

REVUE OŠETROVATEĽSTVA a LABORATÓRNYCH METODÍK



ROČNÍK III. CENA 25 SK

3/97



SL
SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ

OBSAH

I. Riečanský: Srdcové a cievne choroby u nás a vo svete na rozhraní storočí	81
L. Rosival, A. Rosivalová: Ochrana a podpora zdravia - náčrt stratégie pre dvadsiateprvé storočie	85
A. Pukančíková, M. Slováková, M. Brix: Čistenie, dezinfekcia a sterilizácia gastrointestinálnych endoskopov z pohľadu endoskopickej sestry	88
E. Kamasová, Z. Macáková, Ľ. Lamperová, K. Kozeleková, Z. Tešlarová: Peroperačná a pooperačná starostlivosť o kardiochirurgických pacientov	91
M. Stehlíková, K. Adamicová, D. Hroziencíková, I. Hnátová, O. Rantová, T. Ertllová: Naše skúsenosti s prácou na rotačnom mikrotóme Reichert – Jung 2055	93
K. Glomčáková: Využitie správnej laboratórnej praxe pri vyriešení problému hygienickej závadnosti výrobku „Kysucký korbáčik“	95
L. Hubačová, M. Šulcová, D. Henčeková, M. Vargová, K. Lajchová: Pracovná záťaž a pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov na geriatrickom oddelení	98
L. Jurkovičová: Spomienky na prvú úspešnú transplantáciu obličky na Slovensku	101
Náš rozhovor	103
Správy zo Slovenskej lekárskej spoločnosti	105
Správy z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve	111
Školské okienko	118
Súhrny v anglickom jazyku	119

CONTENT

I. Riečanský: Cardiac and vascular diseases in our country and in the world at the turn of the millennium	81
L. Rosival, A. Rosivalová: Protection and promotion of health - outline of strategies for the 21st century	85
A. Pukančíková, M. Slováková, M. Brix: Cleaning, disinfection and sterilisation of gastrointestinal endoscopes from the aspect of endoscopic nurse	88
E. Kamasová, Z. Macáková, Ľ. Lamperová, K. Kozeleková, Z. Tešlarová: Preoperative and postoperative care of cardiosurgical patients	91
M. Stehlíková, K. Adamicová, D. Hroziencíková, I. Hnátová, O. Rantová, T. Ertllová: Our experience with Reichert Jung 2055 rotary microtome	93
K. Glončáková: Application of proper laboratory practice in solving the problem of sanitary defect of the product „Kysucký korbáčik“ (Kysuca whip)	95
L. Hubačová, M. Šulcová, D. Henčeková, M. Vargová, K. Lajchová: Work strain and working conditions of medical personnel at the geriatric department	98
L. Jurkovičová: Memories of the first succesfull kidney transplantation in Slovakia	101
Our interview	103
Informations of Slovak Medical Association	105
Informations of Postgraduate Medical School	111
School window	118
Summaries in English	119

Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík

Odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti - Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov v Bratislave

Prináša pôvodné príspevky, referáty a informácie z odbornej činnosti v ošetrovateľstve a laboratórnych metodikách používaných v zdravotníctve, informácie z oblasti vzdelávania, zo zahraničia, z činnosti Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov, organizačných zložiek Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Vedúci redaktor: Prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc.

Zástupca vedúceho redaktora: Prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc.

Odborný redaktor: MUDr. Radko Menkyna

Jazykový redaktor: PhDr. Magdaléna Jentnerová

Tajomníčka redakcie: Ol'ga Ďuržová

Redakčná rada: prof. MUDr. Eva Brixová, DrSc., PhDr. Irma Bujdáková, prof. MUDr. Gustáv Čierny, DrSc. (predseda), Mgr. Anna Čunderlíková, doc. PhDr. Dana Farkašová, CSc., Mgr. Anna Herianová, Anna Kačmárová, doc. MUDr. Mária Kováčová, PhDr. Alžbeta Mrázová, Rozália Šeilingarová, Mgr. Katarína Žiaková

Vydáva Slovenská lekárska spoločnosť v Bratislave, Legionárská ul. č. 4, 813 22 Bratislava, v zdravotníckom vydavateľstve Herba, s. r. o., Bratislava

Adresa redakcie: Slovenská lekárska spoločnosť

Legionárská 4

813 22 Bratislava

Tel.: 07/5422 015, Fax: 07/5422 363

Inzercia: Zdravotnícke vydavateľstvo Herba, Limbová ul. č. 12, 833 03 Bratislava

Fotosadzba a grafická úprava: Ľubica Gánočková

Cover desing: Roman Lazar, Karol Šimunič

Rozšíruje: Slovenská lekárska spoločnosť. Vychádza 4 razy do roka. Cena jedného čísla Sk 25,- (pre členov Slovenskej spoločnosti sestier a Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov zadarmo)

Imprimovanie rukopisov 15. september 1997. Číslo vyšlo: október 1997. Reg. číslo: 1206/95

Vydavateľ neručí za kvalitu výrobkov a služieb ponúkaných v inzerции jednotlivých firiem.

Podávanie novinových zásielok povolené Rp v Ba č. j. 687/95 - zo dňa 14. 2. 1995

Všetky práva vyhradené, Slovenská lekárska spoločnosť, Herba, s. r. o.

Tlač: Gerhofer, Zohor

I. Riečanský

Katedra kardiologie Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie
pracovníkov v zdravotníctve v Bratislavе

Srdcové a cievne choroby u nás a vo svete na rozhraní tisícročia

Súhrn: Srdcové a cievne choroby sú na Slovensku dlhodobo najčasťejšou príčinou smrti s podielom 52 - 55 %. Táto mortalita patrí medzi najvyššie v Európe a po viacročnej stagnácii javí v posledných 3 rokoch tendenciu k poklesu. Účinná kontrola srdcových a cievnych chorôb, ktoré sú v súčasnosti s veľkou prevahou zapríčinené aterosklerózou, spočíva jedine v preventívnych opatreniach populačných, individuálnych. Dlhodobé trendy ukazujú, že aj v prvých dekádach 21. storočia budú koronárna choroba srdca a cievna choroba mozgu vedúcimi príčinami mortality. Prevencia zostane hlavným smerom v boji proti týmto chorobám. V diagnostike a liečbe sa očakáva prudký rozvoj molekulárnej genetiky, bioinžinierskych techník, informačných procesov a magnetických zobrazovacích metód.

Kľúčové slová: srdcové a cievne choroby, zdravotný a socio-ekonomickej význam, prevencia.

Je všeobecne známe, že srdcovo-cievne choroby (SCCH) patria medzi najzávažnejšie zdravotnícke, sociálne a s nimi spojené ekonomicke problémy všetkých vyspelých krajín súčasného sveta. V industrializovaných krajinách zapríčinujú polovicu všetkých smrťí, čo je dva razy viac ako druhá najčastejšia príčina – nádorové ochorenia. Táto nepriaznivá epidemiologická situácia sa uplatňuje aj v Slovenskej republike. Zvyšovanie úmrtnosti nášho obyvateľstva na SCCH sa nepodarilo zvládnúť napriek parciálne úspešným opatreniam v rámci Kardiovaskulárneho a onkologickeho programu KVOP (1978 - 1990), čo stačilo narastajúcu úmrtnosť ku koncu jeho trvania nanajvýš spomalíť. V posledných 3 rokoch sa však zaznamenal mierny pokles v štandardizovanej úmrtnosti na SCCH, vrátane koronárnej choroby srdca (KCHS) tak u mužov, ako aj u žien. Vysvetlenie tohto priaznivého, zatiaľ krátkodobého trendu je hypotetické, pričom prichádzajú do úvahy mnohé faktory.

Tieto choroby sú na Slovensku od päťdesiatych rokov na prvom mieste v príčinách smrti a v r. 1981 prekonali 50 % hranicu. Odvtedy vysoká úmrtnosť kolíše v rozpätí 52 - 54 %. V absolútnych číslach to znamená, že SCCH usmrčujú ročne temer 28 tisíc našich spoluobčanov.

Dlhodobé trendy celkovej úmrtnosti a úmrtnosti na SCCH u nás ukazujú, že úmrtnosť na SCCH, predovšetkým na koronárnu chorobu srdca (KCHS), sa bude zvyšovať aj v nasledujúcich rokoch, ak sa neprijmú účinné opatrenia. Nepriaznivý je najmä vzostup chorobnosti a úmrtnosti na KCHS u mužov stredného veku (40 - 49 r.). Vyradujú sa tak z aktívneho života osoby v najprodukívnejšom období pred dosiahnutím strednej dĺžky života, čím výrazne prispievajú k jej skracovaniu. V r. 1994 stredná dĺžka života pri narodení bola na Slovensku u mužov 68,34 rokov (1992 - 67,56 r.) a

u žien 76,48 roka (1992 - 76,22 r.). Je to o 6 - 8 rokov menej ako v krajinách s úspešnou kontrolou KCHS v populácii. Pravdepodobnosť straty zo života u našich obyvateľov je ešte väčšia - u mužov 10,5 rokov a u žien 8,5 roka. Podiel predčasne zomrelých mužov je 30 % a žien 27 %, to znamená, že skoro každý tretí zomierajúci muž a každá štvrtá zomierajúca žena na SCCH na Slovensku zomierajú predčasne.

Najčastejšou príčinou smrti spomedzi SCCH je KCHS s jej vyvcholením - akútnym infarktom myokardu a cievna choroba mozgu. Tieto dve lokality aterosklerózy spôsobujú u nás viac ako 90 % všetkých úmrtí na SCCH. Samotná KCHS tvorí 75 % z celej kardiovaskulárnej mortality, čo je v absolútnych číslach okolo 21 tisíc úmrtí ročne. Táto choroba podstatou mierou prispieva aj ku kardiovaskulárnej chorobnosti, pracovnej neschopnosti a invalidite.

Posledné (zatiaľ nepublikované) výsledky v KVOP a výsledky z programu CINDI v okrese Banská Bystrica v r. 1993 - 95 potvrdili nálezy klasických epidemiologických prác (Framinghamská štúdia, štúdia MRFIT, štúdia siedmich zemí), že výskyt KCHS stúpa v závislosti od hladiny cholesterolu (CH) v sére a rovnako stúpa aj počet ohrozených s KCHS (osoby s ďalšími rizikovými faktormi (RF): hypertenzia, fajčenie, obezita, cukrovka). Naviac sme zistili, že najpočetnejšia časť osôb s KCHS - 40 % má hladinu CH v rozmedzí 5,2 - 6,2 mmol/l, teda mierne zvýšenú. Tieto naše zistenia sú ďalšou podporou všeobecne prijatej koncepcie, že populačná stratégia je prvoradá v kontrole abnormálnych hladín CH. Pokles jeho koncentrácie v populácii o 0,5 mmol/l redukuje výskyt KCHS o 20 %. Premorenosť našej populácie RF aterosklerózy je hrozivá, až 71 % obyvateľov má jeden alebo viac RF a poukazuje na vysokú ohrozenosť našej populácie aterosklerózou podmienených ochorení srdca a ciev. Epidemiologická situácia v SCCH v priemyselne vyspelých krajinách sa diametralne odlišuje od našich údajov. Zatiaľ, čo sa v týchto zemiach mortalita v posledných 20 rokoch znížila o 40 - 50 % (v Japonsku dokonca o 63 %), mortalita v bývalom Československu stúpla v priemere o 10 % (muži a ženy spolu). Tým sme sa zaradili medzi 5 krajín s najvyššou úmrtnosťou na SCCH a KCHS. Tieto negatívne trendy pretrvávajú, čo dokazuje nárast mortality za poslednú dekádu 1981 - 1991 u mužov 8 % a u žien viac ako 20 %, takže sme sa zaradili na 3. miesto medzi krajinami s najvyššou úmrtnosťou na SCCH a KCHS (1. Rusko, 2. Maďarsko).

Potrebné je však upozorniť na skutočnosť, ktorá sa spravidla obchádza, že mortalita na SCCH na Slovensku je asi o 1/3 nižšia, ako je tomu v Českej republike, ktorá bola prevažne zodpovedná za zlé postavenie Československa v rebríčku mortality. Nedávno zverejnené

údaje z projektu MONICA však ukázali, že v ČR nastáva signifikantný pokles úmrtnosti na KCHS (vo vybraných okresoch).

Význam a závažnosť SCCH spočíva v ich masových nepríznivých zdravotných a sociálnych dôsledkoch pre postihnutého jedinca a jeho rodinu a naviac aj v negatívnych zásahoch do zdravotného stavu potenciálu celej spoločnosti a do jej ekonomiky. Veď ekonomicky silná a produktívna môže byť iba zdravá spoločnosť. Tieto choroby sú takto celkom zákonite a nevyhnutne dostali do popredia záujmu nielen zdravotníkov, ale aj celej spoločnosti, a stali sa jednou z priorit zdravotníckej politiky každej vyspelej krajiny.

Sústredená pozornosť venovaná boju proti SCCH, predovšetkým proti ateroskleróze, vo všetkých oblastiach kardiovaskulárneho výskumu a v praktickej zdravotníckej politike viedla v uplynulých dvoch až troch dekádach k pozitívny výsledkom, ktoré potvrdili správnosť koncepcie RF aterosklerózy na veľkých preventívnych populačných epidemiologických štúdiách. Úspechy, ktoré sa v kontrole výskytu SCCH dosiahli, jasne ukázali, že táto koncepcia a jej presadzovanie na úseku prevencie predstavuje v súčasnosti najúčinnejší prostriedok v znižovaní úmrtnosti a chorobnosti na KCHS (a na ďalšie aterosklerózu podmienené choroby).

Charakteristickým rysom koronárnej aterosklerózy je jej zákerný, pomalý vývoj a jej ťažko ovplyvnený priebeh a zvrátenie, ak sa stane choroba klinicky manifestnou. Prvý prejav KCHS, ako napr. infarkt myokardu (IM), môže byť smrteľný, a teda posledný. Väčšina smrť sa vynieje rýchle a mimo nemocnice. Odporúčaná liečba v týchto prípadoch sa spravidla nestihne poskytnúť. Aj tak je to liečba iba paliatívna. Je vhodné pripomenúť, že vo všeobecnosti nijaká liečba KCHS nie je liečbou úplnou, pretože nedokáže chorobný proces zastaviť alebo zlikvidovať.

Na druhej strane sa však jednoznačne potvrdilo, že KCHS je v tesnom vzťahu so životným štýlom a s ním spojenými rizikovými faktormi. A naviac sa priniesli jasné dôkazy, že zmena životného štýlu a zniženie RF vedú k poklesu výskytu KCHS a celkovej mortality. Týka sa to tak pacientov s klinicky manifestnou KCHS (sekundárna preventia), ako aj asymptomatických jedincov s viacerými RF aterosklerózy – tzv. vysoko rizikových osôb (primárna preventia). Napriek týmto medicínsky významným zisteniam lekári nevenujú praktickej preventii takú pozornosť ako liečba, ktorá pri KCHS nadobúda agresívny charakter. Je to do istej miery pochopiteľné, veď úspešný diagnostický a liečebný výkon prináša rýchlejšiu a efektívnejšiu satisfakciu ako vzdialé výsledky preventívnych opatrení.

V poslednom období sa otázkami kontroly aterosklerózy zaoberaťo viaceré medzinárodné akcie a dokumenty. Najvýznamnejšie z nich sú *Viktorijská deklarácia o zdraví srdca* (vznikla na medzinárodnej konferencii o zdraví vo Viktórii v Kanade v r. 1992) (9) a odporúčania *Európskeho fóra pre prevenciu ICHS*. Vydala ich koncom r. 1992 Európska kardiologická spoločnosť spolu s Európskou aterosklerotickou spoločnosťou a Európskou hypertenznou spoločnosťou. Z týchto závažných dokumentov jednoznačne vyplýva, že problematiku SCCH, ktoré sú vedúcou príčinou smrti obyvateľov súčasného sveta, možno riešiť iba celospoločenským zavedením preventívnych opatrení. Odporúčania sú dokumentom veľkého významu nielen v tom, že na súčasnej úrovni poznania prinášajú stratégii boja proti SCCH, ale že v tomto boji jasne vymedzujú pozíciu kardiológov. Je to pozícia centrálneho významu realizujúca sa vo viacerých rovinách.

Odporúčania opäť zdôraznili a potvrdili, že všeobecný prístup k preventii (kontrole) ICHS obsahuje tri zložky:

1. Populačnú stratégiu zameranú na zmenu životného štýlu a životného prostredia, na zmeny tých sociálnych a ekonomických deter-

minantov, ktoré sú v príčinnej súvislosti s masovým výskytom KCHS. Sú to opatrenia patriace do primárnej prevencie.

2. Stratégiu vysokého rizika zahrňujúcu preventívnu starostlivosť o jednotlivcov s vysokým rizikom ochorenia.

3. Sekundárnu preventiu smerujúcu k odváretiu ďalšieho vývoja KCHS u postihnutých osôb. Tieto tri zložky sa navzájom dopĺňajú a predstavujú koordinovanú stratégiu na zníženie rizika ochorenia na KCHS. Najväčšiu účinnosť spomedzi uvedených zložiek má jednoznačne a nediskutabilne populačná stratégia. Potvrdili to dlhodobé a sústavné úspechy, ktoré sa v boji proti epidémii SCCH dosiahli a dosahujú v zahraničí. Tak v USA sa na znížení úmrtnosti na KCHS podielal pokles koncentrácie cholesterolu 30 %-mi, pokles fajčenia 24 %-mi, liečba hypertenze 8,5 %-mi. Teda priažnivým ovplyvnením troch hlavných RF tejto choroby sa dosiahlo 62,5 % úspechu. Keď k tomu pripočítame príspevok konzervatívnej liečby KCHS (ktorá zaznamenala veľký rozmach) s 10 %-mi, úspech sa blíži k 75 %-m.

Zdravie je výsledkom pôsobenia viacerých činiteľov, a to životného štýlu (40 – 50 %), životného prostredia (20 – 30 %), genetických faktorov (10 – 20 %) a zdravotníctva (20 %). To znamená, že úspech v podpore, resp. udržaní zdravia cestou primárnych preventívnych opatrení spočíva v temer 80 % v aktivitách nezdravotníckych zložiek spoločnosti a iba v 20 % v rezorte zdravotníctva. Zdravotníctvo nemá samo osobu ani kapacitu, ani prostriedky, ani spoločenské a politické páky na realizáciu komplexného programu kontroly SCCH zameraného na celú populáciu. Úloha zdravotníkov je však nezastupiteľná. Zdravotníci musia podstatne viac prispievať k preklenutiu existujúcej prieplasti medzi medicínskymi vedeckými poznatkami a nežiaducim životným obyvateľov, čo plne platí pre napĺňanie úloh Národného programu podpory zdravia.

Populačná stratégia má viesť nielen k zmene životného štýlu, ale aj k zmene faktorov životného prostredia zvyšujúcich riziko aterosklerózy. K zmene životného štýlu musí spoločnosť vytvárať také podmienky, ktoré pomáhajú občanom, aby si zvolili zdravý spôsob života. Tento spočíva: v dietetických návykoch podporujúcich zdravie, bezfajčarskom životnom štýle, v pravidelnej telesnej aktivite a v dobrom psychosociálnom prostredí. Štát musí zabezpečiť, aby preventia, ako aj liečba SCCH, boli dostupné všetkým populačným skupinám bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu alebo sociálno-ekonomickej postavenie.

Vysoké hladiny tukov v našej populácii poukazujú, že zmena v stravovaní predstavuje silný potenciál preventie aterosklerózy. Nízka spotreba ovocia, zeleniny a tým nízky prísn výskyt vláknin a antioxidantov a naopak vysoký príjem kuchynskej soli a alkoholu je ďalším argumentom na zlepšenie výživových návykov.

Priomnosť niekoľkých RF predstavuje pre jedinca zvýšené riziko aterosklerózy aj vtedy, ak jednotlivý RF je iba mierne zvýšený. Veľký počet osôb odhalených v KVOP, ktoré majú v takomto malom rozsahu zvýšené RF, vysvetľuje, prečo je ateroskleróza v našom obyvateľstve taká rozšírená a prečo sú preventívne opatrenia zamerané na celú populáciu najúčinnejšie a najekonomickejšie.

Najefektívnejšou cestou kontroly aterosklerózy je preventia jej RF u detí a mládeže. Preventívne programy sa musia zameráť na tie determinány, ktoré podmieňujú rozvoj zdravého správania sa detí. Predovšetkým je to rodina, kde sa toto správanie detí formuje. Politika podporujúca zdravie a blaho rodiny, na prvom mieste matiek, je pre zdravie detí najpodstatnejšia. K tomu je potrebné v našich podmienkach posilňovať zodpovednosť rodičov za ich deti, čo sa doposiaľ diaľo minimálne. Deti a rodičia tu už nepredstavujú iba objekt zdravotníckej starostlivosti, ale vystupujú aj ako jej jedinečný subjekt.

Nadálej sa musí pokračovať v posilňovaní spoluzodpovednosti verejnosti za vlastné zdravie a za vytvorenie žiadúcich socio-ekonomickej podmienok. Veď nejde iba o prevenciu choroby, ale aj o podporu zdravia. Je to vysoko aktívny, namáhavý a zložitý proces, vyžadujúci si veľké úsilie od realizátorov (spoločnosti, jednotlivca – laika, zdravotníka).

Pri hodnotení kardiovaskulárnej epidemiologickej a spoločensko-zdravotnej situácie na Slovensku v konfrontácii s odporúčaniami EKS je potrebné vyzdvihnuť niektoré skutočnosti:

1. Klúčom k zníženiu týchto KCHS u nás v nasledujúcich rokoch je úsilie o zmenu sociálnych, ekonomických, kultúrnych určovateľov životného štýlu populácie. Na druhej strane je tiež dôležitý klinický, individuálny prístup, odhalenie vysoko rizikových osôb alebo pacientov s rozvinutou KCHS je súčasťou stratégie v prevencii KCHS. Avšak tento prístup má iba obmedzený dopad na globálnu prevenciu a kontrolu KCHS a treba ho považovať za doplnkový k populáčnej stratégii prevencie.
2. Napriek tomu európske odporúčania upozorňujú na význam sekundárnej prevencie, ktorá sa uplatňuje u jedincov s klinicky manifestou KCHS. Odporúčania zahŕňajú do sekundárnej prevencie aj profylaktické podávanie liekov a obohacujú ju o nový rozmer, ktorý poskytuje neobmedzený priestor pre aktívnu spoluprácu lekára s pacientom.
- Zdravotnícky pracovník, ktorý uplatňuje v prevencii KCHS európske odporúčania, má v rukách účinný prostriedok. Musí plne pochopiť fakt, že KCHS je multifaktorové ochorenie, že RF sa navzájom potenčujú, že sa liečia ľudia a nie iba izolované RF. Každému vhodnému jedincovi môže správnym použitím primárnych a sekundárnych preventívnych opatrení pomôcť predĺžiť prežívanie a prispieť k zníženiu úmrtnosti a chorobnosti na KCHS. Zodpovednosť a postavenie, ktoré dáva zdravotníckym pracovníkom táto prepracovaná koncepcia prevencie KCHS, si týči musí uvedomiť a osvojiť a podľa nej aj konáť. V realizácii prevencie KCHS zohrávajú nezastupiteľnú úlohu aj sestry (všeobecné, diétne, sociálne, geriatrické a ďalšie). Ich podiel na intervencii proti RF aterosklerózy u ohrozených a u chorých je podstatný a bude narastať spolu s ďalším rozvojom kardiovaskulárnej medicíny.
3. Medzi európskymi krajinami sú rozdiely v úrovni a dostupnosti zdravotníckej starostlivosti, a to najmä vzhľadom na vysoko technický náročné diagnostické prístroje, na počet revascularizačných operácií myokardu alebo na nové drahé liečivá. Ukázalo sa však, že tieto rozdiely majú vplyv na úhrnnú koronárnu úmrtnosť, na differenciu medzi štátmi v tejto úmrtnosti a na jej trendy a vôbec nijaký vplyv na celkový výskyt KCHS. Tieto skutočnosti sa zatiaľ v zdravotníckej politike SR plne neuplatňujú.
4. V každej krajinе sú kardiologovia a sestry pracujúci v tomto odobre formovateľmi verejnej mienky týkajúcej sa KVCH a ich pozitívny postoj a aktívna úloha v podpore prevencie KCHS majú veľký význam.
- Dlhodobou praxou sa overilo, že realizácia prevencie SCCH je náročná na odbornosť, na aktivitu – angažovanosť, na morálne a etické kvality lekárov a SZP.
- Zamyšľanie sa nad vývojom na poli SCCH je neoddeliteľne späté s úvahami o budúcnosti kardiologie. Choroba a intervencia sú dve spojité nádoby.
- Budúcnosť kardiologie, tak klinickej, ako aj experimentálnej, v prvých dekádach 21. storočia budú závisieť od toho, ako budú vznikať nové poznatky o SCCH, ako sa budú tieto prijímať a pre-

nikať do praxe a ovplyvňovať systém starostlivosti o zdravie, čo povedie k eradikovaniu SCCH. Cieľom je, aby stúpajúca úroveň starostlivosti o zdravie bola pre chorých kardiakov čo najväčším prínosom a aby pre špecialistov – kardiológov zabezpečila v tejto starostlivosti vedúcu úlohu, ktorá sa musí premietnuť tiež do prevencie, výskumu a ďalšieho vzdelávania.

