



**SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
REGIONÁLNA KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK V
HUMENNOM
SLOVENSKÁ KOMORA MEDICÍNSKO-TECHNICKÝCH PRACOVNÍKOV
SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA
SLOVENSKÁ KOMORA FYZIOTERAPEUTOV
NEMOCNICA SNINA, S.R.O.,**

ZBORNÍK

ZDRAVOTNÍCI SEBE



**Zborník odborných príspevkov z Celoslovenského odborného seminára pod záštitou
primátora Mesta Snina konaného 04. októbra 2013**

**Editor:
PhDr. Jana Kapaková**

Zborník z konferencie

konanej dňa 04.októbra 2013

Odborný garant:

Mgr. Iveta Michalcová, Vedúci RC pre HSV v PO kraji

MUDr. Jana Haničáková, Predseda Subregionálnej lekárskej komory v Snine

RNDr. Jana Sirková, vedúca OKH Snina

Organizátor:

Nemocnica Snina, s.r.o. pod záštitou primátora Mesta Snina

v spolupráci s Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek, Regionálnou komorou sestier a pôrodných asistentiek v Humennom, Slovenskou lekárskou komorou, Slovenskou komorou medicínsko-technických pracovníkov a Slovenskou komorou fyzioterapeutov

Zostavil:

PhDr. Jana Kapaková, námestníčka riaditeľa pre ošetrovateľskú starostlivosť

Vážené kolegyně, kolegovia, milí priatelia,

Nemocnica Snina, s.r.o. v spolupráci so stavovskými organizáciami združujúcich zdravotníckych pracovníkov a Mestom Snina usporiadala **04.10.2013 Celoslovenskú odbornú konferenciu s medzinárodnou účasťou** pod názvom **3. Sninské zdravotnícke dni**.

Prvý a druhý ročník konferencie sa venoval teoretickej a praktickej rovine ošetrovateľstva a medicínsko – technickej praxe. Tretím ročníkom sa presúvame k jednotlivým zdravotníckym povolaniam a hlavnou témou 3. Sninského zdravotníckeho dňa je „**Zdravotníci sebe**“ .

Prínos odborného podujatia je nielen v získaní nových poznatkov, nových prístupov a pohľadov k predneseným témam, problémom z výchovy a vzdelávania v zdravotníckej praxe, ale aj v motivácii zdravotníckych pracovníkov pre ďalšiu prácu jednak v procese výchovy a vzdelávania, jednak pre skvalitnenie poskytovania ošetrovateľskej a zdravotnej starostlivosti na Slovensku i v zahraničí. Cieľom konferencie je, aby sme všetci tvorili jeden veľký multidisciplinárny tím, ktorého krédom je „**PACIENT**“

K úspešnosti celej odbornej konferencie výraznou mierou prispel celý organizačný tím. Úprimne ďakujem hlavným protagonistom, všetkým ostatným za prítomnosť i odborne prezentovanú problematiku.

ISBN 978-80-89542-37-6

EAN 9788089542376

Publikované: v elektronickej forme pdf. na CD-ROM

OBSAH

Za obsahovú a štylizáciu stránky príspevkov zodpovedajú autori.

| | |
|--|----|
| IMPORTOVANÉ NÁKAZY Z POHĽADU EPIDEMIOLOGA (MUDr. Anna Sovšáková, Milena Seničová, Humenné) | 5 |
| AKS, ANALÝZA VÝJAZDOV (MUDr. Rastislav Polačko, MUDr. R.Koyš, MUDr. E. Haqvlíková, Košice) | 7 |
| EVIDENCIA SPOTREBOVANÝCH LIEKOV (ESL) NA PACIENTA (Ing. Viliam Kušnir, Košice) | 9 |
| IMPLEMENTÁCIA DRG SYSTÉMU NA SLOVENSKU. (STANISLAV ŽIARAN, MONIKA PAŽINKOVÁ, ZUZANA ĎURČIKOVÁ, ÚDZS Bratislava) | 10 |
| LYMSKÁ BORELIÓZA - MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY ,ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV (Hajduková M. 1, Procházková O. 2, Prešov) | 11 |
| HELCOCOCCUS KUNZII – NAŠE SKÚSENOSTI S LABORATÓRNOU DIAGNOSTIKOU (MUDr. SINAJOVÁ EVA,Prešov) | 13 |
| ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI SESTRY ADOS (PhDr. DAGMAR CHANÁTHOVÁ, HELENA HALAGANOVÁ Prešov) | 15 |
| BETA – HEMOLYTICKÉ STREPTOKOKY V BIOLOGICKÝCH VZORKÁCH, INTERPRETÁCIA LABORATÓRNYCH NÁLEZOV (MUDr. SINAJOVÁ EVA, Prešov) | 16 |
| MANAŽMENT PACIENTA S AKS Z POHĽADU ZZS (Bc. Marián Čornanič, Košice) | 18 |
| KOMPLEXNÁ FYZIOTERAPIA U PACIENTOV S MORBUS BECHTEREV (ŠTEFÁNIA PALOČKOVÁ, Nemocnica s.r.o Snina, FRO) | 20 |
| MOŽNOSTI VYUŽITIA FYZIOTERAPIE V LIEČBE INKONTINENCIE (PETRA DZOBOVÁ, Nemocnica Snina, s.r.o., FRO)..... | 22 |
| NEROZPOZNANÁ APPENDICITÍDA – INTERDISCIPLINÁRNY PROBLÉM (Zuzana Flešárová, Oto Grollmusz, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, pobočka Prešov) | 23 |
| MANAŽMENT PACIENTA S AKS V SPOLUPRÁCI S VÚSCH (Štefan Haničák, Nemocnica Snina,s.r.o.) | 24 |
| POSLANIE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA – HISTÓRIA A SÚČASNOŠŤ (MUDr.Sovšáková,A. , Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Humennom | 31 |
| PÉČE O PACIENTY S CMP V ČESKÉ REPUBLICE (Mgr. A.Goldírová, D.Sýkorová, FN Ostrava) | 32 |
| AKTUÁLNE ZMENY V LEGISLATÍVE PREVENTÍVNEHO PRACOVNÉHO LEKÁRSTVA (Ing.Vladimír Dzan, Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Humennom) | 34 |
| PREJAVY SYNDRÓMU VYHORENIA U SESTIER A MOŽNOSTI PREVENČIE (PhDr.Hrindová Tatiana, Psychiatrická nemocnica Michalovce,n.o.)..... | 35 |
| ZMENY MYSLENIA A VÝSKYT OMYLOV V PRAXI REVÍZNEHO LEKÁRA. 2013 (MUDr. Kičík Vladimír, MUDr. Ivanko Michal, Humenné)..... | 39 |

IMPORTOVANÉ NÁKAZY Z POHLADU EPIDEMIOLOGA

SOVŠÁKOVÁ ,A. ,SENIČOVÁ ,M.

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Humennom

Cieľom prezentácie je poukázať na importované infekčné ochorenia, riziko ktorých sa zvyšuje migráciou obyvateľstva či už za prácou alebo dovolenkou. Riziko zavlečenia infekčných ochorení , ktoré sa u nás bežne nevyskytujú je práve v tomto regióne i prílívom migrantov.

Úvod:

Infekčné ochorenia sprevádzajú človeka celým jeho životom. V priebehu posledných desaťročí menili svoju incidenciu. Nástupom civilizačných ochorení a zdánlivým ústupom niektorých infekčných ochorení sme si mysleli , že sú žažehnane . Infekčné ochorenia tu boli sú a budú , preto je na mieste epidemiologická bdelosť.

Súbor a metodika:

- údaje použité v prezentácii boli čerpané z odbornej literatúry
- výskytu importovaných infekčných ochorení v regióne a v SR za posledných 5 rokov , zdroj informačný systém epis.sk
- výročných správ regionálneho úradu verejného zdravotníctva
- praktické skúsenosti epidemiológa

Výsledky:

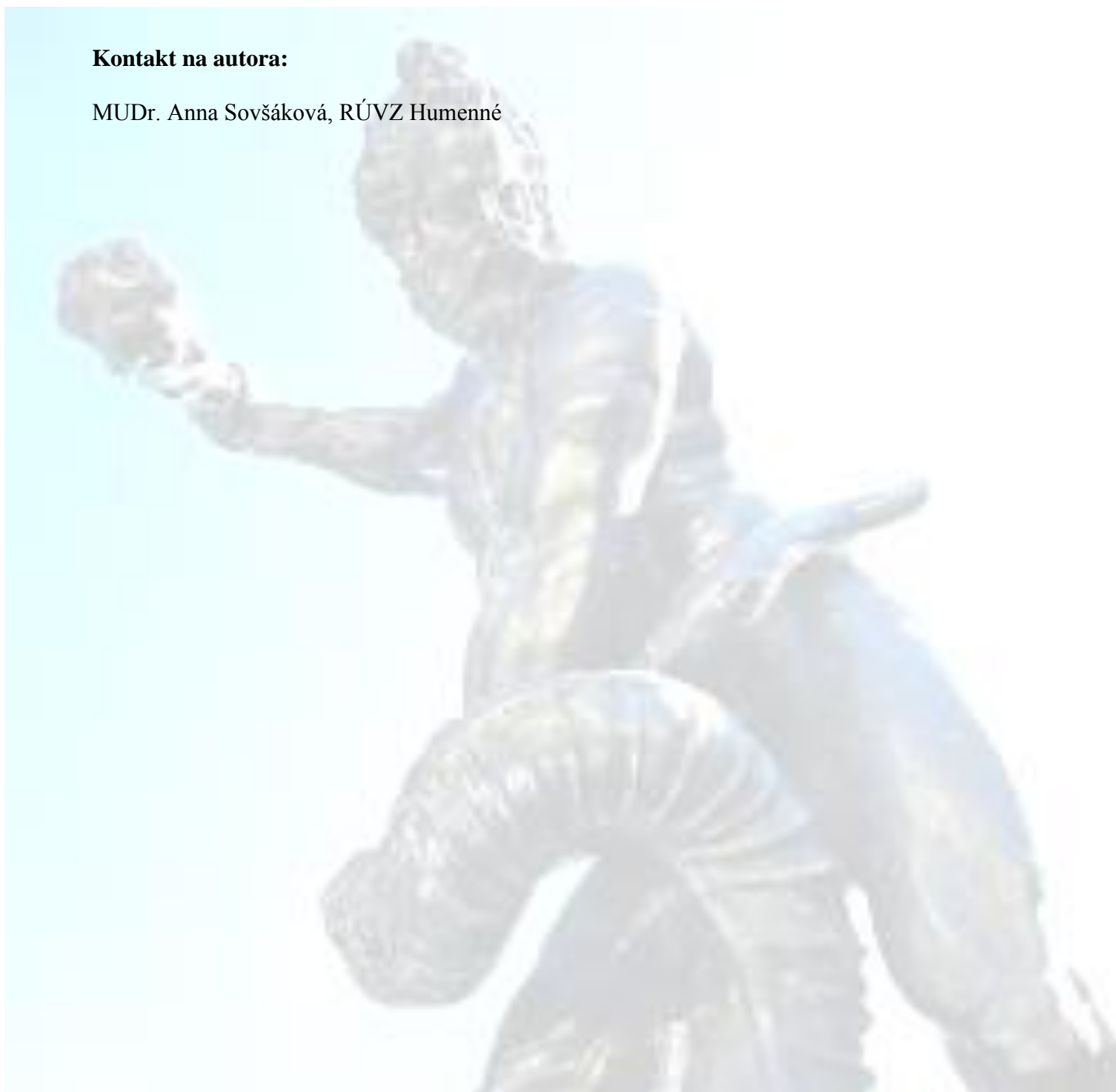
Importovaný výskyt ochorení dnes sa veľmi nelíši od importovaných ochorení v minulosti. Prijatím protiepidemických opatrení - imunizáciou , došlo k poklesu možnosti zavlečenia niektorých ochorení ako osýpok, poliomyelitídy, tuberkulózy ,diftérie . I napriek tomu riziko zavlečenia týchto ochorení je tu stále a pribudli ďalšie ako AIDS,SARI atď.

