

KONFERENCE NEDAŠOV 2013





Konference Nedašov 2013
Poskytování zdravotních a sociálních služeb seniorům

Sborník příspěvků

© NAD JE, 2013

Vydala NAD JE
K Brance 11/19e, 155 00 Praha 5
Vydání první, 2013

Publikace neprošla jazykovou úpravou.
Za obsahovou i formální kvalitu odpovídá autor příspěvků.
Účelová neprodejná publikace.

OBSAH

PŘEDMLUVA	4
Michaela Lutišánová	
AKTIVIZACE KLIENTA NA ZÁKLAD JЕHO BIOGRAFIE	5
Mgr. Jana Kumprechtová	
ALZHEIMEROVA CHOROBA OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	6
Vrlová Karla	
AUTOGENNÍ TRÉNINK	13
Mgr. Oldřich Kumprecht	
BOLESTI ZAD	15
MUDr. Magdaléna Klapáková	
KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ A JINAK POSTIŽENÝMI UŽIVATELI – SENIORY	22
Mgr. Markéta Vaculová	
POLOHOVÁNÍ UŽIVATELŮ A POSTUPY MANIPULACE S KLIENTY V RÁMCI ZÁSAD BEZPEČNÉ MANIPULACE S OHLEDEM NA ZDRAVÍ PERSONÁLU	25
Mgr. Markéta Vaculová	
ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA MOŽNOSTI TERAPIE A REHABILITACE	30
MUDr. Petr Pšenica	

P EDMLUVA

Vážené panáky, vážení paná i,

sborník, který máte před sebou, obsahuje příspěvky odborníků, kteří se aktivně účastnili již sedmého ročníku konference pro zdravotní sestry a pracovníky v sociálních službách, která se konala ve dnech 17. – 18. září 2013 v Nedašově, ve Zlínském kraji.

Konference Nedašov 2013 nesla podtitul „*Senio i v pobytových za ízeních sociálních služeb*“, protože stejně jako v předchozích ročnících i letos byli senio i hlavní cílovou skupinou, na kterou se přednášející zaměřovali. Příspěvky konference předneslo celkem 6 odborníků z praxe, mezi kterými byli odborní lékaři, sociální pracovníci a zdravotní sestry.

Na konferenci zazněly příspěvky na téma Alzheimerova choroba, bolesti zad, roztroušená skleróza, polohování ležících klientů, komunikace s mentálně postiženými seniory, autogenní trénink v pomáhajících profesích nebo aktivizace seniorů v pobytových za ízeních.

Sborník by měl sloužit jako studijní materiál všem odborníkům z řad poskytovatelů sociálních služeb, zdravotníkům a pracovníkům v sociálních službách, kteří poskytují péči seniorům a kteří mají zájem na stálém zkvalitování své péče. Víme, že sborník svůj účel splní a bude všem těmto odborníkům užitečnou pomocí.

Michaela Lutišanová
vedoucí vzdělávání, NAD JE

AKTIVIZACE KLIENTA NA ZÁKLAD JЕHO BIOGRAFIE

Mgr. Jana Kumprechtová

*Každý kdo je naživu,
by měl žít a ne žít.*

Poskytování péče dříve

- Péče byla zaměřena na uspokojování potřeb klienta a to speciálně na biologické potřeby.
- Modely byly zpracovány pro psychicky zdravé lidi se somatickým onemocněním.

Dřívejší péče byla spatřována v nepřijímání téměř veškerých úkonů za klienta. /betonující péče/

Dnešní aktivizace klienta

- Péče, která je postavena na úctě a respektu k seniorovi a jeho životnímu příběhu biografii

Aktivizační innosti

- Základní myšlenka aktivizačních inností je, že stále lze prožít aktivně a smyslně

Úvod do aktivizačních inností

- snaha udržet seniory v přiměřené tělesné i duševní aktivitě.
- je-li innost správně indikována a dávkována, přináší vždy pozitivní.
- Aktivizuje organismus jako celek,
- Odvádí pozornost od bolesti, obav, úzkosti.
- Zaplňuje volný čas a vyvolává v něm pocit uspokojení s výsledkem innosti,
- Klienta zapojuje do kolektivu a vytrhuje jej z izolace.

Přínos pro klienta

- klient je vnímán především jako člověk se svou biografickou historií, a to jak individuální, regionální i kolektivní.
- Ošetřovatelská péče seniorovi se zaměřením na jeho psychiku a motivaci.

Aktivizační forma péče

- podpora soběstačnosti klienta
- udržení jeho schopnosti sebeurčení a vlastní zodpovědnosti.

Aktivizační práce

- Týmová spolupráce
 - Pracovník v přímé péči
 - Sociálních pracovník

RE-aktivizační forma péče

- Je charakterizována využitím impulsů z biografie klienta.
- Napomáhá ke znovuoživení psychiky seniora a tím i schopnosti sebepečení.
- Naučené automatismy a rituály klienta jsou plně využity při poskytování péče.



Klienti sami mají možnost dotvářet prostředí

Aktivizace v ústředí

časový harmonogram dne klienta, dle jeho zvyklostí a rituálů z jeho domova.
Dodržení tohoto harmonogramu dochází výrazně ke snižování pocitů úzkosti i bázně.

Cíl aktivizačních aktivit

- podpora soběstačnosti klienta
- udržení jeho schopnosti sebeurčení a vlastní zodpovědnosti.

Úspěšný program

Do programu se mohou zapojit všichni.
Účastníci jsou jmenovitě uvítáni a znají se.
Program začíná přesně v daném ústředí.
Jednotlivci jsou chváleni a povzbuzováni.
Vedoucí vyžaduje po celou dobu skupiny nakažlivé nadšení.
Účinnost uspokojuje potřeby obyvatel a udrží jejich zájem.
Do programu jsou zahrnuty nápady obyvatel.
Vedoucí program vhodně ukončí a dle návrhů obyvatel má za úkol.

ALZHEIMEROVA CHOROBA OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Vrlová Karla, Centrum klinické gerontologie KNTB, a.s. Zlín

Alzheimerova choroba

Zkuste zavítat o víkend a představit si, jak stojíte uprostřed místnosti. Nevíte, jak jste se zde ocitli, kolik je hodin ani jaké je roční období. Obrazy na zdech, koberec na zemi, nábytek, lampa, ... to všechno je Vám cizí. Nikdy předtím jste tu nebyli.

Sedáte si na židli a prohlížíte si všechno kolem, jako byste tu byli poprvé. Zaujímá Vás dveře v rohu. Asi jste jimi před chvílí vstoupili, ale teď už nevíte, kam vlastně vedou.

Přichází nacističtí lidé a oslovují Vás. Cítíte, že byste je asi měli znát. Ale prostě si nevzpomenete, jak se jmenují ani kdo to je. Hlavou se Vám honí nepřijemné myšlenky: „Co tu vlastně chtějí?! Nejsou nebezpeční? Ještě aby tady tak něco vzali. Nebo mi chtějí ublížit?!“ S napětím čekáte, co bude dál...

Vy o tom nevíte, ale jste v bytě, ve kterém žijete více než čtyřicet let. Dveře vedou do kuchyně, denně jimi projdete snad stokrát. Ti lidé jsou Vaše děti...

Definice a projevy Alzheimerovy choroby

- Degenerativní onemocnění mozku, kdy dochází k poruše nebo úpadku jeho činnosti
- Projevuje se poruchou kognitivních funkcí, hlavně myšlení, paměti, logického uvažování a intelektu
- Výsledkem je degradace duševní činnosti postiženého, ubývající schopnost vykonávání běžných denních činností
- Ztráta schopnosti samostatné existence, odkázanost na péči rodiny, nemocnice, ústav sociální péče a jiných institucí

Príznaky demence

- Intelektová deteriorace – úbytek až ztráta pracovní kapacity intelektu
- Poruchy paměti krátkodobé i dlouhodobé
- Poruchy orientace v ústředí, osobou, prostorem
- Poruchy soudnosti a abstraktního myšlení
- Poruchy pozornosti a motivace
- Poruchy chápání
- Poruchy chování, emotivity
- Poruchy osobnosti - degradace
- Korové poruchy typu afázií (porucha čtení), apraxií (poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy) a agnosie (neschopnost rozeznat nebo rozlišit předměty navzdory tomu, že sensorické funkce nejsou postiženy) – neschopnost číst, psát, rozumět mluvenému i slyšenému slovu, tvořit výtvarně, nepoznávání v okolí kolem sebe a nepoznávání lidských tváří

- Poruchy nálady a emotivity – deprese, agrese, odpolední a noční zmatenost, emoční oploštnost, euforie, nadnesená nálada, nepřiměřené reakce
- Poruchy vnímání – bludy, halucinace, podezřivost, obviňování
- Neurologické projevy – poruchy chůze, pády.....

Sekundární projevy demence

- Behaviorální poruchy (poruchy prožívání a chování) – ztráta zábrán, agrese verbální i fyzická, apatie, neklid, odcházení z domova....
- Poruchy ve sféře eticko-estetické
- Poruchy spánku

Průměrná prevalence hodnot pro problémové chování:

- slovní agrese, hrozby	54 %
- fyzická agrese (pohyb sem a tam)	42 %
- poruchy spánku	38 %
- neklid	38 %
- odcházení z domova	30 %
- apatie (stažení se do sebe)	27 %

FÁZE – stádia nemoci

I. stádium – DOHLED – poradenství, podpora, právní otázky

II. stádium – POMOC – trvalý dohled, programované aktivity, nefarmakologické metody

III. stádium – PÉČE – individualizovaná asistence a aktivita, ošetrovatelská péče, – paliativní péče

III. Stádium – pokračování demence

- nelze vystáít jen se sociální péčí, je třeba zajistit OŠETROVATELSKÝ PROCES
- v domácím prostředí - v nemocničním nebo sociálním zařízení
- Individuální asistence, klid, podpora, šetrná aktivizace (pokud pacientovi vyhovuje)
- Nastavení denního režimu (ale netrvat na něm)
- Výživa, hydratace ???!!!
- Detekce bolesti a dalších trýznivých příznaků

Terminální stádium

- Paliativní péče – postupuje se k ní, když je:
- výrazně omezená komunikace, nesobstačnost v základních sebeobslužných aktivitách, výrazně omezená pohyblivost, neschopnost přijímat jídlo a tekutiny.....
- Vyjádření vle pacienta v době, kdy je schopen se rozhodnout a její respektování
- Komunikace s rodinou
- DÉLKA ŽIVOTA ---- KVALITA ŽIVOTA???!!!

„Dobrá praxe“

- Je mnoho dilematických otázek z pohledu „dobré praxe“, etiky i práva.
- Legislativní pohled: postup LEGISLATIVY, GUIDE-LINE odborných společností, problém alibismu – odvaha k nelehkým rozhodnutím ze strany zdravotníků, dokumentace dle vůle rozhodnutí, souhlas pacienta???
- Kdy se jedná o terminální stav???
- Zákonný zástupce pacienta - rodinný příslušník, instituce
- Laický pečující - profesionální pečující = v domosti, zkušeností..
- Každý umírající pacient s demencí by měl mít „koordinátora“, který by měl být zkušený v péči o nemocné s demencí a to bez ohledu na to, kde je péče poskytována.

Specifika péči o člověka s demencí

- Páměť - nekontrolovat, neracionalizovat
- Podporný, pozitivní a akceptující přístup
- Ocenění (potřebuje být oceněn, mít stále vlastní hodnotu)
- Zdroj iluze (v klidném přístupu ho nekritizovat, nepoukazovat na jeho nedostatky)
- Podpora dobré nálady,
- Podpora zachovalých schopností, zavést více stereotypů, podporovat sobestačnost
- Vytěžit z jeho dosavadních schopností co nejvíce
- Podporovat důstojnost a úctu k nemocnému (vyhýbat se infantilizaci)
- Stimulace nemocného, dávat mu jednoduché úkoly
- Vyhýbat se konfliktům
- Otázka bezpečnosti a vhodného prostředí

Podporovat jeho fyzické zdraví a psychickou pohodu

- Dobré přijetí
- Vhodná komunikace

DESATERO KOMUNIKACE s pacientem s Alzheimerovou chorobou

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší (nezesilujeme hlas), a že netrpí jinou komunikační poruchou (afázie).
2. Pacienta povzbuzujeme vřelým zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz v tváři, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, ale i frázi i ironickým slovům, používáme výrazy pacientovi známé a přímé. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak například ty, osoby, částitela, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopí, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
4. Mluvíme srozumitelně a v krátkých větách.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme o něj kontakt a přiblížíme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, například pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme nonverbální komunikace, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožníme i u pacienta, jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese a bolesti.
7. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace i zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
8. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
9. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale podporujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření i lébného výkonu, kterým se mají podrobit, během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej dle jména a nebo tak, jak si sám přejí vyžaduje.

