



MUDr. Lia Vašíčková

DEKUBITY A JEJICH PREVENCE

ParaCENTRUM Fenix

Informační materiál vytvořený pro pečující osoby a klienty ParaCENTRA Fenix
v rámci projektu CZ.1.04/3.1.02/67.00030 Zpět do života II.



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

MUDr. Lia Vašíčková

DEKUBITY A JEJICH PREVENCE

Informační materiál vytvořený pro pečující osoby a klienty ParaCENTRA Fenix v rámci projektu CZ.1.04/3.1.02/67.00030 Zpět do života II.

Materiál je chráněn autorskými právy, je zakázáno jakékoliv kopírování, používání částí textu či publikování bez souhlasu autorky.

Předmluva

Milí přátelé, vy, kteří jste pečujícími osobami, i vy, kteří služby využíváte. Dostávají se Vám do rukou informační texty o dekubitech a jejich prevenci, které byly připraveny pro ParaCENTRUM Fenix v rámci projektu Zpět do života II. Tento tříletý projekt podpořený ze strukturálních fondů EU, je zaměřen jak na klienty, tak i na pečující osoby s cílem zlepšit kvalitu jejich života a díky tomu zvýšit i jejich šanci se uplatnit na trhu práce.

Nezbytnou podmínkou je zabránit vzniku komplikací zdravotního stavu. A dekubity jsou komplikací jednou z nejčastějších a nejzávažnějších. Z tohoto důvodu je předkládaný edukační materiál zaměřen na toto téma. Má poskytnout informace a rady nejen klientům, aby věděli, jak dekubitům předcházet, ale i pečujícím osobám. Právě pečující osoby denně „svému člověku“ asistují a mají možnost objevit změny a upozornit na problémy, které mohou se vznikem dekubitů souviset. Pracujeme v týmu a každý ze svého úhlu pohledu musí přispět ke společnému cíli. K tomu potřebujeme informace a znalosti.

Na konci každé kapitoly je několik otázek. Neslouží ke zkoušení, ale k tomu, aby si čtenář uvědomil, že problému rozumí. Pokud ne, může se znovu vrátit k textu. Chce-li být informován podrobněji či hlouběji, může si dohledat další informace v jiných zdrojích včetně těch, které jsou uvedeny na konci brožury.

Kapitola první

Jak dekubitus vzniká, vnější příčiny vzniku

Dekubitus, proleženina, dekous, díra... a mnoho jiných názvů, to vše jsou jména používaná pro to, co můžeme obecně nazvat poruchou kožního krytu. Porucha je také obecné označení, které může být použito pro stav od běžné prasklinky či odřeniny až po hluboký defekt zasahující ke kosti či dokonce do kosti a destruuující všechny struktury okolo. Ve zdravotnictví se používá výraz dekubitus, takže jej budeme používat i my.

Dekubitus je velký strašák všech delší dobu ležících i sedících lidí. A zcela právem. Nejen že zásadním způsobem znepříjemňuje život, omezuje aktivní život člověka včetně práce, ale hlavně je vstupní branou infekce do těla a velkým rizikem těžkých zdravotních komplikací. Léčba může být velice dlouhodobá a i dnes, v době velkého rozvoje medicíny, může i navzdory veškeré péči vést v krajním případě až k úmrtí.

Úplným základem je **prevence**. Slovo skloňované v medicíně ve všech pádech, všeobecně známé, ale u dekubitů platí dvojnásob. Prevence toho, aby dekubitus nevznikl. Kůže, která je jednou porušená, se již nikdy nevrátí do původního stavu, ale vždy se zhojí jizvou. A podle toho, jak veliký a jak hluboký dekubitus byl a také jakým způsobem byl léčen, se jedná o jizvu velkou či malou, povrchovou či hlubokou.

Kůže je důležitý orgán. Jste překvapeni slovem orgán? Ano, jako jsou orgánem plíce, srdce, játra, mozek atd., je orgánem i kůže. A to orgánem dosti těžkým – pokud bychom se „svlékli z kůže“ a tu zvažili, bude mít hmotnost 3-4 kg. V kůži a podkoží cirkuluje zhruba třetina naší krve a je v ní velké množství různých receptorů. Receptory jsou čidla našeho těla, která nám oznamují, že něco není v pořádku. Tělo pak reaguje, aby opět nastolilo původní řád a harmonii. Jako v hotelu požární čidlo reaguje na kouře a ihned spustí veliký alarm, tak i naše tělo má v sobě různá čidla, která hlásí poplach. Poplach se může projevit svěděním, bolestí, zvýšenou teplotou nějakého místa a dalšími signály. V tu chvíli si uvědomujeme, že něco není v pořádku a začínáme hledat, co to je a kde to je, co nám působí nepříjemnosti. Ale když se v daném místě vyskytne dekubitus, poškodí kůži i podkoží a zničí všechny receptory, tak nové receptory nám již nenarostou, jednoduše je ztratíme a již je nemáme. Kůže se zahojí jizvou, ale to co v ní v místě

dekubitu bylo, je nenávratně pryč. A tak vlastně v tomto místě jizvy dostáváme z okolí i z našeho těla zcela odlišné informace, než tomu bylo dříve.

Zeptáte se a to zcela právem: „Co mám dělat, aby se mi nevytvořil dekubitus?“ Příčiny vzniku dekubitů můžeme rozdělit na vnitřní (tedy vycházející z našeho vlastního těla) a vnější (působení vlivů z našeho okolí); postupně pohovoříme o obou skupinách.

Začneme **vnějšími vlivy** a všechny je probereme tak, aby bylo jasno, jak je možno si dát pozor na vznik dekubitu. Mezi nejčastější vnější příčiny vzniku dekubitů patří tlak, tření, střížné síly, vlhkost, teplota.

Tlak je – pokud si dobře vzpomenete na školní hodiny fyziky – hmotnost působící na plochu. Počítá se ve formě zlomku, kde v čitateli je hmotnost v kilogramech a ve jmenovateli plocha v metrech čtverečných. Tlak působí přes všechny zúčastněné tkáně, podle své velikosti a doby působení v nich vyvolává biochemické změny, vede ke zpomalení krevního proudu a za určitých okolností k ischemii (nedokrvění tkáně), otoku a k nekróze (odumření buněk).

U člověka sedícího ve vozíku či ležícího na lůžku je hmotnost (tedy jeho váha) veličina, která se nemění ani často, ani snadno. Proto jedním ze způsobů, jak můžeme tlak změnit, je rozložit jej na větší plochu. U vozíku to platí pro sedací polštář a zádovou opěrku, u lůžka pro matraci. Pokud budeme používat menší rozměr, než uživatel potřebuje, zvyšujeme tlak, protože zmenšujeme plochu, ale hmotnost uživatele zůstává stejná. Dalším důležitým faktorem je, abychom zabránili vzniku bodového tlaku. Na těle máme kostní prominence (výběžky), které nejsou příliš obaleny měkkou tkání a které mohou vytvářet bodový tlak. U sedícího člověka to jsou hrboly sedacích kostí, kost křížová, trnové výběžky obratlů a velké hrboly na zevní straně v horní části stehenních kostí (trochantery). U ležícího člověka se k již zmíněným místům přidávají i paty, kotníky, zevní a vnitřní strany kolen, lopatky a někdy i týl hlavy. Aby nevznikl dekubitus, musí se tyto prominence dobře a bezproblémově zanořit do materiálu, který tento tlak přenesení a rozloží na plochu. Nemáte představu, jak to funguje? Pokud sedíte na dřevěné židli, tak vás velmi rychle začne tlačit do zadnice a hledáte úlevu či si přisednete na židli polstrovanou, kde vyměkčení dovolí právě alespoň částečná zanoření kostních prominencí, tak se zlepší rozložení tlaku a také sníží výrazně bodový tlak. Pokud budete ležet na zemi, budete na chvíli „celí rozlámaní“,

protože zem je tvrdá a v oblasti každého kostního výběžku je velký tlak. Dáte-li si ale pod sebe jakoukoliv matraci, ta opět dovolí zanoření kostních výběžků a situace je podstatně jiná. Ale to ještě není všechno.

