jenom u hemoroidů to mohlo být tak kolem tří tisíc a u prvotních tréninkových operací asi dalších sedm set. Stapler je pro naši chirurgii univerzální nástroj, který používám i na všechny formy výhřezů konečníku, rektokély a další různá onemocnění pánevního dna. B. Braun je v této problematice staplerových operací velmi angažovaný.

Co další nové operační postupy?

Dnes se už poměrně dostupně operuje ve 3D. Operování trojrozměrnou technikou je mnohem přesnější. A samozřejmě i ten výsledek je pak lepší. B. Braun má, co se 3D techniky týče, jeden z nejlepších systémů. Je světově na špičce i v dalších speciálních nástrojích a zařízeních, jako jsou například speciální kamery.

Co je v populaci častější? Hemoroidy, nebo rektokély?

Určitě hemoroidy. S nimi má potíže padesát procent obyvatelstva. Ale operováno je jich podstatně méně. V Německu se



Foto: Ester Horovičová

Stuttgartský rodák Dr. med. Roland Scherer studoval medicínu v letech 1985–1992 na univerzitách v Erlangenu, Freiburgu a v Berlíně. V roce 2000 se stal odborným chirurgem a o dva roky později také specialistou na viscerální chirurgii. Brzy se etabloval jako evropský odborník na koloproktologii (EBSQ). Od roku 2006 je vedoucím lékařem Centra pro kolorektální chirurgii a chirurgii pánevního dna v nemocnici Waldfriede v Berlíně. Je členem řady mezinárodních organizací a také je známý jako zakladatel a lékařský ředitel centra Desert Flower Centre Waldfriede – holistického zdravotnického centra zaměřeného proti mrzačení ženských pohlavních orgánů (FGM).

například ročně operuje asi 60 tisíc lidí s hemoroidy, a s rektokélami a prolapsy přibližně 2 tisíce pacientů.

Souvisí četnost výskytu hemoroidů se životním stylem?

Ano. Souvisí to se způsobem života, se stravou, s menším množstvím pohybu a také s věkem. Lidé se dožívají vyššího věku, a to s sebou přináší i řadu zdravotních potíží, které musíme řešit. Co se týče výživy, jednou z hlavních příčin těchto onemocnění je, že jíme potravu chudou na balastní látky (vláknina). To pak souvisí i se zácpou.

Co rakovina střev?

V Německu je to druhé nejčastější onemocnění hned po rakovině prostaty. Ročně se objeví asi 70 tisíc nových onemocnění a přibližně 40 tisíc lidí na ně ročně zemře. Včasná diagnostika umí mnoha úmrtím zabránit.

Kdy lidé začínají problémy s hemoroidy řešit?

Pacienti k nám přicházejí teprve tehdy, když jim hemoroidy po stolici vystoupí ven a zaznamenají krvácení. Tedy když jim hemoroidy způsobí potíže. To pak jde k lékaři každý. Do té doby to většinou řeší krémem, což je ale v pořádku, protože spousta přípravků docela dobře zafunguje.

Existuje obecné doporučení, kdy se vydat k lékaři?

Obecně lze říct, že krvácení z konečníku nikdy není normální. V nejhorším případě ho může způsobovat i rakovina, takže jít k lékaři dává smysl, už kvůli diagnóze.

Možná se lidé taky trochu stydí...

Ano, stydí se. A proto většinou dorazí k doktorovi relativně pozdě. A určitě je rozdíl mezi lidmi z velkého města a lidmi z malé obce, kteří se stydí víc. Teď už aspoň existují lékaři-specialisté, kterých dřív moc nebývalo. A také osvěta se rychle vyvíjí.

Dá se říci, že hemoroidy trpí určití typičtí pacienti?

Ze dvou třetin jsou to muži a z jedné třetiny ženy. Proč to tak je, není přesně jasné. Asi hraje roli nadváha, pak zřejmě anatomie, méně pohybu... Většinou jsou starší, nad čtyřicet let. Takže typickým pacientem je vlastně muž s nadváhou starší čtyřiceti let.

Dnes jste v České republice operoval poprvé?

Ano. Podle prvních dojmů bych řekl, že je to v principu podobné. Když jsem byl dnes v nemocnici v Pardubicích, viděl jsem, že řadu problémů, jako třeba nedostatek sester a lékařů, řešíme v Německu také. Je zde opravdu hodně paralel.

Co považujete za svůj největší profesní úspěch?

No to, že tady dnes můžu sedět. (Úsměv.) Ale vážně... Vážím si toho, že jsem vystavěl specializované nemocniční oddělení, které je již mezinárodně známé, kam zve-me specialisty z různých zemí, aby zde přednášeli. To považuji za celkem velký profesní úspěch.

Co rád děláte, když zrovna neoperujete?

Tak normálně. Mám ženu, dospělého syna, vnouče. Když zrovna nepracuji, rád se dívám na fotbal. Sport mě hodně baví, ale věnuji se mu spíš pasivně. Také rád cestuji.

Máte nějakou oblíbenou zemi?

Na soukromé cestování je to USA.

A jaké jsou vaše profesní plány do budoucna?

To souvisí s tématem tohoto kongresu. Všechna zde probíraná onemocnění, tedy nemoci střev a problematika pánevního dna, jsou v medicíně absolutně jednoznačným tématem budoucnosti. A to jednak proto, že se lidé dožívají vyššího věku, a tím pádem je i čím dál více pacientů, a pak samozřejmě proto, že je těmto onemocněním věnováno více pozornosti. Souvisí s tím i kontinence pánevního dna, výhřezy rekta nebo rektokéla. To jsou onemocnění, kterých bude v budoucnosti výrazně přibývat. A není to jen otázka Německa nebo České republiky. Je to celosvětový problém. Proto je skvělé, že této problematice věnuje B. Braun takovou pozornost. ■

Jana Kittová



||| Dříteč 2018

Trendy v chirurgii pánevního dna, on-line výměna zkušeností a sdílení operačních triků

Hemoroidy, rektokéla, prolaps a karcinomy rekta byly ústředním tématem mezioborového setkání proktologů, urologů a gynekologů 10.–11. května v Dříteči pod Kunětickou horou, které pořádala Pardubická nemocnice ve spolupráci s Aesculap Akademií. Živě přenášených operací ze sálů Pardubické nemocnice se účastnili přední čeští i zahraniční operatři. Pozvání na přednášku stejně jako loni neodmítl profesor Gabriele Naldini z italské Pisy a za operační stůl se letos nově postavil průkopník koloproktologie v Německu Roland Scherer, M.D., z nemocnice Waldfriede Berlin-Zehlendorf. „Tento typ symposia umožňuje chirurgům debaty na úzce zaměřené téma. Díky své specializaci a zkušenostem se mohou bavit velmi detailně a vyměnit si třeba jednoduché technické finesy nebo triky užívané při operacích,“ říká pořadatel kongresu MUDr. Lukáš Sákra, Ph.D., z Pardubické nemocnice.

Nikdo nejde dál, když neví, kam jde
Tohle řekl kdysi Oliver Cromwell a v Dříteči ho jistě slyšeli. Druhý ročník multioborového setkání nabídl všem společnou, ale přitom pro každého individuální cestu. Zatímco se proktologové věnovali resekci rekta, poruchám inkontinence stolice nebo pooperačním komplikacím nízkého rekta, urologové v přímém přenosu aplikovali bulking agent v léč-

bě stresové inkontinence moči a Botox v léčbě hyperaktivního měchýře. Gynekologové předvedli kolegům vaginální mobilizaci a léčbu refrakterní inkontinence moči. A během vstupů informovali kolegy mimo jiné o rizicích vyplývajících z těsného sousedství operovaných orgánů, tedy například o nežádoucím zásahu do prostaty, dělohy nebo vaginy při operaci rekta nebo o porušení přilehlého

močovodu. „Lékaři tu mohou mimo jiné získat komplexnější mezioborový pohled, který jim pomůže udělat důležitá rozhodnutí. Například jestli má daný problém ještě řešit gynekolog, nebo ho již nechat na urologovi či proktologovi a obráceně,“ říká zástupce spoluřadatele Mgr. Tomáš Hrouda, Ph.D., z Aesculap Akademie.

Příkladem mezioborového přístupu k problematice je i diskutovaná protek-



tivní ileostomie (*preventivní přechodný vývod tenkého střeva po operačním zákroku na tlustém střevě, sloužící například k vyvedení infektu z těla – pozn. redakce*). Názory lékařů z různých nemocnic se v indikaci tohoto výkonu lišily, z čehož plynula i různá četnost užití této techniky na jednotlivých pracovištích. V otázce použití ileostomie hraje svou roli i vhodné načasování. Zárok pro její zrušení se obvykle provádí šest týdnů po operaci. Onkologové by však v tomto termínu mohli začít s adjuvantní chemoterapií a odstranění ileostomie by tak muselo být oddáleno. To by však mohlo mít velmi negativní dopad na funkční výsledky nízké kolorektální a koloanální anastomózy („*kroužek*“ *spojující dvě části zdravého střeva po resekci postižené tkáně*

– *pozn. redakce*). Spolupráce proktologů a onkologů v otázce načasování jednotlivých fází léčby (*tailored therapy* – *léčba šitá na míru*) přináší pacientovi v tomto případě výrazný benefit. A přesně o tom letošní Dříteč byla.

Když se Cecil s Jerichem potkají při operaci v místě resekce

Zavedené onkochirurgické postupy se v praxi prolínají s moderními trendy v léčbě. Jedním z nich je i technika transanální totální mezorektální excize (TaTME), která se používá u resekcí nízkých tumorů rekta a karcinomu konečníku. Jde o minimálně invazivní postup, při kterém se z hlediska krátkodobých perioperačních parametrů dosahuje oproti laparotomickému přístupu lepších výsled-

ků. Během kongresu se živě diskutovalo o výhodách, limitacích i nevyřešených problémech přímo při sledování operace v přímém přenosu. Mezi jinými byla operována pacientka středního věku, jejíž nádor se lékařům jevil polypózně a nacházel se přibližně devět centimetrů od análního vchodu. Hlavní indikací této metody byl naopak muž s úzkou pávní či velkou prostatou a s vysokým BMI.

Operaci ženy prováděly souběžně dva týmy lékařů, které si vzájemně vypomáhaly. Jeden tým pracoval svrchu laparoskopicky na uvolnění rekta z vazivového obalu a mezorektálního tuku v oblas-





ti dutiny břišní a druhý tým lékařů operoval odspodu transanálně. Hlavní operatér, primář chirurgického oddělení

Pardubické nemocnice MUDr. Lu-

káš Sákra, Ph.D., v teoretické

části kongresu převyprávěl

k této metodě kolegům

analogický příběh o dvou

lvech z rezervace v Zim-

babwe, Cecilovi a Jericho-

vi. Starý lev Jericho kvůli

přežití vyhledal jinou lví smečku, kterou vedl mladý lev Cecil. Oproti všem očekáváním začali oba lvi spolupracovat, a to jim oběma přineslo úspěch. Podle autora přednášky obdobně i v medicíně spojení mezioborových autorit, které se podílejí na společném cíli – uzdravení pacienta –, přináší profit.

