**KONGRES PERIOPERAČNÍCH SESTER 2015 5.6. - 6.6.2015**

**ABSTRAKTA**

1. **BLOK**

**Mgr. Iva Lébrová, Mgr. Jana Bártová**

**Image sester**

*COS Nemocnice Havlíčkův Brod*

V přednášce definujeme pojem image, zabýváme se zde dělením image sester na interní a externí. Jasně vytyčujeme prvky, které tvoří interní a externí image sester. Neopomíjíme zde zdůraznit ani celý historický vývoj image sester. Ten počíná již u zakladatelky ošetřovatelské profese Florence Nightingelové, dále přechází přes období obou světových válek až do současnosti. V současné době se snažíme vytvořit image sestry profesionálky. To znamená sestry vzdělané, s kultivovaným projevem i vzhledem. Image sester v České republice musí být srovnatelná s image sester v ostatních vyspělých zemích Evropy. V neposlední řadě poukazujeme na interní i externí faktory, které v dnešní společnosti pomáhají image setry profesionálky vytvářet. Ukazujeme, jak se vidí sestry sami i v jiných zemích Evropy. Nezůstáváme pouze v Evropě, nýbrž se posouváme i do Austrálie a do Spojených Států Amerických. Chceme ukázat image sester i na jiných kontinentech světa.

**Bc. Vohrnová Ivana**

**Vedení provozní dokumentace u zdravotnických prostředků se zvýšeným rizikem na operačním sále**

*OS Lochotín FN Plzeň*

Legislativně (Vyhláška č.11/2005 Sb. s platností od 1.3.2005) byla stanovena povinnost sledování RZP (tj. ZP tř. II. b a III. – se zvýšeným rizikem pro uživatele nebo třetí osoby) po uvedení na trh. Zdravotničtí pracovníci jsou povinni zaznamenávat užití výše uvedených zdravotnických prostředků (ZP) do zdravotnické dokumentace pacienta. Druhy ZP se zvýšeným rizikem stanovuje vyhláška totožně s nařízením vlády č. 336/2004 Sb. To znamená, že ze sledování nejsou vyjmuty žádné druhy ZP tř. II.b a III.

S používáním přístrojové techniky je samozřejmostí i vedení provozní dokumentace – každý zdravotnický přístroj, který je ve FN Plzeň používán při poskytování zdravotní péče, musí být evidován v centrální evidenci zdravotnických prostředků (ZP), musí být u něj posouzena shoda uvedeného ZP, prokazatelně udržován a kontrolován, bezpečný a vhodný pro dané použití a vybaven předepsanou uživatelskou a provozní dokumentací dle zákona č.123/2000 Sb. a vyhlášky č.11/2005 Sb. Účelem je zajistit poskytování zdravotní péče vhodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky tak, aby při jejich použití k účelům, určeným v návodech k obsluze, nedošlo k poškození zdraví uživatelů, poskytovatelů ani třetích osob.

RZP jsou označeny specifickým skupinovým identifikačním kódem pro potřeby usnadnění evidence jejich použití při konkrétních zdravotnických výkonech. Na operačních sálech jsou RZP zaznamenávány do dokumentace pacienta do Protokolu o použití přístrojového zdravotnického prostředku.

**Vidrmertová Martina, Ondráková Kateřina**

**Jak se díváme na edukaci v perioperační péči u nás**

*COS, MOU Brno*

Prezentace se zabývá zkušenostmi se zaváděním edukace do perioperační péče v MOÚ Brno za období dvou let a zároveň se zaměřuje na zjištění, které jsem učinila zpracováním tohoto tématu v závěrečné práci studia Organizace a řízení ve zdravotnictví na NCO NZO v Brně. Práce se orientuje na problematiku edukace v perioperační péči u pacientů před plánovaným operačním výkonem. Jejím obsahem je v teoretické části problematika edukace samotné a stručná charakteristika edukační činnosti v MOÚ Brno. Praktická část obsahuje šetření mapující současnou úroveň edukace v perioperační péči v MOÚ Brno, upozorňuje na některé další možnosti v edukaci pacientů před plánovaným operačním výkonem a mapuje spokojenost pacientů s naším počínáním.

1. **BLOK**

**MUDr. Jan Musil**

**Využití hybridních zobrazovacích metod v nukleární medicíně**

*Oddělení nukleární medicíny Nemocnice Kyjov*

Zobrazovací diagnostické postupy v nukleární medicíně jsou založeny na metabolickém, „funkčním“ principu. U mnohých patologických procesů alterace na této úrovni časově předstihuje až následnou morfologicky detekovatelnou patologii.

