

Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Katedra ošetrovatelství

Petra Denková

Chronická žilní nedostatečnost a její komplikace - bércový vřed

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Meluzínová Hana

Brno 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila pouze uvedené zdroje.

Brno 2010

Petra Denková

Děkuji MUDr. Haně Meluzínové za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji všem respondentům za ochotu při spolupráci a pečlivé vyplnění dotazníků.

OBSAH:

ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY	7
1.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	7
1.2 OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY	7
2 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU	8
2.1 KLINICKÁ ANATOMIE A FYZIOLOGIE	8
2.1.1 Tepenný systém	8
2.1.2 Žilní systém	9
2.2 ANATOMIE KŮŽE	13
2.2.1 Pokožka (epidermis).....	13
2.2.2 Škára (dermis).....	13
2.2.3 Podkoží (hypodermis)	13
2.2.4 Kožní adnexa.....	14
2.3 DEFINICE CHRONICKÉ ŽILNÍ NEDOSTATEČNOSTI.....	14
2.3.1 Teorie „fibrinových rukávů“ („fibrinové manžety“)	15
2.3.2 Klasifikace chronické žilní insuficience	16
2.3.3 Definice bércových vředů	17
2.3.3.1 Bércové vředy žilního původu (venózní ulcerace)	18
2.3.3.2 Bércové vředy tepenného původu (vředy arteriální)	20
2.3.3.3 Bércové vředy u pacientů s cukrovkou (vředy diabetické).....	20
2.3.3.4 Bércové vředy při nemocech krve	21
2.3.3.5 Bércové vředy infekční	21
2.3.3.6 Bércové vředy na podkladě nádorů	21
2.3.3.7 Bércové vředy smíšené.....	21
2.4 DIAGNOSTIKA.....	22
2.4.1 Dopplerovské ultrasonografické vyšetření	22
2.4.2 Flebografické vyšetření.....	22
2.4.3 Fotopletysmografie, vzduchová pletysmografie	23
2.4.4 Angiografické vyšetření.....	23
2.4.5 Digitální subtrakční angiografie (DSA)	23
2.4.6 Perkutánní transluminální angioplastika (PTA)	24
2.4.7 CT- angiografie.....	24
2.5 LÉČBA CHRONICKÉ ŽILNÍ NEDOSTATEČNOSTI.....	24
2.6 LÉČBA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ	25
2.6.1 Proces hojení ran.....	26
2.6.2 Místní terapie	27
2.6.3 Prostředky k čištění rány.....	28
2.6.4 Mokrý terapie.....	28
2.6.5 Hydrogelová krytí	28
2.6.6 Hydropolymerové prostředky.....	28
2.6.7 Hydrokoloidní krytí.....	29
2.6.8 Pěnová polyuretanová krytí	29
2.6.9 Alginátová krytí.....	29
2.6.10 Absorpční krytí s aktivním uhlím.....	29
2.6.11 Kombinovaná krytí	30
2.7 MAGGOT TERAPIE.....	30
2.8 KOMPRESIVNÍ TERAPIE	30
2.8.1 Elastická bandáž	31
2.8.2 Elastické punčochy.....	32
2.9 FARMAKOTERAPIE.....	33
2.9.1 Příčiny onemocnění	34
2.9.2 Přidružená onemocnění	34
2.9.3 Péče o celkový stav pacienta.....	34
2.9.4 Léčba bolesti	35

2.10	FYZIKÁLNÍ TERAPIE	35
2.11	RADIKÁLNÍ TERAPIE	35
2.12	KOMPLIKACE PŘI LÉČBĚ	35
2.13	CVIČENÍ A POHYB	35
2.14	EDUKACE PACIENTA	36
2.15	AGENTURY OŠETŘOVATELSKÉ SLUŽBY	36
3	METODIKA	37
3.1	METODA DOTAZNÍK	37
3.2	VLASTNÍ DOTAZNÍK	37
3.3	DISTRIBUCE DOTAZNÍKU	37
4	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	39
	Cílová skupina byli pacienti s chronickou žilní nedostatečností, kritériem pro tuto vybranou skupinu byl bérkový vřed.....	39
5	DISKUSE	60
5.1	HODNOCENÍ OČEKÁVANÝCH VÝSLEDKŮ	67
6	NÁVRH ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ	71
	ZÁVĚR	72
	LITERATURA A PRAMENY.....	73
	SEZNAM ZKRATEK	76
	SEZNAM TABULEK.....	77
	SEZNAM GRAFŮ	79
	PŘÍLOHA.....	81

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem chronická žilní nedostatečnost a její komplikace – bérkový vřed. Končetinové defekty vesměs nevedou bezprostředně k ohrožení života, ale život výrazně komplikují. Pacienti trpí dyskomfortem. Cílem léčby tohoto onemocnění je zabránit recidivě, snížit náklady na léčbu, zkrátit celkovou dobu hospitalizace, popřípadě léčby a v neposlední řadě zlepšit kvalitu života, vrátit pacienta do normálního života s minimálním procentem invalidity.¹

Teoretická část práce popisuje anatomii žil a kůže, definuje chronickou žilní nedostatečnost a její komplikaci – bérkový vřed. Je zde popsáno jejich rozdělení, příčiny, diagnostika a léčba.

V praktické části jsou analyzovány výsledky průzkumu, které byly dosaženy dotazníkovou metodou.

Závěr práce obsahuje údaje vyplývající z průzkumu. Vyhodnocení dosažených cílů a očekávaných výsledků, které byly stanoveny na začátku práce.

¹Srov. TOŠENOVSKÝ, P. a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 1-2.

1 CÍL PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY

1.1 Cíle bakalářské práce

1. Zjistit nejčastější typ bércevého vředu
2. Zjistit zda bércevé m vředem trpí více ženy nebo muži
3. Zjistit zda pacienti umí správně přikládat kompresivní obvaz
4. Zjistit kolik pacientů podstoupilo larvoterapii

1.2 Očekávané výsledky

1. Předpokládám, že více než 80 % respondentů trpí venózním typem bércevého vředu
2. Předpokládám, že více bércevémi vředy trpí ženy než muži
3. Předpokládám, že více než 60 % respondentů umí správně přikládat kompresivní obvaz
4. Předpokládám, že larvoterapii podstoupilo méně než 5 % respondentů

2 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU

2.1 *Klinická anatomie a fyziologie*

2.1.1 Tepenný systém

Okysličená krev je do arteriálního systému vypuzována z levé srdeční komory do vzestupné aorty, aortálního oblouku a aorty hrudní. Odtud proudí krev pod systémovým tlakem do aorty abdominální, obou pánevních tepen, stehenních tepen, do tepen podkolenních a bércevého řečiště, které je při fyziologických podmínkách u většiny populace tvořeno třemi arteriemi (a.fibularis, a.tibialis posterior, a.tibialis anterior). Distálně od kotníku pokračuje arteriální systém dvěma hlavními tepnami – dorzální a plantární arterií. Tyto tepénky jsou ve své periferii spojeny, a vytvářejí plantární oblouk.²

Stěna tepen je tvořena třemi vrstvami:

tunica intima - je tvořena vrstvou buněk endotelových a elastickou membránou. Jejím hlavním úkolem je zabránit srážení krve uvnitř tepny;

tunica media – střední vrstva tepny obsahuje zejména svalová vlákna, kolagen a elastická vlákna. Media je nejširší vrstvou, umístěná mezi adventicií a tenkou vrstvou nazývanou lamina elastica interna. Lamina elastica externa nebývá u mnoha tepen přítomna. Hladké buňky svalové jsou v této vrstvě četné, jsou shromážděné do skupin a každičká buňka je obklopena bazální membránou. Četná kolagenová vlákna zamezují nadměrnému protažení nebo sklouznutí buněk. K tomu je každá skupina hladkých svalových buněk obalena elastickými vlákny, čímž vzniká jakýsi funkční svalově-elastický svazek;

tunica adventicia – nejpoверхněji uložená tenká vrstva obalující celý obvod tepny. Obsahuje pojivovou tkáň, elastické vlákna, vasa vasorum, žilní síť, kapiláry a nervy. Její tloušťka se různí dle daných tepen.³

²Srov. TOŠENOVSKÝ, P. a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s.3

³Srov. TOŠENOVSKÝ, P. a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba s. 3-4.

Tepny s velkým průsvitem ležící blíže k srdci, obsahují více elastických vláken. Umožňují tak přenášení pulsové vlny ze srdečního svalu a nazývají se tepnami **elastického typu**. Menší tepny, umístěny dále od srdce, obsahují více hladkých svalových buněk, méně kolagenu i elastinu a nazývají se někdy tepnami **muskulárními**, nebo distribučními. Jde zvláště o tepny končetinové. Tepny směrem od srdce do periferie postupně ztrácejí elasticitu a zmenšuje se jejich průsvit. Průměr hrudní aorty bývá kolem 25 mm, abdominální aorta měří přibližně 2 cm, jinak tepny bérce a tepny nohy pod kotníkem mají maximálně 2 – 3 mm v průměru.⁴

Tepny se postupně v periferii větví na tepénky a tyto přecházejí v kapiláry, mající velmi malý průsvit, tvořící jen jedinou vrstvou buněk. Vzhledem k tomu, že síť kapilár je velice rozsáhlá, jde o **nízkoodporovou** cirkulaci. Kapiláry umožňují přestup kyslíku a výživy do tkání a naopak přijímají zplodiny látkové výměny a oxid uhličitý z tkání.⁵

2.1.2 Žilní systém

Žilní stěna je tvořena třemi vrstvami, stejně jako stěna tepny. Celková tloušťka stěny je výrazně menší. Media obsahuje málo svalových vláken, a žilní stěny proto neudrží oválný tvar, jestliže nejsou naplněny krví, tak kolabují.⁶

Na dolní končetině lze rozlišit dvě skupiny žil, a to **povrchové žíly** a **hluboké žíly**.

Povrchovou žilní síť tvoří povodí velké a malé safény (vena saphena magna a vena saphena parva). Velká saféna (VSM) sbírá žilní krev z nártu a vnitřní strany nohy, dále směrem k srdci před vnitřním kotníkem na bérec. Je uložena na vnitřní straně bérce podkožně až ke kolennímu kloubu, kde bývá kryta fascií. Nad kolenním kloubem bývá zase uložena podkožně a pokračuje po

⁴Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba s. 5.

⁵Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba s. 5-6.

⁶Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba s. 9.

vnitřní straně stehna do třísla, odtud se vlévá do společné stehenní žíly. VSM obsahuje chlopně v celém průměru, přibližně kolem 10-20.⁷

Vena saphena parva (VSP) je tenčí žíla, která začíná ze žilní pleteně na hřbetu nohy, dostává se za zevní kotník, přecházející na zadní plochu lýtku, stoupající vzhůru podél Achillovy šlachy do podkolenní jámy, kde se vlévá do vena poplitea.⁸

Vena saphena magna i parva mají po celém průběhu dvojcipé chlopně.

Žíly hluboké probíhají v těsné blízkosti arterií stejného jména a na bérce jsou zdvojeny. Spojují se v podkolenní jamce do vena poplitea, pokračujíc centrálně již jako povrchová stehenní žíla. Ta po spojení s hlubokou femorální žílou (vena profunda femoris) tvoří společnou stehenní žílu (v. femoralis communis). Spojení těchto žil lze nalézt většinou ve vzdálenosti 8 -12 cm distálně od Poupartského vazů.

Hluboké bércevé žíly jsou opatřeny mnoha chlopněmi, podkolenní žíla má až čtyři chlopně.

Vena femoralis superficialis (VFS) má pravidelně jednu chlopeň periferně od junkce s profundou a další jednu či dvě chlopně jsou v průběhu žíly distálněji. Vena profunda femoris (VPF) mívá pravidelně jednu chlopeň před vstupem do povrchní femorální žíly. Obě proximální chlopně VFS jsou často dosažitelné z jednoho přístupu v třísle, stejně jako chlopeň VPF. Zmiňovaná žíla svými mnohými větvemi funkčně spojuje podkolenní žílu (distálně) a žíly gluteální (proximálně) se společnou stehenní žílou.⁹

Pod tříselným vazem probíhá společná stehenní žíla centrálně nazývaná zevní ilickou žílou. Z malé pánve vystupuje vnitřní pánevní žíla, připojujíc se k zevní ilické žíle a pokračujíc proximálně již jako společná ilická žíla (vena iliaca

⁷Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 10.

⁸Srov. SINÉLNIKOV,R.D., Atlas anatomie člověka (II), s. 419.

⁹Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 11-13.

communis). Levá společná ilická žíla je ve svém průběhu utlačena, a to těsně před vstupem do dolní duté žíly v předozadním směru. Tento útlak je způsoben ventrálně běžící společnou ilickou tepnou a dorzálně lumbosakrální páteří (pátý bederní obratel). Jde o klinicky významné zúžení.¹⁰

Mezi hlubokým a povrchovým systémem jsou důležité četné spojky. Nazývají se venae perforantes (žilní perforátory). Odhaduje se že je jich více než 150 a tvoří třetí nezbytnou složku žilního systému dolních končetin. Jsou děleny na tři velké skupiny – vnitřní, zevní a zadní. Každá z těchto skupin se dále dělí na podskupinu distální, střední a proximální bérce, resp. stehenní. Nejdůležitější je skupina mediálních perforátorů střední a distální třetiny bérce nazývaných **Cocketovy spojky**. Ty spojují Leonardovu žílu s hlubokou (párovou) zadní tibiální žílou. Cocket I je umístěn pod mediálním kotníkem, Cocket II a III jsou umístěny ve vzdálenosti 7-9 a 10-12 cm od dolní hrany vnitřního kotníku v průběhu Leonardovy žíly. Tyto komunikující žíly lze nalézt v Lintonově linii, běžící kranio-kaudálně ve vzdálenosti 2 - 4 cm dorzálně od vnitřní hrany tibie.

Dále důležité perforátory **paratibiální**, které spojují přímo velkou safénu nebo její větve se zadními tibiálními žilami. Jsou 3 a nalézají se ve vzdálenosti 20, 25 a 30 cm proximálně od dolní hrany vnitřního kotníku a 1 - 2 cm dorzálně od zadní hrany tibie.

Všechny venae perforantes jsou opatřeny chlopněmi, které umožňují směřovat krevní tok ve směru z povrchových do hlubokých žil.¹¹

Z hlediska hemodynamického žíly shromažďují až 2/3 cirkulující krve organismu.

¹⁰Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 13.

¹¹Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 14.

Povrchový žilní systém je ovládán sympatikem a je schopen vazodilatace i vazokonstrikce podle stavu zátěže organismu, vlivem emocí apod. Obsahuje svalová vlákna, a hraje tak důležitou roli v termoregulaci.

Hluboký systém je pouze pasivní žilní drenáží. K hlavním mechanismům, zodpovědným za odtok venózní krve směrem k srdci, patří **funkční chlopně** s fungující **svalovou pumpou**. Za optimálních okolností je v klidu vestoje tlak žilní krve v povrchovém a hlubokém systému dolní končetiny dán hydrostatickým tlakem sloupce žilní krve nad místem měření. Normální hodnoty v oblasti nohy jsou v klidu vestoje 80 - 90 mm Hg. Při stání dochází po 15 min k úniku krve z kapilár dolních končetin do intersticia, jako následek městnání krve v žilách končetiny. V okamžiku kontrakce svalové pumpy lýtky při chůzi dojde ke kompresi hlubokých žil a přechodně ke zvýšení tlaku v tomto systému. Krev je vypuzena směrem k srdci a chlopně se uzavírají – brání tak retrográdnímu (zpětnému) toku krve. Chlopně perforátorů jsou taky v okamžiku růstu tlaku uzavřeny, a brání tak jeho přenosu během kontrakce svalové pumpy směrem do povrchového systému. Po vyprázdnění hlubokých žil dojde k výraznému poklesu tlaků v hlubokých i povrchových žilách až na úroveň 10 - 30 mm Hg (měřeno na nártu). Tento pokles umožní otevření chlopní perforátorů a započítí toku krve ze systému povrchových žil do žil hlubokých. Za optimálních okolností dochází přibližně za 25 - 30 s po ukončení cvičení (např. stoupaní na špičky) k obnovení klidových vysokých hodnot.¹²

Propojení sinusoid (četných velkokapacitních žil lýtkových svalů) s povrchovým systémem žil bérce je hemodynamicky důležité. Sinusoidy jsou uloženy v m. gastrocnemius a m. soleus a jsou krevním rezervoárem. K jejich naplnění dochází z hlubokých i povrchových žil (z povrchových žil přes perforátory a paratibiální žíly ve fázi relaxace lýtkových svalů). V okamžiku svalové kontrakce dojde k vzestupu intramuskulárních tlaků a tím i tlaku v hlubokých žilách (140 - 250 mm Hg). Tlak v sinusoidách je odhadován na stejné hodnoty.

¹²Srov. TOŠENOVSKÝ, P a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 14-15.

Po vypuzení krve ze sinusoid dochází, že zde tlak výrazně poklesne. Funkční chlopně chrání povrchové žíly, perforátory a distálněji uložené hluboké žíly před propagací vysokých tlaků při kontrakci. Ve fázi relaxace brání chlopně zpětnému toku krve distálně i zpětnému naplnění sinusoid.¹³

2.2 Anatomie kůže

Složený z pokožky, škáry, podkožního vaziva a přidatných kožních orgánů.

2.2.1 Pokožka (epidermis)

Tvoří povrchovou vrstvu kůže. Jde o vícevrstevný dláždíkový rohovějící epitel, obsahující čtyři typy buněk, a to keratinocyty, melanocyty, Merkelovy buňky a Langerhansovy buňky. Nejpočetnější epidermální buňky se nazývají keratinocyty produkující keratin. Ten je důležitý pro ochranu epidermis, tvoří také antibiotika a enzymy, které ničí škodlivé chemikálie působící na kůži.¹⁴

2.2.2 Škára (dermis)

Je druhá vrstva kůže, pevná a ohebná pojivová tkáň. Skládá se z fibroblastů, makrofágů, žírných buněk, z roztroušených buněk bílé krevní řady, obsahující též vlákna kolagenní, elastická a retikulární. Dermis je bohatě zásobena cévní sítí a nervovými vlákny. Cévy vyživují dermis a mají termoregulační funkci.¹⁵

2.2.3 Podkoží (hypodermis)

Je tuková vrstva, skládá se ve větší míře z tukové a v menší míře z řítké pojivové tkáně. Je zde zásobárna tuku.

¹³Srov. TOŠENOVSKÝ, P a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 15-16.

¹⁴Srov. MARIEB, E.N. a MALLAT, J., Anatomie lidského těla, s. 112.

¹⁵Srov. MARIEB, E.N. a MALLAT, J., Anatomie lidského těla, s. 115.

2.2.4 Kožní adnexa

Patří sem vlasy a vlasové folikuly, mazové žlázy, potní žlázy a nehty.¹⁶

2.3 Definice chronické žilní nedostatečnosti

Chronická žilní nedostatečnost (CVI) vzniká při poruše cirkulace krve. Jedná se o onemocnění progresivní. Dochází k poruše návratu žilní krve z dolní končetiny směrem k srdci, nedostatečně fungují chlopně v některém ze systému žil, to způsobí reflux žilní krve, tím se krev hromadí v žilách, zvyšuje se žilní tlak, což vede k venózní hypertenzi. CVI postihuje jak povrchový žilní systém, tak i hluboký žilní systém.

