



X. INTERAKTIVNÍ KONFERENCE
HOJENÍ RAN V BRNĚ

SBORNÍK ABSTRAKT

19. října 2016

Výstaviště Brno
Administrativní budova,
sál 102, 103

BVV



Veletřhy
Brno

X. INTERAKTIVNÍ KONFERENCE HOJENÍ RAN V BRNĚ

19. října 2016, Výstaviště Brno

Nakladatel:

Veletrhy Brno, a.s.
Výstaviště 405/1
603 00 Brno

Pro Veletrhy Brno, a.s., vydala:

EXPO DATA spol. s r.o.

Grafická úprava, sazba, zlom:

EXPO DATA spol. s r.o.

Vydavatel nenes odpovědnost za údaje a názory autorů.
Do sborníku abstrakt nemohla být zařazena abstrakta prací, která nebyla redakci dodána do redakční uzávěrky.

ISBN 978-80-88170-00-6



POŘADATELÉ:

Česká společnost pro léčbu rány



I. chirurgická klinika LF MU
a FN u sv. Anny v Brně



ORGANIZAČNÍ VÝBOR:

MUDr. Ivo Bureš, předseda ČSLR
Doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
MUDr. Dominika Diamantová
Mgr. Lenka Šeflová

Doc. MUDr. Lenka Veverková, Ph.D.,
vědecký sekretář

ZÁŠTITA:

MUDr. Martin Pavlík, Ph.D., EDIC, DESA, ředitel FN u sv. Anny Brno
PhDr. Martina Šochmanová, MBA, prezidentka České asociace sester
Mgr. Jana Zvěřinová, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, FN u sv. Anny

PARTNEŘI

Generální partner:



Hlavní partneři:





Dámy a pánové,

dovolte mi Vás opět po roce přivítat na brněnském výstavišti na JUBILEJNÍM X. ročníku interaktivního symposia zaměřeného na multidisciplinární přístupy v komplexní léčbě ran pořádané Českou společností pro léčbu rány.

Motto letošního setkání zní „Multidisciplinární přístupy v komplexní léčbě ran u onkologicky nemocného pacienta“

Smyslem již X. ročníku interaktivního symposia je podívat se na problematiku defektů v paliativní péči pacienta z komplexního hlediska.

Na předchozích akcích jsme se setkávali i s názorem, že není důležité, jak rána vypadá, a že stačí použít jakékoli krytí. To samozřejmě není správný přístup k léčbě defektů. Jedná se o velmi složitý problém, zejména uvážíme-li, že je v současnosti na trhu obrovská záplava krycích materiálů a je poměrně obtížné se ve všech prostředcích dokonale vyznat.

Pokud je špatně zhodnocen celkový stav pacienta i rána, pak může být použit skvělý prostředek na hojení ran, který nebude v daném případě fungovat. Naopak bude-li dobře pojmenován problém, je zahájena správná léčba a je aplikován správný prostředek na hojení ran, s výsledkem bude spokojen pacient i ošetřující personál. Dovolím si zdůraznit, že vše závisí především na dobrém zhodnocení celkového stavu pacienta, příčin vzniku a odečtení rány. Pak teprve lze udělat vše pro zlepšení kvality života nemocného.

Proto jsme se zaměřili na prohloubení znalostí a porozumění principu hojení ran a především pak na správné a přesné charakterizování problému.

Je nutné prohlubovat znalosti a zavést doporučení jednotlivých pracovních skupin do praxe. Výživa onkologicky nemocných je mnohdy opředena mýty i omyly a právě proto je zařazena do našeho symposia jako nosné téma.

Smyslem našeho symposia je poukázat na nutnost souhrnného hodnocení pacienta, které přihlíží k poškození tkáně, přidruženým onemocněním, aktuálnímu fyzickému a psychickému stavu pacienta. Problém je samozřejmě i v tom, že každý pacient je polymorbidní, proto musíme řešit celou řadu dalších symptomů. A právě proto je důležitý multioborový přístup, kdy každý specialista výraznou měrou přispěje k úspěšné léčbě pacienta.

Pevně věříme, že účast na interaktivním symposiu bude významným přínosem pro Vaši práci.

Doc. MUDr. Lenka Veverková, Ph.D.



