

Čtvrtek, 1. 10. 2015/1. Blok 9:20 – 10:25/Ošetřovatelská péče

1) Syndrom vyhoření v ošetřovatelských profesích (s přihlédnutím k traumatologii)

Autor: Věra Brzicová

Spoluautor: Markéta Novotná

Pracoviště: VFN, I. Chirurgická klinika, Praha 2

Abstrakt: Přednáška pojednává o syndromu vyhoření, o kterém se sice mnoho mluví, ví se o něm, ale je velice těžké se mu vyhnout a uvědomit si nebezpečí jeho vzniku a rozvoje.

Syndromu vyhoření má mnoho definicí, ale můžeme říci, že je to stav emocionálního, duševního a fyzického vyčerpání. Má pět fází a na jeho vzniku se podílí prostředí a charakter práce, osobnost zdravotníka a také vnější vlivy jako je např. společnost, media a legislativa.

Důležité je se zaměřit na prevenci syndromu vyhoření, aby nedošlo k jeho úplnému rozvinutí. Pracovník s rozvinutým syndromem musí většinou opustit zdravotnické povolání a zdravotnictví přichází o pracovníka, který byl zprvu velmi kvalitní a měl svou práci rád.

Přednáška dále uvádí specifické zátěžové faktory na Traumatologickém oddělení, snaží se ukázat prevenci a jak se syndromu vyhnout.

2) Komplikovaná ošetřovatelská péče u pacienta s polytraumatem

Autor: Bc. Simona Šandová

Pracoviště: Klinika Úrazové Chirurgie, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

Abstrakt: Kazuistika 39-ti leté pacientky po komplikovaném úrazu na motocyklu s mnohočetnými zlomeninami dolních končetin, žebra, hrudní páteře, hemoragickým šokem a rozsáhlým poraněním měkkých tkání dolních končetin. Kazuistika je zaměřena především na fázové hojení poraněných měkkých tkání.

3) Bariérová ošetřovatelská technika, Mikrobiologický screening, Izolační režimy

Autor: Lada Kubálková

Spoluautor: Michaela Štvánová

Pracoviště: NPK, a.s., Pardubická nemocnice

Abstrakt:

4) Jak sestřám nejlépe zkomplikovat práci a jak si ji dokáží ztížit samy!

Autor: Pavlína Procházková

Pracoviště: Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU

Abstrakt:

5) Pouta (a to není film)

Autor: Věra Brzicová

Spoluautor: Markéta Novotná

Pracoviště: VFN, I. Chirurgická klinika, Praha 2

Abstrakt: Přednáška se zabývá kazuistikou mladého pacienta, který si nasadil pouta na pravé předloktí a měl je zde ponechána 18 měsíců. Za tuto dobu došlo k rozsáhlému poškození měkkých tkání a kostí předloktí. Dále přednáška ukazuje množství foto dokumentace a provádí nás operací a další léčbou pacienta až k jeho propuštění z našeho oddělení.

Čtvrtek, 1. 10. 2015/2. Blok 11:35 – 13:00/Rehabilitace

6) Komplikace v rehabilitaci - osteoporóza, zlomenina proximálního humeru

Autor: Hana Vavrušová

Pracoviště: Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU

Abstrakt: Osteoporóza, která představuje závažný zdravotní problém, byla jako nemoc definována v roce 1994. Podle definice osteoporózy Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jde o progresující systémové onemocnění skeletu charakterizované úbytkem kostní hmoty, které je spojené s poruchou mikroarchitektury kostí a se zvýšenou náchylností k frakturám.

Z velké části je osteoporóza podmíněna geneticky. Pokud jde o její výskyt, uvádí se, že v průmyslově vyspělých zemích postihuje 5 – 6 % obyvatel. Ve vyšším věku je častá senilní osteoporóza. Disabilita pacienta závisí na jeho věku, typu zlomeniny, postižení jiných orgánů, popř. dalších komplikacích. Závažnost osteoporotických zlomenin spočívá především v jejich následcích. Po zlomeně krčku femuru umírá do roka 20 – 30 % pacientů, 30 – 40 % je trvale odkázáno na péči jiných osob.