Potřeby člověka s demencí

- Základní fyziologické potřeby
- Bezpečí a jistoty, sounáležitosti, fyzických kontaktů, dotek
- Naladění se na jeho osobnost, vyšší city jsou narušené (schopnost vcítit se, zejména sdílet společné city s druhou blízkou nebo milovanou osobou). Je schopen prožívat nižší city – emoce – strach, obavy, úzkost, nejistotu, radost, smutek. Dlouhodobějšího truchlení není schopen z důvodu amnestické dezorientace
- Potřeba sebeprožívání a potvrzování vlastní identity (naplňuje se v aktivitách a zájmech)
- Potřeba úcty, vážnosti a pozornosti
- Potřeba pravidelného opakování podstatných informací pro zlepšení orientace v realitě a získání pocitu bezpečí a jistoty
- Duchovní potřeby – modlitba, zpěv, když jí sám není schopen, může jen naslouchat (dobrovolníci)
- Potřeba seberealizace
- Potřeba lásky

Stanovisko ALZHEIMER EUROPE ohledně doporučení péče na konci života – umírání lidí s demencí

1. Vždy je třeba respektovat důstojnost lidí s demencí.
 2. Alzheimer Europe zastává názor, že paliativní přístup je metodou volby v péči o lidi v terminálních stádiích demence a lidí s demencí, kteří umírají v důsledku jiného terminálního onemocnění. Pokus o další léčbu a prodloužení života považuje za neadekvátní. Respektuje však právo člověka na individuální volbu a rozhodnutí.
 3. Cílem léčby a péče by mělo být maximální možné zvýšení kvality života a komfortu, nikoliv prodloužení života člověka s demencí.
 4. Paliativní péče by měla být zajištěna, jakmile vznikne její potřeba. Měla by být poskytnuta včas.
 5. Tímto postupem je možné vyvarovat se bezvýsledné a marné léčby bez vyhlídek.
 6. Lidé s demencí by měli být v co největším možném rozsahu informováni o péči a léčbě a postup by s nimi měl být konzultován vždy, pokud je to možné.
 7. Nesmí být diskriminováni v léčbě ani péči.
- PE UJÍCÍ BY MĚLI BÝT KONZULTOVáni A ZAPOJENI DO PÉČE

Problematika rodinných pečujících

- Demence se týká vždy nejmén 2 lidí - „ústřední postava“
- Změny kognitivních funkcí a dopad na psychiku nemocného i jeho pečovatele, zásah do převládajícího způsobu života, výměna rolí, často i sociální izolace
- Změny v osobnosti a behaviorální poruchy (prožívání a chování) člověka postiženého demencí jsou zdrojem stresu, vyčerpání a pocitů viny rodinných pečujících
- Problematika vyrovnání se s vlastní nemocí a velká pečovatelská zátěž
- Pečovatelé potřebují pomoc, podporu a informace, individuální konzultace, význam spolupráce s rodinou
- Nedostatek informací o duševní nemoci
- Pocity, že nejsou bráni vážně
- Nedostatečná podpora stávajícími službami
- Geografická nedostupnost
- Čas trávený pečováním
- Finanční obtíže
- Ti pečovatelé, kteří vnímají svoji roli jako tíživou, uvažují o institucionalizaci nemocného dříve než ti, kteří jsou se svou úlohou pečujícího víceméně vyrovnáni

Rodinní pečující - charakteristika

Pečování o pacienta s Alzheimerovou chorobou může přinášet jisté uspokojení, na které pečující hodnotí i pozitivní aspekty, jako je získání „životních lekcí“, utužení rodinných vazeb, významná mezilidská setkání, k nimž dojde v souvislosti se zkušenostmi s duševní nemocí v rodině.

Role rodinného pečovatele je stresující, onemocnění má významný vliv na psychickou pohodu rodinných pečovatelů a na jejich socioekonomický status.

Pravá láska

V 8.30 dorazil postarší pán, osmdesátník, k odstranění stehů z prstu. řekl, že nechce, že má už na devět dní do dalšího domluveno. Viděl jsem, jak je nervózní, a řekl mu, aby si sedl; v den jsem, že se nejednotlivě kdo podívá dříve než za hodinu. Díval se však pořád na hodinky, a já zrovna neměl pacienta, tak jsem se rozhodl na jeho ránu podívat. Zjistil jsem, že je všechno v pořádku, zajistil jsem odstranění stehů a převázání rány. Zeptal jsem se jej, kam tak nechce. Odvítel, že potřebuje jít do sanatoria, aby posnídal se svou ženou. Tak jsem se zeptal na její zdraví. řekl, že je tam už nějakou dobu a že má Alzheimera. Při povídání jsem se ho otázel, zda by ji tak vyvedlo z rovnováhy, kdyby přišel o trochu později. Odpověděl, že jeho žena už neví kdo je a že ho už pět let nepoznává. To mě překvapilo a ptám se: A vy tam přesto docházíte každé ráno, i když neví, kdo jste? Usmál se, poklepal mi na ruku a pravil: Ona mě nepoznává, ale já pořád vím, kdo je ona! Musel jsem zadržet slzy, když odcházel. Pomyslel jsem si: Tak takovou lásku bych chtěl v životě mít. Opravdová láska není tak lesná ani romantická. Skutečná láska spočívá v přijímání všeho co je, bylo, bude i nebude. Nejšťastnější lidé nemusí zrovna mít to nejlepší ze všeho, oni si udělají to nejlepší z toho, co mají. V životě nejde o to, jak přežít bouři, nýbrž jak tančit v dešti. Všichni stárneme; už zítra můžeme dojít na vás.

Specifika ošetřovatelské péče – standardní plán

1. *Překážky v komunikaci projevující se neschopností začít konverzaci a používání slovních opisů*

(slovo, které vystihuje určitý jev nebo děj – význam slov)

Cíl: najít účinné metody k překonávání překážek v komunikaci

Plán:

Minimalizuj závislost na mluveném slovu.

To, co říkáš, podporuj gesty, používej efekt lá.

Užívej krátkých, jednoduchých vět zaměřených na jedno téma.

Vyhni se otázkám a příkazům, které nabízejí více možností volby.

Přistupuj ke klientovi otevřeně, přátelsky a laskavě.

Mluv klidně, nižším tónem hlasu.

Eliminuj rušivé prvky.

Používej často fyzické vyjadřovací prostředky – dotek, držení za ruku, ale ne dříve, pokud se neujistíš, že máš svolení klienta proniknout do jeho osobního prostoru.

2. *Poruchy paměti projevující se poruchou orientace v čase a místě*

Cíl: Eliminovat problémy, které by mohly způsobit komplikace

Plán:

Nespoléhej na krátkodobou paměť, neobklopuj od klienta, že si bude pamatovat pokyny a napomenutí.

Využívej staré vzpomínky, na které lze navázat novou informací.

Používej pomůcky a prostředky, které probudí staré vzpomínky.

Soustavným opakováním podporuj procedurální paměť.
Zajisti odpovídající orientační body pro snadný a bezpečný pohyb po oddělení.

3. Poruchy pozornosti projevující se neschopností zahájit a skončit úkol

Cíl: Eliminovat možnost úrazu, které by mohly vzniknout v důsledku poruchy pozornosti

Plán:

Usiluj o snížení rozptýlení mysli.
Pomáhej smysluplnými a výstižnými prostředky.
Podávej informace v malých zvládnutelných částech.
Orientuj osobu tak často, jak je to nutné.
Podporuj svá očekávání klientovým schopnostem.

4. Poruchy vnímání a vizuální prostorové orientace projevující se nesprávným užíváním předmětů

Cíl: zmírnit projevy poruchy vnímání

Plán:

Vyluč stimuly, které mohou mást, jsou dvojnásobné a nemají význam.
Pro orientaci dávej pokyny využívající více smyslů.
Udržuj stále prostředí okolo nemocného.
Využívej barev k vytvoření smysluplných kontrastů.
Zajisti kvalitní osvětlení.
Odstraň ostré světlo a stíny.

5. Poruchy motoriky projevující se nechutí účastnit se aktivit

Cíl: Pacient bude aktivizován pro zlepšení - udržení motoriky

Plán:

Začini aktivitou tím, že necháš pacienta, aby se díval a podporuj jeho zájem touto aktivitou.
Uváděj pacienta do situace, která navodí příslušný vzorec chování, spustí spontánní reakci.
Využívej zbývajících schopností klienta.
Odstraň rozptylující podněty.
Buď sledný, pokyny podávej postupně, krok za krokem.
Vyluč možnost případného neúspěchu.
Neptej se, dávej pokyny a udávej směr.
Ujistí se, zda tato aktivita odpovídá schopnostem klienta rozumět a vykonat ji.

6. Změny nálad projevující se přítomností depresí a poruchy chování projevující se přítomností agresivity

Cíl: Negativní projevy změny nálad a agresivita budou zmírněny nebo potlačeny

Plán:

Odváděj pozornost klienta od daného problému a přiměj ho, aby myslel na něco jiného.
Nezpochybuuj pravdivost jeho tvrzení.
Ukliduj klienta, nezvyšuj hlas.
Neztrácej trpělivost a nereaguj na neoprávněná obvinění klienta.
Předcházej konfliktním situacím.

7. Sociální izolace

Cíl: Navázat nebo obnovit sociální kontakt s rodinou nebo blízkou osobou, ke které má pacient pozitivní vztah

Plán:

Získej podporu členů rodiny.
Podporuj rodinu k účasti na aktivitách klienta.
Organizuj setkání v širším kruhu osob v etně rodinných příslušníků.
Navoď atmosféru spolupráce a zájmu rodiny s ošetřujícími personálem, použij příbuzné o vhodném příležitosti návštěv.
Podej dostatek informací blízkým osobám v problematice specifika ošetrovatelské péče a využij jejich vlivu.