V některých případech však adekvátní „morfologie“ pro přesnější hodnocení (včetně diferenciální diagnostiky) scintigrafických nálezů chybí. Proto byl již před řadou let nastíněn princip obrazové fúze, který byl během dalšího vývoje díky technickému pokroku reálně využit při výrobě hybridních gamakamer. Tato zařízení představují kombinaci obou postupů v rámci jednoho přístroje a jsou v současné době již hojně využívána.

V prezentaci jsou demonstrovány příklady zobrazení s využitím hybridní gamakamery SPECT/CT - tedy kombinace současného scintigrafického („metabolického“) a rentgenového („morfologického“) zobrazení včetně obrazové fúze.

**Mgr. Michaela Macounová, Mgr. Renata Kuntscherová**

**Operace prsní žlázy, historie a současnost**

*OS Lochotín FN Plzeň*

Karcinom prsu představuje komplexní multifaktoriální onemocnění, jehož vznik je podmíněn interakcí genetických faktorů a vlivu prostředí. V současné době je jedním z nejčastěji diagnostikovaných maligních onemocnění u žen. Jeho incidence má stoupající trend.

Sdělení mapuje oblast včasné diagnostiky nádorového onemocnění prsu, možnosti chirurgické léčby a vývoj operací prsní žlázy.

Tváří v tvář diagnóze karcinomu prsu si v plném rozsahu uvědomujeme slova život, bolest, smutek, smrt, ale i moc a bezmoc medicíny.

**MUDr. Olga Faustmannová Ph.D., MBA**

**Kůže – jak ji mít v kondici**

*DVK FN Brno*

Kůže je důležitý a složitý orgán, pro život zcela nezbytný. O kůži je třeba správně pečovat, aby své veškeré funkce mohla dobře plnit. Stavba kůže a její tloušťka není na různých místech těla stejná, proto i péče se liší dle lokalizace. Důležité je však dodržet pravidelnost ve starostlivosti o kůži, zvolit vhodné prostředky. Autorka ve svém sdělení uvádí stručné postupy, jak udržet kůži v kondici či ještě zvýšit její kvalitu.

1. **BLOK**

**Kateřina Spilková**

**Život po úrazové lézi krční míchy aneb co vše mi tanec dal i vzal**

*OS Lochotín FN Plzeň*

Tato přednáška upozorňuje, že poúrazová léze krční míchy je těžkou životní situací, jedná se o dramatický zásah do kvality života, kdy se nejedná pouze o poruchu funkce pohybového systému, ale postihne vždy člověka v celé jeho integritě.

V této přednášce je vyzdvižena část zaměřená na kasuistiku, kdy přáním autorky je, nahlížet na tuto problematiku ne jako zdravotník ale jako člověk, kterému se trauma léze krční míchy může přihodit pouhým každodenním se zařazením do běžného životního děje.

Pohled na perspektivu lidí s míšním poraněním se až do druhé světové války nezměnil a lidé tak byli ponecháni svému osudu, kdy do jednoho roku umíralo až 90% nemocných na komplikace poranění, či sepsi.

V dnešní době se jedná o rovnoprávné členy společnosti avšak zarážející je stále vysoké přibývání nových případů poranění míchy, kdy nejohroženější věková skupina je mezi 16- 30 rokem života a nejčastější příčinou bývají ve více jak v 50% dopravní nehody, dále úrazy při práci v domácnostech a sport.

Cílem této přednášky je informovat o této problematice a uvědomění si, že poraněním míchy, ochrnutím i poškozením dalších funkcí organismu, kvalitní a aktivní život člověka se zdravotním poškozením nekončí.

**Bc. Michaela Hernová**

**Operace páteře miniinvazivním přístupem**

*OS Lochotín FN Plzeň*

Tento operační přístup je svou filozofií a samostatnou podstatou něčím naprosto novým a převratným. Miniinvazivním přístupem stabilizujeme bederní páteře a jedinečným způsobem snižuje operační zátěž pro pacienta a jeho páteř.

Původní otevřený klasický přístup znamenal sice stejnou stabilizaci páteře kovovým či jiným instrumentáriem, ale způsobil tak velké devastace měkkých tkání kolem páteře. Musela se obnažit páteř ve větším rozsahu než byl rozsah samotné stabilizace. Svaly a tkáně kolem páteře se hojili velkým zjizvením a velkou pooperační bolestivostí. Toto vše ale řeší miniinvazivní přístup pro stabilizaci páteře.

