

SBORNÍK ABSTRAKT KONGRES XXXII. PAŘÍZKOVY DNY A VII. OSTRAVSKÁ KONFERENCE PALIATIVNÍ PÉČE

11. – 13. března 2026
Clarion Congress Hotel Ostrava

Sborník abstrakt

XXXII. Pařízkovy dny a VII. ostravská konference paliativní péče

Sestavovatel: Mgr. Kateřina Hašová, MBA

Vydáno: Fakultní nemocnice Ostrava 2026

Publikace neprošla jazykovou či redakční úpravou, ani autorskými korekturami.

Autor nenese zodpovědnost za údaje a názory jednotlivých příspěvků.

ISBN: 978-80-88354-67-3

XXXII. PAŘÍŽKOVY DNY SESTERSKÁ SEKCE PROGRAM

Psychosociální problematika hematoonkologicky nemocných z pohledu Amelie a Hlasu onkologických pacientů, Slavíková Š., Amélie

Společně silnější: Jak Lymfom Help pomáhá pacientům a blízkým, Vejtrubová P., LymfomHelp

Simulace jako klíč ke kvalitní paliativní péči ve zdravotnickém vzdělávání, Tadic D., Rakousko (15 min)

Substituce imunoglobulinů – proč, kdy a jak, Jungová A., Plzeň

Imunoglobulíny v obýváku, Malyszková K., Hašová K., Sikorová G., Ostrava

ICANS - komplikace nejmodernější buněčné terapie, Cieslarová H., Ostrava

Vliv výživy a suplementace na farmakoterapii nádorových onemocnění, Ondra V., Brno

Čaj v nemocnici, Nytrová N., Žídková A., Ostrava

Podávání léčiv sondou, Kalužová J., Ostrava

Nejčastější chyby při manipulaci s PICC, Constantine I., Ostrava

Řešení okluzí PICC: Doporučení a praxe ve FN Ostrava, Figurová Z., Ostrava

Komplikace žilních vstupů - trombóza, Buffa D., Ostrava

Zkušenosti a výhody zavádění periferního žilního katétru pod ultrazvukovou kontrolou, Stryja D., Ostrava

Komplikovaný průběh infekce u pacienta s imunodeficitem, Janštová Z., Ostrava

Hodnocení infiltrace kořenů sakrálního plexu při endometrióze pomocí kvantifikovatelných parametrů diffusion tensor imaging (DTI) magnetické rezonance (MRI), Pomaki M., Švecová J., Vilímek D., Hanzlíková P., Ostrava

Chůze, která léčí, aneb co dokáže akupresurní chodník, Toman D., Ostrava

Workshop I - Typy fixace a jejich použití

Lektor: Constantine I., Figurová Z., Michalíková M.

Workshop II - Zavádění periferních vstupů pod ultrazvukem

Lektor: BD

POSTEROVÁ SEKCE

Wypalenie zawodowe pielęgniarek oddziałów paliatywnych i hematologicznych – analiza porównawcza, Krzemińska S., Polanowska M.

Ocena postaw pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjentów, Polanowska M., Krzemińska S.

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s hematologickými malignitami v hospicovej starostlivosti, Peregrimová A.

Zásady výživy u pacientů v neutropenii, Cieslarová H., Mrovcová L.

Průvodce alogenní transplantací krvetvorných buněk, Němcová J., Hermannová A., Puczoková S.

Dotazy pacientů podstupující léčbu radionuklidy, Golisová J., Borsutzká K.

Perianální a anální defekty, Koňářík M., Kolková L., Hvozdovičová A.

Spolupráce nukleární medicíny s hemato-onkologií, Materová H., Golisová J., Kraft O.

FDG PET/CT ve stagingu mnohočetného myelomu: Prognostický význam zobrazovacích parametrů, Gabriela Havlová, Martin Havel, Ludmila Muronová, David Žíhala, Tereza Popková, Gabriela Kašćáková, Simona Bobková, Pavel Širůček, Kamil Bukovanský, Jana Mihályová, Hana Plonková, Jana Golisová, Roman Hájek, Tomáš Jelínek

VII. OSTRAVSKÁ KONFERENCE PALIATIVNÍ PÉČE

PROGRAM

Typické a atypické opioidy: stručný klinický průvodce, Sláma O., Brno

Management infekcí u pacientů v paliativní symptomatické péči, Sochor M., Liberec

Asistovaná sebevražda jako výzva k hledání alternativ: praktické reakce vybraných zdravotních a sociálních zařízení v Německu, Bouma D., Praha

Některé alternativní metody využitelné v rámci paliativní péče, Urbíš A., Čeladná

Paliativní péče v urgentní medicíně – současnost a budoucnost, Peřan D., Praha

Paliativní péče v psychiatrické nemocnici - praktické zkušenosti a kazuistiky, Seget J., Opava

Možnosti rozloučení ve 21. století (trendy ve světě i v Česku), Slavičková J., Ostrava

Když se péče přesouvá domů: zkušenosti s předáním dětského pacienta do mobilního hospice, Chvilíčková K., Broďáková T., Ostrava

Cesta Sanitky přání, Sanitka přání, Praha

Pacienti s HIV v paliativní/hospicové/následné péči, Kitová G., Ostrava

Workshop

Ze mě Země, Ostrava: Rituály a podpora rodiny krátce po úmrtí – ještě v nemocnici (praktická péče), Slavičková J.

IMUNOGLOBULINY V OBÝVÁKU

K. Malyszková¹, K. Hašová¹, G. Sikorová¹

¹Klinika hematologie Fakultní nemocnice Ostrava

kristyna.malyszкова@fno.cz

Abstrakt: Substituční léčba imunoglobuliny je nedílnou součástí péče o pacienty s primárními i sekundárními imunodeficity, které se vyskytují také u nemocných léčených na hematologických pracovištích.

V posledních letech se stále více uplatňuje subkutánní podání imunoglobulinů v domácím prostředí, které představuje bezpečnou a komfortní alternativu k intravenózní aplikaci ve zdravotnickém zařízení. Tento způsob léčby umožňuje pacientům větší míru samostatnosti, časovou flexibilitu a současně přispívá ke stabilnějším sérovým hladinám imunoglobulinů.

Na Klinice hematologie Fakultní nemocnice Ostrava je pacientům před zahájením domácí léčby poskytována systematická edukace vedená zdravotnickým personálem. Edukační proces je zaměřen na seznámení pacienta s principem léčby, správnou manipulací s léčivým přípravkem a potřebnými pomůckami, technikou subkutánní aplikace a zásadami aseptického postupu. Součástí edukace je rovněž praktický nácvik aplikace, výběr vhodného místa vpichu, nastavení infuzní pumpy a informace o možných nežádoucích účincích a jejich řešení. Důraz je kladen také na schopnost pacienta rozpoznat situace, kdy je nutné kontaktovat zdravotnické pracoviště.

Zkušenosti z praxe ukazují, že dobře strukturovaná edukace vede k vysoké míře adherence k léčbě a umožňuje pacientům bezpečně zvládat aplikaci imunoglobulinů v domácím prostředí.

Klíčová slova: imunoglobuliny, substituce, domácí léčba, edukace

NEUROLOGCKÉ KOMPLIKACE NEJMODERNĚJŠÍ BUNĚČNÉ TERAPIE

Mgr. Hana Cieslarová¹, Mgr. Kateřina Hašová MBA¹, Kateřina Horáková¹

¹Fakultní nemocnice Ostrava, Klinika hematonekologie JIP

hana.cieslarova@fno.cz

Abstrakt: CAR T-buněčná terapie představuje zásadní průlom v léčbě relabujících a refrakterních hematologických malignit.

Účinnost této léčby je však často provázena specifickými toxickými reakcemi, z nichž nejčastější neurologickou komplikací je ICANS (Immune Effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome). ICANS se typicky objevuje v prvních 3–10 dnech po infuzi CAR T-buněk a jeho patofyziologie je spojena s masivní cytokinemickou odpovědí, systémovým zánětem a narušením hematoencefalické bariéry.

Klinické projevy sahají od časných poruch pozornosti, afázie a dysgrafie až po závažnou encefalopatii, epileptické záchvaty a potenciálně život ohrožující mozkový edém. Diagnostika je založena na ICE skóre, laboratorních ukazatelích zánětu, EEG, MRI a analýze mozkomíšního moku. Léčba se řídí stupněm neurotoxicity a zahrnuje podpůrnou terapii, kortikosteroidy, inhibitory IL-6 a IL-1 a profylaktickou antiepileptickou medikaci; těžké stavy vyžadují intenzivní péči.

Klíčová slova: CAR T, neurotoxicita, ICANS, CRS

Abstract: CAR T-cell therapy represents a major breakthrough in the treatment of relapsed and refractory hematologic malignancies, particularly B-cell leukemias, lymphomas and multiple myeloma.

However, its efficacy is frequently accompanied by specific toxicities, with ICANS (Immune Effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome) being the most significant neurological complication. ICANS typically occurs within the first 3–10 days after CAR T-cell infusion and is associated with massive cytokine release, systemic inflammation, and disruption of the blood–brain barrier.

Clinical manifestations range from early attention deficits, aphasia and dysgraphia to severe encephalopathy, seizures and potentially life-threatening cerebral edema. Diagnosis is based on ICE scoring, inflammatory laboratory markers, EEG, MRI and cerebrospinal fluid analysis. Management depends on the severity of neurotoxicity and includes supportive therapy, corticosteroids, IL-6 and IL-1 inhibitors and prophylactic antiepileptic medication; severe cases require intensive care.

Keywords: CAR T-cell therapy, neurotoxicity, ICANS CRS

Úvod: Nová buněčná terapie CAR T (Chimeric Antigen Receptor T-lymfocyty) představuje zásadní pokrok v léčbě relabujících a refrakterních hematologických malignit. Tato forma imunoterapie umožňuje cílenou eliminaci nádorových buněk prostřednictvím geneticky modifikovaných T-lymfocytů pacienta.

Přes svou vysokou účinnost je však CAR T-buněčná terapie spojena s výskytem specifických a potenciálně závažných nežádoucích účinků.

Mezi nejvýznamnější neurologické komplikace patří ICANS (Immune Effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome), který se může projevit širokým spektrem klinických příznaků od mírných kognitivních poruch až po život ohrožující stavy.

Cílem práce je shrnout současné poznatky o patofyziologii, klinických projevech, diagnostice a léčbě ICANS.

Metody: Práce je zpracována formou přehledového sdělení zaměřeného na neurologické komplikace spojené s CAR T-buněčnou terapií. Zahrnuje popis patofyziologických mechanismů vzniku ICANS, jeho klinické manifestace, diagnostických postupů a terapeutických možností.

