



SESTRY
V PALIATIVNÍ
PÉČI

KONFERENCE 2026

Doporučené postupy v ošetrovatelství u paliativních pacientů

garantka bloku

Mgr. Lucie Mokrejšová

přednášející

Mgr. Veronika Toningarová, MUDr. Hana Turková, Ph.D., Filip Drábek, DiS.



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE



Nadace
rodiny
Vlčkových

STOMIE V ROCE 2026

Mgr. Veronika Toningarová

Vrchní sestra

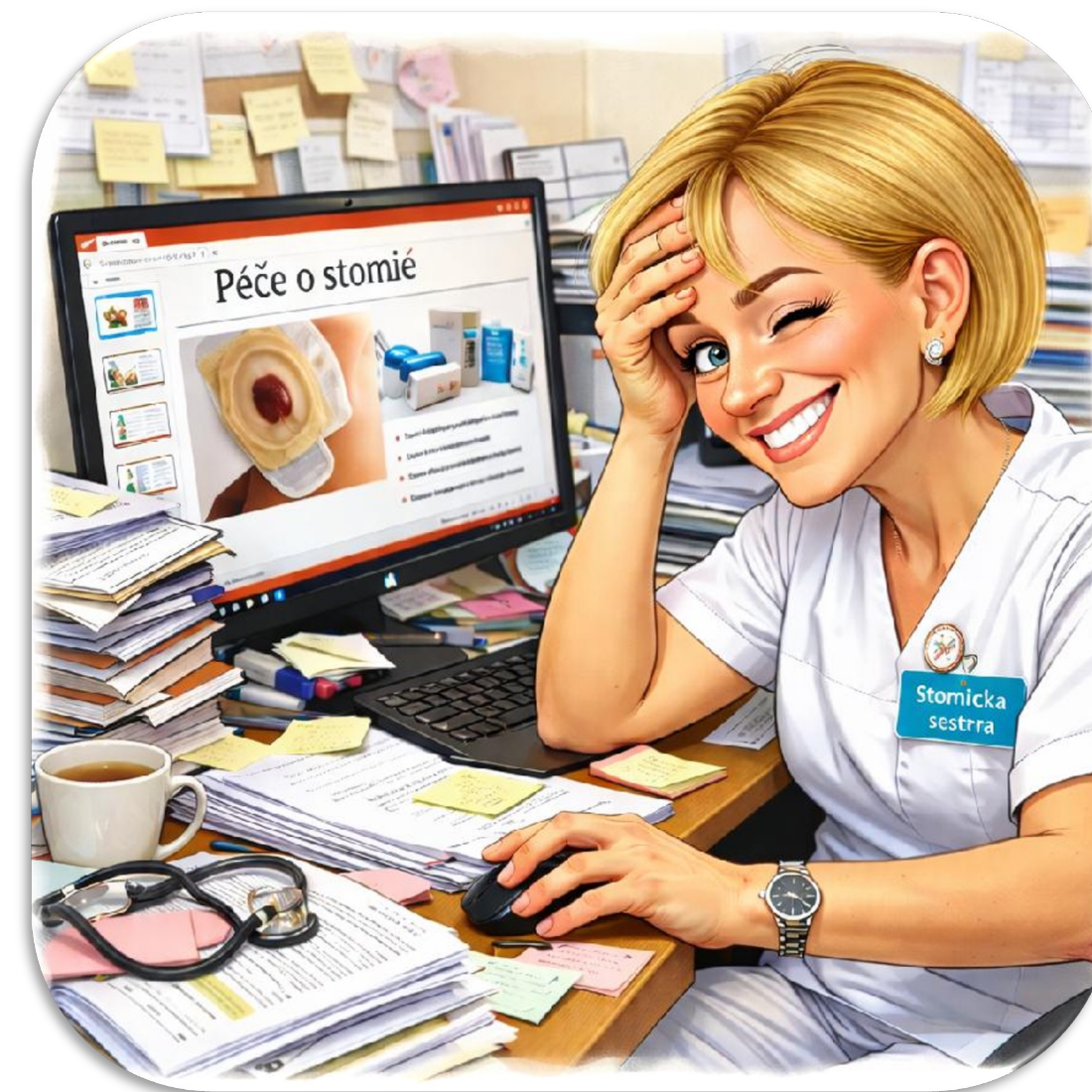
Urologická klinika 3. LF K a FTN
Fakultní Thomayerova nemocnice

10.2.2026



OSNOVA:

- Novinky v oblasti péče o stomie
- Moderní trend, inovace či improvizace?
- Defekty břišní stěny a nejčastější komplikace
- Kazuistiky
- Projekt „Pozor na červenou“
- Závěr



NOVINKY V OBLASTI PÉČE O STOMIE

ePoukaz od 1.1.2026

- od 1.1.2026 lze předepisovat a vydávat poukazy POUZE v elektronické podobě (**Zákon 375/2022 Sb.**)
- od 1.1.2026 mohou sestry předepisovat stomické pomůcky v plném rozsahu
- Zákon o kategorizaci zdravotnických prostředků 288/2025 Sb.
- vyčlenění současné přílohy 3 zákona 48/1997 Sb. do samostatného zákona – kategorizační strom pro ZP na poukaz
- pouze pro sestry se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí (S3)

NOVINKY V OBLASTI PÉČE O STOMIE

Všeobecná nebo dětská sestra - kvalifikace:

- *specializovaná způsobilost* – dosažená atestační zkouškou v rámci akreditovaného specializačního vzdělávání (např. sestra pro domácí a hospicovou péči, pro interní obory apod.)
- *zvláštní odborná způsobilost* – získaná absolvováním certifikovaného kurzu (např. péče o chronické rány, stomie)
- zdravotnické zařízení požádá SUKL pro přístup pro sestru do systému ePoukaz

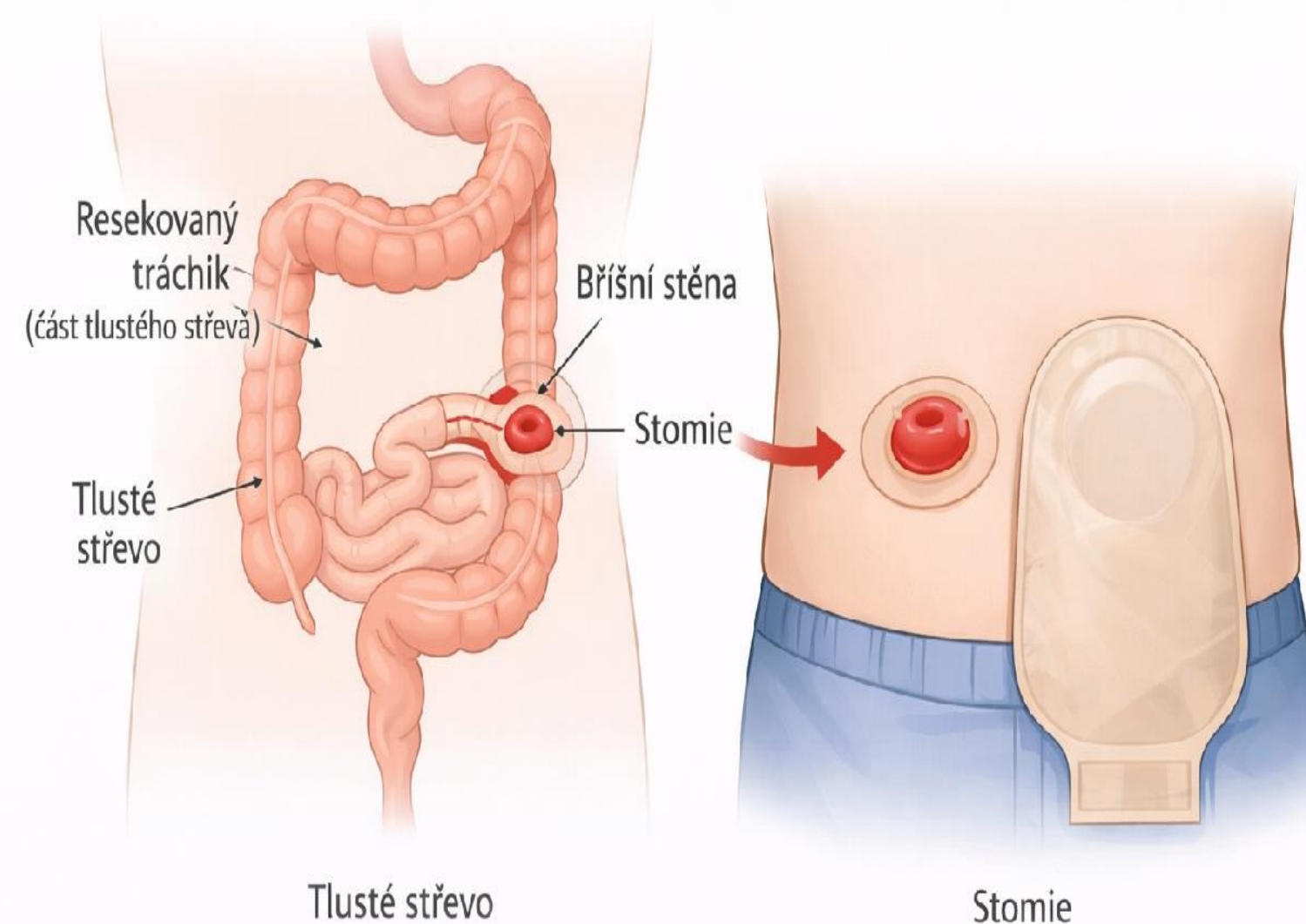


NOVINKY V OBLASTI PÉČE O STOMIE



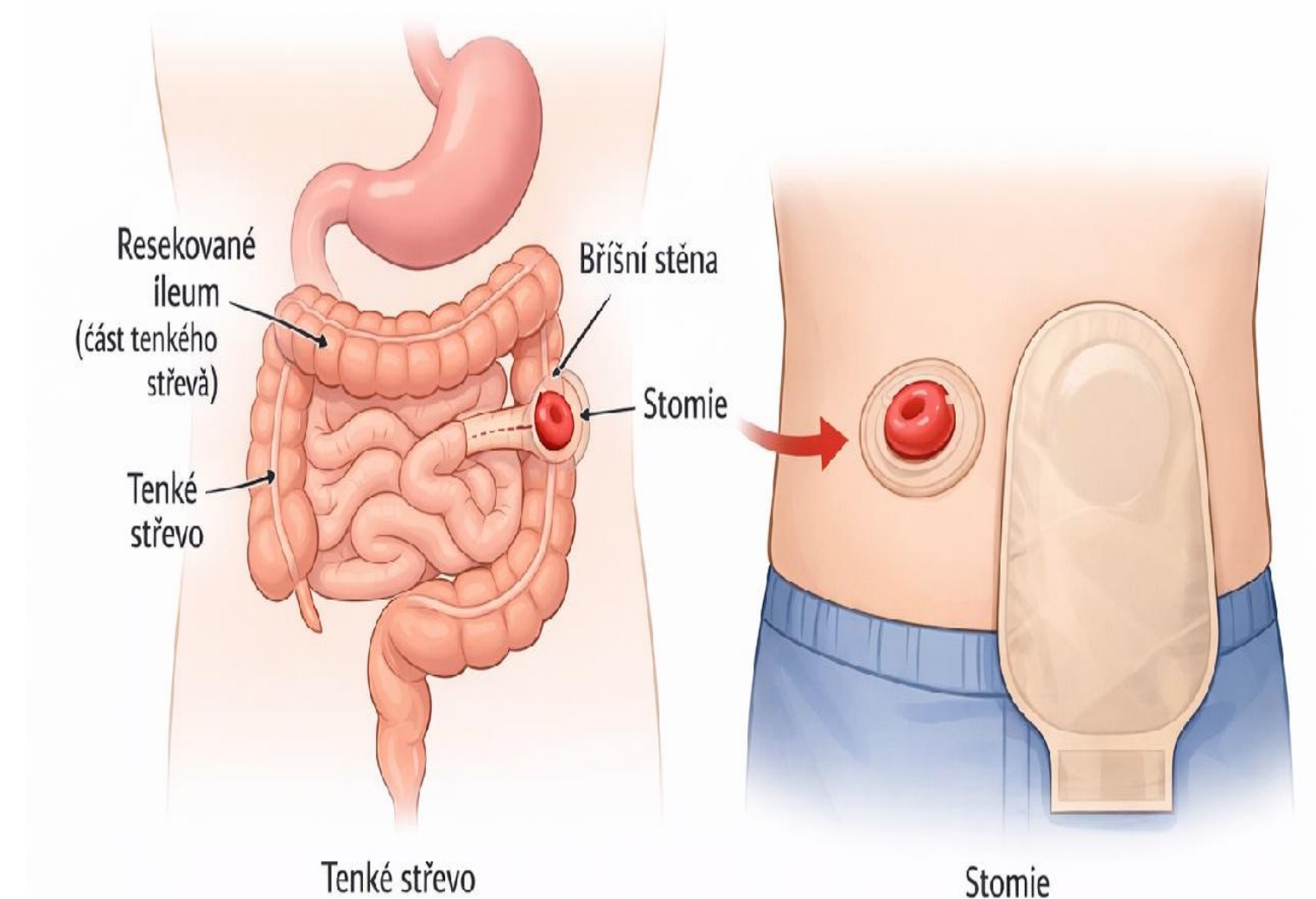
KOLOSTOMIE

- vyústění tlustého střeva na stěně břišní
- nejčastěji se zakládá v levém podbřišku, výjimečně v podžebří na příčném tračníku
- stolice je formovaná a méně agresivní
- odchází nepravidelně 1–3× denně, v pooperačním období častěji
- stenóza střeva při nádoru- ileus, Ideopatické střevní záněty, Morbus Crohn a Ulcerózní kolitida, perianální onemocnění- píštěl, inkontinence, poradiační enteritida



