

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Markéta Skřivánková

**Chronické rány u seniorů
(Bércový vřed)**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Helena Kisvetrová

Olomouc 2012

ANOTACE

Název práce:

Chronické rány u seniorů (Bércový vřed)

Název práce v AJ:

Chronical wounds in elderly people (Ulcus cruris)

Datum zadání: 2012-01-23

Datum odevzdání: 2012-07-10

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Skřivánková Markéta

Vedoucí práce: PhDr. Helena Kisvetrová

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Cílem bakalářské práce je shromáždit poznatky o výskytu bércových vředů u seniorů. Cíle byly orientovány k získání informací o výskytu onemocnění, etiologii, bolesti, terapii a vlivech na hojení ran. K dohledání informací byla použita validní periodika: Profese on-line, Kontakt, Česká geriatrická revue, Interní medicína pro praxi, Medicína pro praxi a Dermatologie pro praxi.

Abstrakt v AJ:

The aim of the thesis is to collect knowledge about occurrence of varicose ulcers in seniors. The aims are focused on obtaining information about occurrence of disease, etiology, pain, therapy and impacts on healing.

To obtain the information valid periodicals were used Profese on-line, Kontakt, Česká geriatrická revue, Interní medicína pro praxi, Medicína pro praxi and Dermatologie pro praxi.

Klíčová slova v ČJ:

Bércový vřed, ulcus cruris, bércové ulcerace, léčba, terapie, bolest, prevalence, výskyt, vlivy na hojení ran, hojení ran, larvální terapie

Klíčová slova v AJ:

Ulcus cruris, crural ulcers, varicose ulcer in the elderly, ulcus cruris in the elderly, local therapy

Rozsah: 35 stran

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. června 2012

Podpis

Děkuji PhDr. Heleně Kisvetrové za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady.

OBSAH

1	ÚVOD	7
2	PŘEHLED DOHLEDANÝCH POZNATKŮ	12
	<i>2.1 Výskyt bércových vředů</i>	<i>12</i>
	<i>2.2 Druhy bércových vředů</i>	<i>14</i>
	2.2.1 Diagnostika bércových vředů	16
	<i>2.3 Bolest bércových vředů</i>	<i>17</i>
	<i>2.4 Terapie bércových vředů</i>	<i>19</i>
	2.4.1 Kompresivní terapie.....	19
	2.4.2 Lokální léčba bércových ulcerací	22
	2.4.3 Systémová terapie.....	24
	<i>2.5 Faktory ovlivňující hojení ran.....</i>	<i>26</i>
3	ZÁVĚR	29
4	BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	31

1 ÚVOD

V bakalářské práci je zpracován problém s formulací: „Jaké poznatky byly publikovány o bércových vředech u seniorů v českých a anglických odborných periodikách?“

Pro účely přehledové práce byly formulovány tyto cíle:

Cíl 1.

Předložit dohledané poznatky z českého a anglického jazyka o výskytu bércových vředů u seniorů.

Cíl 2.

Předložit dohledané poznatky z českého a anglického jazyka o etiologii bércových vředů.

Cíl 3.

Předložit dohledané poznatky z českého a anglického jazyka o bolesti u bércových vředů.

Cíl 4.

Předložit dohledané poznatky z českého a anglického jazyka o terapii bércových vředů.

Cíl 5.

Předložit dohledané poznatky z českého a anglického jazyka o faktorech ovlivňujících hojení ran.

Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány tyto tituly:

1. PLZÁKOVÁ, Zuzana, 2009, *Kazuistické repetitorium česko-slovenské dermatologie*, 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 128 s. ISBN 978-80-204-2049-7
2. POSPÍŠILOVÁ, Alena, 2004, *Bércový vřed*, 1. vyd. Praha: Triton, 137 s. ISBN 80-7254-469-1

3. VOSMÍK, František, 1995, *Nemoci kůže: Prevence a léčba v kostce*, 1. vyd. Praha: Grada, 94 s. ISBN 80-7169-100-3
4. VLAŠÍN, Zdeněk, 2001, *Praktická dermatologie v obrazech a schématech*, 1. vyd. Brno: Vladerma, 251 s. ISBN 80-238-6966-3
5. KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, HOLMEROVÁ, Iva, WEBER, Pavel a kol. 2008, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

Vyhledávání relevantních článků v podobě fulltextů probíhalo pomocí:

1. databáze BMČ (Bibliographia Medica Českoslovaca)
2. EBSCO
3. PubMed

V českých periodikách:

1. Profese on-line (recenzovaný časopis pro zdravotnické obory). Patří do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice. Vydává jej Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci na internetové adrese <http://www.pouzp.cz/text/cs/profese-on-line.aspx>
2. Kontakt (odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky). Patří do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice. Vydává jej Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích na internetové adrese <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt>
3. Česká geriatrická revue (edukační materiál české gerontologické a geriatrické společnosti). Je uveden v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice. Periodikum vydává

MedicaHealthworld, a.s. na internetové adrese <http://www.geriatrickarevue.cz>

4. Interní medicína pro praxi (odborný lékařský časopis). Patří do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice. V Olomouci jej vydává společnost Solen, dostupný je na internetové adrese <http://www.internimedicina.cz>
5. Medicína pro praxi (odborný lékařský časopis). Patří do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice. V Olomouci jej vydává společnost Solen, dostupný je na internetové adrese <http://www.medicinpropraxi.cz>
6. Dermatologie pro praxi (odborný lékařský časopis). Patří do seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v České republice. V Olomouci jej vydává společnost Solen, dostupný je na internetové adrese <http://www.dermatologiepropraxi.cz/>

Popis řešeršní strategie:

Vyhledávání odborných článků probíhalo od prosince 2011 do června 2012. Výsledkem vyhledávání bylo 24 fulltextů, které byly prostudovány, roztrženy a informace byly zařazeny do podkapitol, které byly vytvořeny na základě jednotlivých cílů přehledové bakalářské práce.

Stanovená kritéria:

Jazyk český, slovenský, německý, anglický, rok vydání: 2000 – 2012, zaměřeno na starší osoby, věku nad 60 let. Dalším kritériem vyhledávání bylo vyhledání recenzovaných fulltextů.

Klíčová slova v češtině byla použita: Bércový vřed, ulcus cruris, bércové ulcerace, léčba, terapie, prevalence, výskyt, vlivy na hojení ran, hojení ran, anglická klíčová slova : Ulcus cruris, crural ulcers, varicose ulcer in the elderly, ulcus cruris in the elderly, local therapy.

První etapa vyhledávání proběhla v databázi BMČ (Bibliographia Medica Čechoslovaca), dostupné na internetových stránkách <http://www.medvik.cz/bmc/>. Po prostudování dohledaných článků, které byly vyhledány dle výše uvedených klíčových slov a upraveny dle specifikací roku a cílové skupiny, bylo pro tvorbu přehledové bakalářské práce použito 11 článků.