Budúci priaznivý vývoj kardiologie sa má podľa najnovších názorov realizovať na troch úroviach ako:

1. Nové smery, vývojové trendy.
2. Rozšírenie existujúcich štruktúr, programov a možností.
3. Plynulá nadväznosť na predchádzajúce výsledky a ďalšia konsolidácia.

Na splnenie týchto plánov majú slúžiť smery rozvoja kardiologie vytýčené Európskou kardiologickou spoločnosťou (EKS) na najbližšie roky. Ich heslovitá charakteristika je v ďalšom texte.

Smer č. 1. Zvýšiť prezentovanie pôvodného, základného kardiologickej výskumu, zvýrazniť úlohu molekulárnej biológie a genetiky v patogeneze SCCH, zlepšiť prepojenie základného a aplikovaného kardiovaskulárneho výskumu. Základný výskum predstavuje oblasť, ktorá bude v budúnosti hlavným podielom formovať kardiovaskulárnu medicínu a kardiológ 21. storočia musí byť v tejto oblasti primepane vzdelaný.

Smer č. 2. Ďalej zvyšovať podporu medzinárodných expertných skupín, ktoré sú základnou zložkou vedeckej aktivity v rámci EKS tak, aby stúpala ich odborná úroveň a priaznivo ovplyvňovala kvalitatívny rast kardiologie.

Smer č. 3. Podporovať a rozvíjať spoluprácu s inými význačnými odbornými spoločnosťami na poli kardiovaskulárnej medicíny. Špeciálnu pozornosť venovať kontaktom s kardiovaskulárnou chirurgiou, pediatrickou kardiologiou, so základným kardiovaskulárnym výskumom, nukleárnom medicínom, aktivitami v oblasti aterosklerózy, artériovej hypertenze, hemostaziológiu a koordinovanie aktivít s odbornými kardiologickými spoločnosťami a združeniami pôsobiacimi na americkom kontinente.

Smer č. 4. Rozvíjať vzdelávaciu činnosť v kardiологии a rozširovať ju z vyučovacieho centra EKS (sídliaceho pri Nice) do ďalších vyučových základných rozmiestnených po celej Európe, vytvoriť náplň a kritériá na udelenie „Európskeho diplomu z kardiologie“. Vytvoriť jednotný systém kontinuálneho vzdelávania v kardiологии a zabezpečiť, aby tento systém akceptoval Výkonný výbor pre získanie špeciality z medicíny pri ES a stal sa súčasťou náplne vzdelávania v kardiологии v celoeurópskom meradle.

Smer č. 5. Napomáhať pri zvyšovaní úrovne kardiologie v poststalitných európskych štátach poskytovaním školiacich a výskumných programov, umožnením študijných pobytov poslucháčom medicíny a kardiologom v zemiacach Európskeho spoločenstva (ES), prípravou odborníkov, ktorí by zabezpečili v domácich štátach ďalšiu výchovu v praktickej a teoretickej kardiологии.

Smer č. 6. Zriadíť v tesnej spolupráci s významnými svetovými kardiologickými spoločnosťami globálmu počítačovú spojovaciu sieť cez Internet alebo cez iné novovyvinuté systémy: a) ako prostriedok rýchleho rozšírenia informácií medzi kardiogmi, b) ako zdroj informácií pre verejnú inštitúciu, správne a riadiace úrady, c) ako súčasť siete pre zdravotné poisťovne a kardiovaskulárny výskum.

Smer č. 7. Prispievať ku kvalite starostlivosti o chorých tvorbou a vydávaním: a) návodov a odporúčaní pre diagnostiku a liečbu SCCH, b) programov pre kontrolu liečby, c) programov pre vyhodnotenie využívania liečebných nákladov (cost effectiveness).

Toto sú najúčinnejšie spôsoby, ako zabezpečiť štandardizáciu

diagnostického a terapeutického postupu v kardiovaskulárnej medicíne. Štandardizácia je jednou zo základných metód umožňujúcich skvalitnenie úrovne odbornej medicínskej starostlivosti a usmerňovania pacienta. Je to nová oblasť, ktorá poskytuje priestor kardiológom v ich medzinárodnej spolupráci, v integrovaní postupov pri kontrole kvality a v zdokonaľovaní počítacových a expertných systémov. Návrhy a odporúčania nadobúdajú v súčasnej klinickej kardiologii čoraz väčší význam a predstavujú jej nenhraditeľnú zložku. Je to najmä pri tých chorobných jednotkách, kde nie je názorová zhoda pre početné a často protichodné údaje.

Smer č. 8. Zvyšovať aktivitu a vplyv ES a tak upevniť postavenie EKS v tejto organizácii, pretože ES zohráva stále závažnejšiu úlohu v podpore základného a aplikovaného zdravotníckeho výskumu.

Smer č. 9. Prostredníctvom komunikačných médií: a) zvyšovať zdravotné uvedomenia verejnosti o dopade SCCH na celkovú morbiditu a mortalitu obyvateľstva, b) zabezpečiť, aby médiá dostali adekvátné informácie od príslušných odborníkov, c) zlepšiť styk EKS a národných kardiologických spoločností s médiami.

Médiá hrajú v súčasnosti na celom svete rozhodujúcu úlohu v tvorbe a formovaní vedomostí verejnosti o zdraví. Napriek tomu, že SCCH sú trvale najväčším zabijákom populácie, priestor, ktorý im poskytujú masovo-komunikačné prostriedky, nezodpovedá ich zdravotnej a spoločenskej závažnosti. Treba predovšetkým zvýrazniť význam primárnej a sekundárnej prevencie v kontrole SCCH, pretože ani vysoko sofistikovaná medicínska technika podstatne neovplyvnila nepriaznivú epidemiologickú situáciu v oblasti SCCH.

Dnes je hlavne v Severnej Amerike tendencia považovať SCCH za rozriešený problém, ktorý nevyžaduje takú finančnú podporu (pre liečbu a výskum), ako napr. infekčné choroby, osobitne prenášané HIV. Význam SCCH rastie so starnutím populácie (čo je výrazný jav vo vyspelých krajinách), ktorá potrebuje na kardiovaskulárnu starostlivosť zvýšené náklady. Paralelne rastie tiež počet osôb so zníženou pracovnou schopnosťou a invaliditou pre SCCH, hlavne podmienené aterosklerózou.

Najnovšie dokumenty Svetovej zdravotníckej organizácie a EKS súhlasne prichádzajú k záveru, že celospoločenská a samozrejme aj zdravotná závažnosť SCCH bude narastať aj v budúcom storočí. Konštatuje sa, že v r. 2020 na celom svete sedem z desiatich smrťí spôsobia neinfekčné choroby. Koronárna choroba srdca sa z terajšieho piateho miesta (1990) dostane v r. 2020 na prvé miesto v úmrtnosti spomedzi všetkých chorôb a navyše cerebrovaskulárne choroby postúpia zo šiesteho miesta na štvrté. Tento nepriaznivý trend sa musí odraziť v intenzívnej intervencii proti SCCH. V poslednom období (poukazujú na to viaceré skutočnosti), akoby sa vyspelé štáty, ktoré dosiahli v minulých rokoch výrazné úspechy v boji proti SCCH, uspokojili. V oficiálnych dokumentoch sa SCCH dostávajú v prioritách zdravotnej štátnej politiky do úzadia (správa Európskeho spoločenstva z 12. februára t. r., Brusel). Európska kardiologická spoločnosť k tomuto pomylenému názoru pripravila zásadné stanovisko, v ktorom sa uvádzá, že aterosklerózou podmienené SCCH zostávajú vopred záujmu kliníkov, ako aj výskumných pracovníkov. Neustále treba zlepšovať tak prevenciu aterosklerózy, ako aj liečbu, vrátane intervenčných katetizačných a chirurgických postupov. Konečnou hlavnou príčinou smrti kardiakov už v blízkej budúcnosti bude srdcové

zlyhanie. Tu sa okrem konzervatívnej liečby úsilie zameriava na preventiu artériovej hypertenze, malígnych dysrytmii, na zvýšenie počtu implantovaných kardioverter-defibrilátorov, na transplantáciu srdca a na mechanické podporné systémy pre cirkuláciu. Veľa sa očakáva od bioinžierskych techník a informačných procesov pri diagnostike (najmä skorej) a liečbe SCCH novým preventívnym a terapeutickým postupom. Stále viac sa bude uplatňovať molekulová genetika, magnetické zobrazovacie techniky, elektrónová lúčová tomografia (MBT). Základný kardiovaskulárny výskum si udrží svoje významné postavenie. Je teda neoddiskutovateľné, že vývoj kardiovaskulárnej medicíny pôjde aj ďalej prudko dopredu, čoho dôsledkom bude vznik nových zložitých diagnostických metód, nových špecializačných smerov, či odvetví v rámci samostatnej kardiologie.

Pred kardiológmi tu vyvstala otázka, kto to bude vykonávať, kto zvládne všetky tieto medicínske prístupy a kto ich bude interpretovať, syntetizovať do jednotného celistvého pohľadu na pacienta. Bude to zaiste robiť kardiológ – odborník, vychovaný z hľadiska súčasného a blízkeho vývoja, majúci čoraz kvalitnejšie teoretické a klinické vedomosti. Výchova kardiálogov musí byť podstatne náročnejšia ako doteraz a systém kontinuálneho vzdelávania v kardiologii musí zabezpečiť osvojenie si najvýznamnejších poznatkov a návykov zo základného, ako aj aplikovaného klinického kardiovaskulárneho výskumu.

Jednou z naliehavých úloh je prispôsobiť vysoko technicky sofistikované diagnostické a liečebné postupy potrebám a požiadavkám primárnej starostlivosti, vrátane zvýšenia podielu špecialistov a ich priblíženiu k tejto zdravotníckej starostlivosti, napr. zvýšiť účasť kardiálogov v usmerňovaní pacientov po prekonanom infarkte myokardu. Jestvuje mnoho dôkazov z USA, že v tomto vedení pacientov majú kardiálogovia podstatne lepšie liečebné úspechy ako praktickí lekári.

Vývoj vo všetkých vednych oblastiach, vrátane medicíny, smerujúci od všeobecného ku špeciálemu, je zákonitý, nemožno ho podceňovať, nevŕšiť si ho alebo ho zvrátiť. Nevedie len k dezinTEGRACII a z toho vyplývajúcim negatívnym dôsledkom, ale je to aj fenomén, ktorý zvyšuje závažnosť a význam kardiovaskulárnej medicíny a otvára pre ňu ďalšie bádateľské (a potom aj liečebné) perspektívy. Stojíme tu pred fažkou, zdanivo bezvýhodiskovou situáciou udržať integritu odboru. Teda už dnes aj kardiología, nielen interná medicína, stojí pred rovnakými otázkami. Treba ich riešiť uváživo, systematicky, pri prísnom rešpektovaní domáčich podmienok a domáceho vývoja danej disciplíny a so zreteľom na zahraničné skúsenosti. Výsledkom má byť taký systém prepojenia internej medicíny (všeobecného odboru) a kardiologie (ako špecializovaného odboru) a prepojenie medzi kardiálogiou a jej subšpecializáciami, aby zaručoval čo najlepší spôsob a najvyššiu úroveň poskytovania zdravotníckej starostlivosti, aby bol pre lekára a jeho pracovný team príťažlivý, atraktívny, uspokojujúci ich profesionálne ambície a pre chorého užitočný, netraumatizujúci, vysoko účinný a rešpektujúci jeho osobnostnú integritu.

*Do redakcie došlo:
15. septembra 1997*

*Adresa autora:
Prof. MUDr. I. Riečanský, CSc.
Hlaváčikova č. 12
841 05 Bratislava*

Ochrana a podpora zdravia – náčrt stratégie* pre dvadsiateprvé storočie*

Súhrn: Autori sa zaobrajú stratégiou a perspektívou zdravotnej politiky, ochrany a rozvíjania hladín zdravia. Venujú pozornosť novej definícii úloh a zodpovednosti na scéne zdravotníctva a úlohám vlády pri zabezpečovaní ochrany životného prostredia pre 21. storočie. Všetky zmeny charakterizuje rýchlosť, s ktorou prebiehajú, ich komplexnosť, nepredvídateľnosť a ich vzájomná späťosť. Svetová zdravotnícka organizácia - Regionálny úrad pre Európu pripravil v r. 1997 novelizovaný návrh programu Zdravie pre všetkých pre 21. storočie - zdravotná politika pre Európu. V r. 1998 bude dvadsiate výročie Deklarácie v Alma-Ate o zdraví pre všetkých cestou primárnej starostlivosti. Vyžaduje to analýzu úspechov a chýb doterajšieho úsilia a prípravu budúcich stratégii.

Kľúčové slová: ochrana a podpora zdravia, stratégia pre dvadsiateprvé storočie.

Od konferencie OSN o životnom prostredí a rozvoji v Rio de Janeiro v r. 1992 Agenda 21 a ukazovatele trvalo udržateľného rozvoja (1) uplynulo päť rokov. Približuje sa tiež dvadsiate výročie deklarácie z Alma-Aty (1978) o zdraví pre všetkých v rámci primárnej starostlivosti.

Cieľom tohto článku je stimulovať na pozadí trendov doterajšieho vývoja diskusie o súčasnom stave a perspektívach ochrany a podpory zdravia, vyplývajúce z uvedených dvoch a ďalších historických konferencií: Medzinárodná konferencia o výžive (Rím, 1992), Svetová konferencia o ľudských právach (Viedeň, 1993), Medzinárodná konferencia o populácii a rozvoji (Káhira, 1994), Svetový „summit“ pre sociálny rozvoj (Kodaň, 1995) a Svetová konferencia o ženách (Peking, 1995). Všetky uvedené konferencie zdôraznili ústrednú pozíciu zdravia vo vzťahu k rozvoju.

A. Prvý okruh sa týka stratégie a perspektív zdravotnej politiky: krátkodobá a dlhodobá realita

V tvorbe a uplatňovaní súčasnej zdravotnej politiky je rozpor medzi potrebami zdravotnej starostlivosti, nárokmi a požiadavkami modernej medicíny a medzi reálnymi ekonomickými možnosťami spoločnosti tieto potreby a požiadavky plniť. Situácia v SR a aj v ďalších krajinách strednej a východnej Európy je do istej miery špecifická a mimoriadne zložitá, pretože sa odohráva v prostredí komplexnej prestavby politického, ekonomického, sociálneho

a právneho systému, ktoréj súčasťou je aj transformácia celej sústavy starostlivosti o zdravie.

Všeobecne rozšírená definícia zdravia SZO kladie do popredia skôr subjektívne vnímanie „somatického, psychického a sociálneho uspokojenia“. Iné formulácie sa usilujú viac zdôrazniť objektívne procesy a prejavov vzájomných interakcií ľudského organizmu a prostredia.

Determinantmi zdravia rozumieme príčiny a podmienky utvárajúce a ovplyvňujúce zdravotný stav obyvateľstva. Keď uvažujeme o zdravotnom stave nášho obyvateľstva a o výhľadoch jeho ďalšieho vývoja, možno opatrenia na zlepšenie veľmi nepriaznivého zdravotného stavu nášho obyvateľstva rozdeliť do štyroch základných postupov alebo stratégii:

1. Opatrenia na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva.
 - 1.1. *Stratégia ochrany zdravia (primárna prevencia z hľadiska spoločenského)* sa zameriava predovšetkým na ochranu a zlepšovanie životného prostredia. Sem patrí aj starostlivosť o pracovné prostredie a bezpečnosť pri práci, ochrana pred úmyselnými poškodeniami zdravia a úrazmi a starostlivosť o zdravotnú nezávadnosť potravín. Všetky tieto súčasti starostlivosti o ochranu sa zameriavajú viac na spoločnosť ako na jednotlivca a podstatná časť ich realizácie spadá mimo rámca možností zdravotníctva .
 - 1.2. *Stratégia rozvíjania zdravia* sa zameriava najmä na zdravý spôsob života. Medzi priority v tejto oblasti patrí správna výživa, rozvíjanie fyzickej a psychickej zdatnosti, podstatné obmedzenie fajčenia, pitia alkoholu a užívania psychoaktívnych látok, plánované rodičovstvo a ďalšie. Na plnenie úloh v tejto oblasti sa musí zameriavať najmä výchova v rodine, školské a mimoškolské výchovné a vzdelávacie programy, ako aj legislatívne, ekonomické a sociálno-kultúrne opatrenia. Úlohou zdravotníctva je vypracovať kvalifikované podklady a prispievať k realizácii jednotlivých úloh.
 - 1.3. *Stratégia zdravotníckej prevencie* zahrňuje v primárnej rovine najmä skríning, imunizáciu, poradenstvo a v sekundárnej a následnej starostlivosti ďalšie opatrenia (2).
 - 1.4. *Stratégia merania hladín zdravia* zahrňuje zisťovanie incidence a prevalencie špecifických chorôb a syndrómov, meranie somatických a duševných podmienok, sociálnych funkcií jednotlivcov a populačných skupín, ich správanie alebo posteje k zdraviu. Do

úvahy sa berú aj demografické fenomény, dostupnosť a využitie zdravotníckych služieb atď. Tieto podklady majú byť orientáciou pre riadiacu sféru z hľadiska alokácie zdrojov, monitorovanie a plánovanie zdravia, rozvoja inovácií pri jeho zabezpečovaní, resp. prehodnocovanie doterajších programov (3).

Prognóza v uvedených štyroch oblastiach je z krátkodobého a dlhodobého hľadiska veľmi zložitá, pretože závisí najmä od týchto determinantov: demografická situácia a jej ďalší vývoj, charakter a priebeh sociálno-ekonomickej transformácie a jej projekcie do sociálnej stratifikácie spoločnosti, životného prostredia a spôsobu života, resp. stav zdravotníctva a ďalšieho vývoja transformácie jeho sústavy. Tieto javy a procesy úzko súvisia s posunmi hodnotovej hierarchie jednotlivcov a spoločnosti.

B. Nová definícia a zodpovednosť všetkých účastníkov na scéne zdravotníctva

V tejto súvislosti sa zdôrazňuje medzirodvetvová spolupráca na dosiahnutie zdravotných cieľov, čo je základný princíp stratégie, ktorú schválili na Medzinárodnej konferencii primárnej starostlivosti (4). Nová stratégia preorientovala priority v sektore zdravotníctva s novým pohľadom na primárnu zdravotnú starostlivosť. S tým súvisí pohyb od perspektívy zdravia, prevažne orientovanej na chorobu a liečbu, na účinnú prevenciu chorôb, udržanie a podporu zdravia. Faktory, ktoré pôsobia na zdravie, možno nájsť vo všetkých rozhodujúcich sektoroch (priemysel, energia, poľnohospodárstvo a doprava), prispievajúcich k sociálno-ekonomickejmu rozvoju.

V posledných rokoch sa ukázalo, že je potrebné prehodnotiť rozvojové koncepcie a indikátory so záverom, že zlepšenie zdravia má mimoriadny význam v samotnom rozvoji spoločnosti. Význam meniaci sa zdravotnej situácie u nás je v tom, že poskytuje jeden z najvýznamnejších indikátorov kvality rozvoja. Národné stratégie rozvoja – ich vplyv na sociálnu situáciu v rozličných regiónoch krajiny a zraniteľné skupiny obyvateľstva majú ďalekosiahle účinky aj na zdravotnú situáciu.

Odvetvové programy a projekty mimo zdravotníckeho rezortu majú veľký vplyv na zdravie a to nielen pozitívny, ale aj negatívny (napr. poľnohospodárstvo má rozhodujúci vplyv na dostatok potravín, ale môže spôsobiť aj degradáciu biologických vlastností pôdy). Týka sa to aj ostatných odvetví, najmä priemyslu a energie.

Podpora zdravia a prevencia chorôb vyžaduje zdravotné stratégie, ktoré majú schopnosť identifikovať zdravotné riziká a podmienky, spôsobujúce ochorenia aj v iných odvetviach. To má závažné dôsledky pre systém plánovania a alokáciu zodpovednosti jednotlivých odvetví (5, 6).

Zdravotné ciele je preto potrebné inkorporovať ako časť cieľov odvetví. Zdravotné hľadiská ich rozvojových zámerov sa musia veľmi jasne formuľovať. Bude to vyžadovať veľké zmeny v procesoch plánovania rozvoja a alokácie zdrojov. Je to zložité, pretože je nedostatočok mechanizmov pre medzirodvetvové aktivity a koordináciu ochrany zdravia. Súvisí to s tým, že systém plánovania organizuje bežné rozvojové aktivity vertikálne v odvetviach, neberúc dostatočne do úvahy horizontálne väzby s veľkým synergickým vplyvom na rozvoj (7).

Vyjadrenie zámerov ochrany zdravia ako zložky aktivít príslušných odvetví je dôležitá kolektívna úloha, v ktorej musia jednotlivé odvetvia úzko spolupracovať. Aktívna úloha zdravotníctva je pritom významná pri inkorporácii cieľov a zdravotných kritérií do stratégii, cieľov a programov. Zdravotnícky sektor môže tiež pomôcť pri monitorovaní a vyhodnocovaní zdravotných dôsledkov projektov. To umožní predvídať negatívne zdravotné účinky a zabrániť im. Posilní

a podporí sa tým aj kladný vplyv na zdravie. Keď sú zdravotné ciele v konflikte so záujmami iných odvetví, osobitné úsilie vyžaduje nájsť riešenie tak, aby sa neprejavili nepriaznivé účinky.

Pri plnení uvedených cieľov si zdravotnícky sektor a príslušné ďalšie odvetvia budú vyžadovať vnútorné prispôsobenie a zmenu orientácie. Národný systém ako celok má mať schopnosť uvedomiť si, že zdravie je integrálnou súčasťou celého procesu sociálneho a ekonomickejho rozvoja.

Odvetvie zdravotníctva má celkový prehľad o zdravotnom stave obyvateľstva. Bude však potrebné získať plastický obraz aj o meniacom sa zdravotnom profile vo vzáahu k sociálno-ekonomickej zmenám, ktoré prebiehajú. V spolupráci s ostatnými odvetviami je tiež potrebné pripraviť analytickej nástroje a metodológie na identifikáciu a monitorovanie zdravotných účinkov rozvojových zámerov a programov ostatných odvetví.

C. Úlohy vlády v zabezpečovaní zdravého životného prostredia (environmentálna politika)

Keď sa má dosiahnuť zdravie pre všetkých, je potrebné nové spojenectvo pre zdravie. Ochrana a podporu zdravia je potrebné chápať v najširšom kontexte. V predošom článku (6) sme zdôraznili, že zdravie je vitálnym medzirezortným problémom. Závisí od sústavného prísnu environmentálnych zdrojov a integrity prostredia. Je zjavné, že v posledných rokoch nadobudli problémy životného prostredia nové dimenzie. Charakter rozvoja potrebný pre zdravie a kvalitu života závisí od mnogých podmienok, zahrnujúcich aj prostredie, ktoré rozvoj bez rešpektovania ochrany životného prostredia by bezpochyby spôsobil poruchy zdravia terajšej a budúčich generácií.