Výsledky zistení a porovnaní sú prezentované v tabuľkovej forme.

V priebehu niekoľkých desaťročí sa menil klinický obraz infekčných ochorení . Mnohí lekári nevideli osýpky ,diftériu, tetanus atď. a tak je diagnostika ťažká, preto je dôležité vrátiť sa k základným otázkam ako je cestovateľská , epidemiologická a pracovná anamnéza.

Kontakt na autora:

MUDr. Anna Sovšáková, RÚVZ Humenné



AKS, ANALÝZA VÝJAZDOV

R.POLAČKO, R.KOYŠ, E.HAVLÍKOVÁ,

Falck Záchranná a.s. Košice

Kľúčové slová: AKS- akútny koronárny syndróm, pacient, analýza, ZZS, STEMI

Kardiovaskulárne ochorenia sú najčastejšou príčinou úmrtnosti vo svete. Z pohľadu prednemocničnej starostlivosti patrí medzi najčastejšiu akútnu formu týchto kardiovaskulárnych ochorení akútny koronárny syndróm (AKS). Starostlivosť o pacientov s AKS sa opiera o odborné usmernenie MZ SR z roku 2007 a taktiež o inovované odporúčania Európskej Resuscitačnej Rady z roku 2010.

Analýza prezentuje štatistiku výjazdov v spoločnosti Falck Záchranná a.s. za obdobie troch mesiacov (marec-máj 2012). Na základe programu na vedenie evidencie výjazdov (Prosoft) sme retrospektívne analyzovali 3469 výjazdov s diagnózou výzvy – bolesti na hrudníku R07. Získali sme cenné informácie o štruktúre výjazdov, smerovaní pacientov a poskytnutí zdravotnej starostlivosti našimi posádkami. Cieľom bolo analyzovať a reálne zhodnotiť skutočné počty výjazdov k pacientom s AKS, čiže diagnózami I20 a I21 a taktiež zistiť dodržiavanie štandardných postupov primárneho vyšetrenia u pacientov s bolesťami na hrudníku. Dáta boli prezentované na odbornom seminári Falck Záchranná v Žiline v marci tohto roku.

Po vylúčení sekundárnych výjazdov a diagnóz imitujúcich bolesti na hrudníku sa analyzovalo celkovo 2440 výjazdov. Vyhodnotili sme rozloženie pacientov podľa regiónov, pohlavia, veku, typu ambulancie a zloženia posádky. Ďalej sa hodnotil dojazdový čas, miesto zásahu, dĺžku trvania ťažkostí pacienta. Hodnotili sa diagnostické postupy posádok (záznam 12-zvodového EKG, monitoring SpO₂, monitoring TK, pulzu a opakované meranie VF). Taktiež sa sledovali liečebné postupy posádok a smerovanie a ďalší manažment pacienta. Z 2440 výjazdov realizovali RLP posádky 1370(56%) a RZP 1070 (44%). 85% výjazdov bolo realizované na domácej adrese, 6,3% v zdravotníckych zariadeniach. Z celkového počtu pacientov bolo 24% pacientov po ošetrení ponechaných na mieste zásahu. Iba 421 pacientov (17%) užilo pri ťažkostiach určité lieky pred príchodom ZZS. Presné určenie ťažkostí pacientov bolo realizované 1060 krát(44%), 962 krát(39%) bola anamnéza určená nepresne. V drvivej väčšine prípadov bol pacientom zavedený intravenózný prístup a meraná saturácia krvi kyslíkom. 12- zvodové EKG bolo realizované v 88%

prípadoch. Opakované merania VF sa realizovali 2002 krát(82%). V konečnom dôsledku sa z celkového počtu výjazdov potvrdila diagnóza AKS iba 420 krát(17%)- 129 krát sa jednalo o formu akútneho infarktu myokardu s eleváciami ST segmentu(STEMI).

Analýza potvrdzuje, že posádky ZZS pri výjazdoch k bolestiam na hrudi, iba v necelých 20% prípadov diagnostikujú v teréne AKS. Taktiež nás upozorňuje na prípadné nedostatky práce posádok pri uvedenej diagnóze, správny manažment daných pacientov, ako aj dôslednejší zber a zadávanie dát pri vypracovaní podobných štatistík.

Kontakt na autora:

polacko@falck- zachranna.sk

EVIDENCIA SPOTREBOVANÝCH LIEKOV (ESL) NA PACIENTA

ADRIÁN PETRÍK ,
STAPRO Slovensko s.r.o.

Kľúčové slová: efektívnosť, dekurz, pacient, evidencia

V dnešnej dobe, kedy je vysoký tlak na efektívnosť vynakladaných prostriedkov v zdravotníctve, je jednou z možností znižovania nákladov precízne sledovanie spotrebovaných liekov až na konkrétneho pacienta. Možností k sledovaniu spotreby liekov je niekoľko, ale len komplexné a procesne správne zvládnuté riešenie dokáže priniesť požadované benefity. Je to proces, ktorý začína od lekára, štruktúrovaným zápisom medikácií do dekurzu pacienta a končí zdravotnou sestrou, potvrdením spotrebovaných liekov a ich automatický výdaj zo skladových zásob oddelenia.

V prezentácii oboznámime poslucháčov s možnosťami evidencie a sledovania spotrebovaných liekov a zároveň si ukážeme aké činnosti lekárov a sestier sú potrebné na zabezpečenie komplexného procesu evidencie liekov na pacienta.

Cieľom je presná evidencia spotrebovaných liekov na pacienta a tým zníženie nákladov v zdravotníckom zariadení.

Kontakt na autora:

Ing. Adrián Petrík
STAPRO SLOVENSKO s.r.o.

IMPLEMENTÁCIA DRG SYSTÉMU NA SLOVENSKU

STANISLAV ŽIARAN, MONIKA PAŽINKOVÁ, ZUZANA ĎURČÍKOVÁ,

ÚDZS Bratislava

Kľúčové slová: DRG, implementácia, úhradový mechanizmus

DRG je ekonomicko-medicínsky klasifikačný systém používaný ako úhradový mechanizmus za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť. Jeho kľúčovými výhodami sú transparentnosť, objektívnosť a spravodlivosť. Je nástrojom na meranie a porovnávanie výkonnosti nemocníc. V Slovenskej republike je pripravovaný systém DRG (SK-DRG), ktorý vychádza z nemeckého DRG systému (G-DRG). G-DRG systém je vysoko prepracovaný transparentný systém. Vzhľadom na zložitosť a inovatívnosť tejto problematiky je implementácia DRG systému v podmienkach SR mimoriadne náročnou a zodpovednou úlohou, ktorá musí prihliadať na lokálne špecifiká, ekonomické a legislatívne prostredie. Zavedenie SK-DRG systému, postaveného na princípoch a metodike G-DRG systému prinesie zásadné zmeny do financovania lôžkovej zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Kontakt na autora:

MUDr. Stanislav Žiaran PhD., MPH, FEBU, MUDr. Monika Pažinková MPH, MBA, Ing. Zuzana Ďurčíková, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,

Žellova 2,

821 08 Bratislava

stanislav.ziaran@udzs-sk.sk

LYMSKÁ BORELIÓZA - MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY ,ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV

HAJDUKOVÁ M. 1, PROCHÁZKOVÁ O. 2,

1 HPL spol. s r.o. oddelenie bakteriológie Prešov , 2HPL spol. s r.o. oddelenie sérológie

Komárno

Kľúčové slová: lymeská borelióza, nepriama diagnostika, priamy dôkaz borélií, interpretácia výsledkov

Lymeská borelióza (LB) patrí v našej zemepisnej šírke k najrozšírenejším antropozoonózam . Je to polysystémové ochorenie, ktoré postihuje kožu , nervovú sústavu, srdce a kĺby.

Pôvodcom ochorenia je *Borrelia burgdorferi sensu lato* prenášaná hlavne kliešťami. Po bodnutí infikovaným hmyzom dôjde k infekcii hostiteľa asi v 30 – 40 % a ku klinickému ochoreniu asi v 5 % prípadov.

Poznáme pôvodcu, vektor aj klinické prejavy , problémy spôsobuje hlavne diagnostika a interpretácia výsledkov vyšetrení.

Klinický obraz sa schématicky rozdeľuje do 3 štádií: 1. štádium sa manifestuje ako erythema chronicum migrans (ECM), 2. štádium je charakterizované nervovými poruchami, kardiálnym poškodením, 3. štádium sa v Európe prejavuje postihnutím CNS a kože, v severnej Amerike artritídami. Nemusia sa však v každom prípade manifestovať všetky štádia ochorenia.

Pri stanovení správnej diagnózy hrá dôležitú úlohu anamnéza . Prisatie kliešťa udáva okolo 50 % pacientov. Rozhodujúca je dĺžka prisatia kliešťa, ktorá by mala byť aspoň 18 hodín.

Laboratórna diagnostika tohto ochorenia je hlavne nepriama – sérologická. Vyšetrenie protilátok nemá byť indikované do 3 týždňov od prisatia kliešťa. Špecifické protilátky v triede IgM a IgG stanovujeme v laboratóriách HPL metódou ELISA v krvi, plazme , likvore , synoviálnej tekutine.

V teste detekujeme aj protilátky proti VlsE antigénu. Konfirmáciu sporných vyšetrení vykonávame metódou Western blot (WB). Kontrolný odber by nemal byť indikovaný skôr ako mesiac , optimálne 3 mesiace po kauzálnej antibiotickej liečbe , nakoľko pri nej dochádza k rozpadu borélií a tým aj k vzostupu protilátok.

Priamy dôkaz borélií pomocou PCR v praxi využívame ojedinele. Prítomnosť borélií v periférnej krvi je extrémne nízka. Likvor a moč predstavujú vhodnejšie materiály. Optimálnym materiálom je kožná biopsia, synoviálna tekutina, synoviálna membrána.

Pozitívny výsledok špecifických testov , vrátane WB neindikuje jednoznačne aktuálnu infekciu, je iba jej podporou a nemôže byť „screeningom“ u asymptomatických jedincov. Erudovaná interpretácia sérologických a iných výsledkov spolu so správnym zhodnotením klinických prejavov je základným predpokladom skvalitnenia diferenciálnej diagnostiky LB.

Kontakt na autora:

MUDr. Hajduková M.

1 HPL spol. s r.o. oddelenie bakteriológie Prešov

HELCOCOCCUS KUNZII – NAŠE SKÚSENOSTI S LABORATÓRNOU DIAGNOSTIKOU

SINAJOVÁ EVA,
HPL spol s.r.o, mikrobiologické laboratórium Prešov

Kľúčové slová: Helcococcus kunzii, podmienený patogén, kolonizácia, infekcie mäkkých tkanív, citlivosť

Helcococcus kunzii bol prvýkrát popísaný v r. 1993 (Collins et al.) na základe analýzy DNA ako prvý zástupca nového rodu.

Dlho bol považovaný za avirulentý mikroorganizmus tvoriaci súčasť normálnej kožnej flóry. V zdravej populácii sa jeho výskyt na koži udáva okolo 2%, u ľudí s diabetom a/alebo vaskulárnym ochorením dolných končatín je výskyt až 10 % . Pri diabetickej nohe môže byť súčasťou polymikrobiálnej flóry infikujúcej vredy DK.

Z literárnych údajov sú známe prípady jeho izolácie v čistej kultúre u imunokompetentných osôb, napr. z infikovanej sebaceóznej cysty s celulitídou, abscesu na nohe po operácii zlomeniny, z infikovanej kĺbnej náhrady.