ODBORNÝ PROGRAM

- 8.00–9.00 Registrace
- 9.00–9.10 ZAHÁJENÍ A PROSLOV ZÁSTUPCE PREZÍDIA ČESKÉ ASOCIACE SESTER**
- 9.10–9.35 Epidemiologie nádorových onemocnění v České republice
- 9.35–10.00 Tumory ve vředech
- 10.00–10.15 Wound Management v paliativní péči – kazuistika
- 10.15–10.30 COFFEE BREAK**
- 10.30–10.45 Rány a onkologický pacient
- 10.45–11.10 Malnutrice a nehojící se rána – neoddělitelný problém
- 11.10–11.35 Nutriční podpora v algoritmu léčby chronických ran
- 11.35–12.00 Naše zkušenosti s domácí parenterální výživou
- 12.00–12.15 Komplikace PEG
- 12.15–12.30 Management léčby funginozních ran
- 12.30–12.45 Zhodnocení dopoledního bloku a novinky hojení ran
- 12.45–13.30 OBĚD**
- 13.30–13.55 Postradiační dermatitidy
- 13.55–14.20 Prevence postradiační dermatitidy
- 14.20–14.35 Prevencia radiačnej dermatitidy – naše prvé skúsenosti s mepitel filmom
- 14.35–14.50 COFFEE BREAK**
- 14.50–15.05 Zhodnocení odpoledního bloku a novinky hojení ran
- 15.05–15.20 Nové lymfoterapeutické trendy při hojení ran v onkologické problematice prsu
- 15.20–16.00 Závěr konference



EPIDEMIOLOGIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Přednášející

J. Mužík¹, A. Pokorná²

¹ Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty MU, Brno

² Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta MU, Brno

Úvod a metodika: Klíčovým zdrojem údajů pro sledování výskytu novotvarů v české populaci je Národní onkologický registr ČR (NOR). Hlášení nádorových onemocnění do registru je, dle platné legislativy, povinné a za období 1977–2013 obsahuje NOR již více než 2,1 milionu záznamů. Svým celopopulačním charakterem i dostupným časovým obdobím se NOR řadí mezi několik málo unikátních databází nejen v evropském, ale i celosvětovém měřítku a umožňuje hodnotit epidemiologii, diagnostiku i výsledky léčby nádorových onemocnění v dlouhodobém horizontu na národní i regionální úrovni.

Výsledky: Incidence nádorových onemocnění v České republice dlouhodobě roste a na této situaci se podílí více faktorů. Jedním z hlavních vlivů je zejména stárnutí populace, výrazný podíl má u řady diagnóz též zlepšující se diagnostika. Významnou roli sehrává také úspěšná léčba onkologických pacientů, což na jedné straně stabilizuje či dokonce snižuje mortalitu na zhoubné nádory, na straně druhé se v populaci zvyšují počty osob s již dříve diagnostikovaným nádorovým onemocněním, u nichž existuje vyšší pravděpodobnost vzniku dalších novotvarů.

Kromě nejčtenějších zhoubných novotvarů (ZN), kterými jsou nemelanomové kožní nádory (dg. C44), byl v letech 2009–2013 v české populaci zaznamenán nejčastěji výskyt ZN tlustého střeva a konečníku (dg. C18-C20, 8195 ročně), dále ZN prostaty (dg. C61, 6812 ročně), ZN prsu (dg. C50) u žen (6704 ročně) a ZN plic (dg. C33-C34; 6527 ročně). U uvedených hlavních diagnóz stále pozorujeme velké rozdíly v zastoupení klinických stadií při diagnóze. Zatímco u ZN prsu a prostaty je téměř 80 % nádorů zachyceno v časných stadiích I a II, u nádorů tlustého střeva a konečníku je to méně než polovina a u nádorů plic jen necelých 20 %. Většina pacientů je zde tedy diagnostikována s pokročilým onemocněním, které znamená vyšší náklady a výrazně nižší naději na úspěšnou léčbu.

Data NOR jsou využívána nejen k hodnocení aktuální situace a výsledků léčby, ale také k predikování dalšího vývoje epidemiologie zhoubných novotvarů a počtu léčených onkologických pacientů a to i pro jednotlivé konkrétní terapeutické modalitty. I díky těmto údajům se následně daří zajišťovat finanční prostředky na léčbu onkologických pacientů v dostatečné výši.