V rámci plnenia prioritných úloh vláda SR prijala v januári 1996 Akčný plán pre prostredie a zdravie na Slovensku. Tento akčný plán definuje prioritné problémy v problematike prostredia a zdravia, navrhuje konkrétné spôsoby ich riešenia, podáva informáciu o stave prostredia v SR, vrátane legislatívneho zabezpečenia a dáva predpoklady na splnenie medzinárodného záväzku SR predložiť na európske politicko-odborné fórum nás národný program riešenia problematiky prostredia a zdravia najneskôr do r. 1997.

Akčný plán je vypracovaný na základe Akčného plánu pre prostredie a zdravie pre Európu, ktorý prerokovali na druhej európskej konferencii ministrov zdravotníctva a ministrov životného prostredia v Európe (Helsinki, jún 1994).

Základnými koncepcnými dokumentmi v oblasti ochrany prostredia a zdravia sú Národný program podpory zdravia SR, Štátна zdravotná politika, koncepcia štátnej politiky ochrany zdravia, Stratégia, zásady a priority environmentálnej politiky a Koncepcia bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v SR.

Primárnym cieľom týchto dokumentov je zastaviť zhoršujúci sa trend zdravotného stavu obyvateľstva, zlepšiť jeho životné prostredie v súlade s programom SZO Zdravie pre všetkých do roku 2000, znížiť výskyt rizikových faktorov najrozšírenejších ochorení (srdcovocievnych a nádorových ochorení a chorôb pohybového aparátu) s cieľom dosiahnuť predĺženie aktívneho obdobia ľudského života a postupné predĺženie strednej dĺžky života pri narodení, vytvoriť účinné postupy a metódy kontroly a zabezpečiť medzirodvetvovú spoluprácu, ako sme uviedli vyššie.

V tejto súvislosti má biomedicínska veda nezastupiteľnú úlohu pri získavaní nových poznatkov. Dobrá veda v rámci multidisciplinárnej spolupráce s praxou a podporená optimálnym personálnym a technickým vybavením tvorí stavebné ka-

mene na ceste k zdraviu pre všetkých. Dôvera verejnosti sa zvyšuje, keď je presvedčená o tom, že opatrenia na ochranu zdravia sa opierajú o vedu a jej aktivity na základe objektívnych faktov. Dôležitým spojencom vedy je využitie špičkovej technológie komunikácie. V 21. storočí bude sila ľudského výrazu a komplexnosť systémov pre komunikačné technológie úcinnou zbraňou prevencie. Úlohou vedcov je tiež poskytovať verejnosti a masmédiám presné, včasné, vyvážené a objektívne informácie a chrániť ju pred dezinformáciami v takých závažných otázkach, ako je ochrana zdravia a životného prostredia.

Hospodársky rast je u nás predpokladom udržateľného rozvoja. Rast je potrebný nielen zo sociálneho hľadiska, ale aj pre riešenie problémov životného prostredia, ochrany zdravia a kvality života. Musí sa však zmeniť podstata a kvalita rastu. Hranice určuje príroda, ktorú treba rešpektovať, pretože inak budú dôležité, život podporujúce systémy neodvratne poškodené. Aj tu treba prejsť v našej krajine od liečby k predvídaniu a prevencii ako súčasti globálnej charty zdravia a kvality života.

D. Hodnotenie dosahu zdravotnej starostlivosti rôznych stratégii a prístupov z pohľadu prevencie

Nároky na zdravotnícku sústavu sú rozsiahle a mnohotvárne, v niektorých smeroch viac, v iných menej zreteľné. Berúc do úvahy očakávané vývojové tendencie zdravotného stavu, mali by sa priorítne sústreďovať na prevenciu chorôb, avšak zabezpečiť pritom aj aktuálnu diagnostiku a liečbu. Riešenie uvedených problémov nemožno spísať do administratívnych noriem a direktív. Koncepcia budúceho vývoja by mala odrážať určitú funkčnú a organizačnú flexibilitu. Mal by sa vytvárať optimálny priestor pre tvorivú koncentráciu na strategické ciele a smery, ktoré vyplývajú z predpokladaných tendencií vývoja zdravotného stavu nášho obyvateľstva.

Z dôležitých poznatkov možno vysloviť niektoré všeobecné závery, ktoré budú mať mimoriadny význam nielen z hľadiska ochrany zdravia, ale aj kvality života.

E. Závery pre koncepciu a tvorbu zdravotnej politiky

1. Klúčovým problémom medicíny bude hľadanie a rozširovanie možností účinnej prevencie chorôb a podpory zdravia.
2. Miera a intenzita presunu fažiska starostlivosti o zdravie bude závisieť najmä od strednej dĺžky života pri narodení, vzdelania a kultúrnej úrovne, a hrubého domáceho produktu na osobu ako sumárneho indexu kvality života. Čím vyšší stupeň sa v týchto oblastiach dosiahne, tým menej bude sféra prevencie „luxusným tovarom“. Jej úloha sa bude, naopak, prejavovať ako významný príspevok do hodnotového bohatstva a bude aj faktorom, ktorý bude podstatne znižovať náklady na starostlivosť o zdravie.
3. Predpokladaný rozvoj medicíny zvýrazní odborné a finančne náročné diagnostické a liečebné postupy na zvládnutie chorobných stavov. Jej úspechy súčasne umožnia záchranu a predĺženie života so súčasným zvyšovaním nárokov na zdravotné služby a na nevyhnutné ďalšie náklady.
4. Je zjavné, že vo vzťahu k zdraviu bude sa musieť podstatne viac uplatňovať úloha každého jednotlivca. Súvisí to s tým, že súčasným problémom chorobnosti možno, okrem dobre definovaných výnimiek, predísť nielen celospoločenskimi opatreniami, ale v rozsahu približne 50% aj úpravou spôsobu života. V tomto kontexte je „spôsob života“ synonymom pre jeho dve zložky: prostredie a správanie človeka.

Treba hľadať účinnejšie cesty na povzbudenie ľudí, aby zodpovedali za vlastné zdravie, správanie a životný štýl, ktoré ho ovplyvňujú. Ukázalo sa tiež, že samotné poskytovanie možností a príležitostí nezabezpečuje, aby ich ľudia využívali, a že paternalistický prístup nezaručuje najlepšiu voľbu pre zdravie. Nabáda to preto aj k lepšiemu využitiu vedy o správaní ľudí a programov komunikácie s obyvateľstvom.

Zo stručného pohľadu na uvedenú komplexnú problematiku vyplývajú tieto strategické smery štátnej zdravotnej politiky v SR:

Prioritné zameranie na:

- **detskú populáciu a mladú generáciu** (prevencia a výchova k zdrávemu spôsobu života, plný návrat k zdraviu v prípade choroby)
- **populačné skupiny stredného veku** (podpora zdravia, posilňovanie jeho potenciálu, optimálny návrat zdravia a sociálneho začlenenie v prípade choroby)
- **najstaršie populačné skupiny** (primerané udržiavanie potenciálu zdravia, sociálno-lekárska starostlivosť smerujúca k aktívnomu a dôstojnému prežitiu staroby)
- **všetky vekové kategórie** (špecificky zameraná starostlivosť o rizikové a handicapované skupiny obyvateľstva).

Svetová zdravotnícka organizácia (Regionálny úrad pre Európu v Kodani) pripravila v apríli 1997 návrh programu Zdravie pre všetkých pre 21. storočie – zdravotná politika pre Európu (8), ktorý je predmetom posudzovania. Potreba novelizácie programu vyplýva najmä z týchto trendov vývoja: globalizácia obchodu, cestovanie a technológie, urbanizácia a rast „megamiest“, väčšie rozdiely medzi bohatými a chudobnými, zmenené koncepcie zdravia, zvýšenie výskytu neinfekčných chorôb, meniac sa „tvár“ infekčných chorôb a ohrozenia zo životného prostredia.

Uvedené zmeny charakterizuje rýchlosť, s akou prebiehajú, ich komplexnosť, nepredvídateľnosť a ich vzájomná prepojenosť, čo podstatne zvýši nároky na schopnosť sústavného prispôsobovania.

Napriek pokrokom za posledných 20 rokov Stratégii zdravia pre všetkých začína ostrá bariéra medzi „klinickou medicínou“, podporou zdravia a prevenciou chorôb a jej nízka celospoločenská autorita v praxi. To sa odráža aj v postojoch vlád, zdravotníckych pracovníkov a aj širokej verejnosti. Je preto potrebné, aby merateľné zlepšenia zdravia ľudí stali sa konečným kritériom porovnávania jednotlivých strategických prístupov a výsledkov zdravotníckej politiky.

Vzhľadom na osobnú závažnosť programu Zdravie pre všetkých pre 21. storočie – zdravotnícka politika pre Európu je potrebné sa uvedenou problematikou v ďalšom období sústavne zaoberať. Súvisí to aj s tým, že v r. 1998 bude 20. výročie konania Medzinárodnej konferencie o primárnej zdravotnej starostlivosti v Alma-Ata. Vzhľadom na to, že choroby nepoznajú hranice, zdravie pre všetkých je vecou každého, kto chráni verejné zdravie. To obsahuje aj heslo „Zdravie pre všetkých“.

Literatúra: 1. Agenda 21 a ukazovatele trvalo udržateľného rozvoja. Ministerstvo životného prostredia SR, Bratislava, 1996, 517 s. – 2. Rosival, L.: Súčasný stav a perspektívy prevencie chorôb. V: Preventívna medicína, Rosival, L., Zikmund, V. a spoluprac., Martin, Osveta 1992, 369 s. – 3. Kostrzewski, J.: Preface. Measurement of levels of health. WHO Regional Publications European Series No 7, Copenhagen 1979, s. 9–10. – 4. Conference on Primary Health Care (Alma-Ata, 1978). – 5. Intersectorial Action for Health. Technical discussions, Geneva, May 1986. Backround document. WHO,

Geneva, 124 s. – 6. Rosivalová, A., Rosival, L.: Prostredie, zdravie a udržateľný rozvoj z hľadiska uplatnenia ekonomických nástrojov. Lek Obzor 46, 1997 č.4, s.107–109. – 7. Health dimensions of economic reform. WHO Geneva, 1992, 66 s. – 8. Health for All for the 21th century – Copenhagen, The Health Policy for Europe, WHO Regional Office for Europe, 174 s.

Do redakcie došlo:
10. septembra 1997

Adresa autorov:
Prof. MUDr. L. Rosival, DrSc.
ul. Ľ. Zúbka č. 7
841 01 Bratislava

A. Pukančíková, M. Slováková, M. Brix
Interné oddelenie Železničnej NsP v Bratislave

Čistenie, dezinfekcia a sterilizácia gastrointestinálnych endoskopov z pohľadu endoskopickej sestry

Súhrn: Autori podávajú prehľadnú informáciu o problematike čistenia a dezinfekcie prístrojov používaných na gastrointestinálnu endoskopiu. Všimajú si nejednotnosť postupov a požiadaviek na čistenie prístrojov zo strany orgánov hygienickej služby, podávajú prehľad základných pojmov, prehľad súčasných dezinfekčných prostriedkov vhodných pre endoskopy a uvádzajú aj predbežný návrh správneho postupu pri čistení gastrointestinálnych endoskopov. Vychádzajú pri tom zo zahraničných materiálov (českých a nemeckých), ktoré sú takmer identické s odporúčaním Európskej spoločnosti pre gastrointestinálnu endoskopiu (ESGE).

Kľúčové slová: čistenie, dezinfekcia, sterilizácia, gastrointestinálna endoskopia.

Úvod

Dôsledná a správna očista, dezinfekcia a sterilizácia (ďalej len čistenie) má v gastroenterologickej endoskopickej praxi za úlohu predovšetkým zabrániť riziku prenosu infekcie z pacienta na pacienta, alebo z pacienta na pracovníkov endoskopického pracoviska. Druhou, nemenej dôležitou úlohou, je zabrániť poškodeniu zdravia pacienta alebo pracovníkov v dôsledku nežiaducích účinkov čistiacich a dezinfekčných prostriedkov.

V niekoľkých posledných rokoch sa problematika správneho, legitistického postupu pri čistení použitých endoskopov stáva predmetom zvýšeného záujmu na všetkých endoskopických pracoviskách. Možnosť prenosu infekcie na pacienta môže mať ďalekosiahle zdravotné i právne následky, i keď doposiaľ v našich podmienkach nie sú takéto prípady známe. V posledných asi dvoch rokoch sa stupňujú požiadavky na čistenie endoskopov zo strany orgánov hygienickej služby a ich dozorný, metodický a represívny účinok sa dotýka všetkých, obzvlášť citlivu ale najmä neštátnych endoskopických pracovísk.

Niekteré z týchto požiadaviek, najmä dlhý čas expozície prístroja v dezinfekčnom rozloku alebo druh (značka) dezinfekčného pro-

striedku, sú pre racionálnu každodennú endoskopickú prax neprijaiteľné. Mnohé naše endoskopické pracoviská nedisponujú takými materiálnymi, priestorovými podmienkami a takým množstvom endoskopov, ktoré by umožňovalo napr. 40-minútovú expozíciu prístroja v dezinfekčnom rozloku a súčasne splnenie prevádzkových potrieb, nehovoriac už o neštátnych pracoviskách, kde sú požiadavky hygienickej služby často v príkrom rozpose s finančnými a ekonomickými možnosťami (napr. čas amortizácie endoskopu určený na 8 rokov, ceny prístrojov versus ekonomicke možnosti). Podľa niektorých odporúčaní (1) na vybavenie endoskopického pracoviska má byť k dispozícii napr. centrálna čistiaca miestnosť s čističkami endoskopov, sťačeným vzduchom, sušičkou, systémom odvetrania a pod., čo je v našich podmienkach často len vzdialeným ideálom.

Uvedené problémy prirodzene vyvolávajú snahy o vypracovanie takých postupov pri čistení endoskopov, ktoré by vyhoveli v plnom rozsahu hygienickým požiadavkám, na druhej strane ale umožňovali i racionálnu a ekonomickú prevádzku našich endoskopických pracovísk. Z hľadiska Gastroenterologickej spoločnosti SLS, ktorá berie do úvahy diagnostické i terapeutické otázky, nevynímajúc ani otázky organizačné, právne a ekonomické, nie je žiaduce, aby terajšie alebo novoznikajúce endoskopické pracoviská nedosahovali požadovaný štandard nielen v endoskopickej diagnostike a terapii, ale ani v čistení endoskopických prístrojov (2). To bolo dôvodom na spracovanie návrhu metodického pokynu pre čistenie, dezinfekciu a sterilizáciu endoskopov a endoskopického príslušenstva, ktoré prebieha v súčasnosti.

Základné pojmy

Flexibilné endoskopy sú prístroje s vláknovou optikou (fibroskopy) alebo CCD čipom (videoendoskopy), schopné ohýbať sa podľa zakrivení vyšetrovaných častí GIT, pričom ich čelný koniec je schopný ohýbu až 180 stupňov. Medzi ne patria:

- a) čiastočne ponoriteľné – vodotesná je len vyšetrovacia časť, ovládacia a spojovacia sa nesmú ponoriť. Ide o staršie prístroje z počiatkov gastrointestinálnej endoskopie, teda zo 70. rokov, ktorých dezinfekcia je z dnešného pohľadu nedostatočná,
 b) plne ponoriteľné (imerzibilné) sú vodotesné vcelku a možno ich úplne ponoriť do vody alebo dezinfekčného roztoku.

Pevné (rigíidne) endoskopy sa používajú už len na vyšetrenie rektu a sigmy (rektoskopy) a ich konštrukcia dovoľuje dezinfekciu ponorením. Radíme k nim aj chirurgické operačné nástroje (laparoskopy, artroskopy a podobne), ktoré sú určené pre tzv. invazívnu – operačnú endoskopiu a ako také musia byť jednoznačne sterilizované (3). Konštrukčne tieto prístroje umožňujú aj sterilizáciu teplom alebo plynmi (pozri ďalej).

Endoskopické príslušenstvo sú biopatické kliešte, kefky, slušky, košíky a podobne, ktoré sa zavádzajú na vyšetrované miesto cez biopatický kanál endoskopu. Slúžia na odber vzoriek tkaniva, výkony v žľzových cestách, polypektómie, injikovanie liečiv a pod. Keďže prichádzajú do styku s vnútorným prostredím (narušujú slizničný kryt), kladie sa pri ich čistení požiadavka na sterilitu a preto sa spravidla vyrábajú ako schopné sterilizácie v autokláve.

Mechanická očista je manuálne povrchové očistenie prístroja resp. príslušenstva utretím gázou a následné mechanické prečistenie ventilov, kanálov a koncov prístroja pod hladinou čistiaceho roztoku (detergentu, napr. saponátu).

Dezinfekcia je postup, ktorým sa ničia mikróby, najmä ich ne-sporulované formy, na povrchu nástrojov, prístrojov alebo plôch (vrátane kože). Vykonáva sa spravidla roztokom s dezinfekčnými vlastnosťami (napr. chloramín, Ajatin, jódová tinktúra atď.), ďalej varom pri atmosferickom tlaku, ultrafialovým (UV) žiareniom alebo inými fyzikálnymi metódami (filtrácia, slnenie, spaľovanie a podobne) (4).

Dezinfekcia vyššieho stupňa je tá, ktorá ničí aj sporulované formy baktérií, je účinná aj na vírusy (najmä HBV, HIV), mykobaktérium tuberkulózy, kvasinky a plesne. Nezaistuje zničenie cýst prvakov a vajíčok červov. Takáto dezinfekcia je svojím výsledkom blízka sterilizácii. Vykonáva sa opäť dezinfekčným roztokom, ktorého základnou účinnou súčasťou je aktivovaný (alkalizovaný) 2% glutaraldehyd alebo 0,5% persteril (4). Niektoré komerčne dostupné preparaty sú v tab.1 .

Sterilizácia je postup, pri ktorom sa zničia všetky formy mikroorganizmov. Podľa spôsobu vykonania poznáme (4):

- a) fyzikálnu sterilizáciu nasýtenou vodou parou, v horúcej vode pod tlakom, horúcim vzduchom, radiačnú sterilizáciu, frakcionovanú sterilizáciu a pod.,
- b) chemickú sterilizáciu formaldehydom a etylénoxidom.

Strojové čistenie znamená, že časť alebo všetky úkony spojené s čistením, vykonáva stroj (poloautomat, automat). Rozdiel časových údajov závisí od koncentrácie roztoku dezinfekčného prostriedku. Návrh správneho postupu pri čistení endoskopov a príslušenstva.

Tabuľka 1: Prehľad niektorých prípravkov na dezinfekciu vyššieho stupňa v endoskopickej praxi (voľne podľa 5)

Typ látky - skupina	Preparát	Expozičný čas (min)	Typ účinnosti	Výrobca
Kvartérne amónne soli	Perfektan	60	A, (B)	Schumacher
Peroxozlúčeniny	Sekusept pulver	60	A,B	Farmakon
	Virkon	10	A,B	Krka/Pharmex
Aldehydy + KAS	Aldesol	30-60	A,B,T	Pliva
	Antiseptika kombi	15-60	A,(B)	Antiseptika
	Desoform	60	A,B,T	Lysoform
	Lysoformin 3000	15-60	A,B,C	Lysoform
	Neodisher Septo	15-60	A,B,T,M	Weigert
	Sekusept Forte	10-30	A,B,C	Farmakon
	Septan	60	A,B	VTX plus
Aldehydy	Cidex	10-30	A,B,C,T,M	Johnson&Johnson
	Gigasept FF	15-60	A,B,C	Schulke+Mayr
	Glutaraldehyd	10-30	A,B,C,T,M	variab.
	Kohrsolin ID	45-60	A,B,C,T,M	Bode
	Neodisher	60	A,B,T	Weigert
	Septo 2000 new	5	A,B,T	Agrochemlné
	Citrosteril	15	A,B,T,M	Fresenius

Vysvetlivky: A- baktericídny a fungicídny účinok (kvasinky)

B- virocídny účinok (vrátane malých neobalených vírusov)

(B)-obmedzený účinok na živočíšne vírusy, účinnosť na HIV a HBV potvrdená

C- sporicídna účinnosť

T- účinnosť voči Mycobacterium tuberculosis

M- účinnosť aj voči iným patogénnym mykobaktériám

Cistenie ultrazvukom spočíva v aplikácii ultrazvukového vlnenia na čistený predmet, pričom ultrazvuk o vhodnej frekvencii a intenzite odstráni nečistoty a ničí všetky formy mikroorganizmov. Tento postup sa prakticky vyrovňa sterilizáciu a používa sa na predmety (napr. endoskopické príslušenstvo), ktoré nemožno autoklávovať (napr. niektoré plasty atď.).

M a n u á l n e č i s t e n i e je čistenie prístroja a jeho dezinfekcia vyššieho stupňa bez použitia čističky alebo automatu.

Návrh správneho postupu pri čistení endoskopov a príslušenstva. Návrh preberá základné postupy z Metodického pokynu pre čistenie a dezinfekciu flexibilných digestívnych endoskopov (6) a z erlangenského pracoviska (SRN) (7) a zohľadňuje aj praktické skúsenosti z nášho pracoviska. Citovaný metodický pokyn vznikol po dohovore medzi výborom endoskopickej sekcie Českej gastroenterologickej spoločnosti a českým Národným referenčným laboratóriom pre dezinfekciu a sterilizáciu v dôsledku potreby zjednotenia názorov na čistenie endoskopov. Obidva subjekty dospeli k písomne vyjadrenému a obojstranne podpísanému dohovoru, ktorý bol potrebný na zamedzenie extrémnych požiadaviek niektorých hygienických staníc (napr. požiadavka expozície endoskopu 120 – 480 minút v dezinfekčnom roztoču alebo požiadavka opláchnutia prístroja sterilnou destilovanou vodou). Dohovor vyjadruje obojstranne prijateľný kompromis medzi požiadavkami a praxou pre dodržanie racionálnej úrovne čistenia prístrojov a zachovania bezpečnosti pre pacientov i endoskopických pracovníkov.

Postup sa zvykne rozdeľovať na štyri kroky:

V prvom kroku (osetrenie endoskopu po ukončení vyšetrenia a príprava na dezinfekciu) sa pracovná časť endoskopu otrie gázou alebo buničiou vatou, navlhčenou dezinfekčným roztočom. Okamžite sa prepláchnie biopický kanál, a to nasatím dezinfekčného roztoču z osobitnej nádobky. Prefúknu sa kanály ofukovania a oplachovania optiky. Následne sa vypne zdroj svetla a vzduchu, endoskop sa od zdroja a aj od odsávačky odpojí. Bezprostredne potom sa vykoná skúška tesnosti (napojením zdroja tlakového vzduchu na prípojku endoskopu a po jeho natlakovaní ponorením do roztoču detergentu. Netesnosť sa prejaví unikaním bubliniek v mieste defektu. Defektívny prístroj sa ďalej nečistí a po osušení sa zasiela do servisu s upoznením „Pozor, nedezinifikovaný prístroj!“.

Druhý krok (manuálna očista). Správne tesniaci prístroj sa čistí ďalej. Odnímu sa ventily a kryt biopického kanála, kefkou sa prečistí celý odsávací a biopický kanál (mechanická očista) a endoskop sa napoji na preplachovací adaptér, pomocou ktorého sa všetky kanály 4–6 krát prepláchnu čistiacim roztočom (s prídavkom detergentu). Mechanická očista sa musí vykonať tak, aby na prístroji a v kanáloch nezostali zvyšky tkanív, krvi a sekrétov. Podľa niektorých prameňov takisto mechanická očista nedokáže odstrániť všetky čiastočky tkaniva uviaznuté v kanáloch, naopak, hrozí vytretie tkanivového detritu do mechanicky poškodeného povrchu biopického kanála, a preto sa vyvíjajú enzymatické čistiace prostriedky, ktoré po krátkodobej expozícii likvidujú zvyšky tkanív (8). Podobne sa musí mechanicky očistiť aj príslušenstvo a ventily endoskopu. Riadna mechanická očista je podmienkou úspešnej dezinfekcie, pretože zvyšky tkanív, najmä však krvi a sekrétov, bránia prístupu dezinfekčného roztoču a zároveň vy-

čerpávajú predčasne jeho účinnosť. Po skončení mechanickej očisty a preplachu sa prístroj prepláchnie vodou.