Primáři Sákrovi se podařilo oba týmy obsadit mladými lékaři, kteří pod jeho vedením při uvolňování střeva postupně směřovali v břišní dutině směrem k sobě, až se v místě plánované resekce potkali jako Cecil s Jerichem. Z jejich spolupráce ovšem vytěžila i pacientka, protože operace, která by za normálních okolností trvala pět až šest hodin, byla hotová v polovičním čase, nemluvě o ekonomických úsporách pro nemocnici.

Nový pohled na cestu pacienta nemocnici od diagnózy až po rekonvalescenci

V rámci přednáškové části mimo jiné MUDr. Tomáš Grolich z Fakultní nemocnice Brno představil průkopnický projekt „Colorectal Pathway“, který částečně využívá metodiky ERAS a který by měl do budoucna přinést lepší cílenou péči o pacienta s kolorektální diagnózou a nemocnici zároveň uspořit značné finanční prostředky. Fakultní nemocnice Brno ho pilotně realizuje ve spolupráci se společností B. Braun. Jedná se o komplexní zmapování cesty pacienta v rámci



přípravy na operaci, během operace i po ní v období rekonvalescence a její maximální zefektivnění. Na počátku stojí kvalitnější a především cílená edukace pacienta a značná pozornost se věnuje také jeho nutriční přípravě. Veškerá vyšetření se pokud možno soustřeďují do jednoho dne, dál se na základě spolupráce s anesteziologem uplatňuje jiný přístup k příjmu tekutin a také může být pacientovi zaveden port již před operací. Propuštění pacienta z nemocniční péče se posouvá na pátý až šestý den po operaci, kdy je již zcela v pořádku. S vyšší

efektivitou zákroku souvisí i optimalizace chirurgického instrumentária, jeho údržba a dlouhodobý servis. Ačkoli je projekt teprve v zaváděcí fázi, dá se očekávat řada změn a doporučení, která ze zavedení vyplynou.

Živé komentáře zásadně obohacují know-how

Neocenitelné byly při přenášených zákrocích také komentáře operatérů k jednotlivým úkonům. MUDr. Sákra, Ph.D. například kolegům doporučil zavádění cirkulárního stehu, ačkoli na začátku se

Colorectal Pathway

Pod názvem *Colorectal Pathway* představila společnost B. Braun unikátní projekt, který zefektivňuje průběh léčby pacienta s kolorektální diagnostikou bezprostředně čekajícího na operační výkon. Na zavedení projektu do praxe společnost B. Braun intenzivně pracuje s Fakultní nemocnicí Brno. Jde o aplikaci nejnovějších vědeckých poznatků do celého procesu léčby, který by měl pacientovi přinést lepší péči a zároveň nemocnici úspory. Přípravná fáze zahrnuje například zpracování dotazníků, cílenou edukaci pacienta, jeho nutriční přípravu nebo volbu vhodných cévních vstupů.

V perioperační fázi se aplikuje ve spolupráci s anesteziologem mimo jiné nový přístup k tekutinové terapii a ve spolupráci s operatéry se analyzuje a optimalizuje chirurgické instrumentarium. V celém procesu je k dispozici řada nástrojů a zařízení, od jednorázových resterilizovatelných nástrojů až po laparoskopické věže nebo hardware a software pro vybavení operačních sálů.

Operačním výkonem a propuštěním pacienta však poskytovaná péče nekončí. Pathway počítá také s pooperační fází. Při propuštění pacienta pomáhá s aplikací standardizovaných postupů ERAS, které zahrnují například výběr optimální výživy, analgezie, péči o katetry nebo výběr stomických pomůcek.

bez něj operace jeví jako snazší. „Později se ovšem využití této techniky velmi vyplatí,“ vysvětluje dr. Sákra a dodává: „Je to jako stavět loď v láhvi.“ Po stažení tkáně si chirurgové koagulací označili do kruhu značky na patriččné části rekta, aby i později, až se tkáň zásahem zdeformuje, měli jistotu, kde mají provést resekci. „Bylo vidět, že problémem tohoto postupu je i souhra obou týmů. Naučit se správnému rozestavení personálu na operačním sále totiž není vůbec jednoduché,“ okomentoval průběh operace primář Sákra.

Operační sály ve většině nemocnic nejsou na souběžnou účast dvou týmů při operaci projektované, a tak i tady bylo těsně. Výkon vyžadoval dokonalou souhru a od začátku muselo být jasné, kde bude stát kameraman, kde operátor-laparoskopista a jeho instrumentářka, kde bude hlavní operátor, jeho asistent a další instrumentářka nebo kde bude umístěna laparoskopická věž. Dále bylo potřeba najít místo pro první i druhou koagulaci a pro obě instrumentária. Veškerý prostor se využil s maximální efektivitou a oba týmy se v průběhu operace sehrály tak, že pracovaly téměř paralelně.

Primář Sákra k resekci použil CSC-KOL stapler, který se od ostatních liší čtyřmi trakčními otvory. Těmi se protahují vlákna při technice end-to-end anastomóz a získává se lepší kontrola nad vtažením distálního pahýlu střeva do rezervoáru stapleru a tudíž i lepší manipulace s poměrně tuhou tkání tlustého střeva.



Tým operátorů, který prováděl jednu z několika operací v přímém přenosu

Operátor vyzdvihl zejména možnost použít stapler ve výhodném úhlu, což u starších postupů nebylo vždy možné. Zároveň kvitoval, že spodní tým může být pod kontrolou horního týmu, který svítí a má přehled, zda se spodní tým nenachází ve spodním rektu. „Tímto způsobem provádíme zhruba polovinu resekci. Operací jsme už udělali šestatřicet,“ dodává MUDr. Lukáš Sákra, Ph.D. Přínosy prezentované metody hodnotí i další lékaři z řad účastníků: „U nízkých tumorů rekta řešených transanální metodou si lépe ozřejmíte distální resekční linii. Díky tomu jasně víte, že se jednoznačně nacházíte v dané vzdálenosti pod nádorem,“ říká MUDr. Karel Víšek ze Svitavské nemocnice.

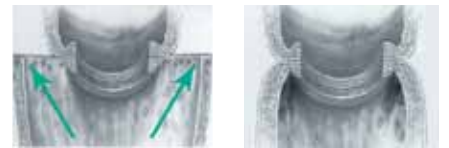
Bez sdílení zkušeností a znalostí se medicína neposune dál

Celý kongres se nesl v duchu sdílení vlastních zkušeností a zazněla i řada důležitých informací, které vyplynuly z odborných studií. „Jde nám mimo jiné o to, aby lékaři mezi sebou sdíleli zkušenosti, znalosti i dovednosti. Když si je každý bude nechávat pro sebe, nemůžeme čekat, že se medicína bude posouvat dopředu,“ vysvětluje myšlenku Tomáš Hrouda.

Jedním z nejdiskutovanějších témat kongresu byly leak anastomózy jako jedna z příčin, kdy se po operaci anastomóza nehojí. U resekčních výkonů s totální mezorektální excízi se u níže uložené koloanální a koloanální anastomózy obecně vyskytuje anastomotický leak ve 20–30% případů. Pacienti s výrazným anastomotickým leakem jsou přitom ohroženi častěji i lokální recidivou nádoru. Jedním z možných řešení je indikace některých výkonů bez anastomózy. „Zaznamenal jsem, že v lékařských kruzích je toto téma velmi aktuální. Na liberecké technické univerzitě představila například budoucí doktorandka svůj návrh řešení dvojité nanonáplasti, která přilne k anastomóze, přičemž ta se hojí a naopak izoluje od prostředí dutiny břišní. Každých pár procent, o které se sníží riziko infekce, znamená více zachráněných pacientů,“ komentuje sdílení zkušeností Tomáš Hrouda. ■



Jana Kittová, foto Ester Horovičová



Speciálně vytvořený pro
nízkou přední resekci rekta
a pro eliminaci tzv. „psích uší“

CSC-KOL

CIRKULÁRNÍ STAPLER SPECIÁLNĚ VYTVOŘENÝ
PRO NÍZKOU PŘEDNÍ RESEKCI REKTA

Vysokoproteinové a proteinkalorické sippingy

Nutricomp® Drink Plus HP a Nutricomp® Drink 2,0 kcal Fibre

Správně indikovaný sipping coby nutričně definovaná kompletní výživa snižuje mortalitu, redukuje komplikace včetně pooperačních, a zlepšuje svalovou hmotu, hlavně u podvyživených a starších pacientů.

Sipping jako hlavní komponenta tzv. orálních nutričních suplement (ONS) představuje první volbu v nutriční intervenci pacientů s poruchou výživy. V současnosti je i na českém trhu k dispozici široké portfolio přípravků různého složení, konzistencí a příchutí, včetně speciálních.

Pacient si je může zakoupit nebo jsou v indikovaných případech předepisovány s různou možností úhrady. Konzumace je možná v původním stavu, po zmražení, ohřátí nebo jako surovina pro přípravu jídel. Mohou být také zahušťovány v případě přítomné orofaryngeální dysfagie.

Doplňěk nekompletního příjmu stravy v domácím či sociálním prostředí klienta
U hospitalizovaných pacientů je často využíván na start realimentace po hladovění, akutních stavech nebo chirurgických výkonech, jako doplňěk nekompletního

stravování na odděleních nebo v rámci fortifikace diety v období rekonvalescence. Sipping coby nutriční nebo léčebná modalita (např. u nespecifických střevních záležitostí apod.) může ve formě kompletní pitné enterální výživy nahrazovat její sondovou variantu. Naopak ani zavedená výživová nazojejunální sonda (NJS) nebo perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) nejsou kontraindikací jeho podání v rámci zachování perorálního příjmu pacienta.

Není pravda, že se zvyšujícím se obsahem živin v produktu klesá jeho palatabilita a tolerance. Většina pacientů dobře

Dosažení nutričního kalorického cíle

Při potřebě kompletního zajištění pacienta pitnou enterální výživou lze menším počtem balení dosáhnout stanoveného proteinového a kalorického nutričního cíle. Např. pro pacienta s optimální hmotností 65 kg představuje pět balení proteinkalorického sippingu (18g bílkoviny, 400kcal) kalorickou dávku 2 000kcal (31 kcal/kg/d), resp. 90g bílkovin (1,4g/kg/d), podobně pro 75kg pacienta pak představuje šest balení celkovou dávku 2400 kcal (32 kcal/kg/d), respektive 108g bílkoviny (1,4g/kg/d). V závislosti na fázi onemocnění pacienta lze k dosažení lepšího poměru bílkovina a energie proteinkalorické a vysoko-proteinové výrobky také kombinovat.



toleruje proteinové nebo proteinkalorické sippingy, které ve stejném objemu produktu přináší místo obvyklých 10–12 g zvýšených 18–20 g, v případě proteinkalorických i dalších 100 kcal energie (400 kcal místo obvyklých 300 kcal v balení). Moderní technologie přípravy navíc přináší kvalitnější a nové příchuti při zachování kvalitních zdrojů základních živin (syrovátkový protein, oleje s MCT a nenasycenými omega-3 mastnými kyselinami).

Portfolio výrobků ONS

Z nabídky si lze vybrat typ přípravku podle fáze onemocnění, ve které se pacient nachází – např. proteinový sipping

při zahájení realimentace po proběhlém akutním stavu, proteinkalorický sipping po stabilizaci nemocného a jeho přechodu do fáze anaboličké, respektive rekonvalescentní.