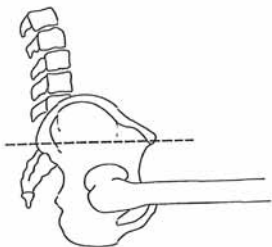
Každý máme citlivost a vnímavost nastavenou na jinou úroveň. A to platí i o vnímání tlaku a rizikosti vzniku kožního defektu. Co pro jednoho není naprosto žádný problém, to druhému může způsobit závažné komplikace. A situace je podstatně vážnější u ležících lidí, kteří sami nemohou změnit polohu. U nich je třeba vybírat antidekubitní materiály zvláště pozorně a polohovat ležícího člověka přes den i v noci. Frekvence polohování je standardně přes den každé 2 hodiny a v noci po 3 hodinách. Ale pokud člověk leží na speciálním lůžku s vysokou vzduchovou matrací či lůžku vodním (můžete se s nimi setkat v nemocnicích na odděleních vysoce specializované intenzivní péče), pak se doba polohování mění.

Hodně lidí s mobilitou na vozíku má sníženou kožní citlivost či necítí vůbec – u nich je riziko vždy vysoké. Bodový tlak se zpočátku projevuje zarudnutím kůže v místě tlaku, a proto je naprosto nezbytné denně kontrolovat stav kůže v zatížených oblastech. Všichni máme část těla, kam si nevidíme, proto by výbavou každého vozíčkáře mělo být zrcátko, aby si mohl denně kontrolovat hýžděvé partie. U lidí, kteří mají poruchu hybnosti horních končetin a nemohou si kůži sami denně kontrolovat, měl by to dělat denně rodinný příslušník či péči zajišťující osoba (např. při pobytu v sociální instituci, domově pro seniory atd.)

Z hlediska tlaku je třeba dát velký pozor na oblečení, ve kterém člověk sedí ve vozíku. Pokud švy spodního prádla procházejí právě pod hrboly sedacích kostí, riziko vyššího tlaku je ihned na světě. V takovém případě jsou pro pány vhodné boxerky se švy po stranách a pro dámy takové prádlo, aby jeho okraj byl jinde než hrboly sedacích kostí. Dnes není problém vhodné spodní prádlo pořídit. Obdobný princip platí pro absorpční plenkové kalhotky používané při inkontinenci („pampers“), když gumička prochází právě pod hrbolem sedacích kostí. Ale nejedná se jen o prádlo spodní, ale i kalhoty či sukni. Kapsa v oblasti hýždí, respektive její okraj, může být příčinou velkých problémů, pokud na to člověk nemyslí. Zvláště pak jsou rizikové jeans či zimní manšestráky, kde švy jsou řádně tlusté. O knoflících, zipch, cvocích a dalších ozdobách pak ani nemluvě.

Dekubity však mohou vznikat na kůži kdekoliv, i na dolních končetinách. A zde je riziko vyššího tlaku s následkem dekubitu při shrnutí ponožky v botě, nebo když šev ponožky zůstane přímo u nehtového lůžka na rozhraní nehtu a kůže. Od vzniklého puchýře, o kterém člověk s poruchou citlivosti ani nemusí

vědět, může být doba ke vzniku dekubitu velmi krátká, zvláště v situaci, když jsou nohy trochu oteklé.



Obrázek 1: pohled na pánev z pravého boku

Jednou z častých příčin vzniku kožního defektu je **tření**. Tření vzniká, když se jeden předmět pohybuje po druhém. Určitě znáte situaci, kdy mrzne a je zima na ruce. Tak si je hezky třeme jednu o druhou a vznikající teplo nám je trošičku zahřeje. A podobné tření může vznikat i při sezení na vozíku. V situaci, kdy pánev nemá dostatečnou stabilitu a sedací polštář jí vnější stabilitu nedodá, kloužou hrboly sedacích kostí dopředu, pánev podjíždí a překlápí se dozadu. Při tomto klouzání vzniká i tření. Pánev může klouzat i proto, že není vhodný úhel mezi sedákem a zádovou opěrkou, tedy vozík nerespektuje úhel kyčlí, který potřebuje uživatel. Nebo může klouzat, protože je uživatel vozíku silně spastický, spazmy napínají tělo do protažení (odborně se tomu říká extenční spasticita) a sám není schopen se vrátit do původní polohy. Je nucen sedět v poloze vynucené a tlak působí delší dobu. Existuje hodně situací při nevhodně nastaveném vozíku, které mohou vést ke klouzání pánve a tak vlastně zhoršovat situaci kůže s rizikem, že vznikne dekubitus. Nebo klouzavý oděv. Vzpomeňte si na dříve tak populární „šustáky“, tedy kalhoty a bundy z výrazně klouzavého materiálu. A také ještě stále je občas možno potkat člověka ve vozíku bez sedacího polštáře, který sedí jen na na nylonovém potahu. Dovolím si tvrdit, že téměř každý takto sedící dříve či později sjede hrboly sedacích kostí dopředu, vedle tlaku, kterým nylon působí na hrboly sedacích kostí, působí i tření a samozřejmě se spolupodílí i při tření vznikající teplo.

Tření je důvod, proč pro ležící klienty nelze používat škrobená prostěradla, ale naopak je třeba volit měkké materiály a je ještě vhodné doplnit kožíškovou ochranou pat, případně i loktů.

Dalším vnějším rizikovým faktorem pro vznik dekubitů jsou **střížné síly** neboli uskřinutí. Jak si uskřinutí představit? Jako děti jsme trápili své kamarády tzv. „ohníčkem“, vzpomínáte? Obejmete prsty předloktí kamaráda a jednou svojí rukou točíte po směru a druhou protisměru hodinových ručiček. Nejprve se kůže napne, protože je pružná, ale pak už to bolí, a pokud sevření nepovolí, tak to bolí hodně a může vzniknout i spálenina. I tady dle délky a intenzity působení třecích sil se zúží kapiláry (vlásečnice), které vedou krev, omezí se krevní proud, dochází k ischemii (nedostatek kyslíku) tkáně a při delším působení může stav vyústit až v nekrózu (odumření) tkáně. Delší působení může někdy znamenat i „jen“ 2, 3 hodiny. Na vozíku to funguje také tak. Při podkluzování pánve a jejím překlápění dozadu mohou být hlavním mechanismem vzniku dekubitu střížné síly. Představte si, že plně sedíte, kůže se nepohne, ale vnitřní tkáně – hrboly sedacích kostí, svaly a podkoží – se podsouvají dopředu. Přesně takto působí střížné síly. Velmi často jsou přítomny spolu se třením. Můžeme si jich všimnout i při přesunech z vozíku a na vozík, při větších pohybových aktivitách, v situacích, kdy člověk nemá ve vozíku dobrou rovnováhu, musí ji trvale hledat a stále se snaží korigovat postavení pánve, při kývavých pohybech, které někdy doprovázejí neurologické choroby. Určitě sami naleznete další situace, kdy dochází při užívání vozíku ke vzniku střížných sil, ať již samostatně nebo v kombinaci se třením.

Střížné síly mohou být i příčinou opakující se či nehojící se praskliny v horním pólu mezihýžděvé rýhy. V této situaci jde v naprosté většině případů o nevhodně vybraný sedací polštář či nevhodně nastavený vozík, popř. kombinací obojí.

Vlhko je čtvrtým zevním faktorem, o kterém budeme v souvislosti se vznikem dekubitů hovořit. Řada uživatelů vozíku má vedle své „základní“ diagnózy, tedy příčiny, která k sedu ve vozíku vedla, i další diagnózu – neurogení močový měchýř. Močový měchýř je dosti složitě ovládaná naše nervovou soustavou a při její poruše může dojít i k poruše vyprazdňování moče, že měchýř „drží“ nebo naopak „nedrží“. Výsledkem jsou různé kombinace situací, které patří do péče neuro-urologa, a jejichž výsledkem je nutnost cévkování či jinak řešené vyprazdňování moče. Ne zřídka je problémem spontánní únik moče. Někdy maličko po kapkách a občas, což vyřeší vložky nebo speciální vložky pro pány; jindy ve větším množství s nutností používat kalhotky pro inkontinenci řečené „pampers“, někteří muži v těchto situacích používají urinaly. Výsledkem inkontinence moče je vždy vlhko.