Tretí krok (vlastná dezinfekcia vyššieho stupňa) spočíva v uložení endoskopu a príslušenstva do dezinfekčného roztoču. Pri použíti roztočov na báze glutaraldehydu (tab.1) je dostatočná expozičná doba 10–15 minút. Kanály prístroja treba roztočom najmenej 5–7 krát prepláchnuť pomocou adaptéra, alebo v poloautomatickej, resp. automatickej čističke (strojové čistenie). Podobne sa v dezinfekčnom roztoču exponujú aj ventily a príslušenstvo, ktoré nemožno autoklávovať. V súčasnosti sa ako osvedčený uznáva preparát Cidex od výrobcu Johnson&Johnson. Na likvidáciu atypických mykobaktérií (nie M. tuberculosis) je potrebná dlhšia expozičná doba podľa údajov výrobcu (5).

Štvrtý krok (osušenie, uloženie). Po expozícii v dezinfekčnom roztoču sa prístroj opláchnie a prepláchnie (opakovane) čistou pitnou vodou, voda sa vypustí, prístroj sa vysuší a kanály prefúknu čistým vzduchom. Pridavok liehu určíli sušenie. Vyčistený a vysušený prístroj sa skladuje za aseptických podmienok (v skriňach vhodnej konštrukcie), zásadne vo visiacej polohe. Ak sa prístroj po vyčistení nepoužíva viac ako 24 hodín, musí sa dezinfekcia od tretieho kroku opakovať.

Sterilizácia sa vykoná u všetkých akcesorií, ktoré sú termostabilné.

Tento postup zabezpečuje podľa dnešných poznatkov dostatočnú úroveň vyčistenia prístroja a splnenie racionálnych hygienických požiadaviek. Keďže však opísaný pracovný cyklus trvá cca 20 až 25 minút, je výhodné, ak endoskopické pracovisko disponuje najmenej dvoma prístrojmi, lebo v opačnom prípade sa prestávky medzi jednotlivými vyšetreniami neúmerne predĺžujú, čo z hľadiska prevádzky nie je vhodné.

Literatúra: 1. Tan, A. C. I. T. L., Mulder, C. J. J.: The Endoscopy Unit. Čes a Slov gastroent, 50, 1996, č. 4, s. 166–122. – 2. Vykonávanie gastroenterologickej diagnostických a liečebných metód– odborné usmernenie. Vestsík MZ SDR, 44, 18. dec. 1996, čiastka 17 – 18 s., 225–227. – 3. Wiśniewski, L.: Údržba endoskopických prístrojov. V : Dítě, P. a kol.: Základy digestívnej endoskopie. Praha, Grada / Avicenum 1996, 240 s. – 4. Druhy sterilizácie a metódy dezinfekcie a postupy pri ich vykonávaní. Príloha č. 2 vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 109/1995 Zb.z. o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia, Vestsík MZ SR 1995, čiastka 12 – 13, 90 – 99 s. – 5. Wildová, O.: Problematika dezinfekcie endoskopických prístrojov. Zdravotnické noviny, 4, 1995, č. 4. – 6. Keil, R., Bureš, J., Králová, M., Zavoral, M.: Metodický pokyn pro čištění a dezinfekcií flexibilních digestivních endoskopů. Čes a Slov Gastroent, 50, 1996, č. 4, s. 195–196. – 7. Euler, K.: Erlanger-Hygieneplan für die gastroenterologische Endoskopie Interný materiál z Medizinische Klinik I. mit Poliklinik, Endoskopieabteilung, Direktor prof. Dr. Med. E.G.Hahn, Krankenhausstrasse 12, 91054 Erlangen, 1996. – 8. Albrecht, H.: Das Reinigen von flexiblen Endoskopopen. Endo-Praxis, 4, 1995, s. 1–2.

Do redakcie došlo:
30. júla 1996

Adresa autorov:
A. Pukančíková
Gessayova ul. č. 20
851 03 Bratislava

E. Kamasová , Z. Macáková, Ľ. Lamperová,
K. Kozeleková, Z. Tešlarová
Kardiochirurgické oddelenie Kardiocentra NsP F. D.
Roosevelta v Banskej Bystrici

Peroperačná a pooperačná starostlivosť o kardiochirurgických pacientov

Súhrn: Práca sestry v kardiochirurgickom oddelení vyžaduje komplexnú prípravu a dobrú úroveň znalostí, ale aj praktických zručností z viacerých medicínskych odborov. Kardiochirurgická sestra vykonáva prácu anestéziologickej sestry, sestry pre intenzívnu a intermediárnu starostlivosť, ale aj prácu sestry bežného chirurgického alebo interného oddelenia. S lekárom aktívne, ako rovnocenný partner, spolupracuje v celom liečebnom procese - počas predoperačnej prípravy, operácie, intenzívnej a intermediárnej pooperačnej starostlivosti a v doliečovacom procese. Lekári od nej očakávajú správne rozhodnutie, ale aj samostatné vykonanie výkonu často vo veľmi krátkom čase. V práci sa autori pokúsili podať prehľad najdôležitejších činností, ktoré v konečnom dôsledku vedú k úspechu celého kardiochirurgického tímu - teda k dobre zoperovanému pacientovi.

Kľúčové slová: kardiochirurgický pacient, kardiochirurgická sestra, peroperačná a pooperačná starostlivosť.

Ochorenia kardiovaskulárneho systému sú v našej republike na prvom mieste v úmrtnosti našej populácie. Až 53% – teda každý druhý človek zomrie na následky ochorenia srdca alebo veľkých ciev, každý tretí zomrie na následky ischemickej choroby srdca. Každý rok zomiera viac ako 5000 ľudí na následky akútneho infarktu myokardu. V kontraste k týmto faktom sú možnosti skutočne modernej diagnostiky a liečby týchto ochorení veľmi obmedzené. Aj preto pred dvoma rokmi ako druhé na Slovensku nové Kardiocentrum v Nemocnici s poliklinikou F. D. Roosevelt v Banskej Bystrici. Malo by pomôcť zlepšiť nepriaznivú situáciu v diagnostike a liečbe ochorení srdca a veľkých ciev u nás.

Kardiochirurgické oddelenie tohto zariadenia bolo otvorené 17. mája 1995 a prvú operáciu na otvorenom srdci v Banskej Bystrici realizovali 22. júna 1995. Začínať sa s relativne jednoduchými výkonomi – plastikami defektov medzipredsieňového (ASD) alebo medzikomorového septa (VSD), neskôr sa začali operovať pacienti s ochoreniami srdcových chlopní. Začiatkom roku 1996 sa realizovali prvé operácie pre ischemickú chorobu srdca – aorto-koronárny bypass (CABG). Do konca apríla 1997 sa vykonalo viac ako 150 operácií, z nich väčšina na otvorenom srdci. V kardiochirurgickom oddelení v Banskej Bystrici sa vykonáva predoperačná diagnostika, príprava pacientov na operáciu, operujú sa dospelí pacienti s ochoreniami srdca a veľkých ciev, zabezpečuje sa komplexná intenzívna a intermediárna peri- a pooperačná starostlivosť a operovaní pacienti sa doliečujú.

Naše sestry vykonávajú prácu nemocničných sestier bežného chirurgického a kardiologického oddelenia a prácu anestézio-

logických sestier počas operácie, pracujú na jednotke intenzívnej pooperačnej starostlivosti. Táto jednotka je charakterom práce, technickým vybavením, úrovňou monitoringu vitálnych funkcií, požiadavkami na odbornosť, spoľahlivosť, samostatnosť a intenzitu práce sestry na vyšej úrovni, ako je väčšina ARO oddelení v republike. Na rozdiel od bežného chirurgického oddelenia je teda práca kardiochirurgickej sestry multidisciplinárna.

Úlohou predoperačnej prípravy je v prvom rade komplexná kardiologická diagnostika ochorenia (echokardiografické vyšetrenie, spirometria, ergometria, katetrizácia a koronarografické vyšetrenie) a diagnostika poškodení ostatných systémov. Ultrasonografia karotických tepien u pacientov nad 45 rokov odhalí hemodynamicky závažné stenózy a. carotis int. Aj u asymptomatických pacientov je stenózu potrebné operačne odstrániť ešte pred výkonom na srdeci. Po kompletizácii vyšetrení a získaní komplexného pohľadu na zdravotný stav, je každý pacient prediskutovaný na kardiochirurgickom indikačnom seminári, na ktorom sa rozhodne o ďalšom postupe – pacient môže byť indikovaný na operáciu, konzervatívnu liečbu alebo katetrizačnú intervenciu ako napr. PTCa (rozširovanie stenoticej vencovitej tepny balónkovým katéterom). Potom sa pacient prijíma na samotnú operáciu. V deň prijatia mu odoberáme krv na overenie krvnej skupiny, kompletný laboratórny skríning, materiál na bakteriologické vyšetrenie (stery z tonsíl, nosa, axíl a moči), orientačné hemokoagulačné vyšetrenie, robíme RTG snímku hrudníka, EKG vyšetrenie. Každý pacient musí mať vyšetrené HbSAg, BWR, HIV, Coombsov test a chladové protílátky. K operácii sa objednávajú dve konzervy plnej krvi, dve erytromasy a dve plazmy. Zdravotníckou výchovou sa snažíme dosiahnuť, a aj sa nám to darí, aby pre každého pacienta darovala rodina a známi viac krvi, ako sa v skutočnosti počas operácie spotrebujie. Pokial sa nevykrytnú komplikácie, použije sa počas celej hospitalizácie jedna, maximálne dve konzervy krvi.

Veľmi dôležité je psychické povzbudzenie pacienta. Každý človek, ktorý sa rozhodne pre operáciu srdca vie, že operáciu nemusí prežiť. Je teda vystavený veľkému psychickému tlaku, s ktorým sa musí pámerne rýchle vyrovnáť, čo nie je jednoduché. Pacient, ktorý ide na operáciu s veľkým strachom, má už predoperačne vysoké hladiny katecholaminov v krvi a peri- a pooperačný priebeh je zvyčajne ťažší, ako u pacienta s operáciou vyrovnaného. Úloha sestry je v tomto procese nezastupiteľná.

Pred operáciou na srdci sa upravuje miedikácia. Vysadzujú sa lieky, ktoré ovplyvňujú zrážanie krvi. Pacient, ktorý vyžaduje antikoagulačnú liečbu Pelentanom alebo Warfarinom, sa prevádzka na antiagregáčne dávky heparínu s. c. Pacient nesmie 7 – 10 dní pred

operáciou brať lieky, ktoré obsahujú kyselinu acetylosalicylovú (Acetylpirlin, Anopyrin a ďalšie). Krátko pred operáciou po kontrole hladiny v sére a podľa stavu pacienta sa vysadzuje digoxín. Nitráty, betablokátory, blokátory kalciových kanálov a ACI inhibítory sa po-nechávajú až do rána operačného dňa. Veľkú pozornosť je potrebné venovať úprave porúch vnútorného prostredia, najmä metabolizmu kália, ktoré sa u kardiakov vyskytujú často a môžu byť príčinou ťažkých porúch srdcového rytmu.

Večer pred operáciou sa pacient dôkladne osprchuje. Je potrebné oholiť celý hrudník, axily a ingvíny u každého pacienta, u pacientov pred CABG sa oholia aj obidve dolné končatiny. Pacient deň pred operáciou nevečeria a večer dostane klyzmu. Tekutiny môžu prijímať do polnoci. Pred spaním dostane premedikáciu podľa ordinácie anesteziológov – zvyčajne tabletky. Ráno sa pacient osprchuje, dôkladne si vyčistí ústnu dutinu a vyberie snímateľné zubné protézy. Sestra mu urobí EKG a zaistí funkčnú periférnu žilu.

Pol hodiny pred odvozom na operačnú sálu dostáva pacient pre-medikáciu. Jej úlohou je pacienta upokojiť, vytvoriť určitý stupeň analgézie, znížiť nepríaznivé vedľajšie účinky anestetik a poľačiť patologické reflexy, ktoré sa v úvode do anestézie môžu vyskytnúť (sekrecia slín a hlienov, antiemetický a antihistamínový účinok a ďalšie). Výber liekov je podmienený vekom, telesnou hmotnosťou, celkovým stavom pacienta, plánovaným operačným výkonom, komplikujúcimi ochoreniami a stupňom ich závažnosti. Väčšinou sa používa kombinácia Dormicum+morfin+atropín. Sestra z oddelenia potom spraví ďalší EKG záznam, pacienta prevezie na operačnú sálu, kde ho o-dovzdá kolegyni, ktorá pomáha pri anestézii.

Na operačnej sále si sestra nachystá anestetický stroj (Siemens SV 900C), pomôcky na intubáciu, monitor so všetkými snímačmi, lieky potrebné k anestézii, sety na invazívne meranie krvných tlakov, pomôcky na zavedenie močového katétra, sterilný stolík na kanyláciu a. radialis a centrálny venózny katéter. Po uložení pacienta na operačný stôl sestra napája EKG monitor, založí snímač pulzoxymetra a kanyluje ďalšiu periférnu vénu. Lekár zavedie kanylu do a. radialis a po intubácii zaistí Seldingerovou technikou centrálny žilový prístup, (zvyčajne v. jugularis interna vpravo), do ktorého zavádzza viaclumenový kaválny katéter. Ak je potrebné monitorovať srdcový výdaj, cez túto istú žilu zavádzza aj termodilučný Swannov-Ganzov (SWG) katéter. Zavádzza sondu teplomera do ezoftágu a rekta a permanentný katéter do močového mechúra. Po úvode do anestézie sestra odoberá krv na vyšetrenie acidobázickej rovnováhy, ionogramu, hematokritu a ACT (activated clotting time) času – analyzátori sú priamo v operačnej sále. Podľa hodnoty hematokritu sa anesteziológ rozhoduje o odbere krvi na normovolemickej autotransfúzii – odoberáme 400 – 800 ml krvi do štandardných odberových vakov, objem sa nahradzuje plazmaexpandermi. Po otvorení hrudníka sa podáva heparín v dávke 2,5 mg/kg hmotnosti. v. Chirurg kanyluje aortu, duté žily alebo pravú predsieň a napojí pacienta na prístroj pre mimotelový obej (ECC), ktorý na určitú dobu nahradí funkciu srdca a pľúc, umožní srdce zastaviť a vyprázdníť. Chirurg potom operuje v bezkrvnom poli a môže v optimálnych podmienkach vykonať operačný výkon. Po stabilizácii cirkulácie nakladá chirurg svorku na aortu, čím vyradi srdce z cirkulácie. Pred ischemickým poškodením v tejto fáze operácie sa srdce chráni aplikáciou kardioplegického roztoku do koreňa aorty alebo priamo do koronárnych artérií. Kardioplegický roztok obsahuje 16 mmol/l kália, preto sa srdce rýchle zastaví. Je studený (musí mať okolo 4 °C) a spolu s ľadovou kašou, ktorú dávame do perikardu srdce ochladi. Zniží tým úroveň metabolizmu myokardu a zabráni jeho poškodeniu ischémiou.

Súčasne celého pacienta chladíme prístrojom pre ECC na teplotu 28 –30 °C. Po ukončení výkonu na srdci chirurg povolí svorku z aorty, krv začne prúdiť do koronárnych tepien, obnoví sa akcia srdca. Ak sa zjaví fibrilácia komôr, zruší sa priamou elektrickou defibriláciou výbojom do 100 J. Postupne sa pacient zohrieva pomocou prístroja pre ECC a ak je všetko v poriadku a srdce je dostatočne výkonné, aby prebral svoju funkciu, pacient sa odpojí od ECC. Po odpojení sa blokuje účinok heparínu podaním protamínsulfátu v dávke 1,5 krát vyššej, ako bola celková dávka heparínu. Úroveň heparinizácie sa kontroluje opakovaným zisťovaním ACT času. V prípade, že srdce zlyháva a pacienta nie je možné odpojiť od ECC, napája sa na podporný systém – balónikovú kontrapulzáciu (IABP) alebo na dlhodobú mechanickú podporu cirkulácie (ventricular assist device – VAD, biventricular support – BVS) pomocou centrifugálneho čerpadla. V prípade potreby pacient sa prevezie na JIS aj s podporným systémom.

Pacient po operácii na srdci patrí do skupiny kriticky chorých a vyžaduje veľmi intenzívnu starostlivosť. Sestra (u nás tá skupina sestier, ktoré boli pri anestézii) si vopred pripravuje ventilátor, monitor so všetkými snímačmi, pomôckami na odsávanie z dýchacích ciest, externý kardiostimulátor, infúzie a lieky do lineárnych dávkovačov podľa situácie. U každého pacienta po operácii sa monitoruje EKG, dychová frekvencia, saturácia kyslíka (SaO₂), invazívne arteriálny a centrálny venózny krvný tlak, hodinová diuréza. Ak má pacient zavedený Swannov-Ganzov termodilučný katéter, monitorujú sa aj tlaky v pľúcnicí, zaklinené tlaky v pľúcnych kapilárach, minútový výkon srdca a celá hemodynamika. Každý pacient má zavedené externé stimulačné elektródy a má napojený kardiostimulátor, ktorý musí byť funkčný a pracuje v režime VVI (stimuluje komoru a je komorovým signálom inhibovaný). Pacient sa napája na servoventilátor v režime objemovo riadenej ventilácie, nastavia sa PEEP (pozitívne endexpiračné tlaky) do 10 cm H₂O a napoja hrudné drény na dvojkomorový systém hrudnej drenáže s regulovaným podtlakom –20 cm vodného stĺpca. Straty do drénov sa sledujú prvé 4 hodiny každých 30 min., straty vyššie ako 150 ml/hod sú zvyčajne indikáciou k reoperácii. Sestra odoberá krv na laboratórne vyšetrenia (acidobáza, ionogram, krvný obraz, orientačné hemocoagulačné vyšetrenie, u pacientov po CABG aj CK a CK-MB) a urobí EKG záznam. Privilá rtg laboranta, ktorý urobí kontrolnú rtg snímku hrudníka, ktorá odhalí možný pneumo- alebo hemotorax, nesprávne zavedené drény alebo intubačnú kanylu, polohu kaválneho katétra a SWG katétra, prípadne intersticiálny pľúcny edém. Druhá vzorka krvi sa odoberá 1 hod. po privezení z operačnej sály, ďalšia o 2 hod. po druhej vzorke.

Sestra v tomto období sleduje celkový stav pacienta, telesnú teplotu, pulzácie na periférnych cievach, centralizáciu cirkulácie, hodinovú diurézu, straty do drénov, stav vedomia, pohybovanie končatínami. V pravidelných intervaloch odsáva obsah z dýchacích ciest a úst, vždy po predýchani pacienta kyslíkom a podľa potreby s lavážou. Všetky úkony robí s maximálnou sterilitou. Starostlivo sleduje monitor, kontroluje prístrojmi udávané hodnoty a porovnáva ich s celkovým stavom pacienta – prístroje sa môžu myliť. V kardiochirurgii platí staré pravidlo – technika je dobrá, ale najlepsím monitorom je dobrá sestra. Po odznení anestézie a stabilizácii cirkulácie (zvyčajne do 6 – 12 hod) pacienta vysadzuje do polosediacej polohy, ktorá mu umožní ľahšie dýchať a odkašliavať. Pacient môže v tejto polohe použiť pomocné dýchacie svalstvo pletencov horných končatín. Postupne sa pacient odpája od ventilácie – zvyčajne sa postupuje cez tlakovú podporu a CPAP (trvalý pozitívny tlak v dýchacích cestách). Pred extubáciou musí byť pacient pri vedomí, cirkulačne stabilný (katecholamíny v dávkach do 5 µg/kg/min), s diurézou > 0,5

ml/kg/hod, bez významného krvácania, s dobrou dychovou a minútovou ventiláciou, dobrou acidobázou, dostatočnou dychovou silou a musí byť schopný vykašlať hlienу. Pred extubáciou si sestra pripraví pomôcky na prípadnú reintubáciu a skontroluje inhalátor s maskou. Po extubácii pacient inhaluje teplý zvlhčený kyslík. Po 1 – 2 hodinách začína sa dychovou rehabilitáciou – fúkaním do rukavice, neskôr do balóna. Ak je pooperačný priebeh dobrý, pacient sa na 2. – 3. pooperačný deň prekladá na intermediárnu JIS a na 3. – 4. deň na poslečové oddelenie. Na 7. – 14. deň po operácii pacient odchádza do domácej starostlivosti.

Na rozdiel od iných chirurgických pacientov a n a l g e t i k á v skorom pooperačnom období sa podávajú iba výnimočne. Analgetický účinok anestézie v kombinácii s mimotelovým obehom a hypotermiou pretrváva veľmi dlho a interakcie medzi analgetikami, anestetikami a ostatnými liekmi môžu byť nevypočítateľné.

Práca sestry na kardiochirurgii vyžaduje množstvo znalostí, zručnosť, pohotovosť, duchaprítomnosť, istotu v samostatnom rozhodovaní sa a dodržiavanie zásad asepsy. Musí si poradiť s problémami bežného oddelenia, anestézie, umejte plánnej ventilácie, intenzívnej starostlivosti, ale aj podporných systémov cirkulácie alebo hemodialýzy. Musí byť schopná rozpoznať život ohrozujúci stav, samostatne sa rozhodnúť pre primeraný zákrok a tento aj vykonať – o živote pacienta často rozhodujú doslova sekundy a nedá sa čakať, kým príde pomoc. Kritické situácie sa v tejto oblasti medicíny vyskytujú aj u stabilizovaných pacientov doslova kedykoľvek a kdekoľvek – a dobrá sestra musí byť na ne pripravená.

Do redakcie došlo:

1. júla 1997

Adresa autorov:

E. Kamasová
nám. L. Svobodu č. 1
975 17 Banská Bystrica

M. Stehlíková, K. Adamicová, D. Hroziencíková,

I. Hnátová, O. Rantová, T. Ertlová

Ústav patologickej anatómie Martinskej fakultnej

nemocnice a Jesseniovej lekárskej fakulty

Univerzity Komenského v Martine

Naše skúsenosti s prácou na rotačnom mikrotóme Reichert–Jung 2055

Súhrn: Autori informujú o vlastných skúsenostiach s prácou na rotačnom mikrotóme Reichert–Jung 2055. Po dlhorčnej práci na sánkových mikrotómoch bola počiatčinná prax pri zapracovaní biopsií na rotačnom mikrotóme problematická. Po výmene noža za žiletky upevnené v špeciálnom držiaku sa výsledky rezania biopatických bločkov výrazne zlepšili. Rotačný mikrotóm z pohľadu autorov sa hodí na rezanie drobných biopsií, hutných a väčších materiálov, ako aj dekalcifikovaného materiálu. Zvlášť výhodný je pri opäťovnom zrezávaní tkániv. V rutinnej praxi, kde sa denne zhotovujú veľké počty preparátov, autori zistili i niektoré nevýhody rotačného mikrotómu, ktoré spomínajú v práci.
Kľúčové slová: rotačný mikrotóm Reichert–Jung 2055.

Na Ústave patologickej anatómie JLF UK a MFN v Martine dlhé roky používame na zhotovenie biopatických rezov sánkové mikrotómy (1). Najvyužívanejšie sú mikrotómy fy Reichert. V poslednej dobe sme získali na naše pracovisko rotačný mikrotóm fy Reichert–JUNG 2055 (obr. 1). Vzhľadom na to, že dlhé roky pracujeme výhradne so sánkovými mikrotómami, zavedenie rotačného mikrotomu do praxe nám spočiatku robilo nemalé problémy.