Druhá etapa vyhledávání probíhala pomocí databáze EBSCO po zadání klíčových slov „ulcus cruris“, „crural ulcers“, „varicose ulcer in the elderly“, „ulcus cruris in the elderly“, „ulcus cruris and local therapy“. Byla zadána i specifikace na rok 2000 až 2012 a fulltext. Po této konkretizaci a důkladném prostudování dohledaných článků byl do přehledové bakalářské práce zařazen 1 článek.

Třetí etapa vyhledávání se uskutečnila v databázi PubMed, dostupné na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Po zadání klíčových slov, specifikace na posledních 10 let a zběžném prostudování abstraktů byly dohledány 2 fulltextové články. Po jejich přeložení však byl použit do přehledové bakalářské práce pouze 1 článek, který obsahově odpovídal zadání bakalářské práce.

Čtvrtá etapa vyhledávání zahrnovala vyhledávání relevantních článků dostupných na stránkách vydavatelství SOLEN. Na stránkách vydavatelství byla prostudována periodika Interní medicína pro praxi (dostupné na <http://www.internimedicina.cz>), Medicína pro praxi (dostupné na <http://www.medicinpropraxi.cz>) a Dermatologie pro praxi (dostupné na internetových stránkách <http://www.dermatologiepropraxi.cz>).

Po důkladném prostudování dohledaných článků bylo nalezeno 5 relevantních článků a ty byly i použity pro tvorbu přehledové bakalářské práce.

Pátá etapa vyhledávání spočívala v prostudování a vyhledávání na internetových stránkách <http://www.pouzp.cz/text/cs/profese-online.aspx> v archivu časopisu Profese online, zde nebyl nalezen relevantní článek. Z recenzovaného periodika Kontakt dostupného na <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/utvary/edicni-oddeleni/periodika/kontakt> byl dohledán 1 relevantní článek, který byl použit pro tvorbu bakalářské přehledové práce. Další vyhledávání proběhlo v časopise Česká geriatrická revue, dostupném na internetových stránkách <http://www.geriatrickarevue.cz>. Zde bohužel nebyl dohledán relevantní článek.

V šesté etapě vyhledávání byl využit Google Scholar, dostupný na stránkách <http://scholar.google.cz>. Po zadání klíčových slov a specifikací bylo pomocí tohoto vyhledávače dohledáno 5 relevantních článků.

Výsledkem výše popsané rešerše je 24 dohledaných relevantních fulltextů, které byly použity v přehledové bakalářské práci. Všechny prameny jsou uvedeny v bibliografických citacích na konci bakalářské práce a jsou citovány dle normy ISO 690:2011.

2 PŘEHLED DOHLEDANÝCH POZNATKŮ

2.1 Výskyt bércových vředů

Pokorná uvádí, že prevalence bércových vředů je od 0,6 do 1,6 na 1000 obyvatel dospělého věku a u osob nad 85 let se zvyšuje na 10 až 30 případů na 1000 osob (Pokorná, 2011, s. 198).

Pospíšilová dále upozorňuje, že s bércovými ulceracemi se setkáváme i u osob mladšího věku až v 1 %, avšak vyskytuje se převážně u osob vyššího věku, u osob nad 70 let se prevalence pohybuje mezi 4 až 5 % (Pospíšilová 2008, s. 79).

Žuffová-Kunčová vysvětluje nárůst výskytu tohoto onemocnění i u mladší kategorie důsledkem změny demografického složení obyvatelstva a prodloužením délky života lidí (Žuffová-Kunčová, 2007, s. 228).

Po převedení výskytu tohoto onemocnění do reálných čísel bércovým vředem trpí kolem 150.000 dospělých obyvatel České republiky a každý pátý obyvatel naší země má s bércovým vředem přímou nebo zprostředkovanou zkušenost. Prevalence stoupá s věkem a dle jeho výzkumů se u lidí nad 60 let vyskytuje v 5 % a více. (Kučera, 2008, s. 1) V Německu onemocní ulcus cruris 200.000 lidí ročně, celkově mají 1,5 milionu klientů postižených touto chorobou. Prevalence ve věkové skupině 70 – 79 let je u nezhojeného vředu 0,3 %, zhojený vřed 2,4 % (Sick, Ruzicka, 2010, s. 1).

Herman specifikuje výskyt bércových vředů. Častěji se vyskytují bércové vředy žilní etiologie až v 70 %, vředy z arteriálních příčin se vyskytují až u 10 % populace a vředy smíšené postihnou populaci ve 20 %. Ve vyšší věkové kategorii jsou tímto onemocněním častěji postiženy ženy (Herman, 2010, s. 184).

Sick s Ruzickou zveřejnili tabulku s údaji o 31.619 klientech s bércovým vředem v Německu. Zde téměř dvě třetiny zaujímá ulcus

cruris venosum, ulcus cruris arteriosum je postiženo necelých 10 % obyvatel a 8,5 % zaujímá ulcus cruris mixtum (Sick, 2010, s. 2). Navrátilová varuje před potvrzenou úměrou mezi závažností varikozity a zvýšeným rizikem vzniku žilních bérkových vředů. Obecně je jako rizikový faktor uváděna flebotrombóza. Oproti tomu lymfatické bérkové ulcerace vznikají převážně na místě primárního lymfedému, arteriální vřed vzniká po trombotizaci a embolizaci (Navrátilová, 2003, s. 184- 187).

Karen, Švestková (2007, s. 1) upozorňují: „K rozvoji onemocnění žilního systému přispívají tyto rizikové faktory: dědičné predispozice ke ztrátě elasticity cév, proběhlý zánět v hlubokém žilním systému (trombóza), obezita, věk, výskyt žilních onemocnění a bérkových vředů v rodině, sedavé zaměstnání nebo dlouhé stání, nedostatek tělesného pohybu, větší počet těhotenství nebo hormonální léčba.“ Vředy arteriálního původu vznikají kvůli onemocněním arterií na nohách při zúžení či uzavření tepny. Rizikovým faktorem je i tady věk, dále pak hypertenze. Diabetické vředy jsou následkem neuropatie a onemocnění tepen (Karen, Švestková, 2007, s. 1-2).

Dle názoru Beláčka, Jakubovského, Kubíkové, Elhassouna a Novotného bérkové ulcerace svou rizikovostí zhoršují kvalitu života člověka s bérkovými vředy, ale bývají příčinou i mnohých srdečních onemocnění. Výskyt tohoto onemocnění přisuzují nedostatku pohybu a špatnému životnímu stylu (Beláček et al, 2009, s. 463).

Kramer spolu s Rothem upozorňují, že u 90 % pacientů se objevily před výskytem bérkových vředů křečové žíly, onemocněním tepen trpělo asi 6 % pacientů a 4 % pacientů měly mikrocirkulační poruchy před progresí ulcus cruris (Kramer, Roth, 2009, s 3).

Beláček, Jakubovský, Kubíková, Elhassoun a Novotný jako základní příčinu vzniku bérkových ulcerací uvádí zhoršení průtoku krve mikrocirkulací v poškozené tkáni. Kvůli pomalé mikrocirkulaci na dolních končetinách, můžou její poruchy přispět k progresi ulcus

cruris. Poruchy mikrocirkulace vyvolávají různé příčiny. Nejčastěji je to však post-trombóзовý syndrom a křečové žíly. U starých lidí bývá důvodem vzniku ulcerací cukrovka, arteriální hypertenze a obezita. Ulcerace v tomto věku jsou téměř vždy sekundárním onemocněním (Beláček et al, 2009, s. 461).