Boli však popísané aj dve život ohrozujúce invazívne infekcie vyvolané druhom Helcococcus kunzii s jeho izoláciou z hemokultúry a z hnisu pri rozsiahlom empyéme hrudníka.

Táto fakultatívna anaeróbna lipofilná baktéria patrí ku gram pozitívnym kokom tvoriacich dvojice, tetrády a nepravidelné zhľuky. Charakteristickou vlastnosťou druhu je aj nepravidelné farbenie bunkovej steny .

Na krvnom agare rastie v malých šedých kolóniách bez hemolýzy, avšak po predĺženej kultivácii (48-72 hod.), lepší rast je v mikroaerofilnom alebo anaeróbnom prostredí. Východiskovými identifikačnými testami je negatívna katalázová reakcia a pozitívny PYR test. Jeho presná identifikácia je pomerne problematická aj pomocou niektorých komerčne dostupných identifikačných systémov.

Kmene tohto druhu sú citlivé na penicilínové a cefalosporínové antibiotiká, rifampicín, vankomycín. Na erytromycín a klindamycín je citlivosť variabilná.

Helkokoky, okrem kolonizácie kože, spôsobujú vo väčšine prípadov skôr lokalizované povrchové infekcie kože a mäkkých tkanív. Avšak závažnosť uvádzaných invazívnych prípadov poukazuje na skutočnosť, že tento druh má pravdepodobne väčší patogénny potenciál ako sa doteraz predpokladalo.

Vzhľadom na to, že počet imunokompromitovaných pacientov pribúda, je u nich potrebné myslieť aj na tohto potencionalneho patogéna.

Kontaktná adresa autora:

MUDr. Sinajová Eva

HPL spol s.r.o, mikrobiologické laboratórium Prešov



ŠPECIFIKÁ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI SESTRY ADOS

DAGMAR CHANÁTHOVÁ, HELENA HALAGANOVÁ
Gréckokatolícka charita Prešov, ADOS „Charitas“ Prešov

Kľúčové slová: Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra. Pacient. Senior. Osoby bez domova. Ošetrovateľská starostlivosť. Zdravotné výkony. Zdravotné poisťovne. Domáce prostredie. Kvalita života.

V súčasnosti, v modernej dobe 21. storočia sú seniori často odsúvaní na okraj spoločnosti. V mnohých prípadoch sa už len čaká, kým „odídu“, pretože svojou prítomnosťou a neustálou potrebou starostlivosti počas chorôb, ktoré ich sprevádzajú, sú rodine na ťarchu. Tu patria aj osoby, žijúce na okraji spoločnosti, bez domova.

Zlepšenie kvality života pre seniorov (a nielen ich) trpiacich rôznymi druhmi zdravotných ťažkostí či postihnutí poskytujú sestry Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) komplexnou ošetrovateľskou starostlivosťou v jeho prirodzenom domácom prostredí.

V prednáške prezentujeme ošetrovateľskú starostlivosť sestier ADOS vo všedných aj nevšedných dňoch, keď to nie sú len výkony akceptované zdravotnými poisťovňami, napísané v návrhoch, ale aj empatia a výkony, ktoré sa nedajú vyčíslit' eurami, kde je centrom pacient ako bio–psycho–socio–spirituálna bytosť, poukážeme aj na rôzne formy a rôzne miesta výkonu.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je málo medializovaná v celej spoločnosti, je potrebné o nej často diskutovať. Napríklad samotné starnutie a choroby s ňou spojené, ako aj blížiaci sa smrť by tak nemusela byť „strašiakom“ každého mladého človeka, pretože vedomie o určitej možnosti ošetrovateľskej starostlivosti vyvoláva istotu do budúcnosti, ku ktorej každý smeruje. Sme tu pre Vás a s Vami.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Dagmar Chanáthová

Gréckokatolícka charita Prešov, ADOS Charitas Prešov

Hlavná 2, 080 01 Prešov

mobil: +421 908 348 707, +421 904 738 359

e-mail: dagmar.chanathova@gkcharita-po.sk, www.gkcharita-po.sk

BETA – HEMOLYTICKÉ STREPTOKOKY V BIOLOGICKÝCH VZORKÁCH, INTERPRETÁCIA LABORATÓRNYCH NÁLEZOV.

SINAJOVÁ EVA

HPL spol s.r.o, mikrobiologické laboratórium Prešov

Kľúčové slová: β -hemolytické streptokoky, *Streptococcus pyogenes*, ASLO, anti DNaza B *Streptococcus agalactiae*, citlivosť

Beta-hemolytické streptokoky patria k najčastejším bakteriálnym patogénom u ľudí. Označenie β -hemolytické vychádza z ich rastu na krvnom agare, kde vytvárajú β -hemolýzu (úplnú, pravú). Ďalšie ich triedenie je determinované prítomnosťou príslušného skupinového polysacharidového antigénu bunkovej steny, podľa ktorého sa delia do 20 skupín. V patogéníze ochorení u ľudí sú dôležité β -hemolytické streptokoky 5 skupín: A,B,C,F,G.

Najvýznamnejším druhom je *Streptococcus pyogenes* (SP): β – hemolytický streptokok sk. A vyvolávajúci hlavne u detí infekcie horných ciest dýchacích, najčastejšie vo forme tonzilofaryngitídy, príp. šarlachu (kmeňe s produkciou erytrogénneho/pyrogénneho toxínu) alebo kožných infekcií (impetigo, erysipelas). U disponovaných jedincov sa môžu objaviť aj závažné invazívne komplikácie spôsobené vysoko virulentnými a toxigénnymi kmeňmi (nekrotizujúca fasciitída, myonekróza, syndróm toxického šoku).

K neskorým komplikáciám streptokokovej infekcie patria aj tzv. „sterilné“ poststreptokokové následky (akútna glomerulonefritída, reumatická horúčka, reaktívna artritída).

Štandardom laboratórnej diagnostiky infekcií vyvolaných SP je kultivačná analýza s následným stanovením citlivosti na antibiotiká. K dispozícii je aj rýchla metóda stanovenia skupinového antigénu A priamo v odobratej vzorke (najčastejšie výter z tonzíl).

Diagnostika poststreptokokových následkov sa opiera o sérologické vyšetrenie protiátok proti exotoxínom: streptolýzínu O – ASLO a Dnáze B – anti DNasa B. V klinickej praxi je dôležitá správna interpretácia výsledkov ich stanovenia. Jednorázové zistenie zvýšených hodnôt nemá diagostický význam, dôležitá je dynamika protilátkovej odpovede.

Streptococcus agalactiae (β -hemolytický streptokok sk. B) často kolonizuje sliznice dutiny ústnej, čreva a vagíny (až u 25% tehotných žien). Môže byť aj príčinou faryngitídy, urogenitálnych a ranových infekcií. Je najčastejším pôvodcom novorodeneckej meningitídy a sepsy. Infekcie týmto druhom nevyvolávajú po streptokokové následky, nedochádza po nich k zvýšeniu ASLO a anti DNasa B.

K β -hemolytickým streptokokom sk. C a G patrí taxonomicky viacero druhov. V etiopatogéníze ochorení u ľudí je najdôležitejší *Streptococcus dysgalactiae* ssp. *equisimilis* s viacerými faktormi virulencie ako má *Streptococcus pyogenes*. Podobné je aj spektrum ochorení, ktoré vyvoláva, môže viesť aj k poststreptokokovým následkom, najčastejšie vo forme akútnej glomerulonefritídy a reaktívnej artritídy.

Od týchto β - hemolytických streptokokov je potrebné odlíšiť skupinu tzv. *Streptococcus anginosus* group zahrňujúcu taxonomicky 3 druhy vyskytujúce sa ako súčasť normálnej flóry faryngu alebo GIT. Z nich druh *Streptococcus constellatus* ssp. *faryngis* (β - hemolytický streptokok najčastejšie so skupinovým antigénom C) môže byť pri masívnom náleze príčinou faryngitídy.

Liekom voľby infekcií vyvolaných všetkými β - hemolytickými streptokokmi je penicilín, ktorý si stále zachováva 100% citlivosť. Terapeutickým problémom sa stáva ich narastajúca rezistencia na makrolidy a linkosamidy.

Kontakt na autora:

MUDr. Sinajová Eva

HPL spol s.r.o, mikrobiologické laboratórium Prešov

MANAŽMENT PACIENTA S AKS Z POHLADU ZZS

MARIÁN ČORNANIČ, ALENA ŠPITALIKOVÁ
Falck – Záchranná a.s. Košice

Kľúčové slová: ISCH, PKI, EKG, IM, AKS

Ischemická choroba srdca (ICHS) je najčastejšou príčinou úmrtia. Podľa oficiálnych údajov EU Slovensko patrí medzi krajiny v Európe, ktoré majú najvyššiu úmrtnosť na ICHS. Hlavnou príčinou úmrtia pri ICHS je infarkt myokardu. Medzinárodné štúdie ukazujú, že opatrenia zamerané na primárnu prevenciu, liečbu pacientov s akútnymi formami ICHS a opatrenia sekundárnej prevencie zásadným spôsobom ovplyvňujú prognózu pacientov.

V prvej časti našej prezentácie sa venujeme odborným odporúčaniam Slovenskej kardiologickej spoločnosti (SKS) a Spoločnosti urgentnej medicíny a medicíny katastrof (SUMaMK) týkajúcich sa včasného manažmentu pacientov s infarktom myokardu s eleváciou ST segmentu vydaných v tomto roku. Tieto odporúčania majú charakter metodického usmernenia a sú v súlade s odporúčaniami Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS). Dôležitú úlohu pri včasnom manažmente pacientov s infarktom myokardu (IM) s eleváciami ST segmentu (EST) zohráva EKG diagnostika STEMI priamo v teréne a zabezpečenie rýchleho primárneho transportu do PKI centra za účelom primárnej PKI (perkutánná koronárna intervencia), alebo do najbližšej nemocnice za účelom fibrinolytickej liečby. To či cieľom transportu bude lokálna nemocnica, alebo často vzdialenejšie PKI centrum posádka RLP/RZP rozhodne na základe odhadu intervalu „EKG-PKI“. Ide o interval od realizácie EKG po predpokladanú realizáciu PKI v PKI centre, ktorý je 120 minút. Pre odhad tohto intervalu by posádka k odhadovanému času dojazdu do PKI centra mala pripočítať ešte 30 minút (čas na príjem pacienta v PKI), teda čistý čas dojazdu od zhodnotenia EKG po príchod do PKI centra nesmie presiahnuť 90 minút. Ak je odhadovaný interval „EKG-PKI“ do 120 minút, pacient by mal byť transportovaný do PKI centra za účelom primárnej PKI. Pacienti, ktorí nespĺňajú časové kritérium pre transport do PKI centra mali by dostať fibrinolytickú liečbu a do 24 hodín absolvovať koronarografiu, resp. PKI v PKI v centre.

V druhej časti našej prezentácie sme porovnali v dvoch krátkych kazuistikách včasný manažment pacienta s infarktom myokardu s eleváciami ST segmentu. Prvý pacient bol transportovaný do PKI za účelom primárnej PKI so splnením časového intervalu dojazdu do PKI centra. V druhom prípade ide o pacienta, ktorý bol primárne transportovaný do lokálnej nemocnice s následným sekundárnym transportom do PKI centra.

V našej prezentácii sme sa zamerali na manažment pacienta s AKS v našom regióne Humenné resp. Snina. Ide o región, kde nie je možné v mnohých prípadoch dosiahnuť kritériá na transport pacienta do PKI centra za účelom primárnej PKI. Aj z tohto dôvodu v našom regióne asi najviac realizujeme prednemocničnú fibrinolytickú terapiu na Slovensku.