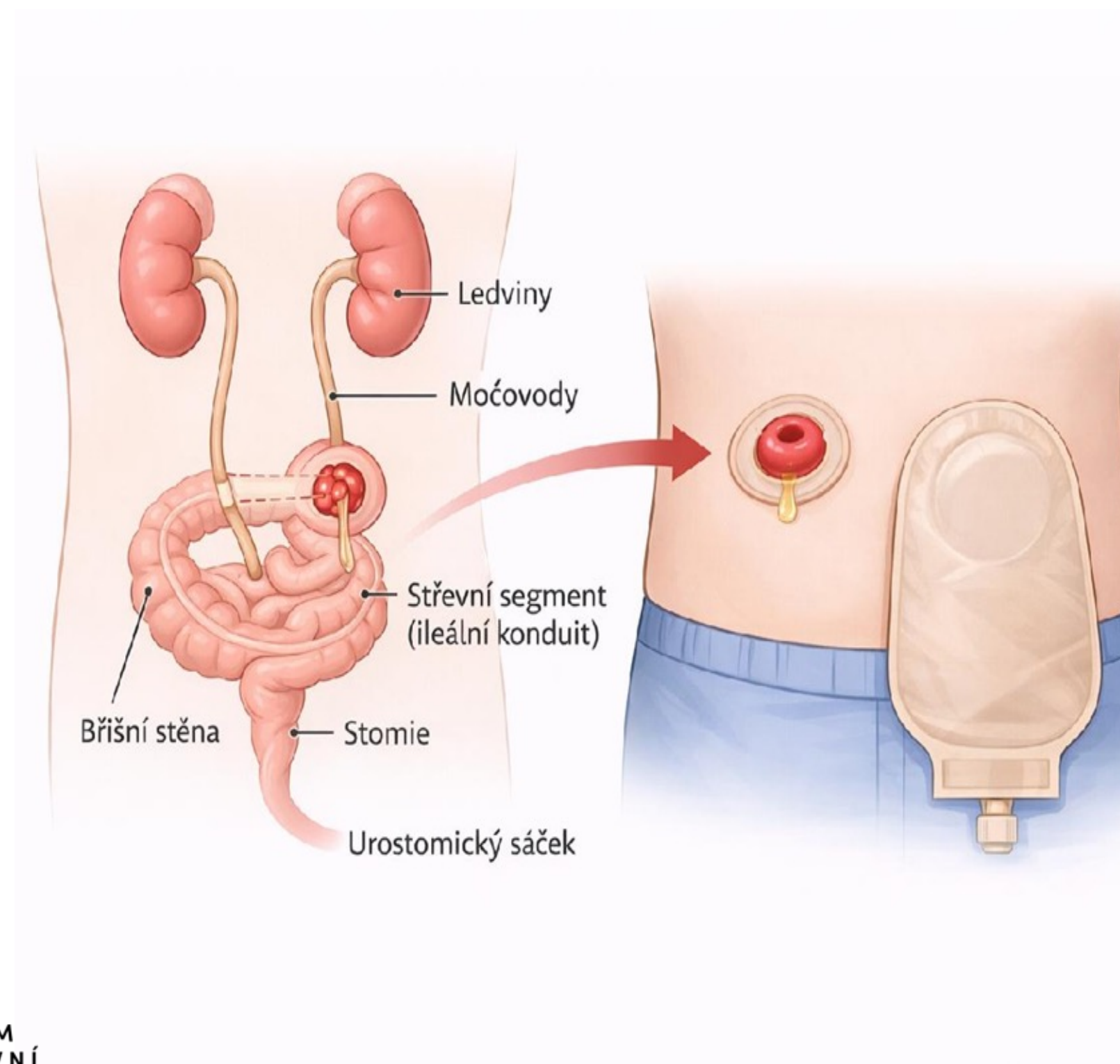
ILEOSTOMIE

- vyústění tenkého střeva před stěnu břišní (vždy minimálně 1–2 cm nad její úroveň)
- vývod je umístěn nejčastěji v pravém dolním kvadrantu břišní stěny, střevní obsah odchází nepřetržitě, je řídký, vodnatý a agresivní pro pokožku břicha.
- k zajištění dekomprese trávicího traktu, obstrukce, k ochraně distální anastomózy, u nádorů s nízkou dobou přežití pacienta.



UROSTOMIE/URETEROILEOSTOMIE/BRICKER/

- **močovody svedené do části ilea-**
karcinom močového měchýře- odstranění
močového měchýře a ureteru
- **příčinou** - nádorové choroby, neurogenní
léze, tuberkulóza, intersticiální cystitida,
komplikované rekto-veziko-vaginální
píštěle, velmi těžká inkontinence
- **vrozené vady močového měchýře u dětí,**
postižení vedoucí k poruchám
vyprazdňování, které mohou vést
k následnému poškození ledvin



SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI



Podložky

Sáčky



Plochá



Konvexní



Konkávní



Plochá



Konvexní



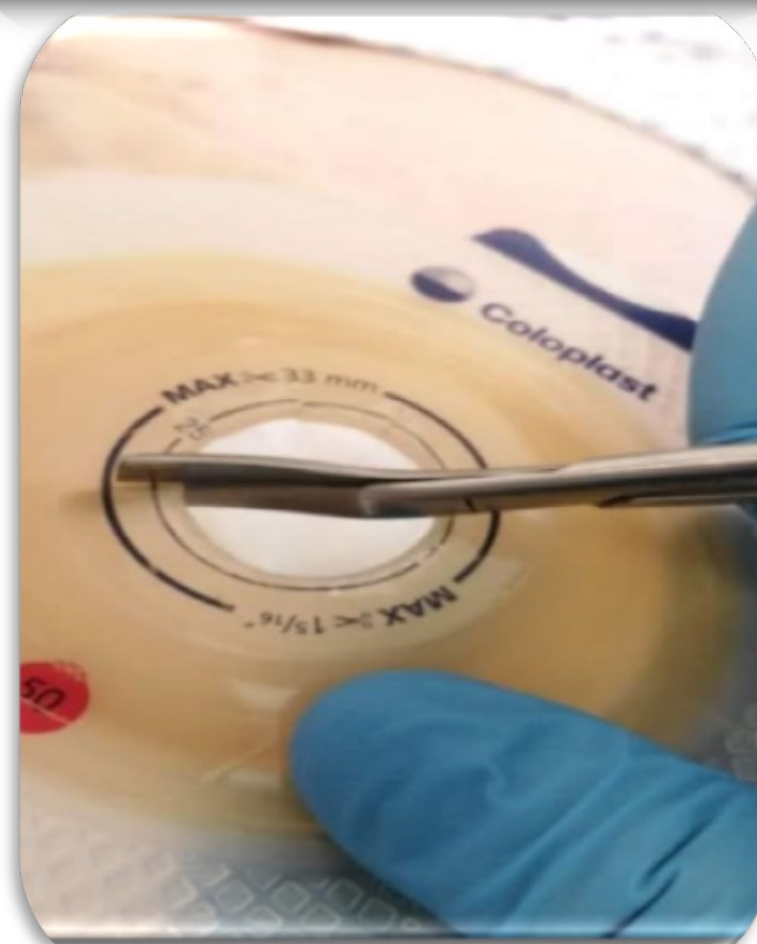
Plochý uzavřený



Plochý výpustný



Konvexní výpustný



Jednodílné stomické pomůcky

(Podložka i sáček tvoří jeden celek)

Podle tvaru podložky

Ploché



Pro vystouplou stomii

Konvexní



Pro vtaženou stomii

Konkávní



Pro nerovné břicho

Podle typu sáčku

Uzavřené



Bez výpusti
Celý sáček se mění

Výpustné



Se spodní výpustí
Opakovaně
vyprazdňování

Možné kombinace

Ploché



Plochý uzavřený

Konvexní



Plochý výpustný

Konkávní



Konvexní výpustný Konkávní výpustný

MODERNÍ TREND, INOVACE ČI IMPROVIZACE?

- 8 firem
- 1200 druhů pomůcek
- Jednodílné systémy
- Dvoudílné systémy
- Ploché, konvexní, konkávní, tvarovatelné
- Uzavřené, výpustné a urostomické sáčky
- Velkoobjemové drenážní (píštělové sáčky)
- Příslušenství – pasta, pudr, odstraňovač, ubrousky, ochranný film, mýdlo, těsnící kroužky, vyrovnávací pásy, přídržné pásy

MODERNÍ TREND, INOVACE ČI IMPROVIZACE?

FREKVENCE VÝMĚNY:

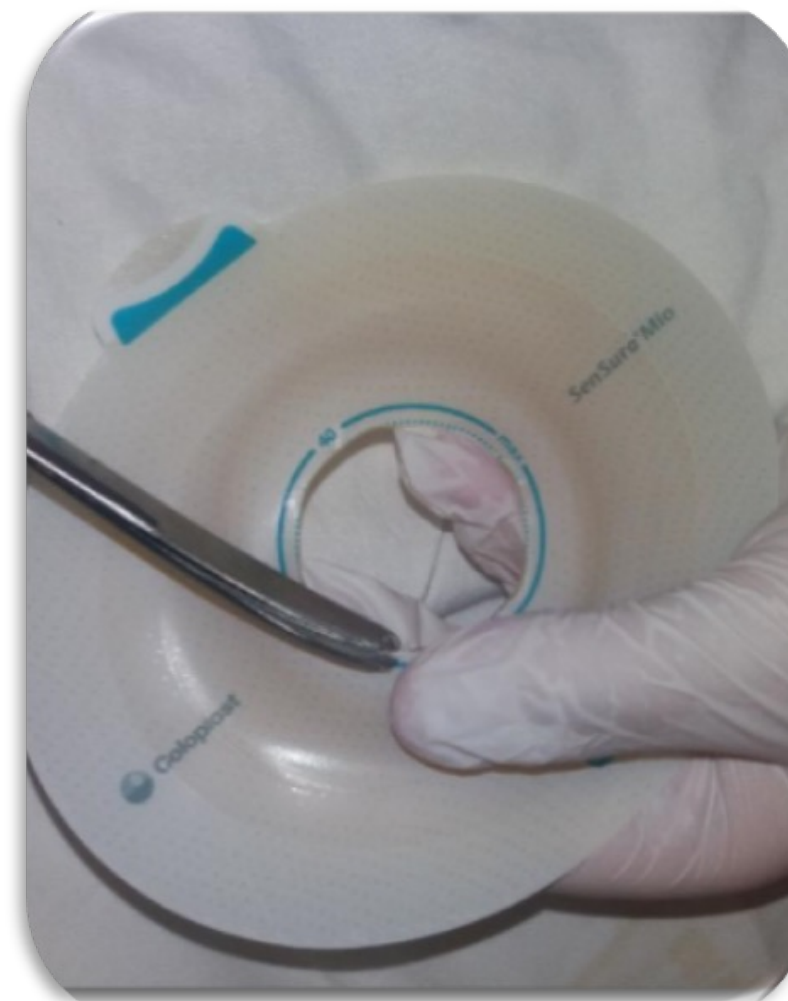
- **jednodílný systém výpustný** (plochý, konvexní) – 1x denně, max. 2 dny
- **jednodílný systém uzavřený** (plochý konvexní) – max. 2x denně
- **dvoudílný systém:**
 - Ileostomie, urostomie – podložka 2 dny, max 3 dny – sáček 1x denně
 - Kolostomie – podložka 3 dny, max 4 dny – sáček 2x denně

MODERNÍ TREND, INOVACE ČI IMPROVIZACE?

- Má správný systém?
- Jaký je tělesný profil?
- Má varhánky, kožní řasy a jiné nerovnosti?
- Má jizvy po předchozích operacích?
- Kde má vyšitou stomii?
- Kdy naposled byla operace?
- Jaký typ stomie má?
- Jak vypadá stomie vsedě, vleže, ve stoje?
- Vystřihuje správný otvor do pomůcky
- Jak odstraňuje pomůcku?
- Jak často mění systém?
- Používá příslušenství?
- Nepozoruje úbytek váhy či naopak její nárůst?
- Je dostatečně vybaven pomůckami pro ošetření v domácím prostředí?
- Má kontakty na stomickou sestru?

MODERNÍ TREND, INOVACE ČI IMPROVIZACE?

- Odstranění pomůcky
- Očista
- Osušení
- Ochrana
- Zhodnocení tělesného profilu
- Vystřižení pomůcky
- Nalepení systému



MODERNÍ TREND, INOVACE ČI IMPROVIZACE?



DEFEKTY BŘÍŠNÍ STĚNY A NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE - prolaps

- vyhřeznutí střeva bez peritoneálního vaku z dutiny břišní (až o několik cm)
- vysunutí může způsobit o
- správné vystřižení podložky (větší velikost)
- manuální reponace do dutiny břišní
- při otoku – studené obklady + následná manuální reponace
- operace (resekce střeva, fixace střeva k peritoneu)
- odchlípení stomického systému



DEFEKTY BŘÍŠNÍ STĚNY A NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE - retrakce

- stomie zapadne pod úroveň stěny břišní
- vpadlá, vtažená stomie (pod úroveň břišní stěny)
- vlivem změny tělesné hmotnosti nebo nepříznivého stavu střeva (rozsah jeho postižení a možnosti chirurgického řešení)
- bývá spojena s podtékáním podložky
- volba vhodné pomůcky - konvexní podložky (1D, 2D), jednodílné systémy + „sluníčko“
- použití vyplňovací ochranné pasty
- přídržný pásek