Kouření a nedostatek pohybu způsobují zpomalení průtoku, tedy patří také k rizikovým faktorům (Stančiak in Beláček et al, 2009, s. 461).

2.2 Druhy bércových vředů

Ulcus cruris venosum jsou menší, mají mělkou spodinu, okraje jsou hladké, nevyznačují se silnou bolestí (Karen, Švestková, 2007, s. 2).

Jsou lokalizovány na okrajových místech vnitřní strany bérce, nemají pravidelný tvar, často jsou povleklé, nebývají nekrotické. Na bolest, která je mírná, spíše pocit napětí, pomáhá zvednutí končetin (Navrátilová, 2003, s. 185).

Herman upozorňuje, že vředy této etiologie bývají mnohočetné a bývají na obou končetinách zároveň. Herman(2010, s. 184): „V pokročilých stádiích již nejsou v korigu žádné cévy, vzniká bělavá avaskulární zóna ohraničená pigmentacemi a teleangiectaziemi, kterou označujeme jako atrophie blanche. Tato se typicky vyskytuje při vnitřním kotníku.“

Ulcus cruris arteriosum nejsou lokalizované jen v oblasti bérce, ale často se vyskytují i na prsech a hřbetu nohy. Většinou není jen jeden vřed, ale menší mnohočetné ulcerace. Spodina vředu bývá často kryta nektrózou žluté, žlutozelené či černé barvy. Bolest nemocného postihuje po elevaci končetin, když jsou nohy ve svislé poloze, ustupují. Ve většině případů chybí tep na arteria dorsalis pedis a arteria tibialis posterior (Navrátilová, 2003, s. 185).

Herman upozorňuje na rizikové faktory pro vytvoření trombu, kterými jsou diabetes mellitus, dyslipidemie, kouření, obezita, vysoký krevní tlak a vyšší věková kategorie (Herman, 2010, s. 185).

Bércové vředy smíšené – tepenné a žilní příčiny se vyskytují často, ale optimální léčebná terapie bohužel není. Důležitá, jako u všech vředů, je kompresivní a lokální terapie (Herman, 2010, s. 185).

Diabetické bércové vředy se velice často objevují v místech pod kotníkem, na prstech dolních končetin nebo na ploškách nohou. Není vyloučen vznik diabetických ulcus cruris i na bércích. Tyto vředy nebývají moc velké, ale jsou hluboké, často je kolem nich lem ztvrdlé kůže. Spodina může být pokryta nekrózou, nebo je chabá, bez sekrece. Tyto vředy mohou dojít až na kost a způsobit tak osteomyelitidu (Karen, Švestková, 2007, s. 2).

Navrátilová dodává, že u těchto vředů se musí co nejlépe zkompenzovat primární onemocnění. Také upozorňuje na vysoké riziko vzniku sekundární infekce (Navrátilová, 2003, s. 187)

Ulcus při vaskulitidách se mohou objevit například při revmatoidní artritidě nebo při leukémii. Vzhled je velmi variabilní, může se objevit pouze zarudnutí či puchýře, ale může dojít i k nekrózám a rozsáhlým vředům (Karen, Švestková, 2007, s. 2).

Tyto vředy jsou velice bolestivé i při letmém dotyku (Navrátilová 2003, s. 187).

Ulcus cruris z infekčních onemocnění bývá vyvoláván především stafylokoky a β - hemolytickými streptokoky. Predisponujícími faktory jsou diabetes mellitus, nadváha, vlhké prostředí, špatná imunita. Vzniká například při bodnutí hmyzem, vznikne pupínek a z něj pak vzniká vřed (Sick, Ruzicka, 2010, s. 6).

Navrátilová doplňuje ve výčtu etiologií ulcus cruris vřed lymfatický, který vzniká při diagnóze primárního nebo sekundárního lymfedému. Je zde bledý, tuhý otok, který bývá i na dorzu nohy a na prstech. Vyskytují se zde také kožní změny, dochází k vytékání mízy

z porušených mizních cév a objevují se časté bakteriální infekce podkoží (Navrátilová, 2004, s. 558).

2.2.1 Diagnostika bérkových vředů

Baručáková a Vantuchová uvádějí, že o správném postupu léčby informuje správné zhodnocení etiologie bérkového vředu. K určení možné příčiny nás informuje už vzhled vředu, jeho lokalizace, vzhled okolí. Dále se musí provést vyšetření přístrojové, laboratorní, popřípadě i histologické (Baručáková, Vantuchová, 2010, s. 313).

Navrátilová pojednává o správném odebrání anamnézy. Zde je důležité dozvědět se o výskytu žilního onemocnění, včetně flebotrombózy, bérkových vředů a trombofilií u rodinných příslušníků. V osobní anamnéze pátráme po době trvání žilního onemocnění, po výskytu rizikových faktorů jako například obezita, počet těhotenství nebo nedostatek pohybové aktivity, které by mohly vést k rozvoji žilní choroby. Důležité je zjistit, jak dlouho má pacient bérkový vřed, jak dlouho se s ním léčí a kolikrát se vřed po vyléčení znovu objevil. Zajímá nás předchozí léčba, výskyt žilních komplikací (jako flebotrombózy, tromboflebitidy) a kožní změny. Ptáme se na farmakoterapii, na bolest, otoky, napětí a další subjektivní pocity klienta. Musíme znát celkový zdravotní stav klienta, hlavně pak kardiovaskulární onemocnění, ischemickou chorobu dolních končetin, anémii, cukrovku a další. Zajímá nás samozřejmě i věk pacienta, zvláště pak stav výživy, mobilita, alkohol, kouření, psychický stav a sociální zázemí (Navrátilová, 2010, s. 280-281).

Karen et al nás informují o vyšetření pohledem. Musíme zhodnotit pacienta celkově, zkoumáme stav výživy promítnutý na jeho těle, pohyblivost pacienta, změny jak celkové, tak si hlavně všímáme stavu dolních končetin, kde hledáme křečové žíly, otok, barvu kůže, pigmentace, jizvy, hypertrofie a jiné. Pacienta takto vyšetřujeme vestoje, poté vleže. Na bérkovém vředu si všímáme tvaru rány, okrajů,

velikosti, sekrece, zápachu, spodiny rány a stavu kůže v nejbližším okolí. Při palpačním vyšetření klademe důraz na zhodnocení teploty kůže, otok, napětí a nesmíme zapomenout vyšetřit pulzaci na arteria dorsalis pedis a arteria tibialis posterior (Karen et al, 2007, s. 3)

Podle Pospíšilové má veliký význam v určení diagnózy vyšetření stavu žilního a tepenného systému dolních končetin. Vyšetřeními první volby jsou neinvazivní sonografické metody, jako Doppler nebo Doppler Duplex, které detekují patologicko-anatomický nález. Doplňit tato vyšetření u vředů žilního původu musíme vyšetřením funkční zdatnosti svalové žilní pumpy – digitální fotopletyzmografií. K invazivním metodám vyšetření, jako jsou flebografie, arteriografie, a další přistupujeme v nejasných či sporných případech. Nesmíme opomenout laboratorní vyšetření, které spočívá v odběrech na mikrobiologické, vzácněji mykologické vyšetření. Další laboratorní testy se předepisují dle přidružených onemocnění pacienta (Pospíšilová, 2008, s. 80-81).