STUDENČAN, M. a spol, Včasný manažment akútneho infarktu myokardu s eleváciami ST na EKG (STEMI), Odporúčania Slovenskej kardiologickej spoločnosti a Spoločnosti urgentnej medicíny a medicíny katastrof, 2013

ETC Falck-Záchranná

Kontakt na autora:

cornanic@falck-zachranna.sk

KOMPLEXNÁ FYZIOTERAPIA U PACIENTOV S MORBUS

BECHTEREV

ŠTEFÁNIA PALOČKOVÁ
Nemocnica s.r.o Snina, FRO

Kľúčové slová: Morbus Bechterev. Kinezioterapia. Liečba. Reumatické ochorenia. Ankylozujúca spondylitída.

V tejto práci sa zaoberáme možnosťami terapie u ochorenia Morbus Bechterev. Ide o chronický, zápalový a progresívny proces, ktorého príčina nie je doposiaľ známa.

Cieľom práce je oboznámiť čitateľa s etiopatogenezou, symptomatológiou a možnosťami adekvátnej liečby. Kinezioterapia, obsiahnutá v hlavnej časti, upriamuje náš pohľad na pohybovú liečbu jednotlivých úsekov chrbtice, na fyzikálnu a mechanickú terapiu. Na kazuistických príkladoch sme sa snažili poukázať na možnosti diagnostiky a účinnosti zvolených terapeutických postupov. Dôvodom výberu tejto témy je v poslednom čase narastajúci počet ľudí, ktorých táto choroba postihuje.

Na základe dosiahnutých výsledkov a zistení, po spolupráci s pacientmi počas doby liečenia, v závere práce navrhujeme možnosti komplexnej liečby, v ktorej sme uviedli spôsoby úpravy denného režimu, domáceho prostredia a návrh pohybových aktivít pre voľný čas.

Morbus Bechterev je chronické zápalové a progresívne ochorenie, ktorého príčina vzniku nie je doposiaľ známa. Život s MB nemusí prinášať žiadne podstatné obmedzenia, pokiaľ je však priebeh ochorenia vážnejší, vynúti si radu zmien. Na jednej strane nám choroba v aktivitách bráni, na druhej strane prináša mnoho nového (pravidelné cvičenie, zmenu životosprávy, atď.).

Keďže zaznamenávame nárast počtu ľudí s týmto ochorením je potrebné oboznámiť sa s možnosťami liečby a komplexnej fyzioterapie, čo bolo aj našim prioritným cieľom.

Pri vypracovaní tejto práce a pri spolupráci s pacientmi sme si vytvorili pohľad na túto diagnózu, prehĺbili svoje praktické skúsenosti a utvrdili sa, že pre bechterevidkov je dôležitá fyzioterapeutická liečba.

Počas spolupráce s klientmi sme dbali na to, aby bol rehabilitačný program pestrý a zaujímavý. Samotná liečba si však vyžaduje dlhodobý odborný prístup. Po absolvovaní terapie sa

stav pacientov subjektívne aj objektívne zlepšil. U každého jedinca vzhľadom na rôzne štádium ochorenia, v odlišnej miere.

Vďaka štúdiu dostupnej literatúry vznikol súvislý text, ktorý vysvetľuje problematiku okolo daného ochorenia. Získali sme mnoho nových informácií, zorientovali sa v danej problematike a rozšírili si okruh vedomostí.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

GÚTH, A. a kol. 2005. Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov. Bratislava: Liečerehgúth, 2005. 400 s. ISBN 80 – 88932 – 16 – 5.

KOLÁŘ, P. et al. 2010. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 713 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 657 – 1.

PAVELKA, K. a kol. 2002. Revmatologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 150 s. ISBN 80 – 7262 – 145 – 9.

PAVELKA, K. – ROVENSKÝ, J. 2003. Klinická revmatologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80 – 7262 – 174 – 2.

PAVELKA, K. 2007. Časná diagnostika ankylozující spondylitidy. In Postgraduální medicína. ISSN 1212 – 4184, 2007, roč. 9, č. 2, s. 180 – 184.

ROVENSKÝ, J. – PAVELKA, K. 2000. Klinická reumatológia. 1. vyd. Martin: Osveta, 2000. 1047 s. ISBN 80 – 8063 – 022 – 4.

Kontakt na autora:

Bc. Štefánia Paločková
Komenského 2653, Snina
steffi84@gmail.com

MOŽNOSTI VYUŽITIA FYZIOTERAPIE V LIEČBE INKONTINENCIE

PETRA DZOBOVÁ

Nemocnica Snina, s.r.o., FRO

Kľúčové slová: Svaly panvového dna. Inkontinencia. Fyzioterapia.

Močová inkontinencia patrí medzi najčastejšie chorobné stavy okolo 50 roku života, ale tiež nie je ojedinelá u mladších žien. Možno ju definovať ako samovoľný, nechcený únik moču, ktorý zapríčiňujú poruchy viacerých funkčných a anatomických zložiek. Mnohí ľudia so slabosťou močového mechúra nikdy nevyhľadajú pomoc alebo radu. Dôvodom je často to, že to považujú za intímnu oblasť. U tých ľudí, ktorí vyhľadajú lekársku pomoc alebo radu, možno tento stav liečiť alebo značne zlepšiť.

Táto práca sa zaoberá problematikou inkontinencie moču. Popisuje anatómiu svalov panvového dna, formy inkontinencie a liečbu. Oboznamuje o diagnostike, liečebných a vyšetrovacích metódach. Zároveň prináša prehľad fyzioterapeutických metód využívaných pri tomto ochorení. V prieskumnej časti práce sme zisťovali akou formou inkontinencie sú najčastejšie postihnuté oslovené ženy, ako sú informované o možnostiach rehabilitácie a či ich využívajú. Respondentskú vzorku tvorilo 30 náhodne vybraných žien trpiacich inkontinenciou. Zistili sme, že respondentky v prevažnej väčšine trápia stresová inkontinencia. Výsledky výskumu tiež určili, že respondentky sú informované o cvičeniach a metódach rehabilitácie ale často ich nevyužívajú.

Kontakt autora:

Bc. Petra Dzobová

Snina

NEROZPOZNANÁ APPENDICITÍDA – INTERDISCIPLINÁRNY PROBLÉM

Zuzana Flešárová, Oto Grollmusz

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, pobočka Prešov

Kľúčové slová: uterus myomatosus, gangrenózna appendicitída, interdisciplinárna diagnostika

43-ročná pacientka s gynekologickou anamnézou uterus myomatosus bola hospitalizovaná na oddelení gynekológie a pôrodnictva pre bolesti v podbrušku, menzes 2. deň. Diagnózy pri prijatí: Uterus myomatosus, Dolores in hypogastrii, Kolapsový stav. Pre pretrvávajúce bolesti v oblasti pravého podbruška a vysoké zápalové markery bolo privolané chirurgické konzílium. Pre nejednoznačný klinický nález bolo chirurgom opakovane odporučené CT brucha statim, gynekológmi bola pacientka objednaná na CT vyšetrenie o 3 dni. Klinický stav pacientky progredoval, pre febrilný stav, sepsu, hypotenziu a dehydratáciu bola pacientka nasledujúci deň preložená na KAIM. Na základe urgentných konzílií (gynekologické a chirurgické) bola indikovaná okamžitá operácia, pri ktorej bola zistená infekcia dutiny brušnej spôsobená gangrenóznou appendicitídou s rozšírením infekcie do brušnej fascie a retroperitonea – diagnóza: Appendicitis gangrenosa perforativa positio retrocoecalis cum peritonitis purulenta diffusa phlegmona parietis abdominis – epifascitída, Uterus myomatosus. Pre multiorgánové zlyhanie pri rozvinutom septickom šoku bola o dva dni indikovaná reoperácia, s nálezom progredujúcej flegmóny retroperitonea a fascií v inguinálnej a femorálnej oblasti. Počas operačnej revízie bola nutná KPR pre bezpulzovú srdcovú aktivitu. Po príchode pacientky z operačnej sály na KAIM došlo k asystólíi, KPR bola neúspešná, konštatovaný bol exitus letalis.

Kontakt na autora:

MUDr. Zuzana Flešárová, MUDr. Oto Grollmusz

ÚDZS Prešov

Mail: zuzana.flesarova@udzs-sk.sk

Telefón: 051/2852 629

MANAŽMENT PACIENTA S AKS V SPOLUPRÁCI S VÚSCH

Štefan Haničák, Nemocnica Snina, s.r.o.

Definícia AKS:

- súbor klinických symptómov, vznikajúcich na základe akútnej ischémie myokardu, spôsobenej najčastejšie aterosklerotickou trombozou

EKG

- AKS s eleváciami segmentov ST (STE-AKS)

BLTR, BPTR de novo

AKS bez elevácie segmentov ST (NSTEMI-AKS)

NAP (negatívne enzýmy)

NSTEMI (pozitívne enzýmy)

mikroinfarkt (troponín pozit., CK-MB negat.)

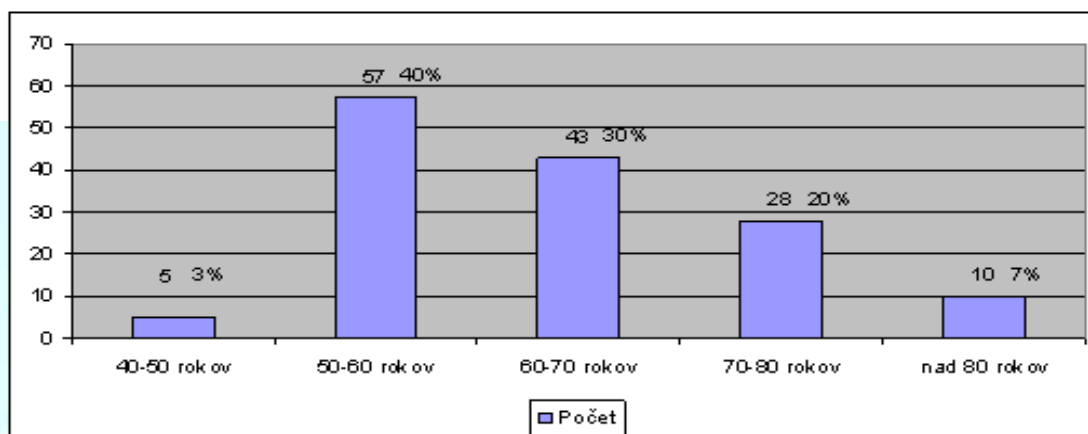
- mortalita až 30%, 2/3 zomiera ešte pred príchodom do nemocnice,
½ 1 hod. od vzniku príznakov
- ročný počet hospitalizácií pre NSTEMI-AKS – približne 3/1000
STEMI asi 20% výskytu NSTEMI-AKS
- hospitalizačná mortalita : STEMI 7% vs NSTEMI 5%
- mortalita o 6 mesiacov: 12% vs 15%
o 4 roky: 2x vyššia u NSTEMI

- **ŠTATISTICKÝ SÚBOR PACIENTOV S AKS, OŠETRENÝCH V NEMOCNICI SNINA V SPOLUPRÁCI S VÚSCH V ROKU 2012**

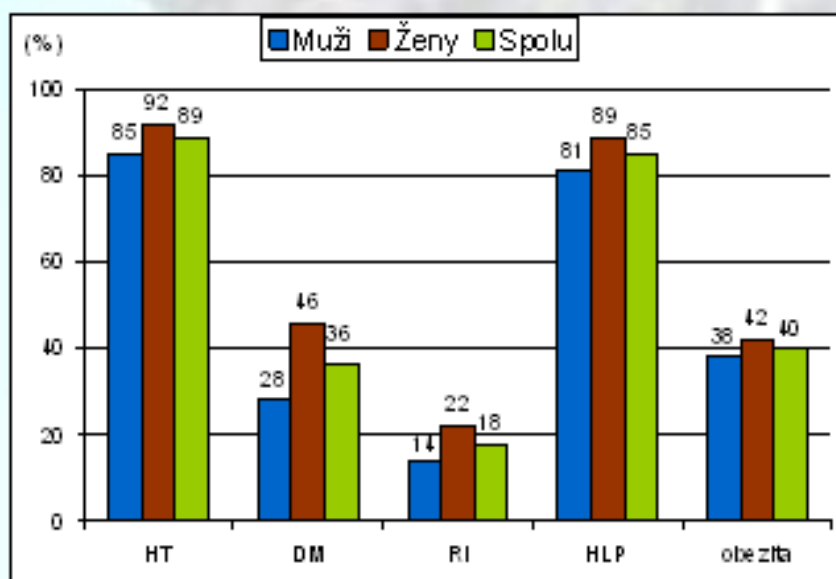
NSTEMI-AKS:

