

03/2014

Ročník 2

ISSN 1339-5297

periodikum z odboru dermatovenerológie a príbuzných odborov
z oblasti lekárskeho vied

LIEČBA DERMATOVENEROLOGICKÝCH OCHORENÍ



Vydané pod záštitou Slovenskej lekárskej komory
a Univerzitnej nemocnice v Martine

03/2014
Ročník 2
ISSN 1339-5297

LIEČBA DERMATOVENEROLOGICKÝCH OCHORENÍ

periodikum z odboru dermatovenerológie a príbuzných odborov
z oblasti lekárskeho vied

Vedúci redaktor

Prof. MUDr. Juraj Pěč, CSc., jpec@jfmed.uniba.sk

Zástupca vedúceho redaktora

MUDr. Klára Martinásková, PhD., kaja.martin@post.sk

Redakčná rada

Prof. MUDr. Katarína Adamicová, CSc.

MUDr. Zuzana Baranová, PhD.

Doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, CSc. Doc.

Prof. MUDr. Vladimír Hegyi, CSc.

Mgr. Zuzana Kalabová

MUDr. Tomáš Kampe

MUDr. Peter Kozub

Doc. RNDr. Peter Kubatka, PhD.

MUDr. Ján Lidaj

MUDr. Peter Lipovský

MUDr. Soňa Málišová

MUDr. František Neuwirth

MUDr. Peter Osuský, PhD.

Doc. MUDr. Martin Pěč, PhD.

MUDr. Klaudia Pěčová, jr.

Prof. MUDr. Lukáš Plank, PhD.

MUDr. Katarína Polláková, PhD.

RNDr. Vladimír Straka

MUDr. Slavomír Urbanček, PhD.

MUDr. Karolína Vorčáková, PhD.

Vydavateľ

B E M E R, s.r.o., Thurzova 16, 036 01 Martin, IČO: 31 565 239

Adresa pre korešpondenciu:

B E M E R, s.r.o., Thurzova 16, 036 01 Martin, tel. +421 43 4132503, e-mail: bemer@bemer.sk

Návrh obálky, grafická úprava:

Mgr. Art. Eva Brezinová, ARTD; BERISS

Sadzba a tlač:

BERISS, e-mail: beriss@beriss.sk

Jazyková úprava

Ing. Ľubica Gállová, PhDr. Jana Stachová

Časopis "Liečba dermatovenerologických ochorení" vychádza pod záštitou Slovenskej lekárskej komory a Univerzitnej nemocnice v Martine. Všetky články uverejnené v časopise budú aj súčasťou portálu pre kontinuálne vzdelávanie v dermatovenerológii Slovenskej lekárskej komory. Všetky uverejnené články prešli recenzným konaním.

Kopírovanie a rozmnožovanie materiálov je možné len so súhlasom vydavateľa. Vychádza štvrtročne. Za obsah, koncepciu a zameranie časopisu zodpovedá redakčná rada. Za obsahovú, štylistickú a grafickú stránku reklamy zodpovedajú reklamní partneri. Príspevky, inzerciu, reklamy a objednávky adresujte na vydavateľa časopisu. Vydavateľ a redakčná rada nenesú zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov alebo inzercie a reklamu. Zasláné príspevky sa nevracajú. Distribúcia je zabezpečená poštou resp. kuriérom.

Nepredajné, ISSN: 1339-5297, Registrácia MK SR: EV 4783/13

Dátum vydania: november 2014

©2014, B E M E R, s.r.o.

EDITORIAL



Človek sa učí celý život. Chodiť, hovoriť, vychádzať s ľuďmi. Prejde základnou či strednou školou, tí vytrvalejší aj vysokou. S čerstvým diplomom v ruke už o ďalšom vzdelávaní nepremýšľa. Zameria sa na kariéru, jej rozvoj, na rodinu a na priateľov, začne budovať život, o akom sníval. S kariérou však prichádza aj zodpovednosť. Obzvlášť v oblastiach ako je medicína či právo, kde ľudia vkladajú svoje životy do rúk iných ľudí, je dôležité, aby sa ich pracovníci neustále posúvali dopredu.

V profesijnom živote je vzdelávanie iné ako v škole. Chyby, ktoré urobíte, sa nedajú napraviť, preto ich musíte urobiť čo najmenej. Učíte sa od kolegov z odboru, od svojich nadriadených i podriadených. Vymieňate si poznatky a skúsenosti. Práve za týmto účelom usporiadali Sekcia sestier pracujúcich v dermatovenerológii pri SK SaPA s Dermatovenerologickou klinikou Univerzitej nemocnice Martin Piatu celoslovenskú konferenciu sestier pracujúcich v dermatovenerológii.

Prvý októbrový víkend sa niesol v znamení zaujímavých a obohacujúcich prednášok. Dermatovenerologické sestry, sociálne pracovníčky a sestry z agentúr domácej

ošetrovateľskej starostlivosti priblížili svoju prácu kolegyniam z rôznych miest Slovenska. Popísali vážne prípady kožných ochorení a rôznych nákaz. Poukázali na sociálny faktor, ktorý zohráva významnú úlohu pri liečbe pacienta. Vymenili si typy a triky pri ošetrovaní rán, opísali šťastné i smutné konce mnohých hospitalizovaných pacientov.

Počas prednášok samotných a taktiež aj v diskusii preukázali sestry a ošetrovatelky množstvo teoretických i praktických znalostí, profesionalitu, zodpovednosť a pocit spolupatričnosti voči pacientovi, a najmä veľké srdce, ktoré do svojej práce dávajú. Počas týchto dvoch dní som mala možnosť ako laik a nezainteresovaný pozorovateľ vidieť, že ženy, ktoré sú v kontakte s pacientmi častejšie ako lekári, kladú záujmy svojich pacientov nad svoje vlastné. Obetujú im zdravie, duševnú pohodu a tiež čas, ktorý by mohli stráviť so svojimi rodinami. 3. a 4. októbra 2014 tomu nebolo inak. Zúčastnili sa konferencie, ktorá odovzdala množstvo poznatkov z praxe, a ktorá posunula vedomosti sestier pracujúcich v dermatovenerológii opäť o úroveň dopredu.

Bc. Zuzana Čapčíková

OBSAH

3	Práca sestry v ambulancii dermatologickej alergológie (Work of a Nurse in the Treating Room of Allergology) Záborská, E.
6	Akné vulgaris ako problém mladého človeka (Acne vulgaris as a Problem of a Young Man) Konečná, V.
10	Základná starostlivosť o suchú až atopickú kožu (Basic Care of the Dry to Atopic Skin) Štofila, J., Štofilová, J.
14	Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s atopickou dermatitídou (The Complex Nursing Care of the Patient with Atopic Dermatitis) Barančíková, A.
16	Bezlepková diéta – strava budúcnosti (Gluten-free Diet – Food of the Future) Pítnerová, E., Konečná, M.
18	Bezdomovectvo ako sociálny problém v zdravotníckom zariadení (Homelessness as a Social Problem in a Health Establishment) Krivušová, M., Molnárová, M.,

21	Význam kompresie pri liečbe vredov predkolenia (The Importance of Compression in the Treatment of Shin Ulcers) Fafráková, B.
23	Liečba chronických rán podtlakovou terapiou (Negative Pressure Therapy of Chronic Wounds) Kalabová, Z., Doležalová, T.
25	Chronická posttraumatická rana (Chronic Post-traumatic Blow) Slačková, M.
29	Ošetrovanie rán v domácom prostredí (Treatment of Wounds in the Home Environment) Majzlíková, J., Šolonyová, D.
32	Nozokomiálne nákazy (Nosocomial Infections) Bónová, I.
35	Diagnóza: Lupus erythematosus – ošetrovateľská starostlivosť (Diagnosis: Lupus erythematosus – Nursing Care) Bónová, I., Kurucová, J.
39	Onychomykóza (Onychomycosis) Veselková, V.
41	Epidermolysis bullosa congenita – náročnosť ošetrovateľské péče (Epidermolysis bullosa congenita – complexity of nursing care) Navrátilová, M., Svobodová, N.
43	Ošetrovateľská starostlivosť o terminálneho pacienta s bulóznym ochorením (Nursing Care of a Terminal Patient with Bullous Disease) Kalabová, Z.
45	Biologická liečba psoriázy (Biological Treatment of Psoriasis) Hvizdáková, H.
47	Aktivity patientskeho poradenského centra (Activities of Patients Coucelling Centres) Cetkovská, M.

Práca sestry v ambulancii dermatologickej alergológie (Work of a Nurse in the Treating Room of Allergology)

Záborská, E.

Dermatovenerologická klinika, Univerzitná nemocnica v Martine

Súhrn

V príspevku autorka približuje špecifiká práce sestry na ambulancii dermatologickej alergológie. Vysvetľuje princípy a popisuje realizáciu jednotlivých kožných testov. Podrobne sa venuje predovšetkým epikutánnym testom, ktoré sú najčastejšou náplňou práce sestry v tejto ambulancii.

Kľúčové slová: náplň činnosti sestry v ambulancii dermatologickej alergológie, kožné testy – intrakutánný test, epikutánný test, alkalirezistencia, laurylsulfátový iritačný test

Abstract

In this paper the author presents the specifics of nursing at the outpatient treating room of dermatological allergology in the Department of Dermatology at University Hospital (Univerzitná nemocnica) Martin. It explains the design of individual skin tests. Detailed attention is paid mainly to the implementation of the atopy patch tests which are the most common skin tests carried out at this clinic.

Key words: patch test, prick test, intracutaneous test, alkali resistance

Kožné skúšky (testy) majú v kožnom lekárstve už tradične svoje historické uplatnenie. Ide o vyšetrovacie metódy, pri ktorých aplikujeme na kožu alebo do kože rozličné látky a zisťujeme, či koža odpovie alergickou reakciou. Tieto testy slúžia teda ako dôkaz alergického charakteru skúšaných látok. Aj keď je výpovednosť jednotlivých testov veľmi rôzna, vyšetrenia napomáhajú potvrdzovať alebo upresňovať klinické podozrenie a často určiť príčinu ochorenia.

Názvom kožné testy sa bežne označujú aj tzv. funkčné skúšky, ktorými sa zisťujú odchýlky funkcií kože (napríklad odolnosť voči alkáliám, zisťovanie iritačného prahu pokožky, fyzikálne testy).

Sestra v ambulancii dermatologickej alergológie

Prácu sestry v ambulancii dermatologickej alergológie môžeme rozdeliť na dve časti – na ambulatnú časť a na laboratórnu časť, aj keď tieto činnosti sa vykonávajú súbežne a navzájom sa prelínajú.

V rámci ambulatnej časti sestra vykonáva činnosti, ktoré sú spoločné pre chod všetkých ambulancií:

- objednávanie pacientov na vyšetrenie;
- príprava a edukácia pacientov na vyšetrenie;
- asistencia lekárovi počas ordinačných hodín;
- odber biologického materiálu;
- meranie vitálnych funkcií;
- podávanie liekov;
- dezinfekcia nástrojov a prostredia;
- príprava spotrebného materiálu, objednávanie liekov a diagnostík (alergénov);
- vedenie dokumentácie;

- evidencia pacientov;
- vykazovanie výkonov do zdravotných poisťovní.

V rámci laboratórnej časti práce sestra vykonáva činnosti, ktoré sú špecifické len pre ambulanciu dermatologickej alergológie, ktorou je realizácia kožných testov. Ich súčasťou je:

- asistencia lekárovi pri intrakutánných, skarifikačných a prick testoch;
- realizácia fyzikálnych testov;
- vyšetrenie alkalirezistencia;
- vyšetrenie laurylsulfátového iritačného testu;
- príprava a realizácia epikutánnych testov.

Ďalšou špecifickou činnosťou na tejto ambulancii je mesačné a ročné štatistické vyhodnocovanie výsledkov testovania. Vyhodnocujeme počet jednotlivých testov podľa pohlavia pacientov a podľa diagnózy. Pri epikutánnom testovaní vyhodnocujeme pozitivitu jednotlivých alergénov podľa pohlavia testovaných pacientov, podľa veku a podľa ich diagnóz.

Realizácia kožných testov

Pred každým kutánnym testovaním sa musí odobrať exaktná anamnéza. Pozornosť treba venovať najmä údajom o ochoreniach na alergickom podklade, výsledkom predchádzajúcich testovaní, prejavom atopie a vyhodnoteniu účinku expozície či eliminácie testovanej látky. Pri testovaní je nevyhnutnou požiadavkou dispozície tzv. protišokovej súpravy, nakoľko aj pri najmä pri intrakutánných (menej pri skarifikačných a prick) testoch hrozia okamžité reakcie až anafylaktický šok.

Intrakutánný (intradermálny) test – skúmaná látka (predpokladaný alergén) sa vstriečne v príslušnom riedení striekačkou s intradermálnou ihlou do kože ramena alebo predlaktia v množstve 0,02 – 0,05 ml tak, aby v mieste vpichu vznikol urtikariálny pomfus. Ako kontrola sa vstrekuje do blízkeho miesta rovnaké množstvo fyziologického roztoku (riedidla). Modifikáciou intrakutánného testu je **Skarifikačný test** (po jemnej skarifikácii kože ihlou alebo lancetou tak, aby nedošlo ku krvácaniu sa nanesie kvapka roztoku skúmanej látky) a **Prick test** (po nanesení kvapky roztoku testovanej látky na kožu urobíme vpich cez kvapku sterilnou ihlou alebo lancetkou). Pri oboch modifikáciách sa rovnako robí skarifikácia či vpich s kontrolným roztokom. V prípade pozitívnej reakcie vzniká za 15 – 20 minút po aplikácii urtikariálny pomfus, zreteľne väčší ako kontrolný, pri silnejšej reakcii s výbeškami (pseudopódiami), prípadne s celkovou reakciou. Po 24 hod. sa odčítava neskorá reakcia (v prípade testovania mikróbných alergénov). Pozitívnu reakciou je vznik erytému, papuly (pri mimoriadne silnej reakcii až vezikuly či nekrózy).

Fyzikálne testy sa realizujú, ak sa pri komplexnom vyšetrení choreho s chronickou žihľavkou vyskytne anamnestický údaj o provokovaní prejavov fyzikálnymi podnetmi. V prípade pozitívneho výsledku vzniká na koži v mieste pôsobenia podnetu urtikariálny pomfus. Pri podozrení na fyzikálnu žihľavku vykonávame skúšku na chlad, teplo, tlak, námahu a svetlo.

Vyšetrenie alkalirezistencie je test, ktorý sa robí pred každými epikutánnymi testami. Na kožu predlaktia sa



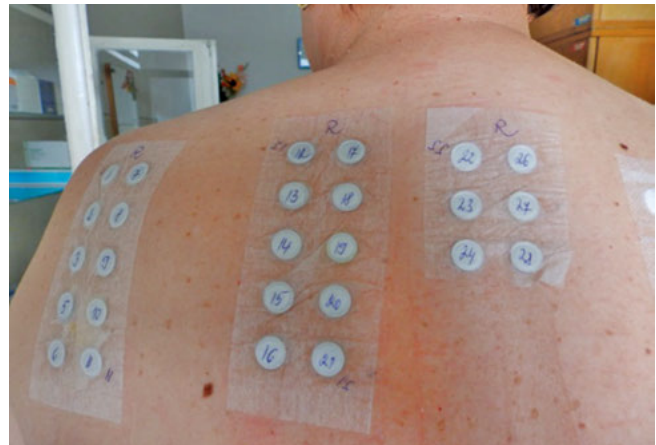
kvapne na tri miesta volárnej strany predlaktia 0,5 N roztok NAOH a každá kvapka sa prekryje hranolom zo skla. Skúška slúži na zistenie odolnosti kože proti zásaditým látkam. Doba aplikácie je 3 x 10 min. Registrujú sa zmeny na koži, ktoré vznikajú na miestach aplikácie. Zmeny sa ukazujú vo forme erytému, papúl. Subjektívne udávajú vyšetřovaní pacienti pocit pálenia, svrbenia. Pri takýchto reakciách po 10 a 20 min. hodnotíme výsledok alkalirezistencie ako pozitívny a nemôžeme lepiť epikutánne testy. Ak nie je reakcia po 30 min. žiadna, eventuálne vznikla len mierna reakcia, čo je fyziologická reakcia), epikutánne testy môžeme aplikovať.

Laurylsulfátový iritačný test slúži na zisťovanie jedincov so zníženým iritačným prahom v dôsledku insuficiencie epidermálnej bariéry. Na volárnu stranu predlaktia sa aplikuje 25 ul 0,5% a 0,25% vodného roztoku laurylsíranu sodného a ponechá sa nalepené 48 hod. Výsledky sa odčítajú po 48 a 72 hod. Pozitívne reakcie (erytém či edematózne presiaknutie) v mieste aplikácie relativizujú pozitívne výsledky epikutánných testov so senzibilizujúcimi látkami a napomáhajú objektivizovať iritačnú predispozíciu testovaných osôb.

Epikutánný test je provokačný test, pri ktorom sa na ohraničenej kožnej oblasti vyvolá akútna alergická kontaktná dermatitída. Dôležité, no často zložité je odlišenie alergických od toxických (iritačných) alebo iných nealergických reakcií. Epikutánný test sa má vykonávať na normálnej koži a v žiadnom prípade nie počas manifestačného ekzému, pretože by mohli vzniknúť nešpecifické pozitívne reakcie.

Testovacia náplast' s alergénmi sa aplikuje na kožu. Ak je koža chrbta ochlpená, musí sa deň pred testovaním vyholiť. Na testovanie sa najčastejšie používa horná časť chrbta, pričom sa testovacia náplast' nesmie nalepiť na miesta, kde sa na koži vyskytujú zápalové kožné zmeny, pigmentové névy alebo jazvy. V týchto prípadoch testy lepíme na boky, prípadne na krížovú oblasť alebo brucho.

Alergény sú zostavené do skupín (viaceré podľa medzinárodných dohôd) v určenej koncentrácii a určenom vehikule. Najčastejšie alergény sú v tzv. rutínnej sade. Máme k dispozícii aj špecializované sady (dentálna, kozmetika, kaderníctvo, dezinfekcia, gumárenské chemikálie, priemyslové oleje, parfumy a príchute, epoxidové živice, kortikosteroidy, textil, koža a plasty). Testované látky sa vyberajú na základe anamnézy a nálezu.



Pred testovaním sa koža očistí éter-alkoholom. Testované substancie sa nanesú na komôrky testovacích náplastí podľa čísiel z tabuľky. Pod oklúziou zotrávajú na koži 48 hod. Po 48 hod. sa čísla z testovacích náplastí napíšu na kožu a náplasti sa odstránia. Po odstránení náplastí by reakcie mali byť odčítané najskôr po 30 min. Druhé odčítanie sa robí po 72 hod. od nalepenia náplastí. Reakcie niektorých alergénov (zložky gumi) sú hodnotiteľné až po 96 hod., ba dokonca aj na 7. deň od nalepenia náplastí. Pozitívna testu, t.j. svrbenie, začervenanie kože s tvorbou papúl až vezikúl, sú očakávaným výsledkom v zmysle testovanej kontaktnej alergie.

Kontraindikácie epikutánného testovania:

- miesto testov by malo byť najmenej 14 dní bez ekzémových prejavov;
- pacient by nemal mať akútny infek, nemal by užívať antibiotiká;
- kortikoidy lokálne a systémové je vhodné vynechať 7 – 10 dní pred testovaním, antihistaminiká minimálne 3 dni;
- testovanie sa neodporúča počas liečby cytostatikami;

- po silnom slnečnom opaľovaní, prípadne ožarovaní žiaričmi a ultrafialovým svetlom je potrebné s testovaním počkať najmenej 4 – 6 týždňov;
- u detí by mali byť testy robené pri zvážení indikačných kritérií a počet testovaní by mal byť obmedzený na anamnesticky najpodozrivejšie substancie;
- tehotné ženy a dojčiacie matky sa netestujú.

Vedľajšie nežiadúce účinky epikutánneho testovania:

- zriedkavo po nanosení testovaného alergénu vznikne zvýšené potenie, závrat alebo podobné symptómy a vtedy je potrebné okamžite informovať lekára;
- riziko senzibilizácie následkom epikutánneho kožného testovania je minimálne;
- vzácne môžu byť testovaním vyprovokované aj celkové alergické reakcie včasného typu, vzplanutie prejavov v mieste pôvodných ložísk ekzému a iné komplikácie uvádzané v odbornej literatúre.

V ambulancii dermatologickej alergológie na Dermatovenerologickej klinike Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnici v Martine na vyšetrenie a kožné testy pacientov objednávame. Pri objednávaní ich informujeme o priebehu testovania, ako dlho testovanie trvá, aké obmedzenie pre nich predstavuje (vynechať antihistaminiká, nevykonávať fyzicky namáhavé činnosti, nešportovať, neplávať, nesprchovať chrbát počas testovania, že musia prísť do ambulancie minimálne tri razy, musia vydržať prípadné svrbenie v mieste testovania).

Za 4 roky sa znížil počet u nás testovaných pacientov o polovicu. Jedným z dôvodov je skutočnosť, že sa v regióne zvýšil počet pracovísk vykonávajúcich testovanie. Ďalším dôvodom je neochota pacientov absentovať v práci a tiež situácie, keď sa v niektorých prípadoch sa prehodnotí dôvod testovania, lebo nie každá morfa alebo svrbenie kože sú prejavom alergie.

Literatúra

1. Fetisovová, Ž.: Profesionálne dermatózy. In: Buchancová, J. et al. Pracovné lekárstvo a toxikológia. Martin, Vydavateľstvo Osveta 2003, s. 736 – 771.
2. Fetisovová, Ž. a kol.: Klinická propedeutika ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie, Martin, Vydavateľstvo Osveta 2012, s. 228.
3. Chromej, I., Chrbíková, I., Záborská, D.: Laurylsulfátový iritačný test. Zborník abstraktov. IV. kongres slovenských a českých dermatovenerológov s medzinárodnou účasťou, Bratislava 5. 6. – 7. 6. 2008, s. 12.

Akné vulgaris ako problém mladého človeka (Acne vulgaris as a Problem of a Young Man)

Konečná, V.

Oddelenie dermatovenerológie, FNŠP J. A. Reimana Prešov

Súhrn

Akné vulgaris patrí medzi najčastejšie ochorenia v dermatológii. V puberte sa vyskytuje s rozličnou intenzitou takmer u každého človeka. Mladý človek vníma toto ochorenie ako veľký telesný hendikep, ktorý sekundárne zasahuje do psychickej a sociálnej oblasti jeho života. V práci popisujeme ochorenie akné vulgaris, používané diagnostické postupy, uvádzame rôzne klinické formy ochorenia, jeho terapiu a zásady ošetrovania pleti.

Kľúčové slová: Akné vulgaris, komedóny, liečba akné

Abstract

Acne vulgaris is the most common disease in dermatology. It occurs during puberty with different intensity almost in every person. A young person perceives this condition as a great physical handicap, which secondarily affects the psychological and social spheres of life. In this paper we describe acne vulgaris, its diagnostic procedures, and we also present different clinical forms and principles of its treatment.

Key words: Acne vulgaris, comedones, acne treatment

Akné patrí medzi najčastejšie ochorenia v dermatológii. V puberte sa s rozličnou intenzitou vyskytuje takmer u každého človeka. Priebeh akné je väčšinou zdlhavý. Striedajú sa v ňom obdobia zlepšenia a zhoršenia. Mladý človek pociťuje toto ochorenie ako veľký telesný hendikep, ktorý v konečnom dôsledku postihuje aj jeho psychiku. Verejnosť mnohokrát prejavy akné bagatelizuje, nevyhľadá odbornú pomoc zavčasu, čo mnohokrát vedie ku zhoršeniu ochorenia a k predĺženej dobe liečby [3].

Charakteristika ochorenia

Akné charakterizujú a popisujú mnohí autori rôznym spôsobom a z rôznych pohľadov.

Rosochová [11] uvádza, že akné najčastejšie postihuje mladých ľudí v adolescencii (85%), no môže sa vyskytovať aj u novorodencov, detí pred pubertou a u dospelých vyššieho veku (3% ľudí nad 30 rokov).

Braun-Falco [3] popisuje, že ochorenie postihuje obidve pohlavia približne rovnako. U chlapcov bývajú prejavy často výraznejšie ako u dievčat. Pretože sa ochorenie vyskytuje predovšetkým na tvári a zmeny pri ťažšom priebehu môžu pôsobiť kozmeticky veľmi rušivo, je akné u dospievajúcich psycho-sociálnou záťažou, ktorú netreba podceňovať. Čím skôr sa akné prejaví, tým vážnejší je jeho rozsah a priebeh.

Ružičková Jarešová [12] charakterizuje akné ako neinfekčné zápalové ochorenie mazových žliaz a mazových vývodov, ktoré postihuje obe pohlavia nezávisle na veku, najčastejšie však v období 11 – 25 rokov.

Štok [13] definuje akné ako multifaktoriálne zápalové ochorenie mazových žliaz a vlasových folikulov v seboreickej lokalizácii, charakterizované vznikom komedónov, papúl až nodulov.

Buchvald [4] zahŕňa vo svojej charakteristike príčiny, lokalizáciu a prejavy ochorenia. Uvádza, že akné je geneticky predisponovaný chronický zápal pilosebaceóznej jednotky multifaktoriálnej etiológie. Okrem genetiky hlavnú úlohu zohrávajú hormonálne vplyvy, nadmerná produkcia mazu (seborea), porucha rohovania folikulu, kolonizácia baktériou *Propionibacterium acne*, zápal a imunologická reakcia (tvorba protilátok proti antigénom *Propionibacterium acne*). Patologické zmeny vznikajú na miestach seboreickej predilekcie, t.j. na miestach s najvyššou koncentráciou mazových žliaz (tvár, ramená, hrudník). Eflorescencie pri tejto dermatóze majú buď zápalový (papuly, pustuly, uzlíky), alebo nezápalový charakter (otvorené a uzavreté komedóny, jazvy, cysty).