Sick s Ruzickou upozorňují, že je nezbytné správně diagnostikovat bérkový vřed. K přesné diagnostice dopomůže dopplerovské a duplexní ultrasonografické vyšetření u pacientů, kteří mají ischemickou chorobu dolních končetin nebo chronickou žilní insuficienci. U pacientů s vaskulitidou je důležité komplexní laboratorní vyšetření, u vředů, u kterých předpokládáme vznik kvůli bakteriální, virové či mykotické infekci děláme mikrobiologické stěry z rány. Diagnózu, která vyplývá z těchto vyšetření, je dobré histologicky ověřit (Sick, Ruzicka, 2010, s. 6).

2.3 Bolest bérkových vředů

Haklová informuje o dvou druzích bolesti u pacientů s bérkovými vředy. Vyskytuje se bolest jednak nociceptivního původu a také je zde podíl neuropatické bolesti (Haklová, 2010, s. 182).

Kovačevicová souhlasí s dělením bolesti na nociceptivní a neuropatickou (Kovačevicová, 2009, s. 4).

Bolest je vyvolána ischemií či infekcí, což jsou místní faktory, nebo by mohla být vyvolána pohybem a při všedních denních činnostech, například třením obvazu. Dále bývají bolesti bérkových vředů vyvolány denním ošetřením rány nebo po chirurgicko-plastickém zákroku. Důležité je, aby pacient neodcházel domů s bolestmi a měl dobře nastavenou analgetickou léčbu. Haklová má zkušenosti z praxe, že se nejlépe osvědčila kombinace paracetamolu v jednotlivé analgetické dávce, to je 650-1000 mg a tramadolu 50-100 mg, či kombinace kodeinu 60mg a paracetamolu 650-1000mg. Subjektivní vnímání bolesti je hodnoceno na škále VAS 0 – 10, dále je hodnocen stav spánku, tolerance medikace a nežádoucí účinky. Pokud však bolesti nemocného trápí déle jak 4 dny a pacient se kvůli bolestem i budí a nemá kvalitní spánek, ordinují se opioidy v kombinaci s adjuvancií. Avšak odpověď nemocných na léčbu opioidy je vysoce individuální, může být podkladem pro záměny jednoho opioidu druhým pro intoleranci nebo nedostatečnou účinnost. Tak jako je individuální bolest jedinců, musí být individuální i volba analgetik a jejich formy podání (Haklová, 2010, s. 182-183).

Kovačevicová je toho názoru, že u ulcus cruris bolest nociceptivní, která je častější, je způsobena destrukcí tkáně. Pacienty je popisována jako pálení, nebo tření v oblasti rány. Tato bolest zpravidla reaguje dobře na podání analgetik, nesteroidních antirevmatik, lokálních anestetik a opioidů. Bolest, kterou pacienti popisují jako bodavou, ostrou, se označuje jako bolest neuropatická. Její příčinou je poškození nervů. Tato bolest může doprovázet bolest nociceptivní. Při léčbě neuropatické bolesti se využívá podávání antidepresiv a neuroleptik (Kovačevicová, 2009, s. 4).

Pokorná popisuje problém bolesti bérkových ulcerací z pohledu ošetřovatelské péče. Upozorňuje, že v léčbě ulcus cruris je nutné léčit

bolest, ale že bohužel bolesti pacientů bývají sestrami často bagatelizovány. Přitom neléčená bolest ovlivňuje proces hojení. Pacienti však bohužel často věří, že tato bolest je součástí jejich onemocnění, přijímají bolest jako normální a jsou s ní smířeni. Základem léčby bolesti je zhodnocení intenzity, kdy všeobecná sestra spolupracuje s pacientem. Všeobecná sestra musí sledovat účinky terapie, úlevu od bolesti, musí sledovat vznik bolesti, například v závislosti na převaz nebo pohyb. Velice důležité je zjistit charakter bolesti. Každý jedinec vnímá bolest individuálně, ale u žilních bércových vředů bývá bolest tlaková, pulzující, s projevy pálení a svědění. U tepenných bércových vředů je bolest ostrá, ischemická. Důležité je vnímat dobu bolesti, zda pacienta trápí více ve dne, či v noci (Pokorná, 2011, s. 199-200).

2.4 Terapie bércových vředů

2.4.1 Kompresivní terapie

Navrátilová informuje o zásadách kompresivní terapie:

Jako první věc upozorňuje na tlak pod kompresní pomůckou. Ten by měl od kotníku nahoru postupně klesat, maximální tlak by měl být v oblasti kotníku a měl by se u chronického žilního onemocnění pohybovat mezi 35-45 mmHg vestoje. Tento výsledek nám zaručí správně zvolená velikost kompresivních punčoch. U kompresivních bandáží však může nastat problém, jelikož pro dosažení dostatečného tlaku je důležitá praxe a zručnost. Pro kontrolu můžeme použít pomůcky k ověření tlaku pod bandáží.

Za druhé varuje o tom, že bandáž nesmí končit v místě křečových žil nebo otoku. Před bandážováním vyšetříme pacienta vestoje a zjistíme potřebnou výšku následné bandáže. Bandáž musí končit nejméně 10 cm nad otokem a nad nejvýše viditelnou varikozitou. Pokud by končila

v místě viditelných varixů, hrozí tromboflebita, progrese varixů. U nesprávně ukončené bandáže při otocích hrozí progrese edému.

Dále nabádá k používání pomůcek z prodyšných materiálů (Navrátilová, 2008, s. 449).

Ve své dřívější publikaci udává, že kompresivní léčba ulcus cruris ovlivňuje žilní systém třemi způsoby. Kompresie dolních končetin u pacienta s bércovými vředy urychluje ortográdní tok krve a snižuje žilní reflux. Tím dochází k redukci venózní dilatace. Dále komprese krátkotažnými obinadly snižuje žilní hypertenzi a v neposlední řadě ovlivňuje mikrocirkulační parametry. Tento účinek nepřímo působí na zmírnění bolestí a má vliv na lepší hojení bércového vředu. Je důležité vědět, že aplikaci komprese musí pacient dodržovat i po zhojení vředu. Po zhojení se nejčastěji volí kompresivní punčochy (Navrátilová, 2003, s. 185).