Závěr: Data NOR představují klíčový zdroj informací pro českou onkologii. Díky nim můžeme nejen sledovat dlouhodobé trendy v epidemiologii nádorových onemocnění, ale též hodnotit výsledky péče o pacienty na populační úrovni a predikovat další vývoj. S ohledem na zjištěné trendy předpokládáme stále rostoucí zátěž české populace nádorovými onemocněními a této skutečnosti bude nutné přizpůsobit plánování a organizaci akutní i následné léčebné péče v České republice.



TUMORY VE VŘEDECH

Přednášející

D. Diamantová

Dermatovenerologické oddělení, Vojenská nemocnice Olomouc

Úvod: Jako vřed označujeme patologickou ztrátu tkáně, která zasahuje do dermis a která má špatnou tendenci se hojit. Vřed se vždy hojí jizvou. Vzniká z různých příčin, které vyvolaly nevratné poškození tkáně.

Metodika: Při popisu vředu se opíráme o těchto sedm kritérií. Čtyři se týkají přímo vředu (tvar, velikost, spodina, okraj vředu). Kromě toho nás zajímají projevy (citlivost, bolestivost) a hmatatelnost pulsu. Ve vředu se můžeme setkat i s tumorem. Vyznačuje se obvykle bizarním klinickým obrazem a pomalým růstem. Diagnózu stanovujeme na základě výsledku histologického vyšetření biopsie. Využívá se klasické barvení hematoxylinem-eosínem. To nám umožní rozpoznat lokalizaci, ohraničení, siluetu, vztah tumoru k epidermis, formu a uspořádání buněk, dále atypie, mitózy, diferenciaci a doprovodný zánětlivý infiltrát. Tato kritéria obvykle stačí na diagnostiku benigních a maligních tumorů. Speciální barvení PAS, dle Giemsy, barvení na mastocyty má menší význam. Imunocytologické metody se v posledních letech vyvinuly na určování směru diferenciaci relativně málo diferencovaných kožních nádorů. Tumor ve vředu může být prekanceróza nebo maligní nádor. Objasňujeme klinický nález, diagnózu a možnosti terapie.

Závěr: Autor upozorňuje na možný výskyt prekanceróz či zhoubných nádorů ve vředech.



WOUND MANAGEMENT V PALIATIVNÍ PÉČI – KAZUISTIKA

Přednášející

A. Pokorná

Katedra ošetřovatelství Lékařská fakulta MU, Brno

Úvod: Ošetřování ran na konci života pacienta (v paliativní péči) musí být založeno na pokročilých klinických znalostech, dovednostech a technologiích. Cílem péče je zmírnění negativních projevů, stabilizace stávajících ran, prevence vzniku nových ran, je-li to možné, a management symptomů pro zvýšení komfortu pacienta, jeho pohody (well being), kvality života. Klíčový je management kritických příznaků, zahrnujících krvácení, zápach, bolest, exsudát, povrchovou infekci.

Metodika: Kazuistika pacientky (nar. 1957) s exulcerujícím tumorem levé mammy diagnostikovaným za akutní hospitalizace pro frakturu levé dolní končetiny v březnu 2014. Pacientka uváděla na levém prsu otevřenou ránu již minimálně po dobu předchozích čtyř let, ale bez vyhledání odborné pomoci. Objektivní klasifikace tumoru: T4cN2M1 (skelet mnohočetně, bez viscerálních metastáz), histologicky z biopsie: invazivní karcinom NST G3 s angioinvasí, SR:ER100%, PR60%, Ki67 52%, her2 pozit. – dle scintigrafie metastázy skeletu: Th4-Th6, sternum, proximální tibia a fibula l. sin., susp. talu a dist. femuru l. sin.

Duben 2014: zahájena paliativní hormonoterapie (HT) IA Letrozol, ter. bisfosfonáty – stp. 1. aplikaci Zomety. Květen 2014: II. série paliativní radioterapie na oblast lokálně pokročilého exulcerovaného tumoru levého prsu s postižením axily, aplikovaná dávka 8x3 Gy (celkově aplikovaná dávka 13x3 Gy z obou sérií) s efektem regrese lokálního nálezu.

Přelom května a června 2014: aplikována paliativní RT na oblast páteře Th3-7 a levý bérce v celkové dávce 15 Gy.

Září 2014: extrakce části kovového materiálu v levém bérce pro osteomyelitidu na I. ORTK FNUSA.

Od dubna 2014 do září 2015 paliativní HT letrozolem + Zometa á 3 měsíce.