Někdy větší, jindy menší, ale vždy představuje velké riziko pro vznik dekubitů. Kůže je dlouhodobě ve vlhku a současně hůře dýchá, mění se její pH, snižuje se odolnost a snadněji se odírá. Samozřejmě má sníženou funkci jako zevní bariéra proti mikrobům. Moč je velmi často agresivní, infekční, tedy obsahuje bakterie a kůži poškozují. Někdy se v poškozené kůži zachytí i plíseň. Proto je zásadním preventivním mechanismem suchá pokožka. Jak toho docílit? Když člověk trpí inkontinencí, měl by se vždy poradit se specializovaným urologem, jak by bylo možno jeho situaci řešit. Existují medikamenty i jiné možné způsoby, jak odvádět moč, současně zajistit sucho, zbavit se nepříjemného zápachu a cítit se dobře. Pokud však tato situace trvá, je nutná zvýšená hygiena, častá výměna plenek s následným omytím a důkladným otřením a osušením kůže ve všech záhybech a oblečením čistého prádla. Klasickým průvodním jevem nedostatečného otření bývají zapařená třísla. Přiznám se, že nevím, proč existují „pampers“ s jínavostí 2 litry tekutiny. Dva litry nejsme schopni za běžných okolností nikdo z nás najednou vyprodukovat (jiná situace nastává, když si někdo dá 2-3 piva) a při produkci menšího objemu tekutiny je třeba kalhotky měnit. Právě kvůli prevenci dekubitů v terénu vlhké a v „pampers“ zapařené kůže. Základem je důsledné otření a vysušení vody i po běžné koupeli či sprše. Vlhko je i pot. Pot je slaný a rovněž může být agresivní. Proto v teplých letních měsících někdy nestačí pravidelná denní koupel či sprcha večer, ale je nutno se opláchnout i ráno. Samozřejmě s následným důsledným osušením.

Zvláštní důraz je třeba klást na sucho na dovolené, kdy nelze sedět ve vozíku ve vlhkých plavkách. A u moře, je naprosto zásadní osprchování či omytí sladkou vodou s následným osušením a převlečením do suchých plavek či oblečení.

Osobně jsem viděla i puchýře na zádech, které vznikly u několika klientů-vozičkářů, když se v tropickém létě pohybovali na mechanickém vozíku bez trička. Kůže byla vlhká potem, který je i slaný, a při jejím delším přímém kontaktu došlo k poruše a vzniku puchýřů v místě horního okraje zádové opěrky. Samozřejmě v situaci, kdy tam klient buď necítil vůbec, nebo měl změněnou citlivost.

Teplo je posledním zevním faktorem, o kterém dnes v souvislosti se vznikem dekubitů budeme hovořit. Uvedme si několik situací, v nichž hraje roli vztah klientovy kůže a tepla. Například teplo z hrnečku s horkou kávou, čajem, grogem či čímkoliv jiným, který je vezen na vozíku mezi stehny. To, že v rukou hrneček nepálí, neznamená, že pro kůži stehna, kde je změněná citlivost či je úplná necitlivost

kůže, nebude příliš teplý a nedojde ke vzniku puchýřů a následně i dekubitů. A to i v situaci, když jsou mezi hrnečkem a stehny např. tepláky. Dále teplo z popela cigarety, který dopadne na kůži, může být na počátku vzniku rozsáhlého kožního defektu. Nebezpečné je i teplo ze žebra ústředního topení, ke kterému se člověk v noci otočil či se případně o něj opřel částí těla, kde to necítí. Dalším příkladem je teplo, které sálá z táboráku na bérce, nebo teplo ze sluníčka, které nás neopálí, ale přímo spálí (např. loket opřený v automobilu na dveřích na straně, kam svítí sluníčko). Rovněž je třeba věnovat velkou pozornost teplu různých rašelinových či jiných nahřívacích látek včetně lávových kamenů. I když v zóně dobré citlivosti kůže jsou příjemně teplé, v přechodové oblasti či na části těla, kde se snižuje citlivost až i k úplné necitelnosti, může ten samý zábal vytvořit velký puchýř či být příčinou vzniku těžkého poškození kůže.

Je třeba analyzovat různé situace a zvažovat jejich důsledky. Posledním zde uvedeným příkladem, ale v životě jich naleznete mnohem více, jsou dnes moderní čtyřkolky či motorčky upravené pro vozičkáře. Často na nich dochází ke spálení nohy o výfuk s následným rozsáhlým defektem.

Všechny uvedené vnější příčiny vzniku dekubitů působí na každou kůži, ale v situaci, kdy je porušeno nervové zásobování kůže, je kůže výrazně náchylnější a vše je komplikováno při poruše citlivosti, ať již formou vnímání jiných pocitů, brnění, mravenčení nebo při ztrátě citlivosti úplné. A také za různých podmínek reaguje kůže jednoho konkrétního člověka různě. Nelze tedy spoléhat na to, že minule to bylo dobré, ale vždy je nutná opatrnost.

Otázky:

- Co je to dekubitus?
- Jaké jsou vnější rizikové faktory jeho vzniku?
- V jakých situacích se jednotlivé faktory projevují a jak je možno jim předejít?

Kapitola druhá

Vnitřní příčiny vzniku dekubitů

Vnitřní příčiny znamená, že jsou v našem těle, že vzniku dekubitu napomáhá, či přímo se na jeho vzniku podílí nějaká situace uvnitř našeho organismu. Znamená to, že při prevenci vzniku kožního defektu musíme vzít v úvahu a normalizovat také i tyto faktory vnitřní.

Častým problémem, který provází některé uživatele vozíku, je **inkontinence**. Přesto, že byla uvedena mezi vnějšími faktory, patří jako zdravotní situace i do faktorů vnitřních. Bez ohledu na to, je-li přítomna trvale či občasně. Inkontinence je příčinou vlhkosti, ve které kůže maceruje, dráždivé látky z moči porušují povrchovou obrannou kožní bariéru. Kůže se tak stává méně odolnou a odře se podstatně snadněji i v situaci, která by za sucha byla jinak bezpečná. Porušeným kožním krytem prostupují i bakterie, které často v moči u klientů s neurogenním močovým měchýřem (porucha močení, kdy příčinou je porucha nervové regulace močového měchýře, ať již vzniklá úrazem míchy, chorobou či vrozeným stavem) bývají, a zhoršují hojení dekubitu. Zvláště pak v případě, je-li inkontinence opakovaná a kůže je vystavena vlhkosti z moče dlouhodobě. O roli neuro-urologa již bylo psáno v předchozí kapitole.

Vlhko může být v oblasti pánve zapříčiněno také výrazným pocením. Tím, že člověk sedí ve vozíku, povrch hýždí a zadní strana stehen se nemají možnost ochlazovat. Proto lidé, kteří trpí potivostí, by měli mít sedací polštář nejen s dobrým efektem na stabilitu a postavení pánve a antidekubitním efektem, ale i s možností odvádět teplo. Různé materiály rozdílně izolují a každý sedací polštář má i z tohoto pohledu jiné vlastnosti. Důležitá je také kvalita potahu sedacího polštáře – aby vlhko a teplo dobře odváděl. Inkontinenční potahy jsou minimálně prodyšné, proto jsou určeny opravdu pouze a výhradně pro situaci existující inkontinence.