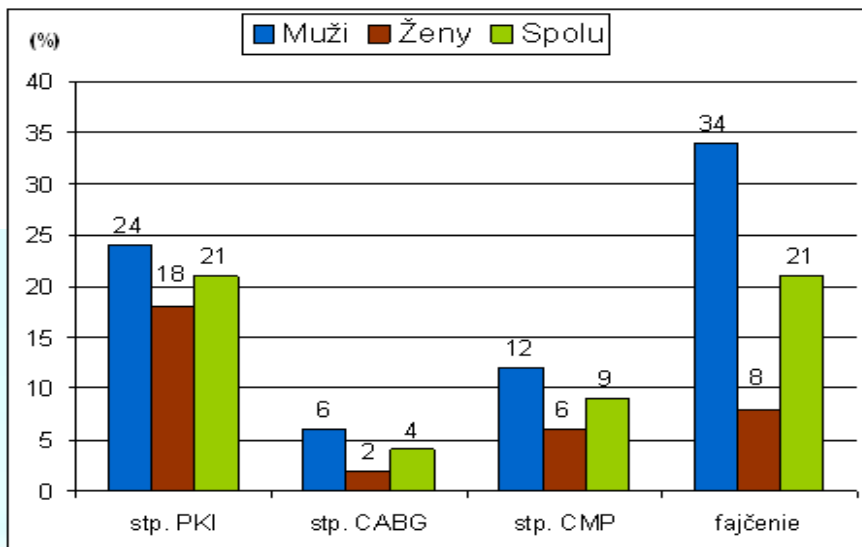
- 143 pacientov, 84 (59%) muži, 59 (41%) ženy

- priemerný vek: muži 65,3 r., ženy 67,8 r.

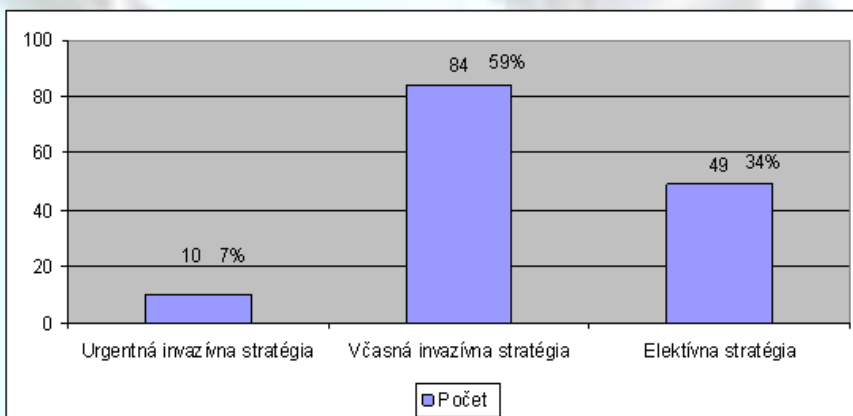


Komorbidity pacientov s NSTE-AKS Dôležité anamnestické údaje

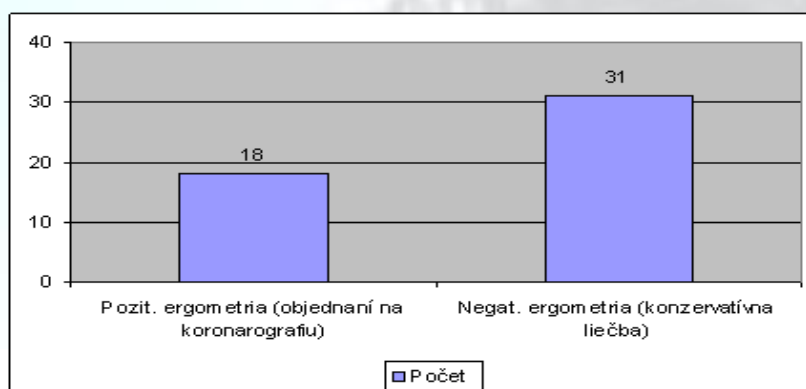




Manažment liečby pacientov s NSTE-AKS



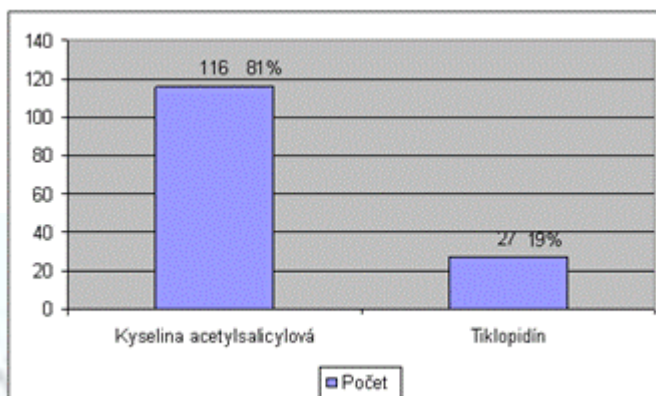
Manažment pacientov s NSTE-AKS riešených elekt.stratégiou



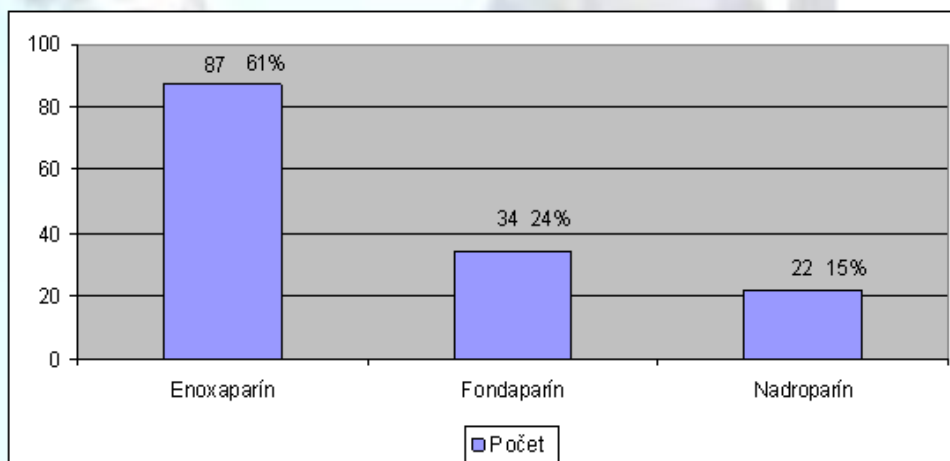
Antiagregačná liečba NSTE-AKS

- klopidoarel

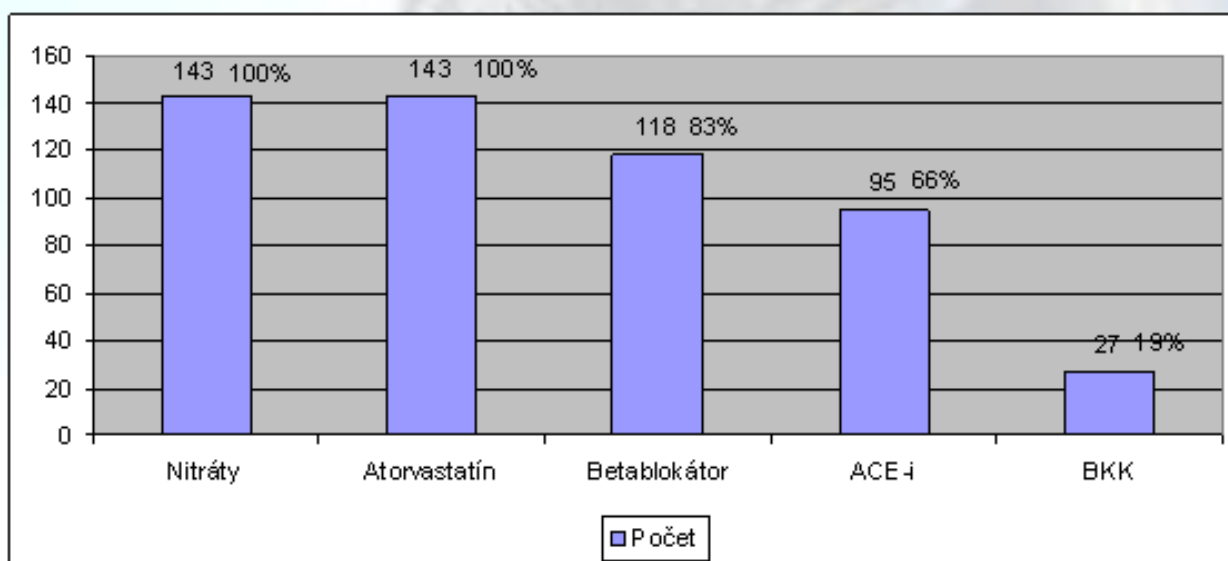
(nasycovacia dávka 300mg,
pokračovacia dávka 75mg)



Antitrombotická liečba pacientov s NSTE-AKS



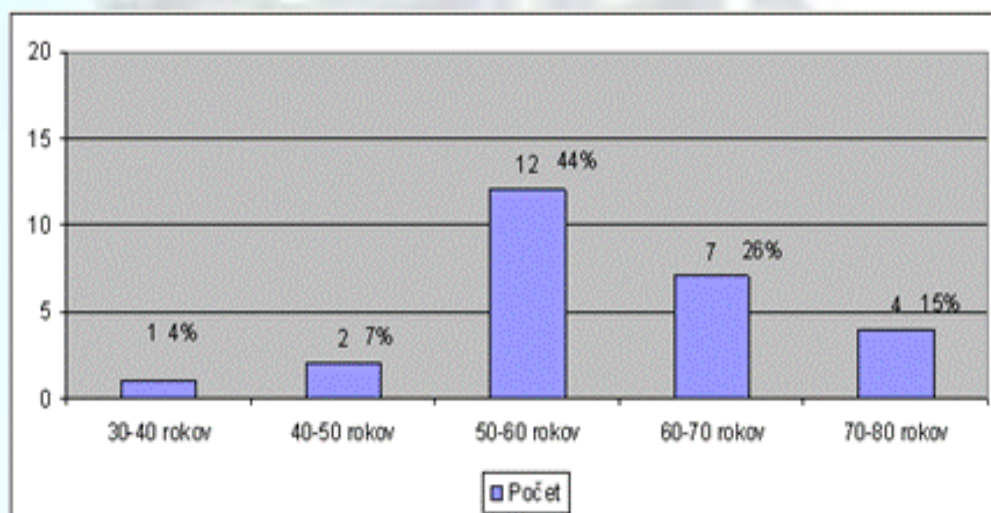
Ostatná liečba pacientov s NSTE-AKS



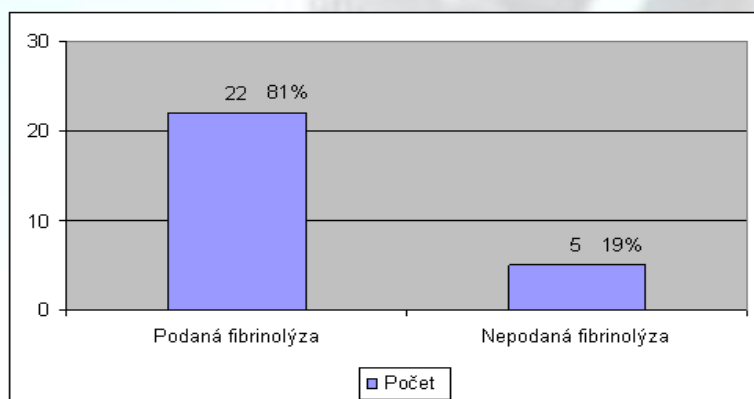
STEMI

- Košice- Snina 95 km (EKG-PKI viac ako 120 min.)
- JIS : fibrinolytická liečba, adjuv.AT liečba,antiagregačná th., (liečba komplikácií), lab. a EKG diagnostika
- zlyhanie fibrinolýzy- ihneď transport do VÚSCH- rescue PCI účinná fibrinolýza: transport do VÚSCH do 24 hod.- včasnáPCI
- 27 pacientov- 15 mužov
12 žien
- priem. vek: muži 55,2 r.
ženy 62,3 r.