Tyto přípravky lze využít u pacientů se zavedenou NJS nebo PEG ke stimulaci perorálního příjmu, v případě vysoko-proteinových přípravků i k obohacení podávané standardní enterální výživy o chybějící bílkovinu přímo do arteficiálního výživového vstupu.

Spolupráce seniora je důležitá

Ve skupině starších pacientů, s vysokou frekvencí malnut-

rice a potřebou nutriční intervence jsme často limitováni ochotou seniora ke spolupráci či konzumaci většího počtu sippingů, které doporučujeme. Proteinový nebo proteinkalorický přípravek pak představuje vhodnou formu kompromisu mezi optimální nutriční představou a reálnou konzumací. Navíc přináší nezanedbatelné množství proteinu nezbytného pro udržení tělesné svalové hmoty, k jejíž redukci věkem dochází. ■

Nutricomp® Drink Plus HP

Je určen pro pacienty s rozvinutou podvýživou anebo s rizikem jejího vzniku v souvislosti s probíhajícím onemocněním, v případech, kdy je vysoká potřeba příjmu energie a bílkovin (např. chronická onemocnění, akutní i chronické rány, špatně se hojící rány, bércové vředy, popáleniny) a kdy je výhodné větší množství energie a bílkovin, jako je tomu například u kardiovaskulárních onemocnění.

Přináší pacientům zejména vysoký obsah kvalitní bílkoviny 10 g/100 ml (27 % celkové energie) a vhodný profil tuků – rybí olej (0,05 g/100 ml EPA a DHA) a MCT (0,83 g/100 ml). Jedná se o nutričně kompletní výživu určenou k popíjení, vysoce kalorickou (1,5 kcal/ml), bohatou na kvalitní bílkoviny s obsahem MCT tuků, bez vlákniny a lepku a klinicky významného množství laktózy.

Vysoký obsah kvalitních proteinů je vhodný také v před- a pooperační péči, jako prevence úbytku svalové hmoty při velkých komplikacích či při rekonvalescenci, zejména pokud běžná strava nezajistí dostatečný příjem živin.

Příchutě: čokoláda, nugát.

CO JE PRODUKT MĚSÍCE?

Jako produkt měsíce vybírá společnost B. Braun vždy jeden z nejúspěšnějších produktů ze svého portfolia. Jedná se o výrobek, který je obchodně úspěšný, inovativní, nadčasový či jiným způsobem unikátní. Zakoupením aktuálního produktu měsíce máte i vy, naši obchodní partneři, možnost nejen využívat kvalitní a osvědčený zdravotnický prostředek, ale navíc přispět na charitativní projekt B. Braun pro život.

MUDr. Michal Šenkyřík, Interní gastroenterologická klinika Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity



Nutricomp® Drink 2,0 kcal Fibre

Je nutričně kompletní výživa s vlákninou určená k popíjení (sipping). Nabízí vysoký obsah energie (2,0 kcal/1 ml), vysoký obsah proteinů 8 g/100 ml (18 % celkové energie) a složení tuků obohacené o rybí olej (0,08 g/100 ml EPA a DHA) a MCT tuky (1,2 g/100 ml), bez lepku a klinicky významného množství laktózy.

Využívají jej především pacienti s rozvinutou podvýživou anebo s rizikem jejího vzniku v souvislosti s probíhajícím onemocněním, v případech, kdy je vysoká potřeba příjmu energie a bílkovin, a také tehdy, pokud je nutné dodržovat nízkooobjemovou dietu anebo při obtížném polykání – dysfagii.

Příchutě: mléčný karamel, čokoládová pralinka, třešeň.



Od safíru

až po hliníkové kontejnery Aesculap

V Československu byla výroba hliníku započata v roce 1933 v Břidličné a na Slovensku se vyrábí od roku 1953 v Žiaru nad Hronom. Hliník a jeho slitiny si své uplatnění našly hlavně ve zdravotnictví, a to díky nízké hmotnosti, korozivzdornosti a poměrně značné chemické odolnosti. Je velmi pevný, tvárný, vodivý a dobře svařitelný. Využíváme jej především na výrobu sterilizačních kontejnerů, držadel chirurgických nástrojů, kuchyňského nádobí, elektronických vodičů, součástí přístrojů apod.

Životnost hliníkových sterilizačních kontejnerů

Pokud vše zvládneme dle doporučení a návodu výrobce, měly by nám hliníkové sterilizační kontejnery sloužit minimálně 20 roků. Praxe je ale trochu

jiná. Při analýzách nástrojů, kdy kontrolujeme různé kontejnerové systémy, různé mycí prostředky a hlavně dodržování interních logistických procesů předsterilizační přípravy se často setkáváme s opakem. Pokud kontejner

nemá mechanické závady, není porušeno těsnění a filtrační mechanismus funguje správně, je nejlepším řešením si povrchovou úpravu zajistit vlastními silami za použití vhodných přípravků, protože pracujeme s hliníkem.



Víte, že...

Minerály na bázi hliníku (korundy) jsou velmi žádané pro svou tvrdost, vodivost a estetické vlastnosti. Pokud se krystaly oxidu hlinitého dostaly v přírodě do styku s chromem, vznikne krásně modrý minerál zvaný safír, vyskytuje-li se v okolí titanu nebo železa, vzniká načervenalý rubín. Tyto minerály patří mezi nejžádanější drahé kameny na zeměkouli.



Bauxit, ze kterého se dnes čistý hliník vyrábí



V jakékoliv barvě mohou výrobci nabízet hliníkové sterilizační kontejnery

pH neutrálního prostředí je základem i u kontejnerů

Základní nevýhodou hliníku je chemická nestálost a rozpustnost v kyselinách a hydroxidech. Proto vždy musíme mít na paměti při jeho údržbě, dekontaminaci a mytí dodržení PH neutrálního prostředí. Nejčastější chybou při ručním mytí kontejnerů je použití chlorované neošetřené vody z vodovodního řádu, kde PH je příliš kyselé nebo naopak příliš zásadité. U strojního mytí a sterilizace bývá nejčastější chybou použití změkčené nebo demineralizované vody na hraničních limitech povolené normou ČSN EN 285 a ČSN EN ISO 17665:

Výroba hliníku

Provádí se elektrolýzou z taveniny směsi předem přečištěného bauxitu při teplotě okolo 950 °C. Je třetím nejvíce zastoupeným prvkem v zemské kůře (oxid hlinitý



Jak šetrně a kompletně ošetřit hliníkové kontejnery

Nejvhodnějším přípravkem k ošetření hliníkových kontejnerů, který výrobce Aesculap doporučuje, je čisticí emulze Aesculap JG601. Jde o neabrazivní pH neutrální (pH = 7) čisticí emulzi dodávanou v jednotkovém balení 300 ml. Jedná se o biologicky nezávadnou emulzi, rozpustnou následně ve vodě.

Emulze po nanesení na eloxovaný hliníkový povrch začne podporovat eloxovanou vrstvu a rozpouštět nežádoucí prvky, jako jsou například lepicí pásy a zaschlé biologické prvky, odstraní malé povrchové odřeny a zvýrazní barevnost původního hliníkového povrchu.

Al_2O_3). Podle posledních dostupných údajů tvoří hliník asi 8% zemského povrchu a díky jeho velké reaktivitě se v přírodě setkáváme pouze s jeho sloučeninami na bázi oxidů křemíku, titanu, železa a dalšími prvky. Nejběžnější horninou na bázi hliníku je bauxit ($Al_2O_3 \cdot 2H_2O$). ■



Ing. Jiří Hammer
obchodní zástupce divize
B. Braun Avitum



ROZVOJ SPOLUPRÁCE A KOMUNIKACE V TÝMU – praktický workshop

13. listopadu 2018
B. Braun Dialog | Praha 8

Pořádá Aesculap Akademie



Není hydrocefalus

jako hydrocefalus



Hydrocefalus je onemocnění charakterizované patologickým nahromaděním mozkomíšního moku (likvoru) v mozkových komorách. Vzniká v důsledku poruchy v dynamickém systému tvorby, proudění a vstřebávání mozkomíšního moku. Termín hydrocefalus vznikl spojením řeckých slov *hydro* – voda a *kefalé* – hlava a první zmínky o něm pocházejí z dob Hippokrata, Vesalia či Galéna. Teprve v roce 1768 je však hydrocefalus popsán jako nemoc Robertem Whyttem a bližší náhled na toto onemocnění ozřejmili Magendie a Luschka, kteří popsali jak kompletní anatomii likvorových cest, tak i tvorbu a tok mozkomíšního moku s jeho následným vstřebáváním.

Mozkomíšní mok

Tvoří se převážně v plexus chorioideus postranních komor, III. komory a IV. komory ultrafiltrací z krevních kapilár. Za normálních okolností se tvoří přibližně 500ml likvoru za 24 hod. Při celkovém objemu moku od 80 do 150ml dochází tedy k jeho obměně třikrát během každého dne. Proudění moku je zajištěno srdečním cyklem. Krev přitékající do mozku během systoly způsobuje pohyb mozkové tkáně, vytlačuje likvor směrem do páteřního kanálu, naopak během diastoly proudí mok směrem kranálníním.

Příčiny poruch vedoucích k hydrocefalu

Z anatomických a fyziologických poměrů vyplývá, že porucha vedoucí k hydrocefalu může nastat na všech úrovních systému tvorby, vstřebávání a cirkulace moku. Na základě typu poruchy se hydrocefalus dělí na dvě velké skupiny: *komunikující hydrocefalus* a *obstrukční hydrocefalus*.

Komunikující hydrocefalus vzniká zvýšenou tvorbou nebo nejčastěji sníženým vstřebáváním mozkomíšního moku bez obstrukce v likvorových cestách. Porucha vstřebávání může být z různých příčin například po proběhlé infekci, krvácení.

Obstrukční hydrocefalus vzniká překážkou v proudění mozkomíšního moku s typickým rozšířením nad místem obstrukce. Překážka se může vyskytovat kdekoli v likvorových cestách, nejčastěji ale bývá v nejužším místě komorového systému v Sylviově aqueduktu. Existují i další specifické typy hydrocefalu, mezi které patří zevní hydrocefalus, normotenzní hydrocefalus a pseudotumor cerebri.

Klinické příznaky hydrocefalu

Závisí především na rychlosti vzni-

ku a rozsahu poruchy proudění nebo vstřebávání mozkomíšního moku, dále pak na věku nemocného. Akutní uzávěr likvorových cest vede k prudké distenzi mozkových komor nad překážkou a zvýšení nitrolebního tlaku s bolestí hlavy trvalého charakteru, zvracením bez předchozí nevolnosti a následně úlevy, posléze k poruše vědomí, v krajním případě až ke kómatu. Pozvolna narůstající hydrocefalus se projevuje bolestí hlavy, poruchami paměti, poruchami chůze a inkontinencí v různé míře.

Hydrocefalus u dětí

Dítě postižené hydrocefalem v období před uzávěrem lebních švů je neklidné, pláčtivé, zvracející, postupně apatické. Velká fontanela je napjatá, minimálně pulzující, lební švy jsou rozestoupené, žilní kresba

80% nediodagnostikovaných

Ze statistik vyplývá, že až 80% pacientů trpících normotenzním hydrocefalem zůstává nediodagnostikovaných. Toto číslo je alarmující a svědčí o malé informovanosti praktických lékařů a neurologů o této diagnóze, která je při včasném odhalení dobře ovlivnitelná. Neléčený NPH vede po určité době k nevratnému poškození mozku, proto je důležité, aby se pacienti dostali k léčbě včas.