Nejčastější příčiny CVI :

- nedomykavost chlopní v hlubokém žilním systému
- dysfunkce chlopní v povrchových žilách
- obstrukce venózního odtoku
- poruchy mechanismu svalové kloubní pumpy
- vrozené (kongenitální) defekty žilní stěny

Při insuficienci chlopní v povrchových žilách, vede k obrácení toku krve z proximálních úseků do distálních.

Při insuficienci chlopní v hlubokých žilách, krev se hromadí, zvyšuje se žilní tlak, roztahuje se žilní stěna, žilní chlopně nedostatečně pracují, dochází ke zvýšenému městnání krve, ke vzniku žilní hypertenze, které vede k insuficienci

¹⁶Srov. MARIEB, E.N. a MALLAT, J., Anatomie lidského těla, s.117.

perforátorů, krev proudí z hlubokého žilního systému do povrchového, čímž vzniká ambulatorní žilní hypertenze.

Nejčastější komplikace CVI:

- křečové žíly (varixy)
- otoky dolních končetin, zejm. kolem kotníků
- hyperpigmentace
- dermatitida ze stázy
- hyperkeratóza
- mikrobiální ekzém, kontaktní alergický ekzém
- papilomatóza
- dermatoskleróza
- ulcus cruris

2.3.1 Teorie „fibrinových rukávů“ („fibrinové manžety“)

Tato teorie se snaží vysvětlit, proč při venózní hypertenzi dochází k rozvoji ulcerací. Principem vzniku žilního defektu je přenos vysokých žilních tlaků do kapilár. Dochází podle ní k rozšíření (dilataci) kapilár s následnou zvýšenou propustností pro některé látky. Zvyšuje se propustnost stěny kapiláry pro fibrinogen (permeabilita kapilár). Mimo cévu fibrinogen polymerizuje za vzniku pevného obalu kolem kapiláry na fibrin. Tato vrstva fyzikálně zabraňuje

přechodu kyslíku z kapiláry do extravaskulárního prostoru. Kůže a podkoží jsou tedy ochuzovány o kyslík, vznikne tkáňová hypoxie a dále dojde ke vzniku nejprve lipodermatosklerózy a následně k trofickým defektům.¹⁷

2.3.2 Klasifikace chronické žilní insuficience

V současné době lze klasifikovat dvojím způsobem:

- Widmerova klasifikace;
- Havajská klasifikace, zkráceně CEAP.

CEAP

V roce 1994 byla stanovena a pod dohledem Pracovní skupiny pro žilní choroby (American Venous Forum) uvedena do praxe nová jednotná klasifikace – tzv. CEAP. Má sloužit nejen pro praktické účely k usnadnění diagnostické a léčebně-preventivní péče, ale i k tomu, aby bylo možno jednotlivé skupiny nemocných po čase hodnotit, srovnat je s nemocnými z jiných pracovišť a sledovat výsledky různých léčebných metod.

C – clinical class, klinický nález

E – etiology, etiologie postižení

A – anatomy, anatomie, lokalizace zásadních patologických změn

P – pathology, patofyziologický mechanismus vzniku

Klinický nález:

C/0 – bez známek žilní choroby,

C/1 – teleangiektázie a pavoučkové vény,

C/2 – varikózně změněné žíly,

C/3 – edém žilního původu,

C/4 – kožní změny a lipodermatoskleróza,

C/5 – zhojený žilní defekt,

C/6 – aktivní žilní defekt.

¹⁷Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 56.

Etiologie:

E/c – kongenitální původ změn,

E/p – primární žilní změny (neznámé příčiny – změny vyvolané původně v místě postižení žil),

E/s – sekundární změny (známá příčina – prvotní postižení jiné oblasti vedlo ke vzniku patologických procesů v místě, které se vyšetřuje).

Anatomie (lokalizace):

A/s – povrchový žilní systém, 1 - 5 (1 – vena saphena magna, 2 – VSM nad kolenem, 3 – VSM pod kolenem, 4 – vena saphena parva, 5 – netýká se VSM ani VSP),

A/d – hluboký žilní systém, 6 - 16 (6 – dolní dutá žíla, 7 – společná ilická žíla, 8 – vnitřní ilická žíla, 9 – zevní ilická žíla, 10 – pánevní žíly a žíly genitálu, 11 – společná femorální žíla, 12 – hluboká femorální žíla, 13 – povrchová femorální žíla, 14 – podkolenní žíla, 15 – bércevé žíly, 16 – žíly m. gastrocnemius, m. soleus aj.),

A/p – perforátory, 17 - 18 (17 – stehenní perforátory, 18 – perforátory bérce).

Patofyziologie:

P/r – základní příčinou je reflux krve v postižené žíle,

P/o – základní příčinou je obstrukce daného žilního systému, (označení žíly 1-18 jako u klasifikace anatomie, viz výše).¹⁸

2.3.3 Definice bércevé vřed

Je onemocnění polyetiologické, lze definovat jako chronická rána s dobou hojení delší než 6 týdnů, při kterém dochází k rozpadu tkáně až k její nekrotizaci.

Nejčastější příčiny bércevého vředu jsou onemocnění cévního systému, žilního a tepenného. Další četnou skupinu tvoří bércevé vředy u pacientů s

¹⁸Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠAK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 70-71.

cukrovkou, vředy vzniklé po úrazech (traumatické) a dekubity, vředy při nemocech krve, infekční vředy a vředy vzniklé na podkladě nádorů.¹⁹

2.3.3.1 Bércové vředy žilního původu (venózní ulcerace)

Jsou nejtěžší komplikací chronické žilní nedostatečnosti zapříčiněné insuficiencí žilních chlopní v hlubokém žilním systému, ve spojovacích žilách, případně v povrchovém žilním systému, nebo kombinací všech poruch předcházejících. Tento stav může nastat v důsledku dlouhotrvající primární varikozity. Nejčastěji se však na vzniku bércových vředů podílí proces obstrukční povahy - flebotrombóza. Po jejím odhojení může dojít k částečné nebo úplné rekanalizaci postižené žíly, avšak většinou s destrukcí a následnou insuficiencí chlopní v hlubokém a spojovacím žilním systému. To je příčinou že vznikne v žilní makrocirkulaci krevní stáza a následně se rozvíjí žilní hypertenze, mající sekundární odezvu v oblasti mikrocirkulace. Tyto změny způsobí zvýšenou propustnost kapilár, ztrátu plazmatických bílkovin a vytváří fibrinové perikapilární manžety, což vede k trofickým změnám až k bércovým vředům.²⁰

Rizikové faktory, které vedou k rozvoji onemocnění žilního systému:

- dědičná dispozice ke ztrátě elasticity žilní stěny;
- věk;
- obezita;
- výskyt žilních onemocnění a bércových vředů v rodině;
- proběhlý zánět v hlubokém žilním systému (trombóza);
- sedavé zaměstnání, dlouhé stání;

¹⁹Srov. ŠVESTKOVÁ,S., Bércové vředy, praktické rady pro pacienty, s. 6.

²⁰Srov. POSPÍŠILOVÁ,A., Dermatologie pro praxi 2008 2(2), s. 80.

- nedostatek tělesného pohybu;
- větší počet těhotenství nebo hormonální léčba;
- nepohodlná obuv s vysokými podpatky.

Venózní defekty jsou většinou bolestivé. Trvají řadu měsíců až let. U mužů se venózní defekty vyskytují méně často než u žen. Nejzatíženější skupinou bývají starší pacienti v 6. - 8. decenniu věku.

V anamnéze je, že vzniku ulcerace předcházelo období otoku a bolestí. Ve fázi posttrombotické obstrukce, tj. před vznikem refluxu distálně a rozvojem trofických změn, mají pacienti tzv. venózní klaudikace (jde o obdobu ischemických klaudikací na podkladě městnání v mikrocirkulaci a hromadění laktátu ve svalech následkem obstrukce odtoku krve).

Nejčastější lokalizace je na vnitřní straně distální třetiny bérce v místě tzv. Cockettových perforátorů, a nad vnitřním kotníkem či pod ním. U jedné pětiny nemocných se defekty vyskytují na obou dolních končetinách.

Defekty bývají ploché, rozsáhlé, postihující celý obvod distálního bérce (tzv. cirkumferentní defekty). Je tmavohnědé zbarvení okolí defektu. Hyperpigmentace jsou ve fázi, kdy ještě defekt nevznikl. Kůže bývá tuhá, nelze vytvořit kožní řasu.

Vzniku žilního defektu mnohdy předchází stadium, kde je kůže extrémně citlivá na dotek, indurovaná, zarudlá. Tato fáze se nazývá lipodermatoskleróza.²¹

Vzhled ulcerací je odlišný, zda jsou ulcerace podmíněné dekompenzací žilního oběhu u primárních varixů a u ulcerací vzniklých následkem flebotrombózy – jako součást posttrombotického syndromu.

²¹Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠAK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 69.

Ulcerace při primární varikozitě jsou obvykle menší, mají mělkou spodinu a hladké okraje.

Posttrombotické bércové vředy bývají hluboké, rozsáhlé, často i cirkulární, s nepravidelnými okraji. Mají výrazný exsudativní charakter, povleklou spodinu a jsou provázeny rozsáhlým edémem postižené oblasti.²²

2.3.3.2 Bércové vředy tepenného původu (vředy arteriální)

Vznikají parciálním nebo úplným cévním uzávěrem, jehož příčiny jsou nejčastěji arteriosklerotické změny. Rozsah cévních změn jsou závislá na velikosti a rychlosti šíření ulcerace. Obliteračním procesem mohou být postiženy cévy všech velikostí. Arteriální ulcerace jsou často kruhovitěho tvaru a kromě lokalizace na předních, mediálních a laterálních stranách bérků se vyskytují také na nártách, prstech a patách. Jsou značně bolestivé, zvláště ve vodorovné poloze nohou. Arteriální uzávěr se v postižené oblasti projeví na kůži nejdříve černohnědou nekrózou a pak po jejím odloučení se objeví ulcerace se žlutými, ke spodině lpějícími nebo mazlavými povlaky. Zánětlivé změny v okolí jsou příčinou zarudnutí, i přesto že je končetina chladnější.

Bércové vředy jsou často provázeny dalšími kožními změnami v okolí, které mohou komplikovat jejich hojení. Vážnou komplikací u pacientů s bércovým vředem je **erysipel**, protože chronická rána je vstupní branou pro mikrobiálního původce tohoto onemocnění.²³

2.3.3.3 Bércové vředy u pacientů s cukrovkou (vředy diabetické)

Příčinou těchto vředů je onemocnění tepen a nebo onemocnění periferních nervů u pacientů, kteří mají diabetes mellitus. Vzniká, že je zhoršená dodávka kyslíku do kožních kapilár, což způsobuje poruchy autoregulace.

Vředy u diabetiků jsou lokalizované na dolních končetinách v oblasti působení tlaku nad kostními výčnělky, např. na ploskách nebo na spodních stranách

²²Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008 2(2), s. 80.

²³Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008 2(2), s. 80.

prstů, také v místech naléhání nevhodné obuvi. Postihují arterioly, kapiláry a venuly.

Tyto vředy jsou malé, ale hluboké, často je lemují prstenec ztvrdlé kůže. Spodina může být krytá odumřelou tkání, nebo je chabá, špekovitá bez větší sekrece. Začíná drobnými puchýřky, až k diabetickým bulům, až ke vzniku ulcerace.²⁴

2.3.3.4 Bércové vředy při nemocech krve

Etiologie těchto vředů patří mezi vnitřní příčiny. Vyvolávají je anémie (srpkovitá anemie, sideropenická anémie), myeloproliferativní onemocnění (trombocytóza).

2.3.3.5 Bércové vředy infekční

Etiologie těchto vředů patří mezi zevní příčiny. Vyvolávají je např. erysipel, tuberkulóza, hluboké mykózy, vírové infekce.

2.3.3.6 Bércové vředy na podkladě nádorů

Etiologie těchto vředů patří mezi vnitřní příčiny. Vyvolávají je exulcerující tumory např. basaliom, spinaliom, melanom, metastázy vnitřních malignit do kůže.

2.3.3.7 Bércové vředy smíšené

Ulcerace způsobené vnitřními příčinami, venózní a arteriální, venózní a diabetické, arteriální a neuropatické, venózní, arteriální a artritické a další.²⁵

²⁴Srov. ŠVESTKOVÁ,S., Bércové vředy,praktické rady pro pacienty, s. 9.

²⁵Srov. POSPÍŠILOVÁ,A., Sestra 5/2004, s. 35 - 36.

2.4 Diagnostika

Určení příčiny bércevého vředu je základním předpokladem správné diagnózy a úspěšné léčby. Často pouhá aspekce - lokalizace, velikost vředu, charakter spodiny a změny v okolí již napoví o etiologii bércevého vředu a o další prognóze.

Za účelem přesného stanovení etiologie onemocnění je třeba provést různá vyšetření – přístrojové, laboratorní, histopatologické. Vzhledem k tomu, že většina bércevéch vředů má příčinu v oběhových poruchách, jsou to vyšetření žilního a arteriálního systému dolních končetin.²⁶

2.4.1 Dopplerovské ultrasonografické vyšetření

Jde o neinvazivní vyšetření povrchových a hlubokých žil včetně perforátorů. Tímto vyšetřením, můžeme verifikovat klinický nález a upřesnit postižení. Provádí se vestoje pacienta tak, aby vyšetřovaná končetina byla odlehčena.²⁷

Doppler, Doppler duplex tato vyšetření detekují patologicko-anatomický nález doplňující u bércevéch vředů žilního původu vyšetření funkční zdatnosti svalové žilní pumpy – digitální fotopletyzmografie (D-PPG).²⁸

2.4.2 Flebografické vyšetření

Někdy při značných posttrombotických a zánětlivých změnách nelze pomocí ultrasonografie přesně stanovit anatomické poměry.

Ascendentní flebografie (z vpichu do povrchové žíly na nártu nohy) ukazuje průchodnost žilních kmenů, inkompetenci perforátorů, místo obstrukce žilních kmenů a abnormální síť kolaterál. Jedná se tedy o invazivní vyšetření.

²⁶Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008 2(2), s. 80.

²⁷Srov. TOŠENOVSKÝ, P. a Z ÁLEŠÁK, B., Defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s.72.

²⁸Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008 2(2), s. 81.

Descendentní flebografie (z třísla femorální žíly směrem periferním) podává informace o rozsahu refluxu (je-li přítomen) a upřesňuje lokalizaci postižené chlopně. Podává informaci o anatomii a lokalizaci insuficientních žilních chlopních v hlubokém systému.²⁹

2.4.3 Fotopletysmografie, vzduchová pletysmografie

Neinvazivní vyšetření, při kterém lze odlišit insuficienci v povrchovém a hlubokém systému. Lze říci, že jde o metodu rychlého stanovení funkce svalové pumpy, ale pouze na základě tohoto vyšetření nelze stanovit přesnou diagnózu a správnou léčbu. Provádí se tak, že čidlo je připevněno na distální bérce mimo velkou žílu. Nemocný sedí, končetina volně visí přes okraj lehátka, poté je pacient požádán, aby několikrát rychle za sebou provedl pohyb v kotníku, a přitom je snímán záznam. Pak je požádán, aby přestal pohybovat nohou, a je sledováno naplnění žil. U kompetentního žilního systému dojde k obnovení původního žilního tlaku až po více než dvaceti sekundách.³⁰

2.4.4 Angiografické vyšetření

Jedná se o invazivní vyšetření, kdy se aplikuje rtg kontrastní látka do tepenného systému tak, abychom mohli postižené úseky zobrazit. Je důležité, aby bylo zobrazeno na snímcích nejen místo pravděpodobného tepenného postižení, ale i úseky vtokové a výtokové.

2.4.5 Digitální subtrakční angiografie (DSA)

Je moderní způsob provedení angiografie. Nemocnému je v lokální anestezii zaveden katétr do průchodné femorální tepny v třísle. Pak je aplikováno malé množství kontrastní látky do oběhu. V okamžiku aplikace je končetina v jednotlivých etážích snímkována a je vidět průtok kontrastu v tepenném

²⁹Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s.72.

³⁰Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s.73

řečišti. DSA přesně ukáže, ve kterých místech a v jakém rozsahu jsou tepny aterosklerózou postiženy.³¹

2.4.6 Perkutanní transluminální angioplastika (PTA)

Provádí se v cévní chirurgii, kdy pomocí speciálního balónu se provede dilatace stenózy nebo zprůchodnění uzávěru tepny či tepen. Zavádí se katétr (většinou z třísla) do tepenného systému a po ozřejmení místa stenózy pomocí DSA je zaveden vhodný balónek, který je nafukován v místě zúžení potřebným tlakem tak, aby došlo k obnovení normálního průsvitu tepny.³²

2.4.7 CT- angiografie

V současné době dobře ověřená, jedná se o neinvazivní vyšetření, kdy se aplikuje kontrastní látka do periferní kanyly. Vyšetření dává trojrozměrný obraz, při kterém lze prohlédnout jakýkoliv úsek tepny ze všech stran.³³

Při podezření na bércový vřed způsobený exulcerujícím maligním tumorem, je nutné odebrat biotický vzorek na histopatologické vyšetření.

Mezi základní laboratorní vyšetření patří vyšetření mikrobiologické.

2.5 Léčba chronické žilní nedostatečnosti

Konzervativní léčba chronické končetinové ischemie je zaměřena nejen na vlastní terapii postižené končetiny v důsledku nedostatečné oxygenace tkání, ale také na léčbu známých rizikových faktorů. Lze rozdělit medikamentózní léčbu na skupinu léků s hemoreologickými účinky, vazodilatačními či

³¹Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 66.

³²Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 86.

³³Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 67.

antiagregačními účinky, blokátory kalciových kanálů a léky povzbuzující metabolismus v ischemické tkáni.³⁴

2.6 Léčba bércových vředů

Cílem léčby bércových vředů je odstranit vyvolávající příčinu, což je velmi těžké. Při hodnocení ulcerace si všímáme její lokalizace, velikosti, okrajů, charakterů spodiny (nekrotická, povleklá, čistá, granulující, epitelizující), sekrecí rány, zápachu a změn v okolí.

Špatnou hojivou tendenci mají bércové vředy, které jsou lokalizovány v nedostatečně prokrvené tkáni, vředy hluboké, vředy s nekrotickou spodinou, a silně secernující rány a vředy s podminovanými okraji bakteriálně osídlené.

Spodina rány – nekrotické změny, ulpívající povlaky, hnisavá sekrece, červené granulace – charakterizuje fázi hojení a to je podmínkou pro výběr prostředků k místnímu ošetřování. Aby se rána hojila, je nutné ránu vyčistit, zbavit nekrotických, fibrinových a bakteriálních povlaků, odumřelých buněk – provést débridement.

Dalším předpokladem správného hojení je vytvoření vlhkého prostředí podporující proliferaci fibroblastů, keratinocytů a endoteliálních buněk. Nadměrný exsudát obsahuje velké množství metaloproteináz, které štěpí bílkoviny extracelulární matrix včetně fibronektinu a současně omezuje proliferaci buněk, podílejících se na výstavbě granulační tkáně.

Další podmínkou je inhibice zánětu a stimulace epitelizace rány od okrajů. Chronické rány jsou často silně kolonizovány bakteriemi, což vede k nedostatečnému prokrvení. Je prokázáno, že v chronických ranách se tvoří určité biofilmy, což jsou kolonie bakterií obalené ochrannou vrstvou polysacharidů. Tyto biofilmy negativně zasahují do procesu hojení a jsou odolnější proti působení antimikrobiálních protilátek.

³⁴Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠAK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 125.

Jakmile je rána vyčištěna, je třeba lokální léčbou podporovat granulaci a epitelizaci.³⁵

2.6.1 Proces hojení ran

Lze rozdělit do tří fází:

- fáze exsudativní (zánětlivá, čistící);
- fáze proliferační (granulační);
- fáze diferenciacce a přestavby (epitelizační).