Jedná se o přístup, kdy se k páteři dostáváme ze dvou 3-5 cm (podle rozsahu stabilizace) dlouhých řezů podél páteře a zavádíme šrouby. Tento operační postup znamená pro pacienta až o 2/3 menší krevní ztrátu a zkrácení operačního času o polovinu. Jde tedy o jednoznačný přínos pro všechny ty, kteří musí podstoupit stabilizační operaci a dosud byli nuceni snášet poměrně velké a nepříjemné vedlejší efekty otevřeného přístupu.

**Věra Zavřelová**

**Chordom – boj o život**

*COS I FN Brno*

Jedná se o kazuistiku pacienta s nádorovým onemocněním. Je zde zahrnuta komplexní operační léčba pacienta s chordomem páteře.

Jde o celkové hodnocení stavu pacienta od první návštěvy na ambulanci naší kliniky až po komplikace spojené s touto diagnózou v operační léčbě.

**Dana Mormanová, Bc. Iva Kvapilová**

**Operační řešení zlomenin pánve v Traumacentru Krajské nemocnice Liberec a.s.**

*OS KN Liberec*

Traumacentrum Krajské nemocnice Liberec a.s. je spádovou oblastí pro více než 750000 obyvatel a je specializovaným pracovištěm, zabývajícím se operačním řešením zlomenin pánve. Od roku 2009 do konce roku 2013 zde bylo provedeno 232 operací zlomenin pánve. Závažnost poranění vyžaduje vysoce náročnou přípravu celého operačního týmu, dokonalé plánování a bezpečné provedení ve spolupráci s dalšími spolupracujícími obory.

Cílem sdělení je informovat o operačním řešení zlomenin pánve, předoperačním plánování, použití nových instrumentárií a implantátů vyvinutých ve spolupráci s firmou MEDIN a.s. Aplikace Omega dlahy 3,5mm operačním přístupem dle Stoppy umožňuje stabilizovat většinu zlomenin acetabula v kratším operačním čase. Použití multifunkční, individuelně anatomicky tvarované Omega dlahy 3,5 mm usnadňuje její umístění do správné polohy.

Jeden příklad za všechny sleduje management operace pánve step by step.

**Gruntová Michaela, Hradecká Lucie**

**Osteosyntézy zlomenin patní kosti KN Liberec**

*OS KN Liberec*

Ošetřování zlomenin patní kosti je nepochybně složitá problematika, kde případné komplikace a jejich následky mohou být velmi závažné. Nejběžnější příčina bývá pád či doskok z výšky na natažené dolní končetiny. V 10 – 15% případů bývá spojena se zlomeninou bederní páteře. Lomná linie je vždy závislá na pozici nohou v době nárazu. Dochází i k sdruženým traumatům či polytraumatům. Zlomeniny patní kosti tvoří zhruba 2% ze všech vzniklých fraktur. Muži bývají postiženi 10X častěji nežli ženy. Většina zlomenin patní kosti se vyskytuje u lidí v produktivním věku, což způsobuje především značný socioekonomický a medicínský problém.

Proto by měla být péče centralizována do specializovaných center zabývajících se traumatologií pohybového aparátu, kde je možno řešit i případně vzniklé komplikace.

**Alice Cejnková, Dagmar Malenovská, Olga Kallabová**

**Pectus excavatum**

*COS III, FN Brno*

Prezentace představí posluchačům co to je pectus excavatum a jaké jsou možnosti jeho léčení. Prezentace popisuje dvě metody operačního řešení této nemoci. Obsahuje dostatek názorných fotografii a video záznam z části thorakoskopické operace.

**Mgr. Silvie Hodová**

**Nemocniční infekce aneb od drobného pochybení k závažné komplikaci**

*OKM, FN Brno*

Po roce 2000 dochází k nárůstu výskytu toxigenního kmene *Clostridium difficile*(CLD), sporulující bakterie s produkcí toxinů, která je schopná vyvolat střevní postižení, a to od lehčí průjmové formy až po život ohrožující pseudomembranózní enterokolitidu. Tato onemocnění často vznikají v souvislosti s podáním antibiotik. Za značnou část onemocnění je zodpovědný nemocniční přenos bakterie mezi pacienty. Průjmová onemocnění vyvolaná CLD patří v současné době mezi jedny z nejzávažnějších nozokomiálních nákaz.

Na příkladu kazuistiky bude upozorněno na výskyt klostridiové kolitidy v souvislosti se špatnou aplikací i.m. injekce, která způsobila absces v gluteální oblasti s následnou chirurgickou intervencí. Přes ATB clonu došlo k výskytu klostridiové kolitidy, opakované hospitalizaci na Klinice infekčních chorob. Na závěr prezentace bude upozorněno na režimová opatření a využití fekální bakterioterapie jako jedné z možností terapie osob s CLD.