Návod (2) nám priblížil základy obsluhy prístroja, podľa ktorých sme sa riadili. Prvé výsledky práce však napriek tomu neboli úspešné. Rezy boli hrubé, potrhané, nekvalitné pre bioptickú diagnostiku. Ani viacnásobným opakováním sa nám nedarilo narezať optimálne preparáty. Každý krok práce sme porovnávali s predpísanými postupmi. Výraznejšie rozdiely sme však našli. Ako prvé sme sa pokúsili namiesto mikrotómového noža použiť žiletky upevnené na špeciálnom nadstavci (obr. 2.). Takto zhotovené rezy boli podstatne lepšie. Pomocou žiletek fy Leica Model 818 sme mohli spracovať ako najdrobnejšie biopatické tkanivá (napr. fibroskopicky získaný materiál zo žalúdka, črev, priedušnice /tak aj veľké excízie hutnej konzistencie/napr. z materničných leiomyómov a tiež dekalcifikovaný, tuhý materiál (eburnizovanú kost/). Veľmi dobre sa spracovávali tzv. „zrezačky“ i sériové rezy. Faktom je, že zrezávanie sa úspešnejšie darilo laborantkám s dlhšou praxou.

Aj pri použití žiletek bolo však potrebné dodržiavať: 1. Správny uhol nastavenia žiletky. 2. Hrubku rezov. 3. Rýchlosť rotácie. 4. Správne chladenie bločku. 5. Správne upevnenie bločku.

Príspevok bol prednesený na XII. konferencii histologických laborantov v Martine, formou videozáznamu, ktorý je záujemcom k dispozícii.



Obr. 1. Celkový pohľad na rotačný mikrotóm Reichert-JUNG 2055 s inštalovaným držiakom na žiletky

Správny uhol žiletky bol všeobecne optimálny v rozmedzí $0^\circ - 6^\circ$. Pri menšom uhol vznikajú veľké bočné sily, ktoré pôsobia na objekt. Pri väčšom uhol je väčšia stabilita rezania. Keď je cieľom práce rez bez trhlín, uhol by mal byť menší, čím sa dosiahne nepatrnejšie zarezanie. Čím tvrdší materiál spracovávame, tým väčší by mal byť uhol. Rezaf sme začínali s uhlom od 0° na stupnici. Ak rezy neboli uspokojivé, navýšili sme uhol o cca 2° . V praxi sme však zistili, že existuje mnoho možností v nastavovaní uhla, a preto ho treba vždy nastavovať individuálne podľa charakteru spracováváneho materiálu.

Hrúbka rezov. Nastavuje sa otáčacou hlavou. Odčítá sa na ukazovateľi v mikrometroch. Ovláda sa tlačidlami pultu. Nikdy sa nemá priblížovať objekt v spätnom chode pomocou hrubého prevodu na nôž. Optimálna hrúbka rezov podľa našich skúseností je medzi $4-6\ \mu$. Odoberanie rezov sme robili suchým štetcom.

Rýchlosť rotácie sa pomocou motora dá plynule regulať. Na začiatku rezania a pri spracovávaní tvrdších materiálov sme postupovali malou rýchlosťou, ktorú sme postupne a citlivu zvyšovali. V prípade použitia vysokej začiatočnej rýchlosťi sme pravidelne vylúpili bloček.

Správne chladienie bločku sme robili obdobným spôsobom ako na sánkových mikrotómoch s tým rozdielom, že ľad na bloček nepokladáme, ale potrebnú dobu držíme v ruke, resp. v kliešťoch.

Správne upevnenie bločku je dostatočne opísané v návode na obsluhu. Bloček treba pevne zachytiť a správne orientovať príslušnými skrutkami v smere vertikálnom i horizontálnom. V prípade potreby ďalšie orientovanie je možné len po popustení úchytu.



Obr. 2. Samostaný držiak a používané žiletky Leica model 818

Parafínový materiál má byť uložený vo zvieradle tak ďaleko, aby nevznikli omyly pri narezaní nosnej časti bločku.

Pri porovnávaní práce na sánkovom a rotačnom mikrotóme sme zistili, z nášho pohľadu, aj niektoré n e v ý h o d y:

V rutinnej biopatickej praxi pri dennom spracovávaní niekoľkých desiatok bločkov je približovanie bločku k žiletku pomalé.

Menej skúsené laborantky mávajú problém s nastavením uhla a s voľbou vhodnej rýchlosťi rezania, čím sa poškodzuje biopatický materiál.

Mimoriadnu sústredenosť si vyžaduje práca s drobnými excíziami, ako aj voľba správnej orientácie bločku pri opakovanom zrezávaní materiálu.

Pohoda pri chladení bločku je nepraktická.

Pri používaní žiletek je potrebná ich častejšia výmena počas práce, čo zaťažuje finančný rozpočet pracoviska.

Pomerne nepraktický prístup k čisteniu pracovnej časti.

Napriek tomu je rotačný mikrotóm „JUNG“ vhodným prístrojom pre biopatické laboratóriá. Pri správnom „zácviku“, rešpektovaní návodu na obsluhu a pravidelnom udržiavaní prístroja sa nám osvedčí najmä pri spracovávaní biopatických excízií, ktoré z rôznych dôvodov vyžadujú individuálny prístup pre zhotovenie optimálnych rezov.

Literatúra: 1. Vacek, Z.: Histológia a histologická technika. Martin, Osvoň 1974, 388 s. – 2. Reichert 2055 Autocut, Gebrauchsanweisung. Reicher Division der Leica Actiengesellschaft Hernalser Hauptstr. 212 A-1171, Wien, Austria, Printed in Austria 1992, 29 s.

Do redakcie došlo:
10. júna 1997

Adresa autorov:
M. Stehlíková
Kollárova ul. č. 70
036 01 Martin

Využitie správnej laboratórnej praxe pri vyriešení problému hygienickej závadnosti výrobku „Kysucký korbáčik“

Súhrn: V okrese Čadca v posledných rokoch stúpol počet potravnárskej malovýrobní rôzneho druhu. V záujme ochrany spotrebiteľa pred alimentárnymi nádzarami a poruchami z výživy vykonávali pracovníci Štátneho zdravotného ústavu (ŠZÚ) dozor nad kvalitou, a mikrobiologickou a chemickou nezávadnosťou ich výrobkov. Práca sleduje postupné zmeny v kvalite syrových korbáčikov a napokon zlepšenie do tej miery, že výrobky vyhovujú príslušným normám vo všetkých požadovaných parametroch.

Kľúčové slová: Kysucký korbáčik

V období od októbra 1996 až do marca 1997 som sa pri práci v laboratóriu oddelenia mikrobiológie vonkajšieho prostredia ŠZÚ zaoberala problematikou, ktorá sa dotýkala výroby syrových „Kysuckých korbáčikov“ a ich kvality vo výrobní na farme – Abel plus Podvysoká.

K s u c k ý k o r b á č i k je syr osobitného tvaru, pletenec 2–4 nití naparené syreniny spletených do 2/3 dĺžky a previazaných jednou niťou korbáčika. Hmotnosť jedného kusu je 12 g a vyrába sa z polotovaru – mliekarensky ošetreného syra Eidamská tehla (1).

Prvý odber výrobkov sa vykonal 8. októbra 1996 z distribučnej sieťte pri výkone štátneho zdravotného dozoru. Pracovníci oddelenia hygieny výživy Štátneho zdravotného ústavu prešetrili podanú sťažnosť vo veci neúplného označenia výrobku, konkrétnie dátumu výroby. Odobraté vzorky výrobkov a vody sa dodali do laboratórií na mikrobiologické, senzorické a chemické vyšetrenie.

Pri mikrobiologickom vyšetrení som postupovala podľa metód uvedených v STN 57 0107 a STN 57 0101 (2,3). Vzorka sa po odvážení a vyluhovaní vo fyziológickom roztoču naočkovala na 5 typov živných pôd: živný agar č. 1, MacConkeyov agar, krvný agar, Sabouraudov agar a Slanetzov – Bartleyho agar na izoláciu fekálnych streptokokov.

Vzorku po rozmnožení v selenitovom bujóne a 24 hod. inkubácií pri 37 °C som vyočkovala na agar s deoxycholanom sodným (4). Prvotné podozrenie na hyg. závadnosť sa potvrdilo. Výsledky uvedené v tabuľke 1 ukazujú, že požiadavkám STN 57 0101 vo vzorke 579 nevyhovovali mikrobiálne ukazovatele výskytom baktérii Escherichia coli.

Vzorka nevyhovovala ani STN 57 0107 po chemickej stránke. Ako vyplýva z tabuľky 2, obsah NaCl bol takmer o 100% prekročený. Obsah tuku v sušine bol znížený o 1/3.

Pitná voda odobraná zároveň s korbáčikmi, ktorá sa používala pri spracovaní suroviny na finálny výrobok, vyhovovala požiadavkám STN 75 7111 po bakteriologickej a chemickej stránke.

Dňa 24. októbra 1996 pracovníci ŠZÚ opäťovne odobrali vzorky korbáčikov na mikrobiologické a chemické vyšetrenie. Potvrdil sa výskyt baktérií z čeľade Enterobacteriaceae – rod Escherichia coli a enterokoky (4).

Prehľad o mikrobiálnej flóre vo vzorkách č. 654, 655 a 656 dáva tabuľka 1. Vo všetkých týchto vzorkách sa nachádzali baktérie Staphylococcus epidermidis, vzdušné mikróby a viridujúce koky. Výskyt týchto baktérií dokazuje sekundárnu kontamináciu z pracovného prostredia, resp. kontamináciu, ktorá vznikala v určitej fáze výrobného procesu. Bola to ručná manipulácia s napareným syrom a syrovými pletencami pri spletaní jednotlivých nití na korbáčik.

Ochladené a stuhnute nite syra sa vkladajú do soľného roztoču pri hodnotách 14 °Ba a teplote 10 – 12 °C. Solenie prebieha 2 až 3 min (1). Predĺžením času vysáčania alebo zvýšením koncentrácie roztoču nastalo prekročenie maximálnych hodnôt, ktoré povoľuje norma a to 2,5 % NaCl vo vzorke (1). Zároveň neboli dodržané minimálne hodnoty tuku v sušine, boli nižšie až o tretinu (tab. 2).

Dňa 6. novembra 1996 pracovníci Oddelenia hygieny výživy ŠZÚ vykonali hygienickú kontrolu priamo vo výrobní korbáčikov. V miest-

Tabuľka č. 2. Hodnoty sušiv, tuku v sušine a NaCl vo vzorkach „Kysuckých korbáčikov“

Poradie	1	2	3	4	5	6	7
Číslo kontrol. vzor	579	654	655	656	699	701	74
Sušina %	39,9	46,6	46,3	46,3	45,6	45	–
Tuk v sušine v %	20,1	19,6	20,7	21	31,3	32	–
NaCl %	4,6	3,2	3,3	3,2	6,4	0,16	2,9
							1,8

Tabuľka 1. Prehľad o mikrobiálnej flóre vo vzorkách „Kysuckých korbáčikov“

Číslo vzorky	579	654	655	656	699	700	701	702	74	218
Dátum výroby	8.10.1996	21.10.1996	22.10.1996	23.10.1996	4.11.1996	4.11.1996	5.11.1996	5.11.1996	27.1.1997	19.3.1997
Celkový počet baktériálnych zárodkov/1 g MPA	4580	3200	6000	720	10 000	16 000	600 000	600 000	12 000	70 000
Koliformné baktérie	40	220	340	0	100	300	600 000	600 000	20	0
Počet enterokokov	6000	5000	6000	4000	6000	6000	6000	6000	6000	800
Počet kvasiniek	100	3000	6000	0	3000	10 000	380	140	0	0
Počet plesní	20	40	0	0	120	80	240	400	0	0
Patogénne a pomíňajúco patogenné	negat.	negat.	negat.	negat.	Citrobacter.	Citrobacter.	Citrobacter.	negat.	negat.	negat.
Aerobné	negat.	vzd.mik	vzd.mik	negat.	vzd.mik	vzd.mik	vzd.mik	negat.	vzd.mik	vzd.mik
Iné identifikované kmene	S.epi.	s.epi.	s.epi.	vir.koky	vir.koky	vir.koky	vir.koky	s.epi.	s.epi.	negat.

Vysvetlivky: S.epi. – *Staphylococcus epidermidis*
vir.koky – viriduјúce koky
vzd.mik. – vzdušné mikroby

nosti kde sa spracúvala surovina, realizovala výroba, balenie a distribúcia korbáčikov, odobrali stery z prostredia. Pri tejto fázovej kontrole sa hľadali tie etapy výrobného procesu, v ktorých nastávala mikróbna kontaminácia.

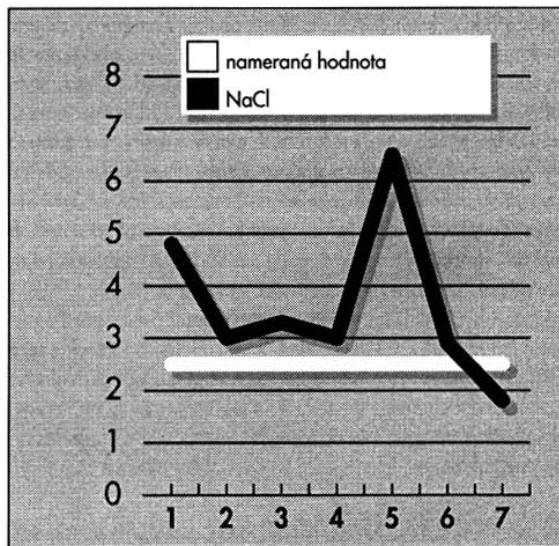
Zistenie zloženia mikroflóry a dôkaz mikróbov sterovou metódou (4) uvádzaj prehľadne tabuľka 3.

Laboratórne výsledky opäťovne vykázali prekročenie určených limitov pre mikrobiologické a chemické ukazovatele tak v základnej surovine, ako i vo finálnom výrobku (2,3). V týchto vzorkach pretrvával nález tých bakteriálnych kmeňov, ako vo vzorkach č. 654, 655, 656. Vzdušné mikroby, *Staphylococcus epidermidis* a viriduјúce koky, nachádzajúce sa vo výrobkoch i v prostredí výrobne, potvrdzuj kontamináciu z pracovného prostredia. Hygienickú závadnosť výrobku spôsobila nielen sekundárna, ale i primárna kontaminácia základnej suroviny – syra Eidamská tehla.

Paralelne a nezávisle sa spracovali dve vzorky syra č. 701, 702 a dve vzorky hotového výrobku č. 699, 700. Po vyočkovaní zo sele-nitového bujónu na agar s dezoxycholanom sodným (5) a po bio-chemickej skúške na súbor troch pôd Hajn, urea, citrát (4) sa vo všetkých vzorkách potvrdil výskyt baktérií kmeňa *Citrobacter*. Chemickým vyšetrením sa opäť naznamenal zvýšený obsah NaCl v hotovom výrobku – 6,4 %. Neustále zvýšený obsah soli naznačuje pretrvávajúcu chybu v technologickom postupe, okrem iného i preto, lebo takto zvýšený obsah soli sme v surovine nezistili (0,16 %). Údaje sú v tabuľke 2. Grafické znázornenie zistených hodnôt NaCl v korbáčikoch ukazuje veľkosť odchýlky od max. hodnôt, ktoré povoľuje norma (1).

Ďalší odber vzoriek vykonali pracovníci oddelení hygieny výživy ŠZÚ pri rutínej kontrole vo výrobni dňa 5. februára 1997. Požiadavky terénnych pracovníkov na laboratórne vyšetrenie boli

Graf 1. Grafické znázornenie výsledkov kontroly obsahu NaCl v Kysuckých korbáčikoch



cielené na mikrobiologický rozbor a obsah NaCl. Zistené hodnoty množstva baktérií *Esch. Coli* a množstvo NaCl boli nižšie oproti hodnotám z predchádzajúcich odberov (tab. 1,2 a graf 1)

Posledné vyšetrenie, ktoré som zaradila do mojej práce, je vzorek č. 218 z 19. 3. 1997. Obsah NaCl v tejto vzorek je 1,8 %, čo je výrazne nižšia hodnota ako maximum, ktoré pripúšta norma.

Tabuľka č. 3. Stry z prostredia (počet sa uvádza na ploche 5 cm)

CPZ dis	E. coli	Vzdušné mikróby	Viridujúce mikróby	Staphylococcus epidermi-
Použitá vaňa na syr	nad 6000	+	+	-
Vrecko s dozretým syrom	1200	+	-	-
Použitý plášť	1000	-	-	+
Použitý mlynček na syr	4000	+	-	+
Drevená doska na krájanie	nad 6000	+	-	-
Použitá vyťahovačka nití	320	-	-	+
Použitá naparovacia rukavica	6000	-	-	+
Vrch naparovacieho kotla	60	-	+	-
Nádoba na syr	60	+	-	+
Váha	600	-	-	+
Vnútro chladničky	500	-	-	+
Výpust vodovodného kohútika	0	-	-	-
Sito na osušenie korbáčikov	180	-	-	+
Stôl na spletanie korbáčikov – čistý	60	-	-	-
Vnútro vakuovej baličky	5000	-	-	+
Stojan na nite	1200	-	-	+
Čistá drevená varecha	nad 6000	+	-	-
Použitá plienka z mlieka	nad 6000	+	-	+
Utierka čistá	40	-	-	+
Vnútro vrecka na korbáčiky	0	-	-	-

Vysvetlivky: + pozitívny nález, - negatívny nález

Tabuľka 1 ukazuje výrazné zlepšenie hodnôt mikrobiálnych ukazovateľov vo výrobku.

Záver

Súhrn všetkých sledovaných skutočností opísaných v práci dokazuje, že opakované kontroly vo výrobni, ktoré vykonali pracovníčky oddelenia hygieny výživy ŠZÚ a vzájomná spolupráca s ďalšími laboratóriami v konečnom dôsledku pomohli nájsť príčiny technologické i hygienické, ktoré závadnosť korbáčikov spôsobovali. Po nápravných opatreniach, ktoré boli výrobcovi uložené a ktoré musel vykonať, sa kvalita korbáčikov výrazne zlepšila.

Potraviny sú jedným z faktorov, ktorý najviac ovplyvňuje zdravot-

ný stav populácie. Z tohto hľadiska štátny zdravotný dozor, ktorý vykonávajú pracovníci ŠZÚ, má nezastupiteľnú úlohu v prevencii alimentárnych nákaz a porúch z výživy.

Literatúra: 1. Norma 01/94-GA. – 2. STN 57 0101 Mikrobiologické skúšanie mlieka a mliečnych výrobkov. – 3. STN 57 0107 Metódy skúšania syra, tvarohu, krémov a pomazánok. – 4. STN 56 0100 Mikrobiologické skúšanie požívatiel PBU a prostredia potravinárskych výrobní. – 5. Manuál: Živné pôdy

Do redakcie došlo:
13. mája 1997

Adresa autorov:
K. Glomčáková
Chalúpková ul. č. 156/C
022 01 Čadca

Sestry majú málo vedomostí o hepatítide C

Nursing Times, 132, 1997, s.2

Sestry nedoceňujú význam hepatitis C /HCV/ a z nej vyplývajúce riziká, ako to dokumentovali vo svojich odpovediach na anonymné otázky. Zistenia výskumu uskutočnené v nemocnici v Bristole v Spojenom kráľovstve ukázali, že väčšina sestier, bez ohľadu na pracovné zadelenie, chýbali vedomosti o HCV, neboli informované o relatívnich rizikách HCV a HBC, nemali dostatočné vedomosti o princípoch UICP. Preto potrebujú ďalšie vzdelenie.

Týchto poznatkov sa určilo cieľavedomé ďalšie v zdeľávanie sestier, ktoré sa sústredí na prehľbenie vedomostí o relatívnich rizikách rôznych krvou prenášaných vírusov, súčasne sa sprísnia princípy univerzálnych kontrolných opatrení v súvislosti s infekciou.

Prenos infekcie bol hlásený ako dôsledok poranenia injekčnou ihlou a tiež ľudským pohryznutím, čo potvrzuje riziká prenosu na zdravotníckych pracovníkov.

Ďuržová

L. Hubačová, M. Šulcová, S. Henčeková,
M. Vargová, K. Lajčková
Ústav preventívnej a klinickej medicíny v Bratislave

Pracovná záťaž a pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov na geriatrickom oddelení

Súhrn: U 16 pracovníkov geriatrického oddelenia (4 lekári, 9 sestier, 3 sanitárky) sa sledovali celozmenové časové snímky ich práce formou nepretržitého pozorovania (spolu 71 pracovných zmien). Na základe vyšetrení sa zistilo, že pracovná činnosť profesie lekár obsahovala predovšetkým práce dokumentačného charakteru (48,0 %), na druhom mieste bola odborná zdravotnícka práca (39,2 %). Sestry venovali najviac času odbornej zdravotníckej práci (51,7 %), práciam dokumentačným (20,1 %) a práciam prípravným (19,2 %). Hygiene a manipulácií s pacientom sestry venovali priemerne 11,3 % času v denných zmenách, 10,4 % času v nočných zmenách. Prácam čistiacim a prácam s bielizňou sa sestry venovali v 7,5 % počas nočných zmien a 3,2 % počas denných zmien. Pracovná činnosť sanitárky spočíva v pomocnej zdravotníckej práci, čo je väčšinou fyzicky náročná práca (80,3 % pracovného času). Najviac času pripadalo na dvihanie pacientov (49,5 %) a na ich toaletu (30,0 %). V 11 % času sanitárky manipulovali s bielizňou.

Z hľadiska ochrany zdravia zdravotníckych pracovníkov i pacientov sa zistili viaceré nedostatky. Na základe našich zistení sa vypracovali odporúčania pre zlepšenie práce a pracovných podmienok na uvedenom oddelení. Tieto sa odovzdali vedeniu oddelenia a vedeniu príslušnej NsP.

Kľúčové slová: geriatria, zdravotnícki pracovníci, pracovná záťaž, pracovné podmienky

V rámci hlavnej úlohy Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky „Hodnotenie vplyvu práce a pracovných podmienok na pracoviskách v zdravotníctve a pracovnej záťaže zdravotníckych profesii s osobitným zreteľom na pracovné riziká“, ktorá sa rieši v SR v rokoch 1996 - 1998, sme hodnotili pracovnú záťaž a pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov v jednom geriatrickom oddelení.

Táto práca je prvou časťou komplexného hodnotenia, ktorého výsledky budú po ich kompletizácii a vyhodnotení publikované v druhej časti.

Metodika

U vybraných 16 pracovníkov liečebne (1 primár, 3 sekundári lekári, 1 vrchná sestra, 8 sestier a 3 sanitárky) sa sledovali celozmenové časové snímky ich práce formou nepretržitého pozorovania (spolu 71 pracovných zmien). S vybranými pracovníkmi sa formou osobného interview vyplnil dotazník „Monitorovanie zdravotného stavu pracovníkov v zdravotníctve“, ktorý sa vypracoval na našom pracovisku. Sledovaní pracovníci vyplnili aj dotazníky na hodnotenie neuropsychickej záťaže pri práci.

V našej práci prezentujeme výsledky časových snímok, pracovných pod-

mienok uvedeného oddelenia a subjektívnych názorov pracovníkov na prácu a pracovné podmienky.

Výsledky

Budova bola pôvodne ubytovňou stavebných robotníkov. Od roku 1992 je v nej umiestnené po určitých stavebných úpravách geriatrickej oddelenie. Oddelenie je na druhom a tretom poschodí budovy. Jeho kapacita je 60 postelí. V roku 1996 bolo na oddelení hospitalizovaných 815 pacientov (z toho 100 umrel).

Na oddelení sú hospitalizovaní prevažne geriatrici pacienti. Mnohí z nich sú imobilní, niektorí majú veľkú hmotnosť (napr. až 120 kg). Na oddelení sú hospitalizovaní aj mladší pacienti (napr. so žaludkovým vredom). Opäť opiera vyžaduje zvýšenú starostlivosť z hľadiska prevencie a osetrovania dekubitov a je veľmi náročná.

Práca s pacientmi na uvedenom oddelení je veľmi namáhavá pre všetkých ošetrovujúcich a to predovšetkým z hľadiska jej psychickej náročnosti. Pre stredných a pomocných zdravotníckych pracovníkov je práca namáhavá aj z hľadiska fyzického zafázenia.