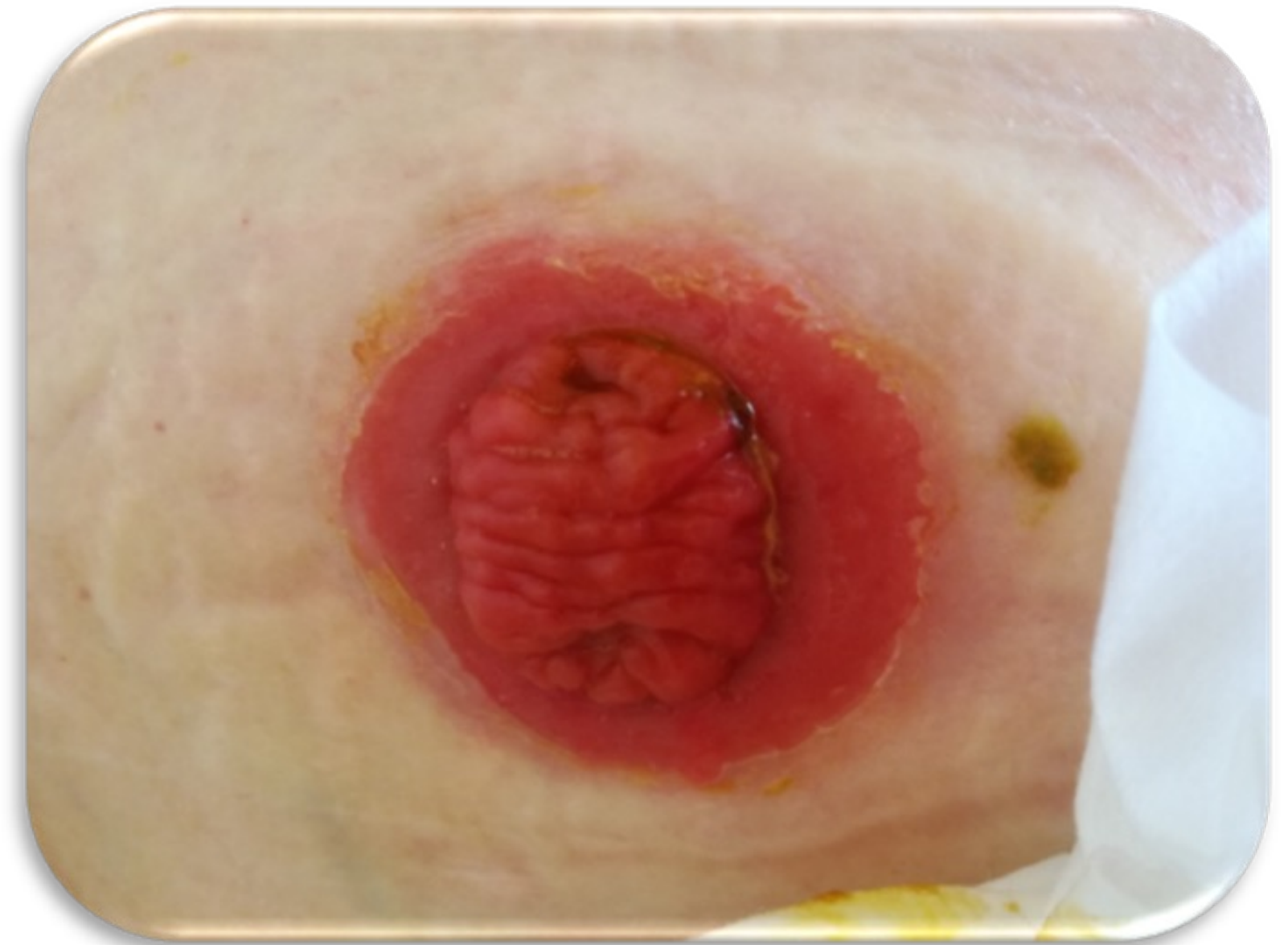
DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY A NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE - stenoza

- pozdní pooperační komplikace
- může vzniknout na základě zhojení nekrózy či dehiscence
- Příčiny -vazivový kruh okolo stomie, prorůstání tumorózní tkáně
- stomická sestra preventivně kontroluje 1 za půl roku průsvit stomie
- dilatace - prstem (ostříhané nehty, šetrně, gel, vazelína), stomické dilatátory (snížená citlivost) + přítomnost lékaře
- operace



DEFEKTY BŘÍŠNÍ STĚNY A NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE - macerace

- projevuje se odlučováním povrchové vrstvy kůže a jejím zvrásněním
- je způsobena nadměrnou vlhkostí pod podložkou (nadměrné pocení, podtékání podložky, nošení pomůcek nad doporučovanou dobu)
- bolest
- nejčastěji urostomici, ileostomici



DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY A NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE - krvácení

- časná i pozdní komplikace
- mírné krvácení při mechanickém dráždění sliznice stomie - normální jev, ale z dlouhodobého hlediska je nežádoucí
- masivní krvácení může být způsobeno krvácivými náhlými břišními příhodami, prorůstání nádoru, hypergranulace na sliznici, užívání antikoagulancií, střevní záněty a jiné
- záleží na příčině a rozsahu krvácení



DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY A NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE - otok

- bezprostředně po operaci je stomie běžně oteklá
- otok po nějaké době zpravidla ustupuje a tvar stomie se upraví – přizpůsobují se rozměry otvoru v stomické pomůcce.
- otok výrazný, bolestivý nebo se rychle zvětšuje, může to být známka vážnější komplikace - **uskřínutí stomie, zánět nebo infekce, prolaps stomie, parastomální kýla**
- správný výběr a správnou aplikaci stomické pomůcky
- v případě viditelného otoku a bolesti chladíte postižené místo
- informovat stomickou sestru nebo lékaře o jakýchkoliv změnách, bolestivosti či výrazném otoku stomie



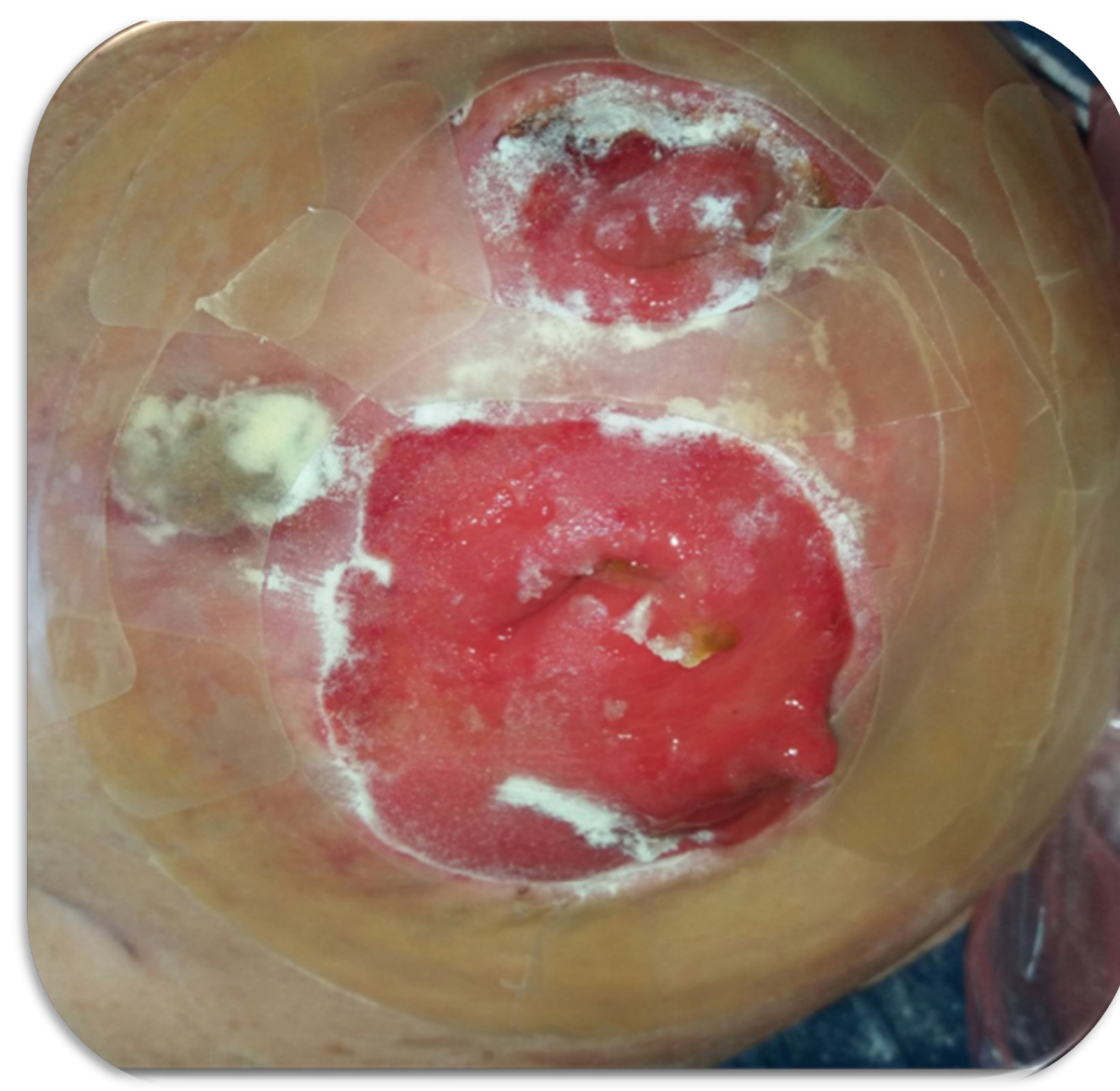
DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY A NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE - nekroza

- odumření střevní sliznice, časná komplikace
- projevuje se změnou barvy stomie (tmavě červená – téměř černá)
- vzniká při sutuře stomie pod napětím, tlakové poškození nevhodnou tvrdou pomůckou, může souviset s primárním postižením cévního zásobení (cévní ileus)
- záleží na hloubce poškození
- rozsáhlejší poškození vede k poruše vitality stomie
- většinou spontánní odloučení nekrotických tkání
- snesení nekróz lékařem (retrahované, stenotické stomie)
- operace