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelská dokumentace

- Je součástí celkové zdravotnické dokumentace o nemocném
- Umožňuje dokumentovat poskytnutou ošetrovatelskou péči a poskytnout údaje významných informací
- Zajišťuje kontinuitu poskytované péče

- Je dle ležítá pro kontrolu kvality poskytované péče
- Je zdrojem informací pro úkony právního vyšetřování
- Záznamy musí být stručné ale úplné, srozumitelné, čitelné, musí obsahovat datum, čas a podpis

Základní ošetřovatelská dokumentace

- Vstupní ošetřovatelský záznam- oš. anamnéza subjektivní hodnocení nemocného sestrou objektivní hodnocení pomocí měřících technik
- Plán ošetřovatelské péče – ošetřovatelské diagnózy cíle ošetřovatelské péče plánované sesterské intervence hodnocení efektu poskytované péče
- Výstupní ošetřovatelský záznam
- Záznamy o různých ošetřovatelských testech – sledování bolesti měření soběstačnosti riziko vzniku dekubitů, riziko pádu, nutriční skóre,
- Mimořádné události

Ošetřovatelský proces

- Přijetí a uložení nemocného
- Založení ošetřovatelské dokumentace – ošetřovatelská anamnéza
- Stanovení ošetřovatelských diagnóz – dle stádia nemoci
- Výživa a hydratace
- Inkontinence moči a stolice
- Hygienická péče
- Imobilizační syndrom

Přijetí a uložení nemocného

- Přivítání „první dojem“, provést po oddělení
- Volba pokoje, značení dveří, nízká postel, úprava prostředí, uložení osobních věcí
- Informace spolupacientům
- Identifikační náramek
- Zajištění bezpečnosti pacienta – restriktivní opatření - medikamentózní, technická (opatrovník)
- Uzavřené oddělení

Ošetřovatelská dokumentace

- Ošetřov. anamnéza – odkud získat validní informace??
- Stanovení rizik dle zdrav. stavu – riziko vzniku dekubitů, pádu, dehydratace, malnutrice
- Stanovení a hodnocení ošetřov. diagnóz
- Edukační záznam (pro rodinné příslušníky)
- Mimořádné události

Test bazálních všedních činností - ADL /upraveno podle BARTHELA/

- 10 položek (hodnocení – sám, s pomocí, neprovede)

1. najedení, napití
2. oblékání
3. osobní hygiena
4. koupání
5. kontinence moči
6. kontinence stolice
7. použití WC
8. chůze po schodech
9. přesun lůžka – židle
10. chůze po rovině

Hodnocení: 0 – 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech 45 – 60 bodů závislý, nad 60 bodů závislost lehkého stupně

Test kognitivních funkcí

MINIMENTAL STATE EXAM /MMSE/

- 10 položek – upraveno podle FOLSTEINA ET AL 1975

1. orientace
2. opakování a paměť
3. pozornost a počítání
4. krátkodobá paměť
5. poznání předmetů
6. opakování

7. t ístup ový pokyn

8. reakce na psaný pokyn

9. psaní

10. malování podle p edlohy

Hodnocení: 0 – 10 t ůká kognitivní porucha, 11 – 20 porucha středního stupn ě , 21 – 23 lehká porucha, 24 a více norma

Pln ě ní ordinací u nemocného s Alzheimerovou chorobou

- Odb ě ry biologického materiálu – krev, sputum, mo ě , stolice.....
- Asistence p ě i diagnostických a terapeutických výkonech
- Kontrola fyziologických funkcí – TT, TK, P,dech
- Podávání lék ě , infuzí....

Hygienická pé ě e

- Kvalita sebeobsluhy - zhodnocení
- Dle stádia nemoci – dohled, dopomoc ě , zajišt ě ní hygienické pé ě e (koupele, intimní hygiena, úprava zevn ě jšku, oblékání...)
- Vyprazd ě ování – inkontinence zhodnocení a ešení – inkontinen ě ní pom ě cky, permanentní mo ový katéτρ – ošet ě ování
- Prevence opruzenin, dekubit

Výživa a hydratace

- Demence samotná nevede ke snížení p ě jmu potravy a nevyžaduje užívat ě n ě jakou speciální dietu. Dementní nemocný však zapomíná sníst ě i p ě ipravenou porci a zapomíná pít – to je to hlavní, co ohrožuje jejich dostate ě nou výživu a vede k dalším poruchám (dehydrataci a malnutrici).
- Výživa je zam ě ená na prevenci malnutrice a dehydratace. V maximální možné mí ě e respektuje zvyklosti nemocného.
- D ě ležitý je p ě ehled o skute ě né konzumaci p ě edložené stravy –bilance stravy a tekutin
- Rovnováha mezi energetickým p ě íjmem a výdejem
- Kvalita výživy a estetika podávání stravy

Úskalí výživy a hydratace

- Samotné stá ě í
 - snížení chu ových a ě ichových vjem
 - snížení pocitu hladu
 - zvýšení pocitu plnosti žaludku
 - nechutenství
 - problémy s chrupem a zubní protézou
 - poruchy žvýkání a polykání
- Psychické p ě í iny – demence, deprese, paranoidní bludy...
- Problémy – odmítá stravu, brání se ě , je agresivní, stravu v ústech drží a nic s ní ned ě lá, vyplivuje ji, fouká do jídla a pití, kloktá, místo aby polykal, povídá s plnou pusou...

Podpora správného a bezpe ě ného p ě íjímání stravy

- Pacient p ě i jídle sedí rovn ě , drží bradu co nejniž ě e
- Tekutiny podáváme v malých doušcích
- Dáváme malá sousta jídla
- St ě ídáme jídlo s pitím
- Podn ě ujeme pacienta ke správnému a d ě kladnému polykání
- Po skon ě ení jídla zkontrolujeme dutinu ústní
- Zaveden tiskopis „P ě íjem a výdej stravy“ – zapisování velikosti porcí a množství tekutin

Imobiliza ě ní syndrom

- Polymorbidní pacient s Alzheimerovou chorobou
- Podce ě ování problematiky IS – nízká úrove ě až zanedbání oš. pé ě e
- ě asto si neuv ě domujeme zhoubné následky doporu ě ení klidu na l ě žku na dobu delší, než je nutno. Nutná dopomoc ě i pohybu.
- Imobilita zp ě sobuje zm ě ny v systému – kardiovaskulárním, respira ě ním, svalovém, urogenitálním, gastrointestinálním, nervovém, kožním, kostním, endokrinním, v metabolismu, emocionálním
- Prevence imobiliza ě ního syndromu – aktivita všeho druhu,(aktivní) p ě ístup nemocného a aktivní p ě ístup rodinných p ě íslušík
- Rozvinutý imobiliza ě ní syndrom – paliativní pé ě e

Bazální stimulace

- Cílem je podpora umožnění vnímání:
 - vlastní identity
 - umožnění navázání komunikace s okolím
 - ke zvládnutí orientace v prostoru a ase
 - poskytnutí jistoty a bezpečí
- Mosty v komunikaci mezi dvěma svety jsou DOTEKY
- Iniciální dotek – rameno, paže, ruka
- Biografická anamnéza – navázat na to, co měl pacient rád, kterou hudbu rád poslouchal, co rád jedl, pil.....
- spolupráce s rodinou

Závěr

lov k, o kterého pe ujete, potěbuje pomoc. Vy mu ji poskytlujete. Za to si můžete sami sebe vážít. Kdyby Vám Váš pacient mohl poděkovat, určitě by to udělal. Než ZAPOMENU, DĚKUJI

AUTOGENNÍ TRÉNINK

Mgr. Oldřich Kumprecht

- AT jak naznačuje již etymologie jeho názvu (ecké autos = já, sám, tónos = proud, zdroj), je vnitřností, tréninkem vycházejícím z vlastní osobnosti, ze sebe, z vlastního já.
- Zdrojem je vlastní aktivita, vnitřnost osobnosti každého jedince.
- AT je relaxační léčebná metoda, která patří do rozsáhlé oblasti psychoterapie.
- Jako léčebnou a sebezdokonalující metodu vypracoval AT a po první světové válce publikoval berlínský lékař prof. dr. J.H. Schultz.

Princip autogenního tréninku

- Jako u většiny ostatních relaxačních metod i v AT je vedle relaxace (uvolnění) druhou základní složkou koncentrace (soustředění).
- Jde tedy o stav vnitřního duševního soustředění při maximálním tělesném uvolnění. Odtážením od vnějšího světa se dospívá ke stavu niterného ponoření do sebe.
- Žádoucích úniků v tělesné i duševní oblasti se zde dosahuje cestou autosugesce (sebeovlivnění pomocí myšlenek a představ, na které je nutno se bezvýhradně soustředit a které pak ovlivní druhotní psychiku i organismus).
- Relaxovaný stav a vnitřní pohroužení pak stupňují její účinek.
- Soustředění se zde neděje násilným napětím v těle, ale vnitřním poddáním se těmto myšlenkám a představám ve stavu plného duševního klidu.

Cíle a výsledky autogenního tréninku

- Konečným cílem autogenního tréninku je podle autora, aby se člověk přesvědčil o své schopnosti cvičením,
- stále více vnitřně uvolňoval a ponořoval do sebe a aby dosáhl z nitra vycházející představy celého organismu, která umožní posílit to co je zdravé a zmírnit nebo odstranit to, co je nezdravé.
- Dokonalé uvolnění a plný intenzivní odpočinek tělesný i duševní, rychlé osvojení a obnovení sil během krátké doby autogenního cvičení.
- AT pomáhá také k rychlému usnutí, vydatnému spánku a okamžitému probuzení v určený čas v plné svěžesti.
- Dále AT pomáhá k dokonalému zklidnění a uvolnění ve stresových situacích.
- Při déletrvajícím pravidelném cvičení AT se dostavuje duševní klid a vyrovnanost jako trvalá osobní vlastnost,
- zlepšuje se soustředěnost, výkonnost tělesná i duševní, vytrvalost, paměť, prohlubuje se citlivost a citlivost, zlepšuje se sociální působení a zrání osobnosti (tamtéž).

Indikace autogenního tréninku

- V současné době je použití autogenního tréninku velmi široké.
- Této metody se používá v lékařství při léčbě neuróz a neurotických projevů všeho druhu, u povahových odchylek a drogových závislostí, u psychosomatických a funkčních onemocnění

v oblasti vnitřního lékařství (přirozených potíženích oběhových, dechových, zažívacích, urogenitálních a hormonálních), ...

- Doba se slouží v oblasti sebeovlivňování, sebezdokonalování a sebevýchovy,
- AT umožňuje s prospěchem využít každý jedinec v běžném životě jako podporu svého, sebevýchovného prostředí.

Obecné instrukce pro cvičení AT

- Před cvičením relaxace je vhodné zajistit klidné podmínky (alespoň v zájmových), jako je ticho, teplo a soukromí.
- Pozice pro cvičení AT, měla by být klidná a uvolňující.
- Nejznámější a také nevhodnější je pozice vleže na tvrdém lehátku, kdy celé tělo na podložce se uvolňuje, oči jsou zavřeny, ruce volně položeny podél těla a v loktech mírně pokrčeny (ulehčí pozici dlaním vzhůru).
- Velmi důležitá je uvolnění šíjového svalstva a hlavy (častá je tendence zvedat hlavu a pozorovat okolí).
- Nohy jsou mírně rozloženy, na vzdálenost jednoho chodidla. Uvolňující poloha je podmínkou dokonalé relaxace.
- Další možnou polohou je poloha vsed, kdy klient sedí opatrně uvolněně, hlava i ruce jsou opřeny o opěrátko, nohy jsou v kolmém postavení k zemi.
- Pozice droždí se představuje schoulený sed se zakulacenými zády, kdy hlava visí zcela volně nad koleny, nohy jsou rozkročeny, bérce kolmo k zemi, kolena v pravém úhlu ohnuta. Tělo je v rovnovážné poloze a tak svalové zapojení je zcela minimální. Toto jsou ty nejčastěji používané polohy z mnoha známých.
- Doba cvičení se postupně prodlužuje až na patnáct minut v základním stupni.
- Při vedení klienta ambulantním způsobem, jsou cvičení odpočívání delší (až 30 min.), provázaná s psychoterapií i fyzioterapií

Základní stupeň AT

Jednotlivé pocity se mají v průběhu cvičení nacvičovat společně, jeden za druhým v následujícím pořadí

- *cvičení tíhy*: představa pocitu tíhy je nejprve vyvolávána v dominantní paži, posléze se rozšíří uje do druhé paže a nakonec do dolních končetin. Ke konci cvičení stačí klientovi sdělit „tíha“ a pocit tíhy je v celém těle.
- *cvičení tepla*: začíná se opatrně koncentrací nejprve na dominantní ruku s představou „dominantní ruka je teplá“, což je spojeno s relaxací periferních cév. Posléze má být na signál „teplo“ dosaženo proteplení celého těla.
- *regulace srdeční innosti*: klient se učí pociťovat klidný a pravidelný tep srdce. Klient si někdy pomáhá rukou, kterou položí na srdeční krajinu s formulkou „srdce pracuje klidně a pravidelně“.
- *koncentrace na dech* – dech je klidný a pravidelný „dýchá mi to“.
- *regulace břišních orgánů*: klient se naučí cítit teplo a uvolnění v břišní krajině, „do oblasti břicha proudí teplo“.
- *koncentrace na oblast hlavy* – „obloha je příjemně chladná“ – nejtěžší formulka, velmi dobře pomáhá při migrenózních stavech.
- poslední formulka zvyšuje *soustředění* – „myšlenky v hlavě jsou stejné jako kůže“.

Prostřední stupeň AT

Prostřední stupeň tvoří několik na sobě nezávislých složek, je tedy možné podle potřeby vybrat vhodné cvičení.