Doc. MUDr. David Krahulík, Ph.D., MBA

promoval v roce 2001 na univerzitě Palackého a týž rok nastoupil na Neurochirurgickou kliniku Fakultní nemocnice v Olomouci, kde působí dosud. Atestoval z chirurgie v roce 2004 a z neurochirurgie v roce 2007. Ve své praxi se zaměřuje na cerebrovaskulární, dětskou neurochirurgii a hlubokou mozkovou stimulaci. Titul Ph.D. obhájil v roce 2010 prací na téma z oblasti cévní neurochirurgie a docentem pro obor neurochirurgie byl jmenován v roce 2014 za práci věnující se dětské neurochirurgii. Od roku 2012 je zástupcem přednosty pro vědu a výuku na Neurochirurgické klinice LF UP a FN Olomouc. Absolvoval celou řadu zahraničních stáží a minulý rok dokončil studium MBA, management ve zdravotnictví. Je autorem pěti neurochirurgických knižních kapitol a spoluautorem více než 50 článků v českém i zahraničním písemnictví. Je ženatý, má tři děti a jeho zájmem je sport, především tenis, a kynologie.

je zvýrazněná, obvod hlavičky se zvětšuje nad fyziologické hodnoty.

Mezi základní vyšetřovací metody hydrocefalu patří ultrazvuk u dětí se zachovanou velkou fontanelou, dále zobrazení počítačovou tomografií (CT) a hlavně magnetickou rezonancí (MR), která je v dnešní době preferována.

Normotenzní hydrocefalus

Je specifický typ hydrocefalu postihující jedince ve starším věku. Přináší typickou triádu obtíží jako poruchy chůze, charakteristické malými krůčky s poruchou rovnováhy, dále poruchu paměti se zpomalením psychomotorického tempa a také močovou inkontinenci. Existuje celá řada teorií, které vysvětlují vznik rozšíření komorového systému, při normálním tlaku v komorovém systému vedoucí k výše popsaným obtížím pacientů. Důležité je, že v současné době je tento typ hydrocefalu výrazně poddiagnostikován a k léčbě se dostane jen asi 20% pacientů s tímto onemocněním. Diagnóza je stanovena na podkladě anamnézy, zobrazení mozku pomocí magnetické rezonance a také za pomoci dalších vyšetřovacích metod, jako je lumbální punkce, lumbální drenáž a lumbální infuzní test. Na základě všech těchto vyšetření je pacient indikován

k terapii, zavedení ventrikulo-peritoneální drenáže, která má úspěšnost mezi 70–80%.

Neurochirurgická léčba hydrocefalu

Můžeme ji rozdělit na dvě základní možnosti terapie na podkladě typu hydrocefalu. U komunikujícího hydrocefalu je prováděna drenáž mozkomíšního moku z postranních mozkových komor do jiné tělní dutiny, nejčastěji do dutiny břišní. Každý drenážní systém (shunt) je tvořen komorovým katetrem, ventilem a periferním katetrem. Typů ventilů je celá řada a mohou být programovatelné s různě nastavitelnou hodnotou otevíracího tlaku a také i s implantovanou gravitační jednotkou zamezující většímu odtoku moku při stožení pacienta. U obstrukčního typu hydrocefalu využíváme endoskopickou metodu, kdy provedeme perforaci spodiny třetí komory a umožníme tak odtok mozkomíšního moku jiným směrem.

„Snadná léčba“ jménem SHUNT

Přestože se v minulosti hledaly i jiné možnosti léčby hydrocefalu, například farmakoterapie, zůstává stále hlavním typem terapie zavedení V-P (ventrikulo-peritoneálního) „shuntu“ neboli zkratového drenážního systému. Ten se skládá ze tří významných částí – hadičky vedoucí z mozkové komory (komorový katetr),

ventilu a odvodné hadičky (peritoneálního katetru). Každá část systému má svoji podstatnou roli, ale nejdůležitější je samotný ventil. Koordinuje celý systém a odvádí správné množství mozkomíšního moku do místa dalšího vstřebání. ■

doc. MUDr. David Krahulík, Ph.D., MBA

Normotenzní hydrocefalus – ani Alzheimer, ani Parkinson

Symptomy normotenzního hydrocefalu jsou snadno a velmi často zaměňovány se stařeckou demencí, při poruše chůze se uvažuje nad Parkinsonovou chorobou a pravidelné zapomínání mylně vrhá podezření na Alzheimerovu chorobu. Specifickým projevem této choroby může být samovolný únik moči, nejistá, až šouravá chůze a nelogické nebo zmatené uvažování. Především u seniorů se může stát, že se normotenzní hydrocefalus (NPH) kvůli všem těmto možným záměnám a nejasným obtížím nepodaří nikdy diagnostikovat, a proto tato choroba zůstane u mnoha starších pacientů neléčena.



Proplachový systém Suby G

u pacientů po spinálním poranění a s dlouhodobě zavedeným permanentním katétrem

Pacienti po spinálním poranění mají často současně neurogení dysfunkci močových cest. V popředí léčby poruch vyprazdňování močového měchýře stojí především čistá intermitentní katetrizace, která sama nebo v kombinaci s farmakoterapií zajistí vyprazdňování močového měchýře. Přesto existuje nezanedbatelná skupina pacientů odkázaná na vyprazdňování moči trvale zavedeným permanentním katétrem (PMK).

Problémy pacientů odkázaných na vyprazdňování moči trvale zavedeným permanentním katétrem

Důsledkem dlouhodobé derivace moči PMK nebo epicystostomií je močová infekce, která způsobuje až 40% nozokomiálních infekcí. Často se používá pojem katétrem způsobená bakteriurie. K dalším problémům u pacientů s dlouhodobě zavedeným PMK patří tvorba močových konkrementů a inkrustací na katétru. Z toho vyplývají problémy s průchodností katétru. Každá neprůchodnost PMK znamená pro pacienta neplánovanou návštěvu zdravotnického zařízení

a potenciální riziko infekční či septické komplikace.

Jaké jsou důvody neprůchodnosti PMK

Zpravidla je neprůchodnost způsobena tvorbou bakteriálního biofilmu a inkrustací na katétru. Při dlouhodobě zavedeném PMK dochází ke kolonizaci katétru exopolysacharidy, do kterých jsou vestavěny mikrokolonie bakterií. Tyto kolonie jsou na počátku unibakteriální, ale rychle se stávají polybakteriálními.

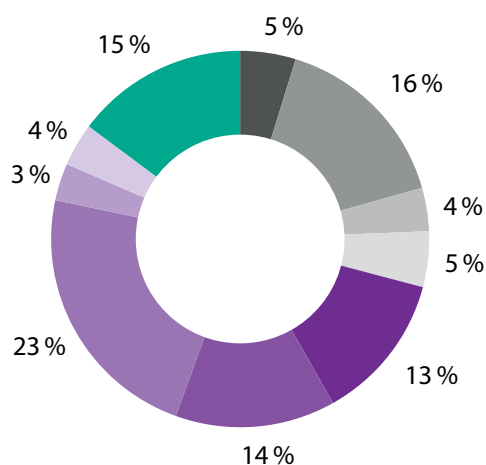
Inkrustace katétru jsou pak způsobené mikroorganismy v biofilmu katétru, které mají schopnost hydrolyzovat ureu v moči

na volný amoniak. To způsobuje lokální zvýšení pH moči. Alkalické prostředí urychluje precipitaci minerálů a vznik hydroxyapatitových a struvitových krystalů, které potom zamezí průchodnosti katétru. Mezi nejčastější tzv. „urea splitting“ kmeny patří *Proteus species*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella species* a *Providencia species*. Všechny tyto kmeny jsou většinou polyrezistentní k antibiotické léčbě.

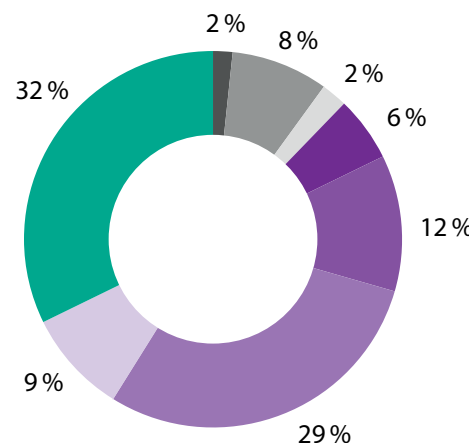
Pacienti s inkrustacemi katétru mají také často vyšší hladinu kalcia, bílkoviny a mucinu v moči. Recidivující inkrustace katétru způsobující jeho neprůchodnost

Přehled mikrobiálních kmenů

SKUPINA BEZ PROPLACHU (189 kultivací)



SKUPINA S PROPLACHEM (180 kultivací)



postihují až polovinu pacientů s dlouhodobě zavedeným PMK.

Prevence neprůchodnosti katétru

Mezi preventivní opatření vzniku inkrustací patří především zajištění dostatečného příjmu tekutin. Zde se řídíme pravidlem, že denní diuréza má dosáhnout minimálně 1500 ml. Důležitá je péče o PMK, především zajištění volného odtoku moči v gravitačním spádu. Důležité je tedy poučení a spolupráce pacienta. Ve zdravotnickém zařízení je třeba dbát na zásady aseptického přístupu při zavádění katétru, minimalizovat kontaminaci katétru již při zavádění, omezit i takové drobnosti, aby se např. výpustný sáček pověšený u lůžka nedotýkal podlahy a nedocházelo ke kontaminaci výpustného ventilu. Stejně důležité je udržovat uzavřený systém. Historicky byla snaha snižovat výskyt močové infekce, a tím i tvorbu inkrustací používáním katétrů s antimikrobiálním povrchem. Efektivita použití těchto katétrů však nebyla potvrzena.

Při prevenci neprůchodnosti PMK hraje roli frekvence výměn PMK, správná péče o katétr, množství diurézy, léčba močové infekce a acidifikace moči. V praxi lze použít také preventivní proplach močového katétru acidifikujícím roztokem kyseliny citronové.

Prospektivní otevřená randomizovaná studie vyhodnocení vlivu proplachů

Cílem naší práce bylo zhodnotit vliv proplachů PMK přípravkem Uro-Tainer® Suby G na výskyt neprůchodnosti PMK a výskyt symptomatických močových infekcí v souboru pacientů s neurogenními dysfunkcemi dolních močových cest.

Výzkumný vzorek respondentů

Provedli jsme prospektivní otevřenou randomizovanou studii. Studijní soubor tvořilo celkem 43 pacientů s trvale zavedeným močovým katétreem jako dlouhodobým nebo trvalým řešením dysfunkce dolních močových cest po spinálním poranění.