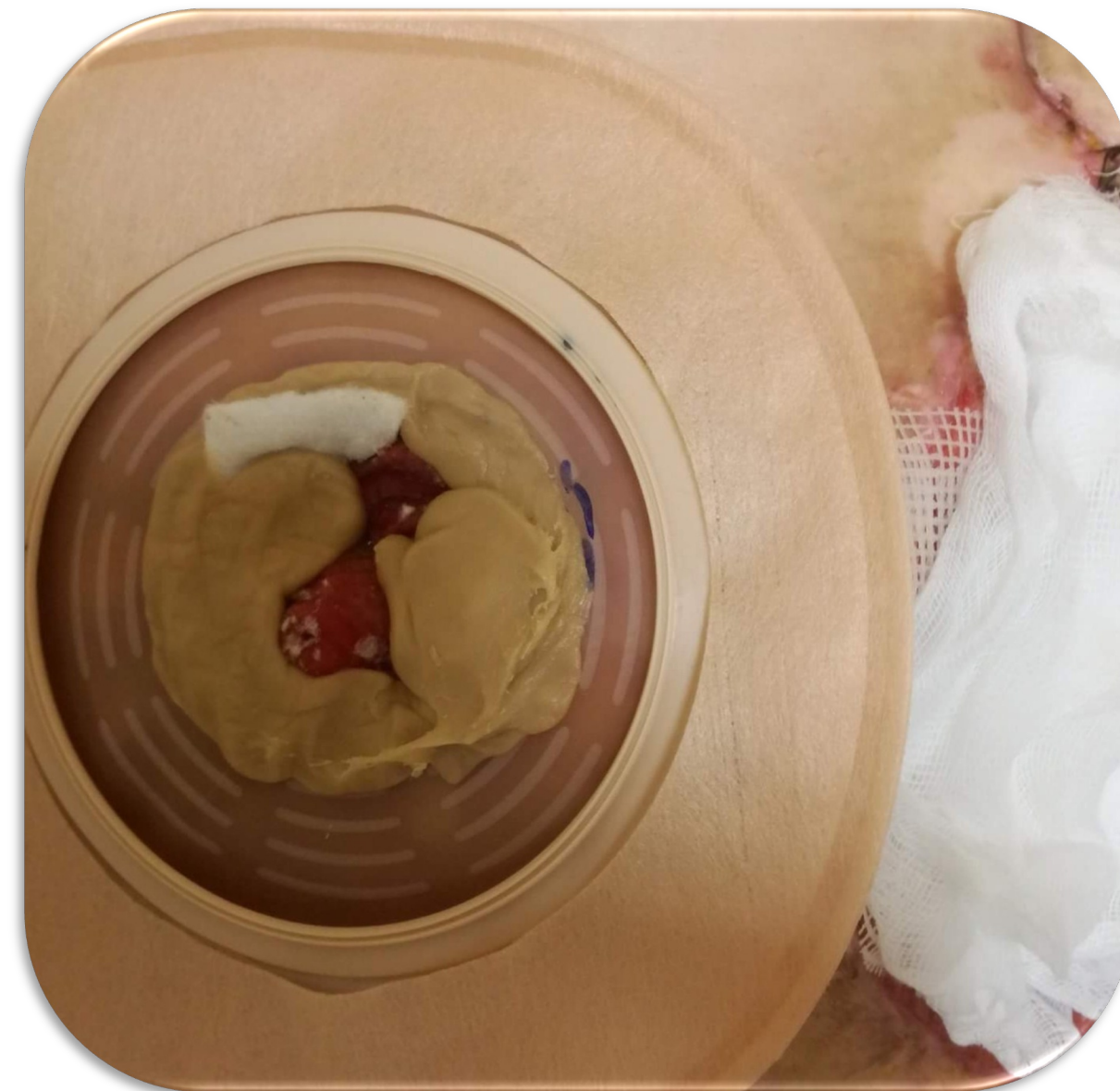




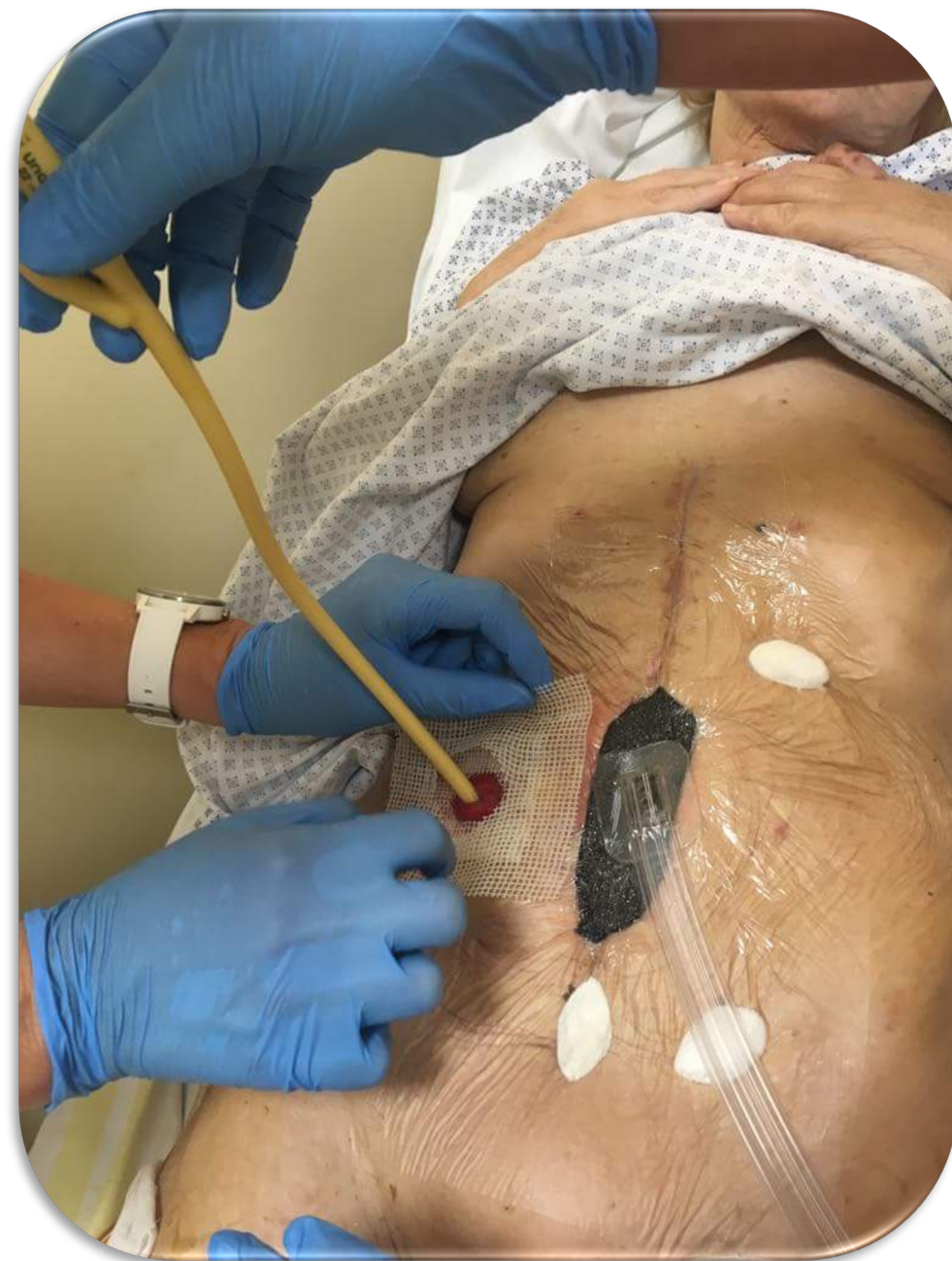
DEFEKTY BŘÍŠNÍ STĚNY



DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY



DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY



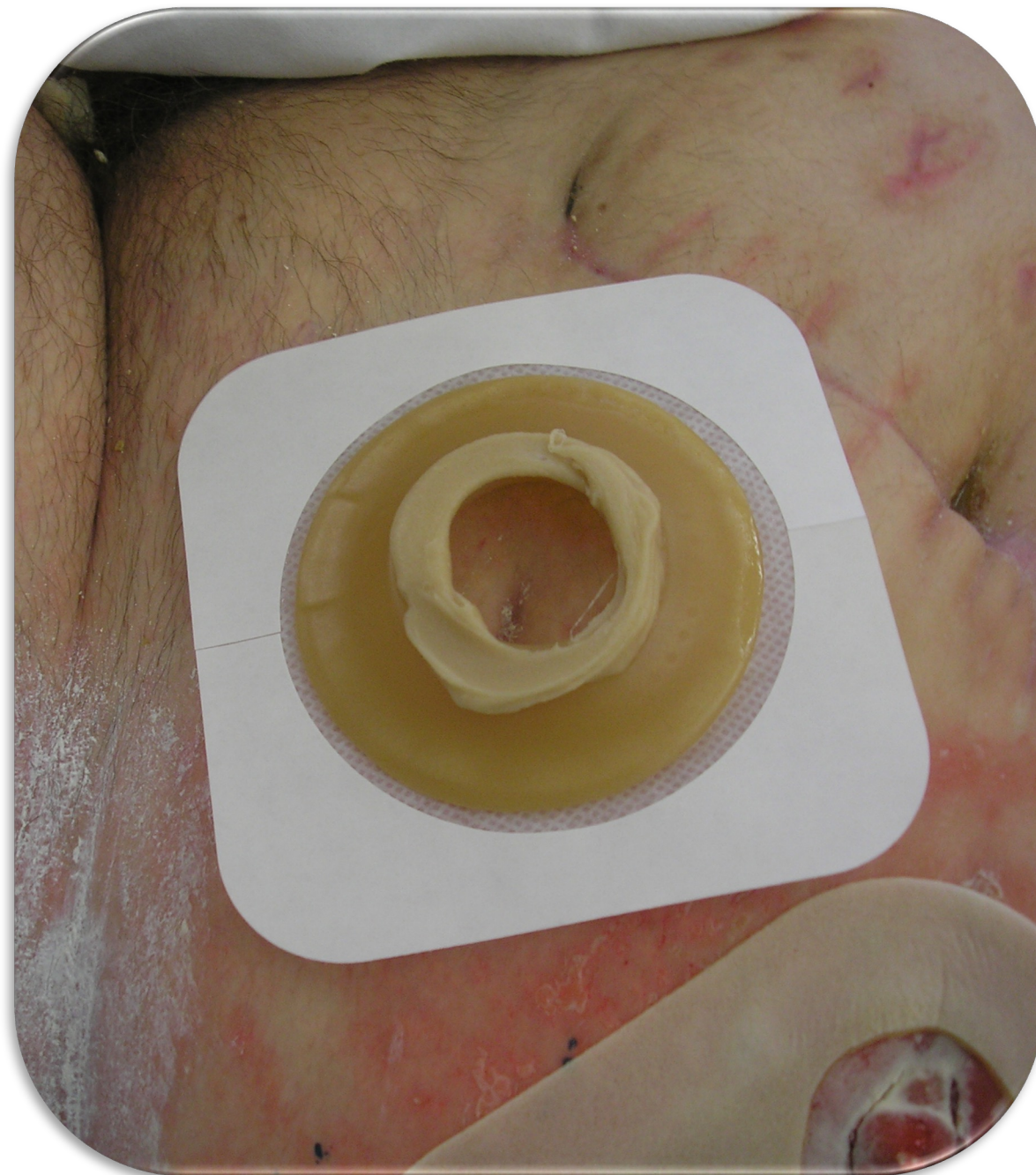
DEFEKTY BŘÍŠNÍ STĚNY



SESTRY
V PALIATIVNÍ
PÉČI
KONFERENCE 2026



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE



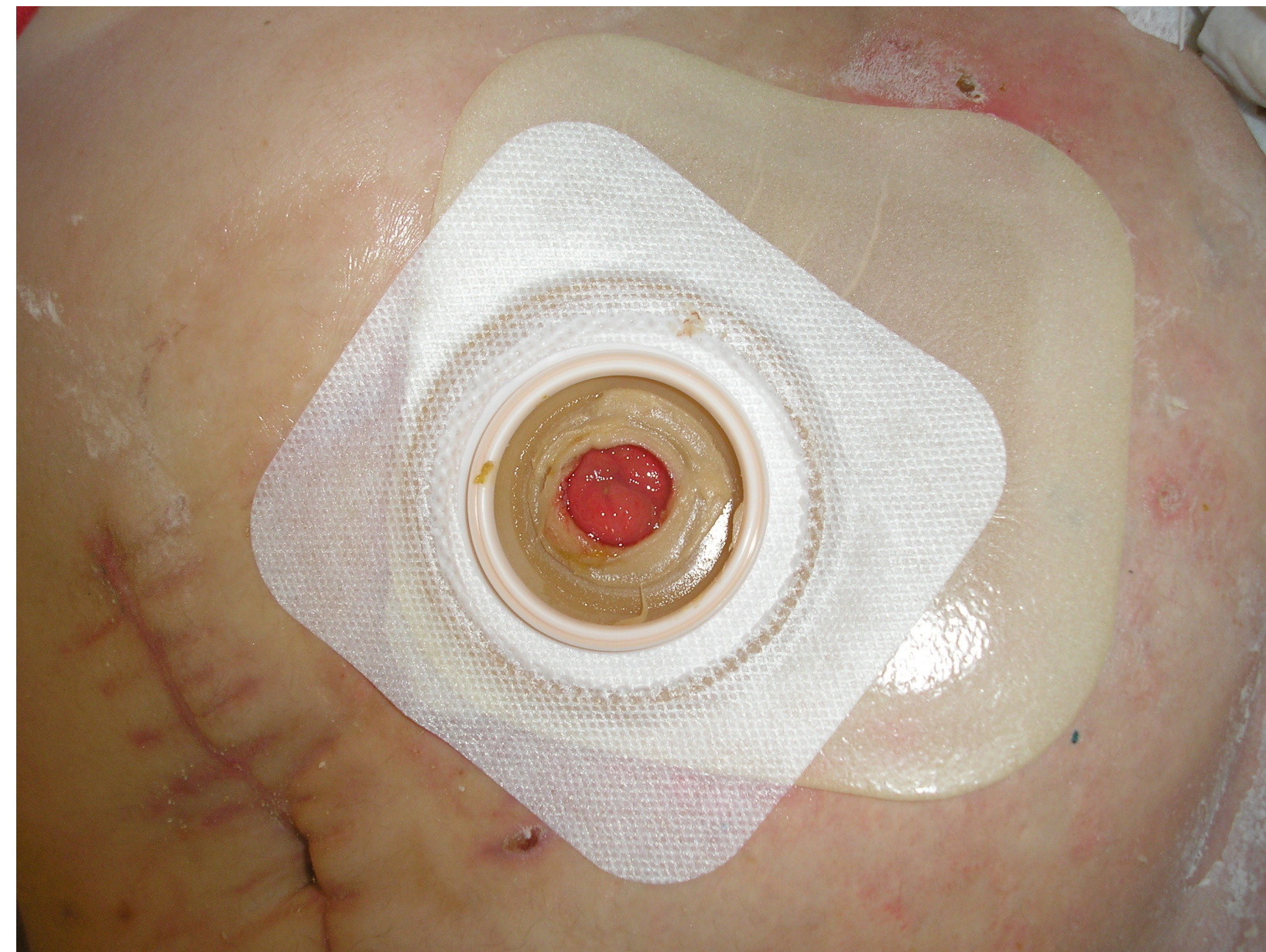
DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY



SESTRY
V PALIATIVNÍ
PÉČI
KONFERENCE 2026



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE



DEFEKTY BŘÍŠNÍ STĚNY





DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY



DEFEKTY BŘIŠNÍ STĚNY



SESTRY
V PALIATIVNÍ
PÉČI
KONFERENCE 2026



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE



KAZUISTIKA UROSTOMIE



KAZUISTIKA UROSTOMIE

KAZUISTIKA UROSTOMIE

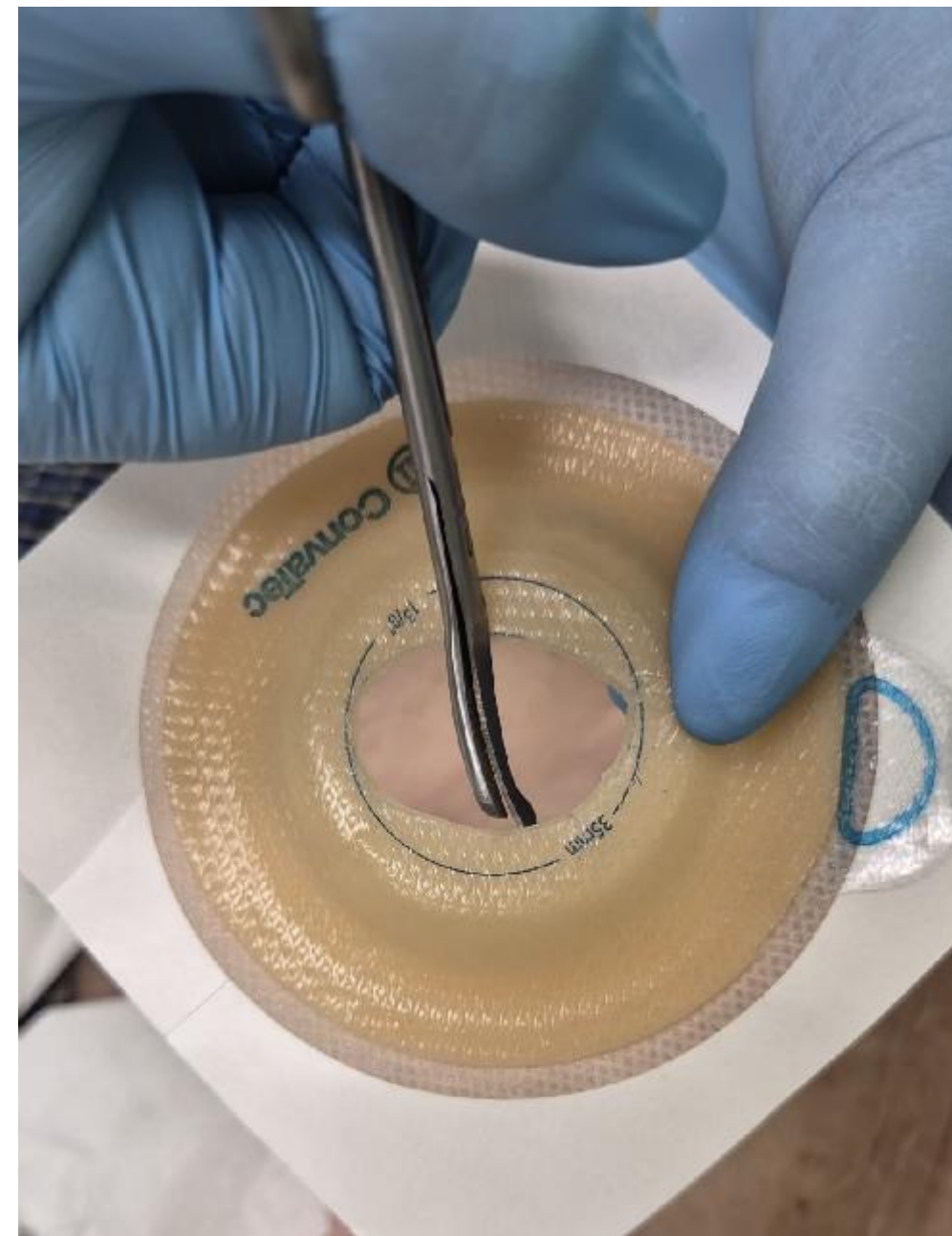


SESTRY
V PALIATIVNÍ
PÉČI
KONFERENCE 2026



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE





KAZUISTIKA UROSTOMIE



KAZUISTIKA UROSTOMIE



SESTRY
V PALIATIVNÍ
PÉČI
KONFERENCE 2026

PLATFORMA „POZOR NA ČERVENOU.“

- Společně s odbornými partnery jsme pro Vás připravili ucelený cyklus on-line vzdělávání, který Vás postupně v 9 blocích seznámí se všemi aspekty péče. Následujeme doporučené postupy mezinárodní odborné společnosti EPUAP.