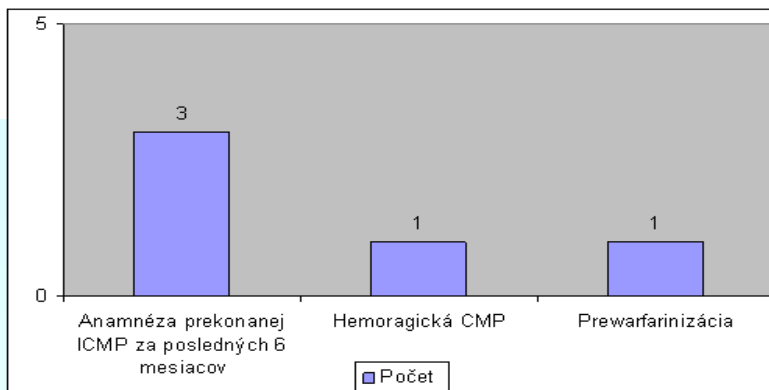
Vekové zloženie pacientov so STEMI



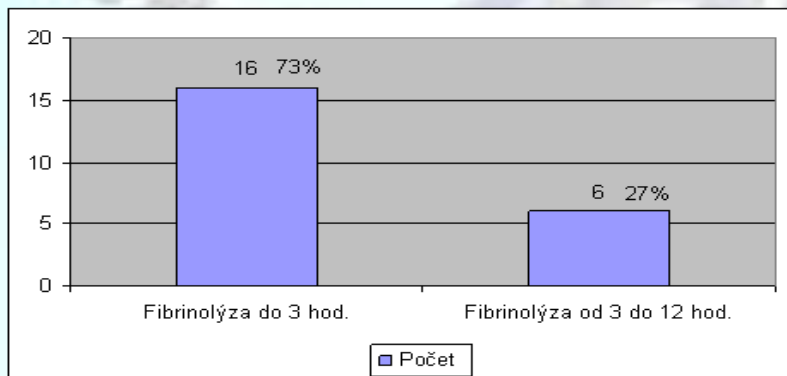
Podaná vs. kontraindikovaná TLL



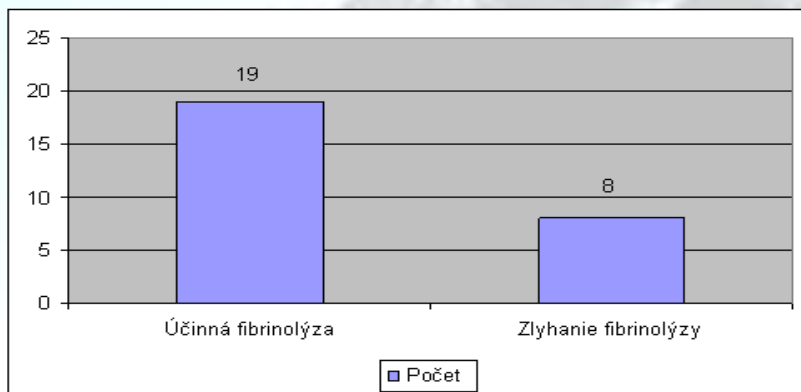
Dôvody kontraindikácií TLL



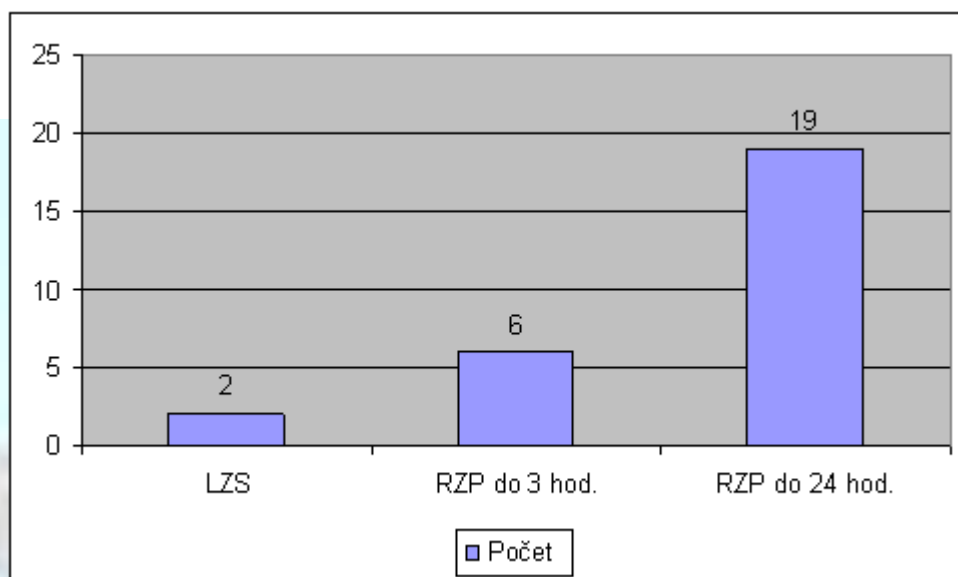
Časové okno podania fibrinolýzy



Účinná fibrinolýza vs. zlyhanie



Spôsob transportu pacientov so STEMI



ZÁVER

- NSTEMI-AKS 143 pacientov, STEMI-AKS 27 pacientov
- incidencia cca 4/1000 obyvateľov
- invazívna diagnostika pac. s NSTEMI-AKS 66%
- SLOVAKS2 (2011) 68% NAP, 63% NSTEMI

CZECH (2010) 72% NAP, 85% NSTEMI

- STEMI: CZECH prim.PCI 93% vs fibrinolýza 1%
- SLOVAKS2 prim.PCI 65% vs fibrinolýza 11%
- SR: 4 PCI centrá

ČR: 21 centier

Kontakt na autora:

MUDr. Štefan Haničák

Nemocnica Snina,s,r,o,

POSLANIE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA – HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ

Sovšáková,A. , Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Humennom

Cieľom prezentácie je priblížiť históriu hygieny a verejného zdravotníctva, význam v minulosti ale i v súčasnosti .

Úvod :

Verejné zdravotníctvo ako vedný odbor začalo tvoriť svoju históriu v približne rovnakom časovom horizonte ako ostatné vedné odbory, ktorých ústredným motívom je zdravie človeka. Problematiku hygieny môžeme nájsť v mnohých historických dokumentoch a odborných literatúrach . Z mnohých archeologických vykopávok poznáme vodovody, kanalizácie ,kúpele , ktoré hovoria o vysokom stupni rozvoja hygienickej kultúry a starostlivosti o zdravie. Hipokrates , ktorý vošiel do histórie ako otec medicíny zdôrazňoval význam prostredia pre zdravie a chorobu človeka a bol zástancom hygienických opatrení v boji proti chorobám .

Súbor a metodika :

- historické údaje boli čerpané z odbornej literatúry a zamerané hlavne na odbor epidemiológie a infekčné choroby.

- výskyt infekčných ochorení v okrese Snina a SR , zdroj informačný systém epis.sk
- výročné správy regionálneho úradu verejného zdravotníctva
- praktické skúsenosti epidemiológa

Výsledky :

Výsledky zistení a porovnaní sú prezentované v grafickej a komentárovej forme

Záver:

Zameranie činnosti verejného zdravotníctva je stabilné v základných činnostiach jednotlivých oddelení, ďalšie činnosti sa nabaľujú podľa aktuálnej situácie v spoločnosti , hospodárstve ,v životnom prostredí ,v školstve vo výžive a hlavne vo výskyte infekčných a civilizačných ochorení. Každý jednotlivec , podnikateľ, organizácia, mesto, obec, zdravotnícke zariadenia deň čo deň riešia problémy, kedy potrebujú pomoc regionálneho úradu verejného zdravotníctva.

Kontakt na autora:

MUDr. Anna Sovšáková

RÚVZ Humenné

PÉČE O PACIENTY S CMP V ČESKÉ REPUBLICE

A.Goldírová, D.Sýkorová, FN Ostrava

Klíčové slova: cévní mozková příhoda, iktová jednotka, iktové centra a komplexní cerebrovaskulární centra

Cévní mozkové příhody (dále CMP) jsou druhou nejčastější neúrazovou příčinou mortality. CMP se staly problémem nejen medicínským, ale i sociálním a ekonomickým. V České republice je úmrtnost na cévní mozkové příhody ve věku do 65 let ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy dvojnásobná a dosahuje maxima u mužů ve věku mezi 49 a 65 lety. Česká republika se spolu s dalšími zeměmi zavázala na Helsinborské konferenci přijmout organizační a léčebná opatření, která výrazně sníží počet úmrtí na CMP. Léčba CMP je vždy individuální. Vychází z příčiny a typu CMP, z věku, zdravotního stavu, z terapeutického okna navrhované léčby, z nálezů klinické neurologické symptomatologie i zobrazení s pomocí CT, MR, sonografie karotid apod. Všechny CMP se hodnotí jako urgentní stav, při jehož léčbě má přednemocniční neodkladná péče svůj významný podíl. CMP je akutní stav charakterizovaný ložiskovým nebo povšechným poškozením funkcí mozku v důsledku poruchy mozkového krevního oběhu.

Rozdělení : Cévní mozkové příhody se nejčastěji dělí podle mechanismu svého vzniku: Ischemické CMP představují asi 80% všech CMP a jsou nejčastěji způsobeny postupným trombotickým uzávěrem nebo náhlým trombembolickým uzávěrem do přírodní tepny. Hemoragické CMP se vyskytují asi v 15% případů a jsou vyvolány rupturou některé z mozkových tepen. Subarachnoidální krvácení je neméně časté, vyskytuje se asi v 5% případů a je vyvoláno výronem krve do subarachnoidálních prostor.

Priority v přednemocniční neodkladné péči

- Zajistit základní životní funkce, tj. dostatečné dýchání, zajištění volných dýchacích cest, dostatečný perfuzní - střední-systolický tlak .
- Zahájit korekci závažných zdravotních komplikací majících vliv na průběh CMP / glykemie, poruchy rytmu, hypertenze ... /
- Získat co největší počet anamnestických informací i extracerebrálního rázu, které mohou spolurozhodovat o taktice další léčby, tj. např. o hypertenzi, o vředové chorobě GIT, o

jícnových varixech, o poruchách hemokoagulace, o opakované CMP a předchozích neuropsychických výpadcích.

V současné době indikací trombolýzy apod. má anamnéza zásadní význam a její časná znalost umožňuje využít poměrně krátkého terapeutického okna.