Malnutrice (porucha výživy) je dalším vnitřním faktorem, který ovlivňuje vznik dekubitu. Naše tělo potřebuje mnoho „stavebních“ kamenů a další k tomu, aby mohlo zajistit dobrou funkci všech systémů. I při velmi pestré stravě se může

stát, že některou důležitou látku má organismus v menším množství, než potřebuje. Když 172 cm vysoký člověk váží 68 kg, ještě to neznamena, že je u něj po stránce výživové vše v pořádku. Proto by se na odděleních, kde leží pacienti s rizikem vzniku dekubitů, měly provádět i testy právě na prvky a minerály, ovlivňující výživové aspekty, a dle potřeby je ve spolupráci s nutričním terapeutem (dříve se říkalo dietní sestra) doplňovat. Ale jak doma? Pokud řešíte jednorázový kožní defekt, který se dobře hojí a zatahuje, s největší pravděpodobností se dobře uzavře. Ale jedná-li se o defekt opakovaně či dlouhodobě se nehojící, je třeba se domluvit se svým praktickým lékařem na rozboru krve. Při něm nestačí zjistit pouze hodnoty celkové bílkoviny, ale je třeba i test na albuminy a prealbuminy, které jsou zásadní pro dobré hojení defektu. I v situaci, kdy hodnota celkové bílkoviny je v normě, mohou být právě albuminy a prealbuminy sníženy. V případech patologických (od normy se lišících) výsledků je nutno s lékařem stav konzultovat a určitě je vhodná spolupráce s nutriční terapeutkou z nejbližší nemocnice. Nutriční terapeutka, dříve dietní sestra, poradí, co a jak je potřeba ve stravě doplnit, případně sestaví jídelníček na určité období tak, aby byly chybějící látky tělu dodány. Existují i již připravené potravinové doplňky a roztoky na pití právě k použití při nehojících se dekubitech. Osobně mám velmi dobré zkušenosti s podáváním zinku a selenu, jsou volně v prodeji v lékárně jako potravinové doplňky, ale dávka nikdy nesmí překročit doporučenou maximální denní dávku dle příbalového letáku.

S výživou souvisí i **obezita a podvýživa** ve smyslu hmotnosti člověka. **Obezita** vede ke zvětšení objemu tukové tkáně v těle, zvětšená hmotnost člověka působí větším tlakem v oblasti kostních prominencí (výstupků) a zvyšuje se riziko vzniku kožního defektu. Dalším problémem může být u obézních klientů výběr vhodného sedacího polštáře. Při rozhodování o jeho rozměrech musí být zohledněn jak faktický rozměr pánve, tedy kostní parametry, tak celková šíře jdoucí na vrub měkkých tkání. Rovněž i výrazněji **snížená hmotnost** klienta zásadním způsobem zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Zde naopak tukové tkáně ubývá, kožní výrůstky jsou těsně pod kůží a tlačí na ni. Stav, kdy je člověk „kost a kůže“ a „kosti z něj přímo lezou“, jste určitě již někdy u někoho viděli.

Svalová atrofie (úbytek objemu svalové hmoty) se někdy může zdát podobná podvýživě, ale rozdíl je v tom, že se snižuje objem svalové tkáně jen někde; atrofie není přítomna na celém těle člověka, ale jen v těch částech, kde došlo k poruše

nervového zásobení. Příkladem budiž atrofie hýždí a dolních končetin u některých paraplegiků (statisticky častěji muži než ženy) nebo atrofie interosseálního svalstva (drobné svaly na hřbetu rukou) u některých tetrapostihovaných. V místech atrofovaných svalů jsou kostní prominence ve velké blízkosti kůže a i při malém tlaku může dojít k otlaku či rozvoji dekubitu.

Někteří pacienti-klienti mají **přidružená onemocnění**, která podstatným způsobem ovlivňují průběh hojení dekubitu. Obecně je známý diabetes mellitus (úplavice cukrová neboli cukrovka), při kterém se hůře hojí všechny rány. Člověk s tímto onemocněním musí ještě více předcházet vzniku otlaků apod. a hlavně musí mít svoje onemocnění dobře kompenzováno a důsledně musí dodržovat dietní režim. V případech, že člověk užívá na cukrovku tablety a má dekubitus či jiný kožní defekt, který se nehojí, doporučuje se převedení z tabletek na inzulin, byť třeba jen dočasně. Na straně druhé je vhodné, aby u každého, komu se nehojí kožní defekt, byla provedena analýza cukru v krvi a byl tak vyloučen diabetes. Existují i další choroby, při kterých se dekubity obecně špatně hojí. Proto je vhodné konzultovat přidružené choroby a stav jejich kompenzace se svým lékařem i se zřetelem za hojení dekubitu.

Porucha cirkulace krve může být další vnitřní příčinou, které vede ke vzniku kožního defektu. U lidí, kteří jsou plegici na vozíku po úrazu páteře a míchy či po získaném postižení míchy, dochází k větší či menší poruše všech systémů od úrovně poškození směrem dolů a tedy i k poruše cirkulace krve. Často se projevuje tzv. hypostatickými otoky. Hypostatický znamená, že chybí pohyb svalové pumpy, která při chůzi „pumpuje“ a pomáhá vracet žilní krev zpět směrem k srdci. Pro prevenci těchto otoků je důležitá jednak vhodně nastavená délka stupačky u vozíku, ale také vhodné umístění nohou na stupátku a úhel v kolenních kloubech, elevování (podložení, aby byly kotníky výše) nohou večer na lůžku, lehká masáž lýtek, vířivka na plošky atd. V trénu otoků dolních končetin může vzniknout dekubitus na patě podstatně snadněji a rychleji než když otoky klient nemá.

Jak nám postupně přibývají léta, **kůže** nám **stárne** a stává se **suchou**. Určitě znáte některé seniory, kteří mají kůži jak tenký pergamen. Takto vysušená kůže je velice náchylná na jakékoliv poškození mnohem více než kůže vláčná. Je nutno ji dobře promazávat a snažit se zamezit vysušení. Jak říkávám svým pacientům – člověk musí být trvale namazán a jedním dechem dodávám zevně.

Jde o promazání kůže, aby byla hydratovaná, vláčná a elastická. Je možno mazat různými mastmi s dobrým efektem – vazelínou, indulonou, měsíčkovou mastí, různými hydratačními mastmi či mléky, vepřovým sádlem (samozřejmě nesoleným). Každému vyhovuje něco jiného, důležitá je odezva a vláčnost kůže.

Jako ve všech oblastech našeho zdraví, tak i v otázce dekubitů se projevuje naše duše, z pohledu příčiny vzniku dekubitů můžeme stav nazvat **pokles mentální kapacity**. To neznamena pouze stav, kdy máme nižší IQ. Pokles mentální kapacity navozuje i depresivní ladění či dokonce klinicky vyjádřená deprese. Když se člověku zásadně změní zdravotní stav, najednou se ocitne na vozíku či jej zaskočí závažné onemocnění nebo se nakupí mnoho starostí a najednou neví, jak se říká, kudy kam, může upadnout do depresivního ladění velmi snadno. Nevšímá si věcí, na které je jinak velmi opatrný, a cestička pro kožní defekt je připravena. Zde nastupuje velká role pečující osoby. Nejen aby ohlížela kůži svého klienta/přítele/manžela/dítěte, ale dle možností pomohla problém řešit a také zvážila komplexně situaci a v případě potřeby hledala odbornou pomoc pro jeho duši cestou praktického či následně specializovaného lékaře.

Jistě bychom našli i další vnitřní příčiny, které mohou vést k poruše kůže, výše uvedené jsou jen ty nejčastější.

Otázky:

- Co to jsou vnitřní rizikové faktory vzniku dekubitů?
- Dokážete vysvětlit, které to jsou a v čem jsou rizikové?
- Jak jim můžeme předcházet?

Kapitola třetí

Popis dekubitu

„Mám dekubitus, co s ním mám dělat?“ To je častý dotaz mailový nebo telefonický. Ale jak ten dekubitus vypadá? Je to jenom odřenina nebo je hluboký, secerňuje (sákne) z něj tekutina nebo je suchý? Je zarudlý, bledý nebo naopak černý? A mnoho dalších otázek, které jsou velmi důležité k tomu, abychom si mohli udělat obrázek o tom, co dekubitus potřebuje. Rozhodně je nutné, aby jej ošetřující osoba viděla. Píší ošetřující osoba, protože to může být jak lékař, tak i sestra specialista, která se zaměřuje na techniky vlhkého hojení. Zkušená sestra, kterou tato problematika oslovila a která se jí intenzivně věnuje, je opravdu „poklad“. Ale v prvním momentě, než se setkáte, je třeba dekubitus nějak popsat.