Pozornost je věnována zejména hodnocení neurologického stavu pomocí ICE skóre a klasifikaci závažnosti ICANS dle doporučení ASTCT.

Součástí práce je rovněž přehled laboratorních, zobrazovacích a elektrofyziologických vyšetření využívaných při monitoraci pacientů po podání CAR T-buněk. Text vychází z klinických doporučení a běžně používaných postupů v intenzivní a hematoonkologické péči.

Výsledek: ICANS se nejčastěji objevuje v časném období po infuzi CAR T-buněk, obvykle mezi 3.-10. dnem, a může se vyskytovat samostatně nebo v návaznosti na syndrom uvolnění cytokinů (CRS).

Patofyziologickým podkladem je nadměrná produkce prozánětlivých cytokinů, která vede k systémovému zánětu, aktivaci endotelu a narušení hematoencefalické bariéry. V důsledku toho dochází k průniku cytokinů do centrálního nervového systému, aktivaci mikroglie a rozvoji mozkového edému.

Klinické projevy zahrnují časné symptomy, jako jsou poruchy pozornosti, afázie, dysgrafie, dezorientace či tremor, a pozdní projevy včetně poruch vědomí, epileptických záchvatů, fokálních neurologických deficitů a známek intrakraniální hypertenze. Diagnostika je založena na pravidelném neurologickém vyšetření, hodnocení ICE skóre, laboratorních známkách zánětu, EEG, MRI mozku a vyšetření mozkomíšního moku.

Diskuse: ICANS představuje komplexní a potenciálně závažnou komplikaci CAR T-buněčné terapie, jejíž včasné rozpoznání je klíčové pro další prognózu pacienta.

Klinický obraz je variabilní a může se rychle měnit, což vyžaduje systematický neurologický monitoring.

Významnou roli hraje ICE skóre, které umožňuje časnou detekci encefalopatie ještě před rozvojem těžších projevů.

Terapeutický přístup je založen na závažnosti klinických příznaků a zahrnuje podpůrnou péči, kortikosteroidy, inhibitory interleukinů a antiepileptickou profylaxi. V těžkých případech je nezbytná intenzivní péče.

Současné poznatky zdůrazňují nutnost multidisciplinární spolupráce mezi hematology, intenzivisty a neurology.

Závěr: ICANS je nejčastější neurologickou komplikací CAR T-buněčné terapie a může významně ovlivnit průběh léčby i prognózu pacienta. Vzhledem k potenciálně rychlé progresi onemocnění je nezbytné důsledné sledování neurologického stavu pacientů, včasná diagnostika a okamžité zahájení adekvátní léčby. Přehled dostupných diagnostických a terapeutických postupů ukazuje, že správně vedený management ICANS může snížit riziko závažných následků a zlepšit bezpečnost této vysoce účinné léčebné metody.

Seznam použitých zkratk:

ADL – Activities of Daily Living (běžné denní činnosti)

ASTCT – American Society for Transplantation and Cellular Therapy

BBB / HEB – Blood–Brain Barrier / Hematoencefalická bariéra
CAR T-cells – Chimeric Antigen Receptor T-lymfocyty
CNS – Centrální nervový systém
CRP – C-reaktivní protein
CRS – Cytokine Release Syndrome (syndrom uvolnění cytokinů)
CSF – Cerebrospinální mok (mozkomíšní mok)
EEG – Elektroencefalografie
ICE score – Immune Effector Cell Encephalopathy score
ICANS – Immune Effector Cell–Associated Neurotoxicity Syndrome
IL-1, IL-6 – Interleukin 1, Interleukin 6
JIP – Jednotka intenzivní péče
MRI – Magnetická rezonance

Použité zdroje:

[KALOUSOVÁ 2020] KALOUSOVÁ, Martina, et al. Moderní buněčná terapie v hematologii. Transfuze a hematologie dnes. 2020, roč. 26, č. 3, s. 161–168. ISSN 1211-2255.

[KOZÁK 2021] KOZÁK, Tomáš, et al. CAR T-buněčná terapie u lymfoproliferativních onemocnění. Vnitřní lékařství. 2021, roč. 67, č. 6, s. 364–370. ISSN 0042-773X.

[NEELAPU 2018] NEELAPU, Sattva S., et al. Chimeric antigen receptor T-cell therapy – assessment and management of toxicities. Nature Reviews Clinical Oncology. 2018, roč. 15, č. 1, s. 47–62. ISSN 1759-4774.

[LEE 2019] LEE, Daniel W., et al. ASTCT consensus grading for cytokine release syndrome and neurologic toxicity associated with immune effector cells. Biology of Blood and Marrow Transplantation. 2019, roč. 25, č. 4, s. 625–638. ISSN 1083-8791.

[SANTOMASSO 2018] SANTOMASSO, Benjamin D., et al. Clinical and biological correlates of neurotoxicity associated with CAR T-cell therapy in patients with B-cell acute lymphoblastic leukemia. Cancer Discovery. 2018, roč. 8, č. 8, s. 958–971. ISSN 2159-8290.

[MAUDE 2014] MAUDE, Shannon L., et al. Chimeric antigen receptor T cells for sustained remissions in leukemia. The New England Journal of Medicine. 2014, roč. 371, č. 16, s. 1507–1517. ISSN 0028-4793.

NEJČASTĚJŠÍ CHYBY PŘI MANIPULACI S PICC KATÉTREM

Bc. Iveta Constantine, MSc.¹

¹PICC tým, Fakultní nemocnice Ostrava

iveta.constantine@fno.cz

Abstrakt: Do skupiny centrálních žilních katétrů se řadí bezpodmínečně PICC (periferně zavedený centrální žilní katétr). Jak je známo, u všech centrálních žilních vstupů mohou nastat komplikace, kdy některé mohou být způsobeny nesprávnou manipulací a neznalostí zdravotníků (Pittiruti et al., 2021).

Mezi nejčastější komplikace se řadí centrální katétr bez návratu. Zdravotnický pracovník by měl vždy ověřovat krevní návrat z katétru, a to kontrolou proplachem a zkouškou krevního návratu v určitých intervalech a dle infuzní léčby.

Další komplikací je ruptura, která může nastat při použití stříkaček o menším objemu než 10 ml. Při potvrzené ruptuře, je třeba katétr vytáhnout, nahlásit nežádoucí událost, zkontrolovat jaké léčivo uniklo do okolní tkáně a nastavit léčebný protokol (Charvát et al., 2025).

Nezanedbatelnou chybou je špatný výběr krytí a jeho aplikace. Je důležité, aby krytí bylo polopropustné, nedráždilo kůži, aby zakrývalo křídylka katétru, působilo celistvě, chránilo před infekcí a vytažením. Krytí by se neměla vrstvit a vytvářet „saunový svět“ a měla by se v určených intervalech asepticky vyměňovat, a to tak, že nedojde ke kontaminaci nebo dokonce infekci.

Nesprávná fixace katétrů pomocí zakotvení je další chybnou manipulací. Zakotvení (SecurAcath) se vždy pokládá v linii s katétre a žilou, nevytáčí se, aby se neprořezávaly kotvičky zakotvení nebo se zakotvení nevytáhlo úplně. Pod zakotvením ponecháváme 3cm délky katétru, a to dle výrobce.

A poslední, snad už mizející chybou je neznalost typu katétru. Nevědomost, že má pacient PICC. Tato komplikace, s narůstajícím povědomím mezi zdravotníky a neustálou edukací, se stává ojedinělou (Moureau, 2019; INS, 2024).

Klíčová slova: PICC, komplikace, proplach, fixace, ruptura katétru, krytí

Abstract: Within the group of central venous catheters belongs the PICC (peripherally inserted central venous catheter). As it is known, complications can occur with all central venous lines, some of which may be caused by improper handling and ignorance of health professionals (Pittiruti et al., 2021).

One of the most common complications is a central catheter without a blood return. The healthcare professional should always verify the blood return from the catheter by flushing and testing the blood return at certain intervals and according to the infusion treatment.

Another complication is rupture, which can occur when using syringes with a volume of less than 10 ml. In the event of a confirmed rupture, the catheter should be removed, the adverse event should be reported, the drug should be checked and the treatment protocol should be set (Charvát et al., 2025).

A significant mistake is the wrong choice of dressing and its application. It is important that the dressing is semi-permeable, does not irritate the skin, covers the wings of the catheter, looks integrated, protects against infection and pulling. The dressings should not be layered and create a „sauna world“, and should be changed aseptically at specified intervals, so that there is no contamination or even infection.

Improper fixation of catheters by wrong anchoring is another erroneous manipulation. The anchorage (SecurAcath) is always laid in line with the catheter and the vein, it is not twisted so the anchor will not cut through the skin or will be pulled completely. We leave 3 cm of catheter length for the anchorage, according to the manufacturer.

And the last, perhaps disappearing mistake is ignorance of the type of catheter. Not knowing that the patient has PICC. This complication, with increasing awareness among healthcare professionals and ongoing education, is becoming isolated (Moureau, 2019; INS, 2024).

Keywords: PICC, complications, flushing, securement devices, catheter rupture, dressing

Seznam použitých zkratek:

PICC – periferně zavedený centrální žilní katétr

Použité zdroje:

[PITTIRUTI 2021] PITTIRUTI, Mauro et al.: European recommendations on the proper indication and use of peripheral venous access devices (the ERPIUP consensus), WoCoVA, JVA, 1-18. Dostupné online.

[CHARVÁT 2025] Charvát, J. et al.: Cévní vstupy. Grada, Praha 2025. ISBN 978-271-5349-7

[MOUREAU 2019] Moureau, N.L., Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular Access. Springer Cham, USA. ISBN 978-3-030-03149-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03149-7>

[NICKEL 2024] Nickel, B., Gorski, L., Kleidon, T., et al.: Infusion therapy standards of practice, 9th edition. Journal of Infusion Nursing (INS), 47(1S), S1-S285. DOI: 10.1097/NAN.0000000000000532 Dostupné online.

ŘEŠENÍ OKLUZÍ PICC: DOPORUČENÍ A PRAXE VE FN OSTRAVA

Zuzana Figurová¹, Iveta Constantine¹

¹Fakultní nemocnice Ostrava, PICC tým

zuzana.figurova@fno.cz

Abstrakt: PICC (Periferně zavedený centrální žilní katétr) je důležitou součástí léčby pacientů. Slouží k aplikaci léků, roztoků a k odběrům krve. Okluze (malfunkce) PICC je častou komplikací a vede k oddálení léčby či nutné výměně katétru. Příčiny okluzí mohou být pseudomechanické, mechanické, chemické, trombotické a fibroblastické.