Klinické formy akné

Pri akné sa na koži tvoria komedóny, inflamované papuly a papulopustuly, noduly, cysty, konglobáty a niekedy aj jazvy. Komedóny môžu byť otvorené, uzatvorené a mikrokomedóny. Otvorené komedóny sú viditeľné ako čierne bodky (uhry). Rozširujú vývody mazových žliaz a nemajú sklon k tvorbe mazového procesu. Zatvorené komedóny majú tendenciu k tvorbe zápalu mazovej žľazy a k tvorbe pustúl a cýst [5].

Podľa prevahy klinických línií a stupňa závažnosti prejavov rozlišujeme niekoľko foriem akné:

- **Acne juvenilis** – vzniká v období dospievania (10 – 20 rokov).
- **Acne comedonica** – má v klinickom obraze prevahu otvorených a zatvorených komedónov. Počet zápalových línií je minimálny.

- **Acne papulopustulosa** – tvoria zápalové efflorescencie (papuly, pustuly). Podľa ich počtu rozlišujeme formu ľahkú (do 10 morf), strednú (10 – 20 morf), ťažkú (21 – 30 morf), veľmi ťažkú (nad 30 morf).
- **Acne nodulocystica** – ľahký variant konglobálnej formy akné, kedy sú prítomné okrem komedónov, papúl a pustúl aj malopočetné noduly, cysty.
- **Acne conglobata** – ťažká forma ochorenia. Prítomné sú nodózne lézie, cysty, abscesy s fistulami a zápalové infiltráty hojace sa hypertrofickými a keloidnými jazvami.
- **Acne inversa** – konglobátna forma akné, ktorá je komplikovaná tvorbou bolestivých nudozít, abscesov a fistúl s hnisavou sekréciou v axilách a inguinách. Má dlhodobý priebeh.
- **Acne fulminans** – ťažká forma akné sprevádzaná febrilitami, polyartralgiami, myalgiou a celkovou schvátanosťou.
- **Acne menstrualis** – mierna forma vyskytujúca sa v druhej polovici menštruačného cyklu.
- **Acne tropicalis** – vzniká počas pobytu vo vlhkom tropickom pásme.
- **Acne aestivalis** – vyskytuje sa počas pobytu na slnku, v horúcom a dusnom prostredí.
- **Acne excoriarum** – samovoľné poškodzovanie aknóznych línií v dôsledku neodborného ošetrovania, vytlačania, rozškrabávania a komedónov.
- **Acne cosmetica** – vzniká po kontakte s kozmetikami, ktoré sú komedogénne.
- **Acne oleosa** – vyskytuje sa pri kontakte kože s petrolejmi, olejmi.
- **Acne picea** – je nežiadúci účinok lokálne pôsobiacich dechtov na koži.
- **Acne chlorina** – je vyvolaná chlórovanými aromatickými uhlíkovodíkmi.
- **Acne neonatorum** – je raritné, vyskytuje sa u novorodencov.
- **Acne infantum** – akné s papulami a pustulami, vyskytuje sa u detí medzi 1. – 2. rokom života.
- **Acneiformné akné** – je vedľajší účinok niektorých liekov obsahujúcich bróm, jód, lítium, barbituráty, kortikosteroidy, anaboliká [11].

Nie je výnimočné, ak sa u jedného pacienta vyskytujú viaceré prejavy súčasne. Vtedy sa stupeň postihnutia určuje podľa najťažšie sa prejavujúcej formy. Priebeh akné je zdĺhavý. Striedajú sa obdobia zlepšenia a zhoršenia. Kolísanie intenzity klinických prejavov je vo veľkej miere ovplyvnené viacerými faktormi. Okrem známych hlavných príčin vzniku akné existujú vedľajšie, skôr individuálne faktory, ovplyvňujúce priebeh ochorenia ako napr. prítomnosť lokálnych infekcií, tráviace ťažkosti, nepravidelné vyprázdňovanie čriev, stavy sprevádzané nadmerným potením, slnečné žiarenie, soláriá (pri určitom type akné), fajčenie, nedostatok spánku, používanie nevhodných kozmetických prípravkov a make-upov, psycho-somatické poruchy, stres, záťaž, zhoršenie počas ovulácie a menštruácie [2].



Obr. • Akné komedonika a cystická forma akné

Frühauf [7] vo svojich štúdiách uvádza, že aj konzumácia mlieka, mliečnych produktov, sacharidov s vysokým glykemickým indexom, ako aj konzumácia mastných, korenených jedál, čokolády a sladkostí zhoršuje priebeh akné. Aj keď mnohí odborníci túto ovplyvniteľnosť inými faktormi nepripúšťajú, je známe, že obmedzením dráždivých potravín, detoxikáciou a následným šetrným diétnym režimom dochádza k zlepšeniu kožných prejavov.

Fajkošová [6] odporúča:

- vyhýbať sa nadmernému slneniu, tabakovému dymu, dechtom, olejom, chloridom,
- do stravy je vhodné pridať bielkoviny, vlákninu, ovocie a zeleninu, naopak obmedzovať príjem tukov, cukrov, mlieka, kofeínu, jódu,
- zaisťiť pravidelné vylučovanie a detoxikáciu organizmu,
- zvýšiť príjem tekutín, uprednostňovať nesladené nápoje a zelený čaj,
- cvičiť aeróbne cvičenia kvôli okysličeniu pokožky,
- dodržiavať dôkladnú hygienu pleti, kože a tela.

Liečba akné

Aby bola liečba akné úspešná, je potrebné ovplyvniť základné mechanizmy vzniku ochorenia – hyperkeratinizáciu a obštrukciu pilosebaceousných folikulov, androgénmi

stimulovanú produkciu mazu, zmnoženie bakteriálneho osídlenia a zápal. Liečba akné nesmie byť nikdy univerzálna, musí sa prispôbiť typu, rozsahu a lokalizácii akné. Liečebný prípravok je volený podľa aktuálnej formy akné a individuálnej citlivosti pleti pacienta [11].

Medikamentózna terapia

Retinoidy – normalizujú keratinizáciu, majú komedolytický a sebolytický účinok (Locacid, Retin A, Differine, Acneroxid, Eclaran, Skinoren). Nežiaducim účinkom je iritácia prvé dva týždne aplikácie (hardening kože), ktorá mnohých pacientov odrádza od tejto formy terapie.

Antibiotiká (celkové, lokálne) majú protizápalové účinky. Najčastejšie sa používa erytromycín a klindamycín (Zinerit, Dalacin, Aknemycin, Eryfluid).

Systémová terapia

Izotretinoín (Roacutan, Aknenormin, Curacne) vyvoláva mnohé nežiaduce reakcie – cheilitis, xerosis, dermatitis retinica, vestibulitis, suchosť slizníc, conjungtivitis, myalgie, artralgie, pečeňové a lipidové abnormality. Tieto lieky majú teratogénny účinok, preto je nutné zaistiť efektívnu antikoncepciu.

Hormonálna terapia (antikoncepcia) – cieľom je potlačiť účinok androgénov s následným pozastavením tvorby mazu (Diane 35).

Fyzikálna terapia – laserová terapia (IPL laser), CO₂, biostimulačný laser, červené svetlo, PDF fotodynamická liečba, ultrazvuk, kryoterapia, fototerapia (UVA, UVB), chemický peeling, dermabrázia, diamantová mikrodermabrázia (obrusovanie pokožky).

Dermatokozmetiká – prípravky určené na čistenie, ochranu, liečbu a starostlivosť o zdravú aj chorú kožu. Patria sem čistiace gély, emulzie, syndety, micerálne vody, krémy, masky (Effaclar, Toleriane, Bioderma, Avene, Eucerin).

Optimálna terapia predstavuje kombináciu viacerých účinných látok. Základom liečebného úspechu je dobrá komunikácia s pacientom a vysvetlenie správnej aplikácie prípravkov. Liečba má byť zahájená včas, predíde sa tým rozvoju závažných foriem akné, jaziev, pigmentácií [6].

Ošetrovanie pleti pri akné

Ošetrovanie aknóznej pleti u pacientov je možné vnímať z pohľadu odborného hĺbkového ošetrovania v zdravotnom zariadení, ambulancii lekárskej kozmetiky a ošetrovania v domácom prostredí.

Odborné hĺbkové čistenie pleti

Okrem užívania doporučenej kožnej terapie, pravidelné čistenie pleti doma a súčasne hĺbkové mechanické čistenie pleti vyškolenou sestrou (kozmetičkou) v zdravotníckom zariadení alebo v ambulancii lekárskej kozmetiky tvorí dôležitú súčasť liečby akné.

Pri hĺbkovom čistení pleti sa zameriavame na odstránenie emulzného mastného filmu z povrchu kože, potlačenie tvorby mazových žliaz, likvidáciu komedónov, elimináciu pôsobenia

mikróbov, odstránenie hnisavých prejavov a zrohovatelných štruktúr.

Hĺbkové čistenie pleti sa aplikuje spočiatku 1-krát týždenne, po zlepšení klinického obrazu zriedkavejšie. Ošetrovanie obsahuje odlíšenie, analýzu pleti, náparku (pôsobenie pary 5 – 10 minút), ak nie je kontraindikovaná s lokálnym nálezom. Tam, kde nie je možné použiť naparovanie, aplikujeme zmäččujúce vody, gély, enzymatické masky. Po tomto kroku nasleduje hĺbkové čistenie pleti, nanosenie adstringentnej masky, poprípade aplikácia biostimulačného laseru, jemný peeling (pri ľahších formách akné), ošetrovanie liečebnými dermatokozmetickými prípravkami, kamuflážne krytie a korekcia. Je možné aplikovať Jacquetovu masáž (tzv. poklepovú masáž), ktorá je zameraná na stimuláciu činnosti mazových žliaz. Pri ťažších formách akné je kontraindikovaná.

Komedóny vytlačíme sterilnou rúškou. Tlak prstov nesmie byť násilný, bolestivý, aby sme nezdevastovali okolité tkanivo. Hnisavé komedóny sa nesmú vytláčať kvôli rozšíreniu infekcie do podkožných štruktúr (Feřteková, 2005).

Domáce ošetrovanie aknóznej pleti

Doporučuje sa pleť umyť teplou vodou a syndetom (mydlom) dvakrát denne (ráno a večer). Pri večernom ošetrovaní jemným krúživým pohybom nanášame syndet od čela k brade a rozotierame ho do strán. Vytvorenú penu necháme krátkodobo pôsobiť. Následne sa tvár opláchnie teplou, neskôr chladnejšou vodou. Koža sa jemne osuší jednorazovým papierovým obrúskom. Po umytí nanesieme čistým tampónom pleťovú vodu smerom od čela k brade. Na takto pripravenú pleť aplikujeme liečivá. Pri rannom čistení pleti postupujeme podobne. Veľmi mastná pleť si vyžaduje použitie postup ako pri večernom čistení – umyť, opláchnuť, osušiť, potrieť pleťovou vodou. Na deň sa koža natiera tenkou vrstvou krému. Je možné aplikovať dermatokozmetický krycí krém a puder.

Pri domácom ošetrovaní pleti je potrebné dodržiavať správne zásady, čím sa zabráni prípadnému podráždeniu a zhoršeniu akné. Pleti sa dotýkame čistými rukami, aby sme ju ešte viac nekontaminovali. Zápalové plochy nikdy neškriabeme, nevytláčame, nešúchame uterákom. Pri odstraňovaní komedónov postupujeme podľa odborných inštrukcií. Na vytlačanie nikdy nepoužívame veľkú silu, nechty, pretože tým by sa okolitá plocha exacerbavala. Na osušenie používame jednorazové papierové uteráky. Neužívame resp. nestriedame rôznorodé kozmetiká. Aknóznou pleť ošetrujeme výlučne dermatokozmetickými lekáskymi prípravkami (Feřteková, 2005).

Vplyv akné na psychiku mladého človeka

Prevalencia ochorenia u mládeže je veľmi vysoká (95%). Rozdiel je v individuálnej závažnosti prejavov. Veľmi významný je vzťah akné a psychiky. Psychologické faktory môžu zohrávať signifikantnú úlohu najmenej v troch smeroch. Emočný stres môže viesť k exacerbácii akné. Ťažké akné môže viesť k rozvoju psychiatrických ochorení, ako sú znížená sebaúcta, sociálna fobia, depresia. Rôzne psychózy môžu vzniknúť sústredovaním sa na akné [9].

Ak tento poznatok aplikujeme na kritické adolescentné obdobie, môže akné zanechať trvalé stopy na psychike. Koža ako orgán komunikácie je dôležitá v socializácii jedinca. Viditeľné znaky akné môžu byť príčinou sociálnej stigmatizácie. Môžu viesť k vyhýbaniu sa kontaktu s ľuďmi, ovplyvniť voľbu povolania, vzťah k opačnému pohlaviu a viesť k izolácii. Znižuje sa sebaúcta a zhoršuje sa sebahodnotenie. Problém sebaúcty môže viesť k rozvoju depresie. Manifestujú ju rôzne znaky alebo symptómy, ako napr. vynechanie spoločenských aktivít, nedostatok koncentrácie, zvýšená plačlivosť, myšlienky na samovraždu, zhoršenie výkonnosti, absencie v škole, delikventné správanie. Akné má zdĺhavý priebeh, čím sa stáva náročným pre psychickú oblasť a často vedie k depresívnym stavom, rezignácii, nezáujmu o liečbu a jej zatracovaniu [8].

Pri akné je najviac postihnutá tvár. Tínedžeri majú tendenciu zvýšenej citlivosti na svoj vzhľad, čo je dôležitým aspektom sebavnímania. Preto nie je prekvapením, že títo postihnutí jedinca trpia psychosociálnym hendikepom [9].

V súčasnosti sa v médiách preferuje bezchybná krása, čoho súčasťou je aj pleť bez nedostatkov. Adolescenti, zvlášť dievčatá, dokážu celé hodiny zaoberať sa sledovaním svojej pleti. Akákoľvek nešetrná poznámka okolia môže vyvolať negatívnu psychickú reakciu. Svoje sebahodnotenie si adolescent formuje podľa toho, aký dojem robí na okolie [14].

U adolescentov postihnutých akné často pozorujeme znížené sebahodnotenie, pocity viny a sklamaní, viaznuci slovný kontakt, zvýšené sebapozorovanie, narušené vnímanie vlastného tela, poruchy sexuality, somatizáciu psychických problémov (netypické zdravotné problémy bez závažného somatického nálezu), alexithymiu (neschopnosť usmerňovať emócie), hostilitu (nevraživosť voči okoliu), úzkostné poruchy [10].

Nie je výnimkou ani protichodné správanie, afektované hlučné presadzovanie sa, demonštratívne ignorovanie ochorenia, hranie roly „hrdinu“ pred rovesníkmi, zvlášť u chlapcov pri ťažkých formách ochorenia. Niektorí pacienti môžu byť svojim vzhľadom natoľko znepokojení, že môžu úspešne dokončiť pokus o samovraždu. Depresia, frustrácia, izolácia, negácia, pocity menejcennosti, negatívne prežívanie, nesprávny postoj, hnev, zlosť, majú výrazný dopad na kvalitu života. Vo veľkej miere ovplyvňujú bežné každodenné aktivity adolescenta. Uzatvárajú ho do ulity bezmocnosti, zvlášť pri ťažkých formách akné, kde jazvy na koži vytvárajú jazvy na duši. Včasný zásah pri ošetrovaní, pochopenie, psychoterapeutický rozhovor a podpora, vypočutie problémov, empatický prístup rodiny a okolia, profesionalita prístupu zdravotných pracovníkov dokážu veľkou mierou eliminovať negatívny dopad akné na psychiku mladého človeka [1].

Literatúra

1. Balaščík, P.: Kvalita života při některých dermatologických onemocněních. In *Dermatologie pro praxi*. 2011, roč. 5, č. 4, s. 206 – 209.
2. Baranová, Z.: 2011 Akné už dávno nie je iba kozmetický problém. In *Lekárske listy: odborná príloha Zdravotníckych novín*. 2011, č.7, s. 6 – 7.
3. Braun-Falco, O., Plevig, G., Wolffe, H.: *Dermatológia a venerológia*. 1. vyd. Martin: Osveta. 2001. 1457 s. ISBN 80-8063-080-1
4. Buchvald, J., Buchvald, D.: *Dermatovenerológia*. 1. vyd. Bratislava: Slovac Academic Press. 2002. 497 s. ISBN 80-8910-403-7
5. Habif, T.: 2010. *Clinical dermatology*. 5.vyd. Mosby Elsevier. 2010. ISBN 978-0-7234-3541-9
6. Fajkošová, K.: 2011. Akné – prehľad – novinky v liečbe. In *Dermatológia pre prax*. 2011. roč. 5, č. 4, s.160,162.
7. Fruhauf, P.: 2012. Akné a konzumace mléka. In *Pediatric pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 4, s. 280.
8. Ježorská, Š.: Psychický stav pacientů s akné vulgaris. In *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2012, roč. 22, č. 10, s. 48 – 50.
9. Nevalová, Z.: Akné a psychika. In *Dermatologie pro praxi*. 2012, roč. 6, č. 3, s. 131 – 134.
10. Pánková, R.: Psychosomatické přístupy v dermatovenerologii. In *Časopis lékařů českých*. 2006, č. 2, s. 112 – 115.
11. Rosochová, E.: 2011. Diagnostika a léčba akné a pretrvávající mýty. In *Via practica*. 2011, roč. 8, č. 2, s. 174 – 175.
12. Ružičková Jarešová, L.: 2011. Akné a atopická dermatitida v ordinácii pediatra. In *Pediatrica pre prax*. 2011, roč. 12, č. 5, s. 189 – 192.
13. Štork, J.: *Dermatovenerologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6.
14. Turčeková, L.: Kvalita života u pacientov s akné vulgaris. In *Revue medicíny v praxi*. 2011, roč. 9, č. 2, s. 8 – 10.

Základná starostlivosť o suchú až atopickú kožu (Basic Care of the Dry to Atopic Skin)

Štofila, J.¹, Štofilová, J.²

¹ Pierre Fabre Dermocosmetique - Tchequie, Praha

² Ústav experimentálnej medicíny, Lekárska fakulta, Univerzita P. J. Šafárika, Košice

Súhrn

V súčasnej dobe narastá počet pacientov trpiacich suchou až atopickou kožou. V rôznej literatúre sa uvádza ako jedna z príčin tohto stavu zhoršujúca sa kvalita životného prostredia, ako aj zmeny v správaní sa populácie, súvisiace s nadmernou hygienou a prehnaným používaním nevhodnej kozmetiky. Zároveň vekom dochádza k prirodzenému úbytku vody v koži a schopnosti kože udržať ju. Preto je dôležité najmä u starších pacientov tento fakt zohľadniť pri celkovej starostlivosti o pacienta. Emolienčné prípravky tvoria základ starostlivosti a mali by byť súčasťou každodennej starostlivosti o suchú kožu. Medzi emolienčiami patrí celá rada voľne predajných liečivých prípravkov a liečebnej kozmetiky.

Najpočetnejšou skupinou sú prípravky k obnove kožnej bariéry. Narušenie kožnej bariéry je jednou z príčin suchej až atopickej kože. Poruchou kožnej bariéry dochádza k zníženiu hydratácie kože, zníženiu schopnosti reparácie a zvýšeniu citlivosti na dráždivé látky a alergény, čo vedie k celkovému zhoršeniu stavu kože. Suchá koža ma väčšiu náchylnosť k bakteriálnej kolonizácii a bakteriálnym a vírusovým infekciám. Pacient by mal mať na premazávanie a hydratáciu kože k dispozícii také neparfumované emolienčiami, ktoré najviac vyhovujú jeho potrebám a ekonomickým možnostiam.

Kľúčové slová: suchá koža, atopická dermatitída, epidermálna bariéra, emolienčiami

Abstract

Nowadays, there is an increasing number of patients suffering from dry to atopic skin. Various literature sources mention that one of the reasons for this deteriorating environmental quality, as well as changes in the behavior of population, excessive hygiene, and excessive use of unsuitable cosmetics. At the same time, age leads to the loss of natural water in the skin and the ability of the skin to keep it. Therefore, it is especially important for elderly patients to take this into account in the overall patient care. Emollient products form the basis of care and should be part of the daily care of dry skin.

Among emollients we include a number of non-prescription medicinal products and medical cosmetics. The largest group are the preparations for the restoration of the skin barrier. The skin barrier destruction is one of the causes of dry and atopic skin. The skin barrier disorder may reduce the hydration of the skin, or may reduce ability reparations and increase sensitivity to irritants and allergens which leads to an overall deterioration of the skin. Dry skin has a greater susceptibility to bacterial colonization and bacterial and viral infections. The patient should also disposal such have at his unscented emollients to lubricate and hydrate the skin which best suit his needs and economic possibilities.

Key words: dry skin, atopic dermatitis, epidermal barrier, emollients

Koža, vďaka svojej štruktúre, funkčnej vybavenosti, ale aj prítomnosti efektorových buniek a buniek imunitného systému predstavuje jeden z najdôležitejších orgánov ľudského tela. Akákoľvek malá porucha či zmena tohto systému má vplyv na celý organizmus. V súčasnej dobe sa zvyšuje prevalencia ochorení, na etiológii ktorých sa podieľa aj zhoršujúce sa životné prostredie a zaznamenáva sa fenomén zmierenia sa spoločnosti s týmto stavom.

Suchá koža

Na narastajúcom počte ľudí so suchou kožou sa podieľa aj trend dnešnej doby, tzv. maximálnej čistoty. Podobne pribúda aj pacientov s problémami po dlhodobo neprimeranej hygiene často v kombinácii s veľmi účinnými produktmi na hygienu. Jednou z príčin vzniku suchej kože je tiež prirodzene slabnúca schopnosť pokožky udržať vodu. V období starnutia kože prebiehajú anatomické a fyziologické zmeny. Po 40.

roku života dochádza k zníženiu tvorby mazu a poruche ochranného filmu. Koža má sklon k suchosti, olupovaniu a svrbeniu. Vo veku 60 rokov býva postihnutých suchou kožou až 70% ľudí. Povrchová vrstva kože sa stenčuje, má sklon k suchosti a dochádza k jej atrofii [1, 2]. Vznik suchej kože závisí aj od pôsobenia vonkajších faktorov. Medzi vonkajšie vplyvy môžeme zaradiť klimatické zmeny, chemické látky (lieky, detergenty, rozpúšťadlá), fyzikálne faktory (slnečné žiarenie, voda) a stravu [2].

Medzi príznaky suchej kože patrí prítomnosť šupín, začervenanie, praskliny, drsnosť, nerovnosť kožného povrchu. Porušením intraepidermálnych nervov je vyvolané svrbenie, ktoré núti ku škriabaniu, čím sa narušuje kožný povrch a dochádza k uvoľňovaniu mediátorov, ktoré vyvolávajú ďalší pocit svrbenia. Subjektívne sa popisuje napätie, pálenie, pichanie až bolestivosť kože. Vzhľadom k nedostatočnej funkcii kožnej bariéry je zvýšené riziko infekcií, aktivácie dermatóz a kontaktnej senzibilizácie [2].

Samotná suchosť kože je jedným z charakteristických klinických znakov atopickej dermatitídy, a to nie len v ložiskách dermatitídy, ale aj v nezapálenej koži. Podmienaná je porušenou bariérovou funkciou epidermy, ktorú za fyziologických podmienok zabezpečujú korneocyty a lipidové lamely medzibunkových priestorov *stratum corneum*. Zvýšená transepidermálna strata vody, únik zložiek prirodzeného hydratačného faktora a následná znížená väzobná kapacita epidermy pre vodu vedú k typickej xeróze kože [3].

Liečba suchej až atopickej kože spočíva v optimálnej starostlivosti, obnovení kožnej bariéry pravidelným používaním emolencií a hydratáciou kože.

Atopická dermatitída

Prudký nárast alergií je celosvetovým problémom. Postihnuté sú všetky vekové kategórie. Atopická dermatitída (AD) postihuje asi 25% detí a 1 – 3% dospelých pacientov v celosvetovom meradle [4]. U časti pacientov (1 – 3%) môže ochorenie pretrvávajúť celoživotne. AD je chronické ochorenie, charakterizované recidivujúcim, zápalovým postihnutím kože, sprevádzané s torpidným pruritom. Suchosť kože (xeróza) je typickým prejavom zdravej aj postihnutej kože atopického pacienta. Ochorenie je charakterizované širokým spektrom klinických prejavov s typickou vekovou distribúciou a vysokou prevalenciou v detskom veku. U dospelých pacientov je častejšie postihnutie tváre a horných častí trupu, flexorov a rúk. Z genetického hľadiska je AD multifaktoriálne, heterogénne ochorenie vznikajúce v dôsledku génovej interakcie (gén – gén, gén – životné prostredie). S porušenou kožnou bariérou sú asociované tri skupiny génov: gény kódujúce štrukturálne proteíny, proteázy a inhibitory proteáz. Ochorenie je asociované s kožnou hyperreaktivitou na tzv. spúšťače životného prostredia, ktoré sú neškodné u zdravých non-atopických ľudí. Liečba každého pacienta s AD by mala byť individuálna, to značí sítá na mieru [4].

Emolenciá

Emolenciá sú látky využívané vďaka svojim vlastnostiam na povrchové ošetrenie suchej kože. Stojá na pomedzí liečebnej kozmetiky a liekov. Vďaka obsahu lipidických a hydratačných zložiek dokážu nahrádzať vodu a lipidy, ktoré sú na povrchu suchej kože deficientné, a tým zlepšovať jej celkový stav. Emolientné prípravky by mal pacient používať stále, aj pokiaľ nie sú viditeľné žiadne mierne až zápalové prejavy. Sú považované za štandard v liečbe. Emolenciá nahrádzajú straty kožných lipidov, pokožku zjemňujú a hydratujú, obnovujú kožnú bariéru a obsah vody v *stratum corneum*. Podieľajú sa aj na úprave pH kože. Rada emolientných prípravkov obsahuje hydratujúce zložky, ktoré viažu vodu v *stratum corneum* a uplatňujú sa ako zložky prirodzeného hydratačného faktora (NMF). Medzi najznámejšie hydratačné zložky emolencií patrí urea, ktorá okrem hydratačného účinku pôsobí aj mierne

antiprurigózne. Urea môže u niektorých pacientov vyvolať podráždenie. Niektorými autormi sú prípravky s ureou doporučované až od 3 rokov a ako vhodnejšie hydratačné zložky sa uprednostňujú glycerol a dexpanthenol [5]. Glycerol moduluje chovanie lipidov v *stratum corneum*. *In vitro* glycerol zabraňuje kryštalizácii lipidových lamiel a lipidy sa zachovávajú vo forme tekutých kryštálov aj pri nízkej vlhkosti. Znižuje na niekoľko hodín transepidermálnu stratu vody. Nefyziologické lipidy, ako napr. vazelína, môžu pomôcť zlepšiť stav suchej kože vytvorením hydrofóbnej bariéry, ktorá znižuje transepidermálnu stratu vody. Niektoré kozmetické prípravky obsahujú napríklad extrakt z bieleho ovsu, u ktorého sa popisuje účinok zmiernujúci svrbenie, erytém, protizápalové pôsobenie a regenerácia kože [6].