1. **BLOK**

**Mgr. Blanka Motyčková**

**Zajištění bezpečnosti pacienta perioperační sestrou na operačních sálech KTCH IKEM**

*IKEM Praha*

Identifikace potencionálních rizik na operačních sálech je prvním krokem k zajištění bezpečnosti pacienta. Dodržování směrnic a ošetřovatelských standardů ovlivňuje pozitivně průběh perioperační péče pacienta. Monitoring užívání zdravotnické techniky a záznam do perioperační dokumentace spolu s provedením bezpečnostního protokolu je naším standardním pracovním postupem.

**Bc. Martina Sedlářová, Bc. Naďa Dohnálková**

**Bezpečná komunikace- teorie versus realita**

*CHK FN Královské Vinohrady*

Prezentace je zaměřena na bezpečnou komunikaci.

V první části je popsána teorie bezpečné komunikace. Druhá část je věnována bezpečné komunikaci v praxi, především na operačních sálech.

V prezentaci je znázorněna spolupráce a komunikace mezi jednotlivými pracovníky na operačním sále.

Prezentace popisuje úskalí bezpečné komunikace a případné řešení problémů s komunikací.

**Pavlína Zelinková, Ladislava Salajková**

**Na co dbát při překladu pacienta na operační sál**

*OS Nemocnice Hodonín*

Tato prezentace  je připomínkou a zopakováním toho, na co bychom my perioperační a anesteziologické sestry měly při překladu pacienta na operační sál dbát. A to od doby, kdy pacient na sál přijíždí až do podání anestezie. Prezentace vznikla na základě zkušeností naší kolegyně, která se několikrát ocitla v roli pacienta na operačním sále na různých pracovištích a pohlédla na tuto záležitost  z druhé strany, ze strany pacienta.

**Ing.Jaroslava Jedličková, Mgr.Erna Mičudová, Miluše Mezenská**

**Vliv prostředí na centrálních operačních sálech na tělesnou teplotu operovaného pacienta ve Fakultní nemocnici Brno**

*COS I FN Brno*

Obsahem přednášky je seznámení s  realizací průzkumného šetření zaměřeného na sledování tělesné teploty u pacientů na Centrálních operačních sálech ve Fakultní nemocnici Brno, CZ.

Důvodem realizace průzkumného šetření je skutečnost, že podchlazení pacientů v rámci realizace operačního výkonu nepřispívá k dobrému průběhu léčby.

Pro průzkumné šetření byla zvolena kvantifikační metoda, a to formou zaznamenání zjištěné tělesné teploty u pacientů v různých fázích realizace perioperační péče u tří typů operačních výkonů. Byla realizována vždy čtyři měření, a to na lůžku před dovozem na operační sál, při zahájení přípravy na operační výkon, v průběhu realizace a po ukončení celého operačního výkonu. Na základě získaných výsledků byla zpracována doporučení pro zajištění tělesné pohody pacientů na operačních sálech. Tato doporučení přispějí k realizaci bezpečné a kvalitní perioperační péče a také k lepšímu průběhu pooperační léčby pacientů.

**Ivana Poláčková, Alena Odehnalová**

**Piktogramy COS I FN Brno**

*COS I FN Brno*

Piktogramy a komunikační karty patří k alternativním metodám komunikace. Jejich použití je možné uplatnit zejména v komunikaci s pacientem - cizincem (vyskytne-li se jazyková bariéra), ale i u neslyšících pacientů. Sdělení informací tímto způsobem je sice zdlouhavější, ale zpravidla přináší potřebné informace. V současné době si zdravotnická zařízení zhotovují vlastní sady piktogramů a komunikačních karet, protože může jejich tvorbu přizpůsobit potřebám pacientů podle vlastních požadavků. Symbol na kartě musí být jednoduchý, výstižný a snadno pochopitelný, někdy může být doplněn i textem. Při používání těchto komunikačních pomůcek je ovšem nutná spolupráce pacienta.

**Iva Šilerová, Ludmila Michels**

**Několik zajímavostí z americké nemocnice v Německu**

*RAMSTEIN AIR BASE, LANDSTUHL REGIONAL MEDICAL CENTER*

Historie a současnost americké letecké základny Ramstein a nedaleké vojenské nemocnice ve městě Landstuhl.

Organizace ošetření a transportu raněných vojáků během válečných konfliktů.

Několik novinek využívaných při chirurgických zákrocích a při péči o pacienty - celoplošná neutrální elektroda, antitrombotické návleky na dolní končetiny, velkoobjemová odsávací jednotka.