Základem prevence osteoporózy je dostatečná pohybová aktivita, a to především ve formativním věku (primární prevence). Fyzická aktivita nemocného a pravidelné cvičení má však obecně pro pacienta velký význam i později. I když nelze opomenout užívání specifických léků na osteoporózu, je třeba především upozornit na různé formy rehabilitační léčby (fyzioterapie, fyzikální terapie, hydroterapie), které mohou mít pro léčbu pacienta rozhodující význam.

7) Vplyv aspektov v ošetrovateľskej starostlivosti na zdravotný stav po zlomenine TL chrčtice

Autor: ^{1,2}MUDr. Ján Mašán, Ph.D.

Spoluautor: ^{1,2}Mgr. Silvia Golská

Pracoviště: ¹UCM Trnava, Institut fyzioterapie, balneologie a liečebnej rehabilitácie, Rázusova 14, 92101 Piešťany; ²Rehamed Piešťany,s.r.o., Nálepková 1, 92101 Piešťany.

Abstrakt: Podľa štatistiky WHO tvoria poranenia chrčtice približne 3% všetkých úrazov udáva sa, že 75% z nich je lokalizovaných v T-L chrčtici. Na riešení týchto pacientov sa podieľa včasná, komplexná interdisciplinárna starostlivosť. Ošetrovateľská starostlivosť spolu s ošetrovateľskou rehabilitáciou má vplyv na celkový stav hospitalizovaných pacientov po zlomeninách T-L chrčtice a prispieva k zmierneniu dopadu a následkov v rovine psychickej, fyzickej aj k zabráneniu vzniku trvalých obtiaží.

Materiál a metódy: V štúdiu bol urobený výskum na 64 pacientoch od r.2009 do 2013, ktorý absolvovali kúpeľnú liečbu v SLK. a.s. Piešťany. Ako nástroj skúmania bol zvolený anonymný dotazník. Ďalšou metódou bolo zisťovanie zlepšenia rozsahu pohyblivosti chrčtice po absolvovaní balneorehabilitácie. Pre spracovanie bol použitý Mann-Whitneyho U Test.

Výsledky: Hlavným cieľom nášho výskumu bolo podporiť predpoklady týkajúce sa vplyvu rôznych aspektov ošetrovateľskej starostlivosti na zdravotný stav pacienta po ukončení liečby a rehabilitácie. Stanovili sme viacero čiastkových hypotéz, ktoré sme rozdelili do troch cieľov A, B a C. Cieľom výskumnej časti A bolo zistiť kvalitatívnu a kvantitatívnu úroveň informácií, ktoré sú pacientom poskytované. U pacientov po operačnej liečbe je rovnaká miera poskytovania zrozumiteľnosti informácii o liečbe ošetrovateľským personálom v porovnaní s pacientmi po konzervatívnej liečbe. Avšak u pacientov po operačnej liečbe je vyššia miera poučenia o správnych cvikoch na chrbticu, pohybových aktivitách v porovnaní s pacientmi po konzervatívnej liečbe. Cieľ výskumnej časti B sa potvrdil, čím je intenzívnejšia komplexná ošetrovateľská starostlivosť, tým je intenzívnejšia aktívna starostlivosť pacienta o seba. Vo výskumnej časti C bolo potvrdené, čím je intenzívnejšia komplexná ošetrovateľská starostlivosť, tým je lepšie subjektívne hodnotenie zdravotného stavu a intenzívnejšia starostlivosť o seba.