Na základe hodnotenia časových snímok pracovného dňa sme zistili:

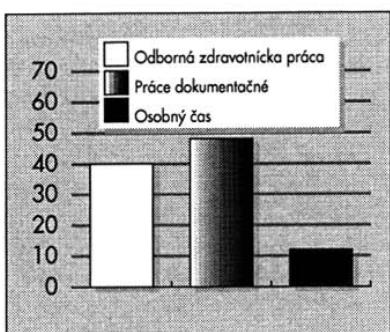
Pracovná činnosť lekárov pozostávala predovšetkým z práce dokumentačného charakteru (48%). Na druhom mieste bola odborná zdravotnícka práca (39,3%), zvyšok bol osobný čas lekára (12,8%). Odborná práca lekára zahrňa diagnostický a liečebný výkon u pacienta, vizitu a práce prípravné (graf 1).

Na grafе 2 je pracovná činnosť lekárov rozdelená na primára a ostatných lekárov. U primára prevažovala odborná zdravotnícka práca (50,4%) v porovnaní s ostatnými lekármi (36,5%). Lekári sa venovali predovšetkým dokumentačnej práci (51,2%) - primár (35,1%). V priemere lekári pracovali 41% pracovnej zmeny pri počítači (primár 32,8% pracovnej zmeny).

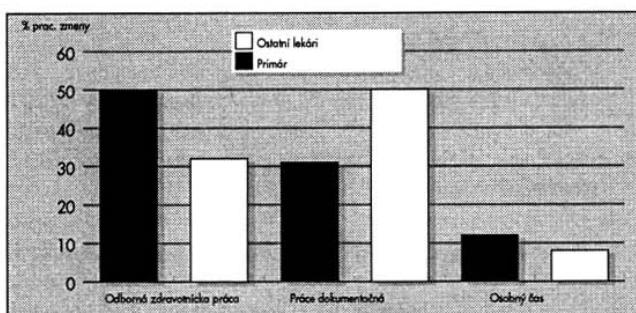
Na grafе 3 sú pracovné činnosti lekárov rozdelené na prácu počas denných a nočných zmien. Práce dokumentačné a odborná zdravotnícka práca boli výraznejšie počas denných zmien, v nočných zmenách bol osobný čas viac zastúpený než v zmenách denných. Pritom treba zdôrazniť, že i počas tzv. osobného času je lekár v neustálej pohotovosti.

Na grafе 4 sa ilustruje pracovná činnosť sestier na oddelení. Najviac času venovali sestry odbornej zdravotníckej práci (51,7%), na druhom mieste boli práce dokumentačné (20,1%) a práce prípravné (19,3%). Osobný čas sestry bol 9,1% pracovnej zmeny. Odborná práca sestier zahrňa sesterskú vizitu a účasť na lekárskych

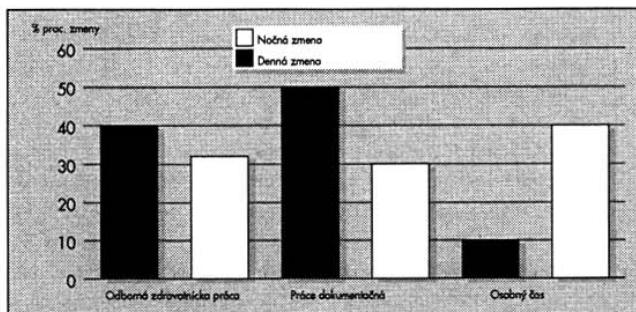
Graf č. 1. Pracovné činnosti 4 lekárov na geriatrickom oddelení počas 18 denných zmien a 2 nočných zmien



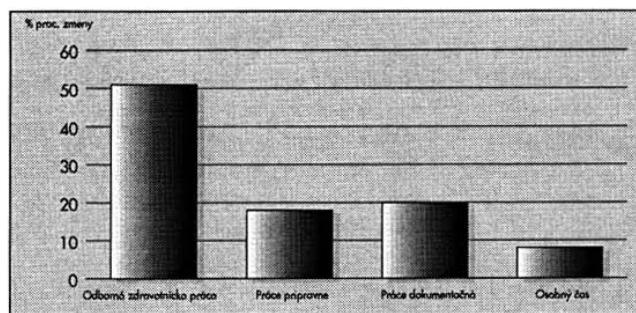
Graf č. 2. Pracovné činnosti primária a 3 ostatných lekárov na geriatrickom oddelení počas 18 denných zmien a 2 nočných zmien



Graf č. 3. Pracovné činnosti 4 lekárov na geriatrickom oddelení počas 18 denných zmien a 2 nočných zmien



Graf č. 4. Pracovné činnosti 9 sestier na geriatrickom oddelení počas 25 denných zmien a 10 nočných zmien



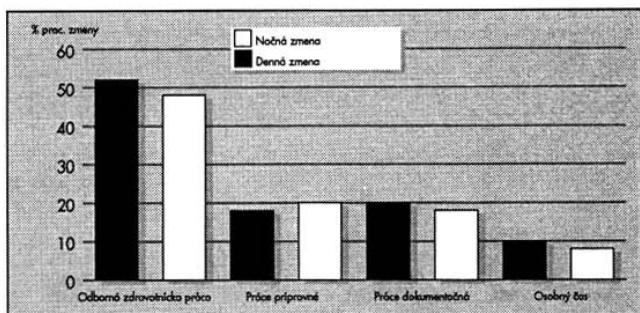
vizitách, liečebný a diagnostický výkon u pacienta, manipulácia s pacientom, pomoc pri jeho stravovaní a rozhovor s ním.

Na grafe 5 sú pracovné činnosti sestier rozdelené na činnosti počas denných a nočných zmien. Z grafu vidieť, že všetky štyri zložky pracovnej činnosti (odborná zdravotnícka práca, prípravné práce, práce dokumentačné a osobný čas) sa vyskytujú približne rovnako počas denných i nočných zmien sestier.

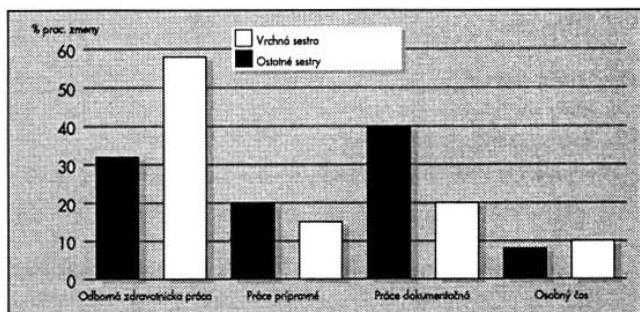
Na grafe 6 je pracovná činnosť rozdelená na činnosť vrchnej sestry a ostatných sestier. Vrchná sestra vykonáva viac dokumentačnej práce, práce organizačnej a prípravnej v porovnaní s ostatnými sestrami (dokumentačné práce 38%, ostatné sestry 16,8%, prípravné práce: 22,6%, ostatné sestry: 15,1%).

Na grafe 7 sú vybrané pracovné činnosti sestier počas denných a nočných zmien. Sú to: hygiena a manipulácia s pacientom, úprava posteľe, čistenie a príprava nástrojov na sterilizáciu, ukladanie

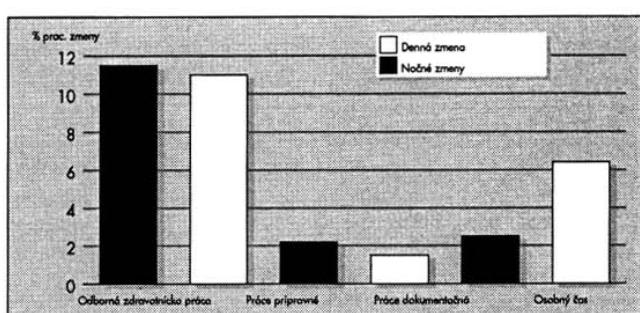
Graf č. 5. Pracovné činnosti 9 sestier na geriatrickom oddelení počas 25 denných zmien a 10 nočných zmien



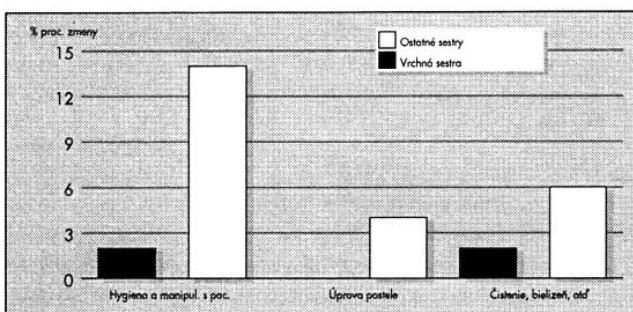
Graf č. 6. Pracovné činnosti 8 sestier na geriatrickom oddelení počas 20 denných zmien a 5 nočných zmien



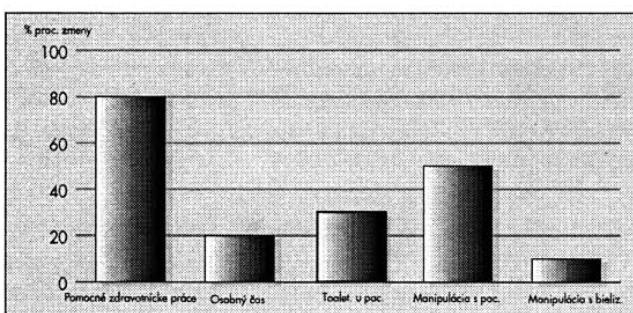
Graf č. 7. Pracovné činnosti 9 sestier na geriatrickom oddelení počas 25 denných zmien a 10 nočných zmien



Graf č. 8. Vybrané pracovné činnosti na geriatrickom oddelení u 8 sestier počas 20 denných zmien a vrchnej sestry počas 5 denných zmien



Graf č. 9. Pracovné činnosti sanitárky na geriatrickom oddelení počas 16 denných zmien



zdravotníckeho materiálu, liekov, manipulácia s bielizňou a pod. O týchto činnostiach sa predpokladá, že sú pri práci sestier najviac fyzicky namáhavé. Najviac sa sestry venovali hygiene a manipulácii s pacientom (11,3% v denných zmenách, 10,4% v nočných zmenách). Na druhom mieste v poradí boli práce čistiace a práce s bielizňou (7,5% počas nočných zmen a 3,2% počas zmen denných). Posúdenie týchto činností z hľadiska ich fyzickej záťaže bude predmetom ďalšej časti práce.

Na grafe 8 sú činnosti rozdelené osobitne pre vrchnú sestru a ostatné sestry. Z grafu vidieť, že sestry sa venovali hygiene a manipulácii s pacientmi v 14% pracovnej zmeny.

Graf číslo 9 znázorňuje pracovnú činnosť sanitárky. Táto spočíva v pomocnej zdravotníckej práci (toaleta u ľažko chorých pacientov, ich umývanie a pod., pomoc pri dvihaní a prenášaní pacienta, prezliekanie posteľnej bielizne, dezinfekcia posteľe a pod.). Táto práca, väčšinou fyzicky náročná, predstavovala 80,3% pracovného času. Osobný čas sanitárok predstavoval 19,7% času pracovnej zmeny. Z pomocných zdravotníckych prác najviac času pripadalo na dvihanie a manipulácie s pacientom (49,5%) a na ich toaletu (30%). V 11% času zmeny sanitárky manipulovali s bielizňou.

Z hľadiska ochrany zdravia zdravotníckych pracovníkov a pacientov sa zistili tieto nedostatky:

1. Budova, v ktorej je oddelenie umiestnené, nemá nákladný výťah pre imobilných a exitovaných pacientov. Sanitári ich nosia na nosidlách po schodisku dve až tri poschodia. Pretože oddelenie nemá prístrojové vybavenie, mnohých pacientov je potrebné voziť na vyšetrenia do okresnej nemocnice. Pacienta sprevádzajú ošetrovateľ z oddelenia.

2. V pracovniach nie je miestne osvetlenie pracovných stolov. Subjektívne hodnotenie, ale aj objektívne meranie umelého osvetlenia vo všetkých miestnostiach dokumentovalo, že je nedostatočné. Sestry majú niekedy problémy, napr. pri venuvani. Možnosti miestneho osvetlenia sú obmedzené a aj v prípade jeho existencie ho nie vždy využívajú.
3. V izbách pacientov nie je zavedená signalizácia. Pacient nemajú možnosť zazvonéním privolať sestru. Preto musia obchádzať izby, aby zistili, kto potrebuje pomoc. Tieto skutočnosti zvyšujú nároky na fyzickú prácu.
4. Oddelenie je nedostatočne vybavené prístrojmi. Bolo by potrebné vybaviť oddelenie ultrasonografom, RTG prístrojom a minilaboratóriom s možnosťou základných vyšetrení, aby nebolo potrebné pacientov prevážať na vyšetrenia do iných, často vzdialých objektov.
5. V súvislosti s manipuláciami s pacientmi sa zistilo, že je nedostatok pomocných mechanizmov. Na každom poschodí je iba jedna mechanická stolička. Je masívna, je s ňou zložitý prístup k posteli pacienta. Problémom je aj prístup ošetrovateľov k posteli pacienta s nosidlami.
6. Počas nočných zmien ošetrovateľky nepracujú, ich prácu robia sestry. Počas výkendov nepracujú ani ošetrovateľia, ktorí sú tu v rámci civilnej vojenskej služby, preto je práca sestier sfrazená. Polohovanie imobilných pacientov robia sestry, niekedy pacienta zdvíha len jedna sestra.
7. Pracovníci oddelenia uvádzajú, že nemajú pri práci dostatok jednorazového zdravotníckeho materiálu (gumených rukavíc, obvázového materiálu, plienok, podložiek do posteľ a pod.). Je nedostatok antidekubitálnych pomôcok (napr. na oddelení je iba jedna antidekubitálna podložka).
8. Finančné hodnotenie pracovníkov geriatrickejho oddelenia nie je pre nich uspokojivé. Ide o neatraktívny odbor, ktorý nie je finančne zvýhodnený. Pracovníci nemajú za prácu v sfrazených podmienkach, ani za rizikové práce príplatky, aj keď pracujú v možnom riziku infekcie (hepatitis a iné). Osobné hodnotenie je u sestier približne 500-800,- Sk mesiac.
9. Viaceré sestry chcú z oddelenia odísť. Lekári zvyčajne odchádzajú na iné oddelenia po získaní prvostupňovej atestácie z internej medicíny. Pracovníci oddelenia nemajú zvýhodnenie ani vo forme dodatkového dovolenky.
10. Na oddelení sú problémy s liekovým formulárom (sú v ňom uvedené len základné lieky). Na jedného pacienta je obmedzená finančná kvota na deň. Pre lekára z toho vyplýva stres, ktorý spôsobujú tieto preskripcné obmedzenia.

Diskusia

Viaceré odborné práce zahraničných autorov sa zaoberajú problematikou pracovných podmienok pracovníkov na geriatrických oddeleniach, prípadne liečebňach na ošetrovanie dlhodobochorých pacientov.

Fyzickou námahou sestier na uvedených oddeleniach sa zaobera Baty (1). U nás sa upozorňuje na potrebu riešiť problematiku námahovej manipulácie s pacientmi. Sovius (2) sa zaoberal možnosťami technického riešenia posteľných zariadení pre imobilných pacientov. Zatiaľ však sa požiadavky na zlepšenie nevyhovujúcej situácie v praxi dosťažne nerealizovali.

Mnohé zahraničné práce sa týkajú psychického preťaženia (burn-out syndrómu a pod.) pracovníkov geriatrickej oddelenia (3). Osobitná pozornosť sa venuje práci zdravotníckych pracovníkov s mentálne hendipecovanými osobami (4) a zomierajúcimi osobami (5, 6, 7).

Pri hodnotení práce na geriatrickom oddelení sa zistili aj ďalšie nedostatky a sťažnosti, ktoré môžu mať negatívny vplyv na zdravie zdravotníckych pracovníkov, ako aj zdravie a pohodu pacientov.

Na základe našich doterajších zistení a skúseností sme vypracovali o d p o r ú č a n i a (8) na zlepšenie práce a pracovných podmienok na uvedenom oddelení. Tieto sa odovzdajú vedeniu oddelenia, vedeniu príslušnej NsP a ŠZÚ a prerokujú sa možnosti, formy a poradie realizácie opatrení na ochranu a podporu zdravia pracovníkov i pacientov.

Literatúra: 1. Baty, D.: Postural stress in geriatric nursing. International J. Nurs Stud 24, 1987, s.339-344. – 2. Sovius, K.: Príspevok štátneho podniku Chirana k riešeniu problematiky starosťlivosti o imobilné osoby. V: Zborník zo seminára „Pracovné a životné podmienky žien v rezorte zdravotníctva“, Banská Bystrica, 1989, s.59-67. – 3. Kempe, P., Lindner, I., Sauter, H.: Burn-out chez aide-soignante des services de geriatrie. V: Abstracts:L'ergonomie à l'hôpital, Paris, 8-10 juillet 1991, 2, s.26. – 4. Thomson, S.: Stress in staff working with mentally handicapped people. V: R. Payne J. Firth-Cozen (eds.) V: Stress in health professionals Wiley Chichester, 1987 – 5. Dudnoj, D.: Passing on : The social organisation of dying, Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall. – 6. Quint, J.C.: The nurse and the dying patient, MacMillan, New York, 1967 – 7. Vachon Mary, L.S.: Occupational stress in the care of the critical i 11, the dying, and the bereaved hemisphere New York, Publishing Corporation, 1987, s. 271. – 8. Hubačová, L., Borský, I., Strelka, F.: Návrh opatrení na uľahčenie zataženia a zlepšenie pracovných a sociálno-ekonomickej podmienok práce zdravotníckych sestier a ošetrovateľského personálu pracujúceho s imobilnými pacientami. Epidemiolog Microbiolog, 1988, č. 3, s. 11-14.

Do redakcie došlo:

29. júla 1997

Adresa autora:

MUDr. L. Hubačová, CSc.,
Líščie údolie č. 63
841 05 Bratislavá

L. Jurkovičová

Spomienka na prvú úspešnú transplantáciu obličky na Slovensku

„Akýkoľvek zložitý a náročný liečebný zákrok, navracajúci zdravie a pohodu v živote, realizujú dnes kolektívy erudovaných, odborných a vysoko špecializovaných lekárov, prípadne ďalších vysokoškolsky vzdelaných špecialistov na základe najnovších poznatkov a najmodernejších prístrojov, technických a ďalších výmoženosťí. Z mojich dlhoročných skúseností ešte vyplýva, že tieto výkony sú nemysliteľné a nerealizovateľné bez veľmi významnej účasti vzdelaných a morálno-etickej obetavých sestier.“

Prof. MUDr. Vladimír Zvara, DrSc.

Pred 25 rokmi dňa 16. júna 1972 uskutočnili v Dérerovej nemocnici v Bratislave prvú úspešnú transplantáciu obličky na Slovensku. Realizoval ju pracovný kolektív na Urologickej klinike na čele s prof. MUDr. V. Zvarom, DrSc. Členka tohto kolektívu, pani L. Jurkovičová, si po rokoch na ňu spomína:

Narodila som sa 26. septembra 1936 v Smolinskom. Som vydatá a mám dvoch synov. Od r. 1994 som v dôchodku. Maturovala som

r. 1955 na Strednej zdravotníckej škole MuDr. Ivana Hálku v Bratislave. Počas celého štúdia som snívala o práci sestry na plastickej chirurgii. Môj sen sa čiastočne splnil. Obdržala som dekrét na plastickú chirurgiu v Bratislave, dokonca som mala oblečenú aj uniformu. Sen sa rozplynul, nakoľko pre nedostatok sestier som bola preložená na urologickú kliniku na Hlbokej ceste v Bratislave. Ako sestra u posteľe som pracovala jeden rok, potom som bola zaradená do kurzu pre inštrumentárky. Ako inštrumentárka som pracovala do r. 1963, kedy som porodila druhého syna. Po trojročnej materskej dovolenke som nastúpila opäť na urologickú kliniku ako anestéziologická sestra. V r. 1967 som začala pracovať v novootvorennej Nemocnici s poliklinikou akademika Dérera na Kramároch v Bratislave, kde som intenzívne spolupracovala pri zariadovaní operačných sál. Postupne sa otvárali aj ostatné oddelenia nemocnice. Od r. 1968 som začala pracovať na operačnej sále, ako staničná sestra a inštrumentárka. Na urologickej klinike pod vedením prof. V. Zvaru sa začalo s malými operáciami, postupne sa robili väčšie

a komplikovanejšie a začalo sa uvažovať aj o transplantácii obličiek. Dialyzačné oddelenie bolo založené v r. 1971. Bolo mimo operačnej sály, ale pacienti sa tu pripravovali na dialýzu. Dialýza bola už prvým krokom k transplantácii obličiek. Na operačnej sále sa pripravoval postupne materiál pre transplantáciu. Do tejto prípravy boli zapojené aj inštrumentárky. Začiatkom júna r. 1972 bolo všetko pre transplantáciu pripravené a čakalo sa len na obličku z Prahy, nakoľko v tom období u nás obličky neodoberali. Celá urologická klinika žila v určitej napätej situácii. Toto vzrušenie neobišlo ani nás inštrumentárky. Priznávam sa, boli sme veľmi nervózne, lebo sme nevedeli, aké prekvapenia môžu pre nás vzniknúť počas transplantácie. Pre istotu sa pripravili dve inštrumentárky. Druhou inštrumentárou bola Jozefína Králová. Keď sme sa dozvedeli presný termín transplantácie, a to 16. jún, uvedomili sme si, že to bude prvá transplantácia na Slovensku a my budeme účastníčkami tejto historickej transplantácie. Naše vzrušenie dosahovalo vrchol. Začali sme umývať dezinfekčnými prostriedkami všetko, počínajúc chodbovou, dverami a nábytkom končiac. Takisto sme sterilizovali všetko, čo sa sterilizovať dalo. Mimoriadnu pozornosť sme venovali fyziológickému roztoku. Nakoľko v tom čase na našom oddelení nebola mraznička, každú chvíľu sme utekali na detské oddelenie triašťadovú drtinu, aby bola čo najjemnejšia. Transplantácia bola akútnej a robila sa o 2. hodine v noci. Všetko bolo pripravené, celý operačný tím čakal na sanitku, ktorá mala doviest pacienta z Vrábeľ.

Prvým pacientom bol pán Štefan Kuruc, 45 ročný zubný technik zo spomínaných Vrábeľ. My dve inštrumentárky sme očakávali, že sa

stane niečo neobvyklé. Stále sme kontrolovali, či sme skutočne všetko pripravili. V tomto tranze nás našiel pán profesor Zvara a opýtal sa: „čo, dievčence?“ Obidve sme sa takmer jednohlasne opýtali, čo máme ešte urobiť. Usmieval sa a povedal: „Chodťte sa osprchovať.“ Nakoľko sme boli osprchované, chvíľu sme sa tejto odpovedi čudovali, napriek tomu sme rýchle zobliekli sterilnú uniformu a utekali pod sprchu. Tejto sprchovej epizóde sme sa ešte dlho smiali. Konečne začala historická transplantácia. Pre úspešné ukončenie tejto prvej historickej transplantácie snažila som sa pracovať čo najpresnejšie. Myslím si, že som zvládla úlohu. Počas transplantácie najväčším zážitkom bolo, keď oblička začala vylučovať prvé kvapky moču. Radosť z úspešne realizovanej historickej transplantácie ľažko vyjadriť. Pacient bol uložený na ARO v samostatnej izbe. Prevážy sme robili my inštrumentárky. Pacient po transplantácii žil ešte 4 roky. Zomrel na plúcnu komplikáciu.

Po transplantácii sme sa všetci zhromaždili v knižnici na spoločné raňajky, pri ktorých sa podrobne prebral priebeh operácie. Táto trádicia zhromaždení v knižnici po transplantácii sa dlho udržiavala. Dnes je transplantácia obličky rutinná operácia, aj keď je veľmi náročná.