Září 2015: dle kontrolního scinti skeletu progresse (skelet i lymfatické uzliny – LU).

Říjen 2015: paliativní HT 2. linie – Faslodex.

Duben 2016: opakovaná scintigrafie skeletu – stabilizace onemocnění.

Květen 2016: dle CT progresse ve skeletu, LU třísla, hrudníku, patologická lymfadenopatie v levé axile. Mnohočetné metastatické infiltráty v podkoží a kůži hrudníku bilaterálně (ložiska až 4 cm) a drobná ložiska ve stěně břišní. S ohledem na celkový stav nemocné indikována symptomatická paliativní péče. Zhoršující stav pacientky a selhávání podpůrných mechanismů v rodině byly důvodem překlada do lůžkového zařízení paliativní péče (6/2016). Zde pacientka po 7 dnech umírá.

Závěr: Péče o pacienta s nevléčitelnou nehojící se ránou (nejen exulcerovaným tumorem) zahrnuje jednak péči o fyzické symptomy a také péči psychosociální. Se zvyšující se efektivitou terapeutických modalit v onkologii je předpoklad, že počet pacientů s paliativní ránou bude narůstat.



RÁNY A ONKOLOGICKÝ PACIENT

Přednášející

H. Poláková

Geriatrické centrum Pardubické nemocnice, Nemocnice Pardubického kraje a.s

V souvislosti se stoupající četností výskytu nádorových onemocnění v populaci, s narůstajícím věkem dožití a s rozvojem léčebných možností se s ranami u onkologických pacientů setkáváme ve vyšší míře než v minulosti. Jedná se o závažnou a obtížně kurabilní problematiku. Sami pacienti své rány související s onkologickým onemocněním nebo rány různé etiologie obtížně se hojící při nádorové komorbiditě mnohdy vnímají podstatně naléhavěji a vážněji než samotnou onkologickou diagnózu. Přístup k této závažné problematice vyžaduje vzájemnou spolupráci specialistů různých odborností a složek primární péče (praktický lékař, domácí terénní služby). Výsledek terapie je pochopitelně ovlivněn celkovým stavem pacienta, druhem a aktivitou nádorového procesu. Nežádka se jedná o paliativní terapii ovlivňující kvalitu života s cílem zamezit sociální deprivaci nemocných. Snížení zápachu, omezení ranné sekrece a ovlivnění bolestivosti rány jsou pro tyto pacienty mnohdy stejně důležité jako léčení základního onemocnění.



MALNUTRICE A NEHOJÍCÍ SE RÁNA – NEODDĚLITELNÝ PROBLÉM

Přednášející

L. Urbánek

I. chirurgická klinika lékařské fakulty MU a Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně

Chronická rána nepředstavuje pouhé lokální narušení integrity organismu, ale je komplexním onemocněním celého těla s dlouhodobou aktivací imunitního systému probíhajícím zánětem, zvýšenými energetickými nároky a vysokým obratem proteinů. Bolest, opakované febrilní stavy, infekční komplikace a léčba antibiotiky přispívají k rozvoji anorexie a negativně ovlivňují výživový stav pacienta. Výživový stav nemocného tak hraje jednu z klíčových rolí v léčebném procesu. Chronické rány typu dekubitů navíc vznikají jako nežádoucí následek a komplikace dlouhodobé malnutrice.

V rámci strategie nutriční podpory volíme hlavně vysoký přívod bílkovin v dávce až 1,5–2 g/kg/24 hod. s dostatečným zastoupením esenciálních aminokyselin a aminokyselin s imunomodulačním účinkem. Příjem energie u pacientů s chronickými ranami bez septických komplikací nemusíme výrazně navyšovat. Pacienti většinou tolerují perorální nebo sondovou výživu, které obohacujeme o přípravky s kvalitními bílkovinami. Efektivní může být již podání 500 ml přípravku ve formě sippingu. Výživu musíme doplnit minerály a vitamíny ovlivňující tkáňové regenerační pochody – zinek, selen, měď, vitamín C, E, železo dodávané při prokázané sideropenii.

V současné době jsou komerčně dostupné přípravky enterální výživy splňující výše uvedené předpoklady a jsou určeny právě k podpoře hojení chronických ran a defektů.