Záver: Výskum potvrdil, že celková ošetrovateľská starostlivosť má na zdravotný stav pacientov pozitívny efekt. Predpokladom úspechu terapeutických intervencií je uvedenie si zo strany pacienta, že vlastné správanie a životospráva sú jedným z determinantov zdravia. Teda výchova pacienta, ho edukuje v starostlivosti o zdravie. Práve u týchto pacientov, potvrdzujeme pozitívny vplyv vo významných hodnotách zlepšenia pohyblivosti chrbtice Stiborovým testom po absolvovaní balneorehabilitácie, napriek traumatickému poškodeniu chrbtice. Nedostatočná informovanosť pacientov o správnych pohybových aktivitách a nutnosti pravidelného cvičenia je odstrániteľná informačnými materiálmi.

Kľúčové slová: zlomeniny T-L chrbtice, konzervatívna liečba, chirurgická liečba, rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, zdravotný stav.

8) Denervační syndrom brachiálního plexu

Autor: Mgr. Lucie Jirásková

Spoluautor: Helena Pinkasová, DiS.

Pracoviště: NPK, a.s., Pardubická nemocnice

Abstrakt: Přednáška se týká problematiky vzniku denervačního syndromu mechanismem úrazu. Teoreticky se zabývá jednotlivými typy denervace vzhledem k anatomii nervového plexu daných segmentů horní končetiny. V praktické části popisuje kazuistiku, kdy k rozvoji denervačního syndromu došlo následně po pracovním úrazu, při němž byla horní končetina vtažena do tkalcovského stavu. Součástí kazuistiky je téma fyzioterapie a celkové následné péče včetně trvalých následků.

9) Luxační trauma v oblasti ramene

Autor: Mgr. Naděžda Calabová, DiS.

Spoluautoři: Kovařík, J., Horák, S., Valášek, P., Kastelík, J.

Pracoviště: Oddělení rehabilitace, FN Olomouc

Abstrakt: Traumat horní končetiny neustále narůstá obzvlášť u mužské populace v souvislosti s jejich aktivnějším sportovním životem. Naším zájmem byla problematika III. stupně luxací akromioklavikulárního skloubení dle Rockwooda, která se na většině našich pracovištích řeší chirurgicky. Na základě zahraničních studií a výsledků, kdy se názory přiklání spíše k variantě neoperovat, jsme si i my chtěli ověřit možnosti konzervativního přístupu a posouzení jeho úskalí či benefitu. Po půlročním měření jsme vyhodnotili data a nyní prezentujeme výsledky retro

i prospektivní klinické studie probíhající na našem pracovišti - Oddělení rehabilitace ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Zaměřili jsme na jednotlivé faktory pohybové rehabilitace aspektem anatomických, biomechanických a funkčních parametrů AC skloubení i celého ramenního pletence u jednotlivých probandů. Využili jsme standardizované měření statických i dynamických parametrů - rozsahů hybnosti pomocí goniometrie, svalové síly a timingu zapojení vybraných svalů pomocí povrchové elektromyografie.

Z našich výsledků je zřejmé, že je nezbytné revidovat konvenční rehabilitační programy u nemocných s těmito poměrně častými úrazy. Argumentujeme proč a jak.

10) KRBS jako komplikace kontuze zápěstí

Autor: Tereza Černá

Pracoviště: Rehabilitační oddělení K.Z., a.s., Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, prim. P.Maršálek

Abstrakt: Komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS) je zavedeným označením pro skupinu bolestivých stavů, které vznikají převážně jako následek úrazu, jsou regionálně lokalizovány a vyznačují se klinickými změnami distálně od místa prvotního poškození, kdy tyto klinické změny přesahují svojí intenzitou a trváním očekávaný průběh hojení základního poškození. Vídáme je nejčastěji po poranění končetin a to i často po relativně banálních poraněních jako jsou malé infrakce kosti, kontuze nebo někdy i často opakovaná mikrotraumata. Dříve byl označován též jako algoneurodystrofický syndrom, v pokročilém stadiu syndromu je jeho součástí i skvrnitá osteoporosa označovaná jako Sudeckova osteodystrofie.