Průběh výzkumu

Pacienty jsme randomizovali v poměru 1 : 1 do dvou skupin. Skupina se standardní péčí (bez proplachů) měla dlouhodobě zavedený PMK s pravidelnou výměnou po 21 dnech. U druhé skupiny (s proplachem) jsme pravidelně dvakrát týdně proplachovali močový měchýř roztokem 100 ml URO TAINER® Suby G. PMK byl stejně jako u první skupiny vyměňován pravidelně po 21 dnech. Pacienti byli

sledováni po dobu devíti týdnů. Mezi sledované parametry jsme zařadili počet neprůchodností permanentního katétru u pacientů s kmeny *Klebsiella sp.*, *Pseudomonas sp.*, *Providencia st.* a *Proteus mir.* a počet symptomatických močových infekcí.

Z 23 pacientů ve skupině s proplachem nedokončili studii dva pacienti pro komplikace spojené s proplachem katétru. U prvního pacienta byl zaznamenán po proplachu prudký vzestup tělesné teploty až na 38,5 °C. U druhého pacienta došlo po proplachu k masivní hematurii, oba byli po první epizodě nežádoucí příhody vyřazeni. Výsledky vyřazených pacientů nebyly do hodnocení zařazeny.

Průchodnost versus neprůchodnost katétru u pacientů

U pacientů s nálezem kmene *Klebsiella pn.* se ve skupině s proplachem nevykytla neprůchodnost katétru, zatímco ve skupině bez proplachů se neprůchodnost vyskytla sedmkrát, u části pacientů opakovaně. U pacientů s nálezem kmene *Pseudomonas aer.* se ve skupině s proplachy vyskytla jedna epizoda neprůchodnosti katétru, zatímco ve skupině bez proplachů dvě epizody neprůchodnosti katétru. Při sledování neprůchodnosti katétru u pacientů s kmenem *Providencia*

stuarti jsme zaznamenali čtyři epizody neprůchodnosti PMK ve skupině bez proplachu, ve skupině s proplachem jsme tento kmen nezastihli. Neprůchodnost PMK při nálezu kmene *Proteus mir.* byla v jednom případě ve skupině s proplachem a ve dvou případech u pacientů bez proplachu.

Statistika ukázala výrazný profit u pacientů s preventivními proplachy močového měchýře

Při statistickém hodnocení byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinou s proplachy a bez proplachů (p -value = 0,009) a OR 7,14, tj. existuje sedmkrát větší šance na výskyt neprůchodnosti PMK u pacientů bez proplachu katétru. Při vyhodnocení symptomatické močové infekce bylo bez močové infekce šest pacientů ve skupině bez proplachů (29 %), zatímco ve skupině s proplachy bylo bez symptomatické močové infekce 12 pacientů (60 %). Rozdíl byl statisticky signifikantní (p -value = 0,043), 95% CI (1,02–13,79). Jednu až dvě ataky symptomatické infekce prodělalo 71 % pacientů ze skupiny bez proplachu vs. 40 % pacientů ze skupiny s proplachy.

Jak se ukázalo v praxi

V naší klinické praxi se použití trvalé derivace moči snažíme omezit na minimum. PMK používáme relativně krátce v akutní a postakutní fázi míšního šoku, pak časné přecházíme na intermitentní katetrizaci. K delší derivaci PMK pak indikujeme pacienty s těžším průběhem poranění, většinou polytraumatizované, nebo pacienty s vysokou krční lézí, kdy je častý výskyt reflexní erekce, která znesnadňuje intermitentní katetrizaci. V těchto případech je výhodou derivace moči epicystostomií. Druhou skupinou jsou pak pacienti s lézí krční míchy a kvadruplegií, bez funkční ruky, kteří nejsou ani s pomocí endogripu schopni se autokatetrizovat. I v takových případech se snažíme naučit intermitentní katetrizaci někoho z rodinných příslušníků. Pouze u pacientů bez sociálního zázemí indikujeme dlouhodobou derivaci moči. Pokud se během dispenzarizace ukáže, že je tato derivace skutečně nutná na dlouhou dobu či natrvalo, pacienty převádí-

me na derivaci epicystostomií nebo jim navrhujeme provedení sfinkterotomie a použití kondomového urinálu.

V našem souboru jsme měnili katétr v pravidelných třítydenních intervalech. Důvodem výměny byla kromě plánované výměny také neprůchodnost katétru a symptomatická infekce, kdy je katétr vždy vyměněn po nasazení antibiotické léčby. Frekvence výměn permanentního katétru je v praxi individuální a do značné míry závisí na zvyklostech pracoviště. U neurogenických pacientů se doporučuje v rozmezí dvou až šesti týdnů. Za optimální je považována výměna po měsíci. Některé práce prokazují při častějších frekvencích výměny redukcii bakteriální flóry jak kvantitativně, tak i množstvím zachycených druhů.

Riziko kolonizace jednoznačně stoupá s počtem dnů zavedeného katétru

Incidence bakteriurie je v souvislosti se zavedeným katétre 3–8 % za každý den a doba zavedení PMK je tak nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím výskyt bakteriurie. Po jednom měsíci zavedení katétru je téměř 100% riziko bakteriurie. V porovnání s uvedenými údaji je riziko uroinfekce u čisté intermitentní katetrizace významně nižší.

Výsledek výzkumu

Použití proplachového systému URO TAI-NER® u souboru pacientů s neurogení dysfunkcí dolních močových cest po spinálním poranění a s močovou infekcí kmeny *Proteus species*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella species* a *Providencia species* vedlo k signifikantnímu snížení epizod neprůchodnosti močového katétru způsobeného inkrustacemi. Také počet symptomatických močových infekcí byl ve skupině s proplachem signifikantně nižší. ■

Vladimír Šámal^{2,3}, Alena Kyrianová¹, Jaroslav Šrám¹, Jan Mečl²

¹Spinální jednotka, Traumatologicko-ortopedické centrum, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

²Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

³Urologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové



RENÁLNÍ TUBULY A JEJICH ONEMOCNĚNÍ

21. září 2018 | Praha
Pavilon B. Braun Dialog

Pořádá Aesculap Akademie



PŘÍPRAVA A PODÁVÁNÍ CYTOSTATIK

26. září 2018

Pavilon B. Braun Dialog
Praha 8

Pořádá Aesculap Akademie
ve spolupráci s VFN v Praze



Kontaminace cytostatiky

a jak jí předcházet

„Lze při aplikaci chemoterapie snížit expozici sester?“ V České republice jsou pravidla pro přípravu cytotoxických léčiv (CL) ukotvena v legislativě (aseptická příprava v lékárně, podtlakový box s vertikálním prouděním, chemoprotektivní rukavice), pravidla pro aplikaci CL však nikoliv. Sestra má při podání chemoterapie k dispozici pouze ochranné rukavice.

Léčiva ve smyslu „hazardous drugs“

Přímé ohrožení zdravotnického personálu může vznikat při každé manipulaci s připravenými CL, což představuje nejen vlastní aplikace CL, ale také následné odpojování a ukončování chemoterapie, kdy sestra pracuje s kontaminovanými infuzními vaky včetně setů. Z monitoringu porovnávací kontaminaci lékáren a nemocnic v České republice vyplývá, že lékárny jsou obecně kontaminovány méně než místa aplikace CL (sanitární místnosti, WC pacientů a stacionáře).

Nejvyšší nalezené hodnoty v lékárnách bývají v izolátorech, přičemž mediánové hodnoty kontaminací jsou v porovnání s prostory aplikace o řády nižší. Na odděleních nemocnic a stacio-

nářů lze běžně nalézt hodnoty v řádech desetitisíců pg/cm^2 . Výsledky provedeného monitoringu ukazují na vysokou míru kontaminace pracovního prostředí, ve kterém sestry vykonávají každý den své povolání. Nejvyšší naměřené hodnoty se pohybují v řádech desetitisíců pg/cm^2 . Doporučovaný limit pro maximální přípustnou kontaminaci pro cyklofosamid je $67 \text{ pg}/\text{cm}^2$, pro flurouracil $38 \text{ pg}/\text{cm}^2$ a pro platinové deriváty $12 \text{ pg}/\text{cm}^2$.

Preventivní opatření pro snížení expozice sester

Pro snížení profesní expozice sester aplikujících CL je možné zavést nápravná a preventivní opatření, jako např. exaktní rozdělení prostor, kde jsou používány ru-

kavice a kde nikoli, používání víceramenných infuzních setů, zavěšení infuzních stojanů na zeď či instalace toalety se samočisticími sedátko určenými pro pacienty.

Proč jsme doporučili nahradit standardní infuzní sady za sady víceramenné?

Víceramenné infuzní sady, tzv. „chobotničky“, umožňují proplachování aplikační soupravy netoxickým, „čistým“ roztokem. Díky tomu lze předcházet úniku CL po odpojení sady od žilního vstupu pacienta. Dříve se jevílo toto nápravné opatření jako nákladné, neboť tyto sady nebyly hrazeny zdravotními pojišťovnami. Od 1. 1. 2017 se však i díky České onkologické společnosti podařilo na-



Projekt CYTO

Cytotoxická léčiva (CL), která se používají při léčbě nádorových onemocnění, jsou látky s nebezpečnými vlastnostmi. Dlouhodobá expozice těmto látkám je spojena s možným projevem jejich genotoxických, mutagenních, karcinogenních a teratogenních účinků. Manipulace s CL často vede ke kontaminaci pracoviště a v konečném důsledku i k expozici přítomného personálu. Projekt Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) CYTO (cystatika.cz), který běží již deset let, zaměřený na kvantifikaci kontaminace jednotlivých pracovišť nemocnic, poukázal na relativně vysoké zatížení chemoterapeutických stacionářů a prostor, kde se aplikují CL.

smlouvat tyto sety jako zvlášť účtovaný materiál, který lze vykázat s kódem aplikace. Paušál se nemocnicím sice nenavýšil, ale tvoříme si jej na další období.

Představila jsem také nový projekt CYTO+ (grant AZV MZd ČR) s názvem „Monitoring expozice cytotoxickým léčivům u pracovníků ve zdravotnictví a rodinných příslušníků onkologických pacientů, analýza rizik“, který běží v letech 2018–2021. Díky tomuto projektu je sledována kontaminace CL také v menších zdravotnických zařízeních (malé stacionáře, pečovatelské domy, LDN) a domácnostech onkologických pacientů. Diskutována byla také problematika pracovišť s dlouhodobě nízkou kontaminací. Není pravidlem, že pracoviště s nižším počtem příprav bývají méně kontaminovaná. Počet příprav a zkušenost připravujících pracovníků jsou faktory, které úroveň kontaminace mohou ovlivnit, nezbytné jsou ale i pečlivost a preciznost provedení nejen vlastní přípravy CL, ale i úklidu a sanitace.

Systém pohybu CL v MOÚ s důrazem na zvýšení bezpečnosti od příjmu přes přípravu až po aplikaci

V MOÚ je celý proces monitorován elektronicky. Požívá se zde technologie RFID, která využívá rádiové komunikace k přenosu dat mezi nosičem informací (čipem) a čtecím/zapisovacím zařízením (RFID čtečka). Výhodou RFID oproti stávajícím metodám je bezkontaktní snímání tagů a eliminace nutnosti vizuálního snímání (jednoznačné identifikátory přidělené NIS). Ve srovnání s čárovými kódy je vý-

hodou i vysoká odolnost RFID štítku/čipu vůči fyzikálně-chemickým vlivům.