ZÁVĚR:

- komplikace spojené s poruchou vyprazdňování stomií mohou vést k frustraci i bolesti
- naším cílem je spokojený stomik a k tomu je nutná včasná spolupráce (stomik x sestra)
- při komplikacích se spojte se stomickou sestrou
- po převzetí do péče zkontrolujte množství pomůcek
- **i Vy můžete přehodnocovat tělesný profil (sed, stoj, leh)– pro rychlejší komunikaci se stomickou sestrou - fotodokumentace**





Hej kámo!!

Soustřed se!!

Coloplast

Sensura Mio

Jestli; to bude škrtit, tak si mě nepřijí!!

**DĚKUJI ZA
POZORNOST**



Urologická klinika
3. LF UK a FTN

POUŽITÁ LITERATURA:

- ADAMOVÁ, Z. a kol. 2015. Stomie – a jejich komplikace. In Med. praxi. [online]. 12 (1) [cit.2024-12-21]. s. 44-45. Dostupné na: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/01/11.pdf>. ISSN 1803-5310
- ARGAYOVÁ, I. – ANGELOVIČOVÁ, K. – DIMUNOVÁ, L. 2021. Specializovaná ošetrovatelská péče v onkourologii. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. 120 str. ISBN 978-80-271-4158-6.
- KRŠKA, Z. a kol. 2014. Chirurgická onkologie. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 904 str. ISBN 978-80-247-4284-7.
- TONINGEROVÁ, V. – FRÝBA, V. 2021. Moderní trendy v ošetrování pacientů s komplikovanou derivační stomií. In Časopis lékařů českých. 2021/160, č. 5, s. 193-202. ISSN 0008-7335

POUŽITÁ LITERATURA:

- TONINGEROVÁ, V. – CAMPROVÁ, P. 2023. Trendy v péči o pacienta se stomií, novinky v oblasti stomických pomůcek. In Profi Medicína. ISSN 2571-2527, 2023, č. 12, s. 17-20.
- IHNÁT, P. 2021. Karcinom rektu od diagnózy po multidisciplinární léčbu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. 272 str. ISBN 978-80-271-3219-5.
- HLINKOVÁ, E. et al. 2019. Kvalita poskytovanéj starostlivosti u pacientov so stómiou. Martin: Osveta 2019, 156 str. ISBN 978-80-8063-488-9.
- POPRACH, A. a kol. 2021. Zhoubné nádory močového měchýře. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. 168 str. ISBN 978-271-2503-6.
- ZACHOVÁ, V. 2012. Stomie. Praha: Grada Publishing, a.s. 2012. 200 str. ISBN 978-80-247-7304-9.

Polypragmázie a lékové kontraindikace

MUDr. Hana Turková, PhD.

Internista, **paliatr** a všeobecný praktický lékař
Primářka lůžkového Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech



Polypragmázie

- užívání 5 a více léků současně - postihuje až 90 % pacientů v závěru života
- **Paliativní paradox:** často pacientovi podáváme léky na prevenci nemocí, kterých se již (vzhledem k prognóze) nedožije, zatímco tyto léky zhoršují aktuální symptomy:
- PAD, statiny, LMWH,...



Rizika polypragmázie

- **50 000** léků registrovaných, **26 000** lékových interakcí, **5246** kombinací, které mohou mít fatální násleky
- **Změna farmakokinetiky:** snížená funkce ledvin a jater, úbytek svalové hmoty a dehydratace mění distribuci léků (riziko toxicity i při „normálních“ dávkách)
= křehkost
- **Symptomatická zátěž:** nežádoucí účinky (nevolnost, zmatenost, sucho v ústech) jsou často zaměňovány za progresi základního onemocnění
- **Kaskáda předepisování:** stav, kdy na vedlejší účinek jednoho léku nasadíme lék druhý (např. NSAID → bolest žaludku → inhibitory protonové pumpy)
- **Dublování léku:** nekomunikace mezi lékaři, neznalost



Lékové kontraindikace a interakce

- **NSAID (Ibalgin, Diclofenac):** vysoce rizikové kvůli selhávání ledvin a riziku krvácení (často nevhodné v kombinaci s kortikoidy)
- **Tramadol + Antidepresiva (SSRI/SNRI):** vysoké riziko serotoninového syndromu
- **Kombinace tlumivých látek:** opioidy + benzodiazepiny (např. Diazepam, Neurol) zvyšují riziko dechové deprese a pádů
- **Prokinetika vs. Opioidy:** metoklopramid (Degan) může být méně účinný u zácpy vyvolané opiodem



Strategie „deprescribing“

- **Kdy vysadit?** Pokud lék nemá okamžitý přínos pro kvalitu života.
- **STOPP/START kritéria** nebo **Beersova kritéria** pro nevhodná léčiva u seniorů
- **Kandidáti na vysazení:**
 - Statiny (prevence cholesterolu je v horizontu týdnů bezpředmětná)
 - Antihypertenziva (pokud krevní tlak přirozeně klesá)
 - Potravinové doplňky a vitamíny (zbytečná zátěž pro polykání)
 - Preventivní antikoagulancia (individuální zhodnocení rizika krvácení)
 - Milurit
 - Perorální antidiabetika



STOPP/ START

- pro screening a identifikaci potenciálně nevhodných léčiv a postupů u pacientů nad 65 let a léčiv a postupů
- STOPP: 133 léčiv/lékových skupin, jejichž podávání je u starších nemocných nevhodné nebo rizikové
- START: 57 potenciálně prospěšných postupů, které jsou často v indikacích ve stáří opomíjeny přes nezpochybnitelný přínos

Sekce STOPP - vysoce rizikové léky ve stáří

- sekce K – léky a lékové skupiny které předvídatelně zvyšují riziko pádu (12 kritérií)
- sekce L – analgetika
- sekce M – léky s anticholinergním/antimuskarinovým účinkem
- kromě pádů je zaměření na další významné geriatrické syndromy:
 - křehkost (kritérium B16)
 - behaviorální symptomy u demence (D5, 9, 15, 21)
 - delirium (D14)
 - dysfagie (F7), malnutrice (F8), chronická zácpa (F3; I4)
 - močová inkontinence (B10, I7)
 - nespavost (D10, 16, 25)



START kritéria – dle orgánových systémů

- sekce L - doporučená očkování včetně SARS-CoV-2
- doporučená kritéria pro léčbu srdečního selhání – sekce B:
 - B7 – MRA (antagonisté mineralokortikoidních receptorů) spirolakton nebo eplerenon u srdečního selhání s eGFR nad 30 ml/min/m²
 - B8 – inhibitory SGLT-2 u symptomatického srdečního selhání v širokém spektru ejekční frakce
 - B9 – sacubitril/valsartan u perzistujících symptomů u HFrEF při nedostatečném efektu ACEI nebo sartanů
- ! Riziko hypotenze a pádů, hyperkalemie,...





Beersova kritéria

- kromě léků obecně nevhodných u seniorů také potenciálně rizikové podání léků u konkrétních onemocnění nebo v konkrétních klinických situacích
- webová aplikace „AGS Beers Criteria“ (<https://apps.apple.com/us/app/ags-beerscriteria/id1644042027>) - vhodná i pro mobilní telefony
- antipsychotika jako léky první volby u behaviorálních a psychologických symptomů u demence
- léčba asymptomatické bakteriurie antibiotiky
- benzodiazepiny jako léky první volby při nespavosti, agitovanosti nebo deliriu
- dosahování příliš nízkých cílových hodnot HbA1c u diabetu
- léčba kognitivity u demence bez monitorování efektu a nežádoucích účinků



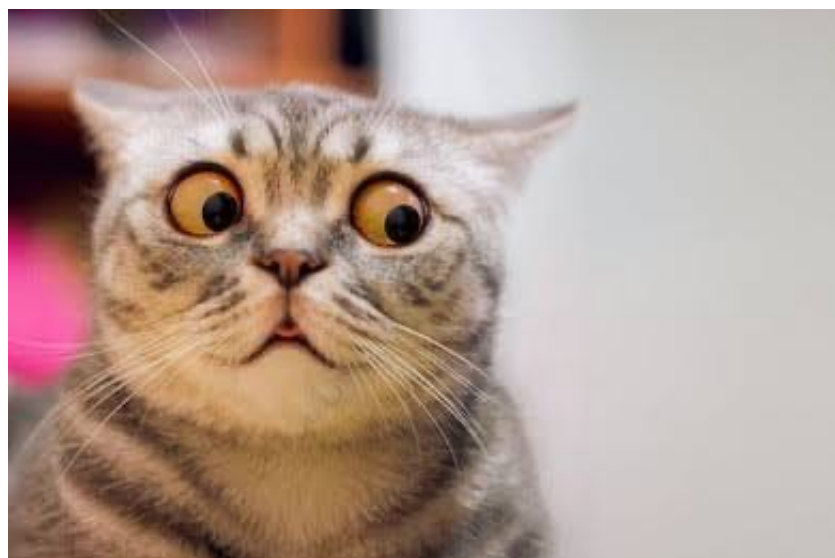
Méně je někdy více...

- „léky potenciálně nevhodné ve stáří“ („potentially inappropriate medications“, PIMs)
- neznamená absolutní kontraindikaci
- ve specifických klinických situacích mohou mít oprávněné indikace
- doporučuje se podávání těchto léků pacientům nad 65 let pečlivě zvažovat



tak co teda může??

- multimorbidita, terén orgánových selhání, geriatrických syndromů a křehkosti
 - neuropsychiatrická symptomatologie
 - vysoký věk nad 80–85 let, polyfarmakoterapie
 - demence, fyzická křehkost a disabilita
 - porušená clearance farmak a celkové snížení orgánových fyziologických rezerv
-
- nejsou dostupné jednoduché algoritmy a doporučení
 - pro skupinu křehkých polymorbidních seniorů nebývá dostatek vědeckých důkazů, protože nejsou dostatečně zařazováni do klinických studií



shutterstock.com · 1905929728

a paliativní???

- **Methadon + jiná léčiva:** methadon má složitý metabolismus a výrazně ovlivňuje prodloužení QT intervalu
- **Opioidy + benzodiazepiny/sedativa:** riziko závažné respirační deprese a útlumu
- **Serotoninergní syndrom:** kombinace tramadolu, amitriptylinu a např. SSRI (antidepresiva) může vést k život ohrožujícímu serotoninergnímu syndromu



- **NSAID + Warfarin:** zvýšené riziko fatálního krvácení.
- **NSAID + ACE inhibitory/Diuretika:** riziko akutního selhání ledvin
- tricyklická antidepresiva, metoklopramid, prochlorperazin... mají anticholinergní účinky
 - Jejich kombinace vede k:
zmatenosti (delirium), zácpě, retenci moči a suchu v ústech



... tyto spolu opravdu ne!

- Haloperidol, Torecan, Degan = Cerucal u m. Parkinson
- Degan + Buscopan u zpomalené střevní motility...ileus
- amiodaron s ciprofloxacinem
- midodrin (Gutron) a nevysadit antihypertenziva
- Rilmenidin (= Tenaxum) + metoprolol (Betaloc) – zhoršení srdečního selhání
- nimesulid (=Aulin) + diclofenac, metotrexát, amiodaron, leflunomid – hepatotoxicita
- amiodaron + citalopram, escitalopram, domperidon (Motilium), amisulpirid, levomepromazin (Tizercin) – riziko prodloužení QT intervalu a maligní arytmie
- Dabigatran (= Pradaxa) + karbamazepin, fenytoin – sníží účinek dabigatranu
- Třezalka + digoxin – zvýši toxicitu digoxinu, hypokalémie



... velké riziko

- klaritromycin + domperidon (motilium) – prodloužení QT intervalu
- klaritromycin + simvastatin – zvýšení plasmatické koncentrace statinu
- warfarin + levothyroxin, metformin, propafenon, amiodaron, rosuvastatin a simvastatin – riziko krvácení
- klopidoogrel (= Trombex) + omeprazol – sníží účinek klopidoogrelu (panto je OK)
- NSA + antihypertenziva či diuretika – snižují jejich účinek
- zvýšení bradykardizujícího účinku β -blokátoru: amiodaron, propafenon, escitalopram, paroxetin, rilmenidin, verapamil



... může být nebezpečné

- Neselektivní β -blokátor (carvediol) + β 2-mimetika (salbutamol - Ventolin, formoterol – Berotec, Berodual s ipratropiem) – třes, palpitace
- => Atrovent srdce „nehoní“
- β -blokátory s inzulinem – mohou maskovat příznaky hypoglykemie
- SSRI zvyšují plazmatické koncentrace substrátů CYP2D6: metoprolol, bisoprolol, nebivolol, karvediol a betaxolol
- SSRI zvyšují četnost krvácení z GIT způsobených NSA
- SSRI + zolpidem – halucinace
- amiodaron zvyšuje pl. konc. digoxinu a potencuje verapamil, metoprolol, bisoprolol => bradykardie, navíc prodlužuje QT interval



Interakce s přírodou

- třezalka může způsobit nejen, že hormonální antikoncepce přestane fungovat, ale je také silný induktor a mění metabolismus mnoha léků
- grapefruit mění účinky asi 200 léků
- závažným způsobem interaguje s alkoholem asi 20 léků
- tetracykliny nebo ofloxacin spolu s mlékem, mléčnými výrobky nebo doplňky obsahujícími vápník, hořčík či železo, mohou ztratit účinnost
- aktivní uhlí nebo psyllium, lípa, rozmarýn, řepík – vyváže lék



medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2021/04/06.pdf

- Ginkgo biloba + warfarin – riziko krvácení
- Ginkgo + ibuprofen, diclofenac – intracerebrální krvácení
- Ginkgo + haloperidol, olanzapin – potenciace efektu
- Třísloviny z čaje (zelený nebo černý) mohou s některými léky vytvářet nevstřebatelné komplexy
- Alkohol a paracetamol ...vážné poškození jater
- Česnek, ženšen, echinacea, pupalka, konopí, lékořice





- Třezalka tečkovaná – induktor CYP3A4
- ... Oxykodon, metadon, fentanyl...snížení hladiny
- ... anestetika! Vysadit 2 týdny před operací
- ... antiepileptika – snížení hladiny
- ... verapamil, nifendipin – snížení hladiny.... riziko předávkování po vysazení
- Lékořice – diuretika, kortikoidy – prohloubení hypokalémie
- Sója, červený jetel – antagonizuje Tamoxifen!
- ! Enzymové interakce mohou mít zpožděný nástup a delší doznívání!