Pokorná je toho názoru, že pro venózní ulcerace je kompresivní terapie velice prospěšná, jelikož urychluje hojení rány. Velice důležitá pro pacienta je edukace v tomto směru, protože pacient ne vždy je ochotný si bandáže vázat, proto je nutné, aby věděl, že je to velice potřebné. Pro kompresi se hodí obinadla s krátkým tahem, je důležité, aby na dolní končetině nebylo vynechané místo (například pata) a největší komprese byla u kotníku. Bandáže je nutné vázat po zhruba 20 minutové elevaci končetiny, před fyzickou zátěží a před svěšením končetiny. Bandáž se přikládá nejlépe nad klouby rozbíhavým typem, jinak klasovým typem a otočky se musí vzájemně krýt ze 2/3. Po zhojení ulcerací je možné použít kompresivní punčochy dle doporučení lékaře (Pokorná, 2011, s. 200-201).

Švestková varuje, že se nesmí přikládat komprese dolních končetin u dekompenzace a selhávání srdce a u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin při hodnotě periferních tlaků pod 80 mmHg. Upozorňuje však na novinku v oblasti kompresivní terapie pro léčbu bércových vředů žilního původu, kterou je Saphenamed kompresivní

system. Tento system se skládá ze dvou punčoch, kdy spodní punčocha vytváří tlak 18 mmHg a horní punčocha tlak 22 mmHg, čímž dohromady vytvoří ideální kompresi. Díky použití dvou punčoch je oblékání snadnější, a navíc spodní punčocha může být nošena celých 24 hodin nepřetržitě. Také nám vysvětluje, jak komprese účinkuje na žilní systém. Působí na snížení nedomykavosti chlopní, jelikož způsobí zúžení patologicky rozšířených žil. Také odstraňuje retrográdní reflux se všemi příznivými účinky na žilní systém, jako je snížení žilní hypertenze, vstřebávání otoků, aj. Také komprese vytváří oporu pro kůži a fascii, podílí se na urychlení léčby bércových ulcerací a snižuje riziko tromboembolické nemoci. Jaký typ komprese, jaké punčochy nebo snad obinadla zvolíme, o tom rozhoduje typ onemocnění, fáze a průběh nemoci, spolupráce pacienta a rozměr a stav končetin (Švestková, 2009, s. 238).

Vždy však jsme obezřetní při výskytu věcí, které mohou negativně ovlivnit aplikaci komprese. V první řadě je to nedostatečná edukace pacienta. Pacient musí chápat důležitost přikládání komprese, nesmí považovat nutnost komprese jen jako omezení, musí umět vázat bandáže nebo navlékat a svlékat punčochu bez jakýchkoli problémů. Poučíme pacienta, aby na další kontrolu přišel s přiloženou kompresivní pomůckou. Takto můžeme zkontrolovat správnost jejího přiložení. Popřípadě při nějakých nedostatcích můžeme klienta ihned poučit jak a co dělat, abychom se jich vyvarovali. Je důležité, aby klienti věděli, že kompresivní bandáže mohou prát v pračce na 40 – 60 stupňů, kvalitní obinadla neztrácí elasticitu ani po 50 vypráních. Obinadla se nechávají uschnout ve vodorovné poloze, po uschnutí se rolují. Kompresivní punčochy pereme v mýdlovém přípravku v ruce při teplotě vody 30 stupňů. Punčochy neždímáme, necháme schnout též ve vodorovné poloze a je důležité, aby pacient věděl, že kompresivní pomůcky se nikdy nežehlí (Navrátilová, 2008, s. 454).

2.4.2 Lokální léčba bércových ulcerací

Navrátilová uvádí, že hojení bércových vředů probíhá ve 3 fázích. První je zánětlivá fáze, kdy dochází k zástavě krvácení a k vyčištění spodiny rány. Druhá je fáze granulační, kdy dochází k vyčištění rány a k částečné epitelizaci rány. Ve třetí, maturační fázi, se zlepšuje pružnost a tažnost jizvy (Navrátilová, 2003, s. 188).

Pospíšilová informuje, že za poslední roky se vyvinuly nové krycí materiály k hojení ran. Fungují na principu zachování vlhkého prostředí. Tato krytí mají různé vlastnosti a účinnost, při jejich vhodné aplikaci mohou velice zmírnit utrpení pacienta (Pospíšilová, 2008, s. 2).

Kramer s Rothem radí, aby se neopomíjelo měření vředu před léčbou a v jejím průběhu. Fotografická dokumentace usnadní pozdější hodnocení léčebné terapie (Kramer, Roth, 2009, s. 3).

Navrátilová chce vštípit do podvědomí odborné i laické veřejnosti tři hlavní zásady zevní terapie u bércových vředů. V první řadě se musí dokonale vyčistit spodina rány. Dále se dbá na zachování vlhkého prostředí pod krytím a velice důležité je dbát na to, aby zdravotnický personál i sám pacient při převazech nepoškozovali nově se vytvářející epitel. Dále uvádí přehled prostředků zevní terapie. Navrátilová (2004, s. 559) uvádí používaná krytí: „Neadherentní obvazy, antiseptické obvazy, krytí s aktivním uhlím, algináty, hydrokoloidy, hydrovlákna, hydrogely, filmy, hydropolymery, mokré krytí, biologická krytí a masťové terapie.“

Navrátilová ve své dřívější publikaci uvedla pouze tyto typy zevního krytí: Neadherentní obvazy, které jsou nepřilnavé, neabsorbují, využívají se jako nosiče masťových extern. Antiseptické obvazy, které obsahují antiseptikum a používají se u málo secernujících infikovaných ran. Krytí s aktivním uhlím, které dosáhne redukce exsudátu, má antimikrobiální a deodorizační účinek, a kryjí se jím silně secernující, zapáchající a povleklé rány. Algináty, které také

redukuje exsudát, zastavuje krvácení a postupně se mění na gel a využívají se u povleklých, granulujících ran. Hydrokoloidy, těmi se kryjí rány s lehkou, či střední sekrecí, mohou být mírně povleklé a granulují. Využívají se tak díky adhezujícímu účinku na kůži a také se mění na gel. Hydrogely hydratují spodinu, odstraňují nekrózy, a proto se dávají na sesecernující povleklé nebo granulující rány. Filmy využíváme u epitelizujících ran, které jsou již čisté, protože adherují pouze na kůži, ne na ránu a jsou nepropustné pro viry. Pěny využíváme k podpoře granulace a epitalizace jako bariéru pro infekci. Než se však přistoupí k výběru krytí, musí se zjistit charakteristika vředu. Navrátilová (2003, s. 188) popisujeme příčiny vzniku, lokalizaci, dále pak: „Hloubku, exsudaci, barvu spodiny, zápach, okolí vředu a bolestivost.“ Pro toaletu rány jsou vhodné oplachy fyziologickým roztokem, Ringerovým roztokem a i sprcha pitnou vodou ráně velice pomůže. Jakýkoli roztok pro toaletu rány je vhodné aplikovat pod tlakem, aby se mechanicky odstranilo co nejvíce bakterií. Po výběru vhodného krytí na ránu je zde otázka sekundárního krytí. Sekundární krytí musí být dostatečně absorpční, nesmí adherovat ke spodině rány a musí být eliminováno mechanické dráždění spodiny vředu (Navrátilová, 2003, s. 188).