- Těžištěm hlavní linie v prostředním stupni AT:
 - harmonizace psychická i somatická
 - formulace a nácvik individuálních předsevzetí
 - stenizace, aktivizace, euforizace – procvičování vnitřních center
- Formulace a nácvik individuálních předsevzetí je metoda výhodná v tom, že si jedinec může sám předem formulovat konkrétní předsevzetí, kterých by chtěl dosáhnout, jež by chtěl uskutečnit.
- Tato předsevzetí jsou pak zverbalizována a dále nacvičována, podle vlastních specifických potřeb.
- Tvorba pozitivních autosugescí (afirmací) má svá daná pravidla, jak postupovat při jejich tvorbě.
- V první řadě by se mělo jednat o formulky co nejkratší, nejdůležitější, jasné a rytmické, velký důraz se klade na emoční zabarvení.
- Měla by být tedy volena taková slovní spojení, která vyvolávají pozitivní asociace navozující příjemné, uvolňující pocity (např. hlava je čistá a jasná jako horský pramen).
- Každý by si měl podle svých potřeb pro sebe vytvořit formulaci nejužitečnější.

- Formule se mají tvořit v kladné formě, nikoliv v záporné (př. srdce nebude neklidné, ale srdce tepe klidně a pravidelně).
- Při tvorbě formulí je důležité ležítá víra klienta v jejich pravdivost a realizovatelnost
- Stenizace, aktivizace, euforizace
- Myšlenka existence vnitřních center v těle člověka pochází z filosofie jógy a jejího učení o čakrách.
- Čakry jsou centra energie, které člověku slouží jako přijímací stanice energie a kromě toho také energii vyzařují do okolí. Některé staré texty udávají počet čakr až na 88 000.
- Na lidském těle není téměř místa, které by nebylo citlivým orgánem pro přijímání, přeměnu a opětovný výdej energie. Sedm hlavních čakr se nachází podél vertikální osy těla.
- Autogenní trénink pracuje také s tělovými centry jako jóga, oproti ní však rozlišuje centra pouze tři.
- Jedná se o centrum pánevní, které v podstatě spojuje jogínskou čakru kořenovou a křížovou, centrum trupové (čakra solar plexu a srdce) a centrum hlavové spojující čakru éterní a temenní.

Pánevní centrum

- Pánevní centrum uvolňuje a prohřívá orgány malé pánve, dává důvěru horním centrálním pevnou podporu, dodává zemitou sílu, posiluje.
- Je jakýmsi podstavcem pro další dvě centra. Centrum trupové reguluje a prohřívá orgány břišní, poskytuje pocit vnitřního bodu, opory, vnitřní stability, je považováno za vnitřní zdroj životní energie a centrum životních emocí.

Hlavové centrum

- Hlavové centrum je spíše opakem, není totiž založeno na prohřívání organismu, ale právě na chladu, jež osvěžuje tělo, mysl, podporuje vnitřní soustředěnost.
- Éterní centrum koncentruje energii přicházející z obou spodních center a zaměřuje ji žadáným směrem. Ovlivněním těchto center můžeme působit na celkový psychomotorický stav.
- Při nácviku i užívání AT je nutné přesně dodržovat stanovená pravidla a pokyny.
- Během nácviku se musí postupovat pomalu a nenásilnou cestou.
- Při nesprávném postupu může dojít k nežádoucím únikům.
- V souvislosti s AT se hovoří o úniku z reality. Není vhodné přespíchat cvičení, nebo nadměrné setrvávání v AT.
- To může vést k nebezpečí odtržení od reálného života. Vždy záleží na osobnosti klienta, například lidé extrémně introvertní by měli cvičit vždy pod vedením odborníka, nebo AT raději necvičit vůbec.
- Z hlediska života jako pravidelného střídání aktivity a klidu by měl být AT využíván přiměřeně.
- Metoda je vytvořena k celkovému obohacení života a jeho plnému prožití.
- Jestliže cvičíme AT pravidelně dlouhodobě, dospějeme k vyrovnané harmonické osobnosti, kdy pak již nereagujeme neuvdomněle a doslova neúmyslně na nejrozličnější konflikty a problémy, s nimiž se v životě setkáváme.

Děkujeme Vám za pozornost

BOLESTI ZAD

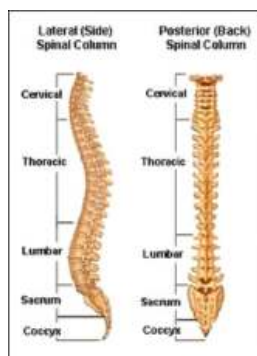
MUDr. Magdaléna Klapačková

Bolest zad

Páteř - osa těla

7 krčních obratlů, 12 hrudních obratlů, 5 bederních obratlů, Křížová kost, Kostrč, Meziobratlové ploténky

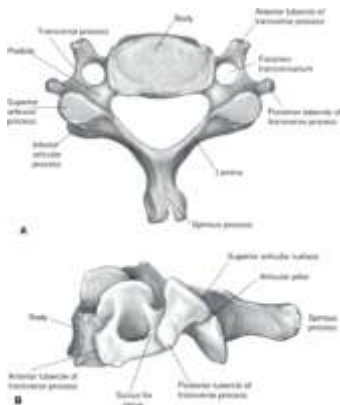
Páteř



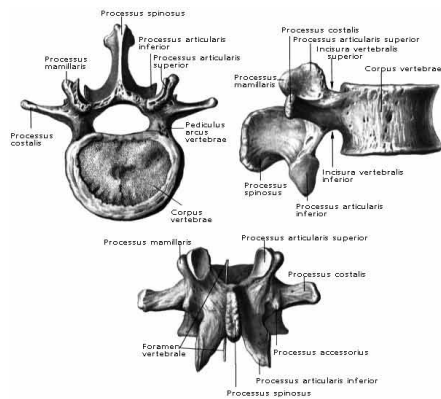
Páteř - správné zakřivení



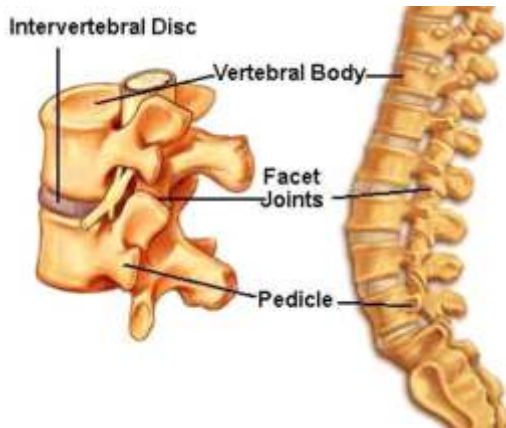
Kr ní obratel



Bederní obratel



Meziobratlová ploténka



Optimální funkce páte e

- správné anatomické uspo ádání
- správná funk nost

Onemocn ní páte e

FUNK NÍ ZM NY - u mladších pacient

- Blokáda
- Hypermobilita
- Svalová dysbalance, svalový spasmus
- Vadný pohybový stereotyp

Funk ní poruchy

P íznaky

- Akutní/ chronická bolest páte e, kon etiny
- Abnormální postavení páte e
- Omezení hybnosti
- Zm ny m kkých tkání

P íiny

- Nekoordinovaný pohyb, p etížení, po spánku, prochlazení, zejména v disponovaném terénu

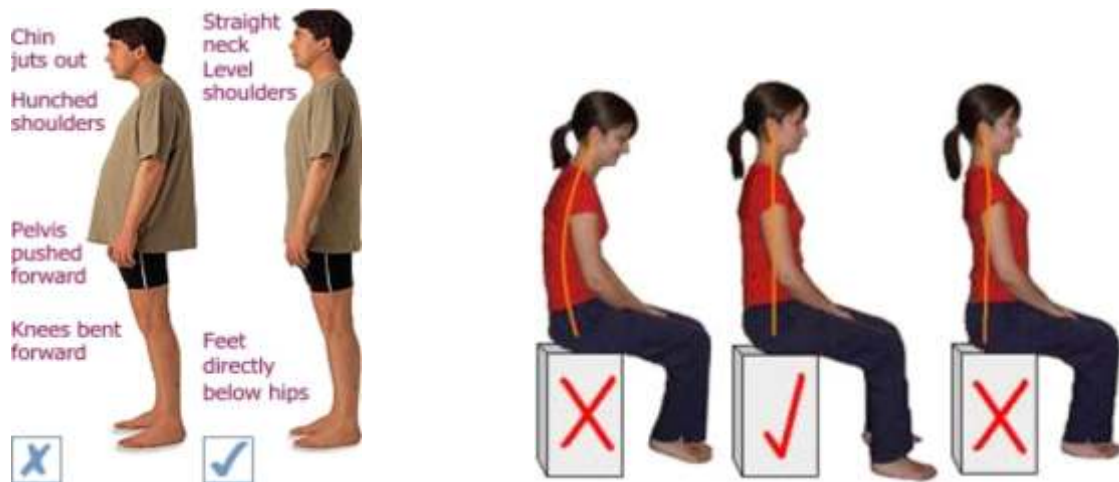
Rychlá úleva s minimální lé bou

Klinicky n mé funk ní poruchy z stávají a vedou k rozvoji nevratných degenerativních zm n páte e

Onemocn ní páte e

Degenerativní zm ny

- Spondylosa
- Spondylartrosa
- Degenerace plotének
- Výh ez meziobratlové ploténky
- osteoporosa



Degenerativní změny



Chronická bolest páteře a na podklad degenerativních změn

- Bolesti páteře bez šířené propagací do končetiny
- Svalové spasmy – zduření svalů podél páteře
- Deformativní změny páteře
- Zhoršení ve strnulých polohách a po ránu
- Zlepšení po změně polohy, po rozhýbání
- Střídavé bolesti

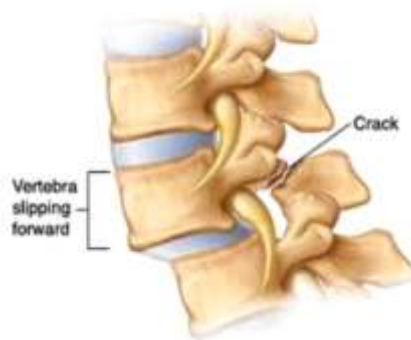
Chronická bolest pohybového aparátu

- Degenerativní a funkční změny páteře
- Degenerativní změny kloubů – kolenou, kyčlí, ramen
- Plochá noha, vbořený palec
- Otoky končetin
- Křečové žíly
- Tenisový loket, karpální tunel
- Psychická složka

Mýtus

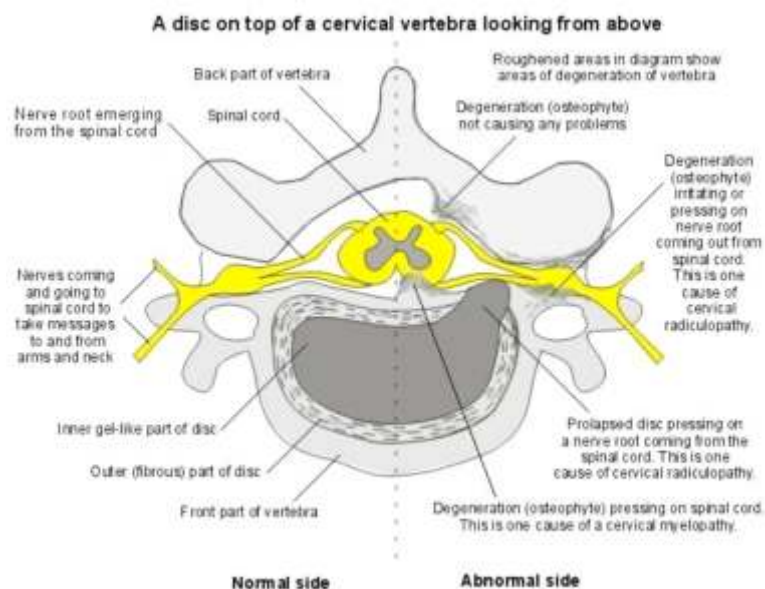
Každá bolest páteře i končetiny je způsobena postižením páteře

Spondylolistesa



Vých ez ploténky

- Náhle vzniklá bolest v páteři, možné šíření do končetiny
- často po zvedání břemene
- Bolesti se horší v páči pohybu, při tlaku na stoličnici kašli
- Porucha hybnosti končetiny, brnění končetiny
- ! Porucha močení – syndrom kaudy – jediný důvod k akutní operaci



Zúžení páteřního kanálu

Bolest dolních končetin při chůzi, nutčí k zastavení (podobné změny mohou způsobit porucha průtoku krve v dolních končetinách)

Osteoporosa

- Bolesti páteře
- Riziko zlomeniny při minimálním pádu, při zvedání předmětu i bez jakéhokoliv provokativního mechanismu

Rizikové skupiny

- Ženy
- Kortikoidy
- Imobilní pacienti

Metastatické postižení

Intenzivní bolest klidová i při pohybu

Nádorové onemocnění v anamnéze – plíce, prostata, prsa

Může být první manifestací onemocnění

! Nově vzniklé silné bolesti u starších pacientů

Další vzácnější choroby páteře

- Zánětlivá ploténka
- Bechterevova choroba
- Revmatoidní artritida

Závěr

Bolest pohybového aparátu je komplexní onemocnění

Nutno odlišit jiná onemocnění

- Akutní infarkt myokardu
- Náhlá příhoda břišní
- Žilní trombóza

Kdy je lépe vyhledat příčiny bolesti zad lékem bez zbytečného prodloužení?