Okluzi katétru můžeme zabránit, anebo snížit její výskyt dodržováním zásad a postupů při zavádění, a především správné ošetrovatelské péče během používání PICC. Péče o dobrou funkci PICC spočívá v dostatečném proplachu katétru přerušovanou aplikací fyziologického roztoku za udržení pozitivního tlaku při odpojení stříkačky (Charvát et al., 2025). Důležitou součástí péče je pravidelná kontrola funkce katétru při proplachu. Hodnotíme snadnost aplikace roztoku, případné obtékání, otok, bolest. Součástí hodnocení funkčnosti je možnost návratu krve při aspiraci. Poruchy funkce katétru mohou být částečné-kdy pozorujeme obtížnou aplikaci nebo aspiraci, anebo úplné, kdy roztok nemůžeme aplikovat ani aspirovat. Častou situací je snadná možnost aplikace, ale nemožnost aspirace.

V případech zjištění okluze informujeme ošetřujícího lékaře, který řeší další postup se specialisty (PICC tým, radiolog). Platí zásada nepoužití nadměrné síly při snaze o zprůchodnění katétru. V případech nemožnosti aspirace krve, bolesti, obtékání okolo vstupu, hučení v uchu, léčivo do katétru neaplikujeme.

Vždy se snažíme o rychlé řešení okluze, což zvyšuje šanci na úspěšné zprůchodnění katétru.

Klíčová slova: okluze, PICC, proplach

Abstract: PICC (Peripherally Inserted Central Venous Catheter) is an important part of patient therapy. It is used for the administration of medications, solutions, and for blood sampling. PICC occlusion (malfunction) is a common complication and may lead to delays in treatment or the need for catheter replacement. The causes of occlusions may be pseudomechanical, mechanical, chemical, thrombotic, or fibroblastic.

Catheter occlusion can be prevented or its incidence reduced by adhering to proper principles and procedures during insertion, and especially through appropriate nursing care during PICC use. Maintaining proper PICC function involves adequate flushing of the catheter using a pulsatile technique with normal saline while maintaining positive pressure when disconnecting the syringe (Charvát et al., 2025). An important part of care is regular assessment of catheter function during flushing. We evaluate the ease of solution administration, any leakage, swelling, or pain. Assessment of functionality also includes the ability to obtain blood return during aspiration. Catheter dysfunction may be partial—when administration or aspiration is difficult—or complete, when neither administration nor aspiration is possible. A common situation is easy infusion but inability to aspirate blood.

If an occlusion is identified, the attending physician should be informed, who will determine further management in collaboration with specialists (PICC team, radiologist). It is essential not to use excessive force when attempting to restore catheter patency. In cases of inability to aspirate blood, pain, leakage around the insertion site, or tinnitus, no medication should be administered through the catheter.

Prompt management of occlusion is always recommended, as it increases the likelihood of successful restoration of catheter patency.

Keywords: occlusion, PICC, flushing

Seznam použitých zkratek:

PICC – periferně zavedený centrální žilní katétr

Použité zdroje:

[CHARVÁT 2025] Charvát, J. et al.: Cévní vstupy. Grada, Praha 2025. ISBN 978-271-5349-7.

ZKUŠENOSTI A VÝHODY ZAVÁDĚNÍ PERIFERNÍHO ŽILNÍHO KATÉTRU POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU

PhDr. Mgr. Dominik Stryja, MBA¹

¹Neurochirurgická klinika Fakultní nemocnice Ostrava

dominik.stryja@fno.cz

Abstrakt: Zavádění periferního žilního katétru (PŽK) je jedním z nejčastějších invazivních výkonů v klinické praxi. U pacientů s obtížně dostupným žilním řečištěm bývá klasická technika spojena s opakovanými neúspěšnými pokusy, zvýšeným rizikem komplikací a výrazným diskomfortem. Ultrazvuková kontrola představuje moderní a efektivní metodu, která zvyšuje úspěšnost výkonu a bezpečnost péče.

Cílem sdělení je prezentovat zkušenosti se zaváděním PŽK pod ultrazvukovou navigací, zhodnotit technické aspekty vyhotovení výkonu, jeho nevýhody a přínosy pro pacienta i nelékařský zdravotnický personál. Praktické zkušenosti z klinického pracoviště poukazují na vyšší úspěšnost zavedení katétru na první pokus, snížení počtu vpichů a redukci komplikací, jako je hematom či infiltrace. Významným přínosem pro pacienta je snížení bolesti, stresu a celkového diskomfortu.

Pro nelékařský zdravotnický personál metoda znamená rozšíření odborných kompetencí, větší jistotu při výkonu a efektivnější organizaci práce. Mezi nevýhody patří nutnost přístrojového vybavení, potřeba odborného zaškolení a vyšší časová náročnost při zavádění metody do praxe. Celkově však přínosy převažují nad omezeními.

Klíčová slova: Kompetence nelékařského zdravotnického personálu, Ošetřovatelská praxe, Ultrazvukem navigovaná kanylace

Abstract: Peripheral intravenous catheter (PIVC) insertion is one of the most common invasive procedures in clinical practice. In patients with difficult venous access, the conventional technique is often associated with repeated failed attempts, an increased risk of complications, and significant patient discomfort. Ultrasound guidance represents a modern and effective

method that improves procedural success and enhances patient safety.

The aim of this presentation is to share experience with ultrasound-guided PIVC insertion and to evaluate the technical aspects of the procedure, its disadvantages, and its benefits for both patients and non-physician healthcare professionals. Clinical practice experience indicates a higher first-attempt success rate, a reduction in the number of puncture attempts, and fewer complications such as hematoma or infiltration. A significant benefit for patients is the reduction of pain, stress, and overall discomfort.

For non-physician healthcare professionals, the method contributes to the expansion of professional competencies, greater confidence during the procedure, and more efficient work organization. Disadvantages include the need for specialized equipment, additional training, and increased time demands during the initial implementation phase. Overall, however, the benefits outweigh the limitations.

Keywords: Competencies of Non-Physician Healthcare Professionals; Nursing Practice; Ultrasound-Guided Cannulation

KOMPLIKOVANÝ PRŮBĚH INFEKCE U PACIENTA S IMUNODEFICITEM

Mgr. Zuzana Janštová, MBA¹

¹Klinika infekčního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava

Pacienti s hematologickým onemocněním představují vysoce rizikovou skupinu pro závažný průběh respiračních infekcí. Kombinace virové infekce a bakteriální super infekce při současné neutropenii výrazně zvyšuje morbiditu i mortalitu.

Kazuistika prezentuje případ pacientky s CLL, která byla přijatá pro akutní respirační infekci způsobenou Chřipkou A s koinfekcí RSV infekce. Klinický stav byl komplikován rozvojem bilaterální pneumonie s podezřením na superinfekci. V průběhu hospitalizace byla zjištěna výrazná neutropenie, pravděpodobně infekční etiologie.

Pacientka vyžadovala komplexní podpůrnou péči, izolaci, oxygenoterapii, cílenou antiinfekční terapii a podání růstového faktoru G-CSF. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na monitoraci vitálních funkcí, prevenci febrilní neutropenii, sledování známek sepse, podporu výživy a edukaci pacientky i rodiny.

Kazuistika poukazuje na vysoké riziko závažného průběhu respiračních infekcí u imunokompromitovaných pacientů s hematologickým onemocněním.

Klíčová slova: CLL, Chřipka A, superinfekce, neutropenie

HODNOCENÍ INFILTRACE KOŘENŮ SAKRÁLNÍHO PLEXU PŘI ENDOMETRIÓZE POMOCÍ KVANTIFIKOVATELNÝCH PARAMETRŮ DIFFUSION TENSOR IMAGING (DTI) MAGNETICKÉ REZONANCE (MRI)

Pomaki M.^{1,2,3}, Švecová J.^{1,2}, Vilímek D.^{2,4}, Hanzlíková P.^{3,5}

¹Ústav epidemiologie a ochrany veřejného zdraví, Lékařská fakulta
Ostravské univerzity, Česká republika

²Radiodiagnostický ústav, Fakultní nemocnice Ostrava, Česká republika

³Katedra zobrazovacích metod, Lékařská fakulta Ostravské univerzity,
Česká republika

⁴Katedra kybernetiky a biomedicínského inženýrství, Fakulta elektrotech-
niky a informatiky, VŠB – Technická univerzita Ostrava, Česká republika

⁵Klinika zobrazovacích metod, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy,
Fakultní nemocnice v Motole, Česká republika

Prezentující autor: Pomaki M.

Úvod: Hluboká infiltrující endometrióza (DIE) může vést k postižení nervových struktur malé pánve, zejména kořenů sakrálního plexu. Nervové postižení je klinicky významné, avšak často poddiagnostikované. Magnetická rezonance (MRI) a MR neurografie umožňují morfologické hodnocení nervů, zatímco diffusion tensor imaging (DTI) poskytuje kvantitativní informace o jejich mikrostrukturální integritě.

Metodika: Studie byla koncipována jako retrospektivní observační analýza pacientek s endometriózou vyšetřených MRI malé pánve v rámci předoperační diagnostiky. Do finální analýzy bylo zahrnuto 53 pacientek. Hodnoceno bylo radiologické postižení nervů (MRI-/MRI+) a klinická závažnost obtíží (škála 0–3). Sekundárně byly analyzovány DTI metriky (FA, ADC, RD, AD) v ROI kořenů L5–S2. Statistická analýza byla provedena pomocí neparametrických testů.

Výsledky: Radiologicky hodnocené postižení nervů bylo přítomno u 50,9 % pacientek. Byla prokázána statisticky významná asociace mezi MRI nálezem a klinickou závažností obtíží (Spearman $\rho=0,417$; $p=0,002$).

Pacientky s pozitivním MRI nálezem vykazovaly vyšší klinickou závažnost obtíží ($p=0,003$). Analýza DTI metrik ukázala trendy k nižším hodnotám ADC a AD u MRI+ skupiny, avšak bez statistické významnosti po korekci na vícenásobné testování.

Závěr: Kombinace MR neurografie a DTI představuje perspektivní přístup k hodnocení nervového postižení u endometriózy. Radiologické nálezy korelují s klinickou symptomatologií, přičemž DTI může přispět k detekci subtilních funkčních změn nervových struktur.