Göring a Trebing sledovali vliv streptokokové infekce v léčbě bércového vředu. V jednom případě došlo k uzavření vředu pod kůží. U dalších 3 pacientů došlo ke zmenšení velikosti. Informují, že již dlouho zastávají názor, že streptokoková infekce dokáže stimulovat granulaci a epitelizaci rány a také mohou úplně vyléčit bércové vředy (Trebing, Göring, 2004, s. 56).

Při lokální terapii se musí odstranit všechny nekrotické, fibrinové a bakteriální povlaky. Tento terapeutický postup se nazývá debridement. Podle použitého způsobu rozdělujeme debridement na mechanický (např. chirurgické vyčištění spodiny rány), autolytický (využívají se tělu vlastní enzymy + moderní materiály jako hydrogely,

hydrokoloidy, aj.), chemický (např. kyselina salicylová) a enzymatický (larvoterapie). Poté, co máme ránu vyčištěnou, přistupujeme k samotné lokální léčbě. Buď se aplikují masti, nebo vlhké obklady např. s Prontosanem a dále se využívají moderní krycí materiály (Baručáková, Vantuchová, 2010, s. 328).

Zádrapová informovala o larvální terapii, kterou znali již naši předkové a o jejich velmi kladných výsledcích na chronické rány. Dobré a hojné zkušenosti s *Phaenicia sericata* ukazují, že právě tento druh mouchy je k léčebnému využití nejlepší. Tyto larvy pak ránu vyčistí, zahubí mikroorganismy a zároveň napomáhají procesu hojení. Larvy produkují sekret, který odumřelou tkáň zkapalní. Tato zkapalněná tkáň pak slouží jako potrava pro larvy, které nepotřebují žádné kousací ústrojí. Aplikují se v počtu pěti až osmi na cm² povrchu rány. Larvy se pak překrývají sterilním krytím, které by mělo přesahovat ránu o dva až tři cm. Krytí nesmí být moc nahusto, aby byl zachován přístup vzduchu k larvám. Okolí takto ošetřené se potírá mastí. Larvy se odstraňují po třech až pěti dnech, vrchní krytí se vyměňuje dle potřeby (Zádrapová, 2008, s. 1).

Zádrapová také v jiné publikaci upozorňuje na deficit znalostí v oblasti larvální terapie u laické i odborné veřejnosti. Většina veřejnosti netuší, co si pod pojmem larvální terapie má představit. Proto chtěla znát názory pacientů. Z jejího výzkumu vyplynulo, že se názory pacientů různí. Někdo s aplikací larev má subjektivně dobré zkušenosti, jiný nikoliv. Uvádí, že je třeba blíže seznámit s larvální terapií hlavně zdravotníky a ti by následně mohli při nehojících se ránách odkazovat pacienty na tuto terapii (Zádrapová, 2008, s. 1).

2.4.3 Systémová terapie

Pokorná upozorňuje, že se nesmí přeceňovat jen lokální terapie, ale léčba musí být vedena kauzálně. Velice zásadní je prevence jakéhokoli poranění, podpora průtoku krve cévami a eliminace

rizikových faktorů, které zhoršují lokální poměry prokrvení končetin. K těmto rizikovým faktorům patří kouření, nadváha, trvalá statická fyzická zátěž, kompenzace diabetes mellitus, aj. Také je třeba vědět, že se pacientům s venózními bérčovými ulceracemi nedoporučuje vyhledávat vysoké teploty, sauny, horké koupele a přímé zdroje tepla (Pokorná, 2011, s. 199).

Baručáková a Vantuchová souhlasí, že léčba musí být komplexní. Musí spočívat jak v zevní terapii rány a kompresi končetiny, tak v léčbě systémové a v mnohých případech i v léčbě chirurgické (Baručáková, Vantuchová, 2010, s. 314).

Rovněž Navrátilová uvádí léčbu, kterou nazývá aktivními terapeutickými postupy. Patří k nim léčba chirurgickými zákroky a kompresivní terapie. Indikací k chirurgickým zákrokům je žilní vřed při insuficienci povrchového žilního systému. Další možností je skleroterapie, jejímž principem je poškození endotelu a subendoteliální vrstvu ošetřené vény. Součástí léčby je i léčebná gymnastika, která je účinnější s kompresí. U lymfatického vředu je základem manuální a přístrojová lymfodrenáž, kompresivní terapie, cvičení a velice důležité je věnovat velikou pozornost prevenci vzniku erysipelu. U arteriálního bérčového vředu je léčbou první možnosti angioplastika nebo by-pass. Při obliteraci trombem fibrinolýza. Dále se aplikují reologika, antiagregancia a často antibiotická léčba jako prevence infekce. Nesmí se opomíjet zevní terapie a rehabilitace chůze (Navrátilová, 2003, s. 185-187).

Pospíšilová tvrdí, že je nutné léčit přidružená onemocnění pacienta, je třeba provádět fyzikální terapii, nesmí se však nikdy opomenout léčba bolesti. Vždy musí mít ošetřující personál na paměti, že ke každému pacientovi je nutné zvolit vysoce individuální přístup (Pospíšilová, 2008, s. 2).

Baručáková a Vantuchová dodávají, že komplexní léčba bérčových vředů zahrnuje užívání venofarmak, vazodilatancí, analgetik

a enzymových přípravků, jako je Wobenzym tbl. Při výskytu infekce může se navíc užívat antibiotika. Důležité pro hojení ulcerací žilní nebo lymfatické etiologie je lymfodrenáž. Ta může být přístrojová nebo manuální. Dále se ještě využívá biostimulační laser, cvičení a hyperbarická oxygenoterapie (Baručáková, Vantuchová, 2010, s. 315).

Navrátilová se vyjadřuje k užívání antibiotik a venofarmak u výskytu bércových vředů. Antibiotika se mají užívat pouze u výskytu infekce v okolí vředu, nebo když jsou celkové známky infekce. Ještě se dají využít, když je viditelná nadměrná hnisavá sekrece z rány. Když je lokální infekce ve vředu, užívají se lokální antimikrobiální a antiseptická krytí. Z venofarmak se nejčastěji využívá Detralex, kvůli velmi dobrým výsledkům ve zkrácení doby hojení a zvýšenému počtu uzdravených pacientů s bércovými ulceracemi (Navrátilová, 2010, s. 283).

2.5 Faktory ovlivňující hojení ran

Navrátilová tvrdí, že se bohužel stává, že zevní terapie utlačuje do ústraní léčbu vlastní příčiny bércového vředu, která je pro zhojení vředu a zvláště pak pro snížení rizika recidivy naprosto nezbytná. Dále uvádí, že hojení bércových ulcerací může zpomalovat celá řada faktorů. Nedostatečná výživa, zvláště pak hypoalbuminie, nízké hladiny tuků a deficit stopových prvků a vitamínů. Samozřejmě imunitní onemocnění velice zpomaluje hojení ran, stejně tak jako některá interní onemocnění a typy léků, například imunosupresiva. Špatná sociální situace a špatný psychický stav také nemají pozitivní účinky na hojení ran. Stejně tak jako vyšší věk, zevní vlivy, kterými mohou být teploty okolí pod 28 stupňů, mikrobiální kontaminace spodiny rány a další. Neschopnost navázat s pacientem spolupráci,

jako i nedodržování léčby hojení prodlouží o velice dlouhou dobu (Navrátilová, 2003, s. 184, s. 188).

