

Posudek oponenta rigorózní práce.

Autor práce: **Mgr. Zuzana Prosková**
Název práce: **Terapie chronické rány**
Rok obhajoby: **2010**



1. Rozsah práce

- 89 stran
- 86 obrázků
- 42 klasických citací
- 25 citací www

A, Formální stránka

Předložená práce má odpovídající rozsah stran, dostačující je základní literatura k řešení problému, je odpovídající po stránce stylistické a gramatické.

Ke zpracování diplomové práce autorka využila v dostatečné míře jak literární prameny, které pečlivě zpracovala, využila i internetové stránky. Po stránce gramatické, stylistické práce odpovídá kladeným požadavkům na rigorózní práci a je zpracována vzorně.

B, Věcná stránka

Řešení problému rigorózní práce je v souladu s názvem. Výsledky a závěry odpovídají na položenou otázku. V literatuře jsou používány nejdůležitější citace.

C, Metodologická stránka

Při řešení problémů se vychází z rešerší a vlastních sledování. Technické zázemí a velikost souboru je odpovídající. Název, východiska, cíl práce, metodika, výsledky na sebe logicky navazují, práce je velmi kvalitně zpracována. Metody sběru dat vycházejí z možností diplomanda. Rozbor a diskuse jsou kvalitně zpracovány. Je řešen nový pohled na známý problém.

2. Struktura je odpovídající.

Diplomová práce se skládá z 16 kapitol, které jsou logicky rozčleněny.

3. **K dílčímu rozboru kapitol** není nutno nic poznamenat, jen konstatovat, že autorka velmi kvalitně, podrobně a na vysoké úrovni zpracoval svou rigorózní práci. Nemám jazykové a stylistické poznámky. Studie na 12 kazuistikách je dostačující.

4. **Otázky:** Problematika chronické rány má své specifické patofyziologické mechanismy a aspekty. Je vždy nutné ovlivňovat jak zevní, tak i vnitřní faktory. Jiný pohled bude chirurga, další pak fyziologa a odlišný farmaceuta. Zásadní a rozhodující je stav celého organismu. Lokálně sice sledujeme, že rozhodující jsou lokální parametry, jako je pH, rovnováha mezi MMPs/TIMP s atd. Rozhodující je pak výsledkem stimulace určitých růstových faktorů a snížení aktivity zánětu. V určité fázi rozhoduje o úspěchu léčby aktivita fibroblastů, kolagenu, gelatinu a dalších ukazatelů reepitalizace.

Na str.78 6 řádek – myslím si, že základním a rozhodujícím článkem je praktický lékař a individuální a konkrétní edukace pacientů s včasnou detekcí. Chirurgové doporučují podtlak, jako důležitý moment v řešení chronické rány. Jiní podporují oxyterapii, baroterapii. Pochvala pro autorku je za pasáž o nutričních přípravcích při hojení ran.

Otázka 1: Jaká by měla být odpovídající edukace pacientů, které jsou rizikové skupiny, jak zabránit ze strany lékaře „syndromu zevšednění a přehlédnutí důležitých ukazatelů, které vedou k chronické ráně“.

Otázka 2: V literatuře se nachází velké množství dalších postupů – od lokální léčby pomocí larev

až po aplikaci růstových faktorů, transplantace kostní dřeně. Jaký je názor v další lokální léčbě chronických ran dle stupně a druhu postižení.