CHŮZE, KTERÁ LÉČÍ, ANEB CO DOKÁŽE AKUPRESURNÍ CHODNÍK

Dominik Toman

Klinika hematologie a onkologie FN Ostrava

dominik.toman@fno.cz

Abstrakt: Léčba symptomů představuje zásadní součást komplexní péče o pacienty s onkologickým onemocněním. Přestože farmakologické postupy zůstávají hlavním terapeutickým pilířem, roste zájem o nefarmakologické metody, které pacienti často vnímají jako šetrnější, bezpečnější a více podporující jejich celkovou pohodu. Mezi nejčastěji využívané techniky patří akupresura, tradiční metoda čínské medicíny založená na stimulaci specifických akupunkturních bodů podél energetických drah. WHO popisuje 361 akupunkturních bodů, jejichž aktivace může přispívat ke zmírnění bolesti, únavy, nespavosti, nevolnosti či zvracení spojených s nádorovým onemocněním a zároveň podporovat kvalitu života. Díky jednoduchosti provedení se akupresura stále častěji uplatňuje i jako forma samoléčby, zejména u chronické bolesti, poruch spánku a při zvládnutí chemoterapií indukované nevolnosti.

Akupresurní chodník je moderní terapeutická pomůcka vycházející z principů akupresury, která umožňuje stimulaci reflexních bodů na plantární části nohy prostřednictvím chůze po nerovném povrchu. Výstupky různého tvaru a tvrdosti aktivují somatosenzorické receptory, čímž ovlivňují vegetativní funkce a vzdálené orgánové systémy. Konstrukce může být modulární či pevná, z materiálů jako plast, guma, dřevo nebo silikon. Speciální varianty, například chodníky z přírodního kamene či Kneippovy chodníky, rozšiřují účinek o intenzivnější mechanickou a termoregulační stimulaci. Akupresurní chodník tak představuje neinvazivní nástroj vhodný pro rehabilitační, preventivní i domácí péči, jehož přínosy zahrnují zlepšení držení těla, spánku, cirkulace i psychické pohody.

Klíčová slova: akupresurní chodník, akupresura, somatosenzorická stimulace, léčba symptomů, mechanická stimulace, psychosomatická rovnováha, akupunkturní body

Abstract: Symptom management is a crucial part of comprehensive care for patients with cancer. Although pharmacological approaches remain the mainstay of treatment, there is growing interest in non-pharmacological methods, which patients often perceive as gentler, safer, and more supportive of their overall well-being. Among the most commonly used techniques is acupressure, a traditional Chinese medicine method based on the stimulation of specific acupuncture points along energy pathways. The WHO describes 361 acupuncture points whose activation can help relieve pain, fatigue, insomnia, nausea, and vomiting associated with cancer, while also improving quality of life. Thanks to its simplicity, acupressure is increasingly used as a form of self-treatment, especially for chronic pain, sleep disorders, and managing chemotherapy-induced nausea.

An acupressure walkway is a modern therapeutic aid based on the principles of acupressure, which allows the stimulation of reflex points on the plantar part of the foot by walking on an uneven surface. Protrusions of various shapes and hardness activate somatosensory receptors, thereby influencing vegetative functions and distant organ systems. The construction can be modular or fixed, made of materials such as plastic, rubber, wood, or silicone. Special variants, such as natural stone paths or Kneipp paths, enhance the effect with more intense mechanical and thermoregulatory stimulation. The acupressure mat is a non-invasive tool suitable for rehabilitation, preventive care, and home care, with benefits including improved posture, sleep, blood circulation, and mental well-being.

Keywords: acupressure walkway, acupressure, somatosensory stimulation, symptom treatment, mechanical stimulation, psychosomatic balance, acupuncture points

PROFESNÍ VYHOŘENÍ SESTER NA ODDĚLENÍCH PALIATIVNÍ A HEMATOLOGICKÉ PÉČE – SROVNÁVACÍ ANALÝZA

Sylwia Krzemińsk, Marta Polanowska

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Sylwia.krzeminska@wsm.klodzko.pl

Abstrakt: Profesní vyhoření představuje jedno z nejvýznamnějších rizik pro sestry pracující na odděleních se zvýšenou psychoemocionální zátěží, jako je hematologie a paliativní péče. Obě specializace jsou spojeny s intenzivním stresem, avšak povaha tohoto zatížení se výrazně liší. Cílem studie byla komparativní analýza míry a charakteristik profesního vyhoření u sester v obou klinických prostředích s využitím Maslach Burnout Inventory. Výsledky ukazují, že sestry pracující v paliativní péči častěji vykazují emoční vyčerpání, což souvisí s každodenním kontaktem se smrtí, utrpením a podporou rodin pacientů. Na hematologických odděleních je dominantní složkou vyhoření depersonalizace, která může fungovat jako psychická obrana při dlouhodobém stresu spojeném s chronickým onemocněním pacientů, častými relapsy a vysokou odpovědností za léčebný proces. V obou skupinách bylo zaznamenáno vysoké vnímání odborných kompetencí a osobních úspěchů, což může působit protektivně proti úplnému rozvoji syndromu vyhoření. Analýza potvrzuje, že obě pracovní prostředí vykazují výraznou psychickou zátěž, avšak struktura vyhoření se liší v závislosti na povaze práce. Závěry poukazují na nutnost zavedení diferencovaných forem podpory – psychologické, organizační a vzdělávací – přízpusobených specifické zátěži dané skupiny.

Klíčová slova: Profesní vyhoření, hematologie a paliativní péče

Abstract: Occupational burnout is one of the major risks for nurses working in high-intensity clinical settings such as hematology and palliative care. Although both specialties involve substantial psychological strain, the nature of this burden differs markedly. The aim of this study was to compare the severity and characteristics of burnout among nurses working in these two clinical environments using the Maslach Burnout Inventory. The findings

indicate that palliative care nurses experience higher levels of emotional exhaustion, largely due to daily exposure to death, suffering, and ongoing support of patients' families. In hematology units, depersonalization is the predominant manifestation of burnout, functioning as a psychological defense mechanism against chronic stress related to long-term treatment, frequent relapses, and high therapeutic responsibility. In both groups, a strong sense of professional competence and personal accomplishment was observed, acting as a protective factor against full-scale burnout. The analysis demonstrates that both work environments entail significant psychological load, yet the structure of burnout differs depending on the clinical context. The results underscore the need for tailored support strategies — psychological, organizational, and educational — adapted to the specific stressors characteristic of each professional group.

Keywords: Occupational burnout, hematology and palliative care

Úvod: Profesní vyhoření představuje jedno z nejzávažnějších rizik pro ošetrovatelský personál, zejména v oblastech péče o chronicky a těžce nemocné pacienty. Hematologická a paliativní oddělení patří k prostředím mimořádně emočně zatěžujícím a specifika práce sester v těchto podmínkách je vystavují působení chronického stresu, přetížení a intenzivních podnětů souvisejících s utrpením a smrtí pacientů. Cíl: Komparativní analýza profesního vyhoření ve těchto dvou skupinách s cílem porozumět rozdílům v mechanismech zvládnání zátěže a identifikovat oblasti vyžadující podporu a cílené intervence.

Metody: Výzkum byl proveden ve dvou skupinách sester – na paliativních odděleních a hematologických odděleních. K hodnocení profesního vyhoření byl použit Maslachův dotazník (Maslach Burnout Inventory)

Výsledky:

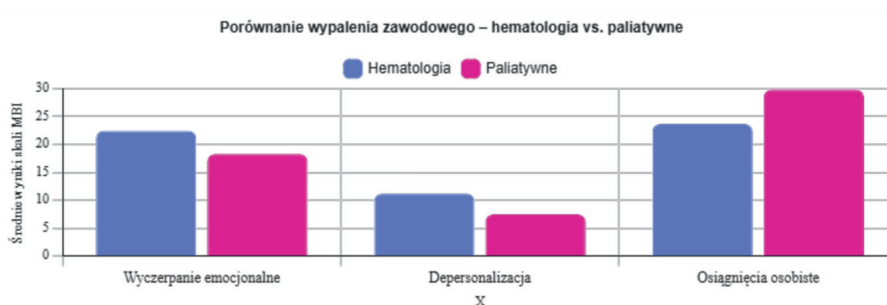
Tab.1. Charakteristika zkoumané skupiny

Kategorie		Hematologické oddělení	Paliativní oddělení
Počet respondentů		49	52
Pohlaví	Ženy	100%	90,4%
	Muži	0%	9,6%
Průměrný věk		převaha 51–60 let	převaha 41–60 let
Nejčastější forma zaměstnání		pracovní smlouva	kombinace pracovní smlouvy a kontraktu
Kategorie stresu		Těžká, chronická onemocnění krve (leukémie, lymfomy, myelom).	Pacienti v terminálním stadiu onemocnění.
		Časté komplikace – sepse, krvácení, neutropenie.	Každodenní kontakt se smrtí a umíráním.
		Dlouhodobá hospitalizace a silné vazby vytvářené s pacientem.	Vysoká intenzita bolesti, utrpení a existenciální úzkosti u pacientů.
		Sledování zhoršujícího se zdravotního stavu navzdory léčbě.	Nutnost doprovázet pacienta i rodinu při umírání.

Profesní vyhoření mezi sestrami pracujícími na hematologických a paliativních odděleních má odlišný charakter, který vyplývá ze specifík pracovního prostředí. Na hematologii dominuje depersonalizace při současně vysokém pocitu odborné kompetence. Je to důsledek chronické emoční zátěže spojené s dlouhodobou léčbou, častými relapsy onemocnění a nutností neustálého monitorování stavu pacientů. Vyhoření se zde rozvíjí jako forma psychické obrany a vede k emocionálnímu distancování se od pacientů.

V paliativní péči je klíčovým prvkem vyhoření emoční vyčerpání. Každodenní kontakt se smrtí a utrpením, nutnost podpory rodin a pocit bezmoci vytvářejí dlouhodobé emoční napětí. V této skupině je životní a pracovní spokojenost silně korelována s mírou vyhoření, což ukazuje, že pracovní zkušenosti přímo pronikají do soukromé sféry. Přesto si sestry v paliativní péči zachovávají vysoké pocit osobního naplnění, který dodává jejich práci hluboký smysl.

Obě skupiny jsou vystaveny významné psychické zátěži, avšak liší se poměrem jednotlivých složek vyhoření. V hematologii převažuje mechanické fungování a emoční odstup, zatímco v paliativní péči je ústředním problémem kumulace negativních emocí a jejich dopad na psychickou pohodu.



Graf.1 Výsledky šetření pomocí Maslachova dotazníku

Závěry:

1. Sestry v paliativní péči jsou více ohroženy emočním vyčerpáním, což se promítá do kvality života.
2. Sestry na hematologických odděleních vykazují nejvyšší míru depersonalizace, která může představovat formu psychické obrany před dlouhodobým stresem.
3. V obou skupinách se udržuje vysoký pocit kompetence a osobních úspěchů, což může oddalovat úplné vyhoření.
4. Ve skupině paliativní péče je patrnější výrazná role psychosociálních faktorů (rodina, děti, charakter práce).
5. V hematologii chybí souvislost mezi soukromým životem a vyhořením, což ukazuje na silnější oddělení profesní sféry.