NUTRIČNÍ PODPORA V ALGORITMU LÉČBY CHRONICKÝCH RAN

Přednášející

D. Vrzalová, L. Šeflová

II. interní klinika gastroenterologická a hepatologická, FN Olomouc

Úvod: Malnutrice je významným faktorem, uplatňujícím se v rozvoji chronických ran. Chronická rána je provázena zánětem, zvýšenou ztrátou bílkovin záviselící na velikosti defektu a množství exudátu, zvýšenou produkcí volných kyslíkových radikálů. K hojení je třeba dostatečný přísun energie, bílkovin a specifických mikronutrientů k novotvorbě tkáně.

Metodika: U každého pacienta s rizikem rozvoje chronické rány nebo již s existencí chronické rány je nutné provést nutriční screening s navazujícím nutričním vyšetřením specialisty nutričního týmu včetně laboratorního a fyzikálního vyšetření. Na základě nálezů je nutné zvolit cestu a formu nutriční podpory.

Výsledky: Obecně doporučená dávka energie u pacienta s chronickou ránou je minimálně 30–35 kcal na kg tělesné hmotnosti a den, 1–1,5 g bílkovin na kg tělesné hmotnosti a den a 1 kcal na ml tekutin na den. K hojení rány jsou také kromě makronutrientů potřebné mikronutrienty a antioxidanty – vitamín C, E, A, stopové prvky zinek, selen, měď. Vysokoproteinové perorální nutriční přípravky významně snižují riziko vývoje dekubitů.

Závěr: Nutriční management je nezbytnou součástí komplexní péče o pacienty s rizikem rozvoje chronické rány či již s existující chronickou ránou.



NAŠE ZKUŠENOSTI S DOMÁCÍ PARENTERÁLNÍ VÝŽIVOU

Přednášející

M. Galková, V. Bujnová, D. Vrzalová

II. Interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická, FN Olomouc

Úvod: Domácí parenterální výživa umožňuje zajistit plnohodnotnou dlouhodobou výživu u pacientů v domácích podmínkách. Týká se zejména pacientů s diagnózou syndromu krátkého střeva, těžkých forem střevních zánětů, akutních pankreatitid a jiných diagnóz.

Metodika: Základní jednotkou naší péče je nutriční poradna, ve které zajišťujeme dispenzarizaci pacientů, edukaci, zásobování pacientů zdravotnickými pomůckami, léky, zdravotnickou technikou apod. Poskytujeme péči, která je potřebná ke zvládnutí chronického onemocnění a jejich komplikací. Pro aplikaci domácí parenterální výživy je nutné zajistit dlouhodobý nebo střednědobý žilní vstup. Typ katétru vybíráme a zavádíme po důkladné terapeutické rozvaze a podle platných indikačních kritérií. Od roku 2015 na II. interní klinice zavádíme centrální PICC katétry a periferní MIDLINE katétry nejen pro naše pacienty, ale i pro pacienty z jiných klinických pracovišť. Nejobávanejšími komplikacemi jsou kanylová sepse a jejich dislokace. Důslednou ošetrovatelskou péčí, edukací zdravotníků a pečujících osob se jim snažíme předcházet.

Výsledky: Efekt léčby se odvíjí podle základní příčiny, pro kterou je dlouhodobá parenterální výživa indikována, zda se jedná o součást paliativní léčby u nádorového onemocnění nebo zda je indikována k překlenutí doby do zhojení píštěle nebo rekonstrukční operace gastrointestinálního traktu.

Závěr: Rozvojem onkologické péče a vlivem narůstající četnosti pacientů s onemocněním gastrointestinálního traktu je domácí parenterální výživa mnohem častěji indikována a představuje zkvalitnění života a mnohem větší šanci na přežití.



KOMPLIKACE PEG

Přednášející

P. Stejskalová, M. Galková

II. Interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická, FN Olomouc

Úvod: Péče o pacienty s perkutánní endoskopickou gastrostomií je komplexní a dlouhodobý proces. Komplikace se bohužel nevyhýbají ani těmto pacientům, jejich následné řešení je nedílnou součástí práce s pacienty s PEG.

Metodika: Na našem pracovišti, kde se PEG zavádí, se snažíme komplikacím předcházet důslednou edukací pacientů, pečujících osob, ale i zdravotníků z jiných klinik, odkud pacienti přicházejí. Častou komplikací je totiž dislokace PEG, obtékaní žaludečního obsahu podél kanyly a jiné komplikace vyplývající z nesprávné manipulace s PEG. Následné řešení pak vyplývá z konkrétní příčiny, proč komplikace vznikla. Součástí léčby je lokální ošetřování podle rozsahu poškození kůže a celková léčba, která zahrnuje eventuelně antibiotickou terapii a úpravu nutričních parametrů.