Fáze exsudativní (zánětlivá, čistící)

Je komplexní obrannou reakcí organismu na nejrůznější noxy. Důležitou roli hraje fagocytóza, kterou vykonávají především granulocyty a makrofágy. Neutrofilní granulocyty a makrofágy vlivem chemotaktických faktorů migrují do místa zánětu, kde fagocytují buněčný detritus, cizorodý materiál a choroboplodné zárodky. Zároveň secernují mediátory zánětu, cytokiny a různé růstové faktory, které aktivují další buňky potřebné k hojení. Dále uvolňují proteolytické enzymy, které rozvolňují poškozenou a devitalizovanou tkáň. Jestliže přetrvává hnisavé, fibrinové a nekrotické povlaky na spodině rány, zánětlivá fáze se prodlouží.³⁶

Fáze proliferační (granulační)

V této fázi se tvoří granulační tkáň protkaná cévami, což je důležité pro následující epitelizaci. Cytokiny a růstové faktory, které stimulují fibroblasty a buňky cévního endotelu. Fibroblasty produkují jednak kolagen, který vyztváří v pevná kolagenní vlákna, jednak proteoglykany, což tvoří základní gelovitou substanci extracelulární matrix. Zároveň se dělí buňky cévního endotelu, tak vzniknou kapilární puky, které se dále větví až vytváří kapilární klubička, které

³⁵Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008 2(2), s. 81.

³⁶Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sesta 5/2004, s. 35 - 36.

se spojí ve větší cévy. Vaskularizovaná granulační tkáň je důležitá pro následnou epitelizaci.³⁷

Fáze diferenciacie a přestavby (fáze epitelizační)

Tato fáze zahrnuje migraci, mitotické dělení a diferenciaci epiteliálních buněk za podporu růstových faktorů. Buňky bazální vrstvy migrují k povrchu a současně se přibližují aktivním amébovým pohybem od okrajů rány do jejího středu. Epitelizace je podmíněna stupněm granulace. Ve fázi diferenciacie hojivého procesu dochází k definitivní přestavbě epidermis s jejími rozličnými vrstvami a funkcemi. Zároveň probíhají strukturální změny ve škáře, dochází k vyvrátání kolagenních vláken, čímž dochází, že se rána zpevní a mění v jizevnatou tkáň.³⁸

2.6.2 Místní terapie

Dnešní farmaceutický průmysl nabízí moderní krycí materiály, které jsou netoxické, hypoalergenní a vyvinuté na základě nejnovějších poznatků o hojení ran. Jsou schopné zajistit vlhké prostředí, což vytváří přirozené podmínky pro léčbu ulcerací. Brání sekundární infekci z okolí a udržují stálou teplotu v ráně. Velkou výhodou je jejich jednoduchá manipulace, nižší frekvence výměny krytí.

Moderní krycí prostředky používané k lokální léčbě bércového vředu mají různou konzistenci, materiálové složení. Jejich správné použití vyžaduje znalosti o procesu hojení , o složení a účinku jednotlivých prostředků, což se nám vrátí , že se zkrátí doba hojení, sníží se počet převazů, zredukuje se tak i celkové náklady spojené s léčbou a zmenší se utrpení pacienta.³⁹

³⁷Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004, s. 35 - 36.

³⁸Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004, s. 35 - 36.

³⁹Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008 2(2), s. 81.

2.6.3 Prostředky k čištění rány

Dělíme na **enzymatické** obsahující enzymy, které působí na patologicky změněný tkáňový substrát, gelové, které rehydratují spodinu rány, jsou proto indikovány u nekrotických a fibrinových povlaku, a **antibakteriální** a **antiseptické** přípravky eliminující nežádoucí bakteriální flóru.⁴⁰

2.6.4 Mokrý terapie

Představitel je polyakrylátový polštářek se superabsorpčním jádrem, který se aktivuje Ringerovým roztokem. Účinná látka je průběžně uvolňována do rány a zároveň jsou absorbovány zbytky buněk, toxiny a choroboplodné zárodky. Nekrotickou tkáň změkčuje a uvolňuje ve fázi čištění právě Ringerův roztok.⁴¹

2.6.5 Hydrogelová krytí

Jsou permeabilní, semitransparentní, skládají se z polyuretanových polymerů s vysokým obsahem vody současně s výraznou absorpční kapacitou. Ihned jak se přiloží na ránu, tak vytvoří požadované klima podporující granulaci a epitelizaci. Protože mají dvě vlastnosti, tak jsou indikovány jak na rány se suchou spodinou, tak na rány exsudativní.⁴²

2.6.6 Hydropolymerové prostředky

Obsahují buď nepartikulované polymery, nebo mixtury polymerů, patří mezi formy krytí podporující vlhký způsob hojení. Jsou vhodné pro rány se středně silnou sekrecí.⁴³

⁴⁰Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004., s. 35 - 36.

⁴¹Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004., s. 35 - 36.

⁴²Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004., s. 35 - 36.

⁴³Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004., s. 35 - 36.

2.6.7 Hydrokoloidní krytí

Tato krytí sestávají z dvojrstevných materiálů, kde zevní vrstvu tvoří polyuretanová, pro vodu nepropustná pěna, vnitřní vrstva obsahuje hydroaktivní částice, vytvářející gelovou hmotu při styku se sekrecí rány.⁴⁴

2.6.8 Pěnová polyuretanová krytí

Pěnová krytí jsou vyráběna z pěnových polyuretanových materiálů, které jsou propustné pro vodní páry a plyny. Podle typu výrobků s různou velikostí póru se od sebe liší různou absorpční kapacitou. Pohlcují zbytky odumřelých buněk a mikroorganismy společně s exsudátem rány. Pěnový polyuretan příznivě ovlivňuje granulaci a epitelizaci.⁴⁵

2.6.9 Alginátová krytí

Jsou vyráběna z hnědých mořských řas. Mají silný absorpční účinek, vytvářejí gelovou hmotu, jakmile se dostanou do kontaktu se sekretem rány. Rány čistí tím, že kromě sekrece z rány ještě absorbují buněčný detritus a mikroorganismy.⁴⁶

2.6.10 Absorpční krytí s aktivním uhlím

Základem těchto obvazů je nedráždivá pletenina nasycená aktivním uhlím, buď ve více vrstvách, nebo v polyamidové síťce. Přikládají se přímo na spodinu rány.⁴⁷

⁴⁴Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004., s. 35 - 36.

⁴⁵Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004., s. 35 - 36.

⁴⁶Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004., s. 35 - 36.

⁴⁷Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Sestra 5/2004., s. 35 - 36.

2.6.11 Kombinovaná krytí

2.7 Maggot terapie

Jedná se o alternativní metodu. Léčba pomocí sterilních larev bzučivky zelené. Larvy požírají nekrotické tkáně, pracují jako biologický nůž (bioknife). Nevýhodou této larvoterapie je, že ránu pouze vyčistí, ale nezhojí. Je provázená silným zápachem a určitým dyskomfortem pro pacienta.

2.8 Kompresivní terapie

I přesto, že dochází neustále k pokroku v chirurgických technikách je primární a nejrozšířenější metodou při léčení chronické žilní insuficience a ulcerací **kompresivní metoda**. Používají se ke kompresi dolních končetin buď elastické bandáže nebo elastické punčochy.

Mechanismus účinku zevní komprese je jednoduchý. Obvaz obepíná končetinu po celém jejím obvodu natolik pevným tlakem, že se chorobně rozšířené žíly opět zúží a tím se žilní chlopně stávají domykavými, uzavírají se, čímž dochází ke zvýšení rychlosti proudění žilní krve a normalizuje se zpětný návrat krve směrem k srdci.

Obnovou žilního návratu se z poškozené tkáně postupně odvádějí i odpadní látky a přebytečná tkáňová tekutina, takže se otoky zmenšují a zlepšuje se hojení bércových vředů.

Kompresivní obvaz slouží i jako pevná podpora svalů dolní končetiny, což vede ke zlepšení žilní pumpy, svalů a kloubů. Ve spojení s aktivním pohybem proto kompresivní obvaz přináší pacientovi již po prvním přiložení znatelnou úlevu. Platí, že čím více se v obvazu pohybuje, tím větší je úspěch léčby.⁴⁸

⁴⁸Srov. ŠVESTKOVÁ,S., Bércové vředy, praktické rady pro pacienty, s. 15.

2.8.1 Elastická bandáž

Aby bandáž byla účinná, měla by skutečná komprese v případě léčby ulcerací dosáhnout alespoň 15 mm Hg v úrovni kotníku.

2.8.1.1 Technika přikládání

Elastická bandáž by se měla přikládat ráno vleže ještě před svěšením končetin z postele dolů, tedy v době, než se žilní systém opět naplní krví. K samotnému přiložení obvazu by měla být končetina v oblasti kotníku a kolena postavena do pravého úhlu. V závislosti na obvodu končetiny jsou pro bandáže bérce nejvhodnější obinadla o šířce 8 cm nebo 10 cm.

Uchopte obinadlo do ruky, tak, aby jeho srolovaná část ležela nahoře a ukazovala směrem ven. Tak se dá obinadlo na končetině správně odvíjet. Při přikládání obinadla ho odvíjejte bezprostředně na kůži a obě hrany obinadla natahujte rovnoměrně ve směru odvíjení. Obinadlo se nemá nevzdalovat od končetiny, jinak se oba kraje budou napínat nerovnoměrně a vzniknou záhyby, které jsou nebezpečné kvůli zaškrcování. Tlak, který obinadlo vyvíjí, by měl být nejsilnější v oblasti kotníku a směrem ke kolenu by měl pomalu polevovat. Správný tlak obvazu můžeme kontrolovat podle toho, že prsty na nohou během přikládání obvazu nejdříve lehce zmodrají, při chůzi však získají zpět svoji přirozenou barvu. Noha se obvazuje vždy celá, včetně chodidla, od prstů a přes patu, aby se stagnující krev vytlačovala pouze směrem vzhůru. Jednotlivé otáčky by se měly překrývat asi ze dvou třetin. Obvaz drží vždy lépe, pokud se přes první obinadlo přiloží v protiběžném směru obinadlo druhé. Dobře přiložený obvaz by měl poskytovat pocit bezpečné opory, a bolesti by měly ustát. Pokud bolí končetina dále, a nepřestane ani po chvíli, je nezbytně nutné, přiložit obinadla znovu.

Účinný kompresivní obvaz má končetinu velmi pevně obepínat, kvůli zúžení rozšířené žíly. Přitom platí, že čím méně je obvazový materiál poddajný, tím silnější je tlak, který působí dovnitř na žíly.

Nejméně poddajná jsou zinkoklihová obinadla. V přiloženém stavu vytvářejí polotuhé obvazy, které vykonávají ze všech obvazových materiálů největší

odpor proti činnosti svalstva. Tím vyvíjejí i v oblastech hlubokého žilního systému intenzivní tlak, kterým se zlepšuje průchodnost žil. Zinkoklihoový obvaz se proto používá jak v akutní fázi terapie, tak i k udržení dosaženého stavu. Tento obvaz přikládá pouze lékař nebo všeobecná sestra.

Obinadla s krátkým tahem, vyvíjejí stejně velký tlak, jako např. Ideal, Idealflex nebo Pütter. Svoji relativně malou tažností vyvíjejí tlak, který postačí k tomu, aby ovlivnil patologické poměry i v hlubokém žilním systému. Dobře se přizpůsobují změnám obvodu končetiny po zahájení léčby. Tato obinadla můžou zůstat celou noc a celkem mohou zůstat na končetině až 3 dny. Obvazy s krátkotahných obinadel se používají k zahájení i k pokračování léčby – eventuálně až do doby úplného ústupu otoku, popřípadě vyhojení vředu. Tento obvaz zvládají přikládat i pacienti. Obinadla s krátkým tahem jsou málo pružná, a proto je bez obav můžeme více utáhnout, aby nesjížděla.

Ideal, Idealflex jsou vhodná k ošetřování akutních a chronických fází onemocnění žilního a mízního systému u pohyblivých i nepohyblivých pacientů. Lze použít vždy, když potřebujeme zabezpečit zevní kompresi. Může zůstat na končetině přiložené i přes noc. Velkou předností obinadla je materiál ze 100% bavlny.

Pütter pevné obinadlo s krátkým tahem používající se pro silnou kompresi při chorobách žilního a mízního systému, při všech akutních a chronických otocích z městnání žilní krve a mízy a při bércových vředech. Při přikládání tohoto obinadla musíme vždy utahovat a každou otáčku uhlazovat. Obinadlo je též ze 100% bavlny.⁴⁹

2.8.2 Elastické punčochy

Jsou důležité v léčbě žilních ulcerací. Hlavní nevýhodou punčoch je jejich obtížná aplikace a špatná tolerance nemocnými, další nevýhoda je jejich

⁴⁹Srov. ŠVESTKOVÁ,S., Bércové vředy, praktické rady pro pacienty, s. 18-19.

použití při secernujícím defektu. Na druhou stranu nesmírnou výhodou jsou trvanlivost účinné komprese, celková doba použití ve srovnání s bandáží.

Elastické punčochy se rozdělují do tří kompresivních tříd:

1. kompresivní třída punčoch má docílit tlaku 14 - 17 mm Hg v úrovni kotníku,
2. kompresivní třída 18 - 24 mm Hg,
3. třída s kompresí 25 - 35 mm Hg.

Punčochy 1. kompresivní třídy se doporučují k léčbě jednoduchých varixů, otoků, po námaze.

Punčochy 2. kompresivní třídy se většinou používají k léčbě žilní ulcerace.

Elastické punčochy 3. kompresivní třídy se používají v případě velmi těžké žilní insuficience a u pacientů se širokými lýtky.

Dle další jiné klasifikace (European Standart Compression Hosiery) rozeznávají komprese:

- lehká 18,4 - 21,1 mm Hg v úrovni kotníku,
- střední 25,2 - 32,3 mm Hg,
- vysoká 36,5 - 46,6 mm Hg,
- velmi vysoká nad 59 mm Hg.

Použití je stejné, jak u indikací uvedených výše.⁵⁰

Velikost punčoch se vybírá podle obvodů konstantních míst na končetině změřených ráno po probuzení a podle tabulek jednotlivých výrobců. Ošetřující lékař určí výběr typu punčoch, kompresivní třídy i velikosti.⁵¹

2.9 Farmakoterapie

Systémová léčba je součástí komplexní péče o nemocného s bérčovými vředy.

Léčba je zaměřena na:

⁵⁰Srov. TOŠENOVSKÝ,P. a ZÁLEŠÁK,B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 133-134.

⁵¹Srov. ŠVESTKOVÁ,S., Bérčové vředy, praktické rady pro pacienty, s. 21.

- ✓ **příčinu onemocnění;**
- ✓ **přidružená onemocnění;**
- ✓ **péči o celkový stav pacienta;**
- ✓ **léčbu bolesti.**

2.9.1 Příčiny onemocnění

Je nutno znát. U bérkových vředů žilního původu se podávají především venofarmaka (venotonika), které snižují propustnost žilní stěny. Mnohé z těchto léků mají účinek protizánětlivý a mírně diuretický. Moderní, účinná venofarmaka ovlivňují i terminální žilní řečiště – kapiláry.

U ulcerací arteriální příčiny dominují léky vazodilatační.⁵²

U chronické žilní insuficienci způsobené posttrombotickými změnami, jako důsledek akutní hluboké žilní trombózy (HŽT) se používá antikoagulační léčba, trombolytická léčba a trombektomie chirurgická.⁵³

2.9.2 Přidružená onemocnění

Často provází pacienty vyššího věku, např. ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes a další, které je mnohdy nutné korigovat adekvátní léčbou.⁵⁴

2.9.3 Péče o celkový stav pacienta

Týká se hlavně stavu výživy u pacienta, z toho se odvíjejí patologicky změněné laboratorní hodnoty (hypalbuminémie, anémie, avitaminóza). Je nutno odstranit možné faktory, které brání v procesu hojení.⁵⁵

⁵²Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008;2(2), s. 82.

⁵³Srov. TOŠENOVSKÝ, P. a ZÁLEŠÁK, B., Trofické defekty dolních končetin, diagnostika a léčba, s. 137.

⁵⁴Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008;2(2), s. 82.

⁵⁵Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008;2(2), s. 82.

2.9.4 Léčba bolesti

Bolest je často průvodním symptomem bérkových vředů a jiných chronických ran. Chronická bolest omezuje kvalitu života nemocného.⁵⁶

2.10 Fyzikální terapie

Zahrnuje kompresivní terapii obinadly a punčochy, kompresivní terapii přístrojovou, biostimulační lampu, manuální masáž rány (u lymfatických bérkových vředů), cvičení a pohyb pacienta.

2.11 Radikální terapie

Zahrnuje sklerotizace varixů v okolí bérkového vředu a chirurgickou léčbu, jako je žilní stripping, endoskopická ligace perforátorů při žilní insuficienci, arteriální bypass, PTA. Patří sem i chirurgicko-plastická léčba s biologickými kryty, jako jsou kožní štěpy Reverdine, kožní štěpy Tiersche.

2.12 Komplikace při léčbě

Patří sem přidružené nemoci, které se objeví při léčbě bérkových vředů, jako jsou nozokomiální infekce, erysipel, alergické reakce. Léčba infekčních komplikací musí být vždy cílená.

2.13 Cvičení a pohyb

Nezbytnou součástí léčebného režimu musí být i přiměřená fyzická aktivita. Při práci svalové pumpy při pohybu dochází, že se zlepšují oběhové parametry v končetinách. K doporučeným aktivitám patří pravidelné procházky, lehká cvičení, jízda na kole, stoupání na špičky, zhoupnout se ze špičky na patu, kroužit nohama v kotnících. Naopak nevhodné je dlouhé stání na místě,

⁵⁶Srov. POSPÍŠILOVÁ, A., Dermatologie pro praxi 2008;2(2), s. 82.

dlouhé sezení, působení vyšších teplot (sauna, horké lázně), nevhodná obuv, kouření.⁵⁷

2.14 Edukace pacienta

Pacient by měl být poučen o léčebném postupu, o dalších doporučeních při léčbě, jako je **elevace dolních končetin**, zvednutí dolních končetin nad úroveň srdce v době klidu, spánku a odpočinku, **masáže vodou**, studenou vodou trénují cévní systém a přispívají ke zlepšení návratu žilní krve k srdci. Sprchování vlažnou vodou je prospěšné u vředů, protože proudem vody se odstraní povlaky na spodině i zbytky mastí, **strava**, udržovat si přiměřenou tělesnou hmotnost.⁵⁸

2.15 Agentury ošetrovatelské služby

V dnešní době lze zkrátit nebo zamezit pobytu v nemocnici, oddálit nebo zamezit umístění v domově důchodců. Na komplexní péči o pacienta v jeho domácnosti ve spolupráci s rodinnými příslušníky má právo každý občan, který je pojištěn zdravotní pojišťovnou. Agentury poskytují odbornou zdravotní péči denně, včetně sobot, nedělí a svátků.

⁵⁷Srov. ŠVESTKOVÁ,S., Bércové vředy, praktické rady pro pacienta, s. 21.

⁵⁸Srov. ŠVESTKOVÁ,S., Žilní bércové vředy, praktické rady pro pacienty, s.24.

3 Metodika

3.1 Metoda dotazník

Informace o chronické žilní insuficienci jsem zjišťovala pomocí dotazníku (viz. příloha). Otázky byly zaměřeny, zda respondenti vědí jakým typem bércevého vředu trpí, jak se léčí, jaké vyšetření podstoupili, zda jsou spokojeni s dosavadní léčbou. Sestavený dotazník jsem konzultovala se svojí vedoucí práce.