Od roku 2013 sa na trhu objavili sterilné emolenciá, ktoré neobsahujú žiadne konzervačné látky, tak listované, ako aj nelistované. To predstavuje posun v bezpečnosti emolientných prípravkov. Tieto produkty si vďaka špeciálnemu uzáveru zachovávajú sterilitu počas celej doby používania. Od roku 2014 sú na trhu dostupné prvé sterilné imunomodulačné emolenciá, schopné stimulovať prirodzenú imunitu kože, naštartovať prirodzenú tvorbu antimikrobiálnych peptidov spolu so značným antiprurigóznym a protizápalovým účinkom.

Na trhu sa v súčasnej dobe nachádza množstvo emolencií líšiacich sa kvalitou a spracovaním. Bazálne ich vieme rozdeliť na základe galenickej formy na:

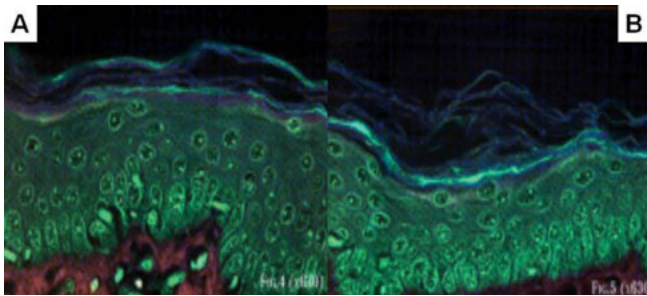
- produkty slúžiace k ošetrovaniu kože, ktoré sa môžu líšiť percentuálnym podielom lipidickej zložky (masti, krémy, mlieka a peny),
- produkty určené na hygienu (emolientné náhrady mydla, oleje, umývacie krémy).

Masti a krémy sa nanášajú na kožu. Krémy sa vstrebávajú rýchlejšie ako masti, majú kratší a mierne chladivý účinok. Masti sa vstrebávajú pomalšie, ale účinok pretrváva dlhšiu dobu a sú vhodnejšie na noc. **Emolientné náhrady mydla** (syndety) sa používajú namiesto klasického mydla. Obsahujú zvláčňujúce zložky s nezápalovými emulgátormi. **Semi-dispergovateľné oleje** do kúpeľa obsahujú emulgátory, ktoré umožňujú rozptýliť olej vo vode. Tieto prípravky majú čistiaci efekt a ľahko sa nanášajú na kožu. **Nedispergovateľné oleje** sú bez obsahu emulgátora, pričom olej vytvára na povrchu kože vrstvu, ktorá zostane na koži aj po kúpeli.

Samotné emolenciá slúžia na celotelové ošetrenie. Majú sa používať čo najčastejšie a vo väčšom množstve ako iné topické preparáty. Pacient by mal mať k dispozícii také neparfumované emolientné prípravky na premazávanie a hydratáciu kože pre denné ošetrenie, k hygiene alebo kúpeľa, aby čo najviac vyhovovali jeho potrebám a ekonomickým možnostiam [6]. Emolientné prípravky by mal pacient používať v množstve minimálne 250 – 500 g týždenne. Je vhodné mať k dispozícii dostupný prípravok pre denné ošetrenie vo vhodnom množstve v škôlke, škole či na pracovisku. Pokiaľ sú emolenciá používané v rovnakú dennú dobu spolu s ďalšími liečebnými prípravkami, aplikujú sa z odstupom niekoľko minút a poradie závisí od preferencie pacienta alebo rodičov [6].

Účinnosť produktu Dexeryl®

Ochranný krém Dexeryl® (Pierre Fabre), základný emolientný produkt, je určený na doplnkovú liečbu dermatóz spojených so suchou kožou (xeróza, ichtyóza, atopická dermatitída, psoriáza). Hlavnými účinnými látkami krému sú glycerol (15%), vazelína (8%) a tekutý parafín (2%). Glycerol spôsobuje pohyb vody z hlbších vrstiev epidermis smerom k povrchu (zvlhčujúci efekt) a zároveň podporuje rozklad korneodezmozómov vo vyšších vrstvách *stratum corneum*, čím dochádza k uvoľneniu izolovaných korneocytov a v konečnom dôsledku k vyhladeniu kože [7]. Vazelína spolu s parafínom vytvárajú na pokožke ochranný film, podieľajú sa na obnove kožnej bariéry a zabraňujú stratám vody z pokožky. Účinnosť uvedených zložiek na obnovenie lipidovej vrstvy dokumentuje Obr. 1. Na mikroskopickú fotografiu môžeme porovnať zmenu v hrúbke lipidovej vrstvy pred liečbou (Obr. 1A) a po liečbe (Obr. 1B) krémom Dexeryl®. Po ošetrení krémom Dexeryl® došlo k zhrubnutiu hydrolipidickej vrstvy takmer o 50% oproti pôvodnému stavu.



Obr. 1 • Obnovenie ochrannej lipidickej vrstvy (A – koža pred ošetrením Dexerylom®; B – koža po ošetrení Dexerylom®)

Účinnosť krému Dexeryl® pri liečbe xerózy a ďalších príznakov spojených s ichtyózou potvrdzuje aj randomizovaná, dvojito zaslepená klinická štúdia u pacientov vo veku do 18 rokov. Po 8-týždňovej aplikácii krému došlo k signifikantnému zmierneniu príznakov ochorenia v porovnaní s placebom, pričom krém pacienti veľmi dobre tolerovali [8].

Pri výbere vhodného produktu na liečbu suchej kože sa pacienti riadia nielen jeho účinnosťou, ale aj cenovou dostupnosťou. Z tohto pohľadu náklady na starostlivosť pri doporučenom množstve krému Dexeryl® 250 – 500 g predstavujú 6 – 12 € týždenne a táto suma bola hodnotená väčšinou pacientov ako prijateľná.

Kazuistika 1

43-ročná pacientka do tohto času udávala len suchšiu pokožku, bez výraznejších ťažkostí. V posledných 3 – 4 mesiacoch pociťuje výrazné svrbenie a olupovanie pokožky, hlavne na horných končatinách, miernejšie na dolných končatinách. Nezaberali jej ani kúpele s olejovými prípravkami, ani bežné masné krémy, preto vyhľadala odbornú pomoc.

OA (osobná anamnéza): cysty na oboch vaječníkoch od 16. roku života, migrenózne stavy od roku 2002 (dĺžka

trvania 3 – 4 dni s nauzeou a emezou, svetloplachosť, občas stráca balans pri chôdzi), novozistená primárna hypotyreóza na podklade AIT.

GA (gynekologická anamnéza): preventívna prehliadka na jar 2014, menzes: cyklus 28/7 dní, od 16. roku života cystické ovariá, P: 2, Ab: 0, UPT: 1.

RA (rodinná anamnéza): otec aj jeho matka mali psoriázu, takisto starší brat a jeho syn, ktorý ju má zatiaľ na predilekčných miestach a vo vlasovej časti, mladší brat má alergiu na paliny a atopický ekzém, dcéra má juvenilnú strumu a psoriázu vo vlasovej časti, druhá dcéra je bez kožných ťažkostí, len má od narodenia suchšiu pokožku.

AA (alergologická anamnéza): alergia na PNC.

FA (farmakologická anamnéza): L-Thyroxin 50 mg p.o. ráno; pri migrenóznych stavoch Relpax 40 mg p.o.; pri pretrvávajúcej bolesti ešte p.p. Sumatriptan 50 mg p.o.

SPA (sociálna a pracovná anamnéza): pacientka pracuje ako sestra, žije v panelovom byte, majú psa.

Terapia: lokálna aplikácia krému Dexeryl® v tenkej vrstve na postihnuté miesta 1 – 2-krát denne, eventuálne viac krát, ak je to nevyhnutné, po dobu minimálne 1 mesiaca.

Kontrola po mesiaci: objektívne bolo pozorované zlepšenie celkového vzhľadu pokožky, ústup deskvamácie, zmiernenie začervenania, pokožka bola jemnejšia a vláčnejšia. Subjektívne pacientka hodnotila pozitívne celkový zlepšený stav kože a ústup pruritu.

Obrázok 2 dokumentuje pokožku pacientky pred zahájením liečby (Obr. 2A) a zmeny zaznamenané po 1 mesiaci liečby (Obr. 2B) produktom Dexeryl®.



Obr. 2 • Pokožka pacientky pred (2A) a po 1 mesiaci liečby (2B) Dexerylom®

Kazuistika 2

61-ročná pacientka do tohto času udáva, že v máji 2014 mala edém tváre a jazyka s opuchom a sťažené dýchanie. Pre hypokáliemiu ťažkého stupňa bola hospitalizovaná na Internej klinike, po úprave vnútorného prostredia preložená na Dermatovenerologickú kliniku pre výsyp na tele, výrazný pruritus a olupovanie pokožky na tele.

OA: bežné detské ochorenia, v roku 2005 bola preliečená na HP pozitívitu, gastroezofageálna refluxná choroba

s ezofagitídou gradus B, St. p. EP adenomu céka 2005, st.p.CHCE 2005, hypotyreóza v.s. polieková, St.p. colicam renalis l.dx, ureterolithiasis l.dx. – St.p.ESWL.

GA: poslednú menštruáciu mala ako 53-ročná, naposledy bola na prehliadke pred 2 rokmi, P: 2, Ab: 0, UPT: 0.

RA: v rodine mali psoriázu, väčšinou na predilekčných miestach a v kapilícii, mladší brat je alergik a má atopický ekzém, dcéra má psoriázu v kapilícii, druhá dcéra má suchšiu pokožku.

AA: alergiu na lieky neudáva.

FA: z chronickej medikácie Equoral 50 mg p.o. ráno a večer, Euthyrox 50 mg p.o. ráno, Metypred 4 mg p.o. ráno, Artrotec forte 1 tbl. na obed, Zodac 2x1 tbl. p.o.

SPA: pacientka je dôchodkyňa, býva v rodinnom dome, majú psa a mačku.

Terapia: lokálna aplikácia krému Dexeryl® v tenkej vrstve na postihnuté miesta 1 – 2-krát denne, eventuálne viac krát, ak je to nevyhnutné, po dobu minimálne 1 mesiaca.



Obr. 3 • Pokožka pacientky pred (3A) a po 1 mesiaci liečby (3B) Dexerylom®

Kontrola po mesiaci: objektívne bolo pozorované zlepšenie celkového vzhľadu pokožky, strata deskvamácie, pokožka bola bez začervenania, celkovo jemnejšia a vláčnejšia. Subjektívne pacientka privítala zvýšený komfort, účinnosť hodnotila pozitívne, celkový zlepšený stav kože a ústup pruritu.

Obrázok 3 dokumentuje pokožku pacientky pred zahájením liečby (Obr. 3A) a zmeny zaznamenané po 1 mesiaci liečby (Obr. 3B) produktom Dexeryl®.

Záver

V súčasnej dobe majú pacienti trpiaci primárnou či sekundárnou suchosťou kože k dispozícii veľké množstvo emolientných prípravkov, avšak s rôznou účinnosťou. V spolupráci s dermatológom si pacient môže vybrať také emolientium, ktoré najviac vyhovuje jeho potrebám a ekonomickým možnostiam. Potvrdilo sa, že pravidelným používaním, hoci len základného emolientného prípravku, si pacient dokáže zlepšiť v relatívne krátkej dobe celkový stav kože a tým odstrániť nepríjemný diskomfort, ktorý sa v jeho živote objavil spolu s problémami so suchou až atopickou kožou.

Podakovanie

Za spoluprácu a poskytnutie kazuistík by sme sa radi poďakovali Mgr. Zuzane Kalabovej, vedúcej sestry Dermatovenerologickej kliniky, Univerzitná nemocnica Martin.

Literatúra

1. Feřtek, O. a spol.: Kozmetická problematika v dermatologickej praxi. Stárnutie. Avicenum, Praha 1987, 1: s. 56 – 57.
2. Ružičková Jarešová, L.: Celoročná péče o atopickú a veľmi suchú pokožku. Dermatol prax 2013, 1: s. 12 – 15.
3. Buchvald, D.: Poruchy vrodenej iminuty – nové patogenetické aspekty atopickej dermatitídy. Dermatol prax 2014, 1: s. 25 – 27.
4. Červenková, D.: Atopická dermatitída – čo by sme mali vedieť?. Dermatol prax 2012, 3: s. 96 – 98.
5. Höger, P.: Ichthyosen, Keratosen und ektodermale dysplasien. In: Kinderdermatologie: Differenzialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Schattauer Verlag, 2007, ISBN 978-3-7945-2489-1.
6. Hašek, J.: Atopická dermatitída – voľne prodejný prípravky. Dermatol prax 2013, 4: s. 131 – 134.
7. Black, D., Boyer, J., Lagarde, J.M.: Image analysis of skin scaling using D-Squame samplers: comparison with clinical scoring and use for assessing moisturizer efficacy. Int J Cosmet Sci 2006, 28: s. 35 – 44.
8. Blanchet-Bardon, C., Tadini, G., Machado-Matos, M., Delarue, A.: Association of glycerol and paraffin in the treatment of ichthyosis in children: an international, multicentric, randomized, controlled, double-blind study. J Eur Acad dermatol Venereol 2012, 26: s. 1014 – 1019.

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s atopickou dermatitídou (The Complex Nursing Care of the Patient with Atopic Dermatitis)

Barančíková, A.

Dermatovenerologické oddelenie, FNŠP J. A. Reimana, Prešov

Súhrn

Atopická dermatitída je častým ochorením, s ktorým sa sestry stretávajú na dermatovenerologických ambulanciách a oddeleniach. Ochorenie si vyžaduje správne intervencie sestry, ktoré musia byť zamerané na zlepšenie zdravotného stavu pacienta a tým aj na zlepšenie kvality jeho života. V príspevku uvádzame opis atopickej dermatitídy a ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s atopickou dermatitídou.

Kľúčové slová: atopická dermatitída, svrbenie kože, ošetrovanie suchej kože

Abstract

Atopic dermatitis is a common disease which the nurses treat in dermatovenerological treatment rooms and wards. The disease requires appropriate interventions of nurses which must be aimed at improving the patient's health condition, and thus also at improving the quality of his life. Our contribution shows a description of atopic dermatitis and nursing care of the patient with atopic dermatitis.

Key words: atopic dermatitis, itchy skin, treating the dry skin

Atopická dermatitída je chronické, zápalové, silno svrbivé ochorenie s relapsujúcim a remitujúcim priebehom, s multifaktoriálnou etiológiou, rôznorodým klinickým obrazom a rôznym stupňom závažnosti ochorenia [2]. Atopická dermatitída je tiež charakterizovaná ako osobitná reakcia kože, ktorá vzniká vplyvom pôsobenia rozličných vonkajších vplyvov (chemické, fyzikálne, rastlinné) a vnútorných vplyvov (nervové, tráviace choroby, ložiskové infekcie). Vo veľkej miere je podmienená dedičnosťou. Ochorenie je celoživotné a je potrebné naučiť sa s ním žiť. Vieme ho liečiť, ale nie úplne vyliečiť. Pre atopickú dermatitídu je príznačné striedanie sa období zlepšovania a zhoršovania stavu. Ochorenie je spôsobené nedostatkom tukových látok v koži, ktoré sú potrebné na udržiavanie ochrannej bariéry voči vonkajším vplyvom [1].

Faktory zhoršujúce atopickú dermatitídu

Medzi faktory zhoršujúce atopickú dermatitídu radíme:

- vzduchom šírené alergény (roztoc, peľ, prach, srst zvierat);
- potravinové alergény (vajčička, citrusy, kakao, čokoláda);
- fyzikálne podnety (prehriatie, chlad);
- psychické vplyvy (stres, nervozita)
- nevhodné hračky pre deti (plyšové, s drsným povrchom);
- nevhodné ošetrovanie kože [2].

Klinický obraz atopickej dermatitídy

Klinický obraz atopickej dermatitídy sa mení s vekom, ale vždy je prítomná suchosť kože (na pohmat je drsnejšia, studenšia), symetrickosť zápalových prejavov a výskyt silného

svrbenia. Koža býva začervenalá, s častými pľuzgierikmi, šupinami a mokvaním. Časté býva aj narušenie celistvosti kože prasklinami [1].

Lokalizácia atopickej dermatitídy

Lokalizácia ochorenia **u detí** sa mení v závislosti od veku dieťaťa. Typickou predilekčnou oblasťou je tvár – líca, okolie úst, ušnic, očí, lakt'ové a podkolenné jamy, krk, zápästia a plienková oblasť. **U dospelých** sú prejavy ochorenia najmä v miestach kožných záhybov – lakt'ové jamy, oblasť pod kolenami, tvár, krk, okolie očí a úst [4].

Komplikácie atopickej dermatitídy

V prípade zanedbania starostlivosti sú časté komplikácie ako:

- zápal očných spojiviek a iné očné problémy;
- poruchy spánku v dôsledku svrbenia;
- vznik bakteriálnych a vírusových infekcií (impetiginizácia, molluscum contagiosum);
- u detí s atopickým ekzémom v útlom veku hrozí vznik alergickej nádchy a astmy;
- chorý na ekzém nesmie byť v styku s človekom chorým na herpes [3].

Liečba atopickej dermatitídy

Liečba ochorenia je prísne individualizovaná u každého pacienta. Základom je **lokálna liečba** vo forme masť, krémov, roztokov a tekutých púdrov ako aj lokálna protizápalová liečba kortikosteroidmi, imunosupresívami, antibiotickými externami. Základom liečby je premasťovanie kože emolienami, ktoré udržiavajú kožu vlhkú, pružnú, neobsahujú parfém a konzervačné látky a teda nedráždia

kožu. Vyskytujú sa v rôznych formách – masť, krém, lotion, produkty do kúpeľa. Zásadou je nanášať ich čistými rukami s krátkymi nechtami [2].

Na liečbu sa využíva aj **celková liečba** prostredníctvom systémových antihistaminík, kortikosteroidov, imunosupresív. V praxi sa osvedčila aj fotoliečba – UVA, UVB, horské slnko, kúpeľná liečba, pobyty pri mori, pobyty vo vysokohorskom prostredí [3].

Celkový stav kože ovplyvňuje aj dodržiavanie režimových a diétnych opatrení.

Režimová liečba:

- chrániť kožu pred vlhkosťou, pred drsným a dráždivým oblečením;
- vyhýbať sa dráždivým alergénom;
- teplota v miestnosti má byť chladná, zabrániť poteniu;
- prostredie nemá byť vlhké;
- opatrenia proti prachu a vzdušným alergénom (odstrániť koberec, záclony, matrace z penovej gúmy, molitanu alebo polypropylénu);
- nefajčiť;
- zákaz styku so srstou zvierat;
- hračky majú byť drevené alebo z plastov;
- vyhýbať sa stresu.

Diétna opatrenia:

- správny výber potravín (najčastejšie potravinové alergény – orechy, čokoláda, kečup, kyslé a dráždivé jedlá, citrusy);
- obmedziť prísun potravín s obsahom farbív a emulgátorov;
- obmedziť konzumáciu dráždivých jedál a citrusov;
- eliminácia bylinkových a ovocných čajov.

Literatúra

1. Buchvald, J., Buchvald, D.: 2002. Dermatovenerológia. 1. vyd. Bratislava: SAP, 2002. s. 187 – 192. ISBN 80 – 89104 – 03 – 7.
2. Hegyi, V., Hegyi, E.: 2003. Aktuálne kapitoly klinickej dermatológie a venerológie. 2. vyd. Bratislava: September s.r.o., 2003. s. 136 – 141. ISBN 80 – 969066 – 0 – 7.
3. Kuklová, I., Herle, P. a kol.: 2012. Dermatovenerológia pre všeobecných praktických lekárov. Bratislava: Raabe, 2012. s. 92 – 103. ISBN 978 – 80 – 8140 – 054 – 4.
4. Štork, J. et al.: 2013. Dermatovenerologie. 2. vyd. Praha: Galén, 2013. s. 162 – 165. ISBN 978 – 80 – 7262 – 898 – 8.

Rady ako si poradiť so svrbením:

- je vhodné nosiť voľné bavlnené oblečenie (nepoužívať syntetické materiály),
- udržiavať rovnomernú teplotu, pretože potenie zväčšuje svrbenie kože [2].

Sesterské diagnózy pri atopickej dermatitíde

- Svrbenie kože súvisiace s vysušenou a stiahnutou pokožkou tela, prejavujúce sa neustálym škriabaním a nervozitou.
- Zmenený vzhľad kože v súvislosti so svrbením, škriabaním, napätou a suchou kožou, prejavujúci sa červenými ložiskami, výsevom, prasklinkami, trhlinkami, ragádami.
- Hypertermia súvisiaca so zápalovým ochorením kože prejavujúca sa potením, dehydratáciou.
- Narušený spánok súvisiaci s intenzitou svrbenia a zmenou prostredia prejavujúci sa únavou, nervozitou, niekedy až nespokojnosťou.
- Riziko vzniku sekundárnej infekcie súvisiace s narušenou celistvosťou kože.
- Potenciálne riziko infekcie vzhľadom na zavedenú flexibilnú ihlu.

Záver

Predpokladaným úspechom liečby je pochopenie choroby, trpezlivosť, ochota pacienta spolupracovať a rešpektovanie odporúčaní a rád dermatológa. Nevyhnutnosťou je aj odborná edukácia pacienta zdravotníkmi, pracovníkmi, lekármi a sestrami.

Bezlepková diéta – strava budúcnosti (Gluten-free Diet – Food of the Future)

Pitnerová, E., Konečná, M.

Oddelenie diétnych sestier, Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn

Celiakia je v poslednom období rozšírené ochorenie, preto sa mu budeme v našom príspevku venovať. Upresníme si podstatu ochorenia a povieme si o potravinách, ktoré sú vhodné pre kvalitnejší život celiatika.

Kľúčové slová: celiakia, bezlepková diéta, vstrebávanie živín zo sliznice tenkého čreva

Abstract

Since celiac disease has been wide-spread recently, it will be covered in our contribution. We will specify the essence of this disease and we will also tell you about foods that are suitable for a better quality of life of celiac patients.

Key words: celiac disease, gluten-free diet, the absorption of nutrients from the mucosa of the small intestine

Celiakia (sprue) je ochorenie tráviaceho traktu. Patrí medzi primárny malabsorbčný syndróm, pričom malabsorbcia znamená zlé vstrebávanie. Podstatou tohto ochorenia je, že sa dostatočne neprodukuje peptidáza štiepiaca bielkovinu gliadín, ktorá sa nachádza v lepku (gluténe) – bielkovinovej súčasti obilného zrna. Lepok tvorí asi 10% múky.

Najrozšírenejší gliadín toxickým alebo alergickým pôsobením vyvoláva atrofiu klkov tenkého čreva. Klky sliznice tenkého čreva sú dôležité pri vstrebávaní živín. Tým je resorbčná plocha tenkého čreva; to znamená, že živiny sa nedokážu vstrebať a nevyužité odchádzajú stolicou. V tele je ich nedostatok. Vznikajú hnačky, pacient chudne, je slabý, málokrvný, u detí môže dôjsť k zastaveniu rastu. Viazne aj vstrebávanie tukov, ktoré sa vo zvýšenom množstve vyskytujú v stolici. Stolica býva objemná. Vzniká porucha pohyblivosti tenkého čreva a jeho dilatácia.

Príčiny vzniku ochorenia nie sú celkom známe. Môže ísť o genetickú predispozíciu, zápal na imunologickom podklade.

Celiakia sa vyskytuje v každom veku, od dojčenského po neskorú starobu. V dospelosti sa častejšie ako hnačky vyskytuje nafukovanie, škŕkanie v bruchu, pocit prelievania črevného obsahu, plynatosť, niekedy dokonca zápcha. Môžu sa vyskytnúť aj mimo črevné ťažkosti, hlavne slabosť a skorá vyčerpanosť, pokles hmotnosti, nižší vzrast, opuchy z nedostatku bielkovín, kožné zmeny, chudokrvnosť.

Škodlivé proteíny sú:

- Gliadín – vyskytuje sa v pšenici;
- Hordeín – prítomný v jačmeni;
- Sekalín – vyskytuje sa v raži;
- Avidín – nachádza sa v ovse.

Jediným liekom na celiakiu je len bezlepková diéta.



Glutén vyvoláva anatomické zmeny na sliznici tenkého čreva, preto všetky živiny treba podávať v ľahko stráviteľnej forme.

Pri ochorení treba odlišť akútny stav, ktorý býva spojený s ťažkým poškodením sliznice tenkého čreva. Živiny, ktoré sa nemôžu vstrebať črevnou sliznicou, sa chorému podávajú parenterálne vo forme roztokov glukózy, aminokyselín, minerálnych solí, vitamínov a tukových emulzií.