KRBS je v rehabilitaci traumatologických stavů sice nepříliš častou, ale protrahovanou a léčebně poměrně problematickou komplikací, která je zvláště při pozdním zahájení terapie potenciální příčinou trvalých následků a invalidizace.

Ze subjektivních příznaků dominuje nevysvětlitelná bolest, zpravidla distálně od vyvolávajícího podnětu, dále pak objektivně prokazatelný lokální edém, barevné změny kůže, které jsou často dynamické v závislosti na poloze končetiny, dále rozdíl v kožní teplotě, potivosti a pochopitelně i omezení funkce postižené končetiny.

Cílem příspěvku je přiblížit problematiku (KRBS) z pohledu rehabilitace, zdůraznit potřebu včasné, vhodně indikované a správně prováděné fyzioterapie a dalších rehabilitačních postupů.

Velká část příspěvku je pak věnována poměrně výjimečné kazuistice pacientky po kontuzi zápěstí s následným rozvojem KRBS, její terapii, rehabilitaci a vývojem stavu končetiny v průběhu 15 let.

Závěr: Předpokladem úspěšné rehabilitace po úrazech kromě včasného ošetření traumatu je také včasné zahájení fyzioterapie s volbou vhodných metodických postupů, ergoterapie s návrhem kompenzačních pomůcek a úpravy domácího prostředí, a doplňujících procedur v rehabilitačním procesu, který v neposlední řadě vyžaduje vždy velmi aktivní spolupráci pacienta. Nejednou v případě KRBS je vhodné zapojení i psychologa a dalších odborníků (anesteziologické blokády sympatických ganglií, hyperbarická medicína apod.).

I přes snahu všech zúčastněných odborníků i pacienta samotného není u léčby KRBS vlivem kaskády nepříznivých okolností vždy zaručen kladný výsledek terapie, avšak bez intenzivního komplexu léčby včetně rehabilitace je téměř zaručena určitá míra trvalých následků.

11) Rehabilitace po TEP kyčelních kloubů

Autor: Jan Horáček

Pracoviště: Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU

Abstrakt:

12) Aplikace reboxu v rehabilitaci - praktické využití, aplikace

Autor: Petr Slovák

Pracoviště:

Abstrakt:

Čtvrtek, 1. 10. 2015/3. Blok 14:15 – 15:30/Varia

13) Oddělení stálé chirurgické a traumatologické služby

Autor: Martin Kelbl

Pracoviště: Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU

Abstrakt:

14) Jsme to, co jíme

Autor: Vladimír Krass

Pracoviště: Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU

Abstrakt:

15) Operační sály 21. století

Autor: Ivana Štefková

Spoluautor: Hana Vysočanová, Barbora Fišerová

Pracoviště: Nemocnice Znojmo

Abstrakt: V průběhu let 2013 – 2015 za provozu probíhala kompletní rekonstrukce Centrálního operačního traktu Nemocnice Znojmo, která poskytuje zdravotnickou péči od roku 1975. Použitím nejnovějších technologií a moderním vybavením dle hygienických norem zajistíme perioperační ošetrovatelskou péči na vysoké úrovni. Prezentace vás postupně seznámí přeměnou operačního traktu v čase.

16) Totální náhrada femoru

Autor: Barbora Fišerová

Spoluautor: Hana Vysočanová, Ivana Štefková

Pracoviště: Nemocnice Znojmo

Abstrakt: 47-letá pacientka s ničím neléčená, asi rok a půl bolesti zad. Po vyšetření nalezen tumor ledviny, infiltrát v malé pánvi, meta do plic, ložisko v distálním femuru a proximální tibie. 10.10.2014 - probatorní exize z distálního femuru. 6.11.2014 - operace proběhla

17) Mobilní medianoskopický set – naše zkušenosti

Autor: Rutarová Hana¹

Spoluautoři: Roubalová B¹, Prachařová B¹, Doležalová M¹, Ing. Suchý², Ing. Krchňavý²

Pracoviště: Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU, ¹Oddělení operačních sálů

²Technické zabezpečení operačních sálů

Abstrakt: *Klíčová slova:* Mediastinoskopie Linder Hurtgen, řízení, sterilní transport.