Použité zdroje:

Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Velando-Soriano A, et al. Burnout in Palliative Care Nurses: Prevalence and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):7672.

Elshikh M. Mitigating Burnout: Identifying Risk Factors and Effective Strategies for Enhancing Nurses' Well-Being. *Theseus Repository*, 2024.

HODNOCENÍ POSTOJŮ SESTER VŮČI UMÍRÁNÍ A SMRTI PACIENTŮ

Marta Polanowska, Sylwia Krzemińska

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Marta.polanowska@wsm.klodzko.pl

Abstrakt: Smrt a umírání představují trvalou součást ošetrovatelské praxe a zásadně ovlivňují profesní fungování i psychické zdraví sester. Cílem studie bylo posoudit postoje sester vůči smrti a umírání pacientů a identifikovat klíčové czynniki związane s ich akceptací těchto jevů. Výzkum využil Dotazník profilu postoje ke smrti DAP-R-PL, který hodnotí šest aspektů vztahu ke smrti: neutrální, náboženský, stoický, úlevový, úzkostný a vyhýbavý.

Výsledky ukázaly, že dominantní postoj ve sledované skupině představovala neutrální a stoická akceptace smrti, odrážející profesionální zralost a připravenost sester. Mírná míra strachu a vyhýbání se smrti byla zaznamenána u více než poloviny respondentek, což zdůrazňuje potřebu kontinuální psychologické podpory. Zkušenosti v klinické praxi významně snižovaly úroveň strachu a posilovaly akceptaci smrti. Náboženský postoj se projevil spíše středně, což odpovídá trendu postupné sekularizace v moderním zdravotnictví. Postoj vnímající smrt jako úlevu byl častější u sester pečujících o pacienty dlouhodobě trpící.

Studie ukazuje, že sestry vykazují vysokou profesionalitu, avšak současně čelí emoční zátěži, která vyžaduje adekvátní organizační a psychologické zázemí.

Klíčová slova: postoje ke smrti, sestry, paliativní péče, úzkost ze smrti, akceptace smrti, umírání, psychická zátěž

Abstract: Death and dying are inherent elements of nursing practice and significantly influence both the quality of patient care and the psychological functioning of nurses. The aim of this study was to assess nurses' attitudes toward death and dying and to identify key factors shaping their acceptance of these phenomena. The research employed the death attitude profile

dap-r-pl, which evaluates six dimensions of attitudes toward death: neutral acceptance, religious acceptance, stoic acceptance, approach-acceptance (death as relief), fear of death, and avoidance of death. The findings indicated that the dominant attitudes among the surveyed nurses were neutral and stoic acceptance, reflecting professional maturity and emotional preparedness. Moderate levels of death anxiety and death avoidance were also observed, highlighting the ongoing emotional burden associated with end-of-life care and the need for psychological support. Professional experience significantly reduced fear of death and strengthened acceptance. Religious acceptance was moderate and not predominant, which corresponds with the increasingly secular context of modern nursing. Perceiving death as relief was more common among nurses caring for long-suffering patients.

The study demonstrates that although nurses show a high level of professionalism in end-of-life care, they continue to face emotional strain that requires appropriate institutional and psychological support.

Keywords: death attitudes, nurses, end-of-life care, death anxiety, acceptance of death, dying, psychological burden

Úvod: Smrt a umírání jsou jevy trvale přítomné v ošetrovatelské praxi. Ošetrovatelský personál je profesní skupinou, která nejčastěji a nejdéle doprovází pacienty na sklonku života, a jejich postoje ke smrti ovlivňují jak kvalitu péče, tak i jejich vlastní emoční fungování. Vědomí, odborná příprava a emoční zralost sester tvoří základ paliativní a terminální péče.

Cíl: Cílem výzkumu bylo představit nejdůležitější zjištění týkající se postojů sester ke smrti pacientů.

Metody: Postoje vůči smrti – teoretické pojetí. Podle definic obsažených v práci je smrt stavem trvalého zániku biologických funkcí organismu, zatímco umírání je proces vedoucí ke smrti, zahrnující fyzický, psychologický a duchovní rozměr. Sestry mohou tyto jevy vnímat různými způsoby:

neutrálně – vnímají smrt jako přirozenou součást života,

nábožensky – čerpají přijetí ze spirituality,

stoicky – uznávají nevyhnutelnost smrti bez strachu a bez očekávání,

s úlevou – vidí v ní konec utrpení pacienta,

úzkostně – považují smrt za zkušenost vyvolávající silné znepokojení,

vyhýbavě – vyhýbají se myšlení a rozhovorům o smrti.

Tyto oblasti byly ve studii měřeny pomocí Dotazníku profilu postoje ke smrti DAP R PL.

Výsledek: Akceptace smrti jako přirozeného procesu.

Nejsilněji vyjádřeným postojem ve zkoumané skupině byla neutrální akceptace, což znamená uznání smrti jako přirozené a nevyhnutelné součásti života (průměr: 4,94). Téměř polovina respondentek dosáhla v této škále vysokého výsledku.

Nejvíce sester souhlasilo s tvrzeními:

„Smrt je přirozeným aspektem života“,

„Smrt by měla být vnímána jako přirozená, nevyhnutelná událost“.

To ukazuje na vysokou úroveň profesionality a emoční zralosti.

Strach a vyhýbání se smrti:

59 % sester vykazuje mírný strach ze smrti,

53 % uvádí mírnou tendenci vyhýbat se tématu smrti.

Ačkoli sestry pracují s pacienty v terminálním stadiu, tento proces stále představuje emoční zátěž.

V deklarativní části dotazníku:

37,9 % uvedlo, že smrt pacienta vyvolává emoce obtížně kontrolovatelné,

50 % přiznalo, že po smrti pacienta potřebuje rozhovor nebo podporu.

To svědčí o ambivalenci: profesionální připravenosti, ale i emoční citlivosti.

Náboženský postoj ke smrti

Škála náboženské akceptace získala střední výsledek (3,88). To znamená, že část respondentek čerpá uklidnění z víry, ale většina sester neinterpretuje smrt především v náboženských kategoriích. Je to v souladu s procesem sekularizace v medicínském prostředí.

Smrt jako úleva – postoj úlevy

Zkoumané sestry v mírné míře souhlasily s tvrzeními typu:

„Smrt je vysvobozením od utrpení“,

„Smrt ukončuje problémy“,

což dává průměrnou hodnotu 3,82. Tento postoj byl nejsilnější u sester s nejdelší praxí (nad 10 let). To je pochopitelné v kontextu častého kontaktu s dlouhodobým utrpením pacientů.

Stoický postoj – klidná akceptace

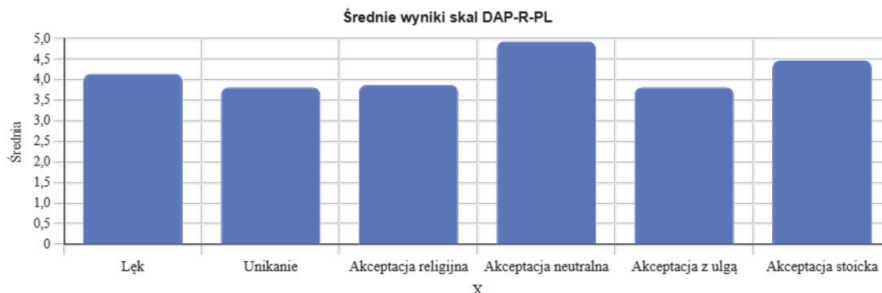
Škála stoické akceptace měla jeden z nejvyšších průměrů (4,48) a 44 % sester dosáhlo vysokého výsledku.

To ukazuje, že sestry: nebojí se smrti, nevnímají ji jako ohrožení, pokládají ji za neoddělitelnou součást života.

Tab. 1. Charakteristika zkoumané skupiny

Kategorie		%
Pohlaví	Ženy	82%
	Muži	18%
Věk	< 25 let	10%
	25–35 let	28%
	36–45 let	24%
	46–55 let	28%
	> 55 let	10%
Délka praxe	< 1 rok	11,1%
	1–5 let	31,3%
	6–10 let	19,2%
	> 10 let	38,4%
Zkušenosti s péčí o umírající pacienty	Ano	více než 90%
	Ne	méně než 10%
Pracoviště / specializace	JIP / Intenzivní péče	26,5%
	Neurologie	20,2%
	Paliativní péče	16%
	Chirurgické oddělení	9,6%
	Interna	9,6%
	Onkologie	8,5%
	Jiná pracoviště	9,7%

Graf 1. Výsledky šetření pomocí dotazníku DAP-R-PI



Závěry:

1. Dominantním postojem sester vůči smrti je zralá akceptace, a to jak neutrální, tak stoická.
2. Strach a vyhýbání se smrti se vyskytují v mírné míře, ale stále vyžadují psychologickou podporu.
3. Odborné zkušenosti výrazně snižují strach a zvyšují akceptaci smrti.
4. Náboženská akceptace není dominantní, což odráží sekulární charakter současného ošetrovatelství.
5. Smrt jako úleva se častěji objevuje u sester pracujících s dlouhodobě trpícími pacienty.
6. Sestry mají vysoký pocit odpovědnosti, ale ne vždy dostávají podporu, kterou potřebují v souvislosti s psychicky náročnou prací.

Použité zdroje:

Krajewska-Kuřak E, Mickiewicz I, Łukaszuk C, Van Damme-Ostapowicz K, Bielemuk A, Rozwadowska E. Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2010;1-2(30-31):43-47.

Ponińska B, Chojnacka-Kowalewska G. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2019;4:5-12.

Zborowski M. Pielęgniarka wobec pacjenta terminalnie chorego – aspekt empatyczny. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2015;3(52):25-30.

De Walden-Gatuszko K. U kresu. O sztuce towarzyszenia osobom umierającym. Gdańsk: Via Medica; 2020. s. 9-12, 18-21, 27-30, 33-36.

Cybulska A. Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; 2015.