Jednak je nutné říci, **kde** dekubitus vznikl – na patě, na vnitřním nebo zevním kotníku, nad křížovou kostí vzadu nad rýhou mezi hýžděmi, na zadnici zespodu co sedíme (to je obvykle nad hrbolelem sedací kosti) vpravo či vlevo, nad kyčlí ze strany vpravo či vlevo atd.

Dalším důležitým popisným prvkem je **barva**, a to jak vlastního dekubitu, tak i jeho okolí. Například to může být zarudlá skvrna nebo naopak bledé místo, začernalá tvrdší kůže. Může vypadat jako koláč – to znamená střed jinak a okolí jinak. Uprostřed může být světle růžová tkáň a okolí je více či méně zarudlé. Nebo střed dekubitu může být povleklý – žlutými skvrnami, může být celý žlutý, nazelenalý, s tmavými fialovými okraji atd. To vše má velkou výpovědní hodnotu o osídlení bakteriemi.

Výpovědní hodnotu má i **teplota kůže** v místě dekubitu. Samozřejmě nesaňáme do vlastního defektu kůže, ale na jeho okolí. Může mít normální teplotu nebo může hřát až pálit. I tato skutečnost ukazuje na možnosti přítomnosti infekce.

Velikost a tvar nesmí při popisu dekubitu chybět. Dekubitus může být ve formě prasklinky, odřeniny, spodiny pod puchýřem, ale také může mít tvar oválný, kulatý, trojúhelníkovitý, čeština má mnoho přídavných jmen, kterými je možno tvar popsat. U defektů, které jsou hlubší, je tvar miskovitý či kráterovitý a tyto defekty mají **okraj** plynule přecházející do okolní kůže nebo naopak naválitý, hrubý s jemným či tvrdším okrajem, který může tvořit světlé či tmavé krusty nebo

se může šupinkovitě odlupovat. Velikost takto měříme orientačně pouze plošně, trojrozměrné měření (hloubku) provede specialista sterilními nástroji při převazování. Používáme nevytáhané centimetrové měřítko, kterým ve vzduchu nad vlastním defektem změříme průměr, je-li kulatý, nebo určíme dva na sebe kolmé rozměry, je-li oválný, případně změříme strany trojúhelníku. Měříme velikost vlastního defektu i velikost případného lemu, který má na svém kraji.

Většina defektů vypadá jinak na okraji a jinak na **spodině** v centrální části. U spodiny popisujeme barvu, sekreci, tvar i velikost.

Zápach může provázet některé dekubity pouze při jejich odkrytí, jiné jsou nevábně cítit již při příchodu do místnosti, kde člověk s tímto dekubitem žije. Že se jedná o velmi nepříjemnou situaci fyzicky i psychicky, není třeba vůbec hovořit. Dekubitus tak může způsobit vedle zdravotních komplikací i společenskou izolaci postiženého člověka.

Také jsme již zmínili **sekreci** (= zda z dekubitu vychází tekutina). Kožní defekt může být bez sekrece – zcela zaschlý nebo lehce vlhký, ale tekutinu žádnou neprodukuje. K takovému defektu se někdy krycí materiál může i přilepit a při převazu nelze lehce spontánně odstranit. Sekrece může být malá, střední, silná, můžeme popsat i barvu sekretu – je-li světlá, nažloutlá, nazelenalá, lehce prokrvácená (růžová) nebo tmavá.

Okolí kožního defektu jsme v předchozích odstavcích již popsali co do barvy, teploty kůže, velikosti i tvaru. Ještě nám zůstává popis týkající se konzistence = tuhosti tkáně v okolí při jejím pohmatu. Pokud je dekubitus umístěn v místě, kde jsou pod ním svaly, mělo by být okolí při jemném pohmatu měkké, pružné jako nad normálním svalem. Je-li v místě, kde je vespuďu kost, pohmatový vjem je tuhý, ale vždy by měl být okolo celého dekubitu stejný. Tím je míněno, že pokud „podkladová tkáň“, na které se dekubitus vytvořil, je stejná, musí být stejný i pohmatový vjem. Zatvrdnutí nebo naopak výraznějším změkčení nebo dokonce pocitu posunu či mlaskavým fenoménům v některém okrsku vedle dekubitu je nutné věnovat velkou pozornost, protože jsou velmi pravděpodobně známkou toho, že se děje něco nedobrého (infekce) někde v podkoží či spodních vrstvách.

Všechny uvedené popisné údaje slouží ke specifikaci dekubitu. Pokud potřebujete první radu, než se dostanete na vlastní ošetření, a popíšete dekubitus podle uvedených kritérií, je velká pravděpodobnost, že vám konzultující osoba poradí dobře a doba, než budete řádně ošetřeni, situaci nezhorší. Ale vždy platí, že nikdy

není dobré vlastní ošetření odkládat. A ještě jedna poznámka. Pokud jste na nějaký lék či látku alergičtí, nezapomeňte to nahlásit. Například některá krytí či materiály jsou na bázi jodu, který je relativně častým alergenem, a alergická reakce by mohla průběh hojení velmi nepříjemně zkomplikovat a dosti prodloužit

Samozřejmě je důležitý i **celkový stav** člověka, tedy má-li teploty a jak vysoké, jsou-li bolesti (ne všichni s kožním defektem mají anestezii=necitlivost kůže v daném místě) a ostatní faktory vnitřní a vnější tak, jak byly uvedeny v předchozích kapitolách.

Otázky:

- Co všechno popíšete u dekubitu?
- Kde všude budete u dekubitu hodnotit barvu?
- Kdy budete mít obavu z infekce?

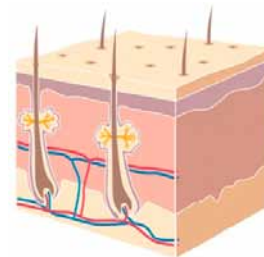
Kapitola čtvrtá

Dělení dekubitů

Víme již, jak dekubity vznikají, jaké jsou vnitřní a vnější příčiny jejich vzniku, jak dekubitus popisujeme, když o něm vyprávíme. Tato kapitola pohovoří o tom, jak se dekubity oficiálně dělí.

Existují různá kritéria dělení dekubitů, ale pro náš účel je nejvhodnější rozdělení dekubitů na čtyři stádia. Principem tohoto dělení je hloubka, do jaké dekubitus zasahuje, a které tkáně postihuje. Ale začněme pěkně od začátku.

O **I. stupni** hovoříme, když není porušen kožní kryt. V místě zvýšeného bodového tlaku, působení třecích či střížných sil dochází ke změně barvy kůže – k zarudnutí nebo naopak vyblednutí. U lidí s velkým množstvím pigmentu, kteří mají snědou kůži, se zarudnutí může jevit až fialovou barvou. Také může být změna kůže ve smyslu otoku nebo kůže vypadá – má povrchovou strukturu – jako pomerančová kůra a pokud je zachovaná citlivost, ohrožená oblast svědí nebo bolí. Oblast, kde je dekubitus I. stupně, může hřát či být horká, ale také nemusí být změna kožní teploty.



Obrázek 2: průřez kůže

(zdroj: <http://dynamiccarers.blogspot.cz>)



Obrázek 3: dekubitus I. stupně

II. stupeň kožního defektu je stav, kdy je porušena kůže a jí přilehlá vrstva škáry. Projevuje se jako odřenina či mělký miskovitý defekt, může být i ve formě puchýře. Klasickým příkladem je povrchová spálenina se zarudnutím a puchýřem například po polití horkou tekutinou. Pozor na spáleniny v místech, kde člověk necítí – když si veze hrnečku s horkou kávou mezi stehny, tetraplegik drží v prstech

horký párek, popálení horkým popelem od cigarety v místě, kde člověk necítí atp.) nebo povrchová odřenina pod hrbolem sedací kosti.