Keywords: Management; Mediastinoscopy Linder-Hurtgen; Sterile Transport.

Úvod Správná a včasná diagnóza je důležitou součástí léčby. Tomu napomáhá technický pokrok a široká spolupráce mezi interními a chirurgickými obory i nitrooborová chirurgická spolupráce. Mediastinoskopie náleží jak k diagnostickým, tak k léčebným chirurgickým procedurám. Úrazová nemocnice v Brně získala na podzim roku 2014 jako první v Brně a zároveň i v České republice rozevírací mediastinoskop navržený německými chirurgy Linderem a Hurtgenem, jehož předností je zlepšení manipulačního prostoru v relativně stísněném prostoru mezihrudí tím, že ramena přístroje se mohou posouvat respektive oddalovat jak předozadním, tak v bočním směru.

Materiál a metody Příslušenství rozevíracího mediastinoskopu: vlastní mediastinoskop, úchyt pro fixaci přístroje na operační stůl s možností jednoduchého průběžného nastavení polohy během výkonu instrumentarium, zdroj světla a monitor sdružený s hardware a software umožňujícími aktuální sledování operačního pole i záznam operace, světlovodivé kabely a kabeláž napojení do elektrické sítě. jsou přenosné a celková hmotnost této soustavy je pouhých.....kg. Zamýšleli jsme se nad technickými a technologickými předpoklady možnosti jeho použití v kterémkoliv brněnském nebo i mimobrněnském zdravotnickém zařízení a shledali jsme jej uskutečnitelným. Vypracovali jsme proto jednoduchou směrnici k zajištění nástrojů a přístrojů k transportu: Kufr S – sterilní pomůcky (V60-D50-H30). Tento kufr počítáme jako transportní obal, který ponecháme při vstupu do operačního traktu. Jeho druhý obal (vnitřní) použijeme igelitové ochranné vaky se zapínáním 30x60cm třikrát. Kufr N - na nesterilní pomůcky s rozměry(podle techniků).

Zajištění nástrojů a přístrojů k operaci na cílovém extramurálním operačním sále:

základní nástrojové síto a sada struma, hrudní sada a hrudní rozvěrač, sternotom, kompatibilní elektrokoagulace například (= zde jmenujte vybavení OPSchirÚN) a nožním spínačem (=šlapka), ruční elektrokoagulace, dvě odsávačky, například (= zde opět jmenujte vybavení OPSchirÚN), stoleček pro monitor(y), sálový vaříč a ohřívací nádoba, mulový materiál (velké a malé preparační tampony a longety) proplachové zařízení.

A v případě dvou a více operací zajištění dekontaminace a následné sterilizace nástrojů (autokláv + chemická sterilizace párami formaldehydu).

Výsledky Hlavním cílem této práce bylo vyřešení praktické otázky možnosti transportability technologie (ve své podstatě k tomu určené) v daných podmínkách. Za důležitý přínos našeho snažení pokládáme rovněž důkladné obeznámení se s technickými a technologickými parametry vybavení i s aktuálními organizačními aspekty provozu a v neposlední řadě poznání, že i na tak klasickém rčení, jako je Salus aegroti suprema lex, je stále co zlepšovat.

Závěr Navržený způsob umožňuje ulehčit a usprávit naléhavou diagnostiku u složitých nálezů rozvyšetřovaných nemocných v zařízeních se širokým specializovaným zázemím bez zatížení pacienta

transportem a zároveň v souladu s potřebou pěstování nitrooborové a mezioborové solidarity přispět k praktické zkušenosti s přednostmi nejnovější technologie bez ekonomického zatížení zdravotnického zařízení.