3.2 Vlastní dotazník

Dotazník je měrný nástroj používaný k získávání údajů. V dotazníku je v úvodu vysvětlen jeho účel a pokyny k jeho vyplňování. Dotazník má celkem 17 otázek, kdy u otázky č. 4, 6, 7, 8, 9, 15 bylo možno uvést více jak jednu odpověď. Tato varianta byla využita respondenty u všech těchto otázek. Otázky č. 1 – 3 se týkaly pohlaví, věku a vzdělání. Otázka č. 4 se týká zda respondenti vědí jakým typem bércevého vředu trpí. Otázka č. 5 jak dlouho trpí bérceovým vředem. Otázkou č. 6 jsem získala informace o výskytu rizikových faktorů. Otázky č. 7 – 15 se týkaly léčby bércevého vředu. Otázkou č. 16 – 17 se respondenti vyjádřili zda jsou dostatečně informováni a zda dodržují rady lékařů.

3.3 Distribuce dotazníku

Dotazníky jsem distribuovala mezi respondenty, kteří se léčí s bérceovými vředy. Dotazníky jsem dala do ambulancí chronických ran, do dermatologických ambulancí, do ambulancí praktických lékařů a do nemocnic

na lůžková oddělení chirurgická a dermatologická. Tato dotazníková akce probíhala od listopadu do konce února 2010.

Cílem dotazníku bylo zjistit zda pacienti jsou dostatečně informováni o svém problému, zda vědí jakým typem bércevého vředu trpí, o léčbě a zda se snaží předcházet tomuto onemocnění.

4 Výsledky průzkumu a jejich analýza

Cílová skupina byli pacienti s chronickou žilní nedostatečností, kritériem pro tuto vybranou skupinu byl bércový vřed.

Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků, návratnost byla neúplná, vrátilo se 66 dotazníků. Z vrácených dotazníků bylo nutno vyřadit 3 dotazníky pro jejich neúplné vyplnění. Konečný počet dotazníků ke zpracování bakalářské práce byl 63.

Celkový počet použitých dotazníků byl 63 v absolutní četnosti a to je 100% v relativní četnosti.

Každá otázka je vyhodnocena samostatně. Všechny otázky jsou vyhodnoceny z celkového počtu respondentů 63.

Otázky 4 – 17 jsou vyhodnoceny po rozdělení na muže a ženy, kdy mužů bylo 29 a žen 34 .

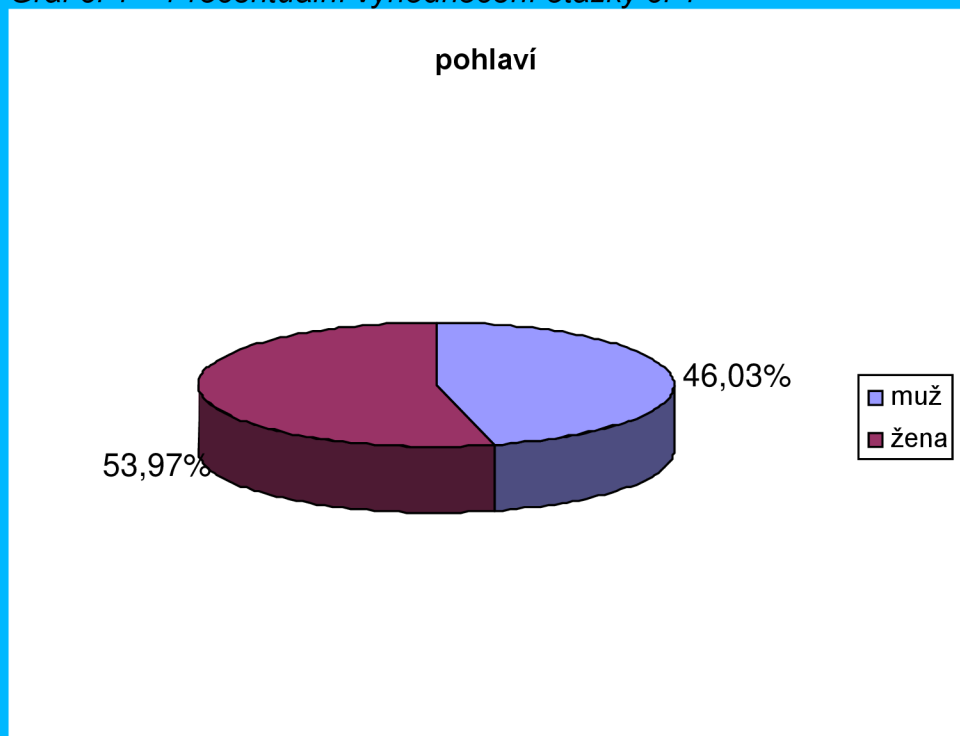
V tabulkách jsou údaje o počtu respondentů k uvedeným odpovědím v absolutní a relativní četnosti. V grafech je vyjádřen poměr odpovědí v relativní četnosti.

Otázka č. 1 Pohlaví respondentů

Tab. č. 1 Vyhodnocení otázky č. 1

	Muž		Žena	
	N	%	n	%
Počet celkem	29	46,03 %	34	53,97 %

Graf č. 1 Procentuální vyhodnocení otázky č. 1



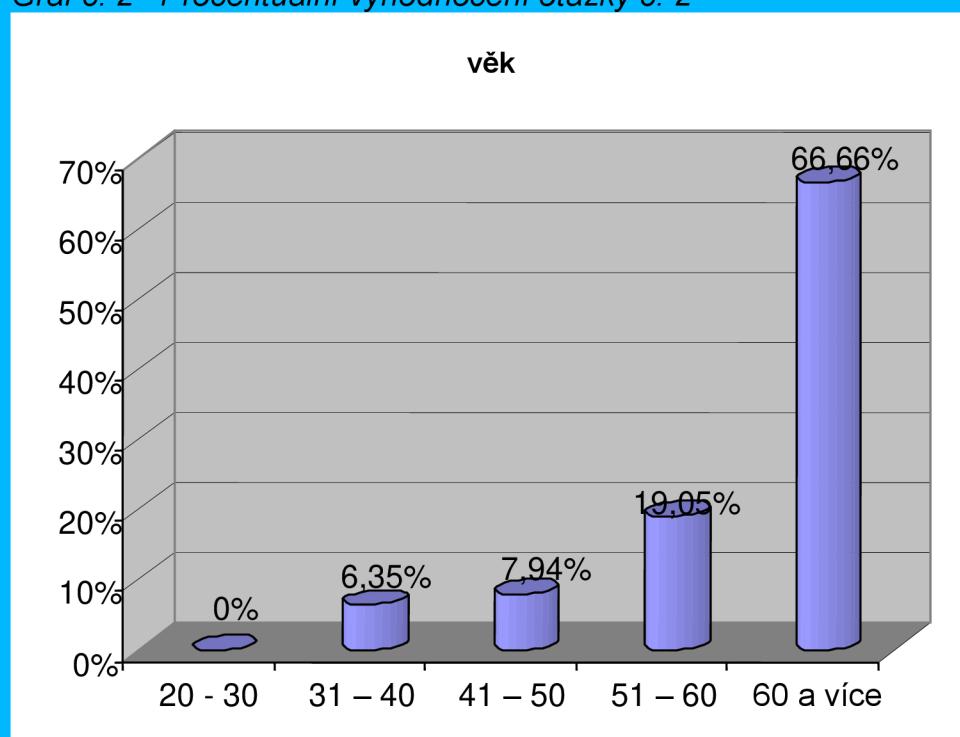
V otázce č. 1 je vyhodnoceno pohlaví respondentů, a to 29 mužů (46,03 %) a 34 žen (53,97 %).

Otázka č. 2 Věk respondentů

Tab. č. 2 Vyhodnocení otázky č. 2

	N	%
20 - 30	0	0 %
31 – 40	4	6,35 %
41 – 50	5	7,94 %
51 – 60	12	19,05 %
60 a více	42	66,66 %

Graf č. 2 Procentuální vyhodnocení otázky č. 2



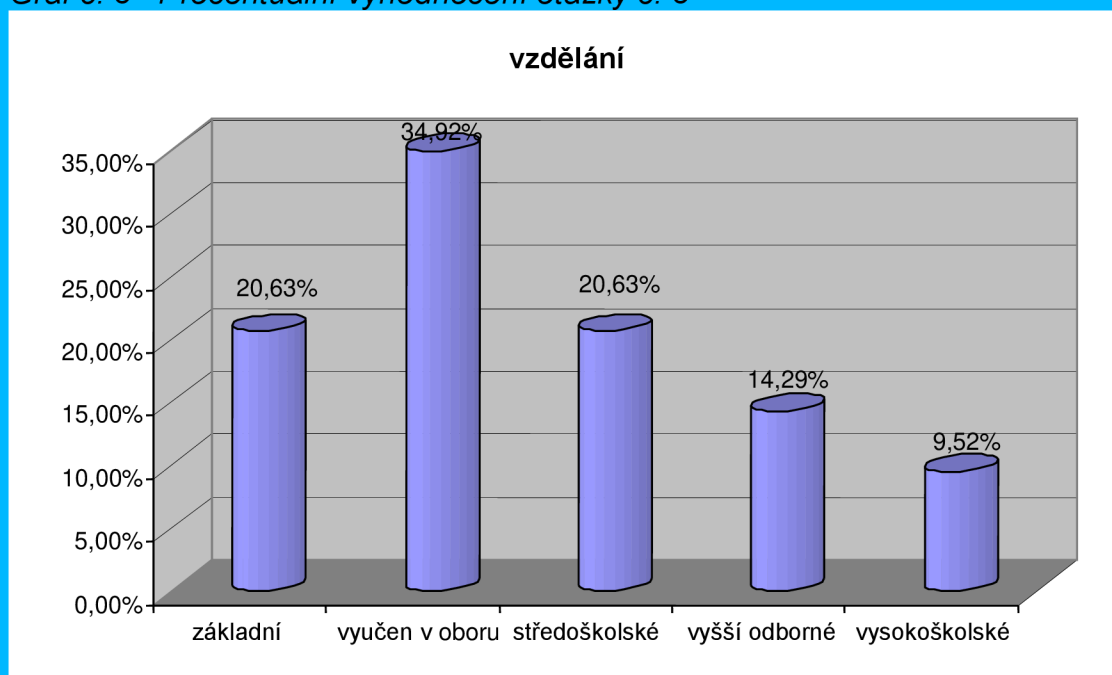
Věk respondentů je vyhodnocen v otázce č. 2. Ve věkové skupině 20 - 30 let nikdo neodpovídal, ve věkové skupině 31 – 40 odpovídali 4 (6,35%) respondenti, ve skupině 41 – 50 5 (7,94%), ve skupině 51 – 60 12 (19,05%) respondentů a ve skupině 60 a více 42 (66,66%) respondentů.

Otázka č. 3 Dosažené vzdělání respondentů

Tab. č. 3 Vyhodnocení otázky č. 3

	n	%
základní	13	20,63 %
vyučen v oboru	22	34,92 %
středoškolské	13	20,63 %
vyšší odborné	9	14,29%
vysokoškolské	6	9,52 %

Graf č. 3 Procentuální vyhodnocení otázky č. 3



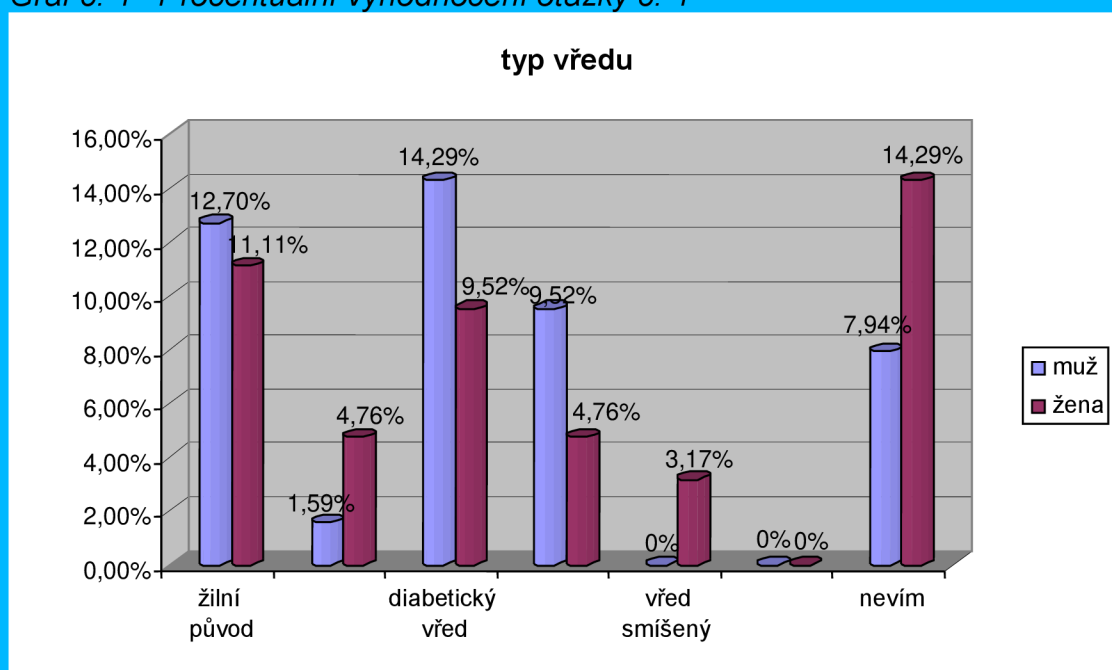
Otázka č.3 vyhodnocuje vzdělání respondentů. Základní vzdělání uvedlo 13 (20,63%) respondentů, vyučen v oboru 22 (34,92%) respondentů, středoškolské vzdělání mělo 13 (20,63%) respondentů, vyšší odborné vzdělání 9 (14,29%) respondentů, vysokoškolské vzdělání uvedlo 6 (9,52%) respondentů.

Otázka č. 4 Víte, jakým typem bércového vředu trpíte?

Tab. č. 4 Vyhodnocení otázky č. 4

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
žilní původ	8	12,70 %	11	11,11 %
tepenný původ	1	1,59 %	3	4,76 %
diabetický vřed	9	14,29 %	6	9,52 %
vřed po úrazu	6	9,52 %	3	4,76 %
vřed smíšený	0	0 %	2	3,17 %
jiné	0	0 %	0	0 %
nevím	5	7,94 %	9	14,29 %

Graf č. 4 Procentuální vyhodnocení otázky č. 4



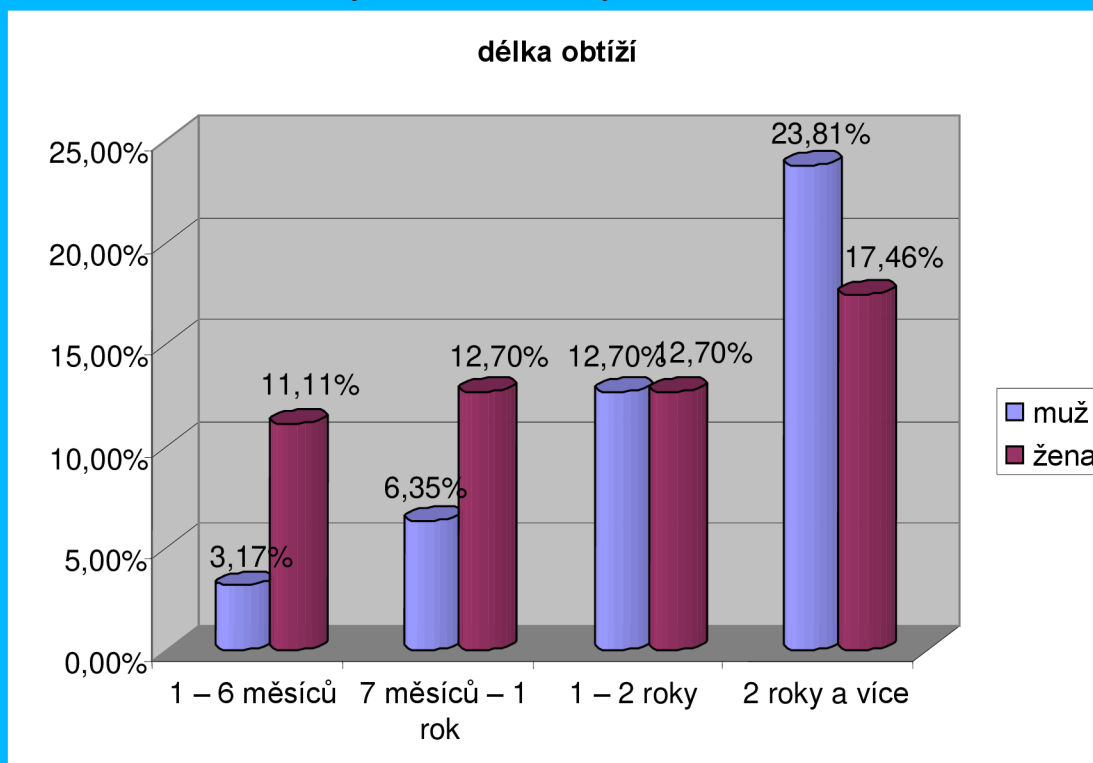
V otázce č. 4 uvedli někteří odpovídající více jak jednu odpověď, pro zpracování jsem vyhodnotila nejčastější odpovědi. Bércový vřed žilního původu uvedlo 8 (12,70%) mužů a 11 (11,11%) žen, vřed tepenného původu uvedl 1 (1,59%) muž a 3 (4,76%) ženy. Diabetický vřed uvedlo 9 (14,29%) mužů a 6 (9,52%) žen. Vřed vzniklý po úraze uvedlo 6 (9,52%) mužů a 3 (4,76%) ženy. Vřed smíšený uvedly jen 2 (3,17%) ženy, muži zde neuvodli nic. Jiný druh vředu neuvodl žádný respondent. 5 (7,94%) mužů a 9 žen (14,29%) neví jakým typem bércového vředu trpí.

Otázka č. 5 Jak dlouho trpíte bércovým vředem?

Tab. č. 5 Vyhodnocení otázky č. 5

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
1 – 6 měsíců	2	3,17 %	7	11,11%
7 měsíců – 1 rok	4	6,35 %	8	12,70%
1 – 2 roky	8	12,70 %	8	12,70%
2 roky a více	15	23,81 %	11	17,46 %

Graf č. 5 Procentuální vyhodnocení otázky č. 5



V otázce č.5 uvedlo, že bércovým vředem trpí 1 – 6 měsíců 2 (3,17%) muži a 7 (11,11%) žen, 7 měsíců – 1 rok trpí vředem 4 (6,35%) muži a 8 (12,70%) žen, 1 rok - 2 roky uvedlo 8 (12,70%) mužů a 8 (12,70%) žen, 2 roky a více trpí vředem 15 (23,81%) mužů a 11 (17,46%) žen.