Výsledky: Efekt léčby se odvíjí podle příčiny komplikace, stupně poškození kůže a tkání. Jelikož se jedná většinou o pacienty polymorbidní, v malnutrici či oslabené protinádorovou léčbou, je hojení většinou postupné a vyžaduje dlouhodobou péči. K lokální terapii se snažíme přistupovat podle nejnovějších poznatků a pracovat s materiály up to date.

Závěr: S pacienty s PEG se setkáme napříč všemi obory, proto je důležitá spolupráce, důsledná edukace pacienta či pečující osoby. Úspěšnost léčby závisí vždy na mnoha faktorech, jako například na prognóze zdravotního stavu, spolupráci pacienta, ale také na zkušenostech a možnostech pracoviště.



MANAGEMENT LÉČBY FUNGINÓZNÍCH RAN

Přednášející

A. Geršlová, K. Glombová, J. Kudělková, T. Vystrčilová

I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně

Úvod: Funginózní rány jsou neoplastické rány spojené se vznikem kožních ulcerací. Maligní rány přináší jak fyzické, tak psychické problémy samotným pacientům, tak i jeho nejbližším, rodině, ale i dokonce zkušenému zdravotnickému personálu. Jedná se o chronické rány, které nereagují adekvátně na lokální terapii, a nelze očekávat jejich zhojení. Postupně dochází k jejich progresi při zhoršujícím se nevyléčitelném základním onemocnění. Tyto rány jsou často spojeny s bolestí, zápachem, infekcí, zvýšenou sekrecí a krvácením z rány. Bývají nevzhledné, různého tvaru a velikostí.

Metodika: Hlavní prioritou léčby by mělo být udržení adekvátní kvality života pacienta, která je ovlivňována mnoha faktory. Léčba by však měla být vždy komplexní, založena na multioborové spolupráci lékařů.

Příspěvek předkládá problematiku funginózních ran z obecného hlediska, včetně doporučených postupů v jejich léčbě. Doplnující informace jsou věnovány prezentaci tří zajímavých případů u nemocných s exulcerujícími maligními ranami.

Závěr: Cílem příspěvku je přiblížit obecnou problematiku a management léčby funginózních ran. Pochopení paliativních cílů v péči o pacienty s maligními ranami je nezbytné v plánování léčebné strategie.

Otázky do kvízu:

Funginózní rány adekvátně reagují na zavedenou lokální terapii? **ANO/NE**

Mezi specifické komplikace funginózních ran patří protrahovaná infekce? **ANO/NE**

Histologie je základem diagnostiky funginózních ran? **ANO/NE**



POSTRADIAČNÍ DERMATITIDY

(zkušenosti z Masarykova onkologického ústavu v Brně)

Přenášející

Libuše Hašková, Zuzana Sýkorová

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav v Brně

Úvod: Léčba zářením je jedna z modalit onkologické léčby. Záření způsobuje destrukci nádorových buněk. Vysoké dávky záření vedou nejen k poškození nádorových, ale i zdravých buněk. Riziko vedlejších účinků je obvykle menší, než užitek vyplývající ze zničení nádorových buněk. Nežádoucí účinky radioterapie jsou závislé na celkové dávce záření, velikosti jednotlivé frakce, druhu záření, souběžně podávané cílené léčbě a individuální citlivosti pacienta.

Metodika: Postradiační dermatitida (radiodermatitida) je akutní kožní reakce, zánětlivá změna na kůži, která se svým charakterem podobá popálenině. Tato reakce se může objevit již v průběhu záření, u citlivých osob i 3.–4. den, nejčastěji 15.–20. den radioterapie a může přetrvávat i týdny po ukončení ozařování. Na všech pracovištích v Masarykově onkologickém ústavu používáme jednotný skórovací systém podle RTOG (**R**adiation **T**herapy **O**ncology **G**roup).

Rozlišujeme 4 stupně poškození:

1. lehký, nebo ustupující erytém, epilace, suchá deskvamace;
2. mírný či sytý erytém, vlhká ložisková deskvamace, edém;
3. splývavá vlhká deskvamace i mimo kožní záhyby, důlkový edém;
4. ulcerace, krvácení, nekróza.

