

Moderní léčba ran je týmová práce

Léčba chronické rány jde napříč obory i napříč zdravotnickými profesemi. Vždy však jde o týmovou záležitost. Už jen proto, že se jen málokdy jedná pouze o léčbu lokální, ale většinou o terapii celkovou. Základními členy takového týmu jsou lékaři, a to jak odborní, tak praktik (kteří musejí dle potřeby spolupracovat), a dále pak zdravotní sestra, ať už z nemocniční ambulance či sestry od praktického lékaře, z lůžkového zařízení nebo domácí péče.

Zdravotní sestry jsou mnohdy velmi vzdělané v použití moderních terapeutických ob vazů. Řada z nich má o těchto materiálech větší přehled než lékaři a rády tyto své vědomosti upotřebí. Lékaři, zejména některých odborností, bývají rezistentní zejména proto, že v něčem byli vzděláni a původní postupy používají často s efektem řadu let. Nové poznatky o léčbě rány mají na okraji svých terapeutických potřeb. Dnes se v oblasti léčby ran novými postupy vzdělávají a s využitím nových terapeutických krytí se seznamují zejména mladší lékaři.

Kdo se chce léčbě ran věnovat, měl by ji sám vést a sledovat v čase. Takovou kontinuitu a koherentní přístup je velmi těžké dodržet například na běžných chirurgických ambulancích, kde se lékaři často střídají a pacienta vidí vždy někdo jiný, přičemž každý preferuje jiný postup.

Některé lékaře se rádi omezí na pokyn: „Tak na to, sestřičko, něco dejte!“ Poněkud alibistické tvrzení „Moje sestra má na to kurs“ však neobstojí. Takové jednorázové školení (zejména pokud je jediné) nemůže poskytnout více než informaci, že existují moderní materiály k léčbě ran, a motivovat zdravotní sestru dál se této problematice věnovat. Kvalitu a tím i kompetence v této oblasti nelze získat jinak než dlouhodobou praxí. A to ještě za předpokladu, že má sestra zpětnou vazbu svého rozhodování, eventuálně i možnost konzultace se zkušenějším odborníkem. Rány totiž lze při nesprávných postupech léčit zbytečně dlouho, případně nezhojit. Riziko poškození pacienta volbou nevhodného krytí je totiž velmi reálné. Stačí třeba špatně vyhodnotit možnou přítomnost infekce. Lékař samozřejmě nemusí vidět každý převaz. Pokud má vedle sebe edukovanou a zkušenou sestru, může fungovat jako konzultant. Moudrá sestra jej včas upozorní, že něco není v pořádku. Střední zdravotnický personál však jen těžko může znát všechny důvody a souvislosti, proč rána stagnuje, případně se horší. Není úkolem sester vyhodnocovat například hodnoty CRP, parametry koagulace, přítomnost anémie, míru kompenzace

diabetu nebo negativní vliv medikace, například kortikosteroidů. Velmi častou příčinou neuspokojivého vývoje rány je nedostatečná výživa. Proto může být platným členem týmu i nutriční terapeut, který dokáže pomoci tam, kde ostatní zdravotníci nejsou schopni nutriční stav zhodnotit, a v případě potřeby adekvátně zasáhnout. Do nutriční intervence, např. for-

mou sippingu, je vhodné zainteresovat rodinu. Nadějně nyní vypadá i podpora léčby rány pomocí nových nutričních přípravků s argininem.

U chronické rány je zapojení rodiny a pacienta do terapeutického procesu předpokladem úspěchu. Proto blízké pacienta při převazu nenecháváme za dveřmi, ale aktivně s nimi spolupracujeme. Při edukaci samotnému nemocnému a jeho blízkým vysvětlujeme, co a proč děláme a jak se mohou do léčby defektu zapojit. Podle naší zkušenosti se i laici naučí uspokojivě pracovat se zvoleným terapeutickým materiálem a po edukaci dokážou rozpoznat, že je například v ráně infekce a včas změni krytí za antiseptický ob vaz

či ob vaz s aktivním uhlím. Pacienta potom dopraví dříve k odbornému ošetření. Je však nutné rozumně korigovat očekávání rodiny a pacienta, kteří často předpokládají, že rána zcela zmizí v řádu dnů či týdnů. Upozorňujeme, že ne všechny chronické defekty se z nejruznějších příčin dají zhojit.