- Porucha hybnosti
- Bolest na hrudi, dušnost
- Bolest břicha, otoky končetin
- Pacient s nádorovým onemocněním, těžkou osteoporosou
- Podezření na úrazový důvod
- Teplota, snížení krevního tlaku

www.neurologie-ub.cz

Přístup k bolesti

Bolest je symptom, který je třeba diagnostikovat a léčit

Léčba bolesti

- Farmakologická
- Nefarmakologická

Analgetika

- Běžná analgetika – analgetika antipyretika
- Nesteroidní antiflogistika
- Myorelaxancia
- Opiáty
- Koanalgetika

Analgetika - antipyretika

- Kyselina acetylsalicylová – ANOPYRIN, ACYLPYRIN – analgetická dávka od 500 mg
- Paracetamol – PARALEN, PANADOL – minimálně 500mg/dávka, bezpečný
- Kombinované preparáty
 - ATARALGIN - paracetamol
 - guaifenezin – uvolní svalové spazmy
 - kofein – stimulační efekt
 - VALETOL
 - ALGIFEN

Nesteroidní antiflogistika

- Ibuprofen – IBUPROFEN, BRUFEN, IBALGIN,
- Diclofenac – DOLMINA, VERAL, ALMIRAL
- Ketoprofen – KETONAL
- Indometacin – INDOMETACIN SUPP.
- Analgetický a protizánětlivý efekt

Rizika chronického užívání:

- Postižení žaludeční sliznice
- Postižení ledvin
- Snížení krevní srážlivosti

U pacientů léčených WARFARINEM NEVHODNÉ!

DICLOFENAC je nevhodný u pacientů se srdečním onemocněním a vysokým tlakem

Vzájemné kombinace jednotlivých nesteroidních antiflogistik nevhodná
Riziko poškození zažívacího traktu
Kombinace s jinými lékovými skupinami vhodná
COX 2 inhibitory – AULIN, NIMESIL – poškození jater p i dlouhodobém pravidelném užívání
Aceklfenac - BIOFENAC

Myorelaxantia

- DIMEXOL, DORSIFLEX, SIRDALUD
- MYOLASTAN – pro toxicitu stažen!

Možné nežádoucí účinky:

- Ospalost až zmatenost
- Snížení krevního tlaku

Potenciace jinými léky (léčba hypertenze, zvětšení prostaty)

Analgetika - Anodyna

Tramadol – TRAMAL, TRAMABENE, TRALGIT, MABRON, PROTRADON

Nežádoucí účinky:

- Závrať
- nevolnost

U seniorů vhodný i pro chronickou léčbu

Vhodná kombinace s předchozími léky

Výhodná účinná kombinace tramadolu a paracetamolu

ZALDIAR, FOXIS, MEDRACET, DORETA

SILNĚ JŠÍ OPIÁTY

- OXYCODON, PALEXIA
- Transdermální preparáty - TRANSTEC

Zbytečná opiofobie

Užití opiátů v léčbě bolesti p i dodržení postupu lege artis je plně indikováno

Nežádoucí účinky:

- Závrať – dieta, laxantia
- Nevolnost – zvolna odezní
- Útlum, sedace – zvolna odezní, pozvolné nasazení
- Svědění, retence moči, zmatenost, snížení krevního tlaku, dušnost

Koanalgetika – pomocné léky

- ANTIPILEPTIKA
- Gabapentin – GABANOX, GRIMODIN, GABAGAMMA, APO – GAB
- Pregabalin – LYRICA
- Carbamazepin – TEGRETOL, TIMONIL, NEUROTOP

Účinný p i léčbě neuropatické bolesti

Nutno pacientovi vysvětlit!

- ANTIDEPRESIVA
- SSRI – CITALON, CIPRALEX, SERTRALIN
- CAVE psychická stigmatizace z užívání léku
 - Nutno užívat pravidelně
 - Opožděný nástup účinku
 - Nevolnost a spavost postupně ustoupí, nutné pozvolné zvyšování dávky
- Anxiolytika – LEXAURIN, NEUROL
 - Nevhodné pro chronické užívání
 - Závislost
 - Zhoršení paměťových funkcí
 - Pády

Zajištění kvalitního spánku

Nefarmakologické postupy

- Režimová opatření

- náje, p irodní preparáty

Hypnotika – HYPNOGEN, ZOLPINOX, STILNOX..

Lokálně aplikované látky

- Obstihy a pupeny
- Analgetické gely a krémy

Nefarmakologická léčba

- Léky tlumí bolest
- ešídledek, nikoliv p í inu
- Rehabilitace jako prevence
- Edukace
- Každodenní cvičení užp sobené schopnostem pacienta

REHABILITACE

Možnost zhoršení bolestí

Porucha rovnováhy

VHODNÉ PACIENTA UPOZORNIT

VHODNÁ FORMA POHYBU

Aplikace suchého tepla

Domácí masážní prostředky

AKUPUNKTURA

OPERATIVNÍ LÉČENÍ BOLESTÍ PÁTEŘE

Indikace:

- Zlomeniny s útlakem struktur míchy
- Výhřez plotének s poruchou močení
- Porucha hybnosti na podklad útlaku
- Nádory, abscesy páteřního kanálu

Ostatní indikace velmi diskutabilní

OPERATIVNÍ LÉČENÍ

- Zvážit riziko a profit pro pacienta
- Získat co nejvíce informací před operací, dotazy na prognosu!
- CAVE nereálná očekávání

Ortopedické pomůcky

- 2 francouzské hole
- Chodítka
- Bederní pás / krční límec

Akutní bolest

- VYŠETŘENÍ LÉKAŘEM
- Paralen v dostatečné dávce - 1-2 TBL.
- Ibuprofen
- U warfarinizovaného pacienta i pacienta s žaludečním vředem – paralen, tramal, algifen
- Kombinace léků
- Nefarmakologická léčba – aplikace tepla, analg. gely, masáž

Chronická bolest

- Bolest je třeba léčit
- Chronické užívání nesteroidních antiflogistik nevhodné
- Kombinace jednotlivých RŮZNÝCH typů analgetik není škodlivá, je-li indikována lékařem
- Zbytečná opiofobie
- Ovlivnění psychické složky
- Chronické užívání LEXAURIN, NEUROL - NEVHODNÉ
- Využívání nefarmakologických metod léčby bolesti
- Účelné užívání ortopedických pomůcek
- POHYB

SENIOR v ordinaci Z PŮHLEDU NEUROLOGA

- K vyšetření soupis užívané medikace a dávkování – minimalizuje je riziko nežádoucího efektu léků
- Soupis základní anamnézy
- Doprovod rodinného příslušníka i pečovatele (objektivizace anamnézy – zvl. poruchy v domě,

pády, poruchy paměti)

D KUJI VÁM ZA POZORNOST

MUDr. Magdaléna Hlaváková
neurologická ambulance
sonografie magistrálních mozkových tepen
akupunktura

Uherský Brod
www.neurologie-ub.cz

KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ A JINAK POSTIŽENÝMI UŽIVATELI – SENIORY

Mgr. Markéta Vaculová

Komunikace

- Verbální
 - Pozor na nešvary
- Neverbální
 - mimika, haptika, gestikulace
- AAK
- Obecné zásady komunikace se seniory, dementními, MR, aj. handicapovanými uživateli.

Mentální retardace a demence

- MR – eové problémy od dětství
- ACH – s vývojem choroby se problémy v komunikaci stále zhoršují
- Obdobný výrazný ztrácejí:
 - vyjadřování uživatele
 - pochopení sdělovaného
 - komunikaci s ním.

Projevy mentální retardace

- Zvýšená závislost na rodičích a druhých lidech
- Infantilní osobnost
- Zvýšená pohotovost k úzkosti, k neurotickým a destrukčním reakcím a pasivní chování
- Sugestibilitou a rigiditou chování
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého "já"
- V opožděném psychosexuálním vývoji,
- Poruchami v meziosobních vztazích a komunikaci

MR a e

- Mezi vývojem myšlení a vývojem řeči existuje úzká vazba.
- Někdy není jasné, zda MR zaostává ve vývoji řeči v důsledku mentální retardace nebo zaostává v duševním vývoji v důsledku retardovaného vývoje řeči.
- Stupeň mentální retardace ovlivňuje úroveň vývoje sématické i fonetické roviny ontogeneze řeči.
- „Dyslogie“ = eové projevy MR uživatelů.

Stupně MR a vývoj řeči

		mentální retardace			
		lehká (IQ 50–69)	středně těžká (IQ 35–49)	těžká (IQ 20–34)	hluboká (IQ nižší než 20)
komunikace a řeč		schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči	úroveň rozvoje řeči je variabilní; někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, gramaticky a špatně artikulovaný	komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova	rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec

Specifika vývoje řeči u LMR

- Vývoj řeči je opožděn o jeden i více roků, ale máme se dostat ke schopnosti zobecňovat a abstrahovat.
- Tyto děti obvykle verbálně selhávají v nepředvídatelných a rychle se měnících situacích, ve kterých není možné dobře využít fixované mluvní stereotypy.
- U běžných komunikačních stereotypů je řeč správná, ale obsahově chudá.

Specifika vývoje řeči u SMR

- Vlastní vývoj řeči začíná kolem 6. roku, zachovaná schopnost podmíněné reflexní činnosti umožňuje nácvik kratších i delších mluvních celků.
- Naučí se dorozumívat řečí se svým okolím, extrémně velký nepoměr mezi pasivní a aktivní slovní zásobou.
- řeč zůstává na úrovni vjemových znaků s jednoduchými významy.
- často opakují celky, ale zcela nechápu obsah

Specifika vývoje řeči u TMR

- Existuje hlasová produkce závislá na citovém rozpoložení uživatele
- Zvládnutí několika zkomolených slov typu máma, dá, táta.
- často mechanicky opakují celé věty, ovšem pojmový obsah a vztahová stránka k realitě zůstává mimo obraz pochopení.

Specifika vývoje řeči u HMR

- řeč nevyvinutá nebo na úrovni skřeků

Je člověk s MR vždy ochoten s Vámi komunikovat?

- Udržujte se svým partnerem oční kontakt, ale též mu umožněte kontakt přerušit (nezírat v kuse).
- Být s uživatelem k sobě vzájemně natočený – tím dáváte najevo svůj zájem a připravenost ke kontaktu !!!!
- Musíte dát vždy najevo, že osobu s mentálním postižením vnímáte a že přijímáte její sdělení.
- Velmi vhodným začátkem pro komunikaci je dotek nebo podání ruky. Tímto gestem upevníte vztah klienta k Vám.

Jaké musíme zvolit tempo řeči?