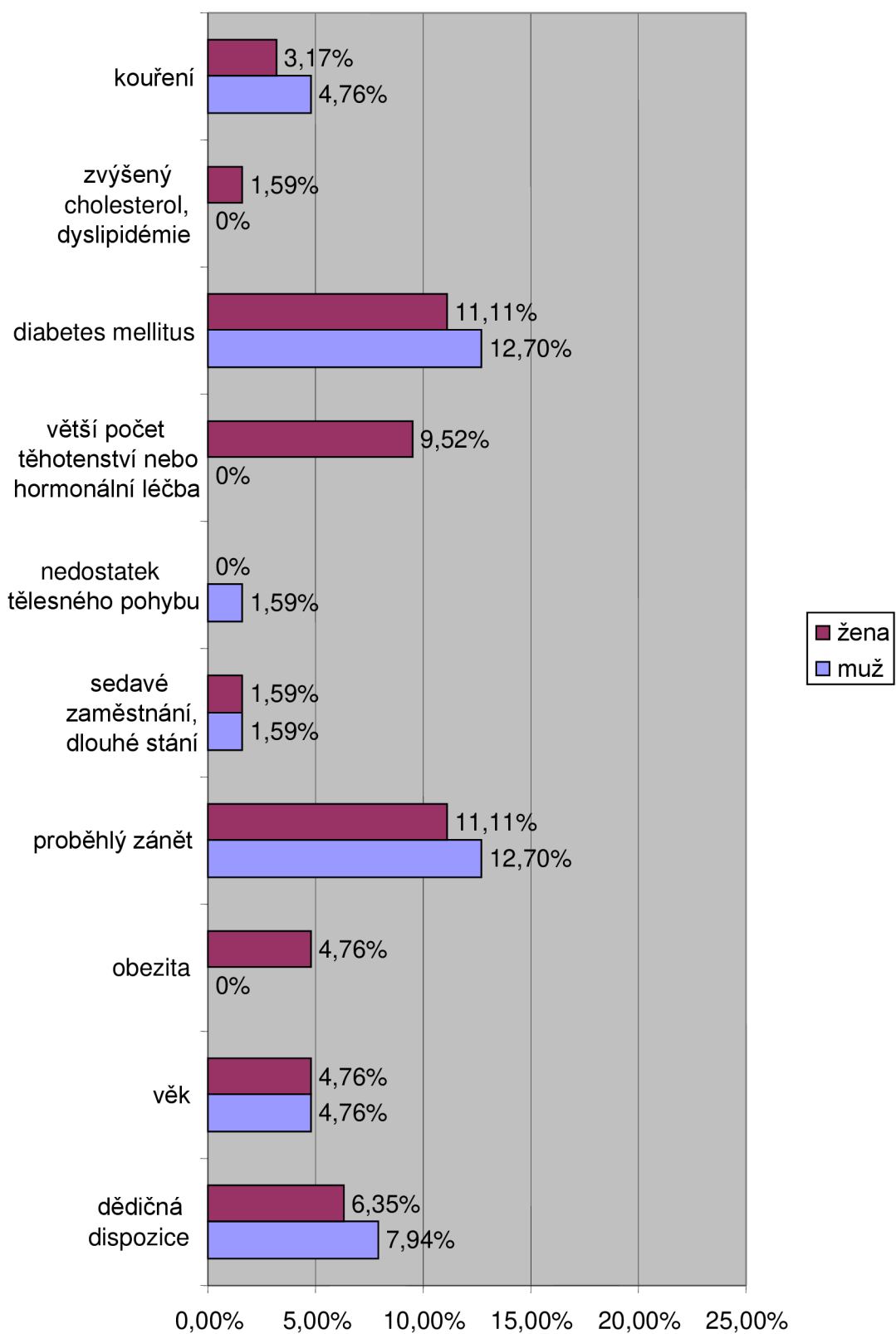
Otázka č.6 Vyskytují se u Vás tyto rizikové faktory?

Tab. č. 6 Vyhodnocení otázky č. 6

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
dědičná dispozice	5	7,94 %	4	6,35 %
věk	3	4,76 %	3	4,76 %
obezita	0	0 %	3	4,76 %
proběhlý zánět	8	12,70 %	7	11,11 %
sedavé zaměstnání, dlouhé stání	1	1,59 %	1	1,59 %
nedostatek tělesného pohybu	1	1,59 %	0	0 %
větší počet těhotenství nebo hormonální léčba	0	0 %	6	9,52 %
diabetes mellitus	8	12,70 %	7	11,11 %
zvýšený cholesterol, dyslipidémie	0	0 %	1	1,59 %
kouření	3	4,76 %	2	3,17 %

Graf č. 6 Procentuální vyhodnocení otázky č. 6

rizikové faktory



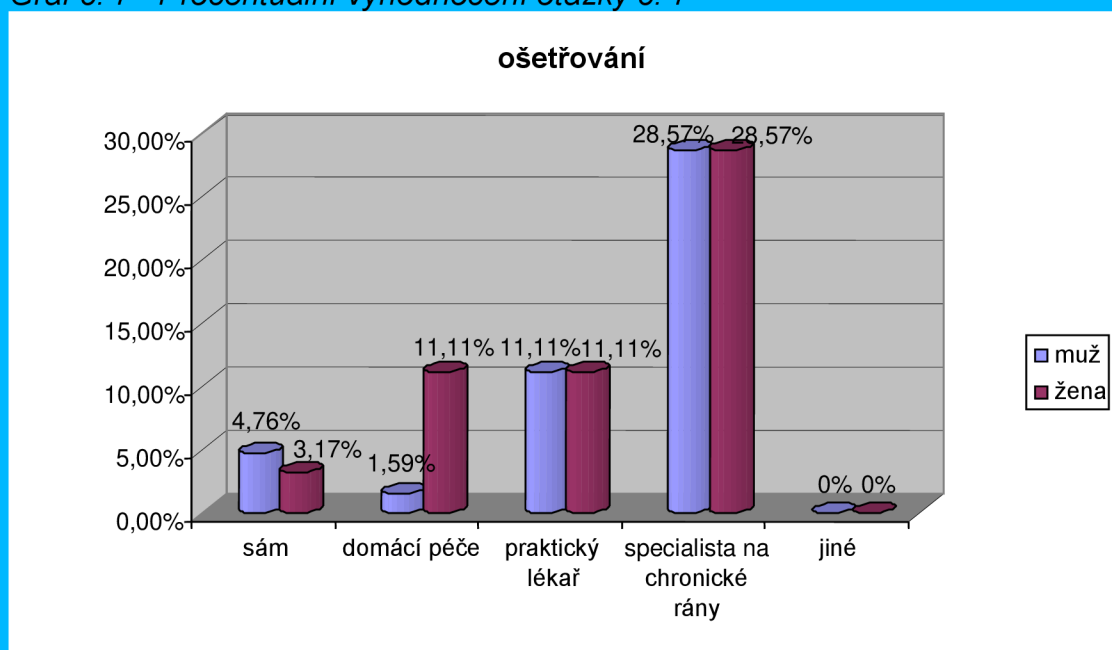
V otázce č.6 uvedlo jako rizikový faktor dědičnou dispozici 5 (7,94%) mužů a 4 (6,35%) ženy, věk uvedli 3 (4,76%) muži a 3 (4,76%) ženy, obezitu uvedly jen 3 (4,76%) ženy, muži neuvedli tento faktor, proběhlý zánět v hlubokém žilním systému uvedlo 8 (12,70%) mužů a 7 (11,11%) žen. Sedavé zaměstnání nebo dlouhé stání uvedl 1 (1,59%) muž a 1 (1,59%) žena, nedostatek tělesného pohybu uvedl jen 1 (1,59%) muž, žena tento faktor neuvedla žádná. Větší počet těhotenství nebo hormonální léčbu uvedlo 6 (9,52%) žen, diabetes mellitus uvedlo 8 (12,70%) mužů a 7 (11,11%) žen, zvýšený cholesterol, dyslipidémii uvedla jen 1 (1,59%) žena a kouření uvedli 3 (4,76%) muži a 2 (3,17%) ženy.

Otázka č. 7 Kdo Vám ošetřuje bércové vředy?

Tab. č. 7 Vyhodnocení otázky č. 7

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
sám	3	4,76 %	2	3,17 %
domácí péče	1	1,59 %	7	11,11 %
praktický lékař	7	11,11 %	7	11,11 %
specialista na chronické rány	18	28,57 %	18	28,57 %
jiné	0	0 %	0	0 %

Graf č. 7 Procentuální vyhodnocení otázky č. 7



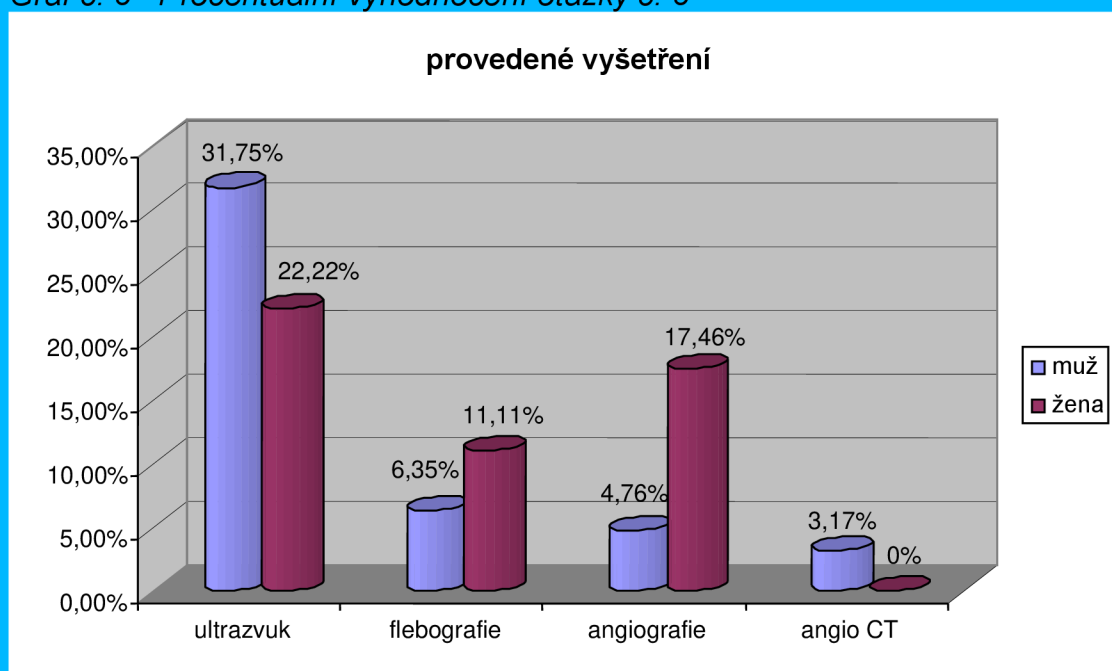
V otázce č. 7 uvedli, že si ošetřují bércové vředy sami 3 (4,76%) muži a 2 (3,17%) ženy, formou domácí péče uvedl 1 (1,59%) muž a 7 (11,11%) žen, praktický lékař ošetřuje 7 (11,11%) mužů a 7 (11,11%) žen, specialistu v ambulanci chronických ran uvedlo 18 (28,57%) mužů a 18 (28,57%) žen, jiné formy ošetřování bércových vředů nevedl nikdo.

Otázka č. 8 Provedl Vám lékař některé z těchto vyšetření?

Tab. č. 8 Vyhodnocení otázky č. 8

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
ultrazvuk	20	31,75 %	14	22,22 %
flebografie	4	6,35 %	7	11,11 %
angiografie	3	4,76 %	11	17,46 %
angio CT	2	3,17 %	0	0 %

Graf č. 8 Procentuální vyhodnocení otázky č. 8



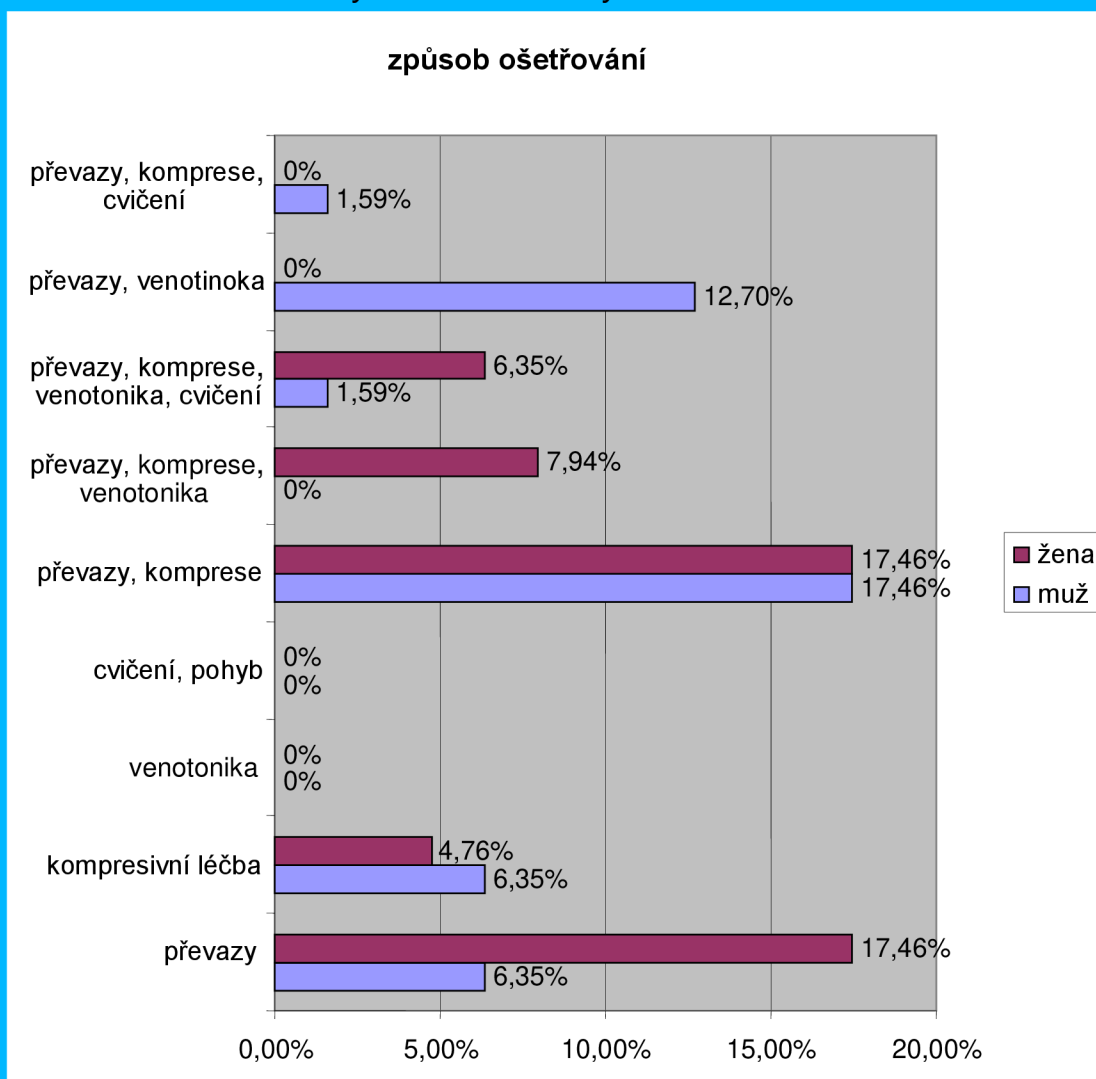
V otázce č. 8 uvedlo ultrazvukové vyšetření 20 (31,75%) mužů a 14 (22,22%) žen, flebografii uvedli 4 (6,35%) muži a 7 (11,11%) žen, angiografii, popř. angioplastiku uvedli 3 (4,76%) muži a 11 (17,46%) žen, angio CT uvedli jen 2 (3,17%) muži, ženy toto vyšetření neuvedly.

Otázka č. 9 Jakým způsobem jsou Vám ošetřovány bércové vředy?

Tab. č. 9 Vyhodnocení otázky č. 9

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
převazy	4	6,35%	11	17,46%
kompresivní léčba	4	6,35%	3	4,76%
venotonika	0	0%	0	0%
cvičení, pohyb	0	0%	0	0%
převazy, komprese	11	17,46%	11	17,46%
převazy, komprese, venotonika	0	0%	5	7,94%
převazy, komprese, venotonika, cvičení	1	1,59%	4	6,35%
převazy, venotonika	8	12,70%	0	0%
převazy, komprese, cvičení	1	1,59%	0	0%

Graf č. 9 Procentuální vyhodnocení otázky č. 9



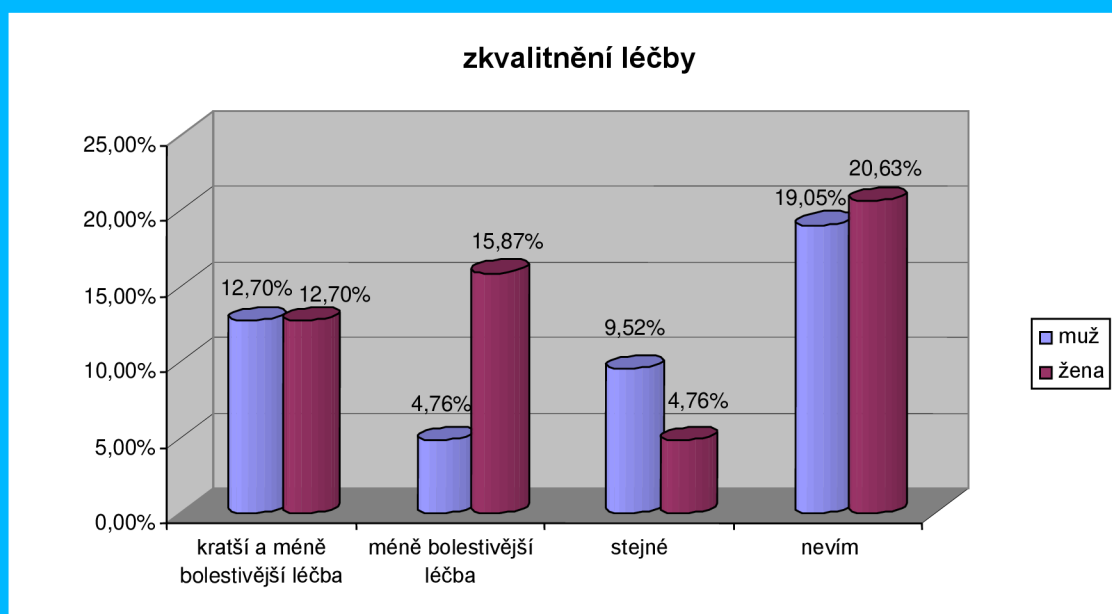
U otázky č. 9 uvedli někteří respondenti více jak jednu odpověď, pro zpracování jsem vyhodnotila všechny odpovědi. Místní léčbu (převazy) uvedli jako jedinou léčbu 4 (6,35%) muži a 11 (17,46%) žen, kompresivní léčbu pomocí elastických obinadel, elastických punčoch uvedli 4 (6,35%) muži a 3 (4,76%) ženy. Kombinaci převaz s kompresivní léčbou uvedlo 11 (17,46%) mužů a 11 (17,46%) žen. Kombinaci převaz s venotoniky uvedlo 8 (12,70%) mužů, ženy tuto kombinaci nevedly, kombinaci převaz, kompresivní léčba a cvičení-pohyb uvedl 1 (1,59%) muž, ženy tuto kombinaci nevedly vůbec, kombinaci převaz, kompresivní léčba, venotonika a cvičení-pohyb uvedl 1 (1,59%) muž a 4 (6,35%) ženy, kombinaci převaz, kompresivní léčba a venotonika uvedlo jen 5 (7,94%) žen, muži tuto verzi nevedli vůbec.

Otázka č. 10 Poznáváte, že léčba s použitím moderních obvazových materiálů je kvalitnější oproti dříve používané léčbě (masti, pasty, roztoky)?