Sobotka tvrdí, že nová rána 3 týdny po procesu hojení není dostatečně pevná. Zhojená kůže se vlivem intersticiálního tlaku začne trhat a tím se zastaví proces hojení. Proces hojení ran ovlivňují lokální a systémové vlivy. Mezi ty systémové patří infekce rány, systémové infekce, ischemická poškození, poruchy obranyschopnosti, porucha funkce makrofágů nebo granulocytů. Proces hojení prodlužují i systémová onemocnění jako je cukrovka, selhání jater, ledvin i závažné onemocnění plic a srdce. Procesu hojení nepřispívá špatný psychický stav a stres. Špatná, nedostatečná výživa ovlivňuje hojení, protože chybí substráty pro tkáňovou regeneraci. Kvůli podvýživě může dojít k prodloužení nebo úplnému zastavení hojení ran (Sobotka, 2003, s. 182-183).

Vlhová prohlašuje, že při léčbě chronických ran by se měl každý řídit doporučeným postupem. Nejprve se musí zjistit etiologie, dále se navrhne strategie pro léčbu a musí se respektovat základní principy pro místní hojení rány. V praxi se však můžeme často setkat se situacemi, kdy tyto postupy nejsou ani zdaleka dodržovány. Zjistit etiologii rány je někdy velice složité, ale musíme vždy nejdříve zjistit, proč se rána nehojí a pak až můžeme pokračovat terapií (Vlhová, 2009, s. 230).

Herman je toho názoru, že postup hojení bércového vředu ovlivňuje jak jeho velikost, délka trvání, současné postižení arteriálního systému, tak hybnost kloubů, zejména pak kloubu talokrurálního. Hůře se hojí vředy, které vznikly nějakým spouštěcím faktorem, naopak vředy po traumatu se hojí o poznání rychleji. Pro hojení je také důležitý názor samotného pacienta, protože se může stát, že pacient s léčbou nesouhlasí. Mnohdy se tak stane při léčbě pomocí chirurgického zákroku na tepenném a žilním systému. Samozřejmě je

důležité, aby byl pacient schopen aplikovat si kompresivní bandáž, což mnohdy kvůli věku či obezitě nezvládá (Herman, 2010, s. 185).

Komplexní vyšetření pacienta nám napoví, proč se rána nehojí. Zaměříme se na faktory, které často prodlužují a komplikují hojení. Mezi tyto faktory patří anemie, diabetes, aterosklerotické změny a obliterace cév, hypertenze či venózní insuficience. Pokud provedeme vyšetření na tato onemocnění, jistě budeme blíže k odpovědím v otázkách hojení konkrétní rány. Obezita či podvýživa nenapomáhají rychlejšímu hojení, tudíž stav výživy nás také velmi zajímá. Nedodržování zdravého životního stylu, kouření, nedostatečný pohyb a podmínky pro ošetřování v domácím prostředí nás též zajímají. Při volbě materiálu na krytí rány musíme vycházet z fáze hojení dané rány, subjektivních pocitů klienta, zkušeností ošetřujícího lékaře, ale důležitá pro konečnou volbu je i cena (Vlhová, 2009, s. 230).

Stává se, že je diagnóza objevena pozdě a i tím se hojení prodlužuje. Herman tedy uvádí soubor sedmi doporučení, které nám pomůžou ke správnému a rychlému hojení. První doporučení se pojí s časnou diagnostikou a zahájení správné terapie. Jako druhé doporučení uvádí cílenou terapii, buďto na žilní, nebo na tepenný systém. Za třetí je fakt, že při žilní insuficienci má zásadní význam kompresivní terapie. Čtvrtým bodem je správná, dobrá a dostatečná edukace pacienta o onemocnění, léčbě, režimu, atd. Pátý bod věnuje využití přenosu kůže u velkých čistých defektů. Šesté doporučení se vztahuje k tomu, jak by se měla využívat antibiotická léčba u bérceových ulcerací. Antibiotika totiž při léčbě ulcus cruris mají minimální význam. Poslední bod – když se vřed nehojí, musíme přehodnotit celou diagnózu, dosavadní léčbu a spolupráci pacienta (Herman, 2010, s. 185).

3 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda existují publikované poznatky o problematice bérceových vředů u seniorů, o jejich výskytu, etiologii, bolesti, terapii a vlivech na hojení rány. Autoři Navrátilová a Žuffová-Kunčová se shodly na faktu, že pacient navštíví s tímto problémem nejčastěji svého praktického lékaře. Je tedy nutné, aby obvodní lékař určil směr léčby a zahájil léčbu včas (Navrátilová, 2010, s. 280, Žuffová-Kunčová, 2007, s. 229). Je potřeba provést komplexní vyšetření a následně zahájit multioborovou léčbu. Tento pacient mnohdy postupně navštíví dermatologa, chirurga, internistu, diabetologa, neurologa a rehabilitačního lékaře (Štukavcová, 2009, s. 1). Musí se zjistit etiologie a typ ulcerace, management bolesti, kompresivní terapie, zajistit péči o chronickou ránu, doporučit změny životního stylu a promyslet dlouhodobou léčbu (Pokorná, 2011, s. 198). Důležité je, aby si laická i odborná veřejnost uvědomila, že pojem *ulcus cruris* je jen popisem symptomů a musí se určit etiologie ulcerací, aby se dále mohla stanovit diagnóza (Navrátilová, 2003, s. 188). Nejčastěji se vyšetřeními zjistí vředy žilní etiologie, druhé nejčastěji se vyskytující vředy jsou smíšené a dále se objevují vředy arteriální (Herman, 2010, s. 184). U každé etiologie bývá jiná bolest i jiné úlevové polohy. Jelikož neztišená bolest pacienta stresuje, vyčerpává a zpomaluje hojení, musíme se zaměřit na dobré nastavení analgetické medikace. Pacienta propouštíme do domácího ošetřování, až pokud má bolesti pod kontrolou (Haklová, 2010, s. 182, 184). Autorky Baručáková a Vantuchová spolu s Pospíšilovou se shodují, že hlavní prevalence bérceového vředu je u lidí nad 70 let (Baručáková, Vantuchová, 2010, s. 312, Pospíšilová, 2008, s. 79). Právě na pacientův věk musíme pamatovat i při volbě kompresivní terapie. Často pacient není schopen zabandážovat končetinu sám, nebo kompresi nevydrží mít dlouho (Navrátilová, 2010, s. 454). Jelikož si pacienti často nebývají schopni

přiložit obinadlo sami, dochází jim s ošetřováním rány dopomáhat sestry z agentur domácí péče. Všeobecné sestry pacienty s diagnózou ulcus cruris ošetřují nejen v domácím prostředí, ale i v ambulantních ordinacích, na nemocničních odděleních či v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (Pospíšilová, 2008, s. 1). Také Karen se Švestkovou tvrdí, že nejčastěji přijdou do styku s pacienty s bércovými ulceracemi právě sestry z agentur domácí péče (Karen, Švestková, 2007, s. 1). Autorky Baručáková s Vantuchovou spolu s Navrátilovou a Pospíšilovou se shodují, že se využívá lokální terapie, se zvoleným materiálem dle typu a stav vředu, systémová terapie a kompresivní terapie. Mnohdy se využívá ještě chirurgická léčba a lymfodrenáže (Baručáková, Vantuchová, 2010, s. 314-315, Navrátilová, 2003, 185-188, Pospíšilová, 2008, 81-84). Stále však musíme mít na paměti, že ke každému pacientovi a jeho léčbě musíme přistupovat vysoce individuálně (Ruzicka, Sick, 2010, s. 12)