- Základním požadavkem v komunikaci je trpělivost personálu!!!!
- U osob s MR se často objevují vady řeči, je nutné dopřát jim čas na odpověď.
- Snažit se pochopit jejich vyjádření i pomocí alternativních způsobů dorozumívání.
- Mluvit pomalu, ale mít na paměti, aby byl projev přirozený.
- Nesmí se příliš rychlým tempem zahltnout toho, s kým mluvíme.
- Nebát se řeči doplnit výraznou gestikulací!!!!

Co v komunikaci s MR lze a čeho se musíme vyvarovat

- Co bychom neměli při komunikaci dělat:
 - Nekřičet
 - Být konkrétní a uvádět jednoduché příklady.
 - Vyvarovat se abstraktních pojmů.
- Nebudeme se ptát: „Jak se Vám daří?“, ale zeptáme se „Jste dnes veselý nebo smutný?“
- Nepoužívat cizí slova, abstraktní pojmy, zkratky
 - Ani běžně užívaným zkratkám kl. s MR nerozumí, neumí je dešifrovat.
- Nelze poslat osobu na „ÚP“, ale ani na „pracák“. Musíte klientovi sdělit, že musí jít na úřední práci, který je tam a tam, přijede tam tak a tak ... (pokud by uživatel například v CHB nebo v podpor. bydli. byl schopen jet sám).
- Nemanipulovat sugestibilními otázkami, jelikož uživatelé s MR jsou velice a nekriticky přijímají myšlenky druhých.
- Sugestibilními otázkami je možné velmi snadno člověka s mentálním postižením manipulovat a ovlivňovat ho.
- Například místo „Chcete pokračovat v čekárně a sednout si tam do křesla?“ se můžete zeptat „Pokud můžete, můžete se sejmout z křesla v čekárně, prosím?“

Co dělat, když Vy nerozumíte sdělení osoby s MR?

- Hledat všechny cesty k porozumění
- Použít nonverbální komunikaci, využívat obrazový materiál.
- Nedegradovat uživatele, nezvyšovat hlas
- Ověřovat otázkami, zda chápete nebo jste byli pochopeni

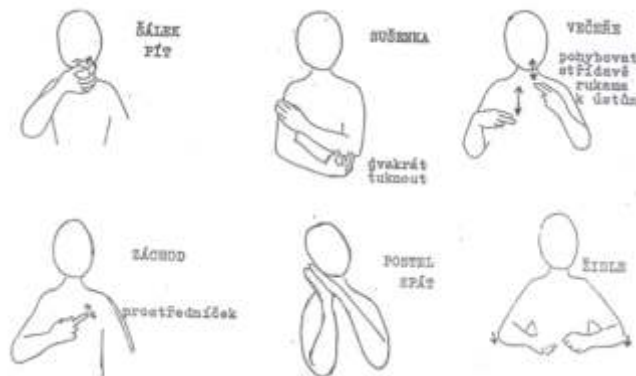
- Spolupracovat v týmu

Jak zjistíte, že Vám osoba s MR porozumí

- Shrnout to, co uživatel řekl.
- Dívejte se na sebe, sledujte zda uživatel souhlasí a odpovídá nebo dává porozumění jinak najevo (okem, mimikou, gesty).
- Vy také dávejte najevo souhlas s porozuměním pomocí mimiky. Ukazujete tím svůj zájem o vzájemné porozumění.
- Mluvte vždy o jednom tématu, myšlence.

Alternativní komunikace

- MAKATON
 - Je využíván u kl. s poruchami sluchu, problémy s řečí, po CMP, s autismem, ale i u MR.
 - Součástí se používají znaky, symboly i mluvená slova.



- BLISS

- Bliss je grafický dorozumivací systém, který používá místo slov velmi jednoduché obrázky, piktogramy a ideogramy.
- Na rozdíl od klasických piktogramů jsou symboly Bliss sestaveny z jednoduchých geometrických obrazců.

		Voda		
		~		
Toaleta	Nápoj	Řeka	Jezero	Moře
↓	☉	~	x~	xx~
		Čata		
		o		
Jídlo	Nápoj	Koláč	Lístek	Veselý
o	☉	o-	oo	☺↑o

Alternativní komunikace - PIKTOGRAMY



Zásady kontaktu a komunikace s osobami s mentálním postižením

1. Jednejte s osobami s mentálním postižením vždy s velkou mírou respektu k jejich osobnosti.
2. Posilujte DOSPĚLÉ CHOVÁNÍ
Jelikož dospělý člověk s MR se chová jako dítě, tedy, pokud je i dítčsky odměňován (samolepky, bonbóny atd.). Když budeme člověka posilovat za dospělé chování, začne se tak i chovat !!!
3. Dospělým uživatele oslovujte (vykejte)
4. Jasně vyjadřujte své myšlenky.
5. Dejte najevo vždy zájem o kontakt.
6. Vyhýbejte se abstraktním pojmům, cizím slovm a zkratkám.
7. Poskytnuté dostatečné čas na odpověď.
8. Neklaďte sugestivní otázky.
9. Používejte mimiku a řeč těla.
10. Vždy si ověřte, že vám klient rozumí.
11. Při komunikaci používejte jednoduché slovy.
12. Pamatujte, že v neznámém prostředí se velmi obtížně orientují.
13. Jednejte s osobami s mentálním postižením vždy tak, jak by jste si přáli, aby bylo jednáno s námi.
14. Buďte empatictí a trpěliví.

POLOHOVÁNÍ UŽIVATELŮ A POSTUPY MANIPULACE S KLIENTY V RÁMCI ZÁSAD BEZPEČNÉ MANIPULACE S OHLEDEM NA ZDRAVÍ PERSONÁLU

Mgr. Markéta Vaculová

Manipulace s klientem

- Systematická, přesnými pravidly se řídící změna polohy pacienta na lůžku, vozíku, křesle
- Pro pacienta musí být bezpečná a nebolestivá
- Správné uložení těla nemocného díky změně poloh = polohování
- Děje se v určených časových intervalech

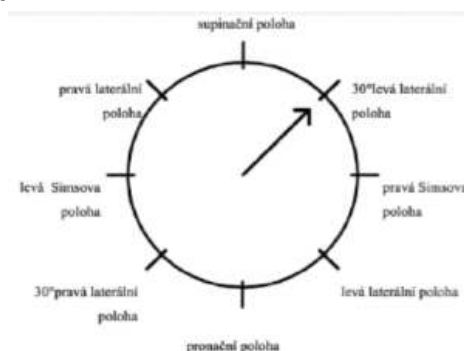
Polohování = prevence vzniku dalších nežádoucích komplikací, jako jsou:

- Dekubity
- Svalové kontraktury
- Omezení rozsahu pohybu kloubů
- Deformity kloubů
- Dechové komplikace
- Mírnější bolesti
- Aktivizace nemocného

Čeho se vyvarovat při polohování?

- „šoupání“ - působí tak silná síla
- „popotahování“ za ruce – hrozba mikrotraumat kůže a podkoží, kloubních pouzder a vazů
- K polohování je potřeba 2-3 osoby, pokud klient není schopen spolupracovat

Polohování v lůžku a typy poloh





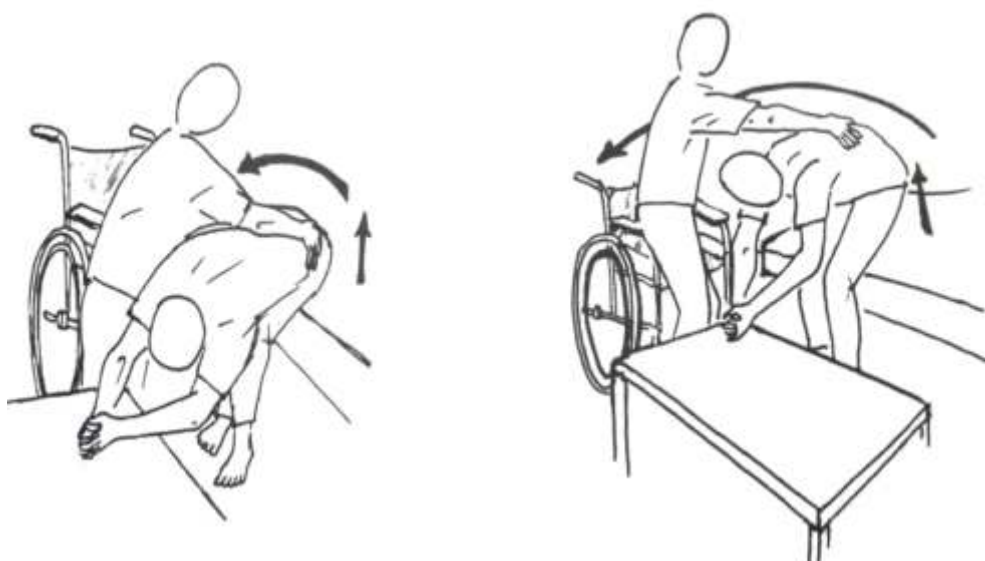
Další typy poloh v lůžku



Typy poloh v sedu



Zásady správného přesunu z vozíku – s pomocí uživatele



Zásady správného přesunu z vozíku – s bez pomoci uživatele (např. po CMP)



Zásady správného polohování v lůžku – uživatele po CMP – s hemiparézou - s pomocí uživatele



Postupy manipulace s pacienty umožňující předcházet vzniku „Muskuloskeletálních poruch (MSD)“ u pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách

- Hlavními problémy jsou úrazy zad a poranění žvýkání ramen, které mohou vést k závažnému zneschopnění.
- Bylo prokázáno, že zaměstnání zdravotní sestry a pečovatelky je jedním z nejrizikovějších povolání, pokud jde o vznik bolestí v bedrech.
- Základní příčinou vzniku MSD jsou úkony při manipulaci s kl., jako je zvedání, přesouvání a změny poloh kl.

Proč mohou být činnosti související s manipulací s klientem nebezpečné?

- *Rizika související s úkonem:*
 - Síla: Míra fyzického úsilí potřebného k provedení daného úkonu (jako je zvedání těžkého břemene, tahání a posouvání) nebo k ovládnutí zařízení a nástrojů.
 - Opakování: Provádění stejného pohybu nebo řady pohybů kontinuálně nebo často během pracovního dne.
 - Nevhodné pozice: Zaujímání pozic, které jsou pro tělo namáhavé, jako je sklánění se nad postelí, klečení nebo otáčení trupem při zvedání.
- *Rizika související s pacientem:*



Pacienty nelze zvedat stejně jako břemena; takže „pravidla“ bezpečného zvedání nelze vždy použít:

 - Pacienty nelze držet těsně u těla
 - Pacienti nemají úchyty
 - Není možné předvídat, co se při manipulaci s pacientem stane
 - Pacienti jsou neskladní

Různé postupy manipulace s pacienty

- Manipulace s pacienty se týká:
 - Zvedání
 - Pokládání
 - držení
 - posouvání nebo
- Metody manipulace s pacientem lze rozdělit na tři kategorie podle různých způsobů, kterými se provádějí:

Různé postupy manipulace s kl. – 3 typy

<p>1. Metody ručního přesouvání</p> <p>Jsou prováděny jedním nebo více ošetřovateli za pomoci síly jejich vlastních svalů a dle možnosti i za pomoci zbytkové pohybové kapacity příslušného pacienta.</p>	 <p>Práva vyhrazena.</p>
<p>2. Metody přesouvání využívající drobných pomůcek k manipulaci s pacientem</p> <p>Postupy manipulace s pacientem prováděné prostřednictvím specifických pomůcek jako například podložek z látky s nízkým třením, ergonomických pásů, otočných stupátk, hrazdy připevněné nad postelí atd.</p>	 <p>Práva vyhrazena.</p>

3. Metoda využití velkých pomůcek (zvedáky)

Jak minimalizovat zátěž skeletu při manipulaci s uživatelem

- Omezit či upustit od ručního zvedání
- Používat „velké pomůcky“ – zvedáky, atd.
- Je-li nutný ruční přesun, pracovat zásadně ve 2 – 3 lidech.
- Dodržovat pravidla pro správné postupy manipulace s pacientem

5. Při manipulaci s pacientem dbejte na správné držení těla

- Zaujmout pozici s nohama mírně rozkrojenými a s jednou nohou mírně vpřed, aby si zajistil širší podporou bázi.
- Při zvedání pacienta je třeba místo používání svalů horních končetin používat svaly nohou a hýždí.
- Při zvedání pacienta nejprve pokrýt a pak pomalu narovnávat kolena.
- Páteř by měla být udržována v pozici odpovídající jejímu přirozenému zakřivení a je třeba dbát o to, aby se zabránilo jejímu přetřívání při natahování a ohýbání.
- Zaměstnanec by se měl navíc vždy snažit přesouvat svou hmotnost podle směru pohybu, který vykonává.