Tab. č. 10 Vyhodnocení otázky č. 10

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
kratší a méně bolestivější léčba	8	12,70 %	8	12,70 %
méně bolestivější léčba	3	4,76 %	10	15,87 %
stejně	6	9,52 %	3	4,76 %
nevím	12	19,05 %	13	20,63 %

Graf č. 10 Procentuální vyhodnocení otázky č. 10



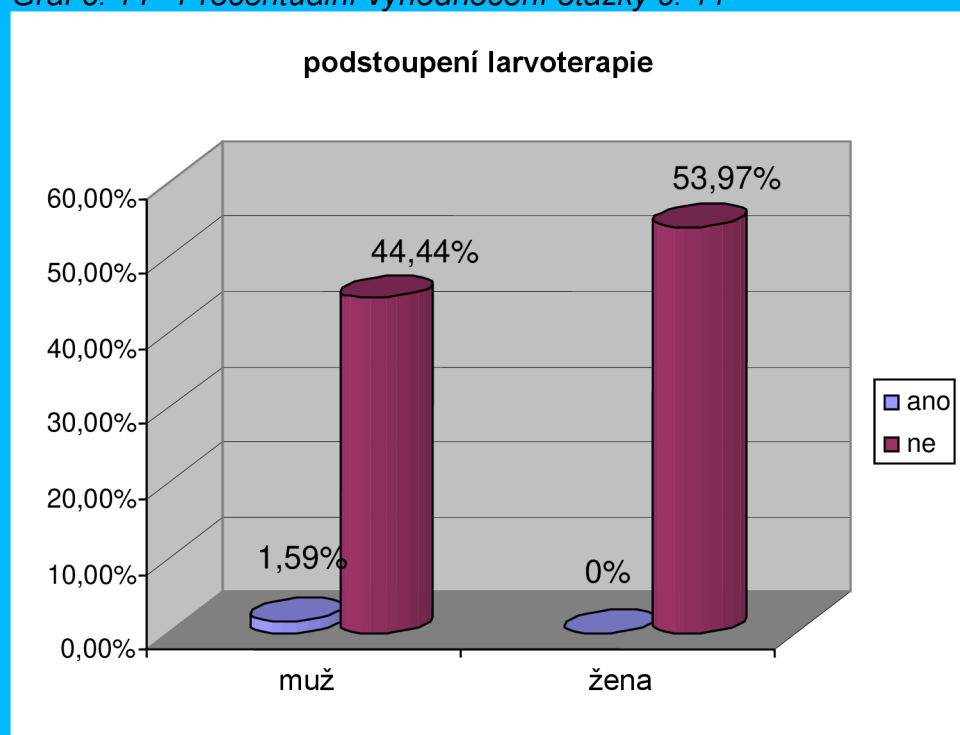
V otázce č. 10 odpovědělo ano, léčba je kratší a méně bolestivější 8 (12.70%) mužů a 8 (12,70%) žen, léčba není kratší, ale je méně bolestivější uvedli 3 (4,76%) muži a 10 (15,87 %) žen, ne přijde mi to stejné uvedlo 6 (9,52%) mužů a 3 (4,76%) ženy, nevím, nedokáži posoudit uvedlo 12 (19,05%) mužů a 13 (20.63%) žen.

Otázka č. 11 Podstoupil(a) jste larvoterapii?

Tab. č. 11 Vyhodnocení otázky č. 11

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
ano	1	1,59 %	0	0 %
ne	28	44,44 %	34	53,97 %

Graf č. 11 Procentuální vyhodnocení otázky č. 11



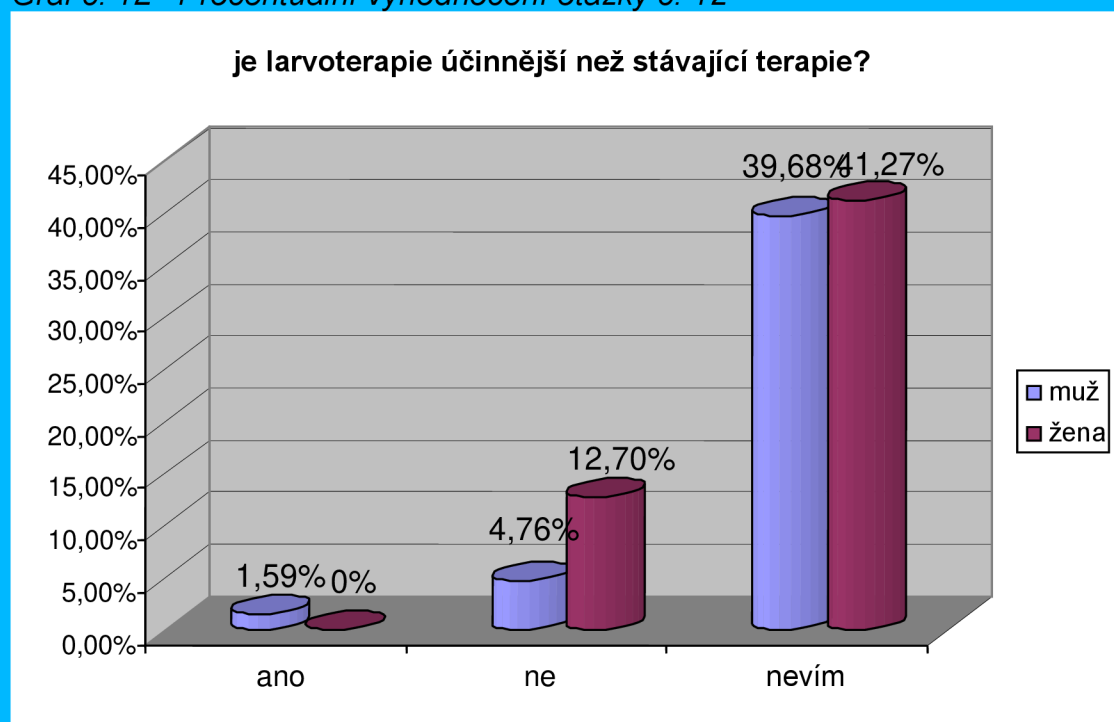
V otázce č 11 odpověděl pouze 1 (1.59%)muž, že podstoupil larvoterapii.

Otázka č. 12 Jeví se Vám larvoterapie účinnější než ta, kterou jste doposud podstoupil(a)?

Tab. č. 12 Vyhodnocení otázky č. 12

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
ano	1	1,59 %	0	0 %
ne	3	4,76 %	8	12,70 %
nevím	25	39,68 %	26	41,27 %

Graf č. 12 Procentuální vyhodnocení otázky č. 12



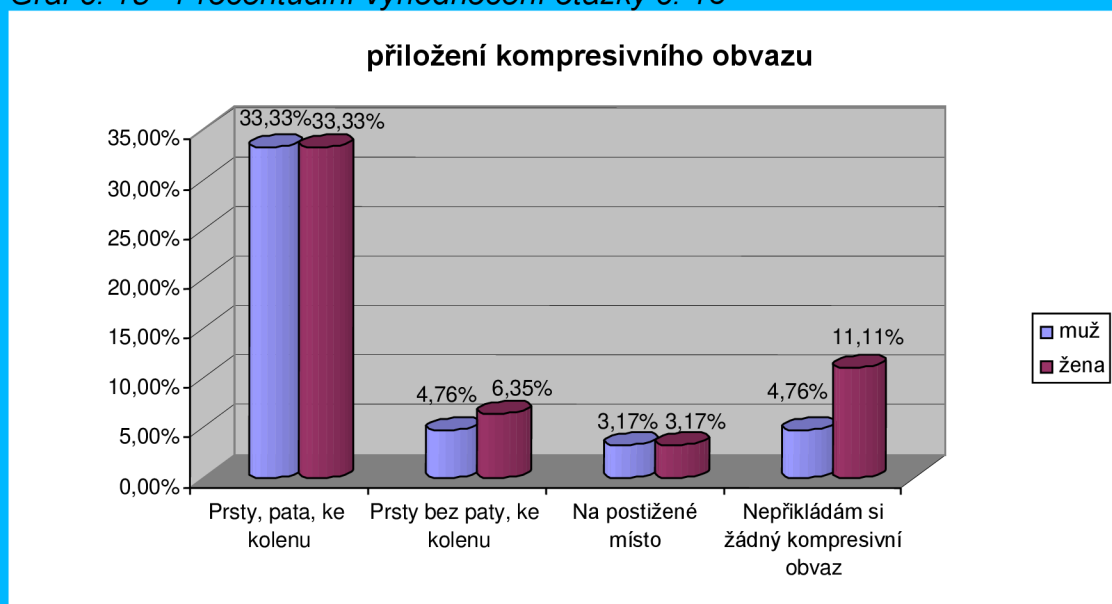
V otázce č 12 uvedl ano je účinnější 1 (1,59%) muž, ženy neuvedly nic, ne uvedli 3 (4,76%) muži a 8 (12,70%) žen, nevím uvedlo 25 (39,68%) mužů a 26 (41,27%) žen.

Otázka č. 13 Jak přikládáte kompresivní obvaz?

Tab. č. 13 Vyhodnocení otázky č. 13

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
Prsty, pata, ke kolenu	21	33,33 %	21	33,33 %
Prsty bez paty, ke kolenu	3	4,76 %	4	6,35 %
Na postižené místo	2	3,17 %	2	3,17 %
Nepřikládám si žádný kompresivní obvaz	3	4,76 %	7	11,11 %

Graf č. 13 Procentuální vyhodnocení otázky č. 13



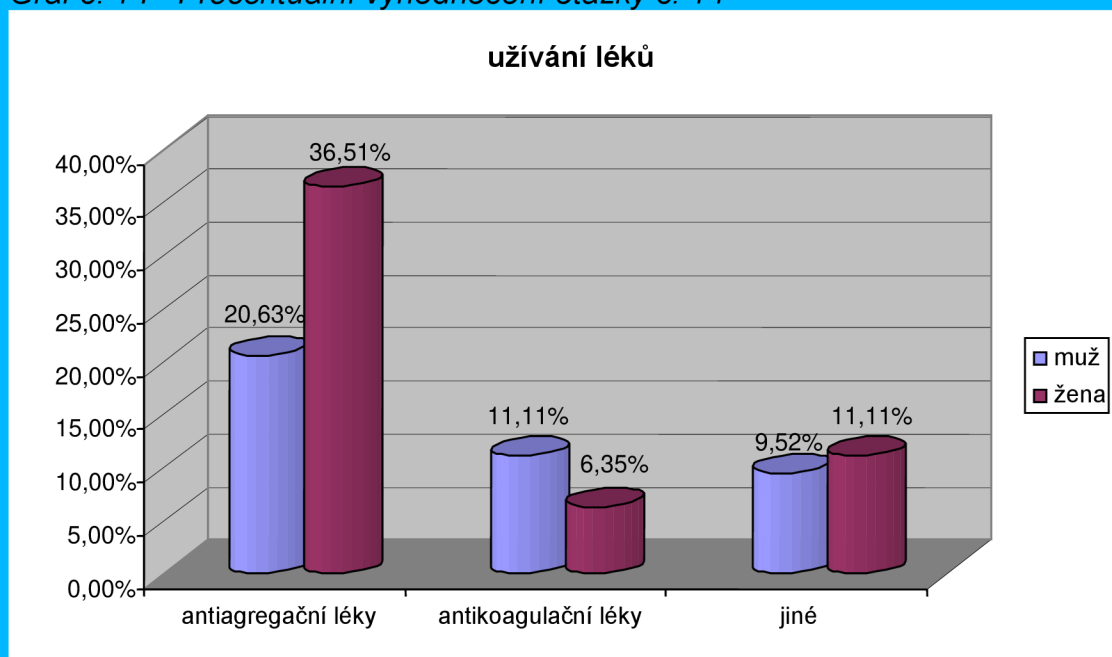
V otázce č. 13. uvedlo přikládání kompresivního obvazu od konečku prstů přes patu ke kolenu 21 (33,33%) mužů a 21 (33,33%) žen, od konečku prstů s vynecháním paty ke kolenu uvedli 3 (4,76%) muži a 4 (6,35%) ženy, jenom na postižené místo 2 (3,17%) muži a 2 (3,17%) ženy, nepřikládám si žádný kompresivní obvaz odpověděli 3 (4,76%) muži a 7 (11,11%) žen.

Otázka č. 14. Užíváte tyto léky?

Tab. č. 14 Vyhodnocení otázky č. 14

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
antiagregační léky	13	20,63 %	23	36,51 %
antikoagulační léky	7	11,11 %	4	6,35 %
jiné	6	9,52 %	7	11,11 %

Graf č. 14 Procentuální vyhodnocení otázky č. 14



V otázce č. 14 uvedlo antiagregační léky 13 (20,63%) mužů a 23(36,51%) žen, antikoagulační léky uvedlo 7 (11,11%) mužů a 4 (6,35%) ženy, jiné léky uvedlo 6 (9,52%) mužů a 7 (11,11%) žen.

Otázka č. 15 Věnujete se některým z těchto pohybových aktivit?

Tab. č. 15 Vyhodnocení otázky č. 15

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
pravidelné procházky	18	28,57 %	19	30,16 %
lehké cvičení	2	3,17 %	13	20,63 %
jízda na kole	6	9,52 %	2	3,17 %
cvičení dolních končetin	1	1,59 %	0	0 %
jiné	2	3,17 %	0	0 %

Graf č. 15 Procentuální vyhodnocení otázky č. 15



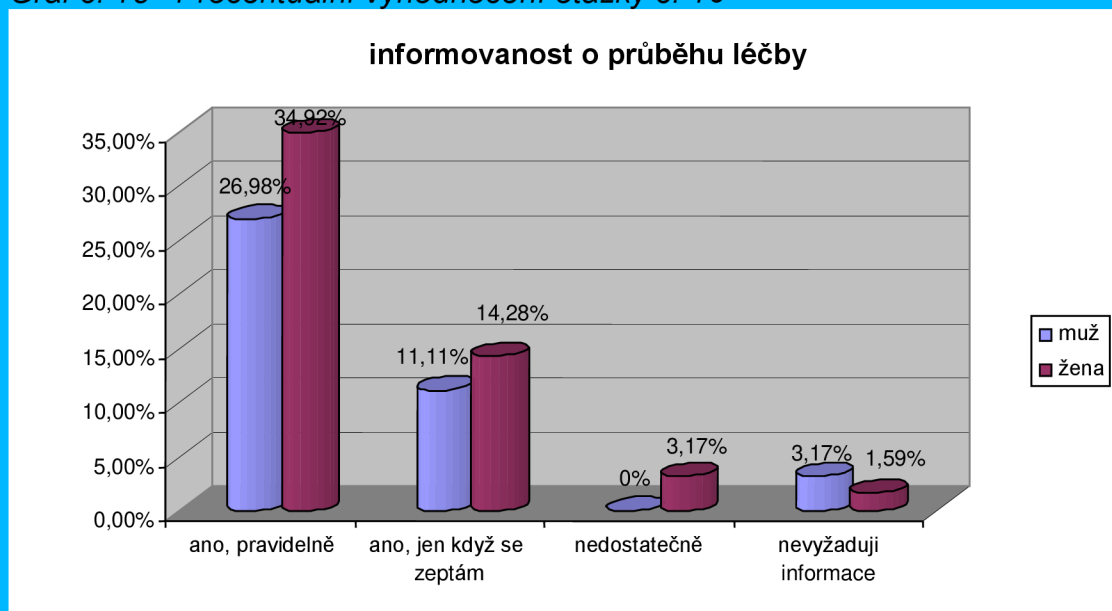
V otázce č. 15 uvedlo pravidelné procházky 18 (28,57%) mužů a 19 (30,16%) žen, lehké cvičení uvedli 2 (3,17%) muži a 13 (20,63%) ženy, jízdu na kole uvedlo 6 (9,52%) mužů a 2 (3,17%) ženy, cvičení dolních končetin dle doporučení lékaře uvedl 1 (1,59%) muž, žádná žena tuto možnost neuvedla, jinou pohybovou aktivitu uvedli 2 (3,17%) muži a žena tuto verzi opět neuvedla žádná.

Otázka č. 16 Jste informován(a) o průběhu své léčby

Tab. č. 16 Vyhodnocení otázky č. 16

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
ano, pravidelně	17	26,98 %	22	34,92 %
ano, jen když se zeptám	7	11,11 %	9	14,28 %
nedostatečně	0	0 %	2	3,17 %
nevyžadují informace	2	3,17 %	1	1,59 %

Graf č. 16 Procentuální vyhodnocení otázky č. 16



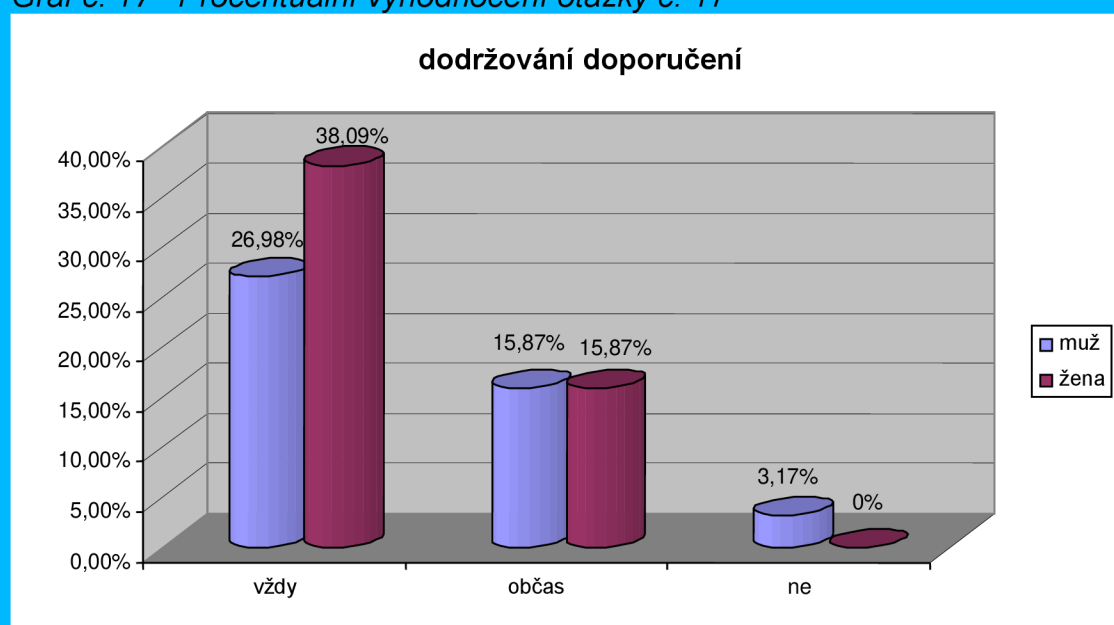
V otázce č. 16 uvedlo ano, pravidelně jsem informován lékařem 17 (26,98%) mužů a 22 (34,92%) žen, ano ale jen když se zeptám 7 (11,11%) mužů a 9 (14,28%) žen, nedostatečně jsou informovány 2 (3,17%) ženy, muži tuto verzi neuvodli, a nevyžadují informace 2 (3,17%) muži a 1 (1,59%) žena.

Otázka č. 17 Dodržujete doporučení lékaře?

Tab. č. 17 Vyhodnocení otázky č. 17

	Muž		Žena	
	n	%	n	%
vždy	17	26,98 %	24	38,09 %
občas	10	15,87 %	10	15,87 %
ne	2	3,17 %	0	0 %

Graf č. 17 Procentuální vyhodnocení otázky č. 17



Na otázku č. 17 odpovědělo ano, vždy dodržují doporučení lékaře 17 (26,98%) mužů a 24 (38,09%) žen, občas uvedlo 10 (15,87%) mužů a 10 (15,87%) žen, ne nedodržují 2 (3,17%) muži, ženy tuto verzi neuvedly.