5. **Celkové hodnocení:**

Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2004 postiženo syndromem diabetické nohy 39 753 osob, což tvoří 5,6 % pacientů s diabetem (celkový počet osob s diabetem byl v tomto roce 712 079). Po amputaci bylo 7 444 osob, tj. 18,5% z pacientů s diabetickou nohou. Cílem tzv. Saintvincentské deklarace je snížení amputací o 50%. Syndrom diabetické nohy je jednou z nejčastějších příčin hospitalizace diabetiků. Předními odborníky v tomto oboru je doc. MUDr. Rušavý, CSc., Prof. MUDr. Sobotka, CSc., z pohledu metabolických odborníků, ale jsou v ČR další určité školy chirurgů a jiných lékařů a odborných pracovníků. Hlavními patogenetickými faktory vedoucími k rozvoji chronické rány nohy jsou metabolické a především **diabetická neuropatie (periferní i autonomní) a ischemická choroba dolních končetin**. Dalšími významnými patogenetickými faktory, které vedou k ulceracím, jsou **infekce a porucha pohyblivosti celého těla nebo jen kloubů (limited joint mobility)**. Vznik ulcerací podporují **těžké sekundární či primární deformity (zejména Charcotova osteoarthropatie)**. **Opomíjeny jsou hyperkeratózy a edémy**. Jedním z nejvýznamnějších patogenetických faktorů je **autonomní neuropatie**, která působí hyperémií. Noha je proto zdánlivě dobře prokrvená, pak teplá dále až oteklá, průtok nutritivními kožními a svalovými kapilárami je však snížen. Zvýšená hyperémie může také aktivovat osteolýzu. Všechny hlavní patogenetické faktory pak vedou buďto **ke zvýšení plantárního tlaku a třecích sil nebo k poruše kapilárního průtoku, následkem toho pak k poklesu tkáňové oxygenace, jejímž důsledkem je vznik ulcerace**. Zevními vyvolávajícími příčinami ulcerací bývají **PODCEŇOVANÉ** otlaky nejčastěji z nesprávné obuvi, spáleniny, drobné úrazy a dekubity, ragády, **plisňové infekce a panaritia**. **Makroangiopatie** na dolních končetinách je charakteristická především postižením tepen distálně od arteria poplitea, podstatně méně často jsou postiženy tepny v ileofemorální oblasti. Příznaky ischemické choroby dolních končetin se proto u diabetiků liší od příznaků u pacientů bez diabetu. Příčinou je jak odlišná lokalizace stenóz a uzávěrů periferních tepen, tak současně přítomná neuropatie. **Mikroangiopatie** se na dolních končetinách většinou neprojevuje typickým histologickým obrazem jako v jiných orgánech. Podstatné jsou však cévní změny působené hypercirkulací a změny intravaskulární vedoucí ke zvýšené viskozitě krve a k poruše kapilárního průtoku. **Mediokalcinóza je projevem autonomní neuropatie**, sama podstatně cévní průtok neomezuje, zkresluje však výsledky angiologických vyšetření a vede k akceleraci aterosklerózy.

Léčebný postup je komplexního charakteru dle doporučení odborných společností:

Odlehčení ulcerací

- pojízdná křesla
- berle
- speciální kontaktní fixace a dlahy
- terapeutická obuv („poloviční boty“)
- ortézy
- speciální vložky
- klid na lůžku

Léčba ischemie

1. vynechání kouření
2. revaskularizace
 - perkutánní transluminální angioplastika (i na podkolenních tepnách)
 - cévní chirurgie

3. medikamentózní léčba (antiagregancia)
4. hyperbaroxie v indikovaných případech

Léčba infekce

- antibiotická léčba parenterální nebo perorální
 - lokální léčba (debridement, drenáže, incise, nízké amputace)
- Lokální terapie • čištění rány pomocí debridementu včetně biologického
- léčba edému
 - lokální terapie tvořící vlhké prostředí
 - nové techniky (např. Růstové faktory, kožní transplantáty, lokální aplikace podtlaku VAC)

Zlepšení metabolického stavu

- kompenzace diabetu
- uspokojivé nutriční parametry
- léčba dyslipoproteinémie
- léčba hypertenze

Prevence reulcerací

- protetická péče (vhodná obuv)
- edukace pacientů
- psychosociální péče
- dispenzarizace pacientů podle stupně rizika
- korekční chirurgie
- edukace zdravotníků

Syndrom chronické rány nohy je třeba léčit vždy komplexně, opomenutí kterékoli součásti léčby má za následek zpomalení hojení nebo zhoršení ulcerace a zbytečné amputace.

Autorka se zaměřila na systematickou lokální terapii se zaměřením na systematické čištění rány, podporu granulací a epitelizací. Čištění rány provádíme mechanickým odstraňováním nekróz a hyperkeratóz nebo biologickým debridementem (larvální terapií). Ránu zvlhčujeme fyziologickým roztokem, eventuálně dezinfikujeme neдрáždivými antiseptiky. Používání prostředků na podporu granulací a epitelizací je většinou nespecifické, používají se nejrůznější spongiózní či hydrokoloidní krytí. Moderní lokální terapie využívá kožních náhrad získávaných i metodami genetického inženýrství.

Doporučuji k obhajobě.

4. **Závěr:** výborně
5. **Autorka přesvědčila o znalosti problematiky, řešil systematicky předložený problém, dospěla k adekvátním výsledkům, které jsou odrazem odborné znalosti a cílevědomé práce.**

Prof. MUDr. Karel Martiník, DrSc.,