Rizikové faktory, které podporují vznik postradiační dermatitidy, jsou špatné výživové parametry, ozařované pole se nachází v kožních záhybech, celková dávka záření je vyšší než 55 Gy, vyšší jednotlivá dávka na frakci, již existující onemocnění kůže v ozařované oblasti, souběžná cílená léčba, nepoučený nebo nespolupracující pacient.

Závěr: Velmi důležitá jsou preventivní opatření, použití odpovídajících krycích materiálů. Správnou komunikací je nutno navodit důvěru a spolupráci nemocného. Informovanost pacienta je prioritou, jednou z možností je využití edukačních skupin pro nemocné a edukačních materiálů v tištěné podobě, které si pacient odnáší domů a může se k nim kdykoliv vrátit.

Součástí prezentace je i ukázka evidence Záznamu o ráně v elektronické podobě s možností vkládat fotodokumentaci. Dále kazuistika a statistika sledování postradiačních dermatitid v Masarykově onkologickém ústavu.



PREVENCE POSTRADIAČNÍ DERMATITIDY

Přednášející

Z. Jurišová

Klinika radiační onkologie LF MU, Masarykův onkologický ústav, Brno

Úvod: Radioterapie je jednou z léčebných metod v onkologii. Využívá ionizované záření k ovlivnění nádorového procesu. Je to metoda lokální a má i svoje nežádoucí účinky. Ty závisí na celkové dávce, lokalitě onemocnění a individuální citlivosti nemocného.

Největší důraz klademe na edukaci pacienta již před zahájením radioterapie.

Před léčbou zářením probíhá konzultace, kde je každý pacient edukován o průběhu, možných nežádoucích účincích léčby a preventivních opatřeních.

Na našem ústavu probíhají i skupinové edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků na lůžkových odděleních. Jedno z témat edukace je zaměřené na prevenci postradiačních dermatitid.

Metodika: V prevenci postradiační dermatitidy doporučujeme pacientům hydrataci pokožky aplikací mastí nebo gelů na ozařované místo, nošení bavlněného oděvu, omývat ozařované místa vodou bez aplikací parfémů a mýdel. U vybraných pacientů lepíme preventivní fólie Mepitel film.

Výsledky: Postradiační dermatitida často vzniká hlavně u pacientů při kurativní radioterapii oblasti hlavy a krku, prsu a při ozařování nízko sedících nádorů konečníku. Aplikací fólie Mepitel film se snižuje riziko vzniku postradiační dermatitidy.

Fólie přilne na místo, je přizpůsobivá, voděodolná a působí i jako bariéra proti virům a bakteriím. Výhodou je, že je to transparentní film s technologií safetac, který zajišťuje prodyšnou ochranu zranitelné pokožce.

Závěr: Na základě dosavadních zkušeností a přání pacientů je našim cílem využít veškerá opatření v prevenci postradiační dermatitidy.



PREVENČIA RADIČNEJ DERMATITÍDY – NAŠE PRVÉ SKÚSENOSTI S MEPITEL FILMOM

Prednášajúci

A. Lučenič, E. Matulová

Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o., Bratislava

Úvod: Rádiodermatitída je častým nežiaducim účinkom rádioterapie. Vyskytuje sa najmä pri ožarovaní prsníka alebo nádorov v oblasti hlavy a krku. V závislosti od stupňa závažnosti môže viesť k prerušeniu alebo až k predčasnému ukončeniu liečby. S cieľom minimalizovať kožnú toxicitu sa využíva systémová a lokálna terapia. Na našom pracovisku sme skúšali lokálnu profylaktickú liečbu prostredníctvom transparentnej fólie Mepitel Film. V období apríl – júl 2016 sme u 8 pacientov, podstupujúcich rádioterapiu pre karcinóm prsníka, aplikovali na ožarovanú oblasť (prsník/hrudná stena) Mepitel Film.

Metódy: Pred rádioterapiou sme nalepili na celú ožarovanú oblasť transparentnú fóliu Mepitel Film. Počas 4–6 týždňov liečby i po jej skončení (2. a 4. týždeň) sme kontrolovali a hodnotili podľa skórovacieho systému RTOG/EORTC akútnu kožnú toxicitu.