Obrázek 4: dekubitus II. stupně

(zdroj: <http://dynamiccarers.blogspot.cz>)

Ve **III. stupni** dekubitus zasahuje do hloubky přes kůži, podkoží až ke svalové fascii. Fascie je blána, která obaluje svaly (my lidé máme jako např. králík jednotlivé svaly obaleny blánou a blány jednotlivých svalů po sobě kloužou). Dekubitus dosahuje pouze k této fascii, ale neporušuje ji a nejde do hloubky pod ní. Je tu riziko vzniku kapsy nebo jinak řečeno chobotu, kde se stále udržuje infekce. Takový kožní defekt může mít podminovaný okraje a může zasahovat hluboko dovnitř a do strany od porušeného kožního krytu. Velkým rizikem je, že se uzavře ústí defektu, uvnitř zůstává vlastní „chodbička“ a „jeskyňka“ i s hnisem. Ten se nevstřebá, ale s časovým odstupem se může znovu otevřít a defekt se obnoví nebo zůstává uzavřený, hnis „pracuje“ uvnitř. Po nějaké době, třeba i po 2 měsících, má člověk najednou vysoké septické teploty a hledá se, co je jejich příčinou. Samozřejmě, že je nutné takový dekubitus chirurgicky otevřít a dále řešit.



Obrázek 5: dekubitus III. stupně zasahuje až k fascii, která kryje červený sval

(zdroj: <http://dynamiccarers.blogspot.cz>)

Nejtěžším a nejzávažnějším je **IV. stupeň** dekubitu, kdy se jedná o rozsáhlou destrukci tkání do hloubky, dekubitus jde nejen k fascii svalové, ale přestupuje tuto fascii, zasahuje a destrukuje do hloubky do svalu a do všech přilehlých struktur včetně možnosti napadení kostní tkáně. Napadení kosti označujeme jako osteomyelitis, tedy zánět kosti, a vždy se jedná o velice závažný a život ohrožující stav. Je nutno používat silná antibiotika, léčba trvá dlouho a mnohdy je nutno část kosti resekovat (vyjmout). Takto může být například resekována hlavička kloubu kyčelního, pokud je kožní defekt nad velkým trochanterem (větší hrbolek na stehenní kosti, který si můžeme nahmatat na boku v horní části stehenní kosti).

Každý kožní defekt, i z počátku malá odřeninka, se v nepříznivé situaci může vyvinout v rozsáhlý defekt III. či IV. stupně. Proto je tak nutné se o každou „drobnost“ v poškození povrchu kůže poctivě a dobře postarat a nepodceňovat ji.

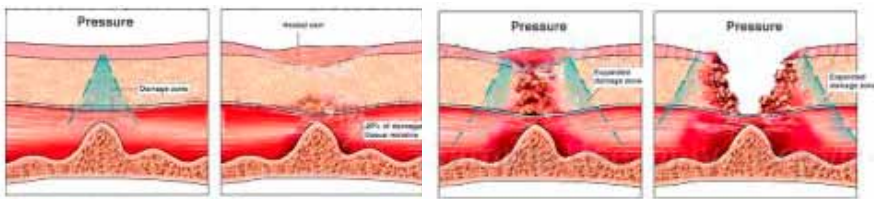


Obrázek 6: dekubitus IV. stupně devastuje rozsáhlé tkáně včetně kosti

(zdroj: <http://dynamiccarers.blogspot.cz>)

Vedle již uvedených čtyř typů dekubitu existuje jeden zvláštní, kterému říkám **vnitřní dekubitus**. Toto není oficiální název, ale pro ozřejmení, co mám na mysli, mi toto pojmenování připadá výstižné. Ve dříve uvedených situacích vznikal dekubitus na povrchu kůže a postupně se zhoršoval. To znamená, že nejprve bylo např. zarudnutí, při pokračujícím tlaku vznikla odřenina, která se šířila do hloubky a přes III. stadium se stav i navzdory veškeré léčbě zhoršil do stadia IV. Ale vnitřní dekubitus je zrada. Dochází k otlaku tkáně uvnitř, je stlačena nebo síly střížné (viz předchozí kapitoly) působí uvnitř tkáně s maximem na tkáň, která je blízko kosti. Na povrchu na kůži nemusí být zpočátku vůbec nic vidět. Takovým příkladem, který si můžeme uvést pro názornost, je situace, kdy člověk sedící ve vozíku nemá stabilní pánev, podjíždí a pánev se překlápí dozadu. Potom se celý hrbí v zádech, a aby se mohl narovnat a lépe se mu sedělo, se opět vysune

nahoru. Tato situace se opakuje v průběhu dne více či dokonce mnohokrát. Stav, kdy se nepohybuje po sedáku tolik kůže, ale pouze vnitřní tkáň, je přímo „zralý“ pro vznik vnitřního dekubitu. Jedná se o lidi, kde je velká porucha citlivosti nebo úplná anestezie (ztráta citlivosti). Pokud je citlivost zachována, vnitřní tkáň bolí a člověk se snaží proti tomu něco dělat. Ale v situaci, kdy necítí, dojde k otlacení s možným odumřením tkání uvnitř v místech, kde působí bodový tlak, dekubitus se šíří směrem nahoru na povrch, dojde k zarudnutí kůže, je teplá a v krátké době může celý okresek takto poškozené tkáně vypadnout. To znamená, že se i v průběhu 24 hodin najednou udělá v místě defektu hluboký kráter, rozmokvané odumřelé tkáň proniknou k povrchu, dekubitus hodně secernuje (produkuje tkáňovou tekutinu se zbytky odumřelých tkání a krví). A najednou tu máme dekubitus IV. stupně, který se dlouho připravoval, byl ložiskem přítomným v těle a tělo proti němu bojovalo. Právě proto je tak důležité, aby vozíčkář každý večer poctivě prohmatával hýždě a boky a objevil tak každou vnitřní zatvrdlinku či změnu charakteru pohmatu, která tam dříve nebyla. V případě, že ji nalezne, musí denně sledovat, zda zůstává stejná nebo se vyvíjí a dle toho aby požádal o konzultaci u odborníka.



Obrázek 7: postupný rozvoj vnitřního dekubitu

Toto dělení je používáno v lékařských zprávách spolu s popisem, o kterém jsme hovořili v předchozí části.

Otázky:

- Jak dělíme dekubity a v čem se jednotlivá stadia liší?
- Hrozí nebezpečí, když se u nezhojeného dekubitu uzavře pouze nahoře kožní část?
- Co je důležité pro zjištění případného procesu v hloubi tkáně (vnitřní dekubitus)?

Kapitola pátá

Léčba dekubitů

V předchozích kapitolách jsme hovořili obecně o tom, co to dekubitus je, o vnitřních a vnějších příčinách jeho vzniku. S rozбором příčin vzniku souvisí samozřejmě i možnosti prevence, tedy jak vyloučit jednotlivá rizika a tím předcházet vzniku dekubitu. Dozvěděli jsme se, když již dekubitus vznikne, jak jej popíšeme a také jak dekubity dělíme. Krok za krokem jsme se postupně dostali k velké kapitole o léčbě dekubitů. Především jsem hned na počátku, že to není návod, jak si sám doma dekubitus léčit a vyléčit. Připomínám, že je to plocha, kudy může vniknout do těla infekce, a proto by se každý měl poradit s lékařem či zkušenou sestrou, která se léčbě dekubitů dlouhodobě věnuje. Součástí této kapitoly jsou informace i o obecných možnostech léčby, protože existuje řada firem, které vyrábějí celou řadu různých materiálů na léčbu kožních defektů. Tyto materiály mají u každého výrobce jiné jméno, ale použití a efekt léčby může být podobný.