Příprava v izolátoru

Při vlastní přípravě v izolátoru se připravující identifikuje, dále sejmou RFID čtečkou štítek infuzního vaku pro pacienta, jednotlivá použitá léčiva a připraví medikaci. Na LCD monitoru dojde k vizuální kontrole identity připravujícího, pacienta a složení přípravku. V případě, že by použitá medikace neodpovídala předepsané, připravující pracovník je na tuto skutečnost vizuálně upozorněn.

Radiofrekvenční identifikace sahá až k pacientovi

Každá aplikující sestra má vlastní kartičku s RFID čipem. Sestry mají k dispozici PDA čtečku RFID, kterou postupně snímají sebe, místo aplikace (tj. pumpu, která dává CL), pacienta vybaveného RFID kartičkou a konečně připravenou medikaci, jejíž RFID štítek nese vazbu na všechny předchozí informace o přípravě a složení. Proces aplikace CL pacientovi je dlouhý a skládá se z podávání řady dílčích medikací a premedikací. Často musí být z různých důvodů přerušeno nebo modifikováno. I na to systém RFID pamatuje a všechny situace zaznamenává. Vznikne-li jakákoliv nehoda mezi předepsanými a aplikovanými přípravky, systém vizuálně upozorní aplikující sestru ještě před zahájením aplikace a zabrání tak potenciální záměně.

Výstupem je protokol o aplikaci, ze kterého bude patrné kdo, kdy, pro koho

a z čeho medikaci připravil, kdy prošla kontrolou ve výstupní propusti lékárny, kdo a kdy ji aplikoval pacientovi, jak dlouho aplikace trvala a zda se vyskytly v průběhu podání nějaké komplikace, či nikoliv. A na konci tohoto procesu je automatické vykázání do účtu pacienta.

Jak celá příprava probíhá?

Proces je otázkou pár minut, kdy se místo setu klasického napojí víceraemenný set na čistý fyziologický roztok nebo glukózu. Krátké hadičky se připojují na samotné vaky s CL. Když CL doneseme na stacionář, od samotné aplikace a připojování jednotlivých CL k chobotničce až po samotnou likvidaci celé soupravy opravdu nedochází ke kontaminaci rukavic aplikujících sester ani podlahy pod stojanem, což se ukázalo při monitorovací kampani. Vyšetřili jsme rukavice sester, které přepojovaly CL klasicky, a rukavice při používání víceraemenných setů – „chobotniček“. Bez kontaminace byly rukavice s víceraemennými sety.

Limitací jsou samozřejmě finanční prostředky nutné na provedení monitoringu. Pokud pracovníci zacházející s CL znají úroveň kontaminace vlastního pracoviště, dokážou si lépe uvědomit riziko své profesní práce a více se zapojují do realizace nápravných opatření. ■

Více k tématu bezpečnosti personálu naleznete na stránkách www.bezpecnostpersonalu.cz



PharmDr. Šárka Kozáková, MBA,
foto: Ester Horovičová



PharmDr. Šárka Kozáková, MBA (roz. Sedláčková)

Zkušená a uznávaná doktorka farmacie úspěšně vystudovala obor klinická farmacie na Farmaceutické fakultě UK Bratislava s atestací I. a II. stupně v lékárenství. Po studiích nastoupila jako vedoucí ústavní lékárny Fakultní nemocnice Brno a od roku 2008 svoji bohatou praxi rozšířila o pozici náměstkyně pro lékárenskou péči MOÚ. Je členkou mnoha odborných společností a komisí, jako je například ČLK, ČLS JEP, sekce nemocničních lékárníků, Multicentrická etická komise FN Brno – předsedkyně od roku 2002, Akreditační komise MZ ČR, Zkušební komise MZ ČR pro atestační zkoušky v oboru Nemocniční lékárenství, předsedkyně revizní komise ČOSKF. Absolvovala mnoho kurzů a další vzdělávání, mezi něž patří například kurz Dynamický manager ve zdravotnictví CCM Graduate School of Business. Pravidelně přednáší a účastní se různých workshopů a kongresů. Podííl se na pregraduální a postgraduální výuce farmaceutů.

Kurz: Lze při aplikaci chemoterapie snížit expozici sester?

Zdravotní sestry aplikující cytotoxická léčiva (CL) jsou v práci vystaveny každodenním rizikům vyplývajícím z nebezpečných vlastností těchto látek. Expozice sester může vzniknout při běžné manipulaci s již připravenými cytotoxickými léčivy – při přípravě infuzní linky, při samotné aplikaci, odpojování pacienta i likvidaci použitých pomůcek, a proto jsme zavítali na tento kurz, kde si účastníci mohli nejen prakticky vyzkoušet, jak předcházet možným rizikům.



Stanoviště 1



Účastníci kurzu si vyzkoušeli simulovanou přípravu chemoterapie v řízeném prostředí

Stanoviště 2



Příprava infuzního setu s bezpečnostními prvky k podávání chemoterapie

Stanoviště 3



Diskuse, jak bezpečně podávat chemoterapii pomocí infuzní techniky



95 % lidí si myje ruce špatně a až 80 % infekcí se šíří špinavýma rukama

Ačkoliv se podle Světové zdravotnické organizace (WHO) šíří až 80 % infekcí špinavýma rukama, je doposud hygiena rukou laickou veřejností i odborníky podceňovaná. Již devátým rokem připadl 5. květen na Světový den hygieny rukou, který zdůrazňoval význam správně prováděné hygieny rukou jako preventivního opatření. Jeho cílem byla podpora zdravotníků i široké veřejnosti v praktikování správné hygieny rukou ve zdravotnických zařízeních, a tím i snížení rizika přenosu infekce mezi zdravotníky a pacienty.

Zdrojem nákazy mohou být předměty denní potřeby i podaná ruka

K nemocem souvisejícím se špatnou hygienou rukou patří nejen hepatitida typu A, ale i další virová či bakteriální onemocnění. Můžeme mluvit například o různých respiračních onemocněních či rotavirech, enterovirech nebo bakteriích salmonely, které se nacházejí na běžně používaných předmětech, kde se dokážou také úspěšně množit. Vyskytují se například na mincích

a bankovkách, na klikách, madlech nákupních košíků, tlačítkách zvonků a výtahů, vodovodních bateriích a ručnicích, na počítačových klávesnicích a myších. „Většina lidí považuje za nejkontaminovanější záchodové prkénko, ale ve skutečnosti je až několikrát špinavější počítačová myš a tu zase několikrát předčí klávesnice. A naprostou katastrofou co do bakteriologického výskytu bývají houbičky a hadříky na nádobí a někdy i kuchyňská

prkénka,“ říká hlavní hygienička nemocnic Ústeckého kraje Mgr. Dana Vaculíková.

Pozor na podání ruky!

Infekce se také mnohem častěji předávají podáním ruky než líbáním a rizikové je pochopitelně i kýchání a smrkání. Podle údajů Státního zdravotního ústavu (SZÚ) si přitom až 95 % lidí nemyje ruce správně. Někteří si je dokonce nemyjí ani po použití toalety – v 15 % muži a v 7 %

ženy. Po použití WC máme přitom na ruce až dvakrát více mikrobů než před jeho použitím. Voda a mýdlo jsou přitom nejjednoduššími hygienickými prostředky, ale až 50% mužů mýdlo přitom nepoužívá vůbec.

Nemyje si ruce vždy, když je to nutné...

Ruce bychom si měli umýt vždy, když přijdeme domů, obzvláště pak po cestě hromadnými dopravními prostředky, před přípravou jídla i po ní, před samotným jídlem, po kontaktu se zvířetem či jeho exkrementy, po vynesení odpadků, smrkání a kašlání a samozřejmě před ošetřením rány a po něm. „Pokud jde o hygienu v domácnosti, jde předně o mechanické čištění ploch vodou a běžnými čisticími prostředky. Pokud neřešíte nějakou akutní infekci, není nutné stále prolévat záchod Savem. To by naopak přispělo k množení velmi rezistentních bakterií, které by vám v důsledku mohly uškodit,“ říká ústavní hygienička z Fakultní nemocnice Hradec Králové MUDr. Lenka Hobzová. Dalším stupněm hygieny rukou je jejich dezinfekce za použití speciálního dezinfekčního prostředku, který si poradí i s odolnými bakteriemi a může být také dobrým řešením na cestách s omezeným přístupem k vodě.

Jak si správně umýt ruce?

U mytí by se měla použít voda i mýdlo nebo tekutý mycí prostředek a mytí by mělo

„Důležité je si uvědomit, že v krizových momentech, jako je návštěva zdravotnických zařízení – ať už jsme v roli pacienta nebo návštěvníka – je nutné si ruce dezinfikovat. Ideálně při příchodu do zdravotnického zařízení a při odchodu z něj.“

MUDr. Vilma Benešová, zakládající členka Národní pracovní skupiny pro hygienu rukou

probíhat alespoň 30 sekund. Ruce navlhčíme a následně na ně nanese dostatečné množství mycího prostředku. Pokračujeme známým třením dlaň o dlaň a méně známým čištěním hřbetů rukou s roztaženými prsty, mezi něž jsou klouzavými pohyby vkládány namydlené prsty druhé ruky. Obě ruce se v mytí vystřídají. Pokrčené, do sebe zaklesnuté prsty proti sobě otočených rukou zajistí očistu v oblasti nehtů. Následuje krouživé tření palce zavřeného v druhé dlani a naopak. Očistu dlaní pak provádíme prsty druhé ruky sevřenými téměř do špetky krouživými pohyby a dozadu a dopředu. Následně ruce opláchneme vodou a utřeme se ručníkem na jedno použití.

I když je technika dokonalá, často chybujeme

Při sušení rukou lidé často chybují v tom, že se na veřejných místech po umytí rukou osuší do použitého ručníku, místo aby použili papírové osušky či kapesníčky. Nedoporučují se ani látkové osušky, protože se v nich mohou udržovat bakterie.

Dezinfekce je důležitá součástí mytí rukou!

Hlavním důvodem je vysoká koncentrace nemocných lidí a zároveň i přítomnost mnohem rezistentnějších kmenů mikroorganismů, než které jsou běžně zastoupeny v komunitním prostředí. Dezinfekcí pak dotýčný chrání sebe i své blízké. „Správné postupy hygieny rukou pro zdravotnický personál zařazujeme pravidelně jako pevnou část programu například i při školení pro chirurgy. Úroveň znalosti správných postupů je různá. Edukace na školách nebývá vždy praktická a často mladí zdravotníci okoukávají postupy od starších kolegů až přímo v praxi. A to nemusí být vždy optimální. V posledních letech proto pomáháme i s edukací studentů lékařských fakult,“ dodává Mgr. Petra Bártová z Aesculap Akademie. ■

redakce Braunovin

Letos vznikla Národní pracovní skupina pro hygienu rukou

Národní pracovní skupina pro hygienu rukou je složená ze zástupců odborných společností, odborových organizací a předních českých odborníků v oblasti epidemiologie a hygieny. „Letos jsme se v rámci Světového dne hygieny rukou zaměřili na septické stavy, které vznikají nejen v důsledku slabého imunitního systému, ale na jejichž vzniku a šíření se významně podílí právě nedostatečná hygiena rukou v komunitním prostředí i ve zdravotnictví,“ říká zakládající členka Národní pracovní skupiny pro hygienu rukou MUDr. Vilma Benešová. „Téma hygieny rukou je pro nás značně důležité a velmi si vážíme toho, že Aesculap Akademie mohla stát u zrodu Národní pracovní skupiny pro hygienu rukou. Těšíme se na vzájemnou spolupráci, ze které by mohly vzejít nové, zajímavé a prakticky zaměřené kurzy pro zdravotníky,“ doplňuje manažer Aesculap Akademie RNDr. Martin Kalina, Ph.D., MBA. ■





40. dialyzační středisko B. Braun v České republice a na Slovensku s komplexem odborných ambulancí pod jednou střechou nově v Bratislavě-Vrakuni

Ve čtvrtek 19. dubna se součástí sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum stalo v pořadí už čtyřicáté dialyzační středisko, tentokrát umístěné v bratislavské městské části Vrakuňa.