Výsledky: Zlepšenie tolerancie kože lokálnou profylaktickou liečbou (Mepitel Film) sme zaznamenali u 7 pacientov (0.–1. stupeň kožnej toxicity – ľahký erytém). V jednom prípade sa ku koncu rádioterapie objavil 2. stupeň kožnej reakcie – vlhká deskvamácia, lokalizovaná pod prsníkom.

Záver: Prevenciou a liečbou radiačnej dermatitídy chceme udržať pokožku mäkkú, pružnú a neporušenú. Ďalej chceme obmedziť podráždenie, svrbenie, bolesť a znížiť riziko poranenia a infekcie. Naše skromné výsledky s Mepitel Filmom, ale i z iných pracovísk sú veľmi priaznivé v súvislosti so znížením radiačnej toxicity kože, preto by bolo vhodné zaviesť túto liečbu u nás do praxe.



NOVÉ LYMFOTERAPEUTICKÉ TRENDY PŘI HOJENÍ RAN V ONKOLOGICKÉ PROBLEMATICE PRSU

Přednášející

Loskotová A.^{1,2,3}, Loskotová J.³

¹ Lékařská fakulta MU, Brno

² Katedra preventivního lékařství, 3. lékařská fakulta UK, Praha

³ Salve – klinika RHB, Vysoké Mýto

Úvod: Problematika lymfedému v oblasti HK a hrudníku, při onemocnění prsu i u postoperačních stavů, je důkladně prozkoumána a metodika lymfoterapie zpracována. Autoři kladou důraz i na ošetření pacientek i v subakutní péči (po operaci a po iradiaci).

Cíl práce: Komplexní ošetření funkční patologie měkkých tkání (MTT) a lymfatického systému (LS) v rámci zřetěžených funkčních poruch v oblasti hrudníku, zejména jako prevence vzniku lymfedému a při hojení ran.

Metodika: Myofasciální-manuální lymfodrenáž (M-MLD), která je syntézou terapeutických postupů manuální lymfodrenáže a technik myoskeletální medicíny. Tato metodika je rozšířena i na oblast prsu (zejména m. pectoralis maior a minor).

Vyšetření: V rámci zřetěžení funkčních poruch klasifikují jednotlivé kloubní blokády v oblasti HK a hrudníku, svalové spasmy, trigger pointy (TrPs) a lymphostasis v oblasti regionálních uzlin.

Terapie: Kromě ošetření funkční patologie LS v oblasti HK a hrudníku, doplňují metodiku M-MLD novým terapeutickým přístupem pomocí „mobilizace prsu“. Tato technika vychází z metodiky myoskeletální medicíny a je téměř identická s mobilizací lopatky, ovšem jemnější, s menším tlakem a s určitým směrem, který respektuje tok lymfy a současně i s ohledem na posun cirkulujících imunokomplexů směrem k imunokompetentním buňkám.

Výsledky: U všech takto ošetřených pacientek jsme sledovali barvu kůže, spasmus MTT, lymphostasis v oblasti regionálních uzlin a vývoj hojení ran. V rámci srovnávací studie jsme dospěli k závěru, že u pacientek ošetřených takto provedenou metodikou, došlo k rychlejšímu zhojení ran, zlepšení prokrvení a barvy kůže, k zmírnění bolestí, včetně zmírnění edému.

Závěr: Rozšířením metodiky M-MLD o „mobilizaci prsu“ přispíváme ke komplexnějšímu terapeutickému přístupu ošetření funkční patologie MTT a LS v oblasti prsu.

Resumé: Autoři u onemocnění prsu a po rekonstrukčních operacích zařazují novou metodiku ošetření funkční patologie MTT a LS – M-MLD, rozšířenou o doplňující terapeutický postup „mobilizace prsu“. Ve srovnávací studii u takto ošetřených pacientek došlo k rychlejšímu zhojení ran, zlepšení prokrvení a barvy kůže, k zmírnění bolestí, včetně zmírnění edému.

Dochází ke zkrácení léčby, finančním úsporám a zlepšení kvality života.

Authors implement a new therapy methodology of functional pathology of soft tissues and lymphatic system – Myofascial-manual lymphatic drainage (M-MLD), extended of additional therapeutic approach „breast mobilisation“ in case of breast disease and after its plastic surgery. Comparative study proved: faster healing wound process, better blood supply, skin colour, reduction of pain and edema moderation in patients treated this way. The treatment took less time, financial costs and resulted in better quality of life.