*Do redakcie došlo:
10. septembra 1997*

*Adresa autorky:
L. Jurkovičová,
Povazska č. 14,
811 05 Bratislava*

Náš rozhovor

Profesor MUDr. Rastislav Dzúrik, DrSc. sa narodil v Košiciach dňa 24. augusta 1929. Gymnaziálne štúdium a Lekársku fakultu Univerzity Komenského v Bratislave absolvoval v r. 1952. Po promocii pôsobil do r. 1971 na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave, na jej výučbovej základni III. internej kliniky Fakultnej nemocnice, kde neskôr získal aj hodnot profesora internej medicíny. Neskôr od r. 1971 do r. 1983 pôsobil ako vedecký pracovník Centra klinickej farmakológie Výskumného ústavu lekárskej bioniky v Bratislave, ktorého sa stal riaditeľom v r. 1983. V r. 1996 sa stal vedúcim kliniky farmakoterapie Ústavu preventívnej a klinickej medicíny v Bratislave. Tu pôsobí až doteraz.

Vedecká orientácia a práca prof. Dzúrika je zakotvená v oblasti vnútorného lekárstva, klinickej biochémie a najmä nefrológie. Priniesla mu mnohé uznania v domácom i medzinárodnom svete. Popri inom je jeho meno uvedené v publikácii Who is Who v Spojených štátach amerických, bol zvolený do N. Y. (newyorskej) akadémie vied, je pozývaný ako prednášateľ na medzinárodné vedecké fóra. Prednášal napríklad na slávnostnej konferencii pri priležitosti 80. narodenín prof. Krebsa v Oxforde, popredného svetoznámeho pracovníka v lekárskej biochémii. Od r. 1994 je predsedom Slovenskej lekárskej spoločnosti. Vzhľadom na túto funkciu sme mu položili niekoľko otázok:

1. Aktivity Slovenskej lekárskej spoločnosti na neinštitucionálnom vzdelávaní sú jedny z prvoradých. Časopis Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík má tiež plniť významnú úlohu na tomto poli medzi strednými zdravotníckymi pracovníkmi. Ako hodnotíte z tohto hľadiska časopis?

Transformáciou našej spoločnosti a špecificky zdravotníctva sa menia aj postavenie a úlohy všetkých kategórií zdravotníkov, teda aj stredných zdravotníckych pracovníkov. Pre nové úlohy potrebujú stále nové informácie a vzdelávanie. Tak ako u vysokoškolsky kvalifikovaných pracovníkov, aj u stredných zdravotníckych pracovníkov neinštitucionálne vzdelávanie bude získať na význame, pretože sa môžu vzdelávať v najkratšom čase a v prípade Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík dokonca doma. Z tohto hľadiska jeho vznik a vydávanie predstavuje ten rozhodujúci krok: ostáva úloha, aby ho ako taký chápali aj strední zdravotníčki pracovníci a stal sa, resp. ostal ich klúčovým informačným zdrojom.

Mal som možnosť prelistovať prevažnú časť čísel Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík a mám dojem, že svoju základnú úlohu - vojsť do povedomia a stať sa „svojím časopisom“ splnil veľmi dobre. Nechávam otvorenú úlohu pre každého stredného zdravotníckeho pracovníka, aby si túto otázkou položil a stotožnil (nestotožnil) sa s mojím dojmom. Ak sa nestotožňuje, bude vhodné, aby si položil otázku: prečo? A nepochybne by bolo veľmi zaujímavé, keby ju formuloval písomne a poslal redakcii. No v odpovedi je žiaduce, aby si uvedomil aj vlastný podiel na tomto vzťahu, resp. formuloval svoju

účasť. To je napríklad aj moja opakovana otázka pre rôzne odborne časopisy, ktoré čítam.

2. Aké máte pripomienky k obsahu časopisu, na čo by sa mal časopis zameriť z hľadiska potrieb sestier a z hľadiska potrieb pracovníkov technických odborov?

Na takto formulovanú otázkou neviem odpovedať adekvátnie: moja poloha v zdravotníctve je polohou vysokoškolsky kvalifikovaného pracovníka, ktorý sice prichádzal kontinuálne do styku so strednými zdravotníckymi pracovníkmi v minulosti a stále s nimi prichádza do styku, no vidí veci z inej roviny. Skôr môžem odpovedať z hľadiska úloh: ako vidím postavenie a aktivitu sestier a pracovníkov technických odborov?

Ak opomeniem špecifiku sociálnej situácie zdravotníkov a ekonomickej situácie slovenského zdravotníctva, potom je zrejmé, že klúčovou úlohou je vzdelávanie všetkých kategórií pracovníkov na plnenie konkrétnych úloh „zabezpečovania vývoja kvality“ (quality of (health) care development - „QCD“). Odborné lekárske spoločnosti majú mať v tejto úlohe klúčový význam. Dotýka sa to nielen zvyšovania kvality práce, ale predovšetkým kvality odbornosti. A dotýka sa to nielen vysokoškolsky, ale aj stredoškolsky vzdelaných pracovníkov. Je to nepochybne závažná zmena úlohy aj pre stredných zdravotníckych pracovníkov a bude potrebné, aby si ju sformulovali tak, ako si ju formulujú aj lekári a ostatní vysokoškolsky vzdelaní pracovníci. A na podklade tejto formulácie rozpracovať dlhodobý plán vzdelávania. Tejto úlohy sa nemôžu strední zdravotníčki pracovníci vzdať a ak by im ju chcel niekoľko vziať, potom sa musia ubrániť. Konzultácie budú však nepochybne potrebné.

3. Čitateľská obec sa rozrástla a vytvoril sa aj určitý autorský kolectív. Aké aktivity nám treba ďalej rozvíjať, aby sa okruh čitateľov i autorov ďalej rozšíril?

Uvedomujem si naliehavosť QCD a pokúsim sa o formuláciu aktív: Popri najširšej účasti na formulácii úloh všetkých kategórií stredných zdravotníckych pracovníkov by malo existovať aj určité „managerské“ centrum. A práve redakčná rada má najlepšie predpoklady, aby kontinuálne získavala informácie o QCD (skratka, ktorá dnes označuje naše snaženia) a prenášala ich na pracovníkov prostredníctvom ich výborov. Dokonca by mala vypracovať a rozvíjať dlhodobejšie plány. Zároveň by sa mal rozšíriť a vychovať okruh autorov informovaných o trendoch QCD. Nemusia to byť „najvzdelanejší“. Oveľa dôležitejšie bude, ak budú vedieť hovoriť a písť zrozumiteľne a názorne. Napríklad osobne som „poznačený“ už formuláciou konceptií a písaním odborných prác a moje formulácie sú „nezáživné“. Teda sa za autora nehodím. Môj dojem je taký, že značná časť príspevkov je napísaná autormi, ktorí si rozumejú s čitateľmi. Je to teda dobrá báza ďalšieho rozvoja QCD pre jednotlivé odbory. Okruh autorov-nadšencov tre-

ba však stále rozširovať. A azda treba byť ešte prístupnejší: napríklad aj Medicínsky monitor má viac „magazínový“ charakter. A nerozpakovať sa rozšíriť formu listov, kde by kládli čitatelia otázky alebo námety.

4. Strední zdravotníčki pracovníci tvoria významnú časť základne Slovenskej lekárskej spoločnosti. Aký je Váš pohľad na ich súčasné postavenie v Slovenskej lekárskej spoločnosti a aké vidíte v tomto smere perspektív?

O postavení stredných zdravotníckych pracovníkov v SLS rozhodnú oni sami. Na Slovensku vznikla kuriózna situácia. Máme niekoľko komôr a SLS ostala ako jediná, ktorá spolčuje všetky kategórie a odbornosti pracovníkov. Môže to robiť, pretože cieľ je spoločný. Predsedníctvo SLS šlo tak ďaleko, že keď bolo podmienkou pre vstup

do Svetovej lekárskej asociácie (World Medical Association), aby plnoprávnymi členmi boli iba lekári, vzdali sme sa snahu byť členmi, pretože by to bolo znamenalo odčleniť iné kategórie a to sme považovali za škodlivé. V každom prípade komunikácia by musela byť aj naďalej veľmi tesná, pretože odbornosť je iba jedna. To však neznamená, že by sme bránili odčleneniu stredných zdravotníckych pracovníkov, keby sme takú snahu videli. Na druhej strane je však pochopiteľné, ak Predsedníctvo SLS očakáva, že strední zdravotníčki pracovníci budú ekonomicky viac nezávislí, čo vyplýva zo stále sa znižujúcej a zadaniami určenej podpore zo zdravotníctva. Je potrebné nájsť formy, ktoré budú efektívne.

Ďakujem za rozhovor.

Zhováral sa
prof. MUDr. G. Čierny, DrSc.

Kongres s medzinárodnou účasťou Civilizačné ochorenia a ich laboratórna diagnostika

V dňoch 25. – 27. júna 1997 sa konal v Bratislave v priestoroch STU na Fakulte elektrotechniky a informatiky Kongres s medzinárodnou účasťou Civilizačné ochorenia a ich laboratórna diagnostika. Organizátori kongresu SLS - Spoločnosť SZP TO a spoluorganizátori IVZ a ŠZÚ SR pripravili účastníkom veľmi pekný program, či už odborný alebo spoločenský. Nezabudnuteľné bolo otvorenie kongresu, v rámci ktorého zástupcovia SLS zagratovali MUDr. J. Mariányimu, niekdajšiemu riaditeľovi ÚDV SZP a vedeckému sekretárovi SLS k jeho životnému jubileu 80 rokov. Túto slávostnú chvíľu spestrili študentky Konzervatória hrou na flauty.

Program kongresu bol rozdelený do viacerých odborných blokov. V prvý deň vystúpili naše lekárske kapacity v úvode do problematiky, kde každý zo svojho pohľadu nám priblížil civilizačné ochorenia. Popoludní odzneli 2 okruhy prednášok, jednak to boli kardiovaskuľárne ochorenia, a jednak sexuálne prenosné ochorenia. Tu v úvode do problematiky vystúpili hlavní odborníci a v bloku STD prezentovali práce naši laboranti.

V druhý deň kongresu dopoludnie odzneli prednášky v 3 blokoch - onkologické ochorenia, drogová závislosť a ochrana a podpora zdravia, taktiež v úvode prednášali odborníci a potom pracovníci z radov SZP. Popoludní bola prehliadka nástenkových referátov, ktorých bolo po dobu celého kongresu vystavených 15, diskusia s au-

tormi bola pri paneloch. V bloku vzdelávanie vystúpili i zástupcovia zo zahraničia, ktorí nám priblížili vzdelávanie laborantov v ich krajinách, a takisto situáciu laborantov organizovaných v ich spoločnostiach. Boli sme oboznámení aj s naším perspektívnym vzdelávaním a v diskusii sme porovnali situáciu u nás, v Rakúsku a Belgicku.

V posledný deň kongresu boli na programe aktuálne otázky, kde prvá polovica prednášok patrila odborníkom z hematológie a v druhej časti odzneli prednášky z odboru mikrobiológie.

Odborný program bol na vysokej úrovni a všetkým účastníkom, ktorých bolo okolo 220, sa veľmi páčil, čo vyplynulo z diskusie.

Počas dvoch dní mohli účastníci kongresu navštíviť expozície 8 vystavujúcich firiem, ktorým patrí naša vďaka. V rámci spoločenského programu sme zabezpečili divadelné predstavenie a po ňom recepciu v divadle West. V posledný deň popoludní sme sa zúčastnili výletu lodou. Plánovali sme výlet do Gabčíkova, ale pre nepriaznivé počasie sme boli na Devíne.

Za organizačný výbor
Helena Kovalovská
Muškátová ul. č. 11
902 01 Pezinok

Správy zo SLS

MUDr. Ján Mariányi osemdesiatročný

Dňa 24. júna 1997 sa dožil v dobrom zdraví a sviežosti vzácneho životného jubilea významný slovenský lekár, organizátor zdravotníctva, zakladateľ Ústavu pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, funkcionár Červeného kríža a dlhorôč-

ný vedecký sekretár Slovenskej lekárskej spoločnosti MUDr. Ján Mariányi. Pri tejto príležitosti mu Predsedníctvo udelilo opakovane čestné členstvo Slovenskej lekárskej spoločnosti a ocenilo jeho zásluhy v liste, ktorý prinášame v plnom znení.

Vážený pán
MUDr. Ján Mariányi

Bratislava, 16. júna 1997

Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti si pripomína v týchto dňoch s prejavom najvyššieho uznania Tvoj zakladateľský podiel na vzniku Spoločnosti stredných zdravotníckych pracovníkov ako organizačnej zložky Slovenskej lekárskej spoločnosti, Tvoje zásluhy pri zakladaní Strediska pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov, ktoré sa neskôr stalo Ústavom a potom súčasťou Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, pripomíname si Tvoju neúnavnú činnosť vo funkcií vedeckého sekretára a člena predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti a významného funkcionára Československej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyňu.

Pripomíname si Tvoje životné jubileum ako jubileum osobnosti, ktorá sa zapísala do histórie Slovenskej lekárskej spoločnosti neopakovateľným spôsobom. Tvoj tvorivý príspevok do rozvoja zdravotníctva, osobitne do rôznych foriem postgraduálneho vzdelávania našich zdravotníckych pracovníkov je všeobecne známy a bol opakovane celospoločensky ocenený. Si tiež nositeľom najvyššieho vyznamenania Česko-slovenskej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyňu - ceny J. E. Purkyňu. Si čestným členom našej lekárskej spoločnosti i členom zahraničných lekárskych spoločností. Si nositeľom mnohých iných vyznamenaní a ocenení.

Predsedníctvo Slovenskej lekárskej spoločnosti Ti pri Tvojich osiemdesiatinách opakovane udeľuje česťnosť v Slovenskej lekárskej spoločnosti, ktoré je členstvom samostatnej celoštátej organizácie, ktorá nesie na svojom štítne občianskeho združenia poslanie podieľať sa na garancii odbornosti našich zdravotníckych pracovníkov v procese ich celoživotného neinštitucionálneho vzdelávania, čo bolo aj Tvojím celoživotným pracovným cieľom.

Prajeme Ti dostatok zdravia a pohody, aby si mohol ešte dlho pocíťovať spokojnosť z dobre vykonanej práce.

Tvoj

Prof. MUDr. Rastislav Dzúrik, DrSc.
predseda SLS

K veľkému počtu gratulantov sa so želaním dobrého zdravia a životnej pohody do ďalších rokov pripája aj redakcia nášho časopisu.

Súčasné trendy publikačnej aktivity slovenskej medicíny

Vývoj v medicíne po r. 1989 prešiel transformáciou, ktorá v niekoľkých rokoch zaznamenala takú premenu, akú nezaznamenali dekády predtým. Otriasol odbornou a vedeckou činnosťou a následne aj publikačnou aktivitou. Kontinuita v možnostiach publikovania v českých, nové možnosti v medzinárodných odborných časopisoch a vznik odborných časopisov na Slovensku vytvorili hlad po publikáciach. Časť redaktorov a redakčných rád, pri nedostatku publikácií, ale aj z malej osobnej skúsenosti, neudržala už v začiatkoch odborné a vedecké kritériá. Následne sa niektoré z časopisov vyuvinuli

viac do formy magazínov ako odborných časopisov. A navyše, odborné témy pre zdravotníkov sa publikujú aj v novinách, ktoré prezentujú nerecenované názory bez citácií vôbec. A aj tieto ich autori citujú ako vedecké publikácie!

Pri veľkom dopyte podľahli tlaku aj autori a zámenou odbornej úrovne so slobodou prejavu a tlače publikujú práce, ktoré nespĺňajú kritériá odbornosti. Azda najnázornejším príkladom je citovanie v publikáciach. V mnohých článkoch sa necituje temer vôbec. Už v období totality sa medzinárodne kritizovali citačné praktiky v našich

krajinách: napríklad priemerný počet citácií v prehľadnom článku bol v zahraničných časopisoch viac ako dvojnásobný v porovnaní s nami. Platí to však aj o iných typoch publikácií. Autori nemajú prehľad nielen o svetovej literatúre, ale ani o predchádzajúcich publikáciach slovenskej a českej odbornej tlače, a tak sa potom java ako priekopníci nových vedeckých smerov, čo však zriedka býva pravdu. Uznávam, že nie je jednoduché získať tento prehľad, pokiaľ predchádzajúce práce boli publikované u nás. Veľa časopisov nie je

vôbec uvádzaných v bibliografických časopisoch, či v elektronickej databáze (napr. MEDLINE). Potom neostáva nič iné, iba práce hľadať aspoň v klúčových časopisoch odboru. Treba zvládnuť nomenklatúru, zaradiť svoju prácu v časovom siede a kriticky zhodnotiť jej prínos. To však vyžaduje drobnú a namáhavú autorskú, ale aj redakčnú prácu.

Prof. MUDr. Rastislav Dzúrik, DrSc.
predseda redakčnej rady Medicínskeho monitora

Starostlivosť o pacientov po operáciách srdca

Za posledné dve desaťročia došlo k výrazným zmenám v liečbe vrodených srdcových chýb. Chyby, ktoré boli predtým inoperabilné, sa dnes bežne operujú a ich prognóza sa výrazne zlepšila. V minulosti sa v novorodeneckom veku vykonávali paliatívne operácie s následnou korekciami až v neskôršom období. Dnes sa snažíme väčšinu týchto chýb korigovať už v novorodeneckom veku. Je to veľká výhoda pre tieto deti z dôvodu ich ďalšieho normálneho vývoja, ale technika operácie ako i pooperačná starostlivosť je náročnejšia.

Starostlivosť o pacientov po kardiochirurgickom zákroku je špecifická a diferencovaná podľa diagnózy. Každá sestra by mala poznáť problematiku dg. u pacienta, ktorého ošetroje. Tako môže predchádzať problémom, príp. pri vzniku komplikácie včasne a vhodne zareagovať.

Operácie delíme na dva základné typy:

- s použitím mimotelového obehu
- bez mimotelového obehu

Použitie mimotelového obehu (extrakorporálna cirkulácia – ECC) má aj negatívne vedľajšie účinky. Sú výraznejšie u novorodencov a u kojencov ako u väčších detí a dospelých. Mimotelový obeh vyvolá zápalový proces, ktorých poškodzuje steny kapilár a v rôznom stupni nastáva kapilárny únik tekutín a generalizovaný edém. Po komplexných operáciách na srdeci pacienti často prichádzajú s nízkym kardiálnym výdajom, ktorý vyžaduje skoro vždy inotropnú podporu kombináciou:

- dopamínu v dávke 5–10 mcg/kg/min
- dobutamínu 5–10 mcg/kg/min
- adrenalinu 0,01–1 mcg/kg/min
- amrinonom 5–10 mcg/kg/min

Niektoľ naši pacienti majú až taký nízky srdcový výdaj, že vyžadujú mechanickú podporu cirkulácie (ECMO, ELVET).

Pacientom s hraničným srdcovým výdajom, s edematózne zmenenými orgánmi mediastína, ktoré by mnohokrát netolerovali uzavretie hrudníka, sa ponecháva otvorený hrudník. Pravidelne u nich sledujeme vyklenovanie silastikovej záplaty. Ranu prevádzujeme sterilne každých 24 hodín, prípade podľa potreby. Na okolie záplaty aplikujeme betadínový roztok, betadínovú mast a štvorce namočené v betadíne, čo je jeden z najefektívnejších dezinfekčných prostriedkov. Pacientov s ponechaným otvoreným hrudníkom kontinuálne relaxujeme (tracrium). Po zlepšení hemodynamiky a po ústupe generalizovaného edému sa na 3.–4. pooperačný deň hrudník zatvára. Podmienkou úspešného zatvorenia

hrudníka je ústup edému, o ktorý sa snažíme forsírovaním diurezy (bolusové dávky alebo kontinuálna infúzia furosemidu). U pacientov s akút. renálnym zlyhaním, ktoré nereagujú na takúto liečbu, veľmi rýchlo prechádzame na peritoneálnu dialýzu alebo hemofiltráciu.

Aby sme predišli stresovým momentom z bolesti, bezprostredne po operácii sú pacienti na kontinuálnej infúzii analgetík. Najčastejšie používame morfín v dávke 20–40 mcg/kg/h. Sestra pravidelne sleduje veľkosť zreničiek a ich reakciu na osvit, izokoriu, ev. anizokoriu. U dlhodobo sledovaných a relaxovaných pacientov sa ako profylaxia pred poškodením očnej rohovky aplikuje každé 4 hod. O-Septonex kvapky a masť O-Azulen. Rovnako sestra sleduje reakcie pac. na bolesť, spontánne pohyby, ich symetriu.

U pacientov po kardiochirurgickom zákroku monitorujeme všetky vitálne funkcie. Sledujeme EKG – frekvenciu, rytmus, arytmie. Pri niektorých životohrozujúcich arytmiah pac. celkovo chladíme. Ak pac. vyžaduje stimuláciu srdca, je napojený na stimulátor (pacemaker – PCM). Ďalej monitorujeme arteriálny tlak cievkou zavedenou v periférnej arterii. Intrakardiálne tlaky sledujeme pomocou cievok zavedených v ľavej a v pravej predsieni. Monitorujeme aj tlaky v hornej alebo dolnej dutej žile.

Po operácii sú všetci naši pacienti zaintubovaní a sú na riadenej ventilácii. Sestra musí poznáť typy ventilácie a nastavenie ventilátora. Všimá si farbu sliznic, adekvátnosť dýchania hrudníka, opakovane auskultuje obe strany hrudníka, pravidelne sleduje spontánnu dýchovú aktivitu pacienta. Pulznou oxymetriou sledujeme Sat O₂, sledujeme aj EtCO₂, čo je množstvo vydychovaného CO₂ na konci výdychu. U zaintubovaných pac. denne kontrolujeme RTG hrudníka, aby sme sa uistili o správnej polohe ETC kanyly a o stave plúc. Každé 3–4 hod. alebo podľa potreby pac. odsávame z dýchacích ciest. Pred odsatím je potrebné pac. preoxygenovať 100% O₂. Odsávanie musí byť rýchle, kvalitné a šetrné. Častým alebo aj nešetrným odsávaním nastáva poškodenie tkaniva dýchacích ciest.

Potrebné sú aj časte kontroly laboratórnych parametrov. Najzákladnejšie sú ióny, glykémia, KO, hemokoagulácia, vyšetrenie, ABR – sledujeme extrakciu O₂ zo zmiešanej venóznej krvi. V prípade abnormality je dôležitá ich včasná korekcia.

Po operácii sú zavedené hrudné drény a Redonov drén do pleurálneho a perikardiálneho priestoru. V prípade krvácania odvádzajú z hrudníka krv. Je potrebné ich udržiavať priechodné kvôli možnosti rozvoja tamponády srdca. Jej znakmi sú tachykardia, zmenšenie pul-

Prednesené na XVI. slovenských pracovných dňoch anestéziologie, resuscitácie a intenzívnej medicíny 8. mája 1997 v Tatranských Zrúboch, Vysoké Tatry. Prednáška bola vyhodnotená ako najlepšia.

zovej amplitúdy, vzostup centrálneho žilného tlaku. Typické je, že hrudné drény, ktoré predtým odvádzali množstvo krvi, zrazu neodsávajú. Pri excesívnej drenáži (10–15 ml/kg/hod a pri neúčinnosti hemostýptík sa uvažuje o reoperácii s chirurgickým zastavením krvácania.

Ďalším dôležitým momentom je zabezpečiť dostatočný prívod tektín. U kardiochirurg. pacientov sme často nútieni k ich reštikcii. Každých 6 hodín vyhodnocujeme presnú bilanciu tektín, do ktorej nerátame podané koloidy na udržanie perfúznych tlakov. Sledujeme hodinovú diurézu, ktorá je dôležitá pri hodnotení srdcového výdaja ako aj funkcie obličiek.

Prevencia infekcie na našom oddelení spočíva v prísne sterilnom prístupe ku všetkým cievkam. Samotné miesta vpichu sa ošetrojú betadínovým roztokom a betatínovou masfou. Prekryté sú sterilními tvorcami. Po každom odbere alebo po aplikácii sa kohútiky čistia sterilnými štetôčkami a izopropylalkoholom. Kohútiky sú prekryté sterilou rúškou. U pacientov s totálnou parenterálou výživou meníme infúzne súpravy s bakteriálnym filtrom každý deň. Za účelom skorého podchytenia infekcie pravidelne robíme mikrobiologický skríning. Okrem základných vyšetrení nabéráme ešte hemokultúry, tampóny z rany a u zaintubovaných pac. aj spútum na mikroskopické a kultivačné mikrobiologické vyšetrenia.