Take home message

- Kombinace 5 a více léků exponenciálně zvyšuje riziko interakcí
- Pomáhá lék pacientovi k vyšší kvalitě života?
- Každý lék musí mít důvod
- Způsobuje lék nežádoucí účinek, či pacientovi neulevuje od symptomu?
- Doplnky stravy a přírodní léky
- Lékové interakce v paliativní péči mohou přidat další symptomy, nebo naopak snížit účinnost analgetik
- Cílem není léčit vše, ale léčit tak, aby to přinášelo úlevu

Děkuji za pozornost.

- Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare.
- „Nejprve neškodit, podruhé opatrnost (starost), potřetí léčit.“



shutterstock.com · 2674063531

Ošetrovateľská péče - paliatívni pacienti ORL



Filip Drábek, Dis.
2026

Agenda

❑ **Úvod do problematiky ORL onkochirurgických výkonů v praxi**

❑ **Výkony prováděné v ORL onkochirurgii**

❑ **Bloková krční disekce**

❑ **Parotidektomie**

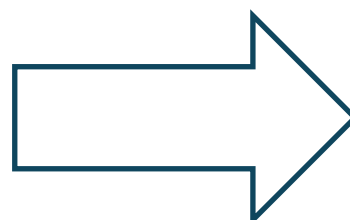
❑ **Resekce dutiny ústní**

❑ **Laryngektomie**

❑ **Pharyngektomie**

❑ **Parotidektomie**

❑ **Bukopharyngektomie**



❑ **Ošetrovatelská intervence**

❑ **Komplikace a jejich řešení**

❑ **Specifická ošetrovatelská péče o pacienty s neléčitelnými nádory v ORL**

❑ **Diskuse, závěr**



Úvod do problematiky ORL onkochirurgických výkonů v praxi

ORL onkochirurgie se zabývá nádory hlavy a krku, u kterých je zásadní nejen onkologická radikalita, ale i zachování co nejvyšší kvality života.

Výkony prováděné v ORL Onkochirurgii

- ❑ **Bloková krční disekce**
- ❑ **Resekce dutiny ústní**
- ❑ **Laryngektomie**
- ❑ **Faryngektomie**
- ❑ **Bukopharyngektomie**
- ❑ **Transorální resekce**
- ❑ **Parotidektomie**



Bloková Krční disekce

Nejčastěji prováděný výkon

Indikace: Metastázy do krčních uzlin

Typy:

- ☐ **Selektivní**
- ☐ **Modifikovaná radikální**
- ☐ **Radikální**

Rizika:

- ☐ **Krvácení**
- ☐ **Poranění Nervus accessorius → bolest ramene**
- ☐ **Otoky, lymfedém**

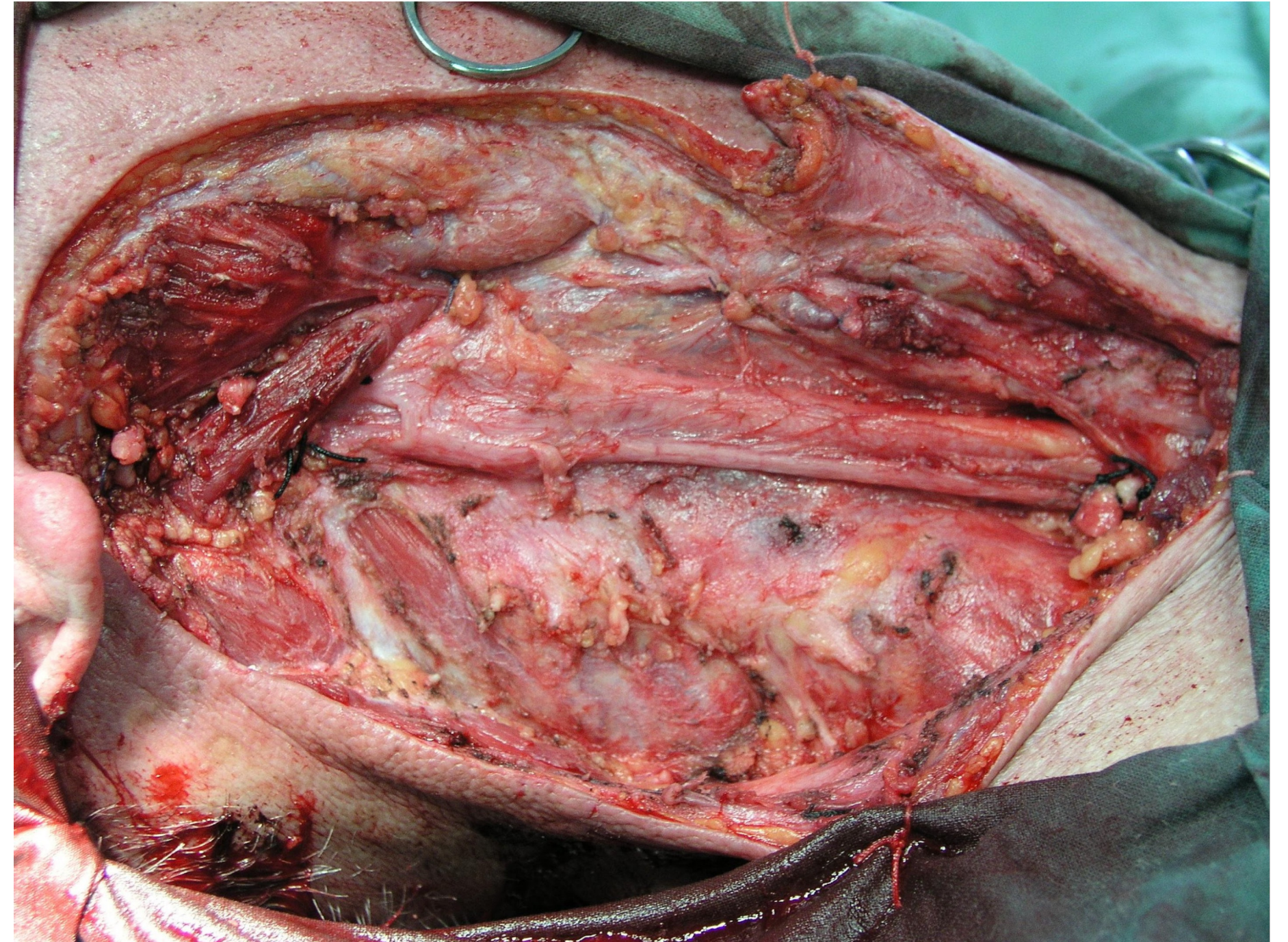
Bloková Krční disekce: Ošetřovatelská intervence

Klíčové činnosti:

- ❑ Sledování operační rány
- ❑ Pravidelná kontrola redonů
- ❑ Management bolesti

Cíl intervence:

- ❑ Rána neprosakuje, nevzniká otok
- ❑ Redon odvádí adekvátní množství, drží podtlak
- ❑ Pacient pociťuje minimální bolest



Bloková Krční disekce: Komplikace a jejich řešení

Rána prosakuje:

- ❑ Informování lékaře
- ❑ Pooperační vrstvení krycích čtverců
- ❑ Kontrola otoku
- ❑ Podávání hemostyptik dle o.l.
- ❑ Převaz s lékařem
- ❑ Případná kauterizace zdroje
- ❑ Revize na sále
 - ❑ Odsání koagula
 - ❑ Kauterizace zdroje v celkové anestezii

Redon nedrží podtlak:

- ❑ Pokus o znovuvytvoření podtlaku v redonu
- ❑ Repozice koncové části drenové hadičky

Vznik druhotné infekce:

- ❑ Podávání antibiotik dle o.l., převazy rány proplachy rány



Chirurgické odstranění části nebo celé příušní slinné žlázy (Glandula Parotis)

Indikace: Nádory příušní slinné žlázy

Klíčové je šetření, nebo vědomé obětování nervus facialis, podle rozsahu a povahy nádoru

Typy Parotidektomie:

[?] Parciální (limitovaná) - malý, povrchový nádor

[?] Snaha o maximální šetření nervu

[?] Superficiální odstranění povrchového laloku

[?] Nejčastější typ - nervus facialis se identifikuje a šetří

[?] Totální odstranění celé parotis

[?] Hluboký lalok - vyšší riziko parézy nervus facialis

[?] Radikální odstranění parotis včetně nervus facialis, pouze u prorůstání nádoru do nervu

Rizika:

[?] Krvácení

[?] Otok poranění, útlak nervus facialis

[?] Otoky

Parotidektomie: Ošetrovatelská intervence

Klíčové činnosti:

- ❑ Sledování operační rány
- ❑ Pravidelná kontrola redonů
- ❑ Management bolesti
- ❑ Neurologická kontrola: zavřené oči, úsměv

Cíl intervence:

- ❑ Rána neprosakuje, nevzniká otok
- ❑ Redon odvádí adekvátní množství, drží podtlak
- ❑ Pacient pociťuje minimální bolest
- ❑ Pokud nelze oční víčko dovřít, zajištěné fyziologické prostředí oka oko není suché
- ❑ Zajištění rehabilitace nervus facialis



Parotidektomie: Komplikace a jejich řešení

Rána prosakuje:

- ❑ Informování lékaře
- ❑ Pooperační vrstvení krycích čtverců
- ❑ Kontrola otoku
- ❑ Podávání hemostyptik dle o.l.
- ❑ Převaz s lékařem
- ❑ Případná kauterizace zdroje
- ❑ Revize na sále:
 - ❑ Odsání koagula
 - ❑ Kauterizace zdroje v celkové anestezii

Redon nedrží podtlak:

- ❑ Pokus o znovuvytvoření podtlaku v redonu
- ❑ Repozice koncové části drenové hadičky

Pacient nedovře oko:

- ❑ Pravidelné vykapávání umělými slzami
- ❑ Noční aplikace oční masti
- ❑ Zalepení zavřeného oka čtvercem pro dosažení největšího možného uzavření oka

Vznik druhotné infekce:

- ❑ Podávání antibiotik dle o.l. převazy rány, proplachy rány

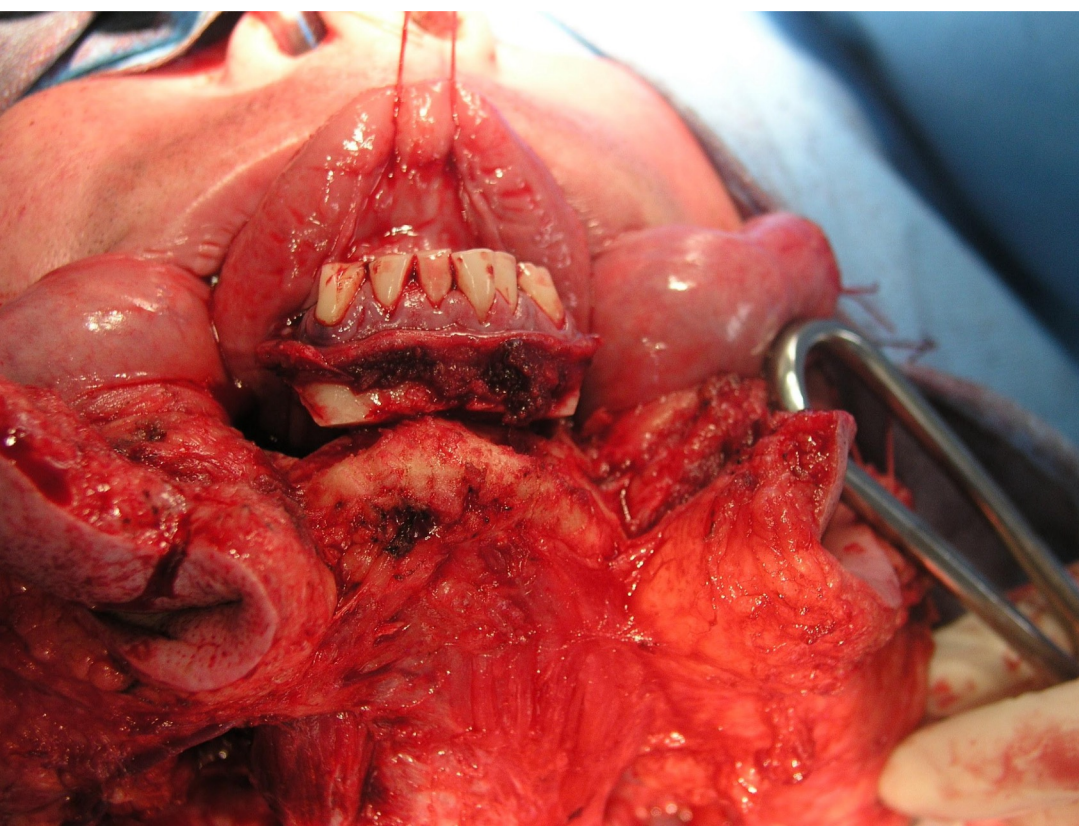
Resekce dutiny ústní

Typy resekcí podle rozsahu:

Malé resekce

- ☐ Klínovitá resekce jazyka
- ☐ Parciální glosektomie
- ☐ Resekce sliznice / čelisti

Často transorální přístup



Střední resekce

- ☐ Resekce subtotální
- ☐ Glosektomie - kombinace s krční disekcí, někdy nutná rekonstrukce

Rozsáhlé resekce

- ☐ Resekce totální
- ☐ Glosektomie - resekce s částí mandibuly

Často zevní přístup, rekonstrukce lalokem nutná

Resekce dutiny ústní: Ošetřovatelská intervence



Klíčové činnosti:

- ☐ Sledování operační rány
- ☐ Hygienická péče o dutinu ústní
- ☐ Odsávání slinného sekretu
- ☐ Management bolesti
- ☐ Zajištění adekvátní výživy dle rozsahu výkonu
 - ☐ Při nemožnosti perorálního příjmu zavedení NGS nebo PEG

Cíl intervence:

- ☐ Rána nekrvácí
- ☐ Dutina ústní je čistá, bez kolekce slin
- ☐ Pacient pociťuje minimální bolest
- ☐ Zajištění včasné vertikalizace po operačním výkonu, v případě snížené mobility pacienta
- ☐ Zajištění stravy dle rozsahu výkonu a v množství stanoveném nutričním terapeutem pro prevenci malnutrice
 - ☐ Zvýšená hygienická péče a hygiena dutiny ústní po stravě

Resekce dutiny ústní: Komplikace a jejich řešení

Rána krvácí:

- ☐ Informování lékaře
- ☐ Kauterizace
- ☐ Přiložení tamponu s hemostatickou kaší (Sanorin, Traumacel Pulvis)
- ☐ Podávání hemostiptika dle o.l.
- ☐ Revize na sále
 - ☐ Kauterizace zdroje v celkové anestezii

Vznik druhotné infekce:

- ☐ Podávání antibiotik dle o.l., převazy rány, proplachy rány

Hygienická péče o dutinu ústní:

- ☐ Odsávání sekretu z dutiny ústní za pomoci odsavače
- ☐ Sanace za pomoci hygienické tyčinky napuštěné v citronovém glycerínu, nebo napuštěné v Tantum Verde popřípadě Octenidentu
- ☐ Pravidelná sanace dutiny ústní pomocí Tantum Verde, popřípadě Octenidentu
- ☐ Zajištění dostatečného přísunu tekutin a adekvátního zvlhčení dutiny ústní zvlhčovačem





Chirurgické odstranění části, nebo celého hrtanu.