Nové středisko bude sloužit především jihovýchodní části Bratislavy, a dialyzační péče se tak pro místní obyvatele stane výrazně lépe dostupnou. „Nové prostory ale budou mít pozitivní dopad na celý bratislavský region,“ říká ředitel sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum CZ/SK MUDr. Martin Kuncek a dodává: „Architektura vrakuňského střediska zároveň pacientům nabídne maximální komfort a díky nejmodernějšímu vybavení bude zaručena vysoká úroveň péče.“

Kromě dialyzační péče budou pacientům k dispozici i odborné ambulance. Jako první zahájí provoz nefrologická ambulance a dále bude následovat otevření urologické a chirurgické ambulance se zamě-

řením na hojení ran. Později by zde měli ordinovat i odborníci z řad diabetologů a geriatrů. „V příslušných odborných ambulancích si pacienti budou moci například zajistit všechna potřebná vyšetření pro zařazení na čekací listinu na transplantaci,“ říká členka Lékařské rady B. Braun Avitum a současně krajská nefroložka MUDr. Monika Alaxinová, CSc.

Nové dialyzační středisko se začalo stavět v květnu 2017. Vzniklo v objektu bývalé mateřské školy a následně skladu potravin z první poloviny 20. století a bylo dokončeno za rekordních deset měsíců.

V přízemí objektu najdou pacienti moderně vybavené dialyzační středisko, v prvním patře pak odborné ambulance, kanceláře a školicí místnosti. Poslední patro patří technickému zázemí a je zde mimo jiné umístěna úpravná ultračistě vody Aquaboss. „V začátcích bude nové středisko ve Vrakuňi fungovat jako satelitní středisko našeho centra v Hlučínské ulici. Já i vrchní sestra budeme zatím zastřešovat obě dvě zařízení. Zájem ze strany pacientů je už nyní velký a evi-

dujeme i pacienty, kteří se k nám hlásí z dalších středisek,“ říká vedoucí lékař dialyzačních středisek B. Braun Avitum v Bratislavě na Hlučínské a ve Vrakuňi MUDr. Lubomír Polaščin. ■

redakce Braunoviny, foto Ester Horovičová



Kilometry, které usnadnily život

Téměř 18 tisíc zdolaných kilometrů a přes 1 111 507 spálených kalorií ve třech sportovních kategoriích proměnili svými sportovními aktivitami zaměstnanci společnosti B. Braun v projektu Plníme sen pohybem v nové, lehčí protězy pro Terezku Bártovou, která prodělala meningokokovou meningitidu.

Nemoc ji připravila o obě nohy od kolen dolů, o dva prsty na pravé ruce a o čtyři na levé a selhaly jí ledviny. Třikrát týdně musí docházet na dialýzu

do Dialyzačního střediska B. Braun Avitum v Teplicích.

Skupina B. Braun už Terezce jednou na nové protězy přispěla výtěžkem ze vstupného na předvánočním setkání. Jelikož jsou nové protězy drahé, podpora Terezky nekončí! Proto se zaměstnanci společnosti B. Braun zapojili do tohoto skvělého projektu a prostřednictvím akce Plníme sen pohybem nasbírali celých 50 000 Kč na nové protězy pro Terezku. ■



Tereza v areálu Rehabilitační kliniky na Malvazinkách

Soutěž Medik roku 2018 opět s podporou B. Braun



V půlce dubna proběhla už po čtvrté za sebou soutěž Medik roku, tentokrát v Jindřichohradecké nemocnici opět s podporou a za účasti B. Braun. Soutěž je určená studentům 4.–6. ročníků lékařských fakult z České republiky, kteří tak mají možnost nejen si v praxi vyzkoušet úroveň svých doposud nabytých medicínských znalostí, ale také si otestovat zručnost a technické dovednosti.

Soutěže se celkem zúčastnilo 19 pětičlenných týmů, bojovalo se ve 12 soutěžních disciplínách a zástupci společnosti B. Braun opět nemohli chybět. Celkem tři stanoviště totiž odborně i technicky zajis-

tila Aesculap Akademie s kolegy z Nemocnice Jindřichův Hradec. Medici si tak mohli na stanovištích odborných garantů Aesculap Akademie vyzkoušet například laparoskopické dovednosti, chirurgické uzlení či zavádění periferního žilního katétru.

Titul Medik roku 2018 získal tým ze 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze pod vedením kapitána Pavla Nováka. Na druhém místě se umístil tým z Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové a třetí pozice patří Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové. ■

Eurosoccer 2018 – fotbalové mistrovství Skupiny B. Braun v Praze

Mezinárodní fotbalový turnaj zaměstnanců skupiny B. Braun pod názvem Eurosoccer patří již řadu let k tradici. Hlavní myšlenkou šampionátu je sjednotit zaměstnance z různých zemí s cílem společného tahu na branku.

Na fotbalovém hřišti se tak potkali manažeři, obchodní zástupci, sestřičky a lékaři z dialýz, ředitelé, lidé z kanceláří, továren, laboratoří i vzdělávacích center. Letos se účastnilo 350 hráčů a fa-

Výsledky turnaje:

Skupina ŽENY

1. Německo, tým Tuttlingen
2. Německo, tým Melsungen
3. Německo, tým Almo

Skupina MUŽI

1. Německo, tým Melsungen
2. Velká Británie
3. Francie

noušků z 12 zemí (Německo, Rakousko, Bulharsko, Belgie, Finsko, France, Česká republika/Slovenská republika, Maďarsko, Polsko, Švýcarsko, Irsko, Velká Británie) a celkem sestavili 24 týmů. ■



Zdravotní péče u seniorů

v pobytových zařízeních

V současné době je naše společnost pod vlivem celosvětového fenoménu stárnutí populace. Jde o nezvratný, univerzální a druhově specifický biologický proces. Stárnutí je poslední fází ontogeneze, přičemž jde o důsledek individuálních funkčních a morfologických involučních změn, které probíhají druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vytvářejí stařecký genotyp. Dochází k poklesu funkční rezervy orgánů s následnou poruchou adaptace na měnící se podmínky vnitřního i zevního prostředí a k častým dekompenzacím staršího jedince.

V roce 2064 předpokládáme nárůst podílu seniorů až na 33,3% populace V praxi se řídíme věkem kalendářním. Nevýhodou je, že nepostihuje individuální rozdíly a odlišnost rychlosti změn procesů, které stárnutí provázejí. Právě proto se odděluje biologický věk, který postihuje konkrétní míru involučních změn daného jedince. Když se podíváme na demografickou prognózu české populace, v roce 2016 senioři mohli tvořit 18,8% populace České republiky. Projekce obyvatel o 50 let později v roce 2064

předpokládá nárůst podílu seniorů až na 33,3% populace České republiky, což představuje 3,05 milionu osob.

Kvalita života seniorů

Proces stárnutí je spojený s vyšší nemocností, s výskytem chronických onemocnění, s poklesem zdatnosti a odolnosti vůči stresorům a s opakovaným selháváním při zátěži. Dále se prodlužuje doba rekonvalescence, to vše vede k poruchám soběstačnosti a změně kvality života.

Pro starší populaci jsou charakteristické atypické projevy nemocí, které limitují správnou diagnostiku a následně ovlivňují terapii, dále tendence k multimorbiditě, chronicitě a ke komplikacím. Průměrný senior ve věku nad 85 let má 3,5 diagnózy. Řada nemocí se ve starším věku projevuje minimálně (mikrosymptomatologie) nebo jenom jedním příznakem (monosymptomatologie), případně klinikou, která je charakteristická pro jiný orgán. Významný je koncept neurologicko-psychiatrické symptomatologie, kdy mozek seniora reaguje jako první na změny způsobené základním onemocněním. Významná je kumulace nemocí, dochází k řetězení příznaků, jehož následkem může být letální komplikace. Následkem změn ve stáří je zvýšené riziko poklesu soběstačnosti seniora s částečnou nebo plnou závislostí na okolí.

Onemocnění srdce nejvíce navyšuje mortalitu seniorů

Mortalita u seniorů je podmíněna zejména kardiovaskulárními onemocněními, kam patří ICHS, infarkt myokardu, CMP, ICHDKK. Za zásadní považuje geriatrický koncept geriatrického funkčního hodnocení (CGA – comprehensive geriatric assessment), které hodnotí seniora z kontextu více pohledů, a to nejenom somatického, ale i psychického a sociálního.

Není péče jako péče

Co se týká zdravotního stavu seniorů, pokud je jejich stav stabilizován, je vhodné preferovat domácí prostředí (při zajištění





Foto: Ester Horovičová

Prim. MUDr. Katarína Bielaková, Ph.D.
Uznávaná kvalifikovaná lékařka a specialista na geriatrici, primářka Kliniky interní, geriatrici a praktického lékařství ve Fakultní nemocnici Brně-Bohunicích. Absolventka Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě s atestací z geriatrici a se specializační atestací z vnitřního lékařství. Do její bohaté praxe patří například působení v Geriatrickém centru Krajské nemocnice Pardubice či na Klinice interní, geriatrici a praktického lékařství Masarykovy univerzity v Brně, kde působí jako odborná asistentka. Věnuje se pedagogické činnosti a v rámci pravidelného sebevzdělávání se aktivně účastní mnoha seminářů a specializovaných workshopů.

pomocí služeb domácí péče). Praktický lékař je často označován za geriatra první linie, přičemž právě senioři spotřebovávají většinu jeho času.

Nutnost správné geriatrické péče

Pokud dochází k dekompenzaci zdravotního stavu, je již nutná hospitalizace, přičemž pro křehké, dekompenzované a multimorbidní senioři je výhodné využít péči na specializovaných klinikách, a těmi jsou geriatrické kliniky a geriatrická oddělení nemocnic a gerontopsychiatrie. Pokud je nutno seniора umístit do dlouhodobé ústavní péče – domovy pro senioři – je nutno pamatovat na to, že geriatrický hospitalismus může vést k imobilizačnímu syndromu, který může mít za následek až úmrtí seniора.

Umístití seniора do pobytového zařízení může vést k adaptační krizi, přičemž adaptace na nové prostředí velmi závisí na tom, zda senior přichází do nového prostředí dobrovolně. Zejména při nedob-

rovolném přechodu do institucionální péče je starý člověk vystaven velké zátěži (negativismus, apatie, agresivita) a fáze odporu, fáze zoufalství a apatie může vyústit dokonce až v úmrtí (smrt z maladaptace). Umístití seniора do zařízení dlouhodobé péče musí být tedy opodstatněné.