U každého pacienta je dôležitá včasná prevencia dekubitov.

Používame antidekubitné podložky. Pokial' to klinický stav dovolí, polojujeme pacienta každú hodinu až dve. Mobilizácia pacienta začína čoskoro po extubácii. V rámci respiračnej fyzioterapie vyklepávame hlienky, odsávame z horných dýchacích ciest, uskutočňujeme dychové cvičenia, predýchavanie pozitívnym pretlakom. Toto predýchavanie sa používa u pacientov so sklonom k atelektázam. Ide o spontánne dýchanie pacienta cez masku s použitím pozitívneho expiračného tlaku 10 cm vodného stĺpca.

U menších detí je veľmi dôležitá prítomnosť rodičov hneď po prebudení. Preto je na naše oddelenie voľný vstup pre rodičov po celých 24 hodín. Citlivý prístup lekárov, sestier ako aj rodičov pomáha pacientovi prekonáť bezprostredné obdobie po chirurgickom zákroku.

Ako som už spomenula, naša práca je mimoriadne náročná. Vyžaduje si vysokokvalifikovaných a skúsených pracovníkov. Sestra sa tu stáva skutočným partnerom lekára. Od jej kvality, skúseností a súhry s lekárom mnohokrát závisí úspešnosť liečby kriticky chorých pacientov.

Adresa autora:

J. Chromcová, R. Bieliková
DFNsP DKC – RAP,
Limbová ul. č. 1
832 03 Bratislava

Plán celoslovenských konferencií v roku 1998

1. Sekcia všeobecných sestier

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia všeobecných sestier
Dátum a miesto konania: April 1998, Lučenec
Tematica: Ošetrovateľská starostlivosť pri respiračných ochoreniach
Organizátor: Eva Kostíniková, NsP Lučenec, nám. Republiky č. 14, 894 39 Lučenec, tel. č. 0863/270 11

2. Sekcia detských sestier

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia detských sestier
Dátum a miesto konania: November 1998, Martin
Tematica: Imunologické ochorenia v detskom veku
Organizátor: Anna Holigová, Martinská fakultná nemocnica, Kollárova č. 2, 036 59 Martin, tel. č. 0842/341 31

3. Sekcia ženských sestier

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia ženských sestier
Dátum a miesto konania: November 1998, Prešov
Tematica: Mimoústavná starostlivosť o gravidné a gynekologicky choré ženy
Organizátor: Erika Posluchová, Fakultná nemocnica s poliklinikou, Trieda SNP č. 1. 040 11 Košice, tel. č. 095/429 243

4. Sekcia sestier pracujúcich na ARO a JIS

Názov podujatia: XVII. slovenské pracovné dni anestéziológie a intenzívnej medicíny konania: 14. a 15. máj, Jasná pod Chopkom
Tematica: Novinky v odbore AR a IM.
Organizátor: Špeciálna ošetrovateľská starostlivosť Anna Kačmárová, Fakultná nemocnica s poliklinikou, Trieda SNP č. 1, 040 11 Košice, tel. č. 095/429 243

5. Sekcia diétnych sestier

Názov podujatia: Celoslovenská konferencia diétnych sestier (asistentov výživy)
Dátum a miesto konania: Október 1998, Bratislava
Tematica: Črevné ochorenia a kúpeľná liečba
Organizátor: Zdenka Kubaláková, NsP Ružinov, Ružinovská č. 6, 826 06 Bratislava, tel. č. 07/239 500

6. Sekcia sestier pre sociálnu službu a sociálnych pracovníčok

Názov podujatia: XXVII. celoslovenská konferencia sekcie sestier pre sociálnu službu a sociálnych pracovníčok
Dátum a miesto konania: Máj 1998, Trenčianske Teplice
Tematica: Sociálna problematika narodenia, dospievania, dospelosti a starnutia
Organizátor: Serafína Hermannová, DFNsP, Limbová 1, 833 40 Bratislava, tel. č. 07/371 527

7. Sekcia ošetrovateľského manažmentu	Názov podujatia:	XII. celoslovenská konferencia sekcie ošetrovateľského manažmentu	Organizátor:	Eva Slaninková, Nemocnica – Petržalka, Antolská č. 3, 851 07 Bratislava, tel. č. 07/872 612
Dátum a miesto konania:	Október 1998, Bratislava			
Tematika:	Aktuálne problémy v odbore ošetrovateľstvo			
Organizátor:	Mgr. Anna Čunderlíková, Vzájomná zdravotná poisťovňa, Jiráskova 52/3, 960 01 Zvolen, tel. č. 0855/317 343			
8. Sekcia sestier pracujúcich v dermatovenerológii	Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia dermatovenerologických sestier		
Dátum a miesto konania:	Jún 1998, Nitra			
Tematika:	Pohlavné choroby			
Organizátor:	Anna Klepancová, NsP, 971 01 Prievidza, tel. č. 0862/336 19			
9. Sekcia sestier pracujúcich v onkológii	Názov podujatia:	XXXV. onkologické dni v Bratislave a IX. konferencia stredných zdravotníckych pracovníkov		
Dátum a miesto konania:	Október 1998, Bratislava, Národný onkologický ústav, Klenova č. 1			
Tematika:	Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta so zhoubným nádorom			
Organizátor:	Eva Baďuríková, Národný onkologický ústav - RTO, Klenova č. 1, 833 10 Bratislava, tel. č. 07/3708 695			
10. Sekcia urologických sestier	Názov podujatia:	Pracovná konferencia urologických sestier		
Dátum a miesto konania:	Máj 1998, Bratislava			
Tematika:	Komplexná ošetrovateľská starostlivosť pri ochorení uropoetického traktu			
Organizátor:	Jozef Juhász, Nemocnica – Petržalka, Antolská č. 3, 851 07 Bratislava, tel. č. 07/872 038			
11. Sekcia nefrologických sestier	Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v nefrológii		
Dátum a miesto konania:	13. – 15. mája 1998, Stará lesná			
Tematika:	Mimotelová eliminačná liečba, nutričia, psychologické aspekty, rôzne			
Organizátor:	Anna Ondová, FN L. Pasteura, Dialyzačné stredisko, Rastislavova č. 43, 041 90 Košice, tel. č. 095/765 934			
12. Sekcia sestier pracujúcich na psychiatrii	Názov podujatia:	XV. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich na psychiatrii		
Dátum a miesto konania:	Október 1998, Pezinok			
Tematika:	Reakcia na ťažký stres a adaptačné formy			
13. Sekcia sestier zo zariadení sociálnej starostlivosti	Názov podujatia:	VII. celoslovenská konferencia sestier z ÚSS		
Dátum a miesto konania:	11. októbra 1998, Bratislava			
Tematika:	Trendy sociálnej pomoci			
Organizátor:	Mgr. Mária Murányiová, Ústav sociálnej starostlivosti pre deti a mládež, Dúbravská cesta č. 1, 841 05 Bratislava, tel. č. 07/373 400			
	Spoluorganizátori:	IVZ Bratislava, Marta Šalingová		
14. Sekcia diabetologických sestier	Názov podujatia:	IV. workshop diabetologických sestier		
Dátum a miesto konania:	Jún 1998, Trenčín			
Tematika:	Akútne komplikácie u diabetikov			
Organizátor:	Rozália Šeilingerová, Hlavná ul. 931 01 Šamorín, tel. č. 0708/662 555			
15. Sekcia sestier pracujúcich v pneumológií	Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia pneumologických sestier		
Dátum a miesto konania:	Jún 1998, OLÚ tuberkulózy a respiračných chorôb, Nitra			
Tematika:	Komplexná individualizovaná ošetrovateľská starostlivosť o chorých s nádorovým ochorením plúc			
Organizátor:	Mgr. Melanie Paseková, OLÚ TaRCH, Kláštorná č. 134, 949 88 Nitra – Zobor, tel. č. 087/20 41			
16. Sekcia sestier pracujúcich v neurológií	Názov podujatia:	I. celoslovenská konferencia neurologických sestier		
Dátum a miesto konania:	Október 1998, Lučenec			
Tematika:	Subarachnoidálne krvácania, nová diagnostická technika v neurológií			
Organizátor:	Anna Hašková, NsP Lučenec, 984 01, tel. č. 0863/311 428			
	Spoluorganizátori:	NsP Lučenec		
17. Sekcia sestier pracujúcich v infektológií	Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v infektológií		
Dátum a miesto konania:	Máj 1998, Nitra			
Tematika:	Práca sestier na infekčných oddeleniach (špecifiká, riziká)			
Organizátor:	Viera Šebeková, NsP FDR, Nám. arm. gen. L. Svobodu č. 1, 975 17 Banská Bystrica, tel. č. 088/735 241			
	Spoluorganizátor:	NsP Nitra, 949 01, Habalčíková, tel. č. 087/545 509		

18. Sekcia sestier pracujúcich v centrálnej sterilizácii	
Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia sestier OCS
Dátum a miesto konania:	3. a 4. september 1998, Lučenec
Tematika:	Centrálna sterilizácia
Organizátor:	Ján Bobáľ, NsP Lučenec, 984 39, tel. č. 0863/311 539
Spoluorganizátor:	NsP Prešov
19. Sekcia sestier pracujúcich v oftalmológii	
Názov podujatia:	5. celoslovenská konferencia oftalmologických sestier
Dátum a miesto konania:	November 1998, Bratislava
Tematika:	Špeciálna ošetrovateľská starostlivosť v očnom lekárstve

Organizátor:	Janka Jarinová, NsP Žilina, 012 07 Žilina, tel. č. 089/687 01 11
20. Slovenská spoločnosť sestier	
Názov podujatia:	VIII. celoslovenská konferencia Slovenskej spoločnosti sestier
Dátum a miesto konania:	12. mája 1998, Bratislava
Tematika:	Medzinárodný deň sestier
Organizátor:	Mgr. Anna Čunderlíková, Vzajomná zdravotná poisťovňa, Jiráskova ul. č. 52/3, 960 01 Zvolen, tel. č. 0855/317 343
Konferenčný poplatok sa vyberá pri každej akcii	

Spoločnosť stredných zdravotníckych pracovníkov technických odborov

Plán celoslovenských konferencií v roku 1998

1. Sekcia hygieny

Názov podujatia:	Celoslovenská konferencia asistentov hygieny a laboratórnych pracovníkov na úseku hygieny životného prostredia
Dátum a miesto konania:	Október 1998, Trenčín
Tematika:	Problematika bežného hygienického dozoru v zariadeniach poskytujúcich služby obyvateľstvu
Organizátor:	Marta Karlovská, Štátny zdravotný ústav hl. mesta Bratislavu, Ružinovská č. 8, 820 09 Bratislava, tel. č. 07/57 81 167
Spoluorganizátor:	Štátny zdravotný ústav v Trenčíne

2. Sekcia hygieny

Názov podujatia:	Celoštátna konferencia asistentov hygienickej služby a laboratórnych pracovníkov na úseku epidemiológie
Dátum a miesto konania:	Máj 1998, Trebišov
Tematika:	Sledovanie infekčných a neinfekčných ochorení
Organizátor:	Marta Karlovská, Štátny zdravotný ústav hl. mesta Bratislavu, Ružinovská č. 8, 820 09 Bratislava, tel. č. 07/57 81 167
Spoluorganizátor:	Štátny zdravotný ústav v Trebišove

3. Sekcia farmaceutických laborantov

Názov podujatia:	XXI. slovenské pracovné dni farmaceutických laborantov
Dátum a miesto konania:	16. – 17. októbra 1998, Štrbské Pleso, Helios
Tematika:	Voľnopredajné lieky, zdravotnícke pomôcky a liečebná kozmetika v praxi

Organizátor: farmaceutického laboranta

Viera Jeníková,
Farmaceutická fakulta UK,
Odbojárov č. 10, 832 32 Bratislava,
tel. č. 07/526 22 92

4. Sekcia hematológie a transfúziologie

Názov podujatia:	Pracovná konferencia s celoslovenskou účasťou
Dátum a miesto konania:	Október 1998, Bratislava
Tematika:	Aktuálne poznatky v hematológií a transfúziologii
Organizátor:	Mgr. Zdenka Konečná, Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, Limbová č. 12, 833 03 Bratislava, tel. č. 07/374 560
Spoluorganizátor:	Klinika hematológie a transfúziologie Bratislava, tel. č. 07/531 36 86

5. Sekcia histologických laborantov

Názov podujatia:	XIV. konferencia histologických laborantov
Dátum a miesto konania:	Október 1998, Bratislava
Tematika:	Všetky oblasti práce v histológií

Organizátor: Mária Čunderlíková, NsP Ružinov,
Patologicko-anatomické odd.,
826 06 Bratislava,
tel. č. 07/239 500

6. Sekcia mikrobiologických laborantov

Názov podujatia:	XXVI. konferencia mikrobiologických laborantov
Dátum a miesto konania:	Máj 1998, Banská Bystrica
Tematika:	Laboratórna diagnostika gastrointestinálnych infekcií

Organizátor:	(bakteriálnych, parazitárnych, vírusových), vária Erika Klobušická, Špecializovaný štátnej zdravotného ústavu, Cesta k nemocnici 25, 974 01 Banská Bystrica, tel. č. 088/743 388	Dátum a miesto konania: 4. – 6. júna 1998, Tatranské Matliare, hotel Hutník
Spoluorganizátor:	Špecializovaný štátny zdravotný ústav Banská Bystrica	Tematika: Pokusy v rádiológii Organizátor: Štefan Čelinák, NsP Poprad, Rádiadiagnostické odd., 058 45 Poprad, tel. č. 092/621 11
		Spoluorganizátor: NsP Rádiadiagnostické odd. v Poprade
7. Sekcia rádiologických asistentov Názov podujatia: Celostátna konferencia rádiologických asistentov		Konferenčný poplatok sa vyberá pri každej akcii

III. kongres Slovenskej lekárskej spoločnosti

Slovenská lekárska spoločnosť Asociácia súkromných lekárov usporiada v Bratislave v Istopolise v dňoch 6. – 8. novembra 1997 III. kongres Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Témy kongresu: I. Kontinuálne vzdelávanie zdravotníkov
II. Včasná diagnostika nádorových ochorení v praxi
III. Prostredie, spôsob života a práce

IV. Aktuálne problémy angiochirurgie
V. Transplantácie
VI. Horúce témy

Počas kongresu bude zasadnutie Predsedníctva Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Kongres s medzinárodnou účasťou Civilizačné ochorenia a ich laboratórna diagnostika

V dňoch 25. – 27. júna 1997 sa kona v Bratislave v priestoroch STU na Fakulte elektrotechniky a informatiky Kongres s medzinárodnou účasťou Civilizačné ochorenia a ich laboratórna diagnostika. Organizátori kongresu SLS - Spoločnosť SZP TO a spoluorganizátori IVZ a ŠZÚ SR pripravili účastníkom veľmi pekný program, či už odborný alebo spoločenský. Nezabudnuteľné bolo otvorenie kongresu, v rámci ktorého zástupcovia SLS zagratalovali MUDr. J. Mariányimu, niekdajšiemu riaditeľovi ÚDV SZP a vedeckému sekretárovi SLS k jeho životnému jubileu 80 rokov. Túto slávnostnú chvíľu spestrili študentky Konzervatória hrou na flauty.

Program kongresu bol rozdelený do viacerých odborných blokov. V prvý deň vystúpili naše lekárske kapacity v úvode do problematiky, kde každý zo svojho pohľadu nám priblížil civilizačné ochorenia. Popoludní odzneli 2 okruhy prednášok, jednak to boli kardiovaskuľárne ochorenia, a jednak sexuálne prenosné ochorenia. Tu v úvode do problematiky vystúpili hlavní odborníci a v bloku STD prezentovali práce naši laboranti.

V druhý deň kongresu dopoludnia odzneli prednášky v 3 blokoch - onkologické ochorenia, drogová závislosť a ochrana a podpora zdravia, taktiež v úvode prednášali odborníci a potom pracovníci z radov SZP. Popoludní bola prehliadka nástenkových referátov, ktorých bolo po dobu celého kongresu vystavených 15, diskusia s au-

tormi bola pri paneloch. V bloku vzdelávanie vystúpili i zástupcovia zo zahraničia, ktorí nám priblížili vzdelávanie laborantov v ich krajinách, a takisto situáciu laborantov organizovaných v ich spoločnostiach. Boli sme oboznámení aj s naším perspektívnym vzdelávaním a v diskusii sme porovnali situáciu u nás, v Rakúsku a Belgicku.

V posledný deň kongresu boli na programe aktuálne otázky, kde prvá polovica prednášok patrila odborníkom z hematológie a v druhej časti odzneli prednášky z odboru mikrobiológie.

Odborný program bol na vysokej úrovni a všetkým účastníkom, ktorých bolo okolo 220, sa veľmi páčil, čo vyplynulo z diskusie.

Počas dvoch dní mohli účastníci kongresu navštíviť expozície 8 vystavujúcich firiem, ktorým patrí naša vďaka. V rámci spoločenského programu sme zabezpečili divadelné predstavenie a po ňom recepciu v divadle West. V posledný deň popoludní sme sa zúčastnili výletu loďou. Plánovali sme výlet do Gabčíkova, ale pre nepriaznivé počasie sme boli na Devíne.

Za organizačný výbor
Helena Kovalovská
Muškátová ul. č. 11
902 01 Pezinok

Správy z IVZ

PŠŠ – ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v interných odboroch

1. Antoníková Marta	Košice
2. Bullová Lúdia	Bratislava
3. Fabriciusová Zdenka	Brezno
4. Fabriciusová Milada	Rimavská Sobota
5. Figurová Veronika	Martin
6. Fojtíková Iveta	Smrdáky
7. Giaková Sylvia	Košice
8. Gunthnerová Zuzana	Zvolen
9. Hoksová Dana	Bratislava
10. Hyzaková Ivana	Považská Bystrica
11. Javorková Mária	Košice
12. Jurinová Alena	Brezno
13. Kobrtíková Iveta	Bratislava
14. Markusová Eva	Dunajská Streda
15. Matusková Martina	Bratislava
16. Ruzbacká Beata	Levoča
17. Stopková Anna	Bratislava

PŠŠ – ošetrovateľská starostlivosť o dospelých – v interných odboroch

1. Baranová Eva	Sklené Teplice
2. Baranová Helena	Poprad
3. Binciková Jana	Bratislava
4. Bistíková Viera	Bratislava
5. Brzačová Lúdia	Rimavská Sobota
6. Budzáková Jana	Tatranská Kotlina
7. Čanová Helena	Bardejov
8. Ducková Jana	Prešov
9. Gierová Zuzana	Bratislava
10. Ivanová Ingrid	Lubochňa
11. Javorková Eva	Trenčianske Teplice
12. Kojšová Renáta	Liptovský Mikuláš
13. Krajčiová Anna	Galanta
14. Krajčáková Mária	Krompachy
15. Kročilová Alica	Trenčín
16. Lukáčová Marta	Kvetnica
17. Očenášová Marta	Banská Bystrica
18. Pappová Klára	Krásenský Chlmec
19. Pastrnáková Viera	Bratislava
20. Poganyová Magdaléna	Krásenský Chlmec
21. Priesolová Viera	Ružomberok
22. Šulgánová Antónia	Bratislava
23. Vantrubová Jana	Číž

PŠŠ – ošetrovateľská starostlivosť o dospelých v chirurgických odboroch

1. Czezingerová Ildiko	Komárno
2. Mariková Helena	Dunajská Streda
3. Petrusová Jana	Nitra
4. Sedláčová Andrea	Trenčín
5. Bartová Drahomíra	Hnúšťa
6. Ciganiková Miriam	Považská Bystrica
7. Hlavatá Janka	Čadca
8. Oravniková Ľudmila	Banská Bystrica
9. Pavlovičová Elena	Martin
10. Sihelníková Anna	Čadca
11. Sirancová Štefánia	Čadca
12. Ulcaková Janka	Čadca
13. Gibelová Iveta	Bardejov
14. Havrilová Ľudmila	Stará Ľubovňa
15. Hudaková Emília	Košice
16. Kriaková Dana	Svidník
17. Kučerová Mária	Kežmarok
18. Pavileková Mária	Michalovce
19. Suchardová Iveta	Košice

PŠŠ – ošetrovateľská starostlivosť v chirurgii

1. Bosáková Daniela	Spišská Nová Ves
2. Buchová Marta	Čadca
3. Červenáková Silvia	Komárno
4. Filipiaková Zdenka	Rimavská Sobota
5. Galajdová Renáta	Košice
6. Kalinák Jozef	Svidník
7. Kasztílová Timea	Komárno
8. Kovarová Elena	Bratislava
9. Mihalyiová Adriana	Rimavská Sobota
10. Papíková Monika	Vyšné Hágy
11. Poláková Vlasta	Galanta
12. Popielová Jana	Stará Lubovňa
13. Popluhárová Klára	Galanta
14. Rusková Jana	Banská Bystrica
15. Stulrajterová Ľuba	Banská Bystrica
16. Suttorová Gabriela	Bratislava
17. Szabóová Alexandra	Komárno
18. Tóthová Alena	Bratislava
19. Vargová Ružena	Košice
20. Vernarská Jana	Poprad

PŠŠ – intenzívna starostlivosť v interných odboroch

1. Baranová Anna Partizánske
2. Borosová Božena Partizánske
3. Buhajová Alžbeta Kráľovský Chlmec
4. Granaková Mária Dolný Kubín
5. Hanesová Anna Poprad
6. Hlbočanová Eva Dolný Kubín
7. Jakabová Mária Kráľovský Chlmec
8. Klein Branislav Levoča
9. Marceková Zdenka Trenčín
10. Nagyová Jarmila Bratislava
11. Onofrejová Agáta Prešov
12. Skladaná Elena Liptovský Mikuláš
13. Sztakovicsová Mária Komárno
14. Vadkertiová Judita Nové Zámky
15. Vincová Marcela Michalovce
16. Vincová Mária Košice
17. Vondráčková Mária Čadca
18. Vybochová Marta Banská Bystrica
19. Zagyiová Marcela Hnusta

3. Bohunická Jana
4. Červenová Klára
5. Čierna Viera
6. Jagerčíková Anna
7. Jelenová Mária
8. Kiralyová Andrea
9. Kisová Timea
10. Kozáková Iveta
11. Kuricová Ľuboslava
12. Lasková Oľga
13. Lieskovská Jozefína
14. Likavcová Ľudmila
15. Lišáková Iveta
16. Lizáková Kristína
17. Mokrisová Júlia
18. Pekarová Silvia
19. Peková Gabriela
20. Psenáková Alena
21. Rudincová Iveta
22. Stanová Dagmar
23. Supeková Edita
24. Szakszová Zlatica

- Košice
Poprad
Martin
Banská Bystrica
Bratislava
Rimavská Sobota
Nové Zámky
Čadca
Ilava
Poprad
Považská Bystrica
Ružomberok
Čadca
Bratislava
Ilava
Bratislava
Košice
Zvolen
Čadca
Liptovský Mikuláš
Nová Baňa
Galanta

PŠŠ –intenzívna starostlivosť v interných odboroch

1. Bezáklová Alena Partizánske
2. Bohunková Katarína Banská Bystrica
3. Bolechová Kamila Trenčín
4. Brejčaková Ľudmila Poprad
5. Dzubaková Katarína Poprad
6. Faltínová Katarína Levoča
7. Hanuliaková Tereza Čadca
8. Harabisová Marta Košice
9. Holcová Mária Bratislava
10. Jurasová Zuzana Bratislava
11. Kintlerová Elena Trnava
12. Kissová Zuzana Košice
13. Kneziková Miroslava Trenčín
14. Kováčová Zuzana Šahy
15. Krajčírová Miriam Bratislava
16. Kubincová Jana Nové Mesto nad Váhom
17. Kulichová Oľga Banská Bystrica
18. Majtášová Eva Nové Mesto nad Váhom
19. Mišíková Erika Trebišov
20. Molnárová Veronika Komárno
21. Mordelová