

CO BRÁNÍ LÉKAŘŮM POUŽÍVAT TERAPEUTICKÉ MATERIÁLY?

Markéta Koutná

Poradna pro léčbu rány, KARIM, VFN Praha

Způsob hojení ran fyziologickým způsobem se u nás snaží prosadit více než 10 let. Nové názory a trendy se poprvé objevily v devadesátých letech s příchodem zahraničních firem, které ve své široké nabídce mají i takzvané terapeutické obvazy. Tím, že tyto materiály byly pro nás zdravotníky tehdy opravdu něčím novým, brzy si získaly název moderní obvazy. Takový zavádějící termín je však z obecného hlediska nesprávný, neboť ve světě pod pojmem moderní přístupy, moderní materiály je rozuměno spíše bio inženýrství s použitím umělých náhrad kůže, užití růstových faktorů a dalších možností.

Med. Pro Praxi 2006; 4: 199–200

Vstup těchto terapeutických obväzů do nemocnic byl spíše váhavý a rozhodně ne komplexní. Zajímavé je, že materiály, práce s nimi i jejich účinky oslovily zpočátku více sestry než lékaře. Z toho následně vyplynula situace, v níž se v rámci zlepšení péče o pacienta a snahy o pokračování v započaté terapii vykrystalizovala pozice sestry konzultantky, sestry věnující se lokální péči o ránu, a to především

o ránu chronickou. Tento model sestry běžně v zahraničí funguje po mnoho let se vším všudy, co k tomu patří. Jedná se o víceletou specializaci v oboru hojení ran, jasné kompetence sestry, možnosti speciálních vyšetření pacienta při ošetření, psaní receptů na obvazový materiál a podobně.

Pro naše sestry v oblasti kompetencí se (zatím) stala obrovským úspěchem vyhláška číslo 424/2004, kde je psáno: „Sestra hodnotí a ošetřuje

poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a žilní vstupy.“

Bohužel, vyhláška již dále neuvádí do jaké míry může být sestra v lokální péči samostatná, jakých typů ran dle etiologie se její aktivity týkají, otázky ohledně rozsahu rány a další. Tato problematika je dosud řešena na různých pracovištích interním nařízením managementu pomocí náplně práce. Sestry konzultantky se věnují hojení ran obvykle při své práci v lůžkových zařízeních, ambulancích nebo v rámci domácí péče. V mnohých velkých nemocnicích byla časem ustanovena i funkce hlavní sestry konzultantky pro hojení ran, neboť tato mezioborová problematika je rozsáhlá a je jí nutno

Obrázek 1.



Dehiscence rány



Aplikace obväzu



Reakce po 2 dnech – rychlý nárůst granulace

Obrázek 2. Výstřížek reakce pomocí obväzu Release po 5 dnech



Obrázek 3.



Dekubitus na patě



Reakce po 2 dnech

Obrázek 4. Vzhled hydrokloidního obväzu na ráně po 3 dnech



Obrázek 5. Reakce hydrogelu překrytého filmovým obväzem



Obrázek 5. Hydrogel na ráně po 3 dnech



Obrázek 6. Reakce hydropolymeru po 4 dnech



věnovat komplexní pozornost včetně dalšího průběžného vzdělávání, prezentace nemocnice a spolupráce s našimi i zahraničními odbornými společnostmi. Důležitou a nedílnou součástí práce této sestry je poskytování konzultace lokální terapie na různých pracovištích. Může se zdát, že všechny tyto aktivity jsou vlastně snahou o prosazení samostatnosti sester v tomto oboru. Opak je pravdou! Zkušená sestra ví, jak je přítomnost lékaře v léčbě rány důležitá. Její úspěchy a dobré výsledky léčby jsou výsledky oboustranné týmové práce. Musím poděkovat všem lékařům, kteří byli a jsou ochotni si zavolat sestru k pacientovi, aby se pak společně věnovali danému problému.

Přesto, i po více než deseti letech, není způsob fyziologického hojení ran globálně v naší republice rozšířen. Pokud je tato metoda používána v nemocnici, chybí například návaznost na terén. Prosadit tuto terapii do chirurgických oborů se zatím zcela nemožné. I dermatologové mnohdy zůstávají u svého standardu, který má jistě své opodstatnění. Není však účelem nové terapie zavrhnout

„magistrallatae“, ale naopak přidat k nim další nové možnosti, které odborník může s výhodou svých znalostí využít.