Rozmowy o śmierci i umieraniu. Jak towarzyszyć pacjentom i wspierać rodziny. Damy Radę. 2023. dostęp online: https://damy-rade.info/szkolenie/rozmowy-o-smierci-i-umieraniu_-jak-towarzyszc-pacjentom-i-wspierac-rodziny

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S HEMATOLOGICKÝMI MALIGNITAMI V HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI

Mgr. Antónia Peregrimová /autor posteru/

Hospic Matky Terezy, Bardejovská Nová Ves

antonia.peregrimova@charita-ke.sk

Abstrakt: Hematologické malignity predstavujú heterogénnu skupinu nádorových ochorení charakterizovaných poruchou proliferácie a diferenciacie hematopoetických buniek. Pokročilé štádiá ochorenia sú často sprevádzané cytopéniou, imunodeficienciou a zvýšeným rizikom hemoragických komplikácií. Napriek pokroku v liečbe časť pacientov dosahuje štádium, v ktorom je indikovaný paliatívny prístup. V hospicovom prostredí predstavujú onkohematologickí pacienti klinicky špecifickú skupinu so zvýšenou mierou zdravotnej nestability a výraznou symptomatickou záťažou.

Cieľom príspevku je identifikovať špecifické klinické a ošetrovateľské aspekty starostlivosti o pacientov s hematologickými malignitami v terminálnom štádiu ochorenia v podmienkach hospicovej starostlivosti.

Príspevok má charakter kvalitatívno-deskriptívnej analýzy klinickej praxe v hospicovom zariadení, ktorá vychádza zo systematického pozorovania klinických prejavov a ošetrovateľských intervencií u pacientov v terminálnej fáze ochorenia.

Výsledky poukazujú na významnú hematologickú nestabilitu pacientov, najmä v súvislosti so symptomatickou anémiou, trombocytopéniou a neutropéniou, ktoré zvyšujú riziko krvácajúcich a infekčných komplikácií. Klinický priebeh ochorenia je často charakterizovaný náhlymi zmenami zdravotného stavu, progresiou slabosti a epizódami terminálneho krvácania.

Pacienti s hematologickými malignitami predstavujú v hospicovej starostlivosti špecifickú skupinu vyžadujúcu komplexný a multidisciplinárny prístup, pričom odborná pripravenosť ošetrovateľského personálu je kľúčová pre zabezpečenie kvalitnej paliatívnej starostlivosti.

Kľúčové slová: hematologické malignity; terminálne štádium ochorenia;

hospicová starostlivost; paliativně ošetrovatelstvo; symptomatický manažment

Abstract: Hematological malignancies represent a heterogeneous group of neoplastic diseases characterized by impaired proliferation and differentiation of hematopoietic cells. Advanced stages of the disease are often accompanied by cytopenia, immunodeficiency, and an increased risk of hemorrhagic complications. Despite significant progress in treatment, some patients reach a stage where a palliative approach is indicated. In the hospice setting, patients with hematological malignancies represent a clinically specific group with increased health instability and a high symptom burden.

The aim of this contribution is to identify specific clinical and nursing aspects of care for patients with hematological malignancies in the terminal stage of the disease in hospice care settings.

The paper has the character of a qualitative-descriptive analysis of clinical practice in a hospice facility. The analysis is based on systematic observation of clinical manifestations and nursing interventions in patients with hematological malignancies in the terminal phase of the disease.

The results indicate significant hematological instability of patients, particularly in relation to symptomatic anemia, thrombocytopenia, and neutropenia, which increase the risk of bleeding and infectious complications. The clinical course of the disease is often characterized by sudden deterioration of health status and progressive weakness. Psychosocial aspects of the disease, including the emotional burden on family members, also play a significant role.

Patients with hematological malignancies represent a specific group in hospice care requiring a complex and multidisciplinary approach. Professional preparedness of nursing staff is essential for ensuring high-quality palliative care.

Keywords: hematological malignancies; terminal stage of the disease; hospice care; palliative nursing; symptom management

Úvod: Hematologické malignity predstavujú heterogénnu skupinu nádorových ochorení charakterizovaných poruchou proliferácie

a diferenciacie hematopoetických buniek (ESMO, 2022). Pokročilé štádiá ochorenia sú často sprevádzané progresívnou cytopéniou, imunodeficienciou a zvýšeným rizikom hemoragických komplikácií (Hoffbrand & Moss, 2016). Napriek významnému pokroku v liečbe časť pacientov dosahuje štádium, v ktorom je indikovaný paliatívny prístup (NCCN, 2023). V hospicovom prostredí predstavujú onkohematologickí pacienti klinicky špecifickú skupinu s vyššou mierou nestability zdravotného stavu (Radbruch & Payne, 2010).

Metodika: Príspevok má charakter kvalitatívno-deskriptívnej analýzy klinickej praxe v hospicovom zariadení. Analýza vychádza zo systematického pozorovania klinických prejavov a ošetrovateľských intervencií u pacientov s hematologickými malignitami v terminálnej fáze ochorenia. Identifikované boli opakujúce sa klinické vzorce symptomatickej záťaže a špecifické intervencie zamerané na manažment komplikácií.

Výsledky: V klinickej praxi boli identifikované nasledovné špecifiká:

HEMATOLOGICKÁ NESTABILITA

- symptomatická anémia
- trombocytopénia s rizikom spontánneho krvácania
- neutropénia s predispozíciou k infekciám

Cytopénie predstavujú významný faktor morbidity v terminálnom štádiu ochorenia (Hoffbrand & Moss, 2016).

ZVÝŠENÁ SYMPTOMATICKÁ ZÁŤAŽ

- refraktérna bolesť
- výrazná astenia
- dyspnoe multifaktoriálneho pôvodu

Kontrola bolesti a symptomatická liečba predstavujú základ paliatívnej starostlivosti (WHO, 2012; Ferrell & Coyle, 2015).

DYNAMIKA KLINICKÉHO PRIEBEHU

- náhla dekompenzácia stavu
- rýchla progresia slabosti
- epizódy terminálneho krvácania

Anticipácia komplikácií je kľúčovou súčasťou paliatívnej starostlivosti (NCCN, 2023).

IDENTIFIKOVANÉ ŠPECIFIKÁ

Hematologické komplikácie

- anémia
- trombocytopénia
- riziko spontánneho krvácania
- zvýšená náchylnosť na infekcie

Symptomatická záťaž

- bolesť (kostná, neuropatická)
- extrémna únava
- dyspnoe
- progresívna slabosť

Psychosociálne aspekty

- kolísavý priebeh ochorenia
- náhle zhoršenie stavu
- vysoká emocionálna záťaž rodiny

OŠETROVATEĽSKÉ INTERVENČIE

- systematický manažment bolesti
- pripravenosť na akútne krvácavé komplikácie
- symptomatická liečba anémie
- prevencia dekubitov a infekcií
- komunikácia s rodinou a psychosociálna podpora
- multidisciplinárna spolupráca

Diskusia: Onkohematologickí pacienti vykazujú vyššiu mieru klinickej variability v porovnaní so solídnyimi nádormi (ESMO, 2022). Trombocytopénia a neutropénia predstavujú významné rizikové faktory akútnej dekompenzácie a mortality. Multidisciplinárny prístup a odborná pripravenosť sestier sú základom kvalitnej hospicovej starostlivosti (Radbruch & Payne, 2010).

Záver: Hematologické malignity predstavujú v hospicovej starostlivosti klinicky špecifickú skupinu pacientov. Zvýšené riziko hemoragických a infekčných komplikácií vyžaduje odbornú pripravenosť ošetrovateľského personálu.

Systematický symptomatický manažment a multidisciplinárny prístup sú základom kvalitnej paliatívnej starostlivosti.

Edukácia a podpora sestier sú nevyhnutné pre bezpečné zvládanie klinicky nestabilných stavov.

Zoznam použitých skratiek:

ESMO – European Society for Medical Oncology

NCCN – National Comprehensive Cancer Network

WHO – World Health Organization

Použité zdroje:

ESMO (2022). Clinical Practice Guidelines for Haematological Malignancies. European Society for Medical Oncology.

Ferrell, B.R., Coyle, N. (2015). Oxford Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.

Hoffbrand, A.V., Moss, P.A.H. (2016). Essential Haematology. Wiley-Blackwell.

NCCN (2023). Palliative Care Guidelines. National Comprehensive Cancer Network.

Radbruch, L., Payne, S. (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. European Association for Palliative Care.

World Health Organization (2012). WHO Guidelines for the Pharmacological Treatment of Persisting Pain

DOTAZY PACIENTŮ PODSTUPUJÍCÍ LÉČBU RADIONUKLIDY

Jana Golisová^{1,2}, Kateřina Borsutzká¹

¹KNM Fakultní nemocnice Ostrava

Úvod: Pobyt na oddělení nukleární medicíny se liší od běžné hospitalizace – platí zde zvláštní opatření a pravidla, která pacienti často neznají a která se odlišují od jiných nemocničních oddělení. I když se personál snaží pacienty informovat, mnoho z nich má stále otázky, protože ne všemu úplně porozumí. Může za to i rozdílná schopnost pacientů chápat informace (tzv. zdravotní gramotnost), první kontakt s nukleární medicínou a svou roli hraje také vysazení hormonů. Někdy mluvíme o tzv. „šedé zóně otázek“ – jde o témata, která pacienti vnímají jako důležitá. Takové otázky se ale v praxi objevují velmi často.

Shrnutí sdělení: Nejčastější dotazy pacientů se týkají délky hospitalizace, uzavřeného režimu při léčbě, vybavenosti pokojů, omezení návštěv, parkování v areálu nemocnice a možnosti kouřit. Stoupá zájem o poskytnutí nadstandardního pokoje, kdy pacienti upřednostňují komfort před umístěním se spolupacientem. Časté otázky směřují k možnosti internetového připojení, mít vlastní notebook, knihu a další předměty osobní potřeby. Individuální dotazy se pak týkají opatření po propuštění z hospitalizace, stravování, možnosti dovolené u moře nebo lázeňského pobytu, možnost návratu do pracovního procesu, založení rodiny. Nezřídka dotazy směřují k možnosti hospitalizace bez vysazení hormonů a uvedení do myxedému.

Závěr: Pro úspěšnou léčbu a následnou péči je zcela zásadní, aby pacienti obdrželi informace a informacím rozuměli. K tomu dopomáhá aktivita a zájem pacientů, kteří svými dotazy přispívají ke vzájemnému dialogu pacient – zdravotník.

SPOLUPRÁCE NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY S HEMATO-ONKOLOGIÍ

Materová, H.^{1,2}, Golisová, J.^{1,2}, Kraft, O.^{1,2} KNM FN Ostrava¹
a LF OU v Ostravě²

¹Klinika nukleární medicíny, Fakultní nemocnice Ostrava

²Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě

Kontakt: hana.materova@fno.cz

Abstrakt: Spolupráce nukleární medicíny s klinickou onkologií a hematoonkologií představuje klíčový prvek moderní personalizované péče o onkologické pacienty. Nukleární medicína poskytuje unikátní informace o biologické a metabolické aktivitě nádorového onemocnění prostřednictvím funkčního zobrazování a cílené radionuklidové terapie. Tyto informace zásadně doplňují morfologické zobrazovací metody a umožňují přesný staging nádorů, prognostickou stratifikaci pacientů a hodnocení léčebné odpovědi.