Možností přístupu k léčbě je více. Jednak **klasické metody** jako je obložkování, což je převazování 3-4 denně s gázou, která je sama napuštěna účinnou látkou, nebo slouží k jejímu krytí. Mnozí z vás znají názvy jako Višněvského balzám, peruánský balzám (krátce perubalzám), genciánovou violeť, která zafialoví veškeré prádlo, aplikace mastí s krytím gázou. Vedle klasických metod existuje také tak zvané **vlhké hojení**. Je to metoda, která udržuje v dekubitu optimální vlhké prostředí, které podporuje hojení. Jsou při něm používány hromadně vyráběné speciální materiály, které obsahují různé látky zajišťující léčbu a hojení dekubitu. Píši obecně léčbu, protože některé látky rozpouštějí nekrosu (odumřelou tkáň), jiné působí antibakteriálně při osídlení defektu mikroby, další pak zachycují sekret z dekubitu a pohlcují pachy, ještě jiné podporují granulaci nové tkáně atd. Řadu z materiálů používaných v metodice vlhkého hojení je možno použít ve více fázích postupu hojení.

Základem léčby každé rány je její **vyčištění**, aby v ní a na okrajích nebyla odumřelá tkáň, ale tkáň byla „čistá“ a buňky byly schopné granulace a hojení. Vyčištění může být provedeno mechanicky, chemicky, enzymaticky a/nebo autolyticky.

Mechanicky znamená jednak chirurgicky, kdy chirurg odstraní z defektu všechny tkáně, které tam nemají být. Je to nejrychlejší vyčištění, ale je riziko, že je vzato více tkáně, než je nezbytně nutné. Dále do mechanického vyčištění patří oplachy vodou a sprchování, které je vhodné, a také masíruje okolní tkáň. Třetí metodou, kterou můžeme označit jako mechanické čištění, je V. A. C. terapie, což je terapie podtlakem v kombinaci s vlhkým hojením. Podtlak je přesně definován, zlepšuje prokrvení v ráně, zvyšuje tlak kyslíku ve tkáních, zmenšuje jejich otok a urychluje hojení.

Enzymatické vyčištění může být buď s použitím enzymatických mastí, nebo biologické. Při použití enzymatických mastí, příkladem takové masti je IruXol ung., jsou nutné častější převazy a léčba není finančně právě levná. O biologickém enzymatickém vyčištění rány hovoříme, pokud používáme sterilní larvy *Lucilia sericata*. Čtete opravdu dobře – používáme larvy. Larvy vylučují enzymy, které rozkládají odumřelou tkáň. Aplikují se obvykle na 3 dny, a i tato terapie je finančně dosti nákladná. Při použití larev se v ráně vlní a všelijak pohybuje množství malých „červíků“ a vypadá to, jako by „okusovali“ spodinu dekubitu. Přiznám se, že opticky se mi tato terapie nelíbí, nemám s ní osobní zkušenosti – ani jako lékařka, ani jako pacientka. Ale jsou specializovaná centra, která s ní mají při čištění ran velmi kvalitní výsledky.

Při **chemickém** vyčištění defektu je používáno chemických látek – např. peroxidu vodíku. Ten bakterie okamžitě zabíjí, šumí a s pěnou, která je produkována, je odplavován hnis. Ale neovlivňuje nekrotické tkáně a je riziko poškození novotvořené granulační tkáň. Další látky, které je možno použít při chemickém čištění dekubitu (např. 40% urea, kyselina salicylová, kyselina benzoová a další), je naprosto nezbytné aplikovat pouze na tkáň, kterou potřebujeme ošetřit. Jinak může dojít podráždění okolní kůže, negativně působí i na novotvořenou granulační tkáň. Proto se tento způsob čištění nepoužívá u ran, kde je nekrosa, ale které jsou jinak čisté.

Posledním způsobem v seznamu, ale nikoliv významem, je **autolytické** čištění defektu. Podstatou je, že vlhké prostředí vede za určitých podmínek k postupnému rozpouštění odumřelých tkání. Rozpouštění je podporováno enzymy, které naše tělo uvolňuje v zánětlivé fázi hojení do spodiny defektu. Z moderních materiálů proces autolytického čištění podporují hydrokoloid a filmy, které udržují vlhkost vlastní tělu, a čištění probíhá rychleji. Dále pak to jsou hydrogely, které do odumřelé tkáně dodávají vodu.

To, který způsob vyčištění spodiny defektu použijeme, musí rozhodnout kvalifikovaný odborník. Ne každý postup je vhodný na všechny dekubity a rozhoduje znalost a zkušenost zdravotníka, aby vybral pro konkrétní dekubitus ten nejvhodnější.

A zde se již dostáváme k jednotlivým skupinám látek používaných v **metodice vlhkého hojení**.

Neadherentní krytí (nepřilnavé krytí), které má masťový základ nebo obsahuje jiné složky a tak se k ráně „nepřilepí“. Fakt, že krytí nepřilne a lehce se odstraní, je velmi důležitý, protože nestrhává nově tvořenou jemnou granulační tkáň. Neadherentní krytí se používá se na povrchové rány, odřeniny, chirurgické rány, některé popáleniny, vředy. Krytí jsou koncipována tak, že tekutina ze tkáně může z rány ven, ale dovnitř se nic nedostane, i když toto krytí „dýchá“. Do této skupiny patří např. Curity (síťka impregnovaná olejovou emulzí), Jelonet (tylová tkanina s parafínem), Tricotex (umělé hedvábí), Vaseline gáza (krytí s vazelínou) nebo Adaptic, a další.

Antiseptické obvazy jsou krytí, která se taktéž nepřilepí, obsahují však i protibakteriální látky a proto se používají na infikované rány. Příkladem tohoto typu krytí je Inadine (u kterého nesmí mít pacient alergii na jód, protože obsahuje povidonjod), Bactigras, Curasalt (salt, protože obsahuje 20% hypertonický roztok NaCl), Xeroflo (se solemi bismutu) či Xeroform a jiná.

Obvazy s aktivním uhlím jsou určeny na rány, které secernují velké množství sekretu, aktivní uhlí absorbuje zápach, proto jsou používány i u silně páchnoucích defektů. Některá tato krytí obsahují i částičky stříbra, ty je možno použít i na ránu výše uvedených vlastností, která je infikována. Možná už znáte Actisorb Plus či Vliwaktiv (aktivní uhlí s částičkami stříbra) nebo aktivní uhlí v preparátech Bauer Bandage, Estex, Acatex.

Algináty jsou obvazy s mořskými řasami, které mají výraznou schopnost nasávat tekutinu. Nasátím tkáňového sekretu z rány se mění na nepřilnavý gel, pod nímž je v ráně udržována vlhkost. Ta vytváří optimální podmínky pro tvorbu nových buněk a epitelu, při převazu se odstraňuje a nové buňky neporušuje. Příklady alginátového krytí jsou Algosorb-Ca nebo Curasorb kalcium (obě krytí obsahují vápník), Kaltostat, Sorbalgon, Comfeel Sea Sorb, Flaminal (s obsahem enzymů), Askina calgitrol a Silvercel (obě obsahují stříbro), Curasorb Zn (se zinkem).

Hydrogely jsou průhledné gely, které vytvářejí vlhké prostředí a napomáhají přirozenému odloučení nekrotické (odumřelé tkáně). Proto jsou používány pro rány suché ke zvlhčení, granulující nebo epitelizující k udržení vlhkého prostředí, nekrotické k odloučení nekrózy. Do skupiny hydrogelů patří například Normgel, Flamigel, Granugel, Hydrosorb, Hemagel, Curagel a další.

Hydrokoloidy obsahují krytí s polyuretanovou vrstvou. Při styku s tkáňovým sekretem se mění na gel. Používají se na rány neinfikované, granulující, jejichž tkáně mohou produkovat středně velké množství tekutiny. Firemní názvy hydrokoloidu označují Granuflex, Tegasorb, Comfeel Plus, Ultec Pro, kde je vedle hydrokoloidu i alginát.

Další skupinou krytí pro vlhké hojení jsou **hydropolymery a polyuretany**, které jsou určeny pro granulující či epitelizující rány. Patří sem Tielle, Suprasorb P, Allevyn, Biatain Ag (obsahuje stříbro) nebo Cutinova. Poslední jmenovaný přípravek je v různých formách – tenký, pěnový či cavity na vyplnění dutin.