Typy:

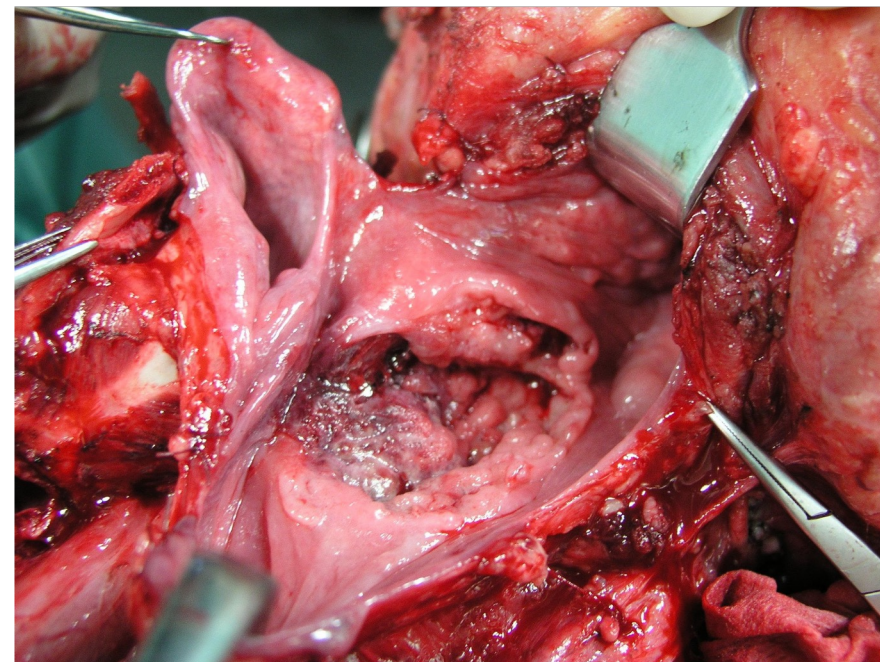
- ❑ Parciální laryngektomie – snaha zachovat hlas/dýchání
- ❑ Totální laryngektomie – odstranění celého hrtanu

Indikace:

- ❑ Pokročilý karcinom hrtanu
- ❑ Recidiva po RT/CHT

Důsledky:

- ❑ Trvalá tracheostomie
- ❑ Ztráta přirozeného hlasu (náhradní řeč)



Náhrada hlasu:

- ❑ Elektrolarynx
- ❑ Implantace hlasové protézky
- ❑ Jícnový hlas

Komplikace:

- ❑ Krvácení, infekce
- ❑ Faryngo-kutánní fistula
- ❑ Aspirace (u parciálních)
- ❑ Psychická zátěž

Chirurgické odstranění části, nebo celého hltanu.

Typy:

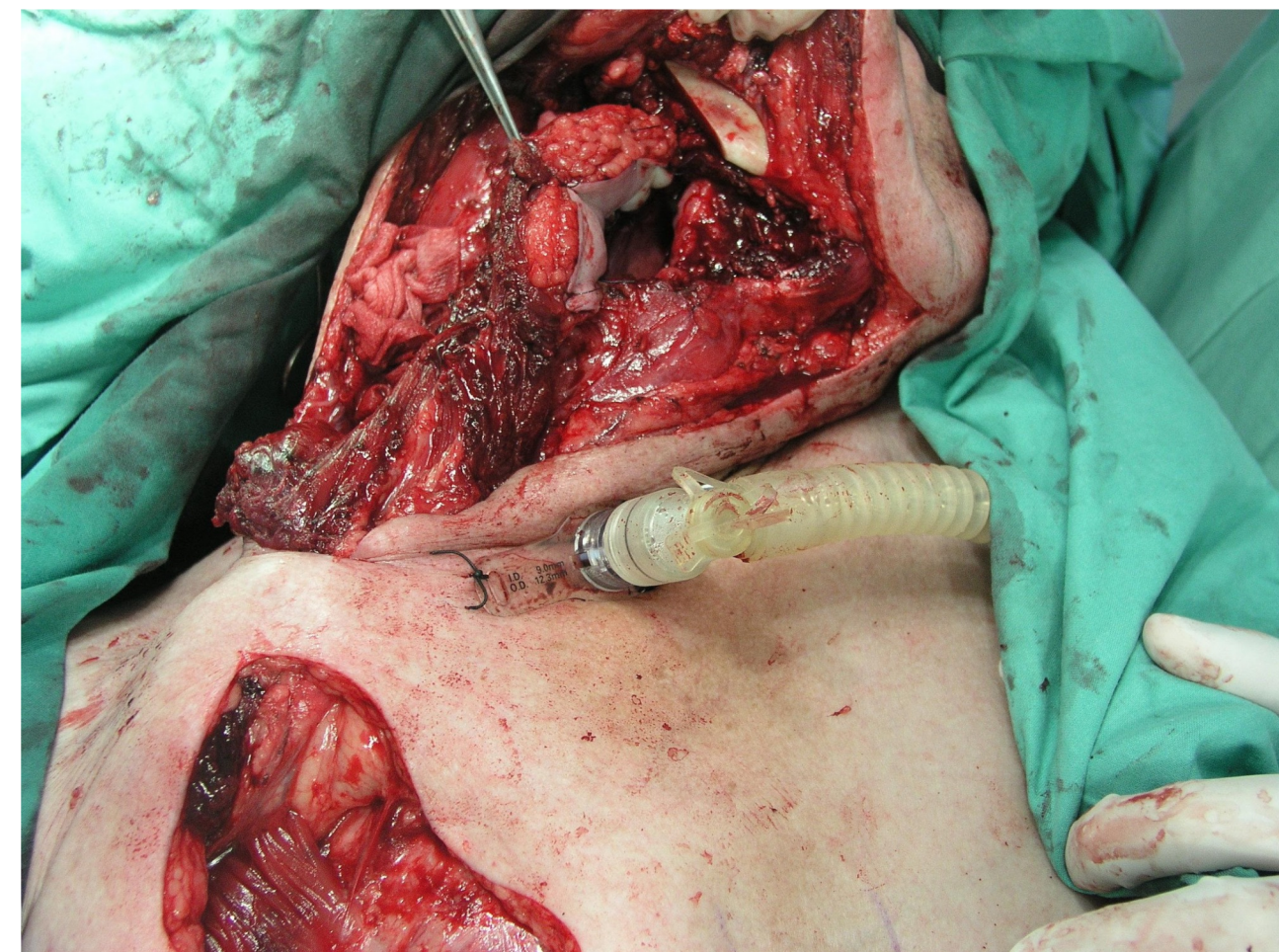
- ❑ Parciální
- ❑ Subtotální / totální
- ❑ Indikace
- ❑ Pokročilé nádory hltanu
- ❑ Často s uzlinovými metastázami

Specifika:

- ❑ Téměř vždy nutná rekonstrukce
- ❑ Dlouhodobá enterální výživa (NGS/PEG)
- ❑ Poruchy polykání a řeči

Komplikace:

- ❑ Vysoké riziko fistul
- ❑ Infekce
- ❑ Aspirace
- ❑ Poruchy hojení



Klíčové činnosti:

- ☐ Sledování operační rány
- ☐ Pravidelná kontrola redonů
- ☐ Odsávání spůta a slin
- ☐ Sanace dutiny ústní za pomoci hygienické tyčinky napuštěné v citronovém glycerínu nebo napuštěné v Tantum Verde popřípadě octenidentu
- ☐ Odsávání z tracheostomie
- ☐ Kontrola nafouknutí balónku tracheostomie
- ☐ Management bolesti
- ☐ Zajištění adekvátní výživy zavedení NGS nebo PEG
- ☐ Podávání stravy a v množství stanoveném nutričním terapeutem pro prevenci malnutrice

- ☐ Podávání profylaktických antibiotik dle o.l.
- ☐ Pravidelná kontrola váhy pacienta
- ☐ Pravidelná kontrola krevních odběrů: krevní obraz, biochemie -ionty, celková bílkovina
- ☐ Zajištění včasné vertikalizace po operačním výkonu v případě snížené mobility pacienta
- ☐ Zajištění každodenní hygienické péče
- ☐ Pravidelný převaz tracheostomické kanyly prevence opruzenin
- ☐ Pravidelný převaz- PEG, manipulace s PEGem
- ☐ Pravidelný převaz- NGS (pouze mechanická stabilita a adaptace laloku u pharyngektomie). Bez NGS by se lalok stáhl /operace bezvýznamná, byla by nutná reoperace - jinak nemožnost per-os příjmu
- ☐ Zajištění zvlhčení TSK za pomoci nebulizátoru

Laryngektomie, Pharyngektomie

Ošetřovatelská intervence



SESTRY
V PALIATIVNÍ
PÉČI
KONFERENCE 2026

Cíl intervence:

- ☐ Operační rána neprosakuje
- ☐ Pacient má volnou TSK bez hlenu
- ☐ TSK kanyla je průchozí převaz je suchý
- ☐ Pacient má čistou dutinu ústní bez kolekce slin
- ☐ Pacientovi se první den po operaci vypustí balónek TSK pro zahájení pooperační adaptace
- ☐ Pacient je v čistotě
- ☐ V případě pharyngektomie zajistit 10-14 den vyšetření polykacího aktu pro vyloučení fistuly
- ☐ Pokud dopadne polykací akt dobře, následně zahájit per-os stravu
- ☐ Pacient má funkční podtlak v redonu přiměřeně odvádí sekret
- ☐ Pacient nejlépe den po výkonu chodí
- ☐ Pacient má funkční PEG nacvičuje krmení sám
- ☐ PEG je v čistotě
- ☐ Pacient neztrácí na váze
- ☐ Pacient má čistý převaz nasogastrické sondy



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE

Laryngektomie, Pharyngektomie

Komplikace a jejich řešení

Rána krvácí:

- ☐ Informování lékaře
- ☐ Nafouknutí balónku u TSK, odsávání krve pro co nejefektivnější ventilaci
- ☐ Komprese rány
- ☐ Podávání hemostyptika dle o.l., transfuzní přípravky, podávání krystaloidů pro zachování oběhu
- ☐ Revize v celkové anestezii na operačním sále

Obstrukce TSK:

- ☐ Výměna TSK

Bolesti břicha, nefunkční PEG:

- ☐ Pokus o proplach PEGu, případně intervence gastroenterologa

Vznik druhotné infekce:

- ☐ Podávání antibiotik dle o.l., převazy rány, proplachy rány





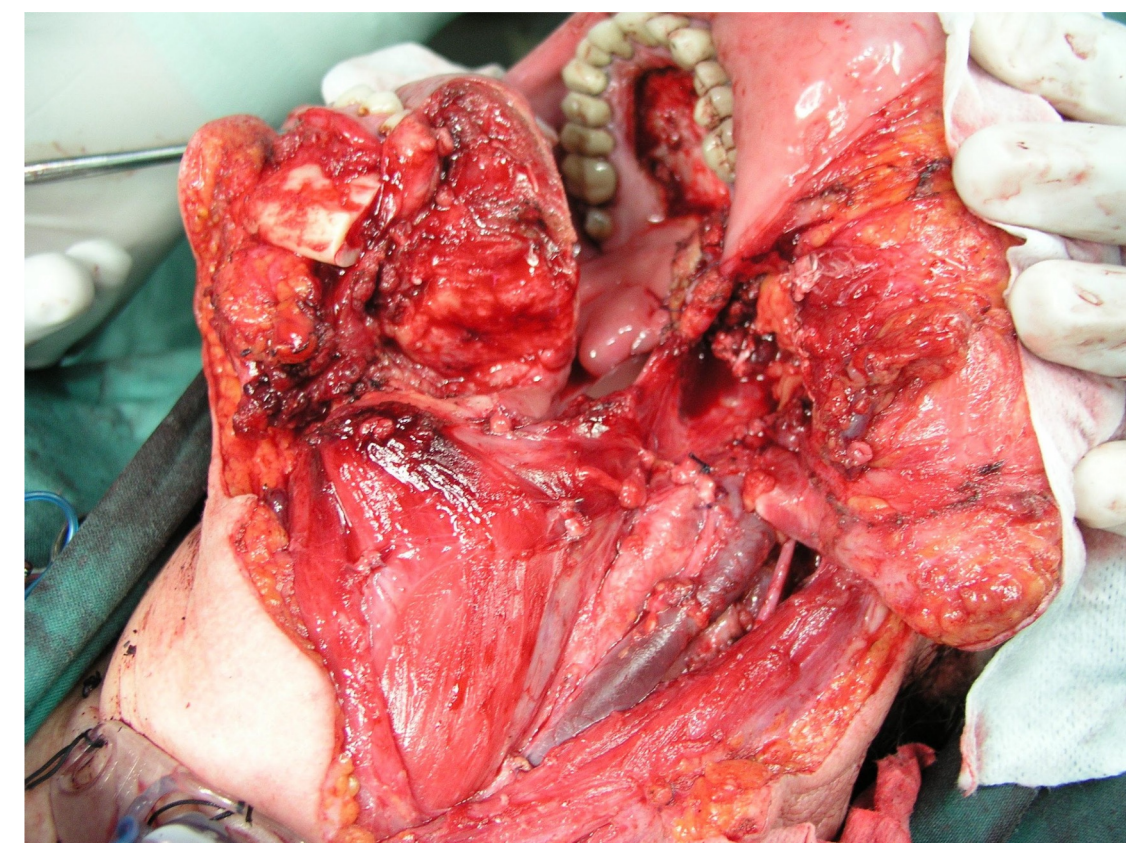


Chirurgické odstranění části ústní dutiny + hltanu v jednom bloku

Nejčastěji u pokročilých nádorů hlavy a krku

- ❑ Typicky: karcinom orofaryngu, nádory retromolární krajiny, nádory prorůstající z dutiny ústní do hltanu
- ❑ Časté recidivy po radioterapii
- ❑ Často kombinovaný s krční disekcí - odstraněním části měkkého patra, kořene jazyka, tvářové sliznice a čelisti rekonstrukčním výkonem (lalok)
 - ❑ pectorální lalok
 - ❑ volný mikrochirurgický lalok (např. radiální)