1. **BLOK**

**Bc. Anna Eignerová**

**Odběr orgánů k multiviscerální transplantaci z pohledu perioperační sestry**

*IKEM Praha*

Dlouholetá příprava transplantace tenkého střeva vyvrcholila první úspěšnou multiviscerální transplantací v IKEM. Výběr ideálního dárce podléhal velkému množství kritérií, která se podařilo splnit v prosinci loňského roku.

V prezentaci se věnujeme multiviscerálnímu odběru, při kterém byla dárci společně se střevem odebrána játra, žaludek, slinivka břišní a slezina. Tyto orgány byly odebrány „en bloc“, propláchnuty konzervačním roztokem a následně transplantovány jednomu příjemci.

**Operační výkon trval dvěma souběžně pracujícím chirurgickým týmům 10 hodin. Prezentace poukazuje na specifika a náročnost výkonu.**

**Bc. Michaela Novotná**

**Multiviscerální transplantace z pohledu perioperační sestry**

*IKEM Praha*

První multiviscerální transplantací v IKEM v prosinci 2014 vyvrcholil program transplantace tenkého střeva. Tato transplantace byla historicky první v České Republice, respektive ve střední i východní Evropě. Díky tomu se IKEM dostal mezi elitní desítku transplantačních center v Evropě, která umí střevo transplantovat.

U šedesátiletého příjemce byla před pěti lety diagnostikována cirhóza jater, kterou zapříčinilo autoimunitní onemocnění, následkem tohoto onemocnění se pacient dostal do velmi těžkého stavu. A dále z důvodu mnohočetných cévních uzávěrů v žilním systému dutiny břišní došlo k selhání jater a nezvratnému poškození ostatních orgánů.

Během multiviscerální transplantace bylo pacientovi najednou transplantováno pět orgánů – játra, žaludek, tenké střevo, slinivka břišní a slezina. Tato transplantace, která patří vůbec k nejsložitějším jak z hlediska technického, tak imunologického byla provedena během jednoho operačního výkonu.

**Mgr. Bohumila Heřmanová**

**Předoperační a pooperační péče o pacienta po multiviscerální transplantaci**

*IKEM Praha*

Přednáška se zabývá problematikou týkající se koordinace programu Tx tenkého střeva v ČR a přípravy pacienta k MVTx (multiviscerální transplantace) a péče o pacienta po MVTx. Transplantace tenkého střeva představuje standardní léčebnou metodu pro pacienty se syndromem krátkého střeva. První experimentální práce směřující k zahájení klinického programu transplantace tenkého střeva v ČR byly prováděny v IKEM již v sedmdesátých letech. V roce 2014 byl program Tx tenkého střeva v IKEM zahájen provedením první MVTx.

Transplantace střeva představuje jedinou léčebnou modalitu při vlastní ztrátě střeva (tzv. short bowel syndrom) nebo selhání jeho funkce. Indikační kritéria jsou pevně stanovená. Tvoří je život ohrožující komplikace parenterální výživy, excesivní ztráty tekutin a minerálů při syndromech ultrakrátkého střeva, které nelze adekvátně uhradit. Dále pak recidivující katétrové infekce a ztráta více než dvou hlavních žilních přístupů v důsledku trombózy. K transplantaci není indikován pacient, který nemá diagnostikovaný nevratný SBS. Péči o pacienta před MVTx lze rozdělit do dvou fází. První částí je předtransplantační vyšetření před vlastním zařazením pacienta na čekací listinu (WL), které probíhá za hospitalizace pacienta a jedná se o sérii standardizovaného souboru krevních testů a vyšetření. Tato fáze také zahrnuje zjištění stavu vakcinace pacienta a popř. doplnění chybějících očkování. Po ukončení předtransplantačních vyšetření potenciálního příjemce a kontrole všech dostupných výsledků předtransplantačního vyšetření připraví ošetřující lékař a koordinátorka ve spolupráci s vedoucím transplantace tenkého střeva dokumentaci k zařazení a na základě rozhodnutí multidisciplinárního týmu je pacient zařazen na WL. Druhou fází je samotná příprava příjemce k MVTx, v době kdy je akceptován potencionální dárce. Předoperační příprava probíhá dle stanoveného protokolu. Kromě obecné přípravy pacienta k operaci zahrnuje i specifickou terapii a přípravu k MVTx, kterou je např. selektivní dekontaminace střeva. Pooperační péči po MVTx lze rozdělit do tří fází: první fází je péče probíhající na oddělení KARIP, dále péče o pacienta již ve stabilizovaném stavu na KTCH JIP a následné ambulantní sledování pacienta. V průběhu celého pooperačního období se dodržuje protokolárně stanovená série vyšetření zahrnující: pravidelný mikrobiologický (event. virologický) skríning, enteroskopie a protokolární biopsie, monitorace a laboratorní vyšetření. Nedílnou součástí pooperační péče po MVTx je edukace pacienta, kdy si musí pacient plně osvojit principy potransplantačního režimu.