5 Diskuse

Ke zpracování bakalářské práce jsem rozdala 100 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 66 dotazníků. Z těchto 66 dotazníků bylo možné použít 63 dotazníků k dalšímu zpracování práce.

Otázky 1 - 3 byly vyhodnoceny z celkového počtu 63 respondentů. Otázka č. 1 se týkala pohlaví respondentů, výsledný počet byl 29 (46,03%) mužů a 34(53,97%) žen. Otázka č. 2 se týkala věku. Nejpočetnější skupinou z celkového počtu 63 byla věková skupina 60 a více roků 42 (66,66%) respondentů. Na druhém místě v nejpočetnějším zastoupení měla věková skupina 51 – 60 let a to 12 (19,05%). I literatura uvádí, že nejzatíženější skupinou bývají pacienti v 6 - 8. deceniu věku. Otázkou č. 3 bylo zodpovězeno vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů bylo ve skupině vyučen v oboru a to 22 (34,92%), dále základní vzdělání v zastoupení 13 (20,63%) a stejné zastoupení středoškolské 13 (20,63%), vyšší odborné 9 (14,29%) a vysokoškolské vzdělání mělo 6 (9,52%) respondentů.

Od otázky č.4 jsem rozdělila celkový počet odpovídajících respondentů 63 na skupinu mužů 29 (46,03%) a žen 34 (53.97%).

V otázce č. 4 uváděli respondenti jakým typem bércového vředu trpí. Muži nejvíce uváděli diabetický vřed a to 9 (14,29%) , další skupina byla vřed žilního původu 8 (12,70%), vředem po úrazu 6 (9,52%) a nevědělo jen 5 mužů (7,94%) oproti ženám, které tuto možnost uvedly 9 (14,29%), což mě velmi překvapilo. Ženy nejvíce trpí bércovým vředem žilního původu a to 11 (11,11%),diabetickým vředem trpí 6 (9.52%) žen, tepenný bércový vřed mají 3 (4,76%) ženy, stejné zastoupení má vřed vzniklý po úrazu 3 (4,76%) ženy, vředem smíšeným trpí 2 (3,17%) ženy. Z hodnocení vyplývá, že nejčastější typ bércového vředu u mužů je diabetický vřed, u žen žilní bércový vřed. Celkově u obou skupin je nejčastější bércový vřed žilního původu a to uvedlo celkem 19 (30,16%) respondentů,druhý nejčastější typ vřed diabetický, uvedlo 15

(23,81%) respondentů a 14 (22,22%) respondentů uvedlo, že neví jakým typem bércového vředu trpí.

Otázka č. 5 zjišťovala jak dlouho respondenti trpí bércovým vředem. Nejčastější odpověď byla ve skupině 2 roky a více a to jak u mužů 15 (23,81%), tak u žen a to v zastoupení 11 (17,46%) , další druhá nejpočetnější skupina je 1- 2 roky a to u obou skupin v stejném zastoupení a to 8 (12,70%) mužů a 8 (12,70%) žen. 7 měsíců – 1 rok uvedli 4 (6,35%) muži a 8 (12,70%) žen, období 1 – 6 měsíců uvedli 2 (3,17%) muži a 7 (11,11%) žen. Z hodnocení vyplývá, že onemocnění bércovým vředem patří mezi dlouhodobé chronické, což se potvrdilo u obou skupin.

V otázce č. 6 měli respondenti uvést zda, se u nich vyskytují některé rizikové faktory. V této otázce mohla být vybrána více jak jedna odpověď, což také většinou byla. Abych mohla tuto otázku vyhodnotit a zpracovat do tabulky a grafu vybrala jsem nejčastější odpovědi u obou skupin. Muži uváděli nejčastěji proběhlý zánět v hlubokém žilním systému (trombóza) a to 8 (12,70%) a diabetes mellitus 8 (12,70%), dále dědičnou dispozici uvedlo 5 (7,94%) mužů, věk uvedli 3 (4,76%) , kouření 3 (4,76%), sedavé zaměstnání nebo dlouhé stání stejně jako nedostatek tělesného pohybu uvedlo po 1 (1,59%) muži. Ženy nejčastěji uvedly také proběhlý zánět v hlubokém žilním systému 7 (11,11%) a ve stejném zastoupení i diabetes mellitus 7 (11,11%) , dále pak větší počet těhotenství nebo hormonální léčbu a to 6 (9,52%), dědičnou dispozici uvedly 4 (6,35%) ženy, zajímavé je že ženy uvedly jako rizikový faktor obezitu a to ve 3 případech (4,76%), což muž tuto možnost neuvedl ani jeden. Jedna žena neuvedla žádnou možnost. Z hodnocení vyplývá, že muži nejvíce trpí diabetickým vředem a tudíž jako rizikový faktor uvedli diabetes mellitus, u žen se nejvíce vyskytuje vřed žilního původu, a za rizikový faktor uvedly proběhlý zánět v hlubokém žilním systému.

Otázkou č. 7 jsem zjišťovala kdo ošetřuje vzniklé bércové vředy. U mužů nejčastější odpověď byla formou specialisty v ambulanci chronických ran a to 18 (28,57%), ženy taktéž uvedly nejčastější ošetření specialistou v ambulanci chronických ran (28,57%), shodné odpovědi u obou skupin byly i u ošetření

praktickým lékařem a to 7(11,11%), velký rozdíl je u ošetřování formou domácí péče, kdy tuto možnost využívá jen 1 (1,59%) muž, za to žen 7 (11,11%), což si vysvětlují, že ženy jsou důvěřivější a nebojí se pustit domů zdravotníky, kdežto muži jsou opatrnější a raději si ošetřují bércové vředy sami, což odpověděli 3 (4,76%) muži, zatímco ženy jen 2 (3,17%). Jinou možnost ošetření nevedla ani jedna skupina.

Otázka č. 8 zodpovídá jakým vyšetřením se podrobili respondenti. Muži nejčastěji uvedli ultrazvukové vyšetření a to 20 (31,75%) i ženy měly toto vyšetření v největším zastoupení a to 14 (22,22%) žen, muži uvedli angiografii, popř. angioplastiku pouze 3 (4,76%), kdežto žen 11 (17,46%), flebografické vyšetření měli 4 (6,35%) muži a 7 (11,11%) žen, angio CT využili jen 2 (3,17%) muži, žena žádná. Z hodnocení vyplývá, že vyšetření je mnoho na výběr, a respondenti využívají doporučení od svých lékařů a jde i o možnosti daného zařízení, kdy angio CT nebo angiografii neprovádí každé zdravotnické zařízení.

Otázka č. 9 zjišťuje jakým způsobem jsou ošetřovány bércové vředy. Někteří respondenti uvedli více jak jednu odpověď, pro zpracování jsem vyhodnotila všechny odpovědi. Muži nejčastěji uváděli kombinaci místní léčbu = převazy s kompresivní léčbou pomocí elastických obinadel nebo elastických punčoch a to 11 (17,46%), ženy tuto možnost měly ve stejném zastoupení tedy 11 (17,46%), u mužů další nejpočetnější možnost zaujímá kombinaci převazy s venotoniky a to v počtu 8 (12,17%), kupodivu ženy tuto možnost nevedly ani jediná. Kombinaci převazy, kompresivní léčba a cvičení, pohyb uvedl jen 1 (1,59%) muž, žena opět tuto možnost nevedla žádná. Kombinaci převazy a venotonika uvedl 1 (1,59%) muž, žena tuto možnost nevedla žádná. 1 (1,59%) muž uvedl všechny navrhované možnosti, a to tedy převazy, kompresivní léčbu, venotonika a cvičení, zatímco tuto variantu uvedly 4 (6,35%) ženy. 5 (7,94%) žen jako další možnou kombinaci uvedly převazy, kompresivní léčbu a venotonika. Jedinou možnost převazy uvedli 4 (6,35%) muži a 11 (17,46%) žen, jako jedinou možnost kompresivní léčbu uvedli 4 (6,35%) muži a ženy 3 (4,76%). Ze získaných údajů vyplývá, že možností k léčbě bércových vředů je mnoho, a záleží na jedinci, jaký způsob ošetření

zvládá, a v jakém stupni onemocnění zrovna bércový vřed je. Obě skupiny při otevřeném bércovém vředu využívají nejčastěji možnosti převazy a kompresivní léčbu, což pořád patří mezi základní nejúčinnější léčebné metody.

Otázkou č. 10. jsem chtěla zjistit, zda respondenti při používání moderních obvazových materiálů poznávají, že léčba je kvalitnější oproti dříve používané léčbě. Nejčastější odpověď u mužů byla nevím, nedokážu posoudit a to v zastoupení 12 (19,05%), i ženy měli vysoké procento (20,63%) to je 13 žen. Obě skupiny se shodli v počtu 8 (12,70%) v odpovědi ano, léčba je kratší a méně bolestivější. 10 (15,87%) žen uvedlo, že léčba není kratší, ale je méně bolestivější, muži tuto možnost uvedli 3 (4,76%). Odpověď ne, přijde mi to stejné uvedli 3 (4,76%) muži a 10 (15,87%) žen. Z hodnocení vyplývá, že muži ani ženy nedokáží posoudit léčbu, a to ve velkém procentu, celkově ze 63 respondentů je 25 (39,68%), což si vysvětlují vysokým věkem respondentů, za velký klad do budoucnosti považují, že léčba je méně bolestivější pro 13 (20,63%) z celkového počtu respondentů a že léčba je kratší pro 16 (25,40%) z celkového počtu respondentů.

Další otázka č. 11, která se týkala možnosti moderní léčby larvoterapií, jsem chtěla zjistit, zda respondenti podstoupili a tudíž znají tuto možnost léčby. 1 (1,59%) muž tuto možnost podstoupil, žena ani jedna. Vysvětlují si to vysokým věkem respondentů, kteří nemají důvěru k moderní léčbě, což se mi vlastně potvrdilo i u otázky č. 10, kde jim přijde léčba stejná dříve a v dnešní době, což odpovědělo z celkového počtu respondentů 9 (14,29%). Z dotazníku není zřejmé, jestli respondentům byla tato možnost léčby nabídnuta. Tato otázka nebyla v dotazníku stanovena.

Následující otázkou č. 12, která navazovala na předchozí otázku, jsem chtěla zjistit zda larvoterapie je účinnější než ta, kterou doposud podstoupili. Ano odpověděl 1 (1,59%) muž, který tuto léčbu podstoupil, nevím odpovědělo z celkového počtu respondentů 51 (80,95%), ne odpověděli 3 (4,76%) muži a 8 (12,70%) žen. V hodnocení vyplývá, že larvoterapii nepodstoupili, až na jednoho respondenta, ale odpověděli, že jim přijde neúčinná, což si nedokáží vysvětlit, jediná možnost co mě napadá, je že jsou nedostatečně informováni o

této možnosti, nebo že by měli strach z dosud málo používané metody. Že by byli nedůvěřiví vůči moderní léčbě nepředpokládám.

Otázkou č.13 jsem chtěla zjistit, jak pacienti přikládají kompresivní obvaz. Muži a ženy uvedli ve stejném počtu a to 21(33,33%) přikládání od konečku prstů přes patu ke kolenu, možnost přikládání od konečku prstů s vynecháním paty ke kolenu uvedli 3 (4,76%) muži a 4 (6,35%) ženy, jen na postižené místo 2 (3,17%) muži, ve stejném zastoupení i 2 (3,17%) ženy. Z hodnocení vyplývá, že respondenti jsou dostatečně edukováni o přikládání kompresivního obvazu, kdy z celkového počtu 63 respondentů umí správně přikládat 42 (66,67%) respondentů, z celkového počtu nedostatečně (nesprávně) přikládá 11 (17,46%) respondentů, a 10 (15,87%)respondentů z celkového počtu respondentů odpovědělo, že si nepřikládají žádný kompresivní obvaz. V otázce č.9 vyšlo najevo, že 12 (19,05%) mužů a 11 (17,46%) žen si nepřikládá při léčbě bércevého vředu žádný kompresivní obvaz a zde vyšlo, že 3 (4,76%) muži a 7 (11,11%) žen si nepřikládá kompresivní obvaz, tento mylný rozpol si vysvětlují vyšším věkem respondentů a možností nepravdivých údajů při vyplnění dotazníků.

Otázkou č 14 jsem získávala informace jaké léky respondenti užívají při léčbě bércevého vředu. Muži nejčastěji uvedli antiagregační léky a to 13 (20,63%), i ženy uvedly tyto léky v největším zastoupení a to 23 (36,51%),antikoagulační léky uvedlo 7 (11,11%) mužů a 4 (6,35%) ženy, možnost jiné léky uvedlo 6 (9,52%) mužů a 7 (11,11%) žen,často jmenovali lék Detralex.

Otázka č. 15 se věnovala pohybovým aktivitám, které respondenti konají. Zde bylo více možností zakroužkovat, což opět někteří provedli. Muži nejčastěji uváděli pravidelné procházky a to 18 (28,57%), ženy tuto aktivitu měly také v největším zastoupení a to 19 (30,16%), jízdu na kole uvedlo 6 (9,52%) mužů, ženy jsou tady opatrnější a to pouze 2 (3,17%), zatímco 13 (20,63%)žen uvedlo lehké cvičení, muži v tomto směru jsou také opatrní a tuto aktivitu uvedli jen 2 (3,17%) muži. Cvičení dolních končetin dle doporučení lékaře uvedl jen 1 (1,59%) muž, žena což mě velmi překvapilo žádná. I v kolonce jiné aktivity uvedli jen 2 (3,17%) muži, ženy tuto možnost neuvedly. Z hodnocení

vyplývá, že většina respondentů uvádí alespoň pravidelné procházky ke zlepšení hojení bércového vředu, ženy ještě na druhém místě uvádějí lehké cvičení, což se dá označit za dobré, když si uvědomíme, jakou věkovou skupinou je většina respondentů.

Otázka č. 16 byla zaměřena jak moc jsou respondenti informováni svým ošetřujícím lékařem. Muži uvedli ano, pravidelně v počtu 17 (26,98%), žen 22 (34,92%), mužů, kteří uvedli, ano, ale jen když se zeptám bylo 7 (11,11%) a žen 9 (14,28%), nedostatečně uvedly jen 2 (3,17%) ženy, muži tuto odpověď neuvedli. Možnost, že nevyžadují informace uvedli 2 (3,17%) muži a 1 (1,59%) žena. Z hodnocení vyplývá, že jak muži tak ženy mají dostatečné informace o své léčbě, což považují za zdárný krok k úspěchu, jen malé procento nevyžaduje žádné informace, a tudíž jsou plně odkázáni jen na lékaře. Ale tady vyšel najevo rozpol, kdy u otázky č. 4, která se ptala jakým typem vředu trpí odpovědělo 5 (7,94%) mužů a 9 (14,29%) žen, že neví jaký typ bércového vředu mají. Neumím si vysvětlit a nepředpokládám, že nepochopili otázku, na kterou odpovídali. Když neví jaký typ vředu mají, tak nevyžadují informace, tudíž museli na jednu z těchto odpovědí mylně odpovědět.

Otázka č 17 navazuje na předchozí otázku, zda dodržují doporučení lékaře, muži uvedli vždy a to 17 (26,98%), ženy tuto odpověď uvedly také v největším zastoupení a to 24 (38,09%), odpověď občas uvedli jak muži tak ženy stejně a to 10 (15,87%), muži možnost ne uvedli 2 (3,17%), ženy takto neodpověděly. Z tohoto hodnocení vyplývá, že respondenti jsou disciplinovaní.

Z dosažených výsledků vyplynulo, že bércovým vředem trpí stále dost lidí a toto onemocnění patří mezi dlouhodobé chronické. Vyskytuje se u starší populace, ale už i u mladších lidí, což bylo potvrzeno dotazníkovou metodou. Bylo zjištěno, že častěji tímto onemocněním trpí ženy, což je taky uváděno v odborných časopisech. U každého respondenta se vyskytuje někdy i několik rizikových faktorů. V dnešní době je možno ošetřovat bércový vřed i v domácím prostředí formou agentur ošetřovatelské péče, tuto možnost více využívají ženy, muži jsou více obezřetní. Bylo zjištěno, že respondenti jsou dostatečně edukováni o léčbě a průběhu onemocnění a většina dodržuje

doporučení, která jim byla dána lékařem. I když se stále vyskytují jedinci, kteří nevyžadují a nedodrží rad lékařů, muži v tomto převažují. Z výsledků mě nejvíce překvapilo, že respondenti nejsou schopni posoudit, zda léčba je kratší, ale jak muži tak ženy se shodli na tom, že dnešní léčba je méně bolestivější než dříve používané masti, pasty, roztoky. Moderní alternativní metodu maggot terapii využil jen jeden muž, což může být dáno nejen špatnou informovaností o této léčbě, nedůvěrou k této léčbě, ale i daným nemocničním zařízením, kde není dostatečně školen zdravotnický personál k této metodě.