Cíl: Radikální odstranění tumoru s bezpečnými resekčními okraji



Bukopharyngektomie

Ošetrovateľská intervence

Klíčové činnosti:

- ❑ Sledování operační rány
- ❑ Hygienická péče o dutinu ústní
- ❑ Při odstranění čelisti, zajištění zvlhčování dutiny ústní za pomoci navlhčených čtverců
- ❑ Odsávání slinného sekretu
- ❑ Management bolesti
- ❑ Pravidelná kontrola redonů
- ❑ Odsávání spůta a slin
- ❑ Sanace dutiny ústní za pomoci hygienické tyčinky napuštěné v citronovém glycerínu, nebo napuštěné v Tantum Verde popřípadě Octenidentu
- ❑ Odsávání z tracheostomie
- ❑ Kontrola nafouknutí balónku tracheostomie
- ❑ Zajištění adekvátní výživy zavedení Ngs nebo PEG
- ❑ Podávání stravy v množství stanoveném nutričním terapeutem, pro prevenci malnutrice

Cíl intervence:

- ❑ Rána nekrvácí
- ❑ Dutina ústní je v čistotě, adekvátně zvlhčená
- ❑ Redon odvádí adekvátní množství, drží podtlak
- ❑ Pacient pociťuje minimální bolest
- ❑ Pacient nejlépe den po výkonu chodí
- ❑ Pacient pátý až šestý den po operaci začíná dýchat přirozenou cestou. S pomoci zaštipování tracheostomické kanyly kolíčkem dýchá bez problému

Bukopharyngectomie

Komplikace a jejich řešení

Rána krvácí:

- ☐ Informování lékaře
- ☐ Nafouknutí balónku u TSK odsávání krve pro co nejefektivnější ventilaci
- ☐ Komprese rány
- ☐ Podávání hemostyptika dle o.l. transfuzní přípravy podávání krystaloidů pro zachování oběhu
- ☐ Revize v celkové anestezii na operačním sále

Obstrukce TSK:

- ☐ Výměna TSK

Bolesti břicha, nefunkční PEG:

- ☐ Pokus o proplach PEGu, případně intervence gastroenterologa

Vznik druhotné infekce:

- ☐ Podávání antibiotik dle o.l., převazy rány, proplachy rány

Dutina ústní vysychá zhoršuje se hojení rány:

- ☐ Přikládání navlhčeného čtverečku, odsávání slin z dutiny ústní, hygienická péče, výplach šalvějí

Parametry které musí pacient splňovat, aby mohl být po velkých ORL výkonech přeložen na následnou péči do domácího ošetřování

- ❑ **Pacient se sám krmí do PEGu, je poučen o cílové dávce výživy a množství a času ve kterém se má krmit. Umí ošetřovat PEG a je poučen o nutné rotaci a zanořování při převazech**
- ❑ **Pacient a jeho rodina jsou poučeni o péči o tracheostomickou kanylu a umí jí vyměnit**
- ❑ **Pacient je poučen o péči o operační ránu a zvládá ji v praxi**
- ❑ **Rodina pacienta má zajištěnou odsávačku a domácí péči, nebo zařízení s adekvátní vybaveností**
- ❑ **Pacient je vybaven kompletní složkou, obsahující veškeré důležité informace, potřebné v případě akutního stavu pro spolupráci se ZZS**

Specifická ošetrovateľská péče o pacienty s neléčiteľnými nádory v ORL

- ❑ **Zajišťujúci TSK**
- ❑ **Management bolesti**
- ❑ **Rozpad ran**
- ❑ **Sekrece**
- ❑ **Zápach**
- ❑ **Krvácaní**
- ❑ **Infekt**



Specifická ošetrovateľská péče o pacienty s neléčitelnými nádory v ORL

❓ Zajišťující TSK

❓ Management bolesti

❓ Rozpad ran

❓ Sekrece

❓ Zápach

❓ Krvácení

❓ Infekt



**Často problematická manipulace s tracheostomickou kanylou po zavedení.
Nutná volba správné tracheostomické kanyly. Často prolongovaná nebo
armovaná, s upraveným zanořením podle potřeb pacienta**

Riziko aspirace při zachované perorální stravě

Riziko infekce při protýkání stravy do dýchacích cest

**Nutné dostatečné zvlhčování za pomoci zvlhčovače/kendalu, nebo ve formě
pasivního zvlhčování za pomocí filtru**

Nutné časté odsávání sekretu pro prevenci vzniku krust

**Při vzniku krust často nutná laváž za pomoci fyziologického roztoku s
Uromitexanem**

**Při vzniku fétoru a rozpadu rány, obalení konce tracheostomické kanyly
longetou s Višněvského balzámem nebo s přípravkem Vivamel**

Pro prevenci macerace v okolí TSK použití masti Phytiol







Specifická ošetrovateľská péče o ORL pacienty s neléčitelnými nádory

? Zajišťující TSK

? **Management bolesti**

? Rozpad ran

? Sekrece

? Zápach

? Krvácení

? Infekt

? Časté kontroly VAS

? Po operačních výkonech kontinuální podávání analgetik po čtyřech hodinách, s cílem vytvořit dostatečný analgetický efekt s využitím standartních analgetik (Paracetamol, Novalgin, Ibuprofen, Nimesil). Na noc zajistit možnost podání opiátu pro zajištění spánku. Nejčastěji Dipidolor s.c. Při nedostatečném analgetickém efektu zvážit dle o.l. podávání opiátů

? Kontinuálně Sufentanil

? S.c. podávání Dipidoloru

? Případně, ve spolupráci s oddělením léčby bolesti, nasazení PCA s bolusovým podáváním Morphinu dle indikace lékaře

? V následné pooperační době, při zachovalé bolestivosti po vysazení kontinuálních léčiv, nasazení opiátových náplastí



Specifická ošetrovatelská péče o ORL pacienty s neléčitelnými nádory

☐ Zajišťující TSK

☐ Management bolesti

☐ Rozpad ran

☐ Sekrece

☐ Zápach

☐ Krvácení

☐ Infekt

☐ Při špatném hojení ran (rozpadu ran) zajistit dostatečný převazový management. Rána by měla být v maximální míře suchá, bez exsudátu

☐ Zajistit každodenní výplach rány přípravkem Betadine pro dezinfekci vnitřního prostředí. Při větší exsudaci možno i dvakrát denně (využíváme stříkačku s nastříženým dětským setem případně odsavačem)

Převaz provádět s přiložením dvou vrstev:

1. Mastná vrstva pomocí mastného tylu, pro zabránění špatného odstraňování při převazu
2. Komprese s navrstvenou sterilní gázou

Pro zmírnění fétoru a zvýšení hojivého efektu možnost aplikování přípravku Vivamel, nebo Višňového balzámu, případné nasazení metronidazolu i.v. lékařem.





Specifická ošetrovateľská péče o ORL pacienty s neléčitelnými nádory

- ❑ Zajišťující TSK
- ❑ Management Bolesti
- ❑ Rozpad Ran
- ❑ Sekrece
- ❑ Zápach
- ❑ **Krvácení**
- ❑ Infekt

Dutina ústní

Kontinuální, dostatečné odsávání krve

Výplach peroxidem vodíku

Podání hemostyptik dle o.l

Podání krevní plazmy dle o.l

Následné přiložení tamponu s hemostatickou kaší (Traumacel pulvis Sanorin)

Kauterizace pokud je možno lokalizovat zdroj krvácení

Případně chirurgická intervence v celkové anestezii



Specifická ošetrovateľská péče o ORL pacienty s neléčiteľnými nádory

- ❑ Zajišťující TSK
- ❑ Management Bolesti
- ❑ Rozpad Ran
- ❑ Sekrece
- ❑ Zápach
- ❑ **Krvácení**
- ❑ Infekt

Tracheostomie

Kontinuální, dostatečné odsávání krve

Nafouknutí balónku tracheostomie pro prevenci aspirace krve

Kauterizace zdroje pokud je možno lokalizovat zdroj krvácení

Lékařem zavedená tamponáda sterilní longetou

Podání hemostyptik dle o.l.

Podání krevní plazmy dle o.l.

Zajištění dostatečné oxygenace



Specifická ošetrovatelská péče o ORL pacienty s neléčitelnými nádory

Management masivního krvácení

1. Pacient není v režimu DNR, DNI

Postupujeme podle CABC protokolu

Informujeme lékaře, případně přivoláme ARO tým

Nafoukneme balóněk tracheostomie a zajistíme dostatečné odsávání

Aplikujeme vhodný kompresní materiál

Změříme a v pravidelných intervalech kontrolujeme fyziologické funkce

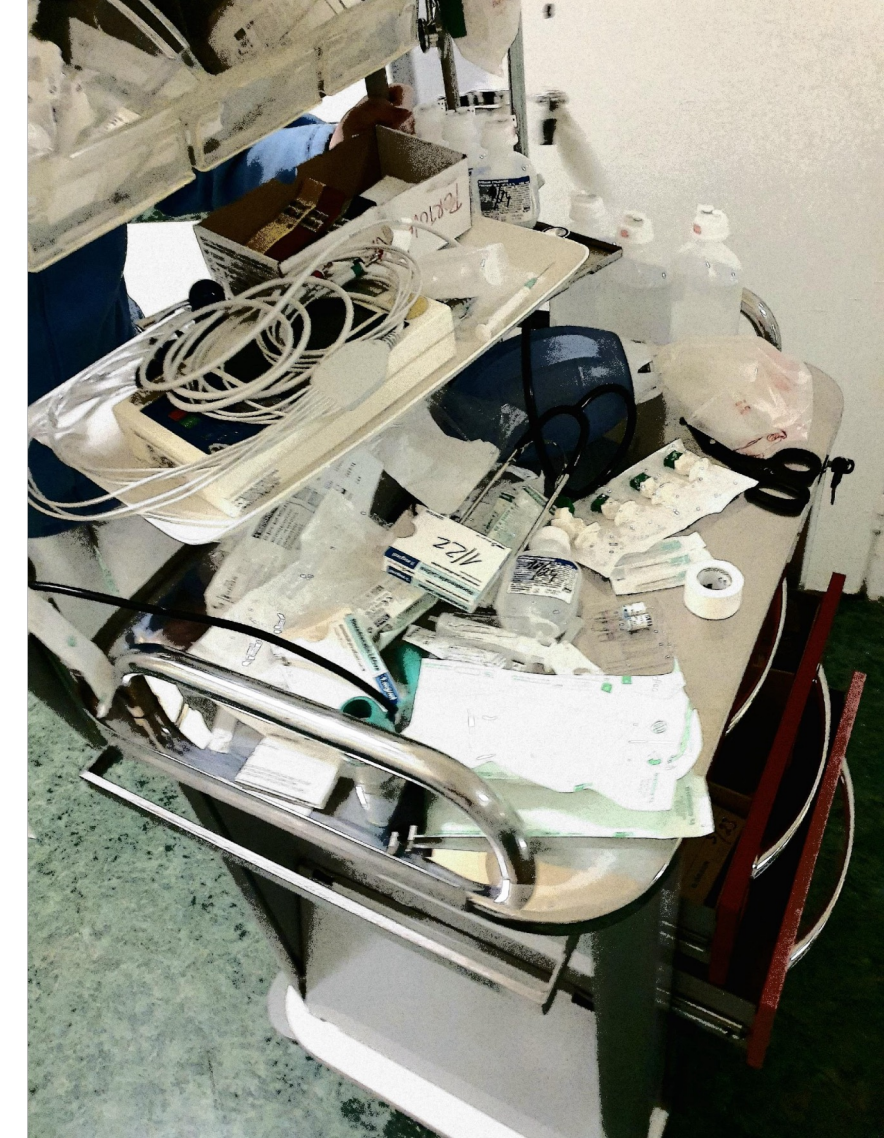
Případně, dle o.l. nasadíme Noradrenalin pro udržení oběhu pacienta

Pacientovi podáme hemostyptika a zahájíme masivní infuzní terapii

Okamžitě odebereme krev pro transfuzní oddělení

Lékař zavede tamponádu

Pokud krvácení pokračuje a nedaří se ho zastavit, je pacient revidován a katetrizován pod celkovou anestezií na operačním sále



Specifická ošetrovateľská péče o ORL pacienty s neléčitelnými nádory

Management masivního krvácení

2. Pacient je v režimu DNR DNI

Informujeme lékaře. Pro zajištění komfortu pacienta zajistíme telefonickou ordinací podání Benzodiazepinu
Nafoukneme balóněk tracheostomie a zajistíme dostatečné odsávání
Po celou dobu jsme pro pacienta maximální psychologickou podporou (držení za ruku)



Děkuji za pozornost