Na základě multicentrických studií se ukazuje, že celkové výsledky transplantace velmi významně ovlivňuje celkový stav pacienta před transplantací. Významně horší přežívání mají pacienti odeslaní k transplantaci při hospitalizaci vzhledem k jejich horšímu celkovému stavu než pacienti, kteří jsou k výkonu přijímáni z domova. Z těchto důvodů by měli být pacienti odesláni do transplantačního centra včas k vyšetření a stanovení vhodné indikace k transplantaci.

**Alice Hladíková**

**První split jater pro dva dospělé příjemce z pohledu perioperační sestry**

*IKEM Praha*

Transplantační chirurgie v oblasti transplantace jater zaznamenává v poslední době nebývalý pokrok. Odběr celých jater „full size transplantation“ je v současné době na našem pracovišti doplněn stále častěji využívanou metodou redukce jaterního štěpu „reduced size liver transplantation“ a splitem jaterního štěpu „split liver transplantation“.

Metoda split liver transplantation saturuje potřebu transplantace jednoho orgánu dvěma příjemcům. V září loňského roku se na našem pracovišti podařilo poprvé uskutečnit split jater pro dva dospělé příjemce. Jednalo se o manželský pár s akutním selháním jater po požití prudce jedovaté muchomůrky zelené - hlíznaté (Amanita phalloides).

V přednášce seznámíme přítomné s odbornou, provozně technickou a personální náročností tohoto výkonu. Prezentace zahrnuje jak samotný split jater in vivo, tak následně paralelně provedené transplantace jaterních štěpů.

**Mgr. Tomáš Komínek**

**Předoperační a pooperační péče o pacienty po transplantaci jater**

*IKEM Praha*

Přednáška přináší stručný pohled do historie transplantací jater. Blíže pak seznamuje se současnou situací v IKEM. Po tomto obecném úvodu se přednáška zaměřuje na problematiku předoperační péče (včetně indikací a zařazení pacientů na čekací listinu). Dalším podstatným sdělením jsou specifika ošetřovatelské péče o pacienty po transplantacích jater na JIP a lůžkovém oddělení KTCH IKEM. Nechybí ani sdělení týkající se následné péče v domácím ošetření po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení (změna životosprávy a životního stylu). Součástí sdělení je stručná kazuistika pacienta po transplantaci jater s ethylickou anamnézou, která názorně shrnuje danou problematiku.

1. **BLOK**

**Vladimíra Sedláčková, Libuše Stránská**

**Lipotransfer**

*COS I FN Brno*

to znamená, že dárcem i příjemcem je jedna a tatáž osoba. Tato více než 100 let stará technika se zdokonalila v 80. letech minulého století v USA, v České republice se používá od roku 2002. Metoda lipotransferu má využití v rekonstrukční i estetické chirurgii. Operace se provádějí nejčastěji v lokální anestezii v kombinaci s analgosedací a jsou poměrně časově náročné. Operace spočívá v odběru podkožního tuku z jedné části těla a přenesení do oblasti, kterou chceme tukem vyplnit. K získání tuku nám slouží tumescenční liposukce, odběrovými místy bývá zpravidla oblast břicha, boků nebo vnitřní strana kolen.

Získaný tuk se zpracovává spontánní sedací ve stříkačce, promýváním, nebo odstředěním v centrifuze. Pro optimální výsledek se jako metoda navracení tuku do organismu používá metoda lipograftingu, při které se zpracovaný tuk aplikuje z 2 ml stříkaček do mnoha vzájemně od sebe oddělených kanálků v podkoží. Přenesený tuk je v maximálním kontaktu s hostitelskou tkání, která mu zajišťuje výživu a umožňuje přihojení maximálního množství transferovaného tuku.

Hodnocení výsledku operace je nutno provést nejdříve 4 měsíce po operaci, jelikož každý organismus reaguje individuálně a průměrně dochází ke vstřebání 40 – 60 % přenášeného tuku. V některých případech je nutné počítat s několika etapovou operací.

Tato metoda kopírující přírodní zákonitosti přináší pěkné výsledky, je zatížena malým počtem komplikací a právem ji můžeme označit jako metodu budoucnost.