Co tedy brání lékařům používat terapeutické materiály?

Ptala jsem se na toto téma samotných lékařů z různých oborů, kteří již měli zkušenosti s tímto způsobem hojení a mohli posoudit klady i zápory léčby. Ptala jsem se i lékařů, kteří patří k opozici v názorech na tento způsob léčení.

Zde je 5 základních problémů:

1. ekonomické důvody
2. neznalost účinků
3. nadřizení
4. nedůvěra k materiálům, postupu
5. bagatelizace problému.

Co vlastně znamená fyziologická léčba ran nebo také vlhké hojení, případně léčba s použitím terapeutických materiálů?

Již v roce 1962 britský profesor George Winter na základě rozsáhlých studií zjistil, že používáním gázy k primárnímu krytí ran dochází **ke zpomalení** hojivého procesu o 40 %!

Pro granulační a epitelizační tkáň je ideální fyziologické, vlhké prostředí v ráně. Toto prostředí je spojené s přirozenou teplotou -37 °Celsia a případně i vhodným pH (spíše kyselé). V ráně se dokáže vytvořit toto prostředí až za 6–8 hodin po převazu. V praxi není výjimkou převazovat rány 2–3x denně, hlavně na chirurgických pracovištích, tedy zhruba po 6–7 hodinách. Je jasné, že v době, kdy si již rána konečně vytvořila to správné „mílie“ vhodné k pozitivním změnám, přicházíme s dalším plánovaným převazem, čímž opět narušíme pozitivní podmínky k nastartování granulace a epitelizace.

Terapeutické materiály nám svou konstrukcí pomáhají nejen vytvořit a udržet ideální prostředí, ale pomocí dalších látek zajišťují baktericidní nebo bakteriostatické účinky. Díky tomu je můžeme ponechat na ráně více dnů. Zde je pochopitelně i ekonomická souvislost. Obvaz, který je sice mnohokrát dražší než roztok a gáza, urychlí zhojení rány a jeho cena se snižuje s počtem dnů ponechaných na ráně.

Určitým základem v aplikaci obvazů jsou materiály s antiseptickými vlastnostmi. Pokud byla rána doposud léčena standardními prostředky, je vhodné vždy těmito materiály začít. Interval převazu určíme dle sekrece v ráně.

Většina obvazů z kterékoliv generické skupiny (antiseptické, algináty, hydropolymer, filmové, s aktivním uhlím a další) na rány různě reagují a mění svůj vzhled. Je to předpokládaná a naopak žádaná reakce, která „zkušené“ jinak nepřekvapuje. V takových případech se ale nelze divit, že následně dochází k záporným reakcím ze stran lékařů k těmto materiálům. Zápach, sekrece z rány mající vzhled hnisu, zbarvení exsudátu, případně bolest pacienta, to vše může být zavádějícím faktorem a lékař se raději vrátí k původní terapii.

Každý z obvazů má doporučenou dobu od výroby, jak dlouho má zůstat na ráně. Bývá dobré tyto rady dodržet, i když nás například netíží potřeba materiálu. Mnohé z obvazů potřebují ke své reakci i správný čas. I zde pochopitelně postupujeme individuálně s ohledem na diagnózu pacienta, stav rány a lokalitu.

Opět v naší republice chybí publikace, které by mohly poskytnout na lékařské úrovni vyčerpávající informace. Pro sestry je na toto téma dostatečné množství kazuistik v časopisech pro ně určených.

Již šestým rokem u nás pracuje Česká společnost pro léčbu rány, která je občanským sdružením pro lékaře a sestry všech oborů, kteří se věnují hojení ran. Díky sympozii této společnosti (Pardubice 2002–2005) získávají lékaři i sestry aktuální informace o léčbě ran, materiálech a nových postupech. Zpočátku tvořila základnu této společnosti převážná část sester. Každým rokem však přibývá množství lékařů ze všech oborů včetně chirurgických, což svědčí o jejich zájmu se zapojit do hojení ran pomocí terapeutických materiálů, tak jak je to běžné v zahraničí.

Markéta Koutná

Poradna pro léčbu rány, KARIM, VFN Praha
U nemocnice 2, 120 00 Praha 2
e-mail: koutnamarketa@seznam.cz