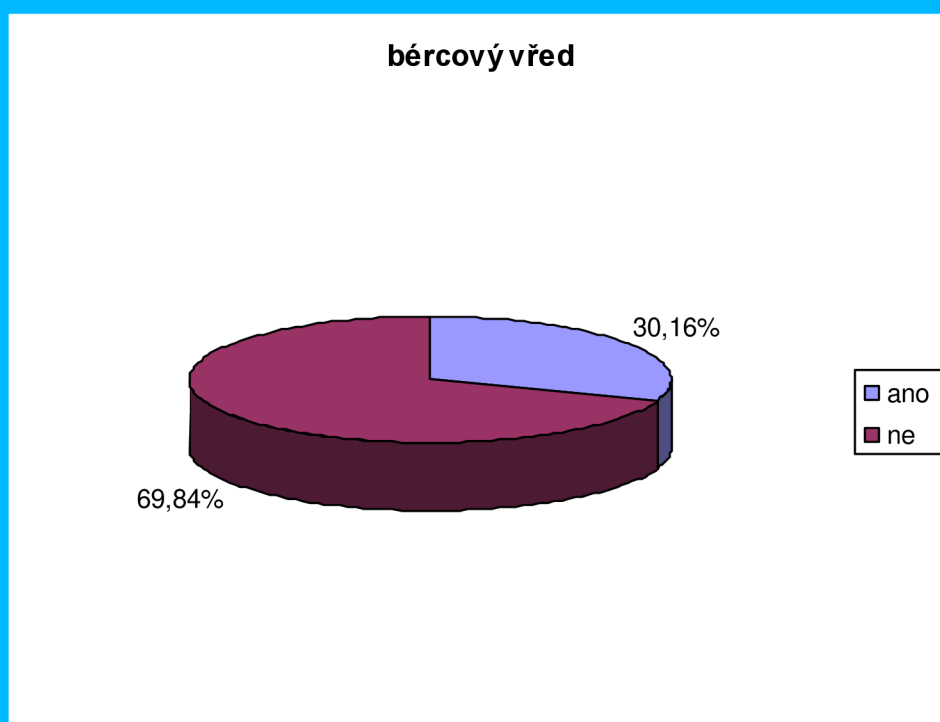
5.1 Hodnocení očekávaných výsledků

Očekávaný výsledek č. 1 Předpokládám, že více než 80 % respondentů trpí venózním typem bércového vředu

Tab. č. 18 Vyhodnocení otázky očekávaného výsledku č. 1

	Trpí bércovým vředem		Netrpí bércovým vředem	
	n	%	n	%
Celkem	19	30,16 %	44	69,84 %

Graf č. 18 Procentuální vyhodnocení očekávaného výsledku č. 1



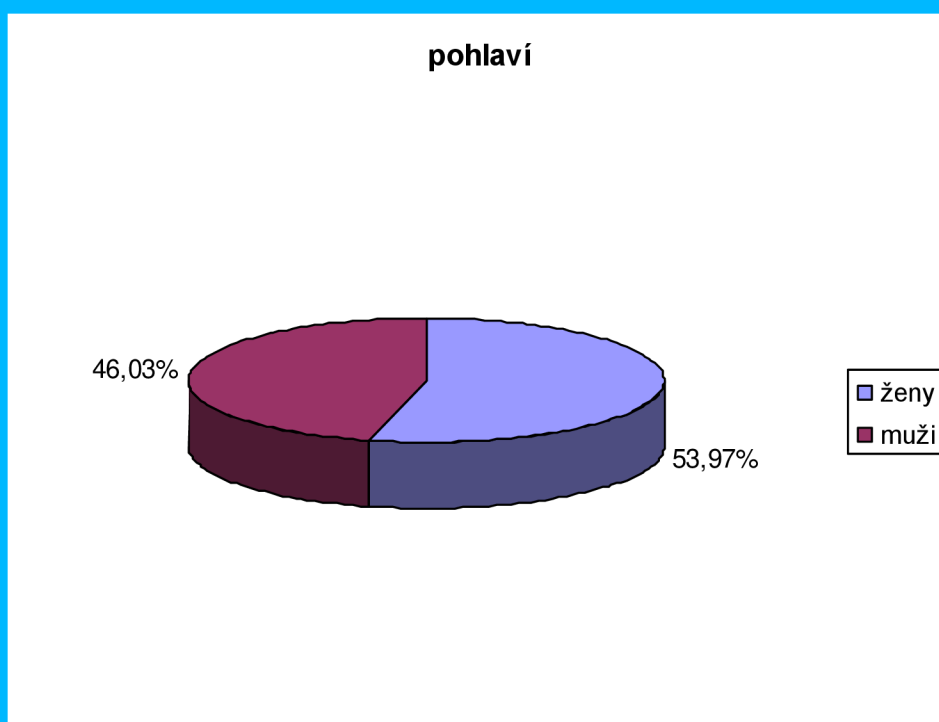
Z 63 respondentů uvedlo venózní bércový vřed 30,16 % respondentů
Očekávaný výsledek č. 1 **se nepotvrdil**

Očekávaný výsledek č.2 Přepokládám, že více bércovým vředem trpí ženy než muži

Tab. č. 19 Vyhodnocení otázky očekávaného výsledku č. 2

	ženy		muži	
	n	%	n	%
Celkem	34	53,97 %	29	46,03 %

Graf č. 19 Procentuální vyhodnocení očekávaného výsledku č. 2



Z 63 respondentů trpí bércovým vředem 53,97 % žen a 46,03 % mužů
Očekávaný výsledek č. 2 **se potvrdil**

Očekávaný výsledek č. 3 Předpokládám, že více než 60 % respondentů umí správně přikládat kompresivní obvaz

Tab. č. 20 Vyhodnocení otázky očekávaného výsledku č. 3

	Správná odpověď		Špatná odpověď	
	n	%	n	%
Celkem	42	66,67 %	21	33,33 %

Graf č. 20 Procentuální vyhodnocení očekávaného výsledku č. 3



Z 63 respondentů umí správně přikládat kompresivní obvaz od konečků prstů přes patu ke kolenu 66,67 % respondentů

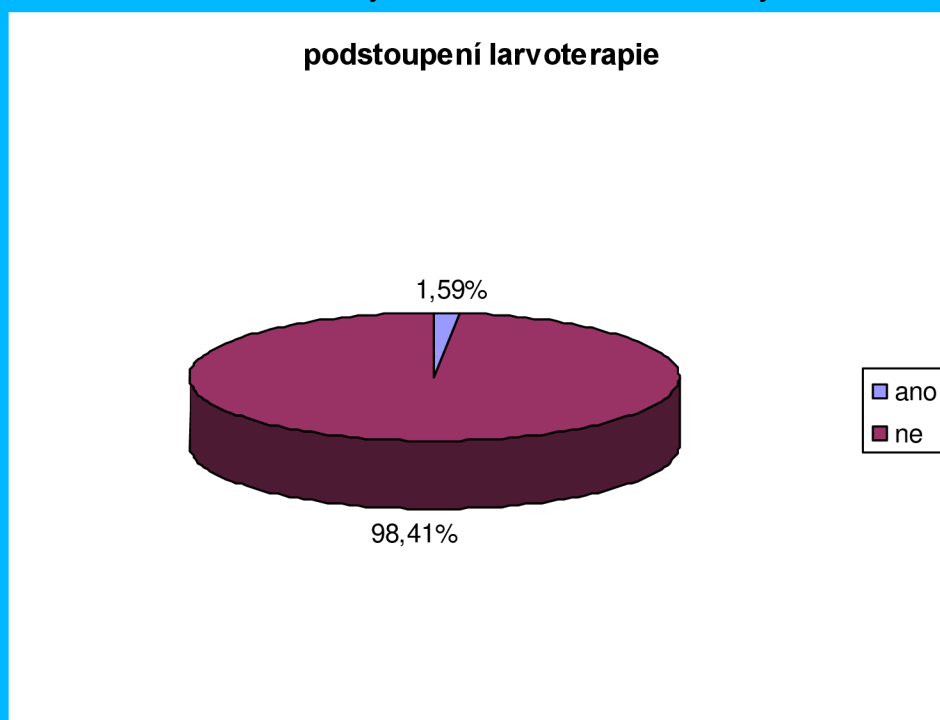
Očekávaný výsledek č. 3 **se potvrdil**

Očekávaný výsledek č. 4 Předpokládám, že larvoterapii podstoupilo méně než 5 % respondentů

Tab. č. 21 Vyhodnocení otázky očekávaného výsledku č. 4

	Larvoterapie ano		Larvoterapie ne	
	n	%	n	%
Celkem	1	1,59 %	62	98,41 %

Graf č. 21 Procentuální vyhodnocení očekávaného výsledku č. 4



Z 63 respondentů podstoupilo larvoterapii 1,59 % respondentů

Očekávaný výsledek č. 4 **se potvrdil**

6 Návrh řešení zjištěných nedostatků

K této tématice jsem tolik problémů k řešení neshledala, jde poznat, že se zlepšila informovanost respondentů vůči této problematice. Je třeba stále opakovaně edukovat pacienty o léčbě, o průběhu onemocnění. Toto onemocnění může již postihnout i mladší věkovou skupinu, jak se prokázalo, ale hlavně jim trpí lidé nad 60 let. Mezi řešení problémů by se dalo vyzdvihnout nutnost dalšího neustálého vzdělávání jak lékařů tak sester. V dnešní době se každým dnem vynalézají lepší moderní prostředky k léčbě a právě neznalost moderní léčby může toto onemocnění prodloužit. Ráda bych však vyzdvihla, že na trhu neexistuje moc literatury s touto tematikou. Najdou se odborné časopisy, kde jsou uváděny články k tomuto onemocnění, ale knih, které by se zabíraly touto tematikou tolik není.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak moc jsou respondenti informováni o chronické žilní nedostatečnosti a její komplikaci – bérkový vřed. Zjistit zda trpí nejvíce žilním typem bérkového vředu, zjistit zda tímto onemocněním trpí více ženy než muži. Zjistit, zda jsou správně edukováni o přikládání kompresivního obvazu a zda podstoupili respondenti larvoterapii. Stanovila jsem 4 očekávané výsledky, které jsou uvedeny na začátku této práce. Cíle práce se podařily splnit.

Z vyhodnocení očekávaných výsledků vyplynulo, že respondenti trpí nejvíce žilním typem bérkového vředu a že bérkovým vředem jakéhokoliv typu více trpí ženy než muži, což je i uváděno v odborné literatuře. Správně přikládat kompresivní obvaz od konečků prstů přes patu umí z dotazovaných respondentů dvě třetiny, jedna třetina je ta, kde nepřikládají vůbec obvaz nebo jen na postižené místo nebo přikládají s vynecháním paty. Alternativní metodu pomoci larvoterapie podstoupil jen jeden muž, nelze přesně říci, zda pacienti jsou informováni o této možnosti nebo zda nemají důvěru k této léčbě.

Literatura a prameny

1. TOŠENOVSKÝ, Patrik, a ZÁLEŠÁK, Bohumil. *Trofické defekty dolních končetin diagnostika a léčba*. Praha: Galén, Karolinum, 2007, 208 s. ISBN 978-80-7262-439-3; ISBN 978-80-246-1324-6
2. SINĚLNIKOV, R. D. *Atlas anatomie člověka II*. Praha: Avicenum, Moskva: Mir, 1981, 472 s., ISBN 08-040-80
3. POSPÍŠILOVÁ, Alena. Komplexní přístup k léčbě bércového vředu II. část. *Sestra*. Praha: Grada Avicenum. ISSN 1210-0404. 2004, roč. XIV, č. 6, s. 12.
4. KAŠTOVSKÁ, Zdeňka, a HORSINKOVÁ, Miroslava. Péče o nemocné s bérčovými vředy. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2007, roč. 17, č. 4, s. 57.
5. KONEČNÁ, Lenka. Pacient a chronická žilní insuficience. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2005, roč. 15, č. 11, s. 43 – 44.
6. SLOUPOVÁ, Monika. Ošetřování bércových vředů alginátovými preparáty – kazuistika. *Sestra*. Praha: Grada Avicenum. ISSN 1210-0404. 2004, roč. XIV, č. 5, s. 37 – 38.
7. MENCLOVÁ, Kateřina, a SVĚDÍKOVÁ, Martina. Hojení ran. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č. 5, s. 58 – 59.
8. HRADISKÁ, Andrea. Lokální léčba ulcus cruris – stručný přehled. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2010, roč. 20, č. 5, s. 74.
9. ŠÍPKOVÁ, Vladimíra. Bérkové vředy a přírodní materiály. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2010, roč. 20, č. 5, s. 41 – 42.
10. POSPÍŠILOVÁ, Alena. Komplexní přístup k léčbě bércového vředu 1. část. *Sestra*. Praha: Grada Avicenum. ISSN 1210-0404. 2004, roč. XIV, č. 5, s. 35 – 36.
11. ŠVESTKOVÁ, Sabina. *Bérkové vředy. Praktické rady pro pacienty*. Odborný rádce 1, Hartmann, 26 s.
12. ŠVESTKOVÁ, Sabina. *Žilní bérkové vředy. Praktické rady pro pacienty*. Odborný rádce 6, Hartmann, 26 s.
13. IVANOVÁ, Kateřina a JUŘIČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 96 s. ISBN 80-244-0992-5

14. MARIEB,E. N. a MALLAT,J. *Anatomie lidského těla*.Vydavatelství a nakladatelství CP BOOX, a. s., Brno, 2005, 797 s. ISBN 80-251-0066-9
15. POSPÍŠILOVÁ, Alena. Bércový vřed.*Dermatologie pro praxi*. Olomouc:Solen. ISSN-1802-2960, 2008, roč.2, č.2, s.79-84.

Anotace

Jméno a příjmení autora	Petra Denková
Instituce	Masarykova univerzita, Katedra ošetrovatelství
Název práce	Chronická žilní nedostatečnost a její komplikace - bércový vřed
Vedoucí práce	Mudr. Hana Meluzínová
Počet stran	85
Počet příloh	1
Rok obhajoby	2010
Klíčová slova	chronická žilní nedostatečnost, bércový vřed, muži, ženy, respondenti

Bakalářská práce zjišťuje, jak moc jsou respondenti informováni o chronické žilní nedostatečnosti a její komplikaci – bércový vřed. V teoretické části je popsána anatomie žil a kůže, definována chronická žilní nedostatečnost a její komplikace – bércový vřed, jejich rozdělení, příčiny, diagnostika a léčba. V praktické části jsou analyzovány výsledky průzkumu, které byly dosaženy dotazníkovou metodou. Závěr práce obsahuje údaje vyplývající z průzkumu, vyhodnocení dosažených cílů a očekávaných výsledků, které byly stanoveny na začátku práce.

Bachelor thesis investigates how much are respondents cognizant of the chronic venous insufficiency and its complications – leg ulcers. The theoretical part describes the anatomy of veins and skin, defines chronic venous insufficiency and its complications – leg ulcer, their distribution, causes, diagnostics and treatment. In the practical part there are analyzed results of the survey achieved in the questionnaire. Conclusion of the thesis includes data resulting from exploration, evaluation of the objectives and expected results, which were set to start of the text.

Seznam zkratek

tzv.	tak zvaný
atd.	a tak dále
např.	například
apod.	a podobně
zejm.	zejména
tab.	tabulka
VSM	vena saphena magna
VSP	vena saphena parva
VFS	vena femoralis superficialis
VPF	vena profunda femoris
CVI	chronická žilní nedostatečnost
D-PPG	digitální fotopletyzmografie
rtg	rentgen
DSA	digitální subtrakční angiografie
PTA	perkutánní transluminální angiografie

Seznam tabulek

- Tab. č. 1: Vyhodnocení otázky č. 1
- Tab. č. 2: Vyhodnocení otázky č. 2
- Tab. č. 3: Vyhodnocení otázky č. 3
- Tab. č. 4: Vyhodnocení otázky č. 4
- Tab. č. 5: Vyhodnocení otázky č. 5
- Tab. č. 6: Vyhodnocení otázky č. 6
- Tab. č. 7: Vyhodnocení otázky č. 7
- Tab. č. 8: Vyhodnocení otázky č. 8
- Tab. č. 9: Vyhodnocení otázky č. 9
- Tab. č. 10: Vyhodnocení otázky č. 10
- Tab. č. 11: Vyhodnocení otázky č. 11
- Tab. č. 12: Vyhodnocení otázky č. 12
- Tab. č. 13: Vyhodnocení otázky č. 13
- Tab. č. 14: Vyhodnocení otázky č. 14
- Tab. č. 15: Vyhodnocení otázky č. 15
- Tab. č. 16: Vyhodnocení otázky č. 16

Tab. č. 17: Vyhodnocení otázky č. 17

Tab. č. 18: Vyhodnocení otázky očekávaného výsledku č. 1

Tab. č. 19: Vyhodnocení otázky očekávaného výsledku č. 2

Tab. č. 20: Vyhodnocení otázky očekávaného výsledku č. 3

Tab. č. 21: Vyhodnocení otázky očekávaného výsledku č. 4

Seznam grafů

- Graf č. 1: Procentuální vyhodnocení otázky č. 1
- Graf č. 2: Procentuální vyhodnocení otázky č. 2
- Graf č. 3: Procentuální vyhodnocení otázky č. 3
- Graf č. 4: Procentuální vyhodnocení otázky č. 4
- Graf č. 5: Procentuální vyhodnocení otázky č. 5
- Graf č. 6: Procentuální vyhodnocení otázky č. 6
- Graf č. 7: Procentuální vyhodnocení otázky č. 7
- Graf č. 8: Procentuální vyhodnocení otázky č. 8
- Graf č. 9: Procentuální vyhodnocení otázky č. 9
- Graf č. 10: Procentuální vyhodnocení otázky č. 10
- Graf č. 11: Procentuální vyhodnocení otázky č. 11
- Graf č. 12: Procentuální vyhodnocení otázky č. 12
- Graf č. 13: Procentuální vyhodnocení otázky č. 13
- Graf č. 14: Procentuální vyhodnocení otázky č. 14
- Graf č. 15: Procentuální vyhodnocení otázky č. 15
- Graf č. 16: Procentuální vyhodnocení otázky č. 16

Graf č. 17: Procentuální vyhodnocení otázky č. 17

Graf č. 18: Procentuální vyhodnocení očekávaného výsledku č. 1

Graf č. 19: Procentuální vyhodnocení očekávaného výsledku č. 2

Graf č. 20: Procentuální vyhodnocení očekávaného výsledku č. 3

Graf č. 21: Procentuální vyhodnocení očekávaného výsledku č. 4

Příloha

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Petra Denková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Chronická žilní nedostatečnost a její komplikace – bércový vřed.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a získané výsledky budou sloužit pouze pro zpracování bakalářské práce. Zvolenou odpověď popř. více odpovědí zakroužkujte.

Děkuji za ochotu při spolupráci
Petra Denková

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

- a) 20 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 – 60
- e) 60 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen(a) v oboru
- c) středoškolské

- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Víte, jakým typem bér cového vředu trpíte?

- a) bér covým vředem žilního původu
- b) bér covým vředem tepenného původu
- c) diabetickým bér covým vředem
- d) vředem vzniklým po úrazu
- e) vředy smíšenými
- f) jiné, uveďte....
- g) nevím

5. Jak dlouho trpíte bér covým vředem?

- a) 1 měsíc – 6 měsíců
- b) 7 měsíců – 1 rok
- c) 1 rok – 2 roky
- d) 2 roky a více

5. Vyskytují se u Vás tyto rizikové faktory?

- a) dědičná dispozice
- b) věk
- c) obezita
- d) proběhlý zánět v hlubokém žilním systému (trombóza)
- e) sedavé zaměstnání nebo dlouhé stání
- f) nedostatek tělesného pohybu
- g) větší počet těhotenství nebo hormonální léčba
- h) diabetes mellitus
- i) zvýšený cholesterol, dyslipidémie
- j) kouření

6. Kdo Vám ošetřuje bérkové vředy?

- a) sám(a)
- b) formou domácí péče
- c) praktický lékař
- d) specialista v ambulanci chronických ran
- e) jiné, uveďte

7. Provedl Vám lékař některé z těchto vyšetření?

- a) ultrazvuk
- b) flebografie
- c) angiografie, popř. angioplastika
- d) angio CT

8. Jakým způsobem jsou Vám ošetřovány bérkové vředy?

- a) místní léčbou = převazy
- b) kompresivní léčbou = elastická obinadla, elastické punčochy
- c) venotoniky
- d) cvičením a pohybem

9. Poznáváte, že léčba s použitím moderních obvazových materiálů je kvalitnější oproti dřívě používané léčbě (masti, pasty, roztoky)?

- a) ano, léčba je kratší a méně bolestivější
- b) léčba není kratší, ale je méně bolestivější
- c) ne, přijde mi to stejné
- d) nevím, nedokážu posoudit

10. Podstoupil(a) jste larvoterapii?

- a) ano
- b) ne

11. Jeví se Vám larvoterapie účinnější než ta, kterou jste doposud podstoupil(a)?

- a) ano
- b) ne

c) nevím

12. Jak přikládáte kompresivní obvaz?

- a) od konečku prstů přes patu ke kolenu
- b) od konečku prstů s vynecháním paty ke kolenu
- c) jenom na postižené místo
- d) nepřikládám si žádný kompresivní obvaz

13. Užíváte tyto léky?

- a) antiagregační léky např. Anopyrin, Godasal
- b) antikoagulační léky např. Warfarin, Lawarin
- c) jiné, uveďte....

14. Věnujete se některým z těchto pohybových aktivit?

- a) pravidelné procházky
- b) lehké cvičení
- c) jízda na kole
- d) cvičení dolních končetin dle doporučení lékaře
- e) jiné, uveďte....

15. Jste informován(a) o průběhu své léčby?

- a) ano, pravidelně lékařem
- b) ano, ale jen když se zeptám
- c) nedostatečně
- d) nevyžaduji informace

16. Dodržujete doporučení lékaře?

- a) ano, vždy
- b) občas
- c) ne

Souhlasím se zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

Znojmo 4. 6. 2010

Petra Denková