18) Komplikace po použití jodové kontrastní látky

Autor: Šlesingerová Petra

Pracoviště: Úrazová nemocnice v Brně, Klinika traumatologie LFMU

Abstrakt: Nežádoucí reakce po podání jodové kontrastní látky mohou být rozděleny podle typu a způsobu vzniku do několika skupin. Mezi časné – nejčastěji do 20 minut od aplikace patří alergoidní (pseudoalergická) reakce. Alergie je nepřiměřená reakce organismu na alergen, způsobená nesprávnou aktivací protilátek ze skupiny imunoglobulinu E. Molekuly JKL jsou příliš malé částice, nevzniknou proti nim protilátky. Alergoidní reakce na JKL vzniká náhle, nástup není závislý na množství podané látky.

Lehká - nausea

- zčervenání
- svědění
- kopřivka
- bolest hlavy

Středně těžká – dušnost

- lehká hypotenze a mírný bronchospasmus
- faciální edém

Těžké (život ohrožující) – laryngeální edém

- bronchospasmus
- plicní edém
- těžká hypotenze
- tachykardie
- srdeční arytmie
- srdeční zástava
- poruchy vědomí
- křeče

Pozdní reakce vznikají více, než hodinu po podání JKL. Obvykle se jedná o lehké kožní reakce – vyrážka, pruritus, edém, a systémové reakce – bolest hlavy, nevolnost, nauzea, průjem. Predispozici mají nemocní s předchozí reakcí na JKL

Chemotoxická reakce je přímo úměrná množství podané JKL.

Toxicita JKL má tři složky:

1. Nerovnováha iontů – základní rozdíl mezi iontovou a neiontovou K.L. - iontové v kr. Plazmě disociují, při průtoku většího objemu JKL může příliš vysoká, či nízká hladina iontů vyvolat nepříznivé vedlejší reakce.
2. Chemotoxicita – vzniká vazbou na proteiny krevní plazmy a buněčné membrány
3. Osmotoxicita – vlivem osmotických tlaků dochází k rychlým přesunům tekutiny mezi extracelulárním a intracelulárním prostorem, dochází k poškození erytrocytů, endotelu i ostatních buněk – bolest při angiografii, dilatace cév, prudký pokles krevního tlaku, změna viskozity krve.

JKL se po i.v. (i.a.) aplikaci velmi rychle rozpouští v krevní plazmě, krevním oběhem se distribuuje do celého těla, vylučuje se převážně ledvinami glomerulární filtrací. Pouze 2% se vylučuje hepatobiliárním systémem.

Při normální glomerulární filtraci se vyloučí během 1,5 – 2 hodin polovina aplikované JKL.

Nefropatie indukovaná jodovou kontrastní látkou (CMIN) je třetí nejčastější příčinou akutního selhání ledvin u hospitalizovaných pacientů. Je definována jako akutní zhoršení renální funkce, které je dané buď absolutním zvýšením sérové koncentrace kreatininu o 44,2 μ mol/l či jejím relativním zvýšením alespoň o 25% oproti vstupní hodnotě. K tomuto zvýšení koncentrace dochází během 48 – 72 hodin po aplikaci JKL, ale může pokračovat ještě v průběhu 3 -5 dnů po podání JKL.

U zdravého člověka je riziko vzniku CMIN minimální, existují však rizikové faktory – jak ze strany pacienta, tak ze strany aplikované KL

Ze strany pacienta patří mezi nejvýznamnější neovlivnitelné rizikové faktory preexistující ledvinné onemocnění. Bylo prokázáno, že čím vyšší je vstupní kreatinin, tím vyšší riziko rozvoje CMIN. Další významný faktor je Diabetel mellitus se známkami diabetické nefropatie s hladinou sérového kreatininu > 100 μ mol/l , věk nad 75 let, městnavé srdeční selhání, transplantovaná ledvina.

Ze strany aplikované kontrastní látky – typ a množství. Za nejbezpečnější se považují izosomolální KL.