Až keď črevo zregeneruje a prejde do kľudového štádia, postupne prejdeme na orálnu výživu – bezlepkovú diétu. Liečba na prvý pohľad nie je zložitá, stačí len prísne dodržiavať diétu. Nie je to však až tak jednoduché. Vyžaduje si kvalitný výber špeciálnych potravín, ktorý spočíva vo vynechaní gluténu z potravy. Glutén sa nachádza v pšenici, jačmeni, raži a ovse. Zo stravy treba vynechať všetky výrobky, ktoré ich obsahujú, t.j. :

- pečivo, chlieb, zemle, praclíky;
- cukrárenské výrobky (zákusky, piškóty, perník, oblátky, sušienky) a polotovary (palacinky a lievance);
- cestoviny, knedle a kaše z múky spomínaných cereálií, potraviny so strúhankovými obalmi;
- mäsové a údenárske výrobky (saláma, párky, klobásy, špekačky, jaternice, paštéty a pomazánky);
- cukrovinky (plnené čokolády, nugát, plnené bombóny, karamel);
- nápoje; napr. pivo (slad – výťažok z šľachteného jačmeňa), liehoviny vyrobené z obilnín (whisky, vodka, obilné pálenky).

K niektorým prirodzene bezlepkovým výrobkom môže byť lepok pridávaný v podobe pšeničného škrobu,

modifikovaného škrobu, prípadne aditív, ako sú emulgátory, stabilizátory či umelé sladidlá. Aditíva sú označené podľa Európskej únie písmenom E.

Keďže aditív je veľa druhov, ktoré nie sú vhodné pre celiatikov (a nielen pre nich), je lepšie uprednostniť výrobky, do ktorých sa nepridávajú. Sú to rôzne bio-produkty alebo výrobky bez obsahu konzervačných látok. Zo stravy treba vylúčiť výrobky obsahujúce E: 150, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 965, 1100, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1410, 1412, 1413, 1414, 1420, 1421, 1422, 1440, 1442, 1450.

Lepok môže byť dokonca aj v potravinách, v ktorých by sme ho na prvý pohľad neočakávali, napr. v horčici, kečupe, žuvačkách, alebo aj v alkohole.

Vylúčiť treba veľa potravín aj pochutín, preto je nevyhnutné zmeniť spôsob stravovania. Všetky produkty treba nahradiť alternatívnymi potravinami.

Štandardné múky nahradzame múkami z prirodzene bezlepkových rastlín: ryže, zemiakov, kukurice, sóje, amarantu (obilnina z Južnej Ameriky).

Diéta využíva aj ďalšie prirodzené bezlepkové



potraviny:

- strukoviny – fazuľu, hrach, šošovicu;
- proso – pšeno, ktoré má vysoký obsah vitamínu B1 a B2, nenasýtených mastných kyselín a železa;
- pohánku, obsahujúcu draslík, fosfor, vápnik, vitamíny skupiny B;
- pohánkovú múku, ktorá obsahuje plnohodnotné bielkoviny s vysokým zastúpením aminokyselín. Pozornosť si zaslúži rutín, ktorý má priaznivé účinky na cievy. Vďaka konzumácii pohánky sa cievam vracia pružnosť.
- orechy, kokos, jedlé gaštany, kakao, čokoláda pravá (bez prísad);
- ovocie, zelenina;



- mlieko, mliečne výrobky (aj keď celiakia je často spojená s intoleranciou mlieka);
- mäso, ryby;
- med, čierna káva (bez prísad).

Práve z týchto prísad sa dá pripraviť zdravé a chutné jedlo.

Potraviny vhodné pre bezlepkovú diétu majú na etikete označenie preškrtnutý pšeničný klas.

Život celiatikov je komplikovaný neustálym sledovaním stravy. Na trhu sa čoraz viac objavujú výrobky, ktoré sú určené práve pre nich, pribúdajú slovenskí výrobcovia. Do výrobkov sa pridávajú ľanové a slnečnicové semenka, hrozienka, d'atle, slivky, ktoré sú dôležité pre ľudský organizmus.

Pri porušení diéty sa hnačky vrátia. Opakované porušovanie diéty celiatikom škodí nielen pre časté hnačky a s nimi súvisiace problémy. Poškodzuje sa sliznica tenkého čreva – klky, ktoré sú dôležité pre vstrebávanie živín. Čím viac je poškodená sliznica tenkého čreva, tým je menšia využiteľnosť potrebných živín získavaných z potravy a preto je pre pacienta orálna výživa nedostačujúca. Ak je diéta dobre zostavená, zlepšenie stavu sa dostaví po niekoľkých týždňoch. Pacient sa cíti lepšie, môže sa zaradiť sa do bežného života. Správnou diétou sa dá dlhodobo udržiavať stabilizovaný stav, preto diétu podávame celý život. Správna životospráva, zdravé stravovanie a športovanie môžu byť prospešné nielen pre celiatikov.

Na pomoc ľuďom – celiakom vznikla v Bratislave (31.3.2003) dobrovoľná humanitná nezisková organizácia – Občianske združenie celiatikov. Združenie má celoslovenskú pôsobnosť, ktorého predsedníčkou je v súčasnosti PhDr. Katarína Hajtášová. Jeho cieľom je šíriť osvetu na ochranu záujmov celiatikov, na zlepšenie ich životného postavenia. Raz ročne vydáva časopis „Celiakia“. Poradenskú činnosť zabezpečuje prostredníctvom informačnej kancelárie v Bratislave – Petržalke. Výsledkom ich činnosti bolo prijatie a uplatnenie nového systému zabezpečovania základných bezlepkových potravín prostredníctvom lekární na recept a ich zaradenie do kategórie dietetických potravín, čiastočne uhrádzaných zdravotnou poisťovňou.

Združenie organizuje pravidelné stretnutia celiatikov v spolupráci s lekármi, odborníkmi z oblasti potravinárstva a výživy, pracovníkmi zdravotníctva a sociálnych vecí, výrobcami a dovozcami bezlepkových potravín.

Bezdomovecťvo ako sociálny problém v zdravotníckom zariadení (Homelessness as a Social Problem in a Health Establishment)

Krivosťová, M., Molnárová, M.,

Oddelenie sociálnych sestier, Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn

Zameranie sociálneho pracovníka v zdravotníctve je veľmi široko spektrálne. V nemocničnom zariadení ide o paletu klientov od novorodencov, nezaopatrené deti, ľudí bez prístrešia, závislých až po osamelých starších občanov. V neposlednom rade sú klientmi rodinní príslušníci pacientov.

Kľúčové slová: bezdomovec, sociálna práca, sociálna intervencia

Abstract

The focus of the social worker in the health sector is very broad-spectrum. In a hospital, it covers a variety of clients from newborn babies, children who are unprovided for through the homeless and addicts to lonely senior citizens. Last but not least our clients are the family members of the patients.

Key words: a homeless person, social work, social intervention

Sociálne situácie, v ktorých sa naši klienti nachádzajú, sú vo väčšine prípadov nepriaznivé a veľmi individuálne. Vyžadujú si krízovú intervenciu, čo predpokladá kvalitnú spoluprácu s klientom, ak je možná, s ošetrojúcim personálom na konkrétnej klinike a množstvom inštitúcií (štátna správa, verejná správa, mimovládne organizácie a iné). Na dermatovenerologickej klinike sú klientmi, ktorí sa opakovane vracajú, práve bezdomovci.

Kto je bezdomovec

Ľudia, ktorí žijú na ulici, netvorí homogénnu skupinu osôb, ktorá sa vyznačuje rovnakými znakmi, ale naopak, ide o veľmi pestrú skupinu jedincov. Vytvoriť klasifikáciu heterogénnej bezdomoveckej skupiny je veľmi obtiažne. Súčasne stále chýba všeobecne uznávaná definícia termínu bezdomovec (J. Haasová, 2010).

Český sociológ J. Keller [3] rozlišuje bezdomovecťvo na fyzické, ako posledné štádium sociálneho vylúčenia a statusové, ktorým sú ohrozené nižšie stredné vrstvy obyvateľstva. Bezdomovecťvo je zložitý problém a výrazne zasahuje do všetkých dimenzií človeka. Ovplyvňuje celú spoločnosť, nie je izolovaným javom, ale spleťou problémov, ktoré majú značný presah do všetkých oblastí života. Za hlavné úskalí práce s osobami bez domova považujú T. Prudková a P. Novotný (2008) práve rozmanitosť problémov, ktoré majú iné príčiny a dôsledky, čo je zároveň pre sociálneho pracovníka výzvou.

Obývané teritórium, teda domov, o ktorý z rôznych dôvodov bezdomovec prišiel, umožňuje uspokojovať trojicu dôležitých potrieb. Na prvom mieste je to potreba bezpečia (bezdomovec žije v neistote, nepozná rytmus života, nemá sa kam vracat'), ďalej podnetné prostredie (všade prítomná nuda, a pod.) a potreba vlastnej identity (život nikde, nemá možnosť identifikovat' sa s niečím, je obklopený anonymitou).

Ulica veľmi rýchlo pohltí rytmus života na ktorý bol človek zvyknutý, mení hodnoty aj potreby človeka. Neplatia tam žiadne pravidlá, život vonku nemá svoj režim, a ak aj má, tak je veľmi vágny.

Európska federácia národných organizácií pracujúcich s bezdomovcami – FEANTSA vytvorila bezdomoveckú typológiu ETHOS, ktorá je istým kompromisom rôznych národných špecifik bezdomovecťva.

1. Osoby bez strechy nad hlavou.
2. Osoby bez bytu.
3. Osoby s neistým bývaním.
4. Osoby s nevyhovujúcim bývaním.

Príčiny bezdomovecťva

Bezdomovcami sú ľudia z rôznych sociálnych vrstiev, majú rôznu stupeň dosiahnutého vzdelania, sú rôzneho veku, môže ísť o dobrodruhov, ktorým takýto štýl života vyhovuje.

Základným predpokladom pre riešenie problematiky bezdomovecťva je poznať príčinu. Odstraňovanie následkov je príliš neefektívne. Najčastejšie ide o kombináciu objektívnych (vonkajších) a subjektívnych (vnútorných) dôvodov.

Vonkajšie príčiny bezdomovecťva sú ovplyvnené ekonomikou, sociálnou politikou aj zákonodarstvom danej krajiny. Typickým príkladom je:

- vysoká miera nezamestnanosti, chudoba, nedostupnosť bývania, diskriminácia niektorých etnických skupín;
- ľudia, ktorých postihla nepriaznivá živelná udalosť;
- dlhodobý pobyt v rezidenčných zariadeniach (v detských domovoch, nápravno-výchovných zariadeniach a iných zariadeniach);
- nedostatočné zabezpečenie v období staroby a chorobe.

Vnútorne príčiny zahŕňajú materiálne, vzťahové a osobné podmienky jednotlivca:

- dlhodobá strata zamestnania, prítomnosť dlhov a strata bývania;
- problémy v rodine (rozvod, rozchod, strata partnera, smrť blízkeho človeka);
- psychický alebo citový kolaps a nezvládnutie veľkého psychického tlaku;
- závislosť na alkohole, omamných látkach alebo automatoch;
- mentálne alebo telesné postihnutie, ktoré vyžaduje pomoc inej osoby;
- ľudia trpiaci psychickými poruchami;
- osamelí, opustení starí ľudia;
- týrané a sexuálne zneužívané ženy a deti.

Beňová hovorí o častej kombinácii subjektívnych a objektívnych faktorov: „Najčastejšie ide o rôzne kombinácie subjektívnych aj objektívnych dôvodov v rôznom pomere. Bezdomovcom sa môže stať niekto, kto neudržal svoje rodinné vzťahy, takisto ako niekto, koho podvodom pripravili o byt či práve prepustili zo zamestnania.“ (Beňová, N., 2008, s. 20)

Formy bezdomovectva

1. Zjavní bezdomovci
2. Skrytí bezdomovci
3. Potencionálni bezdomovci

Bezdomovectvo je sociálno-patologickým javom v našej spoločnosti, je úzko spojené s problematikou chudoby, sociálnym vylúčením, závislosťou a duševným zdravím.

Najčastejšie intervencie sociálneho pracovníka pri pomoci klientovi bez domova v UNM

Pojem bezdomovec ako taký nie je ukotvený v osobitnom právnom predpise SR, čím sa riešenie problémov ľudí bez prístrešia často predlžuje. V našej praxi ide najčastejšie o nasledujúce situácie:

- doklad totožnosti (nahlásenie straty, vystavenie nového občianskeho preukazu – ak má klient peňažné prostriedky);
- podanie žiadosti o peňažný príspevok v hmotnej núdzi (kontaktovanie UPSVaR);
- podanie žiadosti o plný alebo čiastočný invalidný dôchodok (kontaktovanie sociálnej poisťovne, obvodného lekára, posudkového lekára);
- prehlásenie miesta doručenia dôchodku (kontaktovanie príslušnej pobočky pošty SR);
- poradenstvo pri umiestňovaní klienta po prepustení z UNM (kontaktované mimovládne organizácie, Žilinský samosprávny kraj);
- umiestňovanie v zdravotníckych zariadeniach, prípadne DSS;
- vydanie oblečenia (zdroje od zamestnancov UNM, Katolícka charita);
- vyhľadávanie a kontaktovanie príbuzných v prípade úmrtia bezdomovca (spolupráca s mestom Martin, a pod.).

Život píše príbehy

Klient X.Y., narodený v r. 1973.

Pracovná anamnéza: Vyučený elektrikár, nadstavba masér, ukončený maturitou, pracoval ako údržbár a nosič vo Vysokých Tatrách.

Sociálna anamnéza: Rodina bola dobre finančne zabezpečená. Matka pracovala ako učiteľka – špeciálna pedagogika. Otec bol veľký športovec, hrával futbal. Menovaný pije od svojich 16 – 17 rokov. Matka zomrela na rakovinu asi pred 12 rokmi. Otec spáchal samovraždu v r. 2010, mal 71 rokov (klient je presvedčený, že to urobil kvôli nemu). Sám sa prihlásil na protialkoholické liečenie do Rimavskej Soboty. Po troch týždňoch podpísal reverz. Je rozvedený a má 11 ročnú dcéru. Približne štyri roky nepracuje a nemá trvalý zdroj príjmu. Trpí na psoriázu.

Sociálne intervencie v rámci hospitalizácie v UNM:

- nahlásenie trvalého pobytu v meste Martin;
- vybavenie občianskeho preukazu;
- vybavenie dávky v HN a zaevidovanie na úrade práce;
- konzultácie s Okresným súdom v Martine ohľadom dlhu na výživnom;
- konzultácie s OPZ SR v Leviciach ohľadom riešenia prečinu výtržnosti;
- kontaktovanie resocializačného zariadenia MANUS a sprostredkovanie osobného rozhovoru s riaditeľkou zariadenia;
- umiestnenie v MANUS-e;
- poskytnutie náhradného ošatenia.

Po priznaní a doručení dávky v HN klient zariadenie opúšťa. Z finančného príspevku odmietol uhradiť poplatok za mesačný pobyt a stravu. V rámci opakovanej spolupráce s pacientom je dôležité upozorniť na jeho veľmi dobré komunikačné schopnosti. Pôsobí skromne, vecne hovorí o svojich zlyhaniach. Poukazuje na svoje životné omyly, hľadá spôsoby riešenia sociálnej krízy. Je otvorený a prejavuje vďačnosť za akúkoľvek pomoc a radu. Práve táto uvedená charakteristika ovplyvňuje široké okolie v presvedčení pomôcť mu.

Zhrnutie hospitalizácií a pokusov o resocializáciu:

- Rimavská Sobotka – protialkoholické liečenie; podpísal reverz.
- Hospitalizácia na kožnom oddelení v Považskej Bystrici – nie je v evidencii PCS, bolo vybavené umiestnenie v Žakovciach pri Poprade u pána farára Mariana Kuffu (v r. 2010), kde vydržal 3 mesiace a ušiel.
- 19.10.2012 – 12.11.2012 – Kožné oddelenie Považská Bystrica.
- 07.02.2013 – 26.02.2013 – Kožné oddelenie Považská Bystrica.
- 19.03.2013 – 03.04.2013 – Psychiatrické oddelenie Považská Bystrica.
- 02.05.2013 – 31.05.2013 – Kožné oddelenie Martin.
- 26.07.2013 – 07.08.2013 – Psychiatrické oddelenie Martin.
- 07.08.2013 – 26.08.2013 – Kožné oddelenie Martin.
- 14.11.2013 – 02.12.2013 – Kožné oddelenie Martin.

- MANUS Martin – Resocializačné zariadenie (v r. 2013), kde vydržal jeden mesiac a ušiel.
- 23.01.2014 – 12.02.2014 – Kožné oddelenie Považská Bystrica.
- 09.04.2014 – 16.04.2014 – Kožné oddelenie Považská Bystrica.
- 18.07.2014 – 22.07.2014 – Psychiatrické oddelenie Martin.

Viacrát mu bola navrhovaná možnosť umiestnenia v Útulku pre ľudí bez domova v Kláštore pod Znievom, ktorý vedie miestny farár Mgr. Vladimír Maslák. Zariadenie funguje na základe stanovených pravidiel, má svoj interný režim, ktorý klient odmietol dodržiavať.

Práca sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení s klientom bez domova je v porovnaní s inými skupinami špecifická v tom, že vyžaduje multidisciplinárny prístup

(okrem vedomostí v zdravotníckej oblasti vyžaduje sústavné vzdelávanie v sociálnej a čiastočne aj v právnej oblasti). Miera vynaloženého úsilia nie je priamoúmerná dosiahnutému výsledku resocializácie a často sa dostávame do začarovaného kruhu.

Záver

Najlepšie pochopiť komunitu bezdomovcov môžu len ľudia, ktorí žijú v ich „blízkosti“. Ide predovšetkým o dobrovoľníkov z mimovládnych organizácií, streetworkerov či pracovníkov z charity, nízko prahových zariadení, nocľahární a útulkov. Myšlienka rehoľníka Filipa Čierneho, ktorý dlhodobo pracuje s ľuďmi bez domova (t. č. v Hlohovci), vystihuje ich prístup k životu a k pomoci: „Ži, uži a využi!“

Doporučenie na záver: čokoľvek pre nich robíte, robte to s horúcim srdcom, chladnou hlavou a čistou dušou.

Literatúra

1. Průdková, T.: Bezdomečství, Triton - Praha, 2008, s. 93, ISBN 9788073871000 (brož.)
2. Jůn, H. : Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví : [strategie práce s klienty, krizovescénáře], Portál - Praha, 2010, s. 141, ISBN 9788073675905 (brož.)
3. Keller, J.: Posvícení bezdomovců: úvod do sociologie domova, Sociologické nakladatelství (Slon) - Praha, 2013, s. 290, ISBN 9788074191558 (brož.)
4. Mahrová, G.: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada - Praha, 2008, s. 168, ISBN 9788024721385 (brož.)
5. Bednářová, Z.: Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování, Vydavatel' Brno : Doplněk - Brno, 2003, 99s. ISBN 8072391488 (brož.)
6. www.protiprudu.sk/ www.notabene.sk

Význam kompresie pri liečbe vredov predkolenia (The Importance of Compression in the Treatment of Shin Ulcers)

Fafráková, B.

Dermatovenerologická klinika, Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn

Kompresívna terapia predstavuje štandardný postup pri liečbe defektu predkolenia venózneho a zmiešaného pôvodu. Štandardným postupom je krátkočasná bandáž. Modernou alternatívou sú viacvrstvové kompresívne systémy. Z hľadiska ceny, jednoduchosti aplikácie a účinnosti pre pacientov sa javia ako ideálne pančuchové kompresívne systémy. Mnohí ľudia ale pančuchy odmietajú, preto je nutné edukovať pacientov o kvalitnom nakladaní elastických bandáží pomocou ovínadiel.

Kľúčové slová: kompresívna terapia, elastické ovínadlo, kompresívna pančucha

Abstract

Compressive therapy is a standard procedure in the treatment of the shin defect of venous and mixed origin. The standard procedure is a shortly mining support. Modern alternatives are multi-layer compressive systems. In terms of price, ease of application and effectiveness for patients, the stocking compressive systems appear to be ideal. However, many patients refuse to wear stockings, therefore it is necessary to educate patients about the good quality of putting on the flexible compressive bandages.

Key words: compression therapy, elasticated bandage, compression stocking

Už starovekí lekári, tzv. ráhhojiči, považovali kožné defekty za typický prejav vnútorných chorôb. Domnievali sa, že telo prostredníctvom otvorených rán vylučuje škodlivé látky. Dlhú dobu pretrvával názor, že „otvorené rany“ sa nesmú hojiť. Postupom času začali tieto ochorenia liečiť operatívne. K vypaľovaniu rán slúžili žeravé železá, púšťanie žilou. Žiadna iná metóda vtedy nebola k dispozícii.

Medzi najčastejšie cieвне ochorenia patrí *Ulcus cruris* – chronický defekt kože, charakterizovaný jej rozpadom a odumieraním.

Najčastejšie príčiny vzniku chronických rán: žilové, tepnové, zmiešané. Zväčša sú lokalizované na predkolenie, najčastejšie v oblasti členku.

Efektívna terapia venózneho vředu bez dostatočnej kompresívnej liečby nie je možná. Tu sa vynárajú nasledovné otázky:

Je vhodnejšia kompresívna pančucha alebo bandáž?

- Takmer všetci pacienti s venóznym vředom predkolenia prídu s napuchnutými nohami.
- Poškodené žilové chlopne spôsobujú hromadenie krvi v dolných končatinách, vzniká chronické žilové ochorenie. Ak by pacienti dostali na začiatku liečby pančuchu primeranú končatine, po pár dňoch prídu s tým, že pančucha im je veľká. Je to logické, pretože nohy odpuchli, ale pančucha si svoju kompresívnu silu zachovala a už neobopína končatinu pevne. Optimálne je teda začať bandážou.
- Keď sa defekt zahojí a noha i predkolenie nie sú opuchnuté, potom môžeme pacientovi odporučiť kompresívnu pančuchu na dlhodobú, celoživotnú liečbu.

Prečo je bandážovanie resp. kompresívna liečba dôležitá?

- Vřed predkolenia je daný poškodením chlopni v hlbokých žilách. Krv sa nevracia späť k srdcu, ale stagnuje v nohách.
- Poškodené chlopne žíl nie sú schopné zvýšenému tlaku odolávať, krv sa hromadí, tkanivá opúchajú, koža nie je dobre vyživovaná, je nedostatočne okysličená, hromadia sa odpadové látky bunkového metabolizmu.
- Dochádza k narušeniu kože.
- Kompresia krátkočasným obvazom alebo pančuchou spôsobí stiahnutie poškodenej chlopne, zlepšenie spätného toku krvi, ústup opuchu a zlepšovanie zápalu kože.

Ako pôsobí vonkajšia kompresia nohy s vředom?

Účinkovanie vonkajšieho tlaku na končatinu je jednoduché. Chorobne rozšírené žily sa opäť zúžia, žilové chlopne doliehajú, môžu sa uzavierať. Tým sa zvyšuje rýchlosť prúdenia žilovej krvi a normalizuje sa jej spätný návrat smerom k srdcu.

Obnovou funkcie žíl sa z poškodeného tkaniva postupne odvádzajú odpadové látky a prebytočná tekutina. Opuch sa znižuje a zlepšuje sa hojenie vředov. Kompresívny obvaz alebo pančucha zároveň slúži ako pevná opora svalov dolnej končatiny, tým zlepšuje výkon prirodzenej žilovej pumpy, svalov a kĺbov. V spojení s aktívnym pohybom pacienti kompresívna terapia prináša úľavu už po prvom priložení.

Formy trvalej kompresie sú:

- bandáž,
- pančuchy.

Výhody bandáže:

- flexibilita pri zmene objemu alebo asymetrii končatín;
- lepšie prispôsobenie sa krytiu event. defektu;
- odolnosť proti externám.

Druhy bandáže podľa ťažnosti:

- krátkoťažná – malý pokojový tlak + vysoký pracovný tlak (ťažnosť do 90%);
- dlhoťažná – veľký pokojový tlak + relatívne malý pracovný tlak (ťažnosť nad 130%).

Výhody krátkoťažnej a neelastickej bandáže („inteligentnej bandáže“):

- znižuje prácnosť liečby (ponecháva sa na noc, viac dní);
- účinný postup na ovplyvnenie venóznej insuficiencie (normalizuje prietok krvi, má účinok na hlboký venózný systém);

- dobre tolerovaná pacientom (nízky pokojový tlak);
- ľahká správna aplikácia (bandáž sama graduje tlak);
- bezpečná pre pacientov s ulcus cruris mixtum.

Nevýhody krátkoťažnej bandáže:

- je potrebný tréning na aplikáciu.

Záver

Kompresívna terapia je nevyhnutnou podmienkou liečby a prevencie recidívy venózneho vredu predkolenia. Jednovrstvová bandáž predstavuje cenovo výhodnú a účinnú formu liečby, ale musí byť krátkoťažná. Je potrebné rozoznať ovínadlá a nezamieňať rôzne ťažné (riziko poškodenia pacienta).

Na ukážku uvádzame niekoľko záberov chronických rán 48-ročnej pacientky, ktorá má ulcerácie oboch predkolení cca. 20 rokov, a na oboch predkoleniach je výrazný lymfedém. Komplikácie s hojením sa pripisujú na vrub extrémnej obezity (150 kg). Po vhodne zvolenej liečbe chronických rán s toleranciou vlhkej terapie v kombinácii s kompresiou nastal výrazný efekt v liečbe.



PDK pred kompresívnou terapiou



ĽDK pred kompresívnou terapiou



Zvolené kohenzívne kompresívne bandážovanie (Pütter-Verband)



Po liečbe a kompresii počas 7 mesiacov

Literatúra

1. Vařejka, P.: Chronická žilní nedostatečnost.
2. Puchmayer, V., Roztočil, K. a kol.: Praktická angiologie. Praha – Triton. 2003. s. 183.
3. www.hartmann.sk
4. www.hojenieran.sk

Liečba chronických rán podtlakovou terapiou (Negative Pressure Therapy of Chronic Wounds)

Kalabová, Z., Doležalová, T.

Dermatovenerologická klinika, Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn

Liečba riadeným podtlakom predstavuje dôležitý postup v liečbe problematických rán. Podľa súčasných skúseností je metóda vhodná pri liečbe akútnych, ale aj chronických rán (diabetickej nohy, dekubitoch, venóznom vrede). Umožňuje hojenie komplikovaných a doteraz zle riešiteľných rán.

Kľúčové slová: liečba riadeným podtlakom, pôsobenie podtlaku v ranách, manažment výpotku

Abstract

Negative pressure therapy represents an important approach to treatment of troublesome wounds. According to present experience, this is the ideal method for treatment of acute as well as chronic wounds (diabetic, venous and decubital ulcers). It may be a conservative solution of wounds, so far treatable only in a surgical way.

Key words: treatment in a controlled negative pressure air flow, the action of the negative pressure in the wounds, management of the secretion from the wound

Chronické rany sú sekundárne sa hojace rany, ktoré aj napriek adekvátnej terapii nemajú tendenciu hojiť sa po dobu minimálne 6 – 9 týždňov.



Za obdobie od 1.4.2006 – 1.4.2011 bolo na Dermatovenerologickej klinike Univerzitetnej nemocnici Martin hospitalizovaných 407 pacientov s chronickými ranami rôznej etiológie. Ich vekový priemer bol od 55 – 84 rokov, najviac postihnutá populácia bola vo veku 75 rokov. Z tejto vzorky bolo 26% pacientov hospitalizovaných na našej klinike viac ako 1-krát za rok. Priemerná dĺžka hospitalizácie jedného pacienta bola 11 – 15 dní, z toho bolo postihnutých 42% žien a 58% mužov.

V liečbe chronických rán je v súčasnosti veľmi dôležitý individuálny prístup k liečbe pacienta, dôkladná nutriícia, kompenzácia chronických ochorení, antibakteriálna liečba

v kombinácii s prípravkami, ktoré spĺňajú atribúty vlhkého hojenia rán a moderného, dynamického efektívneho hojenia rán pôsobením podtlaku – V.A.C. terapiou.

Aplikácia lokálneho podtlaku bola prvýkrát zverejnená formou patentu v roku 1991 [1]. V nasledujúcich piatich rokoch bola táto metóda v literatúre uvádzaná iba sporadicky. Vacuum - Assisted Closure (V.A.C.), ako bola neskôr nazvaná, sa do pozornosti odbornej verejnosti dostala až v roku 1997 [2].

V.A.C. terapia pracuje na princípe rovnomerného pôsobenia podtlaku na lokalitu rany. Dnes sa všeobecne považuje hodnota podtlaku 125 mmHg za optimálnu pre novotvorbu granulačného tkaniva. Táto hodnota vychádza z pôvodnej práce zakladateľov podtlakovej liečby Argentiny a Morykwase [3].

V.A.C. terapia odstraňuje z rany tekutinu, dilatuje novo sa vytvárajúce kapiláry, odstraňuje z rany infekčný agens a špongia mechanicky stimuluje spodinu rany, teda granulačné tkanivo, k rýchlejšiemu rastu.

Mechanizmus účinku podtlakovej liečby spočíva v zabezpečení vlhkého prostredia rany, zlepšenie manažmentu výpotku, odstránenie infekčného agens, zabezpečuje vzostup teploty v rane a nemenej dôležitá je mechanická stimulácia buniek granulačného tkaniva.

Súčasťou V.A.C. zariadenia je čierna polyuretánová špongia alebo biela poly-vinyl-alkoholová mäkká špongia, evakuačná hadička,



nepriedušná fólia rôznych rozmerov, zberná nádoba (obsah 300 ml, 800 ml objemu) a samotná V.A.C. pumpa.



Hlavné indikácie použitia V.A.C. terapie sú akútne chirurgické traumatické rany, vredy z útlaku – dekubity, chronické, otvorené rany vrátane diabetických vredov, lalokové plastiky a transplanty.

Kontraindikácie použitia V.A.C. terapie sa delia na absolútne a relatívne. Medzi absolútne kontraindikácie radíme prítomnosť tumoru na spodine rany, nekrotické

tkanivo s escharou, suchá gangréna, aktívne krvácanie a anaeróbna infekcia mäkkých tkanív.

Nespolupracujúci pacient, neliečená osteomyelitída, prítomnosť dutého útvaru a parenchymového útvaru na spodine rany, závažné kolagulopatie a macerácia okolia rany sa radia medzi relatívne kontraindikácie.



Za obdobie od októbra 2011 do marca 2013 sa opakovane aplikovala podtlaková liečba na lôžkovej časti dermatovenerologickej kliniky 9 pacientom. Priemerný počet naložení V.A.C. terapie na jedného pacienta bolo 3,2 (celkove bolo naložených 70 prevázov).

Zaujímavá je aj ekonomická stránka V.A.C. terapie. Priemerná suma na jedného pacienta a jedno ošetrenie sa pohybovala okolo 412,66 € a celkové náklady boli 28 886,62 €. Pri porovnaní finančných nákladov pri bežnom spôsobe ošetrovania chronických rán v porovnaní s podtlakovou liečbou sa znížili o 40%. Aj keď prvotné

náklady na podtlakovú liečbu boli vyššie, celkové náklady boli v konečnom dôsledku nižšie práve vďaka kratšiemu času liečby a zníženiu utrpenia pacienta.

Podtlaková terapia je pomerne mladou, ale rýchle sa rozvíjajúcou metódou akcelerujúcou hojivé procesy akútnej a chronickej rany a poskytuje novú a účinnú možnosť zvládnutia fázy exudácie. Do doby, kým odbor dermatovenerológie nevypadol z kategorizácie, predstavoval tento spôsob liečby chronických rán významné obohatenie liečebných postupov v dermatológii.

Literatúra

1. Davidov, I.A., Larichev, A.B., Abramov, A.: Wound healing after vacuum drainage. *Khirurgia Mosk.*, 1992, 7, s. 21 – 26.
2. Morykwas, M.J., Argenta, L.C., Sheldon-Brown, E.L., McGuirt, W.: Vacuum-Assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg*, 1997, 38, s. 553 – 562.
3. Šimek, M., Bém, R. et al.: Podtlaková liečba rán. Maxdorf s.r.o, Praha, 2013, s. 10 – 25.

Chronická posttraumatická rana (Chronic Post-traumatic Blow)

Slačková, M.

Ortopedická klinika, Traumatologické oddelenie, Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn

Ide o kazuistiku pacienta s chronickou posttraumatickou ranou, chronologicky od úrazu až po prepustenie do domácej starostlivosti s využitím moderných prostriedkov hojenia rán.

Kľúčové slová: chronická posttraumatická rana, vlhké hojenie rán, ošetrovanie pooperačnej rany

Abstract

The paper describes the case report of a patient with chronic post-traumatic blow after an accident, chronologically from injury up to the release to home care with the use of modern means of healing wounds.

Keywords: chronic post-traumatic blow after an accident, moist wound healing, treatment of post-operative wounds

Epikríza

Pacient X.Y., 65-ročný, privezený 12.03.2012 na OPP cestou Rýchlej zdravotnej pomoci, nájdený bol pred domom na zemi, na okolnosti úrazu si nepamätá, bol podchladený, v ebriete. Na OPP boli zrealizované odbery, doplnené urgentné CT a chirurgické vyšetrenie. Pre objektivizáciu kolapsu pľúc pri fraktúre rebier bol indikovaný príjem na hrudnú chirurgiu.

Objektívny nález pri prijatí

Výška 170 cm, hmotnosť 60 kg. Kontakt bol horší pre ebrietu, habitus normostenický, poloha vynútená, krepitus vľavo bazálne s palpačnou citlivosťou, pulzy na AF bilat. dobre hmatné, AP vľavo sporne hmatné, hybnosť ĽDK prítomná, citlivosť od členka nadol nie, periféria chladná, bez venózneho náplne, početné hematómy predkolení, klinicky evidentná fraktúra členka vľavo.

Záver pri prijatí

- HaemoPneumothorax l.sin;
- Sériová fraktúra rebier vľavo;
- Ebrietas etylica;
- Fractura tibiae l.sin.partis distalis – naložená transkeletárna trakcia;
- Prítomný uzáver ATA v strednej časti lýtky;
- Aostenóza hemodynamicky závažná;
- Chronická obštrukčná choroba pľúc;
- Fajčiarska bronchitída.

Zrealizované vyšetrenia

- CT hrudníka;
- CT AG tepien ľavého predkolenia;
- RTG ĽDK, opakované RTG hrudníka;
- Traumatologické vyšetrenie (trakcia 5 kg);
- Opakované interné vyšetrenia;

- Cievno-chirurgické vyšetrenie;
- Hematologické vyšetrenie;
- Psychiatrické vyšetrenie (somatodelirantný stav).

Liečba

- Operačná: drenáž ľavého hemithoraxu v LA v 5. medzi-rebrí v prednej axilárnej čiare, hrudný drén 28 F.
- Medikamentózna: Fraxiparine, Preductal, Vasocardin, Monosan, Pyridoxin, Thiapridal, Helicid, Tralgit, Haloperidol, Diazepam, Agapurine, Mesocain, Ciprinol, transfúzie erymás a ČMP, infúzie koloidov a kryštaloidov.
- Diéta č. 4, bielkovinové prídavky, dostatok tekutín.

Hospitalizácia na traumatológii

- Dňa 28.03.2012 bol pacient preložený z chirurgickej kliniky na našu kliniku.
- Objektívny nález: pacient bol pri vedomí, parciálne dezorientovaný, bez cyanózy, dyspnoe a ikteru, mierne dehydrovaný, menej močil, hrudník palpačne bolestivý vľavo, dýchanie oslabené, s bronchitickými fenoménmi.
- ĽDK – naložená trakcia za kalkaneus, prítomné suché nekrózy akrálnych častí dist. článkov prstov, na dorze nohy a dist. predkolení semicirkulárna nekróza (Obr. 1, 2, 3).



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3

Chronologický vývoj počas hospitalizácie

- 6.deň: Augmentin 3 x 1,2 gr., i.v.
- 8.deň: punkcia hrudníka.
- 9.deň: kultivačne MRSA z okolia K drôtov.
- 10.deň: naložená sadrová dlaha, denne preväz: nekróza v štádiu demarkácie v oblasti dorza tarzu, realizovaná nekrektómia, vstupy po K drôte s povlakom, preplach Betadine, lokálne Fibrolan, sterilné krytie, sadrová dlaha.
- 17. deň: preklad na septickú časť ortopedického oddelenia (Obr. 4).
- Zmena ATB na Edicin 2 x 1 gr., i.v.
- Opakované punkcie hrudníka, príprava na operačný zákrok – pacient dlhodobo kontraindikovaný vzhľadom na pľúcny nález a hypoproteinémiu.
- 24. deň: pacient zaradený do operačného programu, realizovaná amputácia dig. L-V., Fixacio externi na zlomeninu.
- 29. deň: operačný výkon incisio, discisio, revízia, naložený V.A.C. systém (Obr. 5, 6).
- 37.deň: zmena ATB, Edici ex, ord.: Gentamycin 3 x 80 mg, i.v.
- 38. deň: V.A.C. nefunkčný, výmena, lokálne Actisorb, sterilné krytie.
- 41. deň: defekt nehojaci sa, s obnažením šliach extenzorov, toaleta rany, lokálne Yalugen plus, sterilné krytie (Obr. 7, 8, 9).
- 43.deň: excízia šliach v defekte v oblasti ATC v lokálnej anestézii, lokálne Tender Wet (odstránené šľachy vystieračov prstov).
- 50.deň: CVK ex, GTM ex, okraje defektu granulujuce, centrum defektu belavá nekroza, urobená nekrektómia, Tender Wet lokálne, krytie (Obr. 10).
- Koniec mája – prebieha diskusia o amputácii.
- Dĺžka hospitalizácie – 124 dní (Obr. 11, 12).



Obr. 4



Obr. 5

Posúdenie chronickej rany

- Posudzovací formulár na chronické rany (Bates-Jensen).
- Podľa zvyklostí oddelenia záznam posúdenia rany robíme napr. 1-krát týždenne, resp. kedykoľvek nastane zmena.
- Spôsob dokumentovania: slovne, graficky (lokalizácia, veľkosť), fotodokumentácia.

- Posúdenie bolesti (VAS...).
- Posúdenie celkového stavu pacienta – vek, základné ochorenie, pridružené ochorenia, stav výživy, psychický stav, sociálno-ekonomický stav a pod.



Obr. 6



Obr. 10



Obr. 7



Obr. 11



Obr. 8



Obr. 12



Obr. 9

Ošetrovateľská diagnostika

K 110-129 KOŽA A TKANIVÁ (vyhláška MZ SR 306/2005 Z.z.).

- K 110 Narušená celistvosť kože.
- K 112 Narušená celistvosť tkanív.
- K 114 Zmenený vzhľad kože.
 - Narušená kožná integrita 00046.
 - Narušená tkanivová integrita 00044 (NANDA I, Taxonómia II).

Ošetrovateľská diagnostika

- Chronická bolesť 00133.
- Akútna bolesť 00132.
- Situačne znížená sebaúcta 00120.

- Sociálna izolácia 00053.
- Beznádej.
- Bezmocnosť.
- Úzkosť.
- Strach.
- Narušený obraz tela.

Narušená kožná integrita 00046

- DCH biologické: tvar, hĺbka, dĺžka, šírka, podmínavanie, nekróza, sekret, okraje, zápach, granulácia v %, epitelizácia v %, prítomnosť drénu, edém, kožné lézie.
- DCH psychické a spirituálne: narušený spánok, únava, bezmocnosť, beznádej, narušený obraz tela.
- SF vonkajšie: mechanický tlak, trhacie sily, náplaste, sekrety, exkrety, vlhkosť prostredia, lieky, nedostatočná hydratácia, imobilita.
- SF vnútorné: habitus, zmena výživy, metabolické a endokrinné poruchy, zmena cirkulácie, cievne ochorenia, ochorenia krvi, neuropatia, alergia, imunodeficiencia, psychogénne faktory (depresia).

Literatúra

1. Marečková, J.: 2006. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. S. 264. ISBN 80-247-1399-3.
2. Wikipédia – otvorená encyklopédia. 2008. Dostupné na internete [http:// www.sk.wikipedia.org/](http://www.sk.wikipedia.org/)
3. Materiály firmy HARTMAN.

Plánovanie OŠE intervencií

Cieľom je udržiavať optimálnu kožnú integritu (stav a funkčnosť). Intervencie sú zamerané na:

- minimalizáciu bolesti;
- minimalizáciu infekcie, zabránenie jej šírenia;
- kontrolu krvácania;
- minimalizáciu zápachu;
- ovplyvnenie sekrécie z rany.

Realizácia OŠE starostlivosti

- Moderný spôsob ošetrovania chronických rán: vlhká terapia (suchá rana je mŕtva rana).
- V.A.C. terapia:
 1. Zabezpečenie vlhkého prostredia rany.
 2. Zlepšenie manažmentu výpotoku.
 3. Odstránenie infekčného agens.
 4. Vzostup teploty v rane.
- Mechanická stimulácia buniek granulačného tkaniva.
- Tender Wet.

Ošetrovanie rán v domácom prostredí (Treatment of Wounds in the Home Environment)

Majzlíková, J.¹, Šolonyová, D.²

¹ADOS Martin

²ADOS Turčianske Teplice

Súhrn

Liečba chronických rán prebieha prevažne v domácom prostredí v spolupráci s odbornými ambulanciami. Spojenie domáceho prostredia, kvalifikovaného ošetrovateľského personálu a dohľadu ambulantných lekárov dáva výnimočnosť tejto zdravotnej služby. V domácej starostlivosti dominuje pacient, a preto je každodennou úlohou sestier využiť vedomosti a zručnosti tak, aby mohli uspokojiť aj netradičné potreby pacientov. Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti veľmi úzko spolupracujú s odbornými ambulanciami ako aj so sociálnymi sestrami, ktoré nahlasujú pacientov vyžadujúcich následnú ošetrovateľskú starostlivosť po prepustení z hospitalizácie. Sestry v agentúrach bežne ošetrojú rôzne druhy rán a defektov. Najčastejšie sú to dekubity, vredy predkolenia alebo široké spektrum operačných rán v rôznych fázach hojenia.

Kľúčové slová: Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ošetrovanie rán v domácom prostredí, legislatíva

Abstract

Treatment of chronic wounds takes place mainly in the domestic environment in cooperation with specialised outpatient departments. Communication of home environment with qualified nursing staff and supervising outpatient doctors gives uniqueness to this health service. The home care is dominated by the patient, so it is a daily duty of nurses to make use of the knowledge and skills in such a way as to satisfy even unconventional needs of the patient. Home nursing agencies cooperate very closely with specialised outpatient departments as well as with social nurses who report the patients requiring subsequent nursing care after the patient's discharge from the hospital. Nurses in the agencies routinely treat various types of wounds and defects. The most common ones are pressure ulcers, leg ulcers, or a broad spectrum of surgical wounds in various stages of healing.

Key words: agency of home nursing care, treatment of wounds in the home environment, legislation

Domáca starostlivosť má strategické postavenie v mimo nemocničnej starostlivosti už len preto, že tento systém je tradičný a zároveň moderný. Agentúram patrí dôležitý podiel na trhu v oblasti zdravotnej starostlivosti, čo im umožňuje starať sa o určitú skupinu chorých, ktorí by inak mali veľmi malú šancu dostať odbornú zdravotnú starostlivosť. Sestry sústredili svoju pozornosť na získanie dôvery a presvedčili o účinnosti a efektívnosti poskytovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Najširšia všeobecne akceptovaná definícia domácej ošetrovateľskej starostlivosti bola vyhlásená v roku 1980. „Domáca ošetrovateľská starostlivosť je súčasťou kontinuálnej zdravotnej starostlivosti, pomocou ktorej sa poskytujú zdravotné, sociálne a podporné služby jednotlivcom a rodinám v mieste ich bydliska a v komunite s cieľom podpory, udržiavania alebo prinávratenia zdravia, alebo aspoň dosiahnutia maximálne možnej úrovne nezávislosti pri súčasnom minimalizovaní dôsledkov neschopnosti a choroby vrátane terminálnych stavov“.

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) je súčasťou primárnej zdravotnej starostlivosti a patrí do siete zdravotníckych zariadení. Poskytuje komplexnú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta – rodiny, skupiny v prirodzenom sociálnom prostredí. Je to samostatná funkčná jednotka umožňujúca ošetrovateľský

monitoring, stanovenie ošetrovateľskej diagnózy a na jej základe poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v prevencii, terapii, rehabilitácii, poradenstve, zdravotno-sociálnej a výchovnej starostlivosti [1].

DOS definujeme ako formu zdravotnej starostlivosti poskytovanú v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom sociálnom prostredí fyzickým osobám, ktoré spĺňajú všetky nasledovné kritéria: vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť, sú imobilné, čiastočne imobilné a nie sú schopné samostatne prísť do ambulantného zdravotníckeho zariadenia, nevyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť, alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť odmietajú. DOS navrhuje lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti, s ktorým má osoba uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Návrh na domácu ošetrovateľskú starostlivosť môže pacientovi odporučiť: lekár špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ošetrojúci lekár ústavnej zdravotnej starostlivosti, ošetrojúca sestra ústavnej zdravotnej starostlivosti, ošetrojúca pôrodná asistentka ústavnej zdravotnej starostlivosti. O poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti môže lekára požiadať aj rodinný príslušník alebo zákonný zástupca. Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti schvaľuje príslušná zdravotná poisťovňa.

Domácu ošetrovateľskú starostlivosť poskytujeme klientom všetkých vekových kategórií po skončení ústavnej liečby, pri akútnych ochoreniach bez potreby hospitalizácie, chronicky chorým a imobilným, ktorí pre zdravotný stav nemôžu dochádzať do ambulancie, pacientom v terminálnych štádiách ochorenia a rizikovým skupinám obyvateľstva (onkologickí pacienti, pacienti s kardiovaskulárnym ochorením, pacienti s DM a pod.)

Do náplne ponúkaných služieb patrí: ošetrovanie rán (vredy predkolenia, dekubity, pooperačné rany a iné), ošetrovateľská rehabilitácia (nácvik chorého k sebaobsluže), starostlivosť o kanyly, katétre a drény, starostlivosť o stómie (tracheostómia, gastrostómia, PEG a iné), nácvik aplikácie inzulínu u novozistených diabetikov, infúzna liečba, aplikácia i.m., s.c., sledovanie vitálnych funkcií, odber biologického materiálu, iné odborné ošetrovateľské služby [3].

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti veľmi úzko spolupracujú so sociálnymi sestrami, ktoré nahlasujú prepustených pacientov vyžadujúcich následnú ošetrovateľskú starostlivosť. Veľmi dobrú spoluprácu máme aj s odbornými ambulanciami, ako je diabetologická, kožná a chirurgická.

V domácom prostredí najčastejšie ošetrujeme pacientov s vredmi predkolenia, dekubitmi, diabetickými gangrérami, rozpadnutými operačnými ranami a amputačnými ranami. Pre sestru v domácej starostlivosti je dôležité, aby boli uspokojované všetky potreby pacienta s ranami, či už bio-psycho-sociálne alebo spirituálne na rovnakej úrovni. Sestra poskytuje pacientom v domácom prostredí nielen odbornú ošetrovateľskú starostlivosť, ale je im predovšetkým oporou, útechou, nádejou, povzbudením na skoré uzdravenie.

Cieľom starostlivosti o pacienta v domácom prostredí je zlepšiť kvalitu jeho života. Dôležité je naučiť ho adaptovať sa na zmenenú životnú situáciu v dôsledku zmeny zdravotného stavu. Sestry v ADOS sú v poprednej línii, čo sa týka poskytovania informácií a edukácie pacientov. Zabezpečujú kontinuitu starostlivosti a podporujú pacientov pri dodržovaní terapie v domácom prostredí.

Špecifiká ošetrovania rán v domácom prostredí

Sestra ADOS poskytuje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu s cieľom zhodnotiť zdravotný stav pacienta, zistiť jeho skutočné alebo potenciálne problémy, vytýčiť plány na ich odstránenie alebo zmiernenie a realizovať špecifické ošetrovateľské zásahy. To si vyžaduje značnú selektívnosť a systematickosť v tvorbe a dokumentovaní starostlivosti. Účinná komunikácia a posudzovanie založené na vedomostiach, nie na intuícii, je základný predpoklad vytvorenia ošetrovateľského plánu v domácej starostlivosti. Už počas prvej návštevy u pacienta s chronickou ranou prebieha posudzovanie. Zhromažďujeme základné informácie o jeho fyzickom, psychickom a sociálnom statuse, o jeho spirituálnych potrebách, o jeho prostredí a kontaktoch s ostatnými členmi rodiny. Informácie poskytuje samotný pacient, pokiaľ to jeho zdravotný stav dovoľuje. Rovnako cenné údaje môžeme získať od rodinných príslušníkov, opatrovateľov, priateľov či susedov, iných zdravotníckych pracovníkov

a zo zdravotnej dokumentácie. Využívame pri tom metódu pozorovania, rozhovoru a fyzikálne vyšetrenie. Hodnotíme defekt, jeho *lokalizáciu* (miesto kontaktu s exogénnymi príčinami, cievne poruchy, infekcie, hematogénny rozsev), *počet ulkusov*, veľkosť, tvar, okraje (rovné, vyvýšené), *steny* (šikmé, kolmé, podmíňované), *spodinu* (hladká, granulovaná, bledá, červená) a *zmeny okolo vredu* (červené, hnedočervené, lesklé, pokryté šupinami, mäkké, tuhé). Sumarizujeme, hodnotíme, overíme pravdivosť získaných údajov, presvedčíme sa, že sme informáciám porozumeli. Tento krok je nesmierne dôležitý pre ďalšiu diagnostiku, plánovanie a realizáciu ošetrovateľského plánu. V domácom prostredí sa na pacientovej opatere podieľame spolu s pacientom. On sám realizuje niektoré činnosti podľa inštrukcií sestry do takej miery, ako mu to dovoľuje jeho zdravotný stav. Pacient s chronickou ranou v neprítomnosti sestry napríklad ovláda pravidlá naloženia a zloženia bandáže, zvláda omytie končatiny a pod. Zodpovednosť za realizáciu ošetrovateľského plánu prenášame aj na podporné osoby alebo opatrovateľov a pod vedením sestry môžu plniť dohodnuté činnosti. Jeho účinnosť je vo veľkej miere závislá od nich, čo má zásadný význam. Spolupráca medzi sestrou z agentúry a pacientom, či jeho rodinnými príslušníkmi nie je vždy taká, ako by sme si želali a očakávali. Našimi klientmi sú často starí a demenční pacienti, alebo pacienti zijúci asociálnym spôsobom, s ktorými je veľmi ťažká komunikácia, a často nedodržiavajú hygienu a ani liečebný režim. Stretávame sa aj s tým, že pacienti alebo ich rodinní príslušníci majú inú predstavu o spôsobe ošetrovania rán (najmä chronických). Pacienti odmietajú doporučenú liečbu z rôznych dôvodov. Buď jej z nejakých príčin nedôverujú, alebo majú pocit, že im nepomáha. A to všetko sa potom odzrkadlí na ich zdravotnom stave, ale aj na ošetrovaných defektoch. V poslednej fáze ošetrovateľského procesu sestra vyhodnotí a overí úspešnosť intervencií. Spokojnosť pacienta možno vysvetliť aj vzťahom medzi tým, čo pacient očakával a tým, čo dostal. Ak sa ciele nesplnili, sestra ADOS prehodnotí, upraví, navrhuje pokračovanie ošetrovateľských intervencií a konzultuje túto zmenu s ošetrovateľským lekárom, prípadne špecialistom.

Agentúry ošetrovateľskej starostlivosti musia zamestnávať kvalifikovaný personál, ktorý vykonáva potrebnú starostlivosť v požadovanom množstve a rozsahu. Každá sestra agentúry v plnom rozsahu zodpovedá za kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry preto musia byť odborne spôsobilé, plne spoľahlivé a samostatné, ale aj schopné práce v tíme. Sestry vedú ošetrovateľské záznamy, plánujú a koordinujú ošetrovateľskú starostlivosť, konzultujú s ošetrovateľským lekárom a informujú ho o každej zmene pacientovho zdravotného stavu.

Práca sestry v agentúre je náročná, tak ako aj práca sestier pri lôžku. Sťažuje ju fakt, že sestra z agentúry je u pacienta sama a v prípade komplikácií sa nemá s kým poradiť, ani jej nemá kto pomôcť. Zodpovednosť zostáva na sestre, ktorá musí situáciu riešiť sama tak, aby nedošlo k poškodeniu pacienta. Vedieť sa správne rozhodnúť a správne riešiť vzniknutú situáciu si vyžaduje v prvom rade odborné vedomosti, ale aj praktické skúsenosti.

Záver

Nehojaca sa rana je veľkým náporom na psychiku človeka. Rana, ktorá celé týždne či mesiace secernuje, páchne, bolí, výrazne znižuje kvalitu života pacienta a jej komplikácie môžu viesť až k smrti následkom sepsy. Pri

liečbe chronickej rany je potrebná multiodborová spolupráca a multidisciplinárny tím. Originalita tejto služby spočíva v autonómii ošetrovateľstva. Sestra ADOS pri ošetrovaní rán v domácom prostredí má nezastupiteľnú úlohu. Ošetrovanie v domácnosti nie je luxusom, ale štandardom zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

1. Hanzlíková, A. a kol.: 2004. Komunitné ošetrovateľstvo. 2. Nezmenené vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2004. Strán 279. ISBN 80-8063-213-8
2. Šimaljaková, M., Danilla, T., Buchvald, J.: 2007. Dermatovenerológia pre ošetrovateľov. 1.vyd. Bratislava: Polygrafické stredisko UK, 2007. Strán 232. ISBN 978-80-223-2316-1
3. Pribišová, E., Beňo, P., Andreiová, L.: 2013. Dopady hospodárskej krízy na kvalitu života, zdravia a sociálnu oblasť. Etika, ošetrovateľstvo, zdravotníctvo, vzdelávanie. 1.vyd. Prešov: Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P.Gojdiča, 2013. Strán 502. ISBN 978-80-89464-22-7, EAN 9788089464227
4. Repiská, L.: 2009. Ulcus cruris venosum – dôraz na kvalitu ošetrovania. In Revue medicíny v praxi. ISSN 1336-202X, 2009, roč. 7, č. 3, s. 19.

Nozokomiálne nákazy (Nosocomial Infections)

Bónová I.

Dermatovenerologická klinika SZU, FNŠP F.D. Roosevelta, Banská Bystrica

„Vedci si mysleli, že infekčné choroby sú porazené - ale dnes „chrobáky“ opätujú úder...“ (Graninger, W., 2004)

Súhrn

Nemocničné nákazy, odborne nozokomiálne infekcie, sú postrachom pacientov, lekárov a zdravotníckych zariadení. Nemocnice a zdravotnícke zariadenia sú z epidemiologického pohľadu rizikové pracoviská a po celom svete bojujú s väčšími, či menšími úspechmi s týmto fenoménom. Sledovanie počtu a výskytu nozokomiálnych nákaz umožňuje analýzu a objektívne vyhodnotenie aktuálneho epidemiologického stavu, preto je veľmi dôležité získavanie presných a objektívnych informácií a relevantných dát.

Kľúčové slová: nozokomiálne nákazy, škodlivé mikroorganizmy, infekcie

Abstract

Hospital infections, nosocomial infections are a menace to patients, doctors and medical facilities. Hospitals and health care facilities are at risk from the epidemiological point of view and workplaces around the world are struggling, with more or less success with this phenomenon. Tracking the number and incidence of nosocomial infections allows analysis and objective evaluation of the current epidemiological situation. Therefore it is very important to get accurate and objective information and relevant data.

Key words: nosocomial disease, harmful microorganisms, infection

Koža je jedným z najväčších telesných orgánov ľudského tela. Na kožu pôsobia fyzikálne vplyvy, chemické, biologické (vírusové, bakteriálne a plesňové infekcie), parazity a hmyz. Neporušená kožná bariéra je však dokonalou ochranou voči týmto rôznorodým činiteľom. Porušenie takejto ochrannej bariéry môže byť vstupnou bránou pre rôzne infekcie, najčastejšie bakteriálne (stafylokokové, streptokokové), vírusové a plesňové. V dermatovenerológii sa často stretávame so *Streptococcus pyogenes*, ktorý je vyvolávateľom ochorenia erysypelas. Pomerne často sa vyskytuje aj vírusové ochorenie herpes zoster, ktorého vyvolávateľom je vírus *Varicella zoster*. Akákoľvek otvorená rana býva vstupnou bránou infekcie pre mnohé kmeňe mikroorganizmov (MRSA, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, atď.). Pri liečbe týchto infekcií je nutná dvoj- až trojkombinácia ATB.

Nozokomiálne nákazy (NN) je ochorenie infekčnej etiológie (exogénneho aj endogénneho pôvodu), ktoré vzniklo v príčinnej súvislosti s pobytom osôb v zdravotníckom zariadení (v ústavnej alebo ambulantnej časti). Za NN sa považuje aj taká nákaza, ktorá sa vzhľadom na svoj inkubačný čas prejaví po prepustení pacienta do domácej starostlivosti alebo po preložení do iného zdravotníckeho zariadenia. Nákazy zdravotníckeho personálu sú profesionálne nákazy. NN je najčastejšou infekciou v rozvojových i vyspelých krajinách. Na svete ňou trpí v ľubovoľnom čase asi 1,5 milióna ľudí (za predpokladu, že prevalencia je 9%).

Odhad priemerného výskytu NN:

Slovensko : 5 – 7%

USA: 3 – 10%

Nemecko viac ako 10%.

V SR akviruje NN asi 60 000 hospitalizovaných pacientov ročne. Frekvencia je v skutočnosti oveľa vyššia ako sa predpokladalo a ako je na základe ich neúplného hlásenia hodnotená.

História NN

V staroveku vznikali útluky pre chorých, prvé nemocnice. V stredoveku sa budovali leprosária. Rozvoj mikrobiológie a infekčného lekárstva nastal v prvej polovici 16. storočia. Alexander Fleming (1881 – 1955), škótsky biológ a farmakológ, v roku 1928 izoloval antibiotickú substanciu penicilin z *Penicillium notatum*. V roku 1945 mu za to bola udelená Nobelova cena.

Prvé preventívne opatrenie v boji proti NN

Ignác Semmelweis (1818 - 1865), uhorský lekár nemeckého pôvodu, viedol prvú pôrodnícku kliniku vo Viedni, ktorá bola známa vysokým výskytom horúčky šestonedeliek a vysokou úmrtnosťou rodičiek. Vypracoval systém umývania rúk pred vyšetovaním rodičiek a výrazne znížil mortalitu na puerperálnu sepsu.

Joseph Lister (1827 – 1912), britský chirurg, podporoval myšlienku „sterilnej“ chirurgie. Vyvinul procedúru používania kyseliny karbolovej v 5% roztoku a položil základy asepsy a antisepsy.

Zvýšený výskyt NN je priamo úmerný:

- vzrastajúcemu množstvu používaných antimikrobiálnych látok v terapii;
- vývinu rezistencie niektorých mikrobov.

Ďalšie faktory sú:

- rozširovanie používania invazívnej (diagnostickej i terapeutickej) techniky;
- nárast počtu polymorbídnych pacientov zo starších vekových skupín a s chronickými chorobami;
- väčší počet pacientov hospitalizovaných s imuno-deficienciou a liečených imunosupresívnymi látkami.

Rizikové faktory**Objektívne:**

- nedostatočné hygienické vybavenie zdravotníckych zariadení;
- prevádzka zdravotníckych zariadení, ktorá nevyhovuje súčasným požiadavkám (stavebné a prístrojové nedostatky);
- zlyhanie sterilizačnej techniky.

Subjektívne:

- prístup k práci zo strany zdravotníckeho personálu;
- povahové vlastnosti zdravotníckych pracovníkov a pacientov (nedisciplinovanosť, nezodpovednosť, povrchnosť, pohodlnosť a pod.)

Vlastné:

- vek pacienta, pohlavie, prítomnosť chronickej choroby, imunodeficiencia, úraz, poranenie, popálenie, stav výživy.

Nemocničné:

- súvisiace s diagnostickými a terapeutickými možnosťami súčasnej doby (invazívne zákroky, imunosupresívna terapia, podávanie antimikrobiálnych látok, mikrobiálna kontaminácia prostredia, kolonizácia pacientov a zdravotníckych pracovníkov mikroorganizmami).

Rezervoárami infekcií je najmä vlhké prostredie:

- výlevky a sifóny umývadiel a vaní;
- vlhké uteráky a utierky;
- prádlo;
- prostriedky na upratovanie;
- obväzový materiál;
- inhalačné a infúzne roztoky;
- očné kvapky, masti;
- dezinfekčné roztoky;
- prístroje pre riadenú ventiláciu pľúc;
- odsávače sekrétov;
- zvlhčovače vzduchu;
- katétre;
- kontaminované nástroje a prístroje.

Rozdelenie NN

Nešpecifické NN odrážajú epidemiologickú situáciu v spádovej oblasti zdravotníckeho zariadenia alebo sú ukazovateľom hygienickej úrovne daného zdravotníckeho zariadenia. Ich priebeh a prognóza môže byť u oslabených pacientov závažnejšia.

Špecifické NN vznikajú ako dôsledok diagnostických a terapeutických lekárskych výkonov u hospitalizovaného pacienta. Ich výskyt ovplyvňuje úroveň asepsie, sterilizácie a dezinfekcie, protiepidemického režimu, prevádzky zariadenia (materiálne a personálne vybavenie s jeho odbornosťou).

Rozdelenie NN

- exogénna infekcia - zanesenie infekčného agens zvonku do tkaniva alebo systému vnímavého jedinca;
- endogénna infekcia - zanesenie infekčného agens z kolonizovaného miesta do iného systému, do rany, do krvi, do serózných tekutín.

Charakteristické pre exogénnu infekciu je, že sa pri nej uplatňuje mikroflóra už v tele prítomná, obvykle považovaná za nepatogénnu pre človeka s normálnym imunitným systémom.

Pôvodcovia NN

- patogénne mikroorganizmy;
- podmienené patogénne mikroorganizmy (gramnegatívne mikroorganizmy 55 – 70%, grampozitívne mikroorganizmy 30 – 40%). V súčasnej dobe najmä koaguláza negatívne stafylokoky (*St. epidermidis*, *St. hemolyticus*, *St. warneri*, *Acinetobacter* sp., enterokoky).
- baktérie, vrátane rickettsií a chlamýdií,
- vírusy;
- prvoky;
- huby.

Formy NN

Manifestná – z epidemiologického hľadiska menej nebezpečná, dobre diagnostikovateľná a liečiteľná.

Atypická – neskoro uplatnené protiepidemické opatrenia.

Nosičstvo mikroorganizmov

- zdraví asymptomatickí nosiči (VHA);
- nosiči v inkubačnom čase (VHB, AIDS nosiči v rekonvalescencii);
- chronickí nosiči (shigelóza, brušný týfus).

Prameňom pôvodcu nákazy môže byť pacient, zdravotnícky personál, návštevníci a výnimočne aj hľadavce alebo hmyz.

Nozokomiálna nákaza sa môže šíriť:

- priamym kontaktom (koža, sliznica, krvné riečisko, GIT, respiračný trakt, urogenitálny trakt, infekcia rán, urogenitálny trakt pri katetrizácii, po zavádzaní sond, očné infekcie). Najčastejší je prenos kontaminovanými rukami zdravotníckeho personálu.
- nepriamym kontaktom (liečebné roztoky, biologické preparáty, destilovaná voda, injekčné striekačky, ihly, operačné nástroje, diagnostické prístroje, liečebné predmety, prach, prádlo, potraviny, voda, vzduch, odpady, vektory).

Šírenie pôvodcov NN závisí na dvoch hlavných faktoroch:

- na schopnosti mikroorganizmu prežiť mimo tela hostiteľa;
- na existencii vhodného vehikula, v ktorom dôjde ku prežitiu, rozmnoženiu etiologického agens, ktorým sa tento prenesie na vnímavého jedinca.

Špecifický spôsob šírenia nákazy NN súvisí s vyšetrovacími, liečebnými a ošetrovacími výkonmi.

Šírenie pôvodcov NN prebieha aj cez:

- kontaminovaný vzduch (infekčný aerosól, kontaminovaný prach, zubné vŕtačky, centrifúgy, zvlhčovače vzduchu, odsávačky);
- fekálnoorálny spôsob (pri nedôslednej hygiene);
- inokulácia – kontaminovanými pomôckami, lekárskymi nástrojmi a prístrojmi (injekcie, infúzie, endoskopy).

O vnímavosti alebo rezistencii voči infekčnému agens rozhoduje:

- virulencia infekčného agens;
- infekčná dávka;
- stav makroorganizmu, pacientova odolnosť vrátane stavu tkaniva v mieste vstupu infekcie, vek, stupeň imunitnej odpovede, genetické faktory, výživový stav, základné ochorenie, osobné návyky, psychologické faktory.

Vyhláška MZ SR 553/2007, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia:

- príjem pacientov;
- zásady pri ošetrovaní pacienta;
- stravovanie;
- stravovanie novorodencov a dojčiat;
- manipulácia s bielizňou;
- nakladanie s odpadmi;
- upratovanie;
- maľovanie, stavebná a rekonštrukčná činnosť;
- sterilizácia, dezinfekcia, dezinfekcia;
- nemocničná nákaza;
- prevádzkový poriadok zariadenia.

Prílohy:

- manipulácia s bielizňou a pranie bielizne, postup pri upratovaní, druhy sterilizácie, vyšší stupeň dezinfekcie, dezinfekcia, dezinfekcia, mechanická očista.

Literatúra

Miroslav, V.: Lékařská mikrobiologie speciální, Neptun, 2006

Hlavné zásady prevencie

- včasné stanovenie správnej diagnózy;
- rešpektovanie epidemiologickej anamnézy pacienta;
- izolácia pacientov ako predpokladaných prameňov pôvodcov nákazy;
- sanitárny filter v zdravotníckych zariadeniach;
- hygienické zabezpečenie prevádzkového režimu;
- epidemiologický prevádzkový režim (najmä imunizácia personálu, sterilizačné a dezinfekčné postupy, používania OPP a odevov, izolačné postupy);
- bariérová ošetrovacia technika (asepsa, antisepta, zóny čistoty);
- dodržiavanie zásad profylaxie a liečby ATB podľa epidemiologického stavu pracoviska;
- v zdravotníckych zariadeniach sa zriaďujú komisie pre sledovanie a analýzu NN na čele s riaditeľom. Členmi sú primári oddelení, okresný hygienik a hlavná sestra. Komisia preveruje účinnosť preventívnych a represívnych opatrení a zabezpečuje školenie zdravotníckych pracovníkov.
- nozokomiálne infekcie podliehajú evidencii a ohlasovacej povinnosti.

Postup pri nozokomiálnej infekcii na Dermatovenerologickej klinike v Banskej Bystrici:

- ošetrojúci lekár neodkladne vyplní tlačivo Hlásenie nozokomiálnej nákazy (S-5-99) a zašle ho p. Husárikovej;
- vykoná zápis do oddielenského denníka nemocničných nákaz;
- ošetrojúci lekár a sestra pre NN vyplnia tlačivo Nemocničné nákazy; vyplnené tlačivo NN sa odošle po ukončení mesiaca p. Husárikovej, v negatívnom prípade sa telefonicky oznámi skutkový stav.
- vedúca sestra pre NN vykoná záznam do nemocničnej databázy a obratom odošle Hlásenie nozokomiálnej nákazy do RÚVZ;
- výskyt nemocničnej nákazy sa hlási ihneď príslušnému orgánu na ochranu zdravia ak ide o hromadný výskyt NN, úmrtie a podozrenie z úmrtia na NN alebo klinicky závažnú NN.

Hygienické umývanie rúk

- vykonáva sa za použitia dezinfekčného mydla a to predovšetkým pri príprave a výdaji jedla, pri výkone osobnej hygieny a pri ošetrovaní infekčných osôb;
- jej cieľom je odstránenie nečistôt a odstránenie tranzientnej mikroflóry.

Diagnóza: Lupus erythematosus - ošetrovateľská starostlivosť (Diagnosis: Lupus erythematosus – Nursing Care)

Bónová, I., Kurucová, J.

Dermatovenerologická klinika SZU, FNŠP F.D. Roosevelta, Banská Bystrica

Súhrn

Systémový lupus erythematosus (SLE) je chronická zápalová systémová autoimunitná choroba postihujúca celý organizmus; najčastejšie postihuje kožu, kĺby, obličky, nervový systém, serózne obaly (pohrudnicu, osrdcovník) a iné orgány ľudského tela. Patrí do skupiny kolagenóznych chorôb. V strednej Európe trpí na toto ochorenie cca. 10 – 30 ľudí/100 000 obyvateľov. Najčastejšie začína medzi 25. a 35. rokom života, pričom asi 9 z 10 chorých ľudí sú ženy.

Kľúčové slová: systémový lupus erythematosus, motýľovitý erytém, lupusová nefritída

Abstract

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic inflammatory autoimmune system disorder which affects the whole body, most commonly the skin, joints, kidneys, nervous system, pleuritis and pericarditis, but also other organs. It belongs to a group of collagenous diseases. In Central Europe, approximately 10 – 30 people/100,000 inhabitants are suffering from this disease. Most often it starts between the 25th and 35th year of life and about 9 of 10 sick people are women.

Key words: systemic lupus erythematosus, butterfly erythema, lupus nephritis

Vznik SLE

SLE je autoimunitnou chorobou. Značí to, že imunitný systém reaguje proti zložkám vlastného tela a spôsobuje tým chronický zápal. Dôležitú úlohu tu zohrávajú hlavne protilátky – obranné bielkoviny ako auto-protilátky. Auto-protilátky sú pri SLE namierené najmä proti častiam bunkového jadra. Pri SLE možno napríklad nájsť protilátky proti dvojzávitnici DNA, čiže proti molekulám, ktoré obsahujú genetickú informáciu, tak často, že sa používajú ako diagnostické kritérium. Prečo tieto autoimunitné reakcie vznikajú, nie je zatiaľ známe. Predpokladá sa síce, že spúšťacími faktormi sú infekcie, dôkazy na to však zatiaľ neexistujú. Nápadné však je, že náchylnosť na SLE alebo iné autoimunitné ochorenia sa v niektorých rodinách vyskytuje častejšie, takže tu môže ísť o veľký genetický faktor. Existujú tak napríklad príznaky genetickej poruchy programovanej smrti buniek, tzv. apoptózy, ktorá je zodpovedná za odstraňovanie imunitných reakcií. Zdá sa, že ďalšiu úlohu tu zohráva ultrafialové žiarenie, napríklad slnečné svetlo, pretože silným slnečným žiarením môžu byť vyvolané exacerbácie ochorenia.

Symptómy SLE

SLE môže postihovať rôzne orgány, takže klinický obraz je často veľmi rôznorodý. Existujú však isté veľmi typické symptómy, pri ktorých spoločnom výskyte by sa malo uvažovať o SLE:

- koža – typický je motýľovitý erytém na tvári, ktorý sa zosilňuje slnečným žiarením. Vyskytujú sa však aj

symptómy ako kruhové vypadávanie vlasov, väčšinou ireverzibilné vypadávanie vlasov, zápal malých ciev kože (vaskulitída) alebo zápal sliznice ústnej dutiny;

- cievny – pri podráždení chladom vzniká spazmus ciev prstov na rukách, ktorý prsty sfarbuje na bielo a sčasti na modrasto (Raynaudov syndróm). Tento symptóm, ktorý majú v slabšom „prevedení“ aj mnohí zdraví ľudia, možno pozorovať pri mnohých ochoreniach zo skupiny kolagenóz (SLE, sklerodermia a i.);
- pohrudnica – stále sa opakujúca pleuritída so silnými bolesťami toraxu pri dýchaní;
- kĺby – väčšinou ranné bolesti veľkých a malých ciev (artralgie), čiastočne s opuchmi (artritída) a deformáciami kĺbov (tenosynovitída);
- celkové príznaky – pacienti sa takmer vždy cítia unavení, chorí a „ubíť“, niekedy sa objaví horúčka alebo subfebrilné teploty.

Častot' symptómov pri SLE:

- neurologické symptómy 30%;
- postihnutie pečene 30%;
- pleuritída, perikarditída 35%;
- postihnutie obličiek 35%;
- vypadávanie vlasov 40%;
- Raynaudov syndróm 50%;
- lymfadenopatia (zväčšenie lymfatických uzlín) 50%;
- motýľovitý erytém 50%;
- kožné zmeny (spolu) 70%;
- všeobecné príznaky (horúčka, malátnosť) 90%;
- artralgie, artritída, tenosynovitída 90%.

Diagnostika SLE

Krvné vyšetrenia

Rôzne, sčasti veľmi špecifické laboratórne vyšetrenia, pomáhajú pri diagnóze SLE. Najdôležitejšie sú nasledovné protilátky, ktoré možno dokázať v krvi:

anti-nukleárne protilátky (ANA) s homogénnou vzorkou v imunofluorescenčnom teste	pozitívne u viac než 90%
protilátky proti dvojzávitnici-DNA (anti-DNA)	veľmi špecifické pre SLE
anti-Sm-protilátky	veľmi špecifické pre SLE
protilátky proti fosfolipidom (protilátky proti kardiolipínu)	spájané s rizikom trombózy a embólií
protilátky proti histónu	v prípade, že sú pozitívne samotné (bez anti-DNA), sú špecifické pre lupus vyvolaný liekmi

Okrem toho sa v krvnom nátere zistí zvýšená sedimentácia krviniek a často znížený počet hemocytov s redukciami bielych krviniek (leukocytov), krvných doštičiek (trombocytov) a s málokrvnosťou (anémiou). Viazané protilátky (imunokomplexy) môžu aktivovať a spotrebovať bielkoviny tzv. komplementového systému. To vedie k zníženému dôkazu faktorov komplementu C3 a C4 ako i celkového komplementu CH50 v krvi. Tým možno dobre sledovať hlavne zápalovú aktivitu SLE počas priebehu.

Vyšetrenie moču

Dôkaz červených krviniek usporiadaných do valca v močovom sedimente (cylinder erythrocytov) a/alebo dôkaz bielkoviny v moči ako i dôkaz zvýšeného krvného tlaku hovorí o postihnutí obličiek v rámci SLE (lupusová nefritída).

Odbery tkaniva

Koža – hlavné prejavy SLE možno histologicky skúmať po odbere malého kúska kože. Pritom sa hlavne na tých miestach na koži, ktoré sú vystavované svetlu, pri imunohistológii zistí typický tzv. lupusový pruh, ktorý dokazuje ukladanie imunokomplexov v koži.

Obličky – účasť obličiek (lupusová nefritída) má rozhodujúci význam pre plánovanie liečby a pre prognózu vývoja ochorenia. Preto je niekedy nutné získať materiál pre histologické vyšetrenie punkciou obličiek. WHO klasifikovala lupusovú nefritídu podľa histologického obrazu (Tabuľka č. 1).

Zlá prognóza je hlavne v triede IV a VI, pretože často dochádza k zlyhaniu obličiek. V triede IV s ešte aktívnymi zápalovými zmenami však môže postupovaniu ochorenia eventuálne zabrániť intenzívna terapia liekmi potláčajúcimi imunitný systém.

Tabuľka č. 1

trieda I	normálny nález
trieda II	mezangiálna glomerulonefritída
trieda III	fokálna segmentálna glomerulonefritída
trieda IV	difúzna proliferatívna glomerulonefritída
trieda V	difúzna membránózna glomerulonefritída
trieda VI	chronicky sklerotické zmeny

Terapia SLE

Terapia SLE závisí od orgánových prejavov ochorenia, to znamená, ako ťažko je ktorý orgán postihnutý a ako sa manifestuje momentálna aktívnosť ochorenia. Najdôležitejší pokrok pri liečbe SLE prinieslo zavedenie glukokortikoidov, čiže derivátov kortizónu. Často sú však nutné dodatočné terapie, ktoré potláčajú imunitný systém (imunosupresívne lieky, ako cyklofosfamid alebo azatioprin). Indikáciou pre imunosupresívu je hlavne ťažká lupusová nefritída, ale aj istá účasť centrálného nervového systému, ako napr. cerebrálna vaskulitída, ktorá môže tvoriť rôznorodý obraz neurologických symptómov - od mozgovej porážky po psychózy. Imunosupresíva sa nasadzujú aj pri iných život ohrozujúcich postihnutiach orgánov, ako napríklad pri zápale srdcových chlopní, tzv. Libmanova-Sachsova abakteriálna endokarditída.

Zvláštne formy lupus erythematosus

Anti-fosfolipidový syndróm

Protilátky proti fosfolipidom (napr. protilátky proti kardiolipínu) sú autoprotilátky, ktoré sú namierené proti zložkám bunkovej steny a ktoré sa pri SLE často vyskytujú. Aktiváciou systému zrážania spôsobujú trombózy, embólie a artériové upchatia ciev. Pacienti, ktorí majú tieto protilátky a ktorí utrpeli takýto tromboembolický jav, ako napr. pľúcnu embóliu, musia väčšinou celý život podstupovať anti-koagulačnú liečbu, čo má za následok, že zrážaniu krvi sa musí zabráňovať liekmi.

Lupus erythematosus vyvolaný liekmi

Osobitná forma lupus erythematosus môže byť spôsobená liekmi. Bolo pritom objavené množstvo úplne rozličných látok, ktoré môžu ochorenie spôsobovať. Typické je, že liekmi vyvolaný lupus erythematosus prebieha miernejšie než normálny SLE, často postihuje len kožu, kĺby a niekedy pohrudnicu, a po vysadení liekov (aj keď pomaly) opäť sám zmizne. Silné imunosupresívne terapie nie sú nutné. Postihnutie obličiek alebo nervového systému však hovorí proti lupusu erythematosus vyvolaného liekmi.

Kutánný lupus erythematosus (Lupus erythematosus kože)

Lupus erythematosus napáda niekedy výlučne len kožu. Ani len v krvi vtedy nemožno často nájsť inak typické autoprotilátky. Dôležitá je prísna ochrana pred snečným žiarením.

Liek	Zvyčajná dávka	Najčastejšie nasadenie lieku
nízka dávka glukokortikoidov (napr. Decortin [®] , Urbason [®] , a mnoho iných)	5 až cca. 20 mg ekvivalentu prednizonu/deň p.o.	mierne, život neohrozujúce prejavy alebo ako udržiavacia terapia
vysoká dávka glukokortikoidov (napr. Solu-Decortin H [®] , Urbason roztok [®] , alebo iné)	ako "megadávka steroidov" napr. 250 až 1000 mg prednizolonu i.v. po dobu viacerých dní	napr. lupusová nefritída WHO stupeň IV podporne súčasne s imunosupresívnou liečbou a iné akútne a ťažké prejavy
cyklofosfamid (Endoxan [®])	600 – 1000 mg i.v. každé 3 - 4 týždne alebo 1 - 2 mg/kg telesnej hmotnosti p.o. denne ("Fauci-schéma")	lupusová nefritída WHO trieda IV alebo iné ťažké manifestácie
azatioprin (napr. Imuran [®])	1 – 2 mg/kg telesnej hmotnosti p.o.	pri stredne ťažkých prejavoch a ako udržiavacia liečba po cyklofosfamide
hydroxychlorochin (Quensyl [®] alebo chlorochin (Resochin [®]))	1 – 2-krát 200 mg p.o. 1– 1-krát 250 mg p.o	hlavné prejavy, mierna artritída, pleuritída, môže zabrániť exacerbáciám ochorenia
metotrexat (napr. Lantarel [®] , Metex [®] o.a.)	15 – 27,5 mg 1-krát/týždeň p.o., i.m. alebo i.v.	hlavne lupusová artritída
cyklosporin A (Sandimmun neoral [®])	2 – 5 mg/kg telesnej hmotnosti p.o.	mezangiálna lupusová nefritída (WHO trieda II) a iné

Prognóza SLE

SLE je vážne ochorenie, na ktoré pred objavením účinných liekov dokonca mnoho pacientov zomieralo. Ochorenie je najproblematickejšie pri postihnutí obličiek. Priaznivú prognózu nemá hlavne lupusová nefritída (podľa WHO trieda IV) a nezriedka môže viesť k zlyhaniu obličiek s nutnosťou dialýzy. Našťastie SLE väčšinou veľmi dobre reaguje na kortizónové prípravky ako i na imunosupresívum cyklofosfamid. Cyklofosfamid, ktorý by sa mal podávať len pri veľmi ťažkých manifestáciách SLE, má však žiaľ veľkú nevýhodu, že do istého percentuálneho podielu, a síce v závislosti od užívaných celkových množstiev, môže spôsobovať zhubné ochorenia, najmä rakovinu močového mechúra a leukémiu. Potláčaním imunitného systému sa okrem toho „napomáha“ mnohým infekciám. Tie sú okrem ochorenia obličiek a ciev najčastejšími príčinami úmrtia pacientov so SLE.

Kvalita života u pacientov s diagnózou SLE

Pacienti so SLE by mali byť bezpodmienečne v pravidelnej opatere reumatológov, ktorí majú s ochorením skúsenosti, a prípadne nefrológov. Pri vhodnom dohľade a terapii je pravdepodobnosť 10-ročného prežitia chorých v súčasnosti viac než 80%.

Ale ako i pri mnohých iných ochoreniach nie je pre kvalitu života bez významu ani vnútorný postoj postihnutého k ochoreniu. Preto by sa malo dbať na nasledovné pravidlá správania:

- snažiť sa o principiálne pozitívny postoj k životu;
- akceptovať ochorenie (moje „domáce zviera“ lupus);
- nezabúdať sa smiať;
- naučiť sa akceptovať a vysporiadať sa s bolesťou aj bez liekov;
- nepiť alkohol;
- športovať s mierou;
- vyhýbať sa slnku, ultrafialovému žiareniu;
- dbať nadobruo ochranu pred chladom (vreckový ohrievač), najmä na jeseň a v zime.

Edukácia je širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania, pretože si kladie za cieľ nielen nadobudnutie určitých poznatkov či dosiahnutie určitej zmeny v správaní, ale aj vytváranie a „prebudovanie“ hodnotových, vzťahovo-postojových, citových, vôľových a vzdelanostných štruktúr osobnosti jedinca. Nadobudnuté vedomosti sa prejavujú zmenou správania.

Edukácia u pacientov s diagnózou SLE

Zdravotno-výchovné pôsobenie na pacienta a jeho rodinu má veľký význam. Sestra pacientovi a jeho príbuzným

vysvetlí a názorne ukáže terapeutický postup ošetrovania kože a zároveň pôsobí na jeho postoj k zdraviu a formovanie zdravotného uvedomenia. Usiluje sa ňho dosiahnuť zmenu správania, najmä úpravu prostredia, režim dňa, spôsob stravovania, adekvátne ošetrovanie kože, užívanie liekov a špeciálnu hygienu.

Zdroj

<http://primar.sme.sk/c/4116896/systemovy-lupus-erythematosus-sle.html>

Onychomykóza (Onychomycosis)

Veselková, V.

Dermatovenerologická klinika, Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn

Cieľom tohto príspevku je poukázať na vcelku banálne ochorenie, ktoré môže znepríjemňovať život hlavne z estetického hľadiska. Avšak pri nesprávnej liečbe môže spôsobiť aj vážnejšie viditeľné problémy na koži.

Kľúčové slová: onychomykóza, plesňové huby, kvasinkové huby, antimykotické prípravky

Abstract

The aim of this paper is to point out to a generally trivial disease which can be annoying one's life especially from the aesthetic point of view. However, with the wrong treatment, it can cause more serious visible problems on the skin.

Key words: onychomycosis, fungal fungi, yeast fungi, preparations for the treatment of mycosis



Onychomykóza (tinea) je infekčné ochorenie nechtovej platničky, nechtového lôžka, koreňa nechta, podnechtového tkaniva, alebo aj tkanív v bezprostrednom okolí nechta na nohách alebo rukách.

Mykotické infekcie sprevádzajú ľudstvo od najstarších čias a v súčasnosti patria k najrozšírenejším nákazám populácie. Už v roku 30 n.l. rímsky lekár Aulus Cornelius Celsus opísal ochorenie, ktoré zodpovedá dnešnému klinickému obrazu dermatomykózy.

Štúdiom húb a ich pôsobením na zdravie človeka sa zaoberá špeciálny odbor mikrobiológie – **mykológia**.

V medicíne sa huby rozdeľujú takto:

1. **Dermatofyty** (vláknité huby), ich podiel na onychomykóze je asi 83%. Patrí sem napr. *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentargoph.* var. *interdigitale*.
2. **Plesňové huby** (oportúnne), napr. *Scopulariopsis brevicualis*, podiel na onychomykóze je asi 16%.
3. **Kvasinkové huby**, najčastejšie *Candida albicans*, ich podiel na onychomykóze je asi 1%.

Onychomykóza je najčastejšie sa vyskytujúce ochorenie nechtov, jej prevalencia sa stále zvyšuje. Asi 1,5 – 15% osôb, ktoré navštívia dermatológiu, má onychomykózu.

Nárast onychomykózy sa pripisuje rôznym faktorom:

- vyšší vek (deti sú postihnuté zriedka);
- genetická predispozícia;
- zníženie imunity;
- DM;
- psoriáza;
- cievne poruchy;
- športové aktivity;

- nosenie uzavretej obuvi;
- návštevy verejných kúpalísk, sauny, fitness centier;
- nedostatočná nechtová hygiena.

Klinický obraz



Onychomykóza prichádza nenápadne, začína zväčša svrbením medzi prstami na nohách, odlupovaním kože, vznikom prasklín.

Infekcia nechtov na nohách sa prejavuje ako postupne sa zväčšujúca farebná škvrna (farba závisí od vyvolávateľa mykózy). Je spojená s hrubnutím a drobnosťou nechtovej platničky, alebo aj odlúčením od nechtového lôžka. Infekcia zväčša začína od voľného okraja z laterálnej strany, šíri sa proti smeru rastu nechta. Výsledkom neliečenej dlhotrvajúcej infekcie je deštrukcia časti nechta až strata celej nechtovej platničky. Mykóza môže postihnúť jeden alebo aj všetky nechty rúk a nôh.

Prenos infekcie

Onychomykóza patrí medzi prenosné choroby. Jedinec s mykózou kože a nechtov je pre svoje okolie nebezpečný z hľadiska šírenia infekcie. Prenos môže byť priamo – po kontakte s infikovanou osobou, ale podstatne častejšie nepriamo – prostredníctvom predmetov, ako sú koberce v domácnosti, podlahy spŕch, kúpaliská, sauny, šatne, obuv, ponožky alebo nástroje v pedikúre.

Laboratórna diagnostika

Onychomykózu klinicky imitujú niektoré iné choroby nechtov, napríklad psoriáza, atopická dermatitída, lichen planus, traumatické a chemické poškodenia, tumory a iné.

Stanoviť presnú diagnózu umožnia špeciálne laboratórne testy.

Pacienta so zmenami na nechtoch vyšetří dermatológ, ktorý podľa klinického obrazu, anamnézy určí pravdepodobnú diagnózu a od neliečeného pacienta zoberie vzorky na laboratórne vyšetrenie. Onychomykóza sa potvrdí alebo vylúči vyšetrením vzoriek mikroskopicky a kultivačne.

Mikroskopické vyšetrenie

Robí sa v preparátoch zosvetlených 20% KOH. Preparát hodnotí pracovník – špecialista na mykológiu. Posudzuje prítomnosť hubových elementov, ich vzhľad, množstvo.

Kultivačné vyšetrenie



Nezávisle od toho, či mikroskopické vyšetrenie bolo pozitívne alebo negatívne, vzorky nechtu sa inokulujú na špeciálne kultivačné médiá (Sabouradov glukózový agar). Inkubujú sa 2 – 6 týždňov,

potom sa hodnotí ich vzhľad, kvantita, vykoná sa presná identifikácia. Kultivačný nález sa porovná s mikroskopickým vyšetrením.

Mikroskopický a kultivačný dôkaz pôvodcu umožní odlíšiť onychomykózu od iných chorôb nechtovej a pacienta správne liečiť.

Literatúra

1. Habert, J., Dernerová, S., Železná, J.: Systémové mykózy a ich liečba. 1. vydanie Praha – Galén, 1995. s. 320. ISBN 80-85824-16-7.
2. Skořepová, M., Vosmik, F.: Dermatomykózy. 1. vydanie Praha – Galén, 1995. s. 140. ISBN 80-85824 -23-X.
3. Buchvald, J. et al.: Praktikum z dermatovenerológie – vysokoškolské skriptá. 1. vydanie Nitra – Nitrianske tlačiarne, n.p., 1982. s. 92. IBN 85-500-82.

Terapia

V dobe, keď je svetový a aj náš trh zaplavený celou paletou antimykotických prípravkov, mohli by sme predpokladať, že počet onychomykóz bude mať klesajúcu tendenciu.

V roku 1958 bolo vynájdené prvé antimykotikum, ktoré bolo schopné orálnou aplikáciou likvidovať nákazu. Malo však veľa kontraindikácií, napr. interakcie s inými liečivami, zvýšenie hepatálnych testov, nechutenstvo, atď.

Od 70. rokov 20. storočia pribúdajú systémové antimykotiká, ktoré majú významne obmedzené nežiaduce účinky (ketokonazol, intrakonazol, flukonazol). Najčastejšie sa používa terbinafin v dávke 250 mg denne počas 2 – 3 mesiacov pri liečbe onychomykózy rúk a 3 – 6 mesiacov pri liečbe onychomykózy nôh. Terbinafin sa všeobecne dobre znáša a vyskytujúce sa nežiaduce účinky sú len prechodné (pocit plnosti, nauzea, kožné reakcie). Po ukončení systémovej liečby sú pacienti vedení k prevencii reinfekcie a profylaktickej lokálnej antimykotickej terapii.

Prevenia

S mykózami nie je ľahký boj. Spóry húb prežívajú roky napríklad v topánkach, koberecoch a to i v nepriaznivých podmienkach. Bez dezinfekcie obuvi, ponožiek, uterákov a pod. nebudeme v našom snažení úspešní. Dôležité sú účinné preventívne opatrenia v spoločných zariadeniach, dezinfekcia dlážok na kúpaliskách, plavárňach a v saunách, pedikérskych a manikúrskejších salónoch, nechtovej štúdiách.

Prekonané hubové nákazy nezanechávajú trvalú odolnosť.

Epidermolysis bullosa congenita – náročnost ošetrovatelské péče (Epidermolysis bullosa congenita – complexity of nursing care)

Navrátilová, M.¹, Svobodová, N.²

¹Dermatologickovenereologická klinika, Fakultná nemocnica Brno

²Pediatrická klinika, Fakultná nemocnica Brno

Epidermolysis bullosa congenita (EBC) je heterogenní skupina dědičných puchýřnatých chorob, pro které je charakteristický vznik puchýřů spontánně nebo vlivem různého stupně tření či poranění. Příčinou je trvalé poškození soudržnosti mezi pokožkou a škárou. Pro stanovení diagnózy je důležitý klinický obraz a vývoj onemocnění. Dále histologické vyšetření, které určí rovinu štěpení, kde puchýř v kůži vzniká. Důležité je i genetické a molekulární vyšetření. K tvorbě puchýřů dochází v oblasti dermoepidermální junkce a podle vzniku puchýřů rozlišujeme 4 hlavní skupiny: EB simplex, junkční, dystrofická a velmi vzácný syndrom Kindlerové. Celkem existuje více než 30 podtypů.

EB simplex – klinické příznaky: puchýře na kůži, v dutině ústní, depigmentace, postižení zubní skloviny a nehtových plotének.

Klinicky tato skupina obsahuje lokalizované i generalizované varianty. Nejlehčí lokalizované varianty často unikají pozornosti, protože pacienti obvykle nevyhledávají dermatologickou péči.



EB junkční a dystrofická – klinické příznaky: depigmentace, atrofie kůže, vypadávání vlasů, ztráta nehtů, vyšší kazivost zubů až jejich ztráta, jizvení kůže, srůstání prstů, postižení sliznic všech orgánů, podvýživa, sklon ke vzniku rakoviny kůže.

Terapie EBC je pouze symptomatická a preventivní. Příčinná – genová je ve stádiu výzkumu.

Technika ošetrování pacientů je zcela specifická, vyžaduje zkušený personál. Rány jsou bolestivé, převazy časově



náročné a pro pacienta nepříjemné. K eliminaci tlaku na pokožku pomáhá použití antidekubitální podložky, oblečení musí být z přírodních prodyšných materiálů s minimem švů, knoflíků a patentů, obuv volíme koženou, měkkou. Ke koupelím používáme dezinfekční roztoky, které je nutno střídat (např. Prontosan, Dermacyn, Cyteal). Koupel má být příjemná, 1 až 2-krát za týden a doba ne delší než 20 minut, aby nedocházelo k přesušování kůže.

Čerstvé puchýře propichujeme sterilní jehlou a obsah vysušíme sterilním gázovým čtvercem. Defekty na kůži ošetřujeme moderními obvazovými materiály, které udržují vlhké prostředí v ráně a umožňují výměnu krytí bez zbytečné bolesti a traumatizaci rány (Mepilex, Mepitel), používáme hydrokoloidy, hydrogely, hydrofibře, polyakryláty. Z fixačních materiálů volíme jemné pružné obinadlo Peha crepp nebo hadicový elastický obvaz Coverflex. Kůži promazáváme a zvláčňujeme indierentními preparáty (např. 2 DERM krém).

O pacienty s EBC pečují nejen dermatolog, ale i tým specialistů různých odborností. Anesteziolog, který ordinuje léky k tlumení bolesti při převazech. Hematolog řeší anémii, která je důsledkem malnutrice, malabsorpce a krevních ztrát z chronických ran. Gastroenterolog společně s nutriční terapeutkou zajišťuje správnou skladbu jídelníčku.

Plastický chirurg, který řeší možnost operačních zákroků jako je dilatace jícnu, separace prstů, často se vyskytující spinocelulární karcinomy. Rehabilitační lékař ve spolupráci s fyzioterapeutem se zaměřuje na prevenci kontraktur a srůstů prstů, svalovou hypotrofii.

Oční lékař léčí eroze na oční rohovce, změny na spojivkách, které mají sklon se hojit jizvením. Stomatolog učí správné hygieně dutiny ústní. Nezastupitelná je role psychologa a sociálních pracovníků.

Pacientům s EBC a jejich rodinám pomáhají na celém světě neziskové organizace DebRA (Dystrophic epidermolysis bullosa research association). V Evropě je evidováno přibližně 30 000 pacientů s EBC, v ČR kolem 250 pacientů a na celém světě je to 500 000. V roce 2001 vzniklo ve FN Brno na Pediatrické klinice EB centrum ČR, které je

jediným specializovaným pracovištěm tohoto druhu u nás a spolupracuje s experty ze zahraničí.

DebRA ČR byla založena v roce 2004 a jejím hlavním úkolem je pomáhat pacientům s EBC a jejich rodinám. Poskytuje sociálně právní služby, provádí edukační činnost, pobytové akce, mezinárodní aktivity.

Přestože si děti s diagnózou EBC přinášejí na svět těžký tělesný handicap, vyrostou z nich jedinci s intelektem a neobyčejnou vnitřní silou. Zaslouží si naši pozornost a pomoc.

Literatura

1. Bučková, H., Buček, J.: Epidermolysis bullosa congenita, Brno, IDVPZ 2000.
2. Bučková, H., Buček, J.: EBC – co nového? Souborný referát. Postgraduální medicína 2004, 6, č.3, s. 301 – 305.
3. Bučková, H., Buček, J., Vokurková, J.: EBC – současný pohled, Česko-Slovenská dermatologie 2005, 80, č.4, s. 201 – 205.
4. Bučková, H., DEBRA ČR a odborníci EB centra: Stručný průvodce nejen pro lékaře. 2013, informační brožura.

Ošetrovateľská starostlivosť o terminálneho pacienta s bulóznym ochorením (Nursing Care of a Terminal Patient with Bullous Disease)

Kalabová, Z.

Dermatovenerologická klinika, Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn

Pri takom ťažkom ochorení ako sú bulózne dermatózy, je ťažké vyrovnávať sa s ochorením a navyiac aj s faktom, že geriatrický pacient je v štádiu umierania. Za manažment starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu s bulóznym ochorením zodpovedá predovšetkým sestra. Táto starostlivosť predpokladá zabezpečenie primeranej kvality posledného úseku života a dôstojného umierania v chorobe.

Kľúčové slová: bulózne dermatózy, terminálny pacient, individuálna ošetrovateľská starostlivosť o umierajúceho pacienta

Abstract

In severe conditions such as bullous dermatoses it is difficult to cope with the disease, and, in addition, also with the fact that the geriatric patient is in the process of dying. The management of patient care in the terminal stage of bullous disease is primarily in the responsibility of the nurse. This care is supposed to ensure an adequate quality of life in its last section and dignified dying in disease.

Key words: bullous dermatoses, the patient in the terminal stage, individual nursing care of the dying patient

Bulózne dermatózy sú pľuzgiernaté ochorenia neznámej etiológie. Pre odlišný patomechanizmus sa tieto ochorenia klasifikujú do piatich skupín:

1. skupina pemfigus,
2. skupina pemfigoides,
3. skupina dermatitis herpetiformis,
4. skupina bulózných dermatóz v detskom veku,
5. skupina hereditárnych bulózných dermatóz.

Ochorenia sa od seba líšia klinickým obrazom, histopatologicky, imunohistochemicky a prognózou [1].

Poznáme rôzne formy pemfigu, ale najčastejší s ktorým sa stretávame na našej klinike, je pemfigus vulgaris. Postihuje prevažne dospelých ľudí medzi 30. a 60. rokom života.

V súčasnej dobe sa častejšie stretávame s výskytom bulózných ochorení, ktoré patria k najzávažnejším dermatózam. Pred érou kortikosteroidov takmer vždy tieto ochorenia končili letálne. Mortalita bez liečby sa uvádza 90%-ná, ale aj pri liečbe kortikosteroidmi 30 – 40%-ná, hlavne v dôsledku nežiaducich účinkov a potreby vysokých dávok liekov u ťažkých a rezistentných foriem ochorenia [2].

Prejavy pemfigu vulgaris postihujú kožu a sliznice celého tela, vrátane genitálií. Prejavuje sa vznikom intraepidermálnych vezikúl až búl, podmienených akantolýzou. Okolie vezikúl nebýva zapálené. Obsah vezikúl sa postupne mení, vezikuly praskajú, čím vznikajú erózie a krusty. Prejavy nesvrbia, ale pália a sú veľmi bolestivé. Erózie majú sladkastý fetor. Prejavy sa hoja veľmi pomaly a aj napriek veľkým plochám sa hoja bez jaziev.

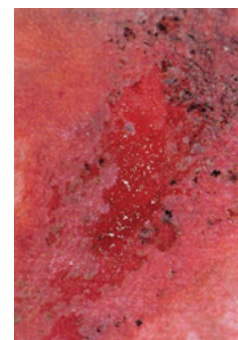
Ochorenie sprevádzajú rôzne komplikácie – sekundárna infekcia, sepsa, podvýživa, dehydratácia a v prípade, že by sa komplikácie nezvládli, ochorenie bohužiaľ aj v súčasnej dobe občas končí smrťou.

Pri ošetrovateľskej starostlivosti o terminálneho pacienta je dôležitý individuálny prístup. Je potrebné zamerať sa na pacientove potreby a požiadavky.

Vznikom bulózneho ochorenia sa pacienti zrazu mení kvalita života, dochádza k úplnej závislosti od pomoci iných ľudí a zdravotnícky personál mnohokrát supluje pacienti rodinu, duchovnú podporu a v konečnom dôsledku sa snaží aspoň čiastočne prinavrátiť schopnosť seba opatery.

Komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov s týmto ochorením vykonávajú spravidla sestry. Každý pacient v terminálnom štádiu nevyhnutne vyžaduje aj individuálny psychologický prístup. Je nutné, aby personál ovládal zásady verbálnej aj neverbálnej komunikácie a všetky nadobudnuté vedomosti využíval pri starostlivosti o terminálneho pacienta, ktorý je na sklonku svojho života veľmi vnímavý hlavne na neverbálne prejavy personálu. Komunikácia je veľmi náročná. Ide v nej prevažne o počúvanie než o rozhovor [4]. Vzájomný kontakt pacienta s ošetrovateľským personálom má skôr veľký vplyv na úspešný priebeh terapeutického procesu.

Ošetrovateľské intervencie sestry začínajú edukáciou pacienta aj jeho rodiny, a poradenstvom, ktoré sa zameriava



hlavne na prípravu dvojfázového kúpeľa pacienta a neskôr na samotné ošetrovanie kožných lézií.

Súbežne s rannou toaletou prebieha príprava sterilného lôžka pre pacienta. Po toailete pacienta osušime len jemným prikladáním sterilného bavlneného uteráka. Po ošetrovaní ho oblečieme do sterilného bavlneného oblečenia.

Ošetrovateľská starostlivosť je vedená prísne sterilne. Lokálne aplikované lieky na kožu majú lokálny a systémový účinok. Účinok lokálnych liečiv je analgetický, hydratačný, epitelizačný, granulačný, antibakteriálny, antiinflamačný. Za správnu aplikáciu liečiv u pacientov v terminálnom štádiu je zodpovedná sestra.

Dôležitý krokom, na ktorý sa často pri rannej toailete zabúda, je starostlivosť o dutinu ústnu. Sliznice dutiny ústnej, nosa, laryngu sú postihnuté tvorbou drobných, rýchlo praskajúcich pľuzgierikov, s výraznou bolestivosťou. Zmeny vyúsťujú k následným komplikáciám podľa druhu postihnutej sliznice.



Pacientom v terminálnom štádiu, pokiaľ to ešte nález na sliznici úst dovoľuje, odporúčame na čistenie chrupu len mäkké zubné kefky. V pokročilom štádiu a v čase, keď je sliznica veľmi poškodená, využívame len vatové štetôčky obalené do sterilnej gázy. Zubnú pastu nahrádzame sódou bikarbónou.

Dôležitá je starostlivosť o sliznice aj po konzumácii stravy, takže robíme výplachy dutiny ústnej šalviovým čajom alebo roztokom z Florsalminu. Sliznice potierame štetôčkami roztokom z Borax glycerinu. Ak je pacient schopný prijímať stravu per os, pred jedlom používame prípravky na tlmenie bolesti, ktorými potierame sliznicu.

Dôležitá je aj ošetrovateľská starostlivosť o ostatné sliznice. Nezabúdame na fakt, že aj minimálne trenie plôch kože o seba spôsobuje tvorbu nových pľuzgierov a pacienta výrazne iritujú. Snažíme sa používať gázové záložky a sekundárne krytie prichytávať pomocou prubanu, aby neboli miesta sekundárneho krytia stiahnuté.



Bulózne ochorenie je zdĺhavé a v jeho priebehu sa striedajú obdobia relapsu s obdobím remisie. U pacientov v terminálnom štádiu sa zaoberáme prevenciou dekubitov. Vždy máme na pamäti, že i ten najmenší tlak alebo trenie

spôsobuje pacientovi tvorbu nových pľuzgierov a erózií. Za pomoci rehabilitačných pracovníkov robíme podporné opatrenia na zabránenie vzniku tromboembolických ochorení, prevencie sekundárnej infekcie a snažíme sa pacienta mobilizovať na posteli.

Ak je terminálny pacient schopný prijímať stravu per os, zabezpečujeme vyváženú stravu s dostatočným obsahom vlákniny. Ako doplnok diéty sa pacientom ponúka sipping Nutridrink. Podľa potreby a po dohovore sa rozhodneme pre vhodnú diétu – tekutú, kašovitú, čím zabránime podráždeniu a bolesti sliznice v dutine ústnej.

V prípade, že pacient už nie je schopný prijímať stravu per os, zabezpečuje sa perenterálna výživa vo forme výživových vakov. Nezabúdame na dostatočnú hydratáciu pacienta. V žiadnom prípade neponúkame pacientovi piť agresívne ovocné šťavy, volíme čaje, neperlivé minerálne vody, šťavy z cvikly, mrkvy a pod. Ak to stav pacienta vyžaduje, volíme hydratáciu aj formou infúzných prípravkov.

Personál pracuje v sterilnom oblečení a riadi sa bariérovou ošetrovateľskou starostlivosťou. Dôležitá je aj izolácia pacienta, čím sa snažíme zabrániť vzniku sekundárnej infekcie a šíreniu nozokomiálnej nákazy.

Kvalita života pacientov je výrazne ovplyvňovaná hlavne v akútnom štádiu ochorenia, čo súvisí s deficitom opatery pacienta. Závisí od zdravotného personálu, ako sa zhostí svojej úlohy a pomôže pacientovi pri liečbe tak závažného ochorenia. V prípade terminálneho pacienta je potrebné urobiť všetko pre to, aby jeho ťažkosti boli ošetrovateľskými postupmi zmiernené natoľko, aby mu uľahčili „prechod na druhú stranu“.

Bulózne ochorenia sú aj v súčasnosti jedným z vážnych zdravotno-sociálnych problémov. Kladú značné nároky na pacienta, jeho psychiku a psychiku pacientových príbuzných a v neposlednom rade aj na psychiku ošetrovateľského tímu, ktorý poskytuje pacientovi dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť a je s pacientom v tom najťažšom období, v období zomierania.

Na „odchod“ pacienta, s ktorým ste aj ako človek, nielen ošetrojúci personál, sa nedá zvyknúť. Vždy to zanechá na srdci stopu, ktorá sa nedá vymazať. Aj napriek tomu je potrebné umierajúcemu človeku byť nablízku v posledných chvíľach a vytvoriť pre neho adekvátnu psychickú atmosféru [3].

Literatúra

1. Braun-Falco, O., Plewig, G., Wolff, H.H.: 2001. Dermatológia a venerológia. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001; s. 1475. ISBN 80-8063-080-1.
2. Jánoška, A. et al.: 1994. Plazmaferéza a zlato v liečbe ťažkého prípadu pemphigus vulgaris. In Česko-slovenská dermatologie. 1994, roč. 69, č. 2, s. 91 – 92.
3. Křivohlavý, J.: 2002. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0, s. 162 – 169.
4. Németh, F. et al.: 2009. Geriatria a geriatrické ošetrovateľstvo. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009; s. 156. ISBN 978-80-8063-314-1.

Biologická liečba psoriázy (Biological Treatment of Psoriasis)

Hvizdáková, H.

Dermatovenerologická klinika, Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn

Cieľom príspevku je priblížiť liečbu psoriázy v skratke od jej začiatkov po vrchol súčasnej liečby – liečby biologikami a poukázať na prácu sestry v ambulancii s týmto zameraním.

Kľúčové slová: psoriáza, biologická liečba, edukácia pacienta

Abstract

The objective of this contribution is to outline the treatment of psoriasis in a nutshell, from its beginnings up to the peak of the current treatment. The other biological treatment objective is to highlight the work of nurses in the treatment room dealing with this disease.

Key words: psoriasis, biological treatment, education of the patient

Psoriáza je zápalové kožné ochorenie s akútne – exantematickým alebo chronicko – stacionárnym priebehom na základe genetickej dispozície.

Etiopatogenéza ochorenia

Jedná sa o autoimúnne ochorenie, v ktorom hlavnú úlohu zohrávajú T-lymfocyty [3].

Je to ochorenie, ktoré výrazne zasahuje do kvality života jednotlivca a ovplyvňuje jeho rodinné, pracovné a intímne sféry života.

Ochorenie ovplyvňujú **exogénne faktory** – fyzikálne (mechanické, termické), chemické nie sú tak častými spúšťačmi.

Najväčšie a najčastejšie spúšťače faktory sú **endogénne faktory** – infekcie (hlavne bakteriálne ochorenia, predovšetkým streptokokové infekcie horných dýchacích ciest), medikamenty (betablokátory a ACE inhibítory), hormonálne vplyvy, nezdravý životný štýl, psychické faktory – hlavne pôsobenie stresu (pôrod, štúdium, prepustenie zo zamestnania, úmrtie v rodine, rozvody a v minulosti to bola aj základná vojenská služba).

Kožné prejavy psoriázy zväčša postihujú predilekčné miesta (lakty, kolená, kostrč), ale postihuje aj vlasovú časť hlavy, nechty a kĺby. Ložiská na koži sú ostro ohraničené, občas zápalovo začervenané so striebrolesklým olupovaním, u každého jednotlivca rôznej konfigurácie [2].

Medicína v liečbe psoriázy pred viac ako 100 rokmi využívala hlavne prírodné zdroje – slnko a uhoľný decht so soľami, neskôr kyselinu salicylovú, slnečné žiarenie, soli Mŕtveho mora, zmäkčovadlá. V rokoch 1920 – 1929 sa v liečbe začalo používať ultrafialové žiarenie (UVB) a Goeckermanov režim, v rokoch 1950 – 1959 sa začali lokálne aj orálne podávať steroidy. V rokoch 1960 – 1969 sa do popredia dostala liečba s hydroxymočovinou, neskôr (1970 – 1979) sa v liečbe začala využívať fototerapia PUVA (psoralén plus UVA, UVB). Prvý systémový liek

na liečbu psoriázy bol v rokoch 1980 – 1989 Metotrexát, ktorý patrí medzi imunosupresíva. Od roku 1990 – 1999 sa lokálne aplikuje vitamín D3, systémová liečba (retinoidy, cyklosporín) a od roku 2000 sa začala v dermatovenerológii využívať na liečbu ťažkých foriem psoriázy biologická liečba.

Pri systémovej liečbe je potrebný pravidelný monitoring biochemických parametrov (KO + dif., obličkové a pečenevé parametre).

V súčasnosti neexistuje žiadna liečba, ktorá vylieči psoriázu úplne, ale je možné ju kontrolovať a dokonca úplne odstrániť jej príznaky.

Sestra pri edukácii pacienta kladie dôraz na presné pokyny pri aplikácii balneoterapie, emoliencií (zvláčňujúcich prípravkov). Systémová liečba (tabletky, injekcie, svetlo, atď.) sa obvykle používa pri ťažších formách psoriázy [1].

Pri balneoterapii pacientom odporúčame umývanie len s náhradami za mydlo – olejmi. Mydlo odstraňuje z kože prirodzené tuky a dráždi kožu a odporúča sa nepoužívať výrobky s obsahom agresívnych antiseptík.

Pri ošetrovaní pacienta odporúča sestra používať vhodné prípravky, ktoré samotnému pacientovi prinesú príjemný pocit a spokojnosť po ošetrovaní. Dôležité je:

- aplikovať zvlhčovadlo na kožu ihneď po umytí a osušení (počas prvých 5 minút ho nasaje koža najviac);
- aplikovať ho čo najčastejšie (neobmedzený počet krát);
- nezabudnúť ho aplikovať, vzorky mať vždy na dosah ruky (rôzne miesta doma a v práci, v taške, kabelke);
- aplikovať ho vždy v smere nadol, v smere rastu chĺpkov a poriadne ho vmasírovať do pokožky.

Vrcholom v liečbe psoriázy je biologická liečba. Jej zakladateľom je slovenský lekár – vedec žijúci v USA, profesor doktor Ján Vilček. Biologiká sú lieky na báze

proteínov, ktoré pochádzajú zo živých buniek kultivovaných v laboratóriu. Sú už dlhý čas dostupné na liečbu iných chorôb a niektoré typy biologickej liečby sú schválené aj ako terapeutická možnosť pri liečbe psoriázy a psoriatickej artritídy. Aplikujú sa len za určitých podmienok.

Pre indikáciu biologickej liečby sú potrebné dva predpoklady:

1. Rozsah a závažnosť psoriázy – pre stredne ťažkú a ťažkú ložiskovú psoriázu, postihnutie minimálne na 10% telesného povrchu alebo index rozsahu a závažnosti psoriázy (PASI) aspoň 12.
2. Predpoklad terapeutickú anamnézy – zlyhanie predchádzajúcej systémovej liečby či fototerapie.

Biologiká sú látky, ktoré blokujú imunitný systém len na určitom kroku. Sú vysoko účinné a hlavne z dlhodobého hľadiska sú bezpečnejšie ako systémová liečba. Biologiká sú

veľmi drahé a poisťovne ich schvaľujú len vtedy, ak už boli vyčerpané všetky možnosti systémovej liečby či fototerapie. Pred liečbou musí pacient absolvovať doporučené vyšetrenia – zubné, krčné, u žien gynekologické, u mužov urologické, krvné testy, základnú biochémiu, hematológiu, HBsAg, HCV, HIV,TPHA a hlavne pľúcne vyšetrenie na vylúčenie TBC. Odoberá sa krv na Quantiferónov test.

Na našej klinike sa na liečbu stredne ťažkej a ťažkej ložiskovej psoriázy používajú prípravky:

- alefacept (Amevive),
- etanercept (Enbrel),
- infliximab (Remicade),
- adalimumab (Humira),
- ustekinumab (Stelara).

V nasledujúcej tabuľke je prehľad o počte pacientov a frekvenciách aplikácií biologik v našej ambulancii.

Aplikované biologikum	Aplikácia	Frekvencia	Dávka	Počet pacientov
Stelara (ustekinumab)	s.c.	1- krát za 12 týždňov (1-4-12)	40 mg /100 kg	21
Enbrel (etanercept)	s.c.	1- krát týždenne	50 mg	6
Remicade (infliximab)	i.v. infúzia	1. - 2. - 6. týždeň (á 8 týždňov)	3-10 mg/kg	2
Humira (adalimumab)	s.c.	1 - krát (á 2 týždne)	40 mg	118/10

Hodnoty v tabuľke sú ku dňu 20.10. 2014. Pri biologiku (Humira) za lomkou je počet pacientov, ktorým sa aplikuje biologická liečba pri ochorení na hydradenitídu.



Sestra v ambulancii biologickej liečby okrem edukácii pacientov o spôsobe používania emoliencií vykonáva aj iné činnosti. Predovšetkým edie dokumentáciu o biologikách, má na starosti

objednávanie pacientov a celkový dispenzár. Jej ošetrovateľská starostlivosť zahŕňa aj odbery biologického

materiálu, sledovanie vitálnych hodnôt, aplikáciu všetkých druhov injekcií a na lôžkovej časti vedúca sestra pod vedením lekára aplikuje infúziu biologickú liečbu. Ďalej je sestra v ambulancii zodpovedná za nácvik aplikácie subkutánnych injekcií, aplikáciu lokálnej liečby vrátane balneoterapie počas ambulantných hodín a komplexné odborné poradenstvo.

Na obrázku je jeden príklad z úspešného zvládnutia ochorenia vďaka biologiku.



Literatúra

1. Hegyi, E., Hegyi, V.: Dermatovenerologická propedeutika. Medicina Crrectiva – Bratislava, 1997, s. 145 – 179. ISBN 80-967751-0-3.
2. Niedner, R., Adler, Y.: Kožní choroby – kapesní obrazový atlas. Triton – Praha, 2005, s. 191, 274. ISBN 80-7254-734-8.
3. Pěč, J., Martinásková, K., Urbanček, S.: Systémová liečba psoriázy u dospelých. Beriss – Martin, 2010, s. 154. ISBN 978-80-223-2795-4.

Aktivity patientskeho poradenského centra (Activities of Patients Counselling Centres)

Cetkovská, M.

Bodkáčik – združenie pre rodiny, deti a mládež s kožným ochorením SR
Spoločnosť psoriatickov a atopikov SR

Súhrn

V príspevku sa poukazuje na význam patientskych poradenských centier pri ochorení kože a medializovanie chronických kožných ochorení, hlavne na skvalitnenie podpory pacientov od širokej verejnosti, dôležitosť spoločných aktivít, vzniku poradenských liniek a zlepšenie spolupráce v regiónoch pre kožných pacientov.

Kľúčové slová: patientske organizácie, edukácia pacientov s kožným ochorením, poradenské linky pre pacientov so psoriázou

Abstract

This contribution points to the importance of the patients counselling centres for skin diseases and medialization chronic skin diseases, mainly to improve the support of patients from the general public. The importance of joint activities, the formation of advisory, helplines and the improvement of cooperation in the regions for the skin patients are also discussed.

Keywords: patients organisations, education of patients with skin diseases, advisory helplines for patients with psoriasis



V rámci aktivít patientskych organizácií SPaA SR a Bodkáčik pôsobiacich na Slovensku sú vyvíjané aktivity hlavne smerom k verejnosti a k samotnej edukácii pacientov s kožným ochorením.

Cieľom aktivít je podporovať skvalitnenie a modernizáciu liečby chronických kožných pacientov v SR, edukovať a zlepšiť postoj pacientov k liečbe, k dodržiavaniu liečebných postupov a zlepšeni postoja k sebe samému. Dôležitou úlohou je odstránenie stigmatizácie a diskriminácie pacientov s chronickým kožným ochorením (psoriáza, ekzém, akné, ichtyóza) v pracovnom zaradení a v postojoch verejnosti, okolia.

Podľa posledných zistení je známe, že v SR sa lieči len tretina psoriatickov. Podľa posledných prieskumov bolo zistené, že 77% respondentov (z 5000 opýtaných) zažilo stigmatizáciu a 65% respondentov priznalo, že boli kvôli kožnému ochoreniu (psoriáze) diskriminovaní. Najviac je to v oblasti práce a spoločenských aktivít. Dôležitú úlohu podpory patientskeho poradenského centra zohráva aj presadzovanie legislatívy v oblasti sociálnej kompenzácie a podpora rodiny.

Existujú patientske poradenské web stránky (www.spae.sk, www.bodkacik.sk). Taktiež v spolupráci s patientskymi organizáciami vznikli poradenské linky, kde sa pacienti majú možnosť dozvedieť viac o svojom ochorení, dostanú odpovede od lekárov, sociálne a právne poradenstvo. Realizovali sme projekty ako napr. „Škola psoriatika a atopika“, „Psoriáza – liečba – nádej“, „Už viem ako“, „Psoriáza – téma, o ktorej

sa hovorí“, edukačný cyklus prednášok pre kaderničky, kozmetičky, wellness pracovníkov o kožných ochoreniach a prístupe k takto postihnutým jedincem, účasť na výstave Non Handicap. Za podpory ďalších subjektov a v spolupráci s lekármi a dermatologickými sestrami sa realizovali bezplatné poradne k SDP, prednáškové bloky pre verejnosť, Deň kože – dotyk, Deň otvorených dverí v centrách biologickej liečby a iné.



Za úspechy považujeme ocenenie SPaA SR Humanitou radou SR, vyhlásenie WHO o začlenení psoriázy medzi závažné ochorenia a to, že sa o kožných ochoreniach (dermatológii) začalo hovoriť.

V čom vidíme rezervy? V zlepšení spolupráce v regiónoch, kde nie sú patientske kluby, v regionálnej edukácii pacientov. Je potrebné zväčšiť informovanosť v ambulanciách, že existujú patientske organizácie a že sa robia rôzne spoločné projekty.



Zistili sme, že si pacienti nepamätajú názvy mastí a liekov, nevhodne ich striedajú, nevedia, čo si aplikujú, prerušujú liečbu. Dôsledkom toho sú neželané interakcie, zlyhanie liečby, nedosiahnutie výsledku ani z jednej strany. Ďalšie zistenia viedli k tomu, že dermatologickí pacienti nechcú vystupovať v roli psychicky labilných, že problémom je pre nich obliekanie a kúpanie sa na kúpaliskách. Dôležité je pre nich pracovné zaradenie, spoločenský život, eliminovať



zvýšené výdaje na liečbu (masti a prádlo), akceptácia, perspektíva a mnoho ďalších.

V roku 2014 k SDP bol spustený prieskum u pacientov. Cieľom prieskumu je zmapovať problémy, s ktorými sa stretávajú kožní pacienti, spokojnosť a dostupnosť liečby v SR. Výsledky budú použité k presadzovaniu záujmov ľudí s kožným ochorením v SR, pre občianske združenie, ktoré háji záujmy pacientov.

Literatúra

www.spae.sk

www.bodkacik.sk

POKYNY PRE AUTOROV

Autor sa odovzdaním rukopisu zaväzuje dodržať všetky podmienky pri uverejňovaní prác v časopise.

K práci treba pripojiť vyhlásenie, že práca nebola doteraz publikovaná, ani zadaná do tlače u nás, ani v zahraničí a že autor rešpektuje všetky princípy autorského zákona.

Požiadavky na rukopisy

Celý rukopis vrátane príloh musí byť k dispozícii v elektronickej podobe.

Textová časť rukopisu musí byť spracovaná pomocou textového editoru Microsoft Word (verzia Microsoft Office 2000 až 2006) bez rozdeľovania slov a automatických odkazov. Pokiaľ sú v dokumente používané špeciálne fonty (typy písma), je nutné dodať tieto vo formáte OTP resp. TTF. Táto podmienka platí aj pre grafy a tabuľky. Textový súbor je pomenovaný tak, aby nemohlo dôjsť k zámene, napr. priezvisko autora, kľúčovým slovom z názvu a označením textu (bez diakritiky): „Horakova_Crohn_text.doc“. Používajte riadkovanie 2 na textovú časť vrátane legendy, je odporúčané písmo Times New Roman veľkosti 12, šírka textu 15 cm. Každý oddiel začínajte na novej strane. V rámci celého rukopisu číslojte strany, počiatočná strana je titulná. Číslo strany uvádzajte na konci stránky dole uprostred. Zachovajte poradie: titulná strana vrátane poďakovania, súhrn a kľúčové slová, vlastný text, prehľad literatúry.

Tabuľky môžu byť vytvorené pomocou Microsoft Word (prípadne iného tabuľkového editoru, napr. MS Excel) formou samostatného súboru, ktorý je možno editovať, nie však needitovateľný súbor (bmp, jpg a pod.). Obdobné grafy zasielajte v editovateľnej podobe, napr. vo formáte MS Excel. Každú tabuľku a graf uveďte na samostatnej strane, číslojte ich podľa poradia, v akom sú po prvý krát citované v texte, a ku každej tabuľke a grafu doplňte stručný popis. Vysvetlivky umiestnite naspodok tabuľky, nie v záhlaví. Zároveň vysvetlite všetky skratky, ktoré boli v každej tabuľke alebo grafe použité. Overte si, či sú každá tabuľka a graf citované v texte. Súbor nazvite podobne ako text: („Horakova_Crohn_tabuľky.doc“).

Obrazové prílohy odosielajte v elektronickej podobe vo formáte „tiff“, „eps“ alebo „jpg“, číslojte v poradí, v akom sú citované v texte, ukladajte jednotlivo ako samostatné súbory na pamäťové médium (optimálne CD) a označte obdobne ako text a tabuľky („Horakova_Crohn_obr./jpg.“). Overte si, či je každý obrázok citovaný v texte.

Obrázky je treba dodať v potrebnom tlačovom rozlíšení 300 dpi, obrázok v šírke jedného stĺpca v časopise musí mať minimálnu šírku 1200 pixelov (95 mm).

Dodržujte prosím zadané technické parametre, vyhnite sa tak nevyhnutnému dopĺňovaniu informácií.

Legendy k obrazovým prílohám dodávajte ako samostatný súbor MS Word, pomenujte analogicky ako text („Horakova_Crohn_legendy.doc.“). Pokiaľ boli k popisu častí obrázku použité symboly, šípky, číslice alebo písmená, vysvetlite ich v legende.

Používajte len štandardné skratky. Vyvarujte sa skratkám v nadpise, v súhrne a v kľúčových slovách. Plný názov musí predchádzať prvému použitiu skratky – s výnimkou štandardnej skratky mernej jednotky. Používajte jednotné skratky vychádzajúce zo slovenských alebo anglických názvov.

Každé cudzojazyčné slovo (okrem latinského) musí byť vysvetlené slovensky, príp. latinsky.

Príprava rukopisu

Text pôvodnej práce sa rozdeľuje do oddielov: úvod, materiál a metodika, výsledky, diskusia. Pri dlhých článkoch môžu byť na sprehľadnenie použité podnadpisy (predovšetkým v oddieloch výsledky a diskusia). Iné typy článkov, ako napr. editoriál, prehľadný referát, krátke oznámenia a kazuistiky vyžadujú iné členenie.

Názov

Musí byť výstižný a stručný, optimálne v rozsahu 5 – 6 slov. Ak ide o kazuistiku, je vhodné to uviesť v názve.

Titulná strana

Titulná strana musí obsahovať (1) stručný a výstižný názov článku, (2) skratku krstného mena a priezviska autora alebo autorov, (3) názov a sídlo pracoviska, odkiaľ práca pochádza (na prvé miesto uvádzajte lekársku fakultu, potom FN), (4) meno a adresu autora zodpovedného za korešpondenciu týkajúcu sa rukopisu (vrátane e-mailovej adresy), (5) uvedenie zdrojov podpory formou poskytnutých grantov, prístrojového vybavenia alebo liekov a poďakovanie súkromným osobám.

Súhrn a kľúčové slová

Druhá strana má obsahovať súhrn (nie dlhší ako 150 slov pri neštrukturovanom súhrne a 250 slov pri štrukturovanom súhrne, ktorý je vyžadovaný pri Pôvodných prácach). Súhrn musí zoznámiť s cieľom štúdie, základnými postupmi, hlavnými zistenými faktami (pokiaľ možno, uvádzajte konkrétne údaje a ich štatistickú signifikáciu) a so základnými závermi. Musí zdôrazniť nové a dôležité aspekty práce. Štrukturovaný súhrn musí obsahovať nasledujúce súčasti: Cieľ, Súbor a metodika, Výsledky, Závěry. Pod súhrnom autor uvedie 3 – 10 kľúčových slov alebo krátkych slovných spojení. Redakcia uvíta, ak autori poskytnú i kvalitnú anglickú verziu súhrnu. Pokiaľ sa v abstrakte vyskytujú špecializované a neobvyklé výrazy, je vhodné uviesť v slovenskej verzii abstraktu, v zátvorke anglický termín (pokiaľ je autorovi známy). V súhrne ani v kľúčových slovách nepoužívajte skratky.

Text článku

- dajte pozor na automatické prepisovanie textu (zvlášť pri cudzích slovách a menách)
- pokiaľ v texte upozorňujete na prácu, ktorú napísalo viacero autorov, vkladajte et al (napr. Autori Pec et al po prvýkrát popísali ...)
- pokiaľ končíte písanie odstavca, nezakončíte riadok medzerou

- číslovky do 10 vypisujte slovom, nad 10 číslom
- nepoužívajte automatické odkazy (na tabuľky, obrázky, literatúru)

Literatúra

Literárne odkazy musia byť číslované v poradí, v akom boli po prvýkrát zmienené v texte. Odkazy uvádzajte v texte, tabuľkách a legende arabskými číslicami v hranatej zátvorke [1], viac zdrojov oddeľujte čiarkou, s medzerou [3, 26] alebo [25-27]. V texte je treba uviesť všetky odkazy na literatúru. Literárne odkazy uvádzané len v tabuľkách alebo legendách k obrázkom sa čísloujú v závislosti na poradí, kedy sa odkaz na príslušnú tabuľku alebo obrázok objaví po prvýkrát v texte. Literárne odkazy píše pomocou nižšie uvedeného vzoru. Názvy časopisov sa skracujú podľa štýlu použitého v Index Medicus. Tento zoznam môžete získať na webovej adrese (<http://www.nlm.nih.gov/>). Vyvarujte sa odkazom na abstrakty. Odkazy na prijaté, ale dosiaľ nevytlačené práce musia byť označené „v tlači“, autori musia získať písomné povolenie k citácii takejto práci, a ďalej overenie, že práca bola skutočne prijatá na publikáciu. Informácie z ponúknutých, ale dosiaľ neakceptovaných rukopisov musia byť v texte citované ako „nepublikovaný oznam“, a to s písomným súhlasom zdroja. Vyvarujte sa citáciám osobných oznamov, pokiaľ nie sú jediným zdrojom dôležitej informácie, ktorú nie je možné získať z iných verejných zdrojov - v tomto prípade uveďte v texte v zátvorke meno osoby a dátum odkazu. Na vedecké odkazy musia autori získať písomný súhlas a overenie správnosti od zdroja osobného odkazu.

Články v časopisoch

Štandardný článok v časopise

1. Vega, K.J., Pina, I., Krevsky, B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996, 124(11): s. 980-983.

Viac ako 3 autori – uveďte prvých 3 autorov, nasledovaných et al.

2. Parkin, D.M., Clayton, D., Black, R.J. et al. Childhood–leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996, 73(8): s. 1006-1012.

Organizácia ako autor

3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996, 164(5): s. 282-284.

Články prijaté do tlače

4. Leshner, A. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Knihy a iné monografie

Osoba/y ako autor/i

5. Ringsven, M.K., Bond, D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY), Delmar Publishers 1996.

Kapitola v knihe

6. Phillips, S.J., Whisnant, J.P. Hypertension and stroke. In: Laragh, J.H., Brenner, B.M. (eds). Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press 1995: s. 465-478.

Zborník z konferencie

7. Kimura, J., Shibasaki, H. (eds). Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology: 1995 Oct 15-19, Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier 1996.

Elektronický materiál

Časopisecký článok v elektronickom formáte

8. Morse, S.S. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* /serial online/1995 Jan-Mar /cited 1996 Jun 5/: 1(): /24 screens/. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

K textu je vhodné pridať stručný životopis a fotografiu prvého autora. Korektúry musia byť vrátené späť na adresu redakcie do troch dní, inak bude článok schválený a podpísaný k tlači len vedúcim redaktorom.

Pozn.: časopis bude uverejňovať aj články v českom jazyku, recenzované, v ich pôvodnom rozsahu.

LIEČBA DERMATOVENEROLOGICKÝCH OCHORENÍ

periodikum z odboru dermatovenerológie a príbuzných odborov
z oblasti lekárskeho vied

EV 4783/13