**Kamila Šupová, Ivana Velčovská, Víťa Nešporová**

**Laparoskopická pyloromyotomie**

*COS III FN Brno*

Přednáška informuje účastníky kongresu o tom, co je pylorostenóza, jakou věkovou skupinu dětí postihuje a jak se projevuje. Hlavní pozornost je zaměřená na léčbu, způsob operace, hlavně na laparoskopickou metodu, kterou jsme mimochodem začali provádět na našem pracovišti jako první v naší republice. Popisujeme výhody této metody a speciální instrumentárium. Přednášku ukončí video s průběhem operace.

**Bohumil Zelený DiS., Zuzana Kousalová**

**Krytí operačních ran COS I FN Brno**

*COS I FN Brno*

V této přednášce se budeme snažit osvěžit základní principy krytí ran na chirurgických sálech. Stanovíme si cíle a intervence v ošetřování ran. Vyjmenujeme základní druhy krycích materiálů. Zaměříme se na vhodné určení krytí - dle operační rány.

Druhá část přednášky obsahuje fotodokumentaci s ukázkami krytí ran na COS FN Brno, stanice chirurgie.

**Veronika Trněná DiS., Bc. Věra Ziková DiS., Lenka Štěňhová**

**Sialoendoskopie z pohledu perioperační sestry**

*ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE Praha*

Tato přednáška vás nejprve uvede do problematiky sialoendoskopie obecně. Lehce se zmíníme o její historii a významu, proč sialoendoskopii provádíme. Dále jsme se zaměřily na edukační proces, identifikační proces, bezpečnostní proces a ukážeme vám naší dokumentaci operačních sálů v UVN na ORL pracovišti. Poté už následují fotografické ukázky, které vás hlouběji seznámí s operačním výkonem sialoendoskopie a povíme si krok za krokem, jak sialoendoskopie probíhá. V závěru této přednášky uvádíme péči po výkonu.

**Hana Brhelová, Radka Borovičková, Věra Šimková**

**Středoušní operace v dětském věku - cholesteatom**

*COS III FN Brno*

Přednáška informuje o středoušních operacích v dětském ORL oboru, jejich rozdělení na sanační a rekonstrukční. Zaměřuje se a blíže popisuje operační řešení cholesteatomu. V přednášce jsou zobrazeny specifické ušní nástroje a prezentaci uzavírá video z části středoušní operace.

**Bc .Janáčková, H. Mgr. Kameníková M.**

## **Poruchy placentace na porodním sále**

### FN Brno

V dnešní době narůstá počet porodů vedených císařským řezem což v budoucnu zvyšuje riziko problémů spojených s abnormální placentární invazí.

Za normálních okolností prorůstá placenta do funkční vrstvy decidua. Hlubším prorůstáním choriových klku pak může vzniknout: placenta adherens,placenta acreta nebo increta a placenta percreta. Je velmi důležité znát diagnózu abnormální placenty již před porodem, což zásadně ovlivní jednak předoperační přípravu rodičky, samotný výkon a samozřejmě i daný porodnický výsledek. Všechny uvedené poruchy placentace představují dramatickou komplikaci porodu. Velmi často je nutné perakutní operační řešení daného stavu, vznikají velké operační ztráty, koagulopatie a rodička je mnohdy ohrožena i na životě.

Dnes je trendem zachování dělohy, ale v budoucnu se budou častěji řešit situace, kdy včasná hysterektomie bude správným rozhodnutím, které právě zachrání ženu před fatálními následky poporodního krvácení.

Dalším velkým problémem jež může v těhotenství vzniknout je abrupce placenty, což znamená, že dojde buď k částečnému nebo úplnému předčasnému odloučení placenty. Příčinou může být zvýšený krevní tlak, abuzus kokainu, tupý úder do břicha, ale často se jedná o překvapivý jev, jehož příčinu ani neznáme. I zde je hlavním příznakem krvácení doprovázené bolestmi břicha. Závažnost stavu nemusí odpovídat intenzitě krvácení. Větší odlučování se pak projevuje šokovým stavem, kolapsem a nitkovitým pulsem. Mezi nejzávažnější komplikace těžké abrupce placenty pak patří: nitroděložní odumření plodu, děložní atonie, DIC, akutní renální insuficience, anemie. Riziko opakování tohoto stavu v následujícím těhotenství je zhruba 16%.

Mimo abrupci placenty může během porodu dojít také k poruchám odlučování, tzn. že v děloze zůstane po porodu zadržená část placenty nebo plodových obalů. Tento problém se pak řeší manuálním vybavením placenty v krátkodobé narkóze. Zde je potom nebezpečnou komplikací vznik děložní inverze, tedy vchlípení stěny děložní do dutiny děložní.