National Institute of Neurological Diseases and Stroke / NINDS / uvádí následující seznam příznaků akutní CMP : náhlá slabost nebo znecitlivění tváře, horní či dolní končetiny, náhlé zatmění nebo ztráta zraku zejména na jednom oku, náhlá neschopnost mluvit nebo rozumět řeči, náhlá silná bolest hlavy bez známé příčiny, nevysvětlitelná závrať či náhlý pád. Spolehlivé rozlišení jednotlivých typů CMP zejména z hlediska mechanismu jejich vzniku , stanovení příčiny, přesné lokalizace a rozsahu, vyžadují řadu vyšetření, nejčastěji CT, popř. MR, doplněné sonografickým vyšetřením karotid

Směrování a transport

Pacient by měl být optimálně směrován již primárně na pracoviště schopné uvedené diagnostiky / CT, MR, sono.../, a pokud možno i léčby na základě diagnostiky indikované. Sem patří iktové jednotky, iktová centra, centrální příjmy, neurologická oddělení nemocnic a podobně.

Převoz má být šetrný, pacient se pro převoz polohuje do drenážní polohy hlavy. Vodorovně leží při ischemické etiologii, při hemoragii volíme polohu s hlavovým koncem do 25 stupňů výše.

Literatura :

Bauer J.: Moderní trendy v terapii cévních mozkových příhod. Příloha ZdN č. 45

Doporučení pro diagnostiku a léčbu mozkových cévních příhod. Čes. A Slov. Neurol.

Neurochir. 60/93, 1997, Suppl., 4-8

Kontakt na autora:

Mgr. Adriana Goldírová

FN Ostrava

systola@seznam.cz

AKTUÁLNE ZMENY V LEGISLATÍVE PREVENTÍVNEHO PRACOVNÉHO LEKÁRSTVA

Vladimír Dzan, Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Humennom

Hygienická služba na Slovensku si v minulom roku pripomenula 60. výročie svojej existencie. Jednou z jej základných zložiek je aj odbor preventívne pracovné lekárstvo. Ide to multidisciplinárny odbor, zaoberajúci sa dohľadom nad pracovnými podmienkami zamestnancov a vplyvom na ich zdravotný stav. V poslednej dobe došlo k niekoľkým zmenám v znení základnej legislatívy v oblasti verejného zdravotníctva, ktoré sa samozrejme nevyhli ani preventívnemu pracovnému lekárstvu. Ide najmä o zmeny týkajúce sa pôsobenia pracovných zdravotných služieb a úpravy vo vykonávacích predpisoch. Z týchto úprav sú pre zamestnancov pracujúcich v zdravotníctve dôležité najmä zmeny v Nariadení vlády SR číslo 83/2013 Zbierky zákonov o ochrane zdravia zamestnancov pred rizikami súvisiacimi s expozíciou biologickým faktorom pri práci. Nové nariadenie vlády ustanovuje požiadavky na ochranu zdravia a bezpečnosti zamestnancov pred rizikami súvisiacimi s expozíciou biologickým faktorom pri práci a na predchádzanie týmto rizikám. Zároveň sa vzťahuje aj na činnosti, pri ktorých zamestnanci v zdravotníckom sektore môžu byť poranení ostrými predmetmi vrátane injekčných ihli. Účelom prednášky je oboznámiť zdravotníckych pracovníkov so základnými zmenami v tomto vykonávacom predpise.

V dnešnej dobe dochádza aj k ďalším zmenám v legislatíve. Proces týchto zmien by mal byť systematický a mal by v zásade vyriešiť a na dlhú dobu stabilizovať oblasť verejného zdravotníctva. Vplyv rôznych faktorov môže za skutočnosť, že legislatíva v tejto citlivej oblasti nebola doposiaľ prijatá, aj keď na návrhoch legislatívnych zmien pracujú odborníci už viac, ako dva roky. Rád by som poukázal na pripravované návrhy zmien v legislatíve verejného zdravotníctva, ktoré boli síce pripravené, ale neboli v legislatívnom procese doposiaľ prijaté. Bude zaujímavé porovnať prípadný súlad alebo nesúlad medzi chystanými zmenami a výslednou podobou legislatívy v oblasti verejného zdravotníctva po jej prijatí.

Kontakt na autora:

Ing. Vladimír Dzan
RÚVZ Humenné

PREJAVY SYNDRÓMU VYHORENIA U SESTIER A MOŽNOSTI PREVENCIE.

Hrindová Tatiana, Psychiatrická nemocnica Michalovce,n.o.

Abstrakt:

Syndróm vyhorenia je charakterizovaný stratou ideálov a zmyslupnosti života. Sestra pri výkone ošetrovateľskej praxe musí čeliť psychickej záťaži a stresujúcim situáciám. Obsahom príspevku je poskytnúť informácie o prejavoch syndrómu vyhorenia u sestier, ako aj poskytnúť vhl'ad do možností prevencie vzniku syndrómu.

Kľúčová slová: Sestra. Syndróm vyhorenia. Prevencia syndrómu vyhorenia.

Sestra má nezastupiteľné miesto v rámci terapeutického tímu. Čím viac je sestra schopná empatie, tým väčší prínos má ňou realizovaná ošetrovateľská starostlivosť pre pacienta. Práca s ľuďmi, zvlášť s chorými vyžaduje od sestry nielen perfektný výkon, ale aj empatický prístup a osobnú zaujatosť pri vykonávaní ošetrovateľských činností. Zvýšená psychická záťaž často vedie k syndrómu vyhorenia. Iba zapálený človek môže vyhorieť, ale je tragédiou, ak človek vykonáva svoju prácu mechanicky, nieje motivovaný k zlepšovaniu svojich činností a výkonu, pretože skôr či neskôr stratí o ňu záujem. Sestry by nemali pripustiť, aby kontakt s bolesťou, utrpením a smrťou zanechal v nich negatívne stopy otupenia v podobe profesionálnej deformácie (Magurová,2008). Stúpajúci trend výskytu syndrómu vyhorenia vyžaduje, aby sme sa zaoberali príčinami vzniku, ale hlavne hľadali možnosti ako chrániť samých seba pred stratou ochoty spoznávať, realizovať nové postupy v ošetrovateľskej starostlivosti a cítiť osobnú zaangažovanosť pri zvyšovaní kvality zdravotníckych služieb. Dimunová, Lévyová (2011) na základe výsledkov výskumu konštatujú, že v sledovanom súbore sestier burnout syndróm je prítomný na rôznych úrovniach, napr. vysoký stupeň vyhorenia vyhodnotili v dimenziách emocionálneho vyčerpania sestier (56,8%) .

Pre syndróm vyhorenia existuje viacero definícií, ale v princípe je vyhorenie stavom fyzického, duševného a emocionálneho vyčerpania. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) má syndróm vyhorenia tri atribúty: emočné vyčerpanie, depersonalizáciu a pocit osobného zlyhania.

Pre emočné vyčerpanie sú charakteristické negatívne emočné príznaky-vyčerpanie únava,depresia.Často klesá záujem o pacientov, nastupuje cynizmus,výbuchy hnevu,plaču. Prevláda pocit, že vynaložené úsilie, ktoré trvá nadmerne dlho, neprináša želaný efekt. Prítomné je prežívanie pocitu frustrácie, bezmocnosti,beznádeje, smútku.

Fyzická vyčerpanosť sa prejavuje únavou, poruchami spánku, nechutenstvom. Pretrváva napätie, prítomné sú bolesti svalov, sťažené dýchanie, bolesti pri srdci. Prežívanie týchto obtiaží je spojené s pocitom zlyhania a márnosti.

Bornout syndróm zasahuje aj do sociálnej úrovne postihnutého. Prežívanie spoločenskej apatie, nechť k vykonávaniu profesie, ku kontaktu s pacientmi. Typické je zníženie empatie hlavne u sestier, u ktorých bola na vysokom stupni. Pri neriešení prvotných príznakov syndrómu hrozí strata zamestnania, strata zmyslu života, čo môže vyústiť až do samodeštrukcie.

Vyhorenie nie je jednorázová záležitosť, je to postupný proces s viacerými fázami. Začína sa nadmerným a dlhodobým množstvom pracovnej záťaže, ktorá spôsobuje napätie a proces vyhorenia sa končí, keď sa stres preklolí do apatie alebo cynizmu. Determinantom pritom nie je len vysoké pracovné nasadenie, ale aj nereálne nároky a očakávania a nerešpektovanie svojich potrieb.

Fázy vývoja syndrómu vyhorenia u sestier:

- nadšenie – sestra má vysoké ideály, vysoko sa angažuje. Je presvedčená o význame a zmysluplnosti svojej práce. Je ochotná pracovať nad rámec svojich povinností.
- stagnácia – ideály se nedarí realizovať, nadšenie upadá. Požiadavky na výkon ju začínajú unavovať a obťažovať.
- frustrácia – sestra vníma pacienta negatívne. Vyskytujú sa symptómy neurózy, spolu s pocitom, že musí neustále niečo robiť, pričom výsledkom je chaotické konanie. Toto obdobie je najvhodnejšie k rozpoznaní a zastaveniu rozvoja syndrómu vyhorenia.
- apatia – medzi sestrou a okolím vládne nepriateľstvo, prítomná je úplná strata nadšenia a elánu. Nastupuje sklamanie a vyčerpanie. Hostilita sestry sa prejavuje na všetkom a voči všetkým, čo nejako súvisí s ošetrovateľskou praxou.
- vlastný syndróm vyhorenia – došlo k úplnému vyčerpaniu, nastalo stratenie zmyslu práce. Prejavy sestry trpiacej vyhorením je negativizmus, nezáujem, ľahostajnosť, cynizmus, odosobnenie, dehumanizácia.

Sestry realizujú ošetrovateľskú starostlivosť v podmienkach, pre ktoré je charakteristické nízke finančné ohodnotenie, nedostatočný spoločenský status, nedostatok pomocného personálu, nízke kompetencie, dominantnosť medicíny, časová tieseň a v neposlednom rade aj prefeminizovanosť. Samotný výkon ošetrovateľskej praxe sestrou je náročný pre psychickú, ale aj fyzickú záťaž. Sestry sú denne vystavené problémom a bolesti druhých. Vo vzťahu sestra – pacient, je sestra tou, ktorá dáva a pacient prijíma, pričom je nerovnováha medzi dávaním a prijímaním. Sestra sa zaoberá vyhľadávaním a uspokojovaním potrieb pacientov, ale častokrát nevie identifikovať vlastné potreby. Faktory, ktoré ovplyvňujú vznik a rozvoj vyhorenia by sme mohli rozdeliť na vonkajšie príčiny a vnútorné predpoklady jednotlivca. V prevencii

syndrómu vyhorenia má významnú úlohu organizácia práce , adekvátne pracovné prostredie a finančné ohodnotenie (Morovicsova,2008). Nadriadení by sa pri prideľovaní pracovných úloh mali snažiť udržať rovnováhu medzi zodpovednosťou a právomocami zamestnanca. Vo veľkej miere vznik a rozvoj syndrómu vyhorenia však môžu sestry ovplyvniť samé, tým že sa naučia rozumieť sebe a svojim potrebám. Nestačí ľutovať sa a hľadať vinníka , ale sestry by mali aktívne pristúpiť k identifikácii vlastných potrieb, asertívnemu sebaapresadzovaniu sa, obhajovaniu vlastných práv a využívaniu relaxačných možností.

Desatoro starostlivosti o zdravie sestry

- Žij zdravo – dodržuj zásady správnej životosprávy , psychohygieny
- Pracovnú záťaž kompenzuj príjemnými mimopracovnými zážitkami a záľubami.
- Aj keď pracuješ v nepretržitej prevádzke vytvor si istú pravidelnosť životného rytmu.
- Nepodceňuj biologické ani psychické rizika náročného sesterského povolania.
- Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti dodržuj hygienické a bezpečnostné pravidlá a predpisy.
- Cielene sa zamýšľaj nad svojimi pocitmi,prejavmi, vystupovaním, správaním sa, nad svojím „image“.
- Staraj sa o svoje zdravie, ak sa objavia ťažkosti nesnaž sa ich liečiť sama, ale včas navštív odborného lekára a staň sa pacientom.
- V prípade ochorenia dodržuj liečebný režim tak, ako by si si priała aby ho dodržiavali tvoji pacienti.
- Uváž čo potrebuješ urobiť pre svoje zdravie
- Nauč sa asertívne správať a povedať „nie“(Černá,Kožíková,2004).