Silikonové krytí má vícero využití. Jedna na suché rány, které granulují a epitelizují – jeho výhodou je, že nepřilne k ráně, snižuje trauma nové tkáně při převazování. Do této skupiny patří Mepitel. Silikonové krytí ve variantě pro secernující rány je Mepilex. Existuje i silikonové krytí, které se používá pro převazy koloidních a hypertrofických jizev (tj. jizev, které nejsou v úrovni kůže, ale jsou vystouplé nad její úroveň). V této indikaci je nutné krytí používat delší dobu, silikon změkčí jizvu, vylepší ji, dojde k zmírnění vystoupení nad úroveň kůže a jizva změní zabarvení – přibližuje se normální tkáni. Použití je však dlouhodobé, uvádí se různě dlouhá doba od 2 až i do 9 měsíců, z čehož vyplývá i finanční náročnost. Příklady použití silikonu na koloidní jizvy jsou Cica-care, Silk-K, Mepiform a další.

Další typ krytí můžeme shrnout pod název **aktivní čistící**. Hlavní charakteristikou je použití pro ránu, která vyžaduje aktivní čištění. Rána může být smíšená, povleklá, infikovaná, hluboká, může se jednat i o ránu chronickou. Takovými aktivními čistícími krytími jsou například Sorbalgon, TenderWet, Comprigel.

Vedle již zmíněných skupin existují krytí s koleganem, roztoky pro vlhké hojení ran s maltodextrinem, krytí transparentní (průhledná) a další. Rozvoj jde velmi rychle kupředu, firmy, které tato krytí vyrábějí, přicházejí na trh se stále novými typy.

Asi si říkáte, jak se v tom všem má smrtelník vyznat.

Obecně můžeme shrnout, že:

- na nekrotické rány je vhodný hydrogel;
- na povleklé rány hydrogel, alginát nebo hydrokoloid;
- na infikované rány obvaz s aktivním uhlím a obvazy antiseptické;
- na granulující ránu polyuretany, hydropolymery, pěny, hydrokoloidy, algináty nebo hydrogely
- na epitelizující rány transparentní krytí, tenké = thin hydrokoloidy nebo polyuretany

Uvedené shrnutí však platí opravdu pouze obecně, protože rána nemusí na krytí dobře reagovat, pak je nutno situaci posoudit a změnit krytí. Jak již bylo uvedeno dříve, celá problematika péče o dekubity (rány) patří do rukou specializovaných odborníků. Často pracují v týmu – lékař a sestra specialista. S velkou pravděpodobností je v blízkosti vašeho bydliště specializované pracoviště, které vám v případě potřeby pomůže.

Co mám mít **doma** po ruce **jako první pomoc**, když zjistím, že se mi udělal na kůži drobný defekt (píši drobný, protože při denní kontrole pomocí zrcátka a prohmatání rizikových partií, kam si nevidíme, bychom měli defekt objevit již na počátku)? Je-li kůže zarudlá, tak intenzivně promazat a příslušnou část těla odlehčit. Vždycky je lepší na počátku věnovat více péče i malé rance a být v krátké době fit, než se utěšovat, že to bude dobré, a pak ulehnout s těžkým defektem na více týdnů, v horším případě i měsíců. Proto i jeden den, kdy nepůjdete do práce a vozík použijete minimálně, může být zásadní pro rychlé vyřešení vašeho problému. Pokud naleznete nové, intenzivní zarudnutí, tak jej musíte intenzivně promazat. Pokud je již porušen kožní kryt, osvědčila se jodová krytí Inadine nebo Betadine v roztoku s povrchovým krytím a výměnou 1-2× denně. Máte-li alergii na jod, můžete použít Jelonet či Ialugen.

Většina preparátů má delší expirační dobu (doba, do kdy je možno jej použít), a tak můžete mít jedno balení v zásobě. Každý, kdo touto situací prošel a dekubitus již hojil, si ověřil, co u něho funguje, a pak obvykle používá. Zásadou je, že pokud se defekt nehojí v krátké době, je třeba stav konzultovat s lékařem. Vedle léčby je třeba také spolu s lékařem nalézt všech rizikových faktorů, které právě ve vašem případě brání či zpomalují hojení defektu. O nich jsme již hovořili v předchozích kapitolách.

Rady do života. Když už dekubitus vznikne, oblast by se neměla zapařit a je třeba udělat určitá režimová opatření. Pokud je opravdu nutno sedět ve vozíku, tak jen co nejkratší dobu (lépe kratší dobu a 3× denně s mezidobím v horizontále, než jednou, ale déle) a často aktivně měnit polohu nebo alespoň odlehčit část těla s dekubitem. Uvedu příklad: je-li defekt pod hrbolem sedací kosti, tak se předklonit dopředu, opřít rukama o stehna a odlehčit pánev na 10-15 minut. Nebo provést úklon na druhou stranu než je defekt, aby se hrbol odlehčil. Pokud používáte elektrický vozík a máte funkci elektrického náklonu v prostoru (beze změny úhlu sedu se s vámi celý sedací systém sklopí dozadu, jako kdybyste se houpali na židli), tak jej využívat co nejčastěji – pánev se odlehčí a tlak se více rozloží na zádovou opěrku. Na mechanickém vozíku je možno udělat totéž při zabrzděném vozíku s náklonem a opřením o stěnu. Ale pozor, polohu je třeba natrénovat za asistence někoho, kdo zpočátku zabrání překlopení na záda.

Část těla s dekubitem je možno sprchovat. Sprcha udělá mikromasáž tkání, zlepší prokrvení a odplaví škodlivé tkáňové zplodiny. Ale pozor – neplést si s máčením, tedy se sezením ve vodě. To v žádném případě ne! Vhodná je běžná krátká sprcha, nikoliv koupání ve vaně. Při následném osušování je nutno se defektu jen lehce dotýkat sterilní gázou, abychom neporušili jemnou novotvořenou tkáň a pak ihned překrýt používaným krytím. Na typu krytí, které používáme, závisí frekvence sprchování. Převazujeme-li denně, tak možno sprchovat denně. Pokud převazujeme 1× za 3 dny, tak potom sprchujeme defekt před převazem 1× za tři dny.

Otázky:

- Rozumíte, proč je rozdílný přístup v léčbě jednotlivých fází dekubitu?
- Pokud máte s dekubitem již osobní zkušenost, jak jste jej léčili?
- Co máte doma jako první pomoc, kdyby dekubitus vznikl?

Slovo závěrem

Pevně doufám, že vám tyto materiály poskytnou základní informace týkající se dekubitů. Nejedná se o medicínskou publikaci ale o materiály určené nezdravotníkům. Proto je zmiňováno i praktické hledisko problému, např. vliv oblečení, které jde jen velmi obtížně v odborné literatuře dohledat. S tímto záměrem byl tento informační materiál vytvořen a věřím, že bude vašim užitečným každodenním pomocníkem.

Na závěr chci znovu zdůraznit, že zásadní je **prevence**, tedy předcházení dekubitům. Když již dekubitus vznikne, je nutná pečlivá každodenní péče a nastavení denního režimu tak, abychom defekt zhojili co nejdříve. I z malého defektu může vzniknout velký, život ohrožující problém.

V dnešním světě technologií není problém si vyhledat další informace na internetu. Existuje hezké české sloveso „vygooglovat“. Stačí zadat slovo dekubity nebo hojení dekubitů nebo rány či hojení ran a nabídne se vám veliké množství různých zdrojů, odkazů a studijního materiálu.

Samozřejmě vaši zvědavost a zájem rádi uspokojíme i v ParaCENTRU Fenix, kde je možno při osobní schůzce probrat problémy, které trápí vás. Pojmem vás myslíme jak klienty, tak i pečující osoby. Je možná i mailová konzultace na adrese: vasickova@pcfenix.cz

V Brně dne 11. prosince 2012, MUDr. Lia Vašíčková