Se senioři je spojena celá řada tzv. geriatrických syndromů, které mají multifaktoriální etiologii a chronický průběh, vedou k poklesu soběstačnosti seniора, přičemž léčba není jednoduchá. K nejvýznamnějším z hlediska výskytu i nákladů patří poruchy hybnosti, pády a demence. Ty vedou nejčastěji k neso- běstačnosti a dlouhodobé institucionální léčbě.

Rehabilitace jako neodmyslitelná součást celého procesu

Zcela zásadní úlohu u seniorů s poruchou soběstačnosti hraje rehabilitace, přičemž cílem je minimalizovat důsledky zdravotního postižení a zlepšit sebeobsahu.

Zařazujeme sem jednak fyzioterapii, fyzikální léčbu, ergoterapii (obnovení soběstačnosti v běžných denních činnostech), kognitivní rehabilitaci (rehabilitace řeči, procvičování paměti...), sociální rehabilitaci (vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím). Samozřejmě by mělo být používání kompenzačních pomůcek, úprava prostředí a bezbariérovost.

Cílem fungování systému zdravotně sociální péče by mělo být udržet senioři co nejdéle v jejich vlastním domově, se zachovalou soběstačností. Zcela zásadní je spolupráce praktických lékařů, specialistů a kvalitní dostupné sítě terénních služeb. ■

MUDr. Katarína Bielaková, Ph.D.



EUFORIE */rabicová síť/*

Veronika Kudláčková Psotková (1981) absolvovala ateliér sochařství Michala Gabriela (MgA., 2009) na FAVU v Brně. Její tvorba vychází z principů realistického figurálního sochařství a její díla odkazují na klasickou i současnou figurální tvorbu se silným vlivem popkultury.

Art Lines zve do světa umění

Pražané i návštěvníci metropole si již zvykli, že v průběhu letních měsíců potkávají na svých cestách Prahou sochy originálně doplňující a oživující rušná místa v centru, v malebných zákoutích, i prostory mimo hlavní tepny města. Nejinak tomu bude i v letošním roce. Čtvrtý ročník sochařského festivalu SCULPTURE LINE začne v červnu a potrvá do konce září. Nově ovšem nebudou originální instalace k vidění pouze v hlavním městě, ale ozdobí i další města od Plzně přes Pardubice, Liberec až po Ostravu či Olomouc.

„Sculpture Line má za sebou několik úspěšných ročníků, každý rok roste počet soch a instalací, které jsou součástí naší sochařské linky. Loni jsme poprvé zavítali do Plzně a letos jsme si řekli, že je nejvyšší čas vyslat ji i do dalších měst a třeba ještě dál. Ona totiž nepovede jen křížem krázem republikou, ale míří i za hranice,“ vysvětluje ředitel festivalu



Martin Valach
ART LINES s.r.o.

Ondřej Škarka a dodává: „Sculpture Line se totiž letos podílí na realizaci českého pavilonu na německém NordArt 2018.“

Historie festivalu Sculpture Line se začala psát před několika lety. Ondřej Škarka na to vzpomíná: „Hlavní myšlenkou bylo přiblížit díla současných umělců běžnému divákovi, široké veřejnosti. Vytrhnout umění z galerií a přinést ho za lidmi do ulic, doslova jim ho postavit do cesty. Naším záměrem bylo oživit veřejný prostor a po vzoru mnoha světových metropolí u nás založit novou tradici.“ To se i povedlo. Hned první rok festival doslova vtrhl do Prahy a přehléd-

nout ho nemohli nejen Pražané, ale ani turisté. Už na letišti je vítal obří třímetrový Buddha, v centru pak mohli potkat další sochy, mnohdy netradiční. V dalších letech pak sochařské lince přibývaly nové a nové zastávky a festival se stal nedílnou součástí letní metropole. „Snažíme se vybírat nejen frekventovaná místa, jako je například Národní divadlo nebo Tančící dům, ale představovat i atraktivní, a přesto méně známé lokace. Funguje to trochu jako navigace – umožňuje nám to nasměrovat lidi na nová místa a vyprávět jim příběh,“ popisuje patron festivalu Martin Valach.

Sochy, které potkáváme, pak pocházejí z dílen českých i zahraničních umělců. Návštěvníci mají možnost vidět například díla Michala Gabriela, Kurta Gebauera, švýcarského sochaře Marca Mosera, Veroniky Psoťkové a mnoha dalších. Zlatým hřebem ale byla bezesporu instalace významného současného britského sochaře, držitele Turnerovy ceny Tonyho Cragga na náměstí Republiky či sochy nestora českého sochařství Olbrama Zoubka.

Letošní rok je ve znamení mnoha novinek. Kromě nových míst na mapě je velkou festivalovou novinkou doprovodná výstava, která odstartuje 15. června v pražské Galerii Mánes. Pro veřejnost bude otevřená do konce června a kromě samotné expozice nabídne i doprovodný program v podobě workshopů, přednášek a programu pro děti. Poté se také vydá na cestu po republice. ■

Společnost Art Lines

poskytuje individuální poradenství ve světě umění. Zastupuje zájmy klientů, umělců a komerčních partnerů. Spojuje osobnosti se vztahem k umění, investory, podporovatele i filantropy.



PRŮZKUMNÍCI /laminát/

Michal Gabriel (1960), absolvent AVU v Praze a spoluzakladatel neformální umělecké skupiny Tvrdohlaví, je bývalým děkanem na FAVU v Brně a dodnes zde působí jako vedoucí ateliéru sochařství. V roce 1995 obdržel prestižní cenu Jindřicha Chalupického a v roce 2009 byl jmenován profesorem. Jako jeden z nejvýraznějších tvůrců postmoderny dokáže skrze sochy vyprávět silné příběhy.

MIXED FEELINGS /bronz/

Tony Cragg (1949) se narodil ve Velké Británii a od roku 1977 žije a pracuje v německém Wuppertalu. V letech 1988–2014 působil jako ředitel Kunstakademie v Düsseldorfu. Získal mnohá ocenění, včetně Cologne Fine Art Award v roce 2012, prestižní Praemium Imperiale Award v Tokiu v roce 2007 a v roce 1988 se stal vítězem Turnerovy ceny v Tate Gallery v Londýně.

ROUNDED /ocel/

Rukopis Jana Dostála (1992) se od počátků tvorby formuje přes různé materiály, se kterými pracuje (hlína, dřevo, sklo a pryskyřice), až do momentů, kdy poprvé potkává ocel, ve které se jako autor definitivně našel. Tento materiál mu umožňuje pracovat od malého měřítka až po monumentální rozměry.





JAK PEČOVAT O PACIENTA SE STOMIÍ

17. září 2018 | Olomouc
Vzdělávací centrum
Aesculap Akademie
při LF UP Olomouc

Pořádá Chirurgická klinika Fakultní nemocnice
Olomouc ve spolupráci s Aesculap Akademií



OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O VYBRANÉ CÉVNÍ VSTUPY (PŽK, PICC, CŽK)

11. září, 16. října,
28. listopadu,
a 4. prosince 2018
Praha 5 | FN v Motole

Pořádá Aesculap Akademie
ve spolupráci s Fakultní nemocnicí v Motole.



KONFLIKTY A JEJICH ZVLÁDÁNÍ V KONTEXTU ZDRAVOTNÍ PÉČE - praktický workshop

16. října 2018 | Praha 8
Pavilon B. Braun Dialog

Pořádá Aesculap Akademie



OMNI

Nové pojetí akutního
očišťování krve



V příštím čísle

Jak nás kontaktovat

ČESKÁ REPUBLIKA

B. Braun Medical s.r.o.
V Parku 2335/20, CZ-148 00 Praha 4
Tel. +420-271 091 111, Fax +420-271 091 112
info@bbraun.cz, www.bbraun.cz

Zákaznické centrum
Tel. +420-271 091 333, Fax +420-271 091 312
prodej.cz@bbraun.com

Servisní centrum
Tel. +420-271 091 555, Fax +420-271 091 552
servis.cz@bbraun.com, reklamace.cz@bbraun.com

Ako nás kontaktovať

SLOVENSKÁ REPUBLIKA

B. Braun Medical s.r.o.
Hlučinska 3, SK-831 03 Bratislava
Tel. +421-2-638 38 920, Fax +421-2-446 38 067
www.bbraun.sk

Zákaznícke centrum
Bezplatné linky:
Tel. 0800 155 440, Fax 0800 155 441
predaj.sk@bbraun.com

Braunoviny

Dvuměsíčník společností Skupiny B. Braun pro ČR a SR
Zdarma. Vydává: B. Braun Medical s.r.o., V Parku 2335/20, CZ-148 00 Praha 4, braunoviny.cz@bbraun.com
www.braunoviny.cz

Redakce: Magda Volná, tel. +420-777 875 027, magda.volna@bbraun.com, Petra Borová
Design: Tomáš Komůrka, BA; Pavel Cíndr

Veškeré články publikované v dvuměsíčníku Braunoviny mají pouze informativní charakter a nejsou právně závazné. Vydavatel negarantuje úplnost informací uvedených v článcích. Názory autorů jednotlivých článků nemusí nutně vyjadřovat názory redakce nebo společnosti B. Braun Medical s.r.o. Veškerá práva jsou vyhrazena. Jakákoliv část tohoto dvuměsíčníku může být rozšiřována, reprodukována či jiným způsobem užívána pouze se svolením vydavatele. Evidenční číslo MK ČR E 16560, ISSN 1801-0342

Uzávěrka: Redakční uzávěrka tohoto čísla: 10. 6. 2017. Redakční uzávěrka příštího čísla: 20. 7. 2018.
Děkujeme všem, kteří se podíleli na přípravě tohoto vydání.



- Neabrazivní, pH neutrální (pH=7)
- Biologicky nezávadná
- Vodou rozpustná
- Nehořlavá
- Bod varu těsně pod 100 °C
- Při sterilizaci se odpaří
- Při práci není nutné používat ochranné pomůcky
- Katalogové číslo: JG 601

Čistící emulze na hliníkové povrchy

Na všechny typy hliníkových kontejnerů
a chirurgických nástrojů s hliníkovými držadly

Aesculap je registrovaná obchodní značka Skupiny B. Braun

B. Braun Medical s.r.o. | Divize Aesculap
V Parku 2335/20 | 148 00 Praha 4 | Česká republika
Tel. +420-271 091 111 | info@bbraun.cz | www.bbraun.cz



- Prodlužuje životnost chirurgických nástrojů
- Mazací a korozivzdorný účinek
- Na povrchu vytváří vodou nepropustný olejový film
- Zabraňuje oxidaci povrchu a tvorbě barevných skvrn a krustování
- Dodáván ve spreji o objemu 300 ml s nástavcem pro přesnou aplikaci
- Základní jednotkové balení 6 ks
- Katalogové číslo: JG600

Aesculap® Sterilit® I

PARAFÍNOVÝ OLEJ NA OŠETŘENÍ CHIRURGICKÝCH NÁSTROJŮ

Aesculap je registrovaná obchodní značka Skupiny B. Braun

B. Braun Medical s.r.o. | Divize Aesculap
V Parku 2335/20 | 148 00 Praha 4 | Česká republika
Tel. +420-271 091 111 | info@bbraun.cz | www.bbraun.cz