Jako poporodní krvácení je označována krevní ztráta převyšující průměrnou normální ztrátu u vaginálního porodu, což je maximálně 700ml. Za život ohrožující krvácení pak považujeme, pokud dojde ke ztrátě celého krevního objemu během 24hod. anebo ztrátě poloviny objemu za 3 hodiny. Za závažnou krevní ztrátu, která může rodičku ohrozit, lze považovat akutní krevní ztrátu 1500ml a více.

Důležité pro poskytování péče u peripartálního život ohrožujícího krvácení jsou organizační zásady a vymezení rolí členů týmu. Jednotlivé kroky musí řídit vůdčí osobnost. Je velmi důležité zachovat koordinovaný multidisciplinární přístup. Neméně důležité je rychlé stanovení diagnózy tedy lokalizace krvácení. Prioritou v těchto případech je pak obnovení a udržení adekvátní tkáňové perfúze s urychleným souběžným odstraňováním příčiny krvácení. Neméně důležitým krokem je pak vše řádně a pečlivě dokumentovat.

**POSTEROVÁ PREZENTACE**

**Bc. Lenka Feňová, Bc. Kateřina Klusáková**

**Kvalita ošetřovatelské péče na COS I FN Brno**

*COS I FN Bohunice*

Kvalita perioperační péče a bezpečí pacienta jsou jedním z hlavních kritérií práce sester na operačním sále. Tyto pojmy hrají v naší práci důležitou roli. V oblasti kvalitní péče v posledních letech došlo k posunu myšlení a chování zdravotníků, kteří si uvědomují nutnost bezpečné perioperační péče.

**Bc. Veronika Nezvalová, Mgr. Miriam Marková**

**Historie chirurgie a operačních sálů**

*COS I FN Bohunice*

Tento poster pojednává o historii chirurgie a operačních sálů. Definuje jednotlivá historická období a jejich zlomové události v historii chirurgie a operačních sálů. Popisuje vývoj operačních sálů. Představuje a rozebírá vybrané pojmy jako je sterilita, rukavice a anestezie.

**Eva Vejrostová**

**Neuronavigace v neurochirurgii**

*COS I FN Bohunice*

Poster s názvem Neuronavigace představuje používání navigace na neurochirurgickém sále

při operacích na mozku a na páteři. Ukazuje potřebné přístroje - vozík personálu, vozík chirurga a nástroje. Popisuje princip metody před začátkem vlastní operace a dále pak při sterilní části operace.

Závěr patří ke zhodnocení používání neuronavigace při operacích, její výhody a nevýhody.

**MUDr. Tomáš Svoboda, Ing. Jaroslava Jedličková**

**Rizika na pracovišti**

*COS I FN Bohunice*

Riziko je kombinace pravděpodobnosti výskytu nežádoucího jevu a stupně negativního dopadu takového jevu na výstup procesu. Cílem řízení rizik je rizika odstraňovat nebo alespoň posouvat do akceptovatelné oblasti. Prostředky procesu řízení rizik jsou identifikace rizik, vyhodnocení rizik, prevence rizik a nakonec kontrola efektivnosti tohoto procesu a jeho náprava.

**Martin Suchánek, Ivana Poláčková**

**Piktogramy COS I FN Brno**

*COS I FN Brno*

Piktogramy a komunikační karty patří k alternativním metodám komunikace. Jejich použití je možné uplatnit zejména v komunikaci s pacientem - cizincem (vyskytne-li se jazyková bariéra), ale i u neslyšících pacientů. Sdělení informací tímto způsobem je sice zdlouhavější, ale zpravidla přináší potřebné informace. V současné době si zdravotnická zařízení zhotovují vlastní sady piktogramů a komunikačních karet, protože může jejich tvorbu přizpůsobit potřebám pacientů podle vlastních požadavků. Symbol na kartě musí být jednoduchý, výstižný a snadno pochopitelný, někdy může být doplněn i textem. Při používání těchto komunikačních pomůcek je ovšem nutná spolupráce pacienta.

**Ing. Jaroslava Jedličková, Boháčková Jitka**

**Na pomoc obětem zemětřesení – mise českého Traumatýmu v Nepálu**

*COS I FN Brno*

Posterová prezentace vysvětluje práci **Trauma teamu ČR** a jeho složení a začlenění podle Úředního věstníku EU č. 2008/73/ES, Euratom – „Civil Protection“ o civilní ochraně jako modul 7 **- předsunutá zdravotnická jednotka. USAR** je jednotka pro vyhledávání a záchranu v obydlených oblastech a v rámci TT zajišťuje veškeré služby spojené s technickou podporou, stanoviště, strava a další potřeby.

Další částí je působení trauma týmu a fotografická dokumentace lékařské a ošetřovatelské pomoci lidem v Nepálu v roce 2015.