Praktici jsou demotivováni

Ze zkušenosti víme, že během hospitalizace se rána ovlivňuje mnohem lépe, už jen proto, že pokud máme pacienta pod kontrolou, můžeme být při volbě vhodné taktiky a strategie léčby odvážnější. Vyrhne-li nemocného z jeho stereotypů, zklidní se. Těžko však můžeme každého

pacienta s chronickou ránou hospitalizovat. Nezastupitelnou roli proto mají praktičtí lékaři. Získat je pro spolupráci není vždy snadné, protože jsou nyní kvůli různým restriktivním opatřením demotivováni, aby se v této oblasti angažovali. Velké procento praktických lékařů pracovalo s moderním krytím minimálně anebo vůbec. Ti, co se s některými typy už pracovat naučili, mají nyní kvůli tzv. úsporným opatřením z jejich preskripce velké obavy.

Ze stejných důvodů se často omezuje využití domácí péče, protože i ta spadá do indukované péče. Opět se zdá, že prospěch pacienta není to nejdůležitější. Hrozí stav, že starými postupy dojde k petrifikační řadě defektů, které tak budou přetrvávat roky, takže v konečném důsledku povedou tzv. úsporná opatření k výraznému prodražení léčby.

Pokud je praktický lékař ochoten potřebné materiály předepisovat a pacienta v tomto směru vést, je možné spojit jeho síly s možnostmi specializovaného pracoviště. Spolupráce znamená přínos i z jiného důvodu. Tím je menší spektrum pacientů v ordinaci praktického lékaře, které není zárukou jeho dostatečné erudice. Specializované pracoviště je vlastně konglomerát odborníků z nejruznějších oborů, kteří podle potřeby úzce spolupracují. Je výhodou mít v týmu kromě lékaře a jeho sestry, kteří léčbu defektu sami vedou a jejich odbornost může být různá (internista, geriatr, dermatolog atd.), také šikovného chirurga nebo ortopeda, kteří však budou volit amputaci až tehdy, je-li to opravdu nezbytné. Přínosem je i cévní chirurg, který se snaží o ovlivnění cévního zásobení postiženého místa. Invazivní rentgenolog zase může v určitých případech pomoci perkutánní transluminální angioplastikou ovlivnit prokrvení. Stejně tak zákrok plastického chirurga často urychlí terapeutický proces a například u dekubitů ochrnutých pacientů patří metody plastické chirurgie k základním postupům. Dermatolog je nezastupitelný v diferenciální diagnostice. U pacientů s diabetem je vhodné začlenit do týmu především erudovaného podiatra. Léčba ran, a to zejména chronických, vyžaduje opravdu v řadě případů multioborovou spolupráci, díky níž dokážeme většinu kožních defektů vyřešit.

MUDr. Ivo Bureš,
primář Geriatrického centra
Krajské nemocnice Pardubice

Na akutní ošetření svalů a kloubů

- působí proti únavě svalů a kloubů
- podporuje regeneraci po sportovním výkonu
- velmi dobře a jednoduše se aplikuje
- okamžitě působí chladivým a otok tlumícím efektem
- u pohmožděnin umožňuje rychlý ústup bolesti
- alkohol a éterické oleje dodávají přípravku příjemnou vůni



Přípravek pro zmírnění pocitu únavy svalů a kloubů a pro urychlení regenerace po fyzické zátěži.

od 1. 7. 2004
částečně hrazeno
zdravotními
pojišťovnami

Arnidol®

s arnikou a alkoholem spray

HARRAS
PHARMA

Výhradní zastoupení
a distribuce v ČR:

IBI spol. s r.o.

Senovážné nám. 5, 110 00 Praha 1, Tel.: 281 028 230-1, fax: 281 028 232, e-mail: ibi@ibi.cz



O vhodném použití přípravku se poraďte se svým lékařem či lékárníkem. Arnidol® obdržíte v každé lékárně i bez lékařského předpisu.

Bez trpělivosti se neobejdeme

I když při léčbě chronických ran jde jen málokdy bezprostředně o život, nesprávným postupem je možné pacienta výrazně poškodit. O příklad nejčastějších chyb při hojení ran požádala MT místopředsedu České společnosti pro léčbu rány MUDr. Ivo Bureše, primáře Geriatrického centra Krajské nemocnice Pardubice.

Za základní chybu považují především stále opomíjení nejnovějších poznatků v problematice léčby ran, zejména z oblasti vlhké terapie. Mnohdy je to stejné, jako bychom léčili infarkt myokardu třítydenním klidem na lůžku, jako se to dělalo před třiceti lety. Nikdo nepochybuje o tom, že dnes by to byl přístup „non lege artis“. To, že se v léčbě ran používají převážně staré, překonané postupy, ale řadě lékařů nevádí. Nelze však kategoricky tvrdit, že staré postupy při léčbě defektů jsou úplně špatné. I když minimálně, v některých případech je používáme přece. Existuje mnoho studií, které jasně poukazují na efekt léčby moderními terapeutickými ob vazy. Dochází k rychlejšímu zhojení defektů, pacient je méně traumatizován. Vždyť převazu například s gázou často bolí. Ta totiž rychle zarůstá do nové granulační tkáně. Při sundávání tak potom novou