Je dôležité uvedomiť si,že ošetrovateľská starostlivosť sestry o chorých nesmie viesť k tomu, že sa zrúti a vyčerpajú. Sebapoznanie , rešpektovanie vlastných potrieb a limitov ,ale aj sebareflexia pomáhajú pri osobnostnom zrení jedinca. Charakteristické pre vyrovnaného človeka je tolerantné správanie,rešpektovanie osobitostí situácií a asertívny prejav. Všetky tieto atribúty potrebuje sestra k výkonu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej hlavnými črtami sú odbornosť, empatia , autenticita a rešpektovanie potrieb pacienta.

„Pozitívne mysliaci človek neodmieta vziať na vedomie negatívne veci. Len sa im bráni podľahnúť.“

Norman Vincent Paele

Použitá literatúra:

Černá, R., Kožíková,Z: Syndróm vyhoření /burnout syndrom/u zdravotních sester.In: Urologie pro praxi, 2004, č.6

Dimunová,L.,Lévyová,M.:Výskyt syndrómu vyhorenia u sestier na Slovensku. In: Sestra a lekár v praxi,2011,č.5-6.,ISSN 1335-9444

Krajčiová,E: Bornou syndróm.In:Sestra, 2006,roč.5,č.5-6., ISSN 1335-9444

Magurová,D.,Cibříková,S.,Lengelyová,A.:Dôstojné umieranie v podmienkach zdravotníckych a sociálnych zariadení.In.Sborník kongresu XII.gerontologické dny Ostrava. Ostrava : DTO CZ ,2008.ISBN 978-80-02-02077-6

Morovicsová,E: Profesia sestier a syndróm vyhorenia.In:Florence,2008, č.2 ISSN 1801-464X

Kontakt na autora:

PhDr. Hrindová Tatiana

Psychiatrická nemocnica Michalovce,n.o

Kľúčové slová:

Myslenie – Kvalita myslenia - IQ- a EQ- inteligencia - Emočná inteligencia - Revízny lekár
– Revízne-kontrolná činnosť – Poruchy myslenia v praxi – Nedostatky emočnej inteligencie
– Možnosti využitia poznatkov logiky a psychológie z oblasti emočnej inteligencie v praxi .

Práca je zameraná na význam potreby využívania zdravého myslenia a emociálnej inteligencie v zdravotníctve a v práci revízneho lekára.

Všima si myšlienkové procesy a myšlienkové operácie, zvláštností a vlastností myslenia, poruchy myslenia a intelektu, IQ - inteligenciu a najmä EQ -inteligenciu.

Zväčšuje sa význam využívania poznatkov logiky, psychológie a EQ – inteligencie aj v práci revízneho lekára a jej ďalšieho rozvíjania vrátane aj potreby štúdia hlúposti pri sledovaní cieľa zvýšenia efektivity revízne – kontrolnej činnosti.

Práca demonštruje konkrétne príklady z praxe revízneho lekára v revízne - kontrolnej činnosti pri posudzovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré sú v rozpore so zdravým myslením, alebo pravidlami logiky.

MUDr. Vladimír Kičik

revízny lekár II.

Telefón: +421/57/2824 820

Fax: +421/57/775 3260

UZAVRETÝ ODBEROVÝ SYSTÉM VACUETTE A SPRÁVNÝ POSTUP PRI ODEBRE VENÓZNEJ KRVI

Katarína Aftanasová, PHARMA GROUP, a.s.

Prezentácia je zameraná na predstavenie nového uzavretého odberového systému v portfóliu našej spoločnosti. Systém je rozdelený na uzavretý odberový systém na odber venózneho krvi a iného biologického materiálu (moč, liquor, výpotok) VACUETTE a na odber kapilárnej krvi MiniCollect. Vacuette bol prvým vákuovým odberovým systémom na svete a výrobca stále svoje produkty inovuje. V posledných rokoch sa zameriava hlavne na výrobu bezpečnostných produktov, keďže sa mení aj legislatíva v EÚ. V druhej časti sa zaoberám správnym postupom pri odbere venózneho krvi a upozornením na najčastejšie chyby pri odberoch, s ktorými sa stretávam pri zaškolení personálu pri prechode na náš odberový systém z iného systému. Najčastejšou z nich je absencia poučenia pacienta o správnej príprave na odber. Súčasťou prezentácie sú aj video ukážky zamerané na predstavenie bezpečnostných produktov systému VACUETTE.

Názov: **„Zdravotníci sebe“**

Podnázov: Zborník odborných príspevkov z Celoslovenskej konferencie
s medzinárodnou účasťou, konanej 04. Októbra 2013 v Snine

Editor: PhDr. Jana Kapaková

Vydala: Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek v Humennom

Vydanie: druhé

Počet strán: 42

Rok vydania: 2013

Uverejnené články neprešli jazykovou korektúrou. Za jazykovú stránku zodpovedajú v plnom rozsahu autori článkov.

ISBN 978-80-89542-37-6

VŠEOBECNÉ ÚDAJE

Registrácia účastníkov je od 9:30 hod. vo vestibule kaštieľa.
Celoslovenská vzdelávacia aktivita trvá od 10:00 hod.
18:00 hod./480 min/
Forma prihlasovania je pre sestry a PA len elektronicky.

Konferenčný poplatok:
2 € člen SKSaPA, SKMTP, SLK, SKF
4 € nečlen
0 € autor, spoluautor

V konferenčnom poplatku je zahrnuté:

- > propagačné a informačné náklady
- > občerstvenie
- > technická podpora konferencie
- > poplatky za prenájom

Konferenčný poplatok sa uhrádza v mieste konania konferencie.

Konferencia je zaradená do systému bodových hodnotení účasti na odborných podujatiach podľa Vyhlášky MZ SR 366/2005 Z.z. v znení neskorších predpisov.

Odborný garant:

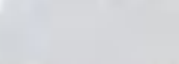
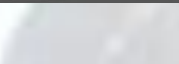
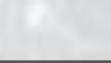
Mgr. Iveta Michalcová, Vedúci RC pre HSV v PO kraji
MUDr. Jana Haničáková, Predseda Subregionálnej lekárskej komory v Snine
RNDr. Jana Sirková, vedúca OKH Snina

Kontaktná adresa:

PhDr. Jana Kapaková
Nemocnica Snina, s.r.o.
Sládkovičova 300/3, 069 01 Snina
e-mail: namosetrovatelstvo@nemocniasnina.sk
tel.: 0918 532 005, 0917 147 399

POĎAKOVANIE

Vyslovujeme poďakovanie sponzorom a Mestu Snina, ktorí podporili realizáciu Celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou



SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER
A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
REGIONÁLNA KOMORA SESTIER
A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK V HUMENNOM
SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA
SLOVENSKÁ KOMORA MEDICÍNSKO-
TECHNICKÝCH PRACOVNÍKOV
SLOVENSKÁ KOMORA FYZIOTERAPEUTOV
NEMOCNICA SNINA, S.R.O.,

VÁS SRDEČNE POZÝVAJÚ

Na celoslovenskú konferenciu
pod záštitou primátora Mesta Snina

3. Sninský zdravotnícky deň



Kaštieľ Snina
Sládkovičova 300



4. októbra 2013

„ZDRAVOTNÍCI SEBE“

ODBORNÝ PROGRAM
Slávnostné otvorenie 10:00 hod.

Slávnostné udelenie ocenení zdravotníckym
pracovníkom Nemocnice Snina, s.r.o
I.BLOK

1. POSLANIE VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA-
HISTÓRIA A SÚČASNOSŤ
MUDr. Anna Sovšáková, Humenné
2. IMPLEMENTÁCIA DRG SYSTÉMU NA
SLOVENSKU
*MUDr. Stanislav Žiaran PhD., MPH, FEBU, MUDr.
Monika Pažňiková MPH, MBA, Ing. Zuzana
Duručiková, Bratislava*
3. NEROZPOZNANÁ APPENDICITÍDA –
INTERDISCIPLINÁRNY PROBLÉM
MUDr. Z. Fléšárová, MUDr. O.Grollmusz, Prešov
4. PÉČE O PACIENTY S CNP v ČR
Mgr. A. Goldírová, D.Šýkorová, Ostrava
5. EVIDENCIA SPOTREBOVANÝCH LIEKOV
(ESL) NA PACIENTA
Ing. Adrián Petrik, Košice
6. IMPORTOVANÉ NÁKAZY Z POHĽADU
EPIDEMIOLOGA
*MUDr. A. Sovšáková, M. Aseňicová, M.Gerbocová
Rokytková, Humenné*
7. ZMENY MYSLENIA A VÝSKYT OMYLOV V
PRAXI REVÍZNEHO LEKÁRA. 2013
*MUDr. Kličik Vladimír, MUDr. Ivanko Michal,
Humenné*
8. PREJAVY SYNDRÓMU VYHORENIA
U SESTIER A MOŽNOSTI PREVENIE
PhDr. T. Hríndová, Michalovce
9. AKTUÁLNE ZMENY V LEGISLATÍVE
PREVENTÍVNEHO PRACOVNÉHO
LEKÁRSTVA
Ing. Dzan, Humenné

Prestávka s občerstvením

II.BLOK

10. AKS – ANALÝZA VÝJAZDOV
*MUDr.R. Poláčko, MUDr.R.Koys, MUDr.E.Havliková,
Košice*
11. MANAŽMENT PACIENTOV S AKS V
SPOLUPRÁCI S VŮSCH
MUDr. Štefan Hanicák, Snina
12. MANAŽMENT PACIENTA S AKS Z POHĽADU
ZZS
Bc. M. Čornanič, MUDr. A. Špitalíková, Košice
13. LYMSKÁ BORELIÓZA- MOŽNOSTI
DIAGNOSTIKY, ODBER BIOLOGICKÉHO
MATERIÁLU A INTERPRETÁCIA
VÝSLEDKOV
MUDr. M. Hajňuková, Prešov
14. BETA – HEMOLYTICKÉ STREPTOKOKY V
BIOLOGICKÝCH VZORKÁCH.
INTERPRETÁCIA LABORATORNYCH
NÁLEZOV.
MUDr. E.Šinajová, Prešov
15. ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ
STAROSTLIVOSTI SESTRY ADOS
PhDr. D.Chanúthová, H.Halaganová, Prešov
16. MOŽNOSTI FYZIOTERAPIE PRI
INKONTINENCII MOČU
Bc. P.Dzobová, Snina
17. UZAVRETÝ ODBEROVÝ SYSTÉM VACUETTE A
SPRÁVNY POSTUP PRI ODBERE KRVI
Katarína Aftanasová, Zvolen
18. HOLISTICKÝ PRÍSTUP SESTRY PRED,POČAS
A PO TRANSPLANTÁCII PERIFÉRYCH
KMEŇOVÝCH BUNIEK U
ONKOHEMATOLOGICKÝCH PACIENTOV.
PhDr.J. Čmelová, Ružomberok
19. KOMPLEXNÁ FYZIOTERAPIA U PACIENTOV
S MORBUS BECHTEREV
Bc. Š. Paločková, Snina

Diskusia

POSTER

1. HELCOCOCCUS KUNZII – NAŠE SKÚSENOSTI
S LABORATÓRNOU DIAGNOSTIKOU
Sinajová E. . HPL spol s.r.o – OKM Prešov

Záver pracovného dňa, odovzdávanie potvrdení o účasti

Organizačný výbor:

J.Kapaková, A. Janušová, A. Bajusová, M. Jarolimová,
M.Danková, R.Šinajdová, M. Pavlísková, J. Kuzmová, R. Salajová,
J. Sirková, E. Serdulová, M. Halamková, T.Vajanska

AKO PRICESTOVAŤ
www.cp.atlas.sk