- Podle své vlastní výšky nastavte odpovídajícím způsobem výšku postele.
- Rozložte přesun do tří částí: nohy – střední část těla – ramena.
- Přetáhněte hmotnost kl. s využitím vlastní váhy. Místo svalů horních končetin používejte svaly nohou a hýždí.
- Požádejte kl., aby se podíval na svá chodidla. Tento pohled zvýší napětí břišních svalů, což povede k lepší spolupráci.

2. Dva ošetřovatelé



- Oba musí vyvažovat váhu kl. svou vlastní hmotností.
- Pohyby obou pečovatelů musí být při přesouvání kl. synchronizované.
- Je nutné rozložit přesun do tří částí: nohy – střední část těla – ramena.



ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

MOŽNOSTI TERAPIE A REHABILITACE

MUDr. Petr Pšenica

Neurologické oddělení, Krajská nemocnice T. Bati a.s.

Definice

Onemocnění CNS, v jehož patogenezi se uplatňují autoimunitní mechanismy a případně může docházet jednak k poškození myelinu, jednak k poškození axonu. Ztráta axonu je odpovědná za trvalou invaliditu u RS.

Výskyt

- Nejčastější u indoevropské rasy (Skandinávie)
- V Asii častější NMO
- V Africe u původního obyvatelstva výskyt prakticky nulový
- V ČR prevalence 100-130/100tis., incidence neznáma
- Častější u žen 2:1

Etiopatogeneze

- Mnohoetné zánětlivé infiltráty v CNS, s převahou postižení bílé hmoty
- Aktivované T-lymfocyty, Makrofágy, méně B-lymfocyty
- Porucha hemato-encefalické bariéry v aktivních ložiscích zánětu
- Aktivace autoagresivních T-lymfocytů v periférii
- (antigenní mimikry například banálních virózách, vakcinace?)
- V zánětlivém ložisku dochází vlivem cytotoxických produktů imunitního systému k rozpadu myelinu a postupné ztrátě axonu (T-ly CD8+ cytotox.)
- Poklesne-li aktivita zánětu a je-li axon zachován je možná remyelinizace (oligodendrocyty)
- Opakované záněty – postupná atrofizace CNS
- V chronické fázi je převaha degenerativních procesů, má se i charakter zánětu (postižení šedé hmoty, B-ly

Polygenní genetické pozadí (zřejmě podíl více než 12 genů)

- Zevní faktory: infekce, chronický stres, nadměrná hygiena?, chemické faktory?, změna skladby stravy?, nedostatek vitamínů?

Klinický obraz

- Vznik neurologických příznaků je dán demyelinizací nervových drah, které způsobí výpadek funkce
- O manifestaci rozhoduje místo CNS, kde se zánětlivý infiltrát vytvořil

Klinické příznaky 1

- optická neuritida (rozmazané vidění, bolest za očními bulvami, ztráta barvocitu, výpadky zorného pole)
- poruchy citlivosti (často například jiné etiologii – vertebrogenní..., bagatelizovány),
- centrální poruchy hybnosti- hemiparezy, paraparezy
- poruchy hlavových nervů (centr. léze n.VII, neuralgie trigeminu, okohybné poruchy)
- vestibulocerebelární jevy (intenzivní tremor, poruchy koordinace, skandovaná chůze, poruchy rovnováhy)

Klinické příznaky 2

- Sphinkterové potíže (močová urgence, retence, inkontinence, obtíže s inkontinencí stolice)
- U mužů časté erektilní dysfunkce
- Deprese (bilanční suicidia, 60%)
- Únava (většina pacientů)
- Kognitivní poruchy

Diagnostika 1

- Průkaz disseminace zánětlivého procesu CNS v prostoru a čase
- Klinický obraz 2 a více prodávajících atak (vyjma tzv. CIS stadia (st. prvotace se splňujícími kritérii choroby dle MRI viz níže)
- Patologický nálezn na VEP (časté postižení zrakových nervů – možno i subklinické)
- Nález positivity oligoklonálních pásov v MMM

Diagnostika 2

- MRI kriteria (MRI mozku+míchy s Ga)
- 2 a více ložisek kompatibilních s RS
- Vyloučení jiného onem. (neuroborelióza, neurosarkoidóza, vaskulitida CNS, lymfom CNS...)

Typy pr b hu nemoci 1

- Relaps-remitentní forma
- 85%
- Ataka-reziduum-remise-ataka....
- Období trvá 5-15 let
- Ubývá schopnosti reparovat následky
- Postupný přechod do tzv. sekundárně progresivní formy

Typy pr b hu nemoci 2

- Sekundárně progresivní pr b h
- Zánětlivá aktivita se zmenšuje
- Převažují degenerativní pochody CNS
- Postupný nárůst invalidity bez atak
- Vyčerpání rezerv CNS
- EDSS 4-4,5 a více

Typy pr b hu nemoci 3

- Primárně progresivní pr b h
- Bez atak od počátku onem.
- Pozvolný nárůst invalidity
- Častější v pozdějším věku, více muži
- Klin. často spastická paraparesa DKK

Typy pr b hu nemoci 4

- Pr b h relabující-progredující
- Atakovitý pr b h, neúplná úzdrava mezi atakami, postupná progresse invalidity i mezi atakami

Co je to ataka?

Vznik nových i zhoršení již existujících neurologických příznaků, které trvají aspoň 24 hodin a nejsou spojeny s probíhající horečnatou infekcí.

Diferenciální diagnostická rozvaha

- Neuroborelióza (MMM)
- Všechny chirurgicky řešitelné choroby (MRI)
- (CSM, tumory mozku a míchy)
- Jiná AI onem. – OA, MMM, krevní testy
- NMO (m.Devici) – MRI, MMM, protil. proti aquaporinům
- Genetická a metabolická onem. (u susp. prim. progred. forem RS) – spinocerebelární ataxie, CADASIL, adrenoleukodystrofie –adultní formy...

EDSS škála

- Expanded Disability Status Scale
- Kurtzkeho škála
- Není ideální, není lineární, málo zohledňuje kognitivní funkce,
- 8 funkčních systémů, které se hodnotí zvlášť,
- Postižení v jednotlivých systémech pak dá výsledné číslo

EDSS

EDSS 0 –neurologický náález v norm

EDSS 1 – minim. neurologický náález bez disability

EDSS 2 minim. disability

EDSS 3 lehká disability

EDSS 4 samostatně ujde 500m

EDSS 5 samostatně ujde 200m

EDSS 6 s holí bez přestávky ujde 100m

EDSS 7 převažně odkázan na vozík

EDSS 8 některé sebeobslužné schopnosti HKK

EDSS 9 v lůžku, schopen jíst a komunikovat,

EDSS 10 smrt v d sledku RS (vzácná)

Terapie

- Terapie ataky
- Dlouhodobá terapie:
- Léky 1. volby (INF-Beta, Glatirameracetát)
- Léky 2.volby - tzv. eskala ní terapie (Natalizumab, Fingolimod)
- Léky 3. volby – Cyklofosfamid, Azatioprin,
- Symptomatická terapie
- Rehabilitace

Terapie ataky

- 3 až 5gram Solu-Medrolu i.v.
- V tšinou za hospitalizace
- Kontroly la né glykemie
- Prevence v edové choroby GD
- Prevence hypokaliemie
- Osteoporotická dispenzarizace
- Pokra ující terapie tzv. Taper (snižující se dávky peroráln pokračujících kortikoid)

Je t eba lé it všechny ataky?

- V sou asné dob je doporu ováno lé it všechny ataky
- Zán t CNS je v ur ité mí e p ítomen i v období remise
- Možnost pr kazu poruchy HEB na MRI i v období remise
- Budoucí možnost eskalace lé by DMD (viz úhradová vyhláška VZP)

Dlouhodobá terapie 1

- Cílem je omezit aktivitu onemocn ní
- Zpomalit progresi onemocn ní
- Snížit po et atak i jejich závažnost
- Terapie tzv. DMD (drug modifying disease)
- Léky 1.volby
- Eskala ní terapie –léky 2.volby

Dlouhodobá terapie 2

- Interferon Beta
- P írozená sou ást imunitního systému
- Sníží syntézu INF-gamma
- Snížení syntézy TNF-alfa
- Snížení exprese MHC molekul II.t ídy
- Snížení exprese adhezivních molekul
- Inhibice IL-1
- Zlepšuje funkce supresorických bb.
- Usnad ũje apoptózu aktivovaných T-ly
- Zvyšuje produkci transformujícího r stového faktoru beta (TGF-beta)
- Zvýšená produkce IL-10

Interferon Beta

- Uvedené do lé ebné praxe díky genovému inženýrství
- Rekombinantní preparát (vlození genet. informace do genomu bu ky která INF-beta sama vyrobí)
- vysoká cena výroby (náro né technologické postupy)
- Více než 20leté klinické zkušenosti
- Na trhu ada preparát (Avonex, Rebif, Betaferon)
- Injek ní podání (i.m., s.c.) –injek ní pera
- ím d íve lé íme, tím lépe
- S p íblížující se chronickou progresí choroby efektivita klesá
- Neutraliza ní protilátky proti lé ívu
- Flu-like syndrom (po aplikaci hore naté p íznaky, ísem se zmenšují, sympt. terapie)
- Lokální reakce v míst vpichu (kortikoidní krémy, lokální chlazení, zm na preparátu)
- Plní respondé i 40%, neúplní respondé i 30%, non-respondé i 30%
- T. . nejsou dostupné markery, kterými bychom vyselektovali respondéry

Glatirameracetát

- Odlišný mechanismus účinku
- Stejně účinný jako INF-Beta
- Uměle vytvořený antigen, skladbou aminokyselin připomíná myelinový bazický protein (součástí myelinové pochvy, proti které je namířena AI)
- Přímo naváže molekuly MHC II. třídy
- Předložení T-ly, produkujícími následně spektrum protizánětlivých cytokinů
- Copaxone –injekční aplikace s.c.
- Lokální reakce v místě vpichu, při aplikaci do žilky možnost výskytu celkové histaminové reakce (benigní)
- Rovněž 20leté klinické zkušenosti

Eskalace terapie –léky 2.volby

- Kdy uvažovat o změně DMD při úpravě?
- jednoznačně při dalších atakách při pravidelném užívání již nasazené terapie:
- v souladu s úhradovou vyhláškou VZP při výskytu 2 atak za rok či 3 atak za 2 roky
- Výskytu neutralizačních protilátek proti léku (logická, nicméně jsou asi nejspíše dočasně opomenutá indikace úhradovou vyhláškou VZP...)
- Průkaz poruchy HEB na MRI (tedy průkaz aktivity onemocnění) v období remise (rovněž mimo úhradovou vyhlášku VZP)
- Intolerance podávaného léku DMD
- Fulminantní průběh (tzv. Marburská RS)

Natalizumab 1

- Tysabri –i.v. infuze 1x měsíčně
- Monoklonální protilátka proti adhezivní molekule alfa4beta1.integrinu na povrchu lymfocytů
- Brání tak přestupu lymfocytů z cév do CNS
- Vysoce účinný, závažné vedlejší účinky (riziko rozvoje PML)
- Cave: herpes zoster, mykózy, recidivující herpes simplex (preventivně acyklovir), akutní infekce, nádorová anamnéza, změny v KO, hepatopatie, protilátkový imunodeficit,
- Vysazení kortikoidů, kontroly MRI,
- Před ukončením terapie před nasazením Tysabri:
- CF 6m síce, azatioprin 3m síce, DMD 4-6týdně