4 BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BARUČÁKOVÁ, Lada, VANTUCHOVÁ, Yveta. 2010. Kombinovaná léčba bércových ulcerací. Interní medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 12(6), 312-315 [cit. 3. 6. 2012]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/06/05.pdf

BELÁČEK, Jozef, JAKUBOVSKÝ, Ján, KUBÍKOVÁ, Eliška, ELHASSOUN, Olia, NOVOTNÝ, Jozef. 2009. Patogenéza ulcus cruris. Kontakt [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 11(2), 459-464 [cit. 16. 5. 2012]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330122628882843.pdf>

GÖRING, Hans-Dieter, TREBING, Dietrich. 2004. Wound healing of chronic leg ulcers under the influence of erysipelas. European Journal of Dermatology [online]. Dessau: John Libbey Eurotext, 14(1), 56-57 [cit. 23. 5. 2012]. Dostupné z: http://www.jle.com/e-docs/00/03/FF/21/vers_alt/VersionPDF.pdf

HAKLOVÁ, Olga. 2010. Bércové vředy a chronická bolest. Medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 8(4), 182-184 [cit. 5. 5. 2012]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/04/07.pdf

HERMAN, Jiří. 2010. Ulcus cruris. Dermatologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 4(4), 184-185 [cit. 3. 6. 2012]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2010/04/02.pdf

KAREN, Igor, ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2007. Chronický vřed dolní končetiny [online]. Centrum doporučených postupů pro lékaře [cit. 7. 6. 2012]. Praha: Společnost všeobecného lékařství české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, s. 1-10. ISBN: 80-86998-18-5. Dostupné z: http://svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Vred-DK.pdf

KOVAČEVIČOVÁ, Milica. 2009. Bolestivé stavy v dermatologii a jejich léčba. Zdravotnické noviny [online]. Plzeň: Mladá Fronta, 11 [cit. 13. 6. 2012]. ISSN: 1214-7664. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bolestive-stavy-v-dermatologii-a-jejich-lecba-426105>

KRAMER, Axel, ROTH, Beat. 2009. Antiseptische Begleittherapie des Ulcus cruris mit Polihexanid. GMS Krankenhaushygiene [online]. Düsseldorf: German medical science, 4(2), 1-5 [cit. 1. 6. 2012]. ISSN 1863-5245. Dostupné z: www.egms.de/static/en/journals/dghk/2009-4/dgkh000141.shtml

KUČERA, Zdeněk. 2006. Leg ulcer prevalence in the Czech Republic: Omnibus survey results. EWMA Journal [online]. London : European Wound Management Association, 6(2), 28-29 [cit. 20. 5. 2012] . ISSN 1609-2759. Dostupné z: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/journals/EWMA_Journal_Vol_6_No_2_no_front_page.pdf

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. 2003. Ulcus cruris- diagnostika a léčba. Interní medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 5(4), 184-189 [cit. 14. 5. 2012]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: www.internimedicinapropraxi.cz/pdfs/int/2003/04/07.pdf

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. 2004. Ulcus cruris. Interní medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 6(11), 558-559 [cit. 2. 5. 2012]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/11/10.pdf

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. 2008. Kompresivní terapie u žilních onemocnění. Interní medicína pro praxi. Olomouc: Solen, 10(10), 449-455 [cit. 10. 4. 2012]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/10/04.pdf>

NAVRÁTILOVÁ, Zuzana. 2010. Pacient s ulcus cruris venosum v ambulanci praktického lékaře. Medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 7(6-7), 280-283 [cit. 3. 6. 2012]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/06/08.pdf

POKORNÁ, Andrea. 2011. Znalostní ošetrovatelská péče u nemocných s bérčovými vředy. Medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 8(4), 182-184 [cit. 28. 5. 2012]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/04/12.pdf

POSPÍŠILOVÁ, Alena. 2008. Bérkový vřed. Dermatologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 2(2), 79-84 [cit. 2. 6. 2012]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der//2008/02/08.pdf

POSPÍŠILOVÁ, Alena. 2008. Bérkový vřed. Zdravotnické noviny [online]. Plzeň: Mladá Fronta, 17 [cit. 17. 6. 2012]. ISSN: 1214-7664 Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bercovy-vred-385691>

RUZICKA, Thomas, SICK, Isabell. 2010. Mnoho tváří bérkového vředu. Medicína po promoci [online]. Praha: Medical Tribune CZ, 11(5), 45-50 [cit. 12. 6. 2012]. ISSN 1212-9446. Dostupné z: www.tribune.cz/clanek/20105

SOBOTKA, Lukáš. 2006. Metabolické, systémové a lokální aspekty hojení ran. Interní medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, č. 8 (4), 182-184 [cit. 8. 6. 2012]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/04/06.pdf

ŠTUKAVCOVÁ, Alena. 2009. Traumacel Biodress v léčbě bércových vředů. Medical Tribune [online]. Praha: Medical Tribune CZ, 5(4), C4 témat. příl. [cit. 29. 5. 2012]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: www.tribune.cz/archiv/mtr/240/6888

ŠVESTKOVÁ, Sabina. 2009. Kompresivní terapie u chronického žilního onemocnění. Dermatologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 3(5), 236-238 [cit. 29. 5. 2012]. ISSN 1803-5337, Dostupné z: www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2009/05/05.pdf

VLHOVÁ, Hana. 2009. Moderní materiály ano, ale... . Dermatologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 3(5), 230-232 [cit. 3. 6. 2012]. ISSN 1803-5337, Dostupné z: www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2009/05/03.pdf

ZÁDRAPOVÁ, Jana. 2008. Larvální terapie z pohledu pacientů. Medical tribune [online]. Praha: Medical Tribune CZ, 4(31), C6 tématická příloha [cit. 27. 5. 2012]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/12908>

ZÁDRAPOVÁ, Jana. 2008. Historie a současnost larvální terapie. Medical tribune [online]. Praha: Medical Tribune CZ, 4(31) tématická příloha [cit. 26. 5. 2012]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/12909>

ŽUFFOVÁ-KUČOVÁ, Blanka. 2007. Bércový vřed. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 4 (5), 228-232 [cit. 18. 5. 2012]. ISSN 1214-8687. Dostupné

z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/05/10.pdf>