V onkologii má spolupráce zásadní význam zejména při detekci metastatického onemocnění, hodnocení účinnosti systémové léčby a indikaci cílené radionuklidové terapie, včetně teranostických přístupů. V hematoonkologii je funkční zobrazování důležité především u lymfomů a mnohočetného myelomu, kde je nepostradatelné pro upřesnění stadia onemocnění a volby intenzity léčby.

Multidisciplinární spolupráce mezi nukleárními lékaři, onkology a hematoonkology a s ostatními zdravotnickými a nezdravotnickými pracovníky umožňuje individualizaci léčebné strategie, optimalizaci terapeutického efektu a minimalizaci poškození zdravé tkáně. Tento integrovaný přístup vede ke zlepšení klinických výsledků i kvality života pacientů a představuje jeden ze základních pilířů současné onkologické péče.

Klíčová slova: spolupráce, personalizovaná péče, hematoonkologie, lymfom, mnohočetný myelom

PERIANÁLNÍ A ANÁLNÍ DEFEKTY

Mgr. Marcel Koňarík, MBAce, Bc. Libuše Kolková, Alena Hvozdovičová

Klinika hematoonkologie, FN Ostrava

marcel.konarik@fno.cz

Abstrakt: Perianální a anální defekty představují častou komplikaci u pacientů s omezenou mobilitou, inkontinencí a chronickými onemocněními. Významně ovlivňují kvalitu života pacienta, zvyšují riziko infekčních komplikací a prodlužují dobu hojení. Cílem edukativního sdělení je shrnout základní příčiny vzniku těchto defektů, možnosti prevence a zásady ošetrovatelské péče se zaměřením na každodenní klinickou praxi.

Příspěvek se věnuje diferenciaci jednotlivých typů poškození kůže v perianální oblasti, zejména rozlišení inkontinenční dermatitidy, dekubitálních lézí a mechanického poškození kůže. Důraz je kladen na správné hodnocení lokálního nálezu, volbu vhodných ochranných a hojivých prostředků, šetrnou hygienu a význam včasné intervence. Součástí je také role edukace zdravotnického personálu i pacientů. Systematický přístup k prevenci a ošetřování perianálních a análních defektů vede ke snížení komplikací, zlepšení komfortu pacienta a efektivnějšímu využití ošetrovatelských postupů v klinické praxi.

Klíčová slova: anální defekty; perianální defekty; poškození kůže; ošetrovatelská péče

FDG PET/CT VE STAGINGU MNOHOČETNÉHO MYELOMU: PROGNOTICKÝ VÝZNAM ZOBRAZOVACÍCH PARAMETRŮ

Autoři: Gabriela Havlová¹, Martin Havel^{1,2}, Ludmila Muronová^{3,4}, David Žíhala^{3,4}, Tereza Popková^{3,4}, Gabriela Kaščáková¹, Simona Bobková¹, Pavel Širůček^{1,2}, Kamil Bukovanský¹, Jana Mihályová^{3,4}, Hana Plonková³, Jana Golisová^{1,2}, Roman Hájek^{3,4}, Tomáš Jelínek^{3,4}

¹Klinika nukleární medicíny, FN Ostrava

²Ústav zobrazovacích metod, LF OU Ostrava

³Oddělení hematoonkologie, FN Ostrava

⁴Ústav hematoonkologie, LF OU Ostrava

Cíl: Zobrazovací metoda 18F-FDG PET/CT se stala klíčovým nástrojem v diagnostice, stagingu, hodnocení léčebné odpovědi a detekci relapsu mnohočetného myelomu (MM). Vzhledem ke komplexnosti této hybridní techniky je nezbytná standardizace vyšetřovacích protokolů a popisů nálezů. V roce 2023 vydaly Česká myelomová skupina a Česká společnost nukleární medicíny doporučené postupy pro zobrazování a hodnocení MM pomocí FDG PET/CT. Cílem této studie je určit prognostický význam parametrů hodnocených dle těchto aktuálních doporučení při stagingu MM.

Metoda: Do studie bylo zařazeno 77 pacientů (41 mužů, medián věku 66 let), kteří podstoupili FDG PET/CT v rámci stagingu MM. Pacienti byli sledováni pomocí pravidelných klinických kontrol, přičemž za cílový bod byla považována klinicky stanovená progrese onemocnění. Vyšetření PET/CT probíhala dle standardizovaného protokolu a bylo hodnoceno 30 definovaných zobrazovacích parametrů zkušeným lékařem v oboru nukleární medicína. Klíčové parametry zahrnovaly počet, lokalizaci, charakteristiky (např. paramedulární a extramedulární) a metabolickou aktivitu FDG-akumulujících lézí, dále přítomnost, množství a distribuci lytických lézí na CT. Statistická analýza byla zaměřena na identifikaci významných prediktorů klinického vývoje.

Výsledek: Medián doby sledování činil 39 měsíců. Metabolicky aktivní léze byly detekovány u 57 pacientů (74,0 %), významné lytické léze u 58 pacientů (75,3 %). Alespoň jedna aktivní paramedulární léze byla nalezena u 37 pacientů (48,1 %), extramedulární léze u 4 pacientů (5,2 %). Univariální

Coxova regresní analýza prokázala významnou souvislost mezi horší prognózou a vysokým počtem metabolicky aktivních lézí (>10 ; $P=0,033$), přítomností aktivních lézí v oblasti lebky ($P=0,025$) a appendikulárního skeletu ($P=0,017$). Přestože počet pacientů s extramedulárními lézemi byl nízký, 2 ze 4 vykazovali nepříznivý vývoj. Mezi lytickými lézemi bylo postižení lebky významným negativním prognostickým faktorem ($P=0,016$). Dalším nepříznivým ukazatelem byla vysoká metabolická aktivita kostní dřene ($DS > 4$; $P=0,049$). Ostatní hodnocené parametry nevykázaly statisticky významnou souvislost s progresí onemocnění během sledování.

Závěr: Standardizovaný a komplexní systém hodnocení je zásadní pro interpretaci složitých zobrazovacích metod, jako je FDG PET/CT. Naše výsledky naznačují, že postižení periferního skeletu je spojeno s horší prognózou. Toto může reflektovat šíření nádoru z axiálního skeletu do periferie.

MOŽNOSTI ROZLOUČENÍ VE 21. STOLETÍ (TRENDY VE SVĚTĚ I V ČESKU)

MVDr. Jana Slavičková¹

¹Ze Mě Země, z.s., Ostrava

slavice@zemezeme.eu

Abstrakt: Rozloučení už dávno není jen „obřad v černém a pak řízek“. Ve světě i u nás roste touha po rozloučeních, která jsou osobní, smysluplná, ekologičtější – a hlavně opravdová. Na přednášce se podíváme na to, jak se proměňuje kultura posledního rozloučení: od přírodních a komunitních forem pohřbívání, přes domácí rozloučení a větší zapojení rodiny, až po nové technologie a způsoby, jak uchovat památku.

Projdeme, co je dnes reálně možné v Česku (včetně limitů a praktických kroků) a co zatím inspiruje hlavně ze zahraničí.

Klíčová slova: rozloučení; komunitní; domácí; přírodní

KLASICKÉ A ATYPICKÉ OPIOIDY: STRUČNÝ KLINICKÝ PRŮVODCE

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Centrum paliativní péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

ondrej.slama@mou.cz

Abstrakt: Autor ve svém sdělení předkládá komplexní srovnávací analýzu farmakologické léčby středně silné až silné nádorové bolesti s důrazem na rozlišení mezi klasickými μ -agonisty (morfin, oxykodon, hydromorfon, fentanyl) a skupinou atypických opioidů (tramadol, tapentadol, methadon, buprenorfin). Práce vychází z aktuálních doporučení NCCN a ASCO a syntetizuje poznatky o účinnosti a bezpečnosti v kontextu specifických komorbidit. Klasické opioidy, zejména morfin a oxykodon a fentanyl, nadále zůstávají jako nepostradatelný standard pro svou předvídatelnou titraci, širokou dostupnost lékových forem a vysokou účinnost u nociceptivní bolesti. Současně je v praxi třeba zřetelně vnímat jejich limity, především riziko kumulace neurotoxických metabolitů u morfinu, oxycodonu a hydromorfonu při renální insuficienci a absenci „stropového efektu“ pro respirační depresi. Ve sdělení bude analyzována role atypických opioidů, které díky duálnímu mechanismu účinku (kombinace μ -agonismu s ovlivněním zpětného vychytávání monoaminů či antagonismem NMDA receptorů) přinášejí výhody u specifických populací. Text vyzdvihuje methadon a tapentadol jako superiorní volby pro bolest s neuropatickou složkou. V oblasti bezpečnosti u orgánových dysfunkcí je akcentován buprenorfin (atypický opioid) a fentanyl (zástupce klasických opioidů) a jako nejvhodnější modalita pro pacienty s renálním selháním, neboť u nich nedochází ke kumulaci aktivních metabolitů. V kontextu geriatrické křehkosti a respiračních rizik (např. CHOPN, syndrom spánkové apnoe) přehled identifikuje buprenorfin jako preferovanou volbu pro jeho příznivý bezpečnostní profil a nižší riziko kognitivního a dechového útlumu. Na základě dostupné evidence nelze formulovat obecné doporučení „univerzálního opioidu první volby“. Nezbytný je princip přísné individualizace, kdy je volba opioidu řízena fenotypem konkrétního pacienta, přítomností orgánových dysfunkcí a charakterem bolesti.

Klíčová slova: nádorová bolest; klasické a atypické opioidy; orgánová dysfunkce; individualizace léčby

MANAGEMENT INFEKČÍ U PACIENTŮ V PALIATIVNÍ SYMPTOMATICKÉ PÉČI

MUDr. Marek Sochor, PhD

Komplexní onkologické centrum KN Liberec a.s.

Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita Liberec

marek.sochor@nemlib.cz

Abstrakt: Pacienti s malignitami jsou vysoce náchylní k infekcím vlivem nádorového onemocnění a jeho terapie. V literatuře neexistují na evidenci založené guidelines nebo protokoly k léčbě infekcí u pacientů v paliativní symptomatické a terminální péči. Terapie symptomů je jedním ze základních přístupů v paliativní a terminální péči. Infekční komplikace jsou, spolu s tromboembolickou chorobou a progresí základního onkologického onemocnění, nejčastějšími příčinami úmrtí u onkologických pacientů. Vedle vlivu na mortalitu jsou provázeny celou řadou symptomů, které zhoršují kvalitu života. Význam infekčních komplikací je patrný po celou dobu trvání onkologického onemocnění. Jejich zvýšená incidence je u nádorových onemocnění dána vlastním onemocněním a protinádorovou léčbou. Při studiu infekčních komplikací u pacientů v paliativní péči, je v literatuře zmiňovaný zásadní nedostatek jasných guidelines a protokolů, které by se opíraly o prokazatelné klinické podklady. Z hlediska epidemiologie jsou v této skupině pacientů nejčastější infekce močových cest (39-42%), respirační infekce (22-36%), kožní infekce a infekce měkkých tkání (6-12%) a bakterémie (5-14%). Nepodrobně minimum paliativní symptomatické péče je snaha o kontrolu symptomů. Spolu s tímto je prokazatelné, že včasné zahájená paliativní symptomatická péče je provázena prodloužením života. Z hlediska kontroly symptomů je terapie infekčních komplikací v paliativní symptomatické péči rozporuplná, protože ve většině studií dochází k jejich zlepšení pouze u části pacientů. Nejvíce u infekcí močových cest (60-79%), méně potom u ostatních infekcí (30-43%), v posledním týdnu života je kontrola symptomů kolem 10%. Ještě větší nesoulad je ve studiích pozorovatelný u případného vlivu na mortalitu. Jsou studie, které dokumentují prodloužení života, ale lze najít velké množství studií, které vliv na mortalitu při léčbě infekcí u paliativních symptomatických pacientů nepozorovaly. V některých studiích je navíc zmiňováno riziko nežádoucího

prodloužení procesu umírání a negativní vliv na celkovou kvalitu života (odběry, riziko alergií, zhoršení orgánových funkcí). Pro rozhodování o neoptimálnějším přístupu k diagnostice a léčbě infekčních komplikací, včetně její šíře a agresivity, je důležitá prognóza a životní perspektiva pacienta, jeho aktuální stav. V případě pacientů s prognózou týdnů a měsíců by se přístup k diagnostice a terapii infekčních komplikací neměl lišit od ostatních onkologických pacientů. U nemocných v terminální fázi onkologického onemocnění je rozhodování o intenzitě diagnostiky a terapie vždy individuální a je nutné přihlídnout ke všem aktuálním okolnostem. Pečlivým a každodenním hodnocením efektu léčby a jejími úpravami dle vývoje stavu, lze naplnit základní poslání nejenom paliativní péče, ale medicíny v její podstatě. Přehledová přednáška shrnuje současné znalosti diagnostiky a terapie infekcí v paliativní symptomatické péči.

Klíčová slova: paliativní péče; symptomatická péče; infekce; antibiotika

PACIENTI S HIV V PALIATIVNÍ/HOSPICOVÉ PÉČI/NÁSLEDNÉ PÉČI

Gabriela Kitová¹

¹Klinika infekčního lékařství, HIV centrum, FN Ostrava

gabriela.kitova@fno.cz

Abstrakt: Díky pokroku v antiretrovirové léčbě (ART) se infekce HIV stala chronickým, léčitelným, ale dosud nevléčitelným onemocněním a lidé se dožívají vyššího věku. S tím narůstá potřeba následné, paliativní i hospicové péče u této skupiny pacientů. Navzdory významnému pokroku v léčbě, medicínským poznatkům a doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO) čelíme v praxi bariérám při zajišťování návazné péče po zvládnutí akutních komplikací nebo u pacientů v terminálním stadiu onemocnění včetně odmítání žádostí o přijetí do zařízení sociálních služeb.

Cílem prezentace je přiblížit poznatky o moderní a vysoce účinné léčbě HIV, základní legislativní a etické aspekty, možnosti prevence při profesním poranění nebo kontaminaci biologickým materiálem a doporučení WHO a UNAIDS princip U=U (Undetectable = Untransmittable). Nedetekovatelný = nepřenositelný je vědecky podložený poznatek, že lidé žijící s HIV, kteří se léčí a dosáhli nedetekovatelné virové nálože, nemohou virus sexuálně přenést na své partnery a jsou neinfekční. Tento koncept eliminuje riziko přenosu a snižuje stigma spojené s HIV.

Všechny tyto argumenty mohou zmírnit obavy a stres v péči o tyto pacienty a přispět ke kontinuitě a zajištění důstojné a nediskriminační péče.

Současně budou uvedeny krátké kazuistiky a zkušenosti z klinické praxe HIV centra Ostrava.

Klíčová slova: paliativní péče; HIV; stigma

ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA JAKO VÝZVA K HLEDÁNÍ ALTERNATIV: PRAKTICKÉ REAKCE VYBRANÝCH ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍ V NĚMECKU

Doc. Mgr. David Bouma, Ph.D.^{1,2}

¹Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové

²Katolická teologická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Spolupráce: člen etické komise VKA Paderborn (Německo)

boumada@ktf.cuni.cz

Abstrakt: Rozhodnutí německého Spolkového ústavního soudu z roku 2020, které otevřelo prostor pro asistovanou sebevraždu, postavilo zdravotní a sociální zařízení před novou praktickou výzvou: jak na změněnou legislativu reagovat způsobem, který nevede k rezignaci na péči o těžce nemocné a umírající, ale naopak posiluje alternativy založené na doprovázení, komunikaci a paliativní péči.

Příspěvek představí konkrétní zkušenosti vybraných zařízení v západním Německu, zejména v prostředí organizace VKA Paderborn, kde autor participuje na práci etické komise. Pozornost bude věnována tomu, jak instituce:

- formulují prakticky použitelné institucionální postoje k asistované sebevraždě,
- nastavují postupy pro rozhovory s pacienty a rodinami, kteří téma aktivně otvírají,
- posilují roli paliativní péče jako preventivní alternativy,
- podporují zdravotnický a sociální personál v eticky náročných situacích.

Cílem příspěvku není teoretická, filozofická ani náboženská diskuse, ale sdílení praktických zkušeností vznikajících „za pochodu“ v reakci na legislativní změnu. Závěrečná část nabídne opatrnou reflexi přenositelnosti těchto zkušeností do českého prostředí, při vědomí kulturních a právních odlišností, a může sloužit jako inspirace pro další rozvoj paliativní péče v České republice.

Klíčová slova: asistovaná sebevražda; paliativní péče; institucionální reakce; etické komise; komunikace na konci života; Německo

NĚKTERÉ ALTERNATIVNÍ METODY VYUŽITELNÉ V RÁMCI PALIATIVNÍ PÉČE

PhDr. Andrew A. Urbis¹

¹Rehabilitační centrum Čeladná, pracoviště celostní terapie

andrew.urbis@gmail.com

Abstrakt: Odborné pracoviště celostní terapie RCC využívá soubor různých jednoduchých manuálních technik zaměřených na aktivní, uvědomované uvolňování duševního a tělesného napětí, celkovou harmonizaci neurovegetativního systému a aktivaci mikrosystémů. Uvedené metody pozitivně ovlivňují organismus pacientů, kteří jsou pak odolnější proti psychické i fyzické zátěži a dostávají do lepšího funkčního stavu. Využití uvedených metod se jeví jako velmi vhodné v rámci paliativní péče, jejímž hlavním cílem není úplné vyléčení nemocného, ale minimalizace funkčních důsledků probíhající choroby, dosažení maximálního možného zachování stupně soběstačnosti a zmírnění utrpení. Teoretickým základem uvedeného systému poznatky významných vědců působících v oblasti medicíny a psychologie jako např. Deepak Chopra, Arnold Mindell, Fritjof Capra, Thorwald Dethlefsen, S. N. Lazarev a další. Využívané techniky vycházejí z upravených animistických technik, taoistických cvičení, jogínských prvků, autogenního tréninku a vokálních vibrací. Vše je koncipováno nenásilným způsobem respektujícím středoevropské mentální prostředí a bez akcentuace jakéhokoliv náboženského systému. Souborem používaných technik dochází postupným zklidňováním k potlačení tzv. schizo-fyziologie a k překonávání dominantního postavení levé logicko-analytické mozkové hemisféry. Postupnou snižující se frekvenci mozkových vln, tedy když se amplitudy mozkových vln obou hemisfér zvětší a vyrovnají vůči sobě ve fázi a frekvenci, dochází k synchronizaci činnosti obou mozkových hemisfér a tím i k úplné integraci mozku. Dalším efektem je postupné snižování napětí hladkého i kosterního svalstva a také nefarmakologické ovlivnění bolesti. Kromě seznámení s používanými metodami jsou součástí vystoupení i praktické ukázky a výsledky měření změn v lidském organismu.

Klíčová slova: alternativní metody; paliativní péče; celostní terapie

CESTA SANITKY PŘÁNÍ

Sanitka přání, z.s.

Praha

lucie.hruby@sanitkaprani.cz

Abstrakt: Plníme přání lidem, kteří si je sami splnit nemohou, lidem vážně nemocným nebo dlouhodobě upoutaným na lůžko. Skutečnost nedokážeme změnit, ale těžké chvíle měníme ve chvíle radosti a pocitu štěstí.

Klíčová slova: sanitka přání, paliativní péče

KDYŽ SE PÉČE PŘESOUVÁ DOMŮ: ZKUŠENOSTI S PŘEDÁNÍM DĚTSKÉHO PACIENTA DO MOBILNÍHO HOSPICE

Bc. Tereza Broďáková^{1,2}, Mgr. Klára Chvilíčková^{1,2}

¹Centrum provázení

²Oddělení neonatologie, FN Ostrava

klara.chvilickova@fno.cz

Abstrakt: Předání dětského pacienta z nemocničního prostředí do domácí péče představuje náročný krok pro celou rodinu. Je to komplexní proces, který vyžaduje koordinaci rodiny a odborníků, jak z nemocničního týmu, tak externích služeb.

Příspěvek je zaměřený na zkušenosti dětského podpůrného a paliativního týmu FNO s předáváním dětského pacienta do péče mobilního hospice. Popisuje klíčové momenty, jako je indikace domácí paliativní péče, plánování péče a zajištění kontinuity následných služeb. Důraz je kladen na spolupráci mezi nemocničním paliativním týmem a týmy mobilních hospiců, komunikaci s rodinou a význam společného rozhodování.

Cílem je sdílet příklad dobré praxe, pojmenovat budoucí výzvy a ukázat přínos dobře fungující multidisciplinární spolupráce.

Klíčová slova: dětský pacient; mobilní hospic; paliativní péče