Natalizumab 2

- Progresivní multifokální leukoencefalopatie:
- Oportunní infekce JC virem (50% populace seropozitivní)
- Podezření při klin. progresi neurologického nálezu, typicky dominantně v kognitivní složce (není typické pro progresivní RS)
- Před ukončením terapie Tysabri, akutní MRI, vyšetření likvoru na DNA JC viru, v MMM nebývá běžný zánětlivý vzorec, plasmiferéza

Fingolimod

- Gilenya p.o. 0,5mg/d
- Syntetický analog sfingosin-1-fosfátu
- Blokuje signál k opuštění lymfocytů uzlin.
- Lymfopenie, bradykardie, hepatopatie

IVIG (intravenózní imunoglobuliny)

- V souvislosti s mírným odklonem od užívání
- Lze zvažovat, není-li možnost podávání jiného preparátu (kojení, intolerance jiných preparátů, jiné přidružené onemocnění)
- Možnost anafylaktické reakce (cave IgA deficience)
- Podání na JIP, prevence TEN, kontroly MS
- Dávka 0,15 až 0,4 g/kg 1x měsíčně

Léky 3.volby

- Azathioprin
- Tam, kde již není možné zavést lék 1. či 2. volby
- Inhibice syntézy purinových bází (thiopurimethyltransferáza) a inkorporaci thioguaninových nukleotidů do DNA a RNA, což vede k inhibici transkripce DNA –inhibice aktivity T i B lymfocytů
- Letitě klinické zkušenosti
- Počet lymfocytů pod 1,0x10⁹, 100-150mg/den

- Cave možnost vyvolání deprese
- (11% TPMT deficitní část populace)
- Kontroly JAS a KO, event. genet. vyš. alel TPMT
- Cyklofosfamid
- Infuze dle Harvardského schématu:
- (1x měsíčně 6 měsíců, poté 1x za 3 měsíce po dobu 1 roku, pak 1x za 6 měsíců, pak 1x ročně)
- Interkurentní podávání Solu-Medrolu i.v. 1gr/měsíčně
- Cave riziko rozvoje hemoragické cystitidy
- (dostatečný pitný režim, urologické kontroly v pravidelném screeningové cystoskopie)
- Kontroly KO (riziko rozvoje AML)

Léky 3.volby - další možnosti

- Metotrexát
- (2,5mg 3x týdně)
- Mykofenolát
- (2x 1gr/denně)
- Cyklosporin A
- (2,5-5mg /denně) –cave ledvinná funkce
- Pulzní léčba Mitoxantronem (kardiotoxický, vysoké riziko navození malignity)

Léky 4. volby - R nedostupné 1

- Fumarát (dimethylfumarát, BG-12) protizánětlivý a neuroprotektivní faktor, GIT obtíže, hepatopatie
- Laquinimod tbl 1xd, posun produkce Th1 prozánětlivých cytokinů na Th2 protizánětlivých cytokinů, elev. JAS, CRP
- Alemtuzumab monoklonální protilátka CD52 (povrch T a B lymfocytů a makrofágů), další AI onem.

Léky 4. volby - R nedostupné 2

- Cladribin purinový analog (připomíná adenosin)
- Teriflunomid tbl 1xd, imunomodulační lék, inhibice syntézy pyrimidinu, JAS, alopecie, reverzibilní neutropenie

Maligní forma RS

- Jsou-li terapeutické možnosti vyčerpány, lze indikovat vysokodávkovaná imunoablativní terapie s podporou autologních hematopoetických kmenových buněk
- Efekt u přibližně 60% transplantovaných pacientů
- Pacient musí splňovat kritéria:
- délka trvání onem. do 5let
- Vysoká aktivita onem.
- Rychlá progresed EDSS
- EDSS do 6
- Indikací komise (hematolog, imunolog, neurolog)

Symptomatická terapie

- Spasticita (hypertonus, omezení pohybu, křeče, bolesti)
- Snížení presynaptické inhibice, zvýšená excitabilita alfa motoneuronů
- Baclofen (GABA_B)- posiluje inhibici
- 80mg/denně, baclofenová pumpa (i.th.)
- Tizanidin (Sirdalud) – 2x4mg/d –cave ospalost
- Terazepam 1-3x50mg/d –na noc
- Thiokolchikosid (muscoril, tbl i inj.) (GABA_A, glycinová inhib. Renshawova interneuronu)
- 2x4mg/d
- Fyzioterapie –zásadní vliv na prevenci komplikací spasticity
- Lokální aplikace botulotoxinu (adduktory stehna)

Sfinkterové a sexuální obtíže

- Vesikoureterální dysfunkce (zhoršení koordinace mezi močovým měchýřem a sfinktery)
- Imperativní mikce x Inkontinence x Retence moči
- Mikční residuum-spolupráce s urologem
- Spasmolytika, myorelaxantia, anticholinergika, alfa blokátory –léčbu vede urolog
- Katetrizace (auto) –mikční residuum nad 100ml

Sexuální dysfunkce

- Až 60% mužů s RS

- p.o. inhibitory fosfodiesterázy 5 (Sildenafil)
- Vyloučení jiného vlivu (léky, psychogenní...)

Deprese

- Asi 50% pacientů s RS
- Riziko bilanční sebevraždy je 8x vyšší
- Spolupráce s psychologem, psychiatrem
- SSRI (Fluoxetin, citalopram, venlafaxin...)
- Emocionální labilita (fluoxetin)
- Edukace pac., realistická o očekávání

Únava

- Přítomnost chron. zánětu
- Vyloučení sekundární příčiny
- Fyzická kondice – aerobní trénink
- Denní režim – péstávky, strava
- V USA Amantadin (Viregyt)(malý efekt) – zvýšení nabídky dopaminu – 1-3xd
- Modafinil (není hrazen z indikace RS)

Teles

- Klonazepam – 2x0,5mg – málo účinný
- Gabapentin, Levetiracetam....

Bolest

- Terapie se řídí příčinou:
- Neuralgie (abnormální vodivost v místě demyelin. nerv. vláken) – karbamazepin, Gabapentin
- Tonické spasmy (poškození spino-thalamických drah) – RHB, analgetika (kanabinoidy)
- Jiné etiologie: zánět tl., vertebrogenní, osteoporotická, ...

Kognitivní deficit

- Vzniká ztrátou nervových vláken v asociálních drahách (corp. Callosum, F a T laloky)
- 30% pac. již od počátku onemocnění mají určitý kognitivní deficit
- Snaha udržet pac. v pracovním a soc. kontaktu
- Efekt nootropik nebyl prokázán (piracetam)
- Donepezil, rivastigmin, galantamin nejsou t.č. pro RS hrazeny
- Metody kognitivního tréninku (psycholog, biofeedback)

Režimová opatření

- Péče o fyzickou kondici - redukce hmotnosti, vyvážená strava, cave sacharidy a živočišné bílkoviny, vhodná zelenina, celozrnné pečivo
- Aktivní prevence infekcí – otužování, event. imunologické vyšetření, Amantadin (profylaktická terapie, antivirotikum 3xd)
- Odkládání – může aktivovat RS (nespecificky stimuluje imunitní systém)
- V remisi, bez zn. infektu, šetřící režim po odkládání, zvážit riziko x benefit

Zvláštní situace

- Těhotenství – individuální přístup, tematicky vhodné pro samostatnou péči
- Těžší infekty – navýšení ev. předání kortikoidů p.o., cílená ATB dle mikrobiologického rozboru
- Ženy v menopauze – individuálně doporučit hormonální substituční terapii (vede gynekolog)

Prevence komplikací terapie kortikoidy 1

- Ochrana GIT – blok. H² protonové pumpy
- Cave aktivní virová choroba
- Ochrana kostního metabolismu – dispenzarizace v osteologickém centru
- Výhodnější pulzní podávání kortikosteroidů
- Dostatečný přísun vit. D 400UI/d
- Kalcium 1gr/d

Prevence komplikací terapie kortikoidy 2

- Ochrana před diabetem II. typu
- Pozit. RA, obézní, úprava diety, kontroly glykemií, diabetologická dispenzarizace

Ochrana před kataraktou (pulzní podávání KS)

Kontroly nitroo ního tlaku u glaukomatik
ICHS, dekomp. hypertenze –rozložit dávky KS do více dn

Prevence komplikací terapie kortikoidy 3

- Kožní komplikace
- Akné, strie, hirsutismus, zhoršení hojení ran, atrofie kůže – terapii vede dermatolog

Flebotrombóza

Vhodné vyšetření leydenské mutace, vhodná prevence TEN, vyloučit kouření, konzultovat podíl HAK

Komplikace terapie imunosupresivy

- Základem je výběr vhodného pac.
- Vylučující (zohledňující) kritéria:
- Známý imunodeficit
- Prekanceróza v anamn.
- Fumátor, nádorové onem. v RA
- Recidivující herpetické výsevy
- Prevece je: lab. screening, respektování kumulativních dávek (cytostatika), onkoscreening

Léčba kožních defektů

- Místo vpichu není třeba desinfikovat, stačí omýt mýdlem, po vpichu lokální chlazení, event. aplikace NSA,
- Dojde-li ke vzniku nekrotizující povrchovou hydrogel a alginátem s filmovým obvazem
- Na hluboké – alginátová šála, obvaz s aktivním uhlím a stříbrem.
- Bakteriologický střep – event. ATB

Rehabilitace u RS

- Vázaná, trvalá a cílená
- motivace pac. k aktivnímu zapojení
- zapojení rodiny
- realistické cíle
- kompenzační pomůcky
- aerobní trénink
- úprava dietních návyků
- režimová opatření

Využití neurorehabilitace 1

- Způsob zatěžování je individuální:
- klin. příznaky onem., sportovní zkušenosti, časové a finanční možnosti,
- Doporučované dynamické a vytrvalostní aktivity
- Vhodnou zátěž možno stanovit na bicyklovém ergometru

Využití neurorehabilitace 2

- Motorické obratné učení (v domě řízené pohyby)
- Adaptivní motorické učení (modifikování motorického výstupu na základě sensorických vstupů)
- Podmíněno-asociativní motorické učení (využití vztahu mezi podnětem a motorickým výstupem k podmíněnému odpovídi)
- Neasociativní motorické učení – habituace a senzitivace na opakované podněty

Využití neurorehabilitace 3

- Nesporný pozitivní efekt – empirický poznatek
- Stále chybí dostatečné množství dat k evidence based medicine (studie s fMRI)

Mýty o RS

- Není vhodná fyzická aktivita vs. udržování fyzické kondice
- Kouření nehraje roli vs. zhoršuje průběh choroby
- Dieta při RS neexistuje vs. omezit živ. tuky, sacharidy, zvýšit podíl zeleniny, ryb
- Není vhodné těhotenství vs. graviditu třeba plánovat
- Roztroušená skleróza není demence

Literární zdroje:

Roztroušená skleróza, Eva Havrdová, Maxdorf, 2.rozšířené vydání, 2009

Klinická neurologie, část speciální, kap.8, Roztroušení skleróza, Bednarík, Ambler, Růžička, Triton,

2010

Speciální neurologie, Jedlička, Keller, kap.13, Onemocnění bílé hmoty mozkomíšní, Galén, 2005
Treatment of multiple sclerosis, Putzki, Hartung, Uni-Med, 2009,
Rehabilitace u roztroušené sklerózy mozkomíšní, Kamila Šasová, Neurologie pro praxi 6/2005
Éra nových léků v terapii roztroušené sklerózy, Marta Vachová, Neurologie pro praxi 10/2009
Roztroušená skleróza mozkomíšní a menopauza, Peter Koliba, Neurologie pro praxi, 12/2011
Symptomatická léčba u roztroušené sklerózy, Marta Vachová, Neurologie pro praxi 9/2008

DĚKUJEME, ŽE POMÁHÁTE S NÁMI

S vděčností přijmeme podporu pro svou činnost na účet u ČSOB:

316012163/0300

Na poskytnutý dar vystavíme na vyžádání potvrzení pro daňové účely.

NAD JE
K Brance 11/19e, 155 Praha 5
tel. 222 521 110
e-mail: nadeje@nadeje.cz
www.nadeje.cz



ISBN 978-80-86451-28-2