tkáň traumatizujeme a poškozujeme a tím prodlužujeme hojení. Navíc se podle některých studií při sundávání gázy do okolí uvolňuje i aerosol s patogenními mikroorganismy, což má jistě vliv na vzrůstající riziko výskytu nosokomiální infekce. Často se objevuje otázka ekonomického benefitu moderní léčby. U nových materiálů je větší šance, že se defekty zhojí rychleji, a tak je z celkového pohledu nakonec terapie většinou levnější, i když v daném okamžiku aplikace jsou moderní prostředky obvykle dražší.

Genciánová violet na ránu nepatří
Další časté chyby se vyskytují v oblasti používání oplachových roztoků a roztoků k obkladům zaměřených proti infekci. Naši zdravotníci běžně používají roztoky chloraminu, persterilu nebo rivanolu.

Provádějí oplach defektů peroxidem vodíku. Přitom už je prokázáno, že některé tyto přípravky se inaktivují, jakmile přijdou do kontaktu s biologickou hmotou, jiné jsou cytotoxické a novou tkáň naruší. U hojně používaných jodových preparátů se udává, že po jejich aplikaci dochází k prodlouženému hojení a hovoří se o možné toxicitě zejména u ob vazů a antiseptik s elementárním jódem.

Moderní forma těchto látek, povidonjód, je účinným antiseptikem a není pochyb o efektu tohoto roztoku při přípravě kůže před operačním zákrokem. Co se týče léčby ran, zde už se objevují rozporuplné názory. Roztok má jistě velmi široký antiseptický záběr, ale podle některých studií prodlužuje hojení oproti kontrolní skupině a má tendenci k vysušování spodiny defektu. Proto by nemělo být toto dobré antiseptické krytí aplikováno dlouhodobě.

Na trhu je již několik antiseptických roztoků k ošetřování ran, které nemají mít cytotoxický účinek na nově se tvořící tkáň a svým spektrem pokryjí většinu patogenů, jak bakterií, tak virů. Jejich aplikace je ne-

bolestivá, dají se používat dlouhodobě, dochází k rychlému ústupu zápachu, jsou dermatologicky neškodné a lze je kombinovat s moderním terapeutickým krytím.

Je potřeba si ale uvědomit, že opláchnutí defektu je krátkodobá činnost a antiseptika nemohou mít žádoucí efekt. Proto by se měly defekty, kde je patrná infekce nebo obraz kritické kolonizace, těmito antiseptiky obkládat alespoň na 10 až 15 minut. Tyto roztoky lze využít i k laváním dlouhodobým vlhkým obkladům.

Stále se setkáváme s užíváním genciánové violety při léčbě ran. Přitom se ví, že tato látka je prokazatelně kancerogenní a v žádném případě by se neměla dostat do rány či na sliznici. Lze ji použít snad jen pro vyznačení místa zásahu na neporušené kůži.

Klid léčí rány

Většina lékařů je naučena, že musí ránu denně vidět. Je potřeba si ale uvědomit, že každé sundání ob vazy, a to zejména tam, kde jsou hojivé procesy již navozeny, vede k jejich zpomalení až zastavení a trvá ně-

kolik hodin, než se stav opět obnoví. A právě moderní krytí umožňuje rány poskytnout potřebný klid. Navíc u moderních terapeutických ob vazů jde o zbytečné plýtvání. Naopak prodlužování doby od převazu k převazu při patrném terapeutickém efektu vede k zlevnění terapie.

Kdo nemá trpělivost, neměl by se do léčby ran vůbec pouštět. Ani od moderních materiálů nelze očekávat zhojení pětiletého defektu v řádu několika týdnů. Pokud se nedaří defekt hojit, není vhodné trvat na zvoleném postupu a je potřeba zvážít, zdali se nejedná o jinou etiologii, než jsme se původně domnívali. Pozor na přechod dlouhodobých defektů do malignity, což také není zvláštností.

Péče o ránu neznamená jen správnou volbu primárního krytí, ale je potřeba věnovat stejnou pozornost i péči o pokožku v okolí rány, fixaci ob vazy a sekundárnímu krytí.

Problémů je určitě celá řada a je to věcí diskuse a další edukace, o kterou se jako společnost snažíme. Jsme rádi, že je již patrný zájem o moderní přístupy k léčbě ran. I proto pořádáme společně s Evropskou asociací pro léčbu ran (EWMA) v České republice v květnu 2006 v Praze evropský kongres. Další informace najdete na: www.ewma.org/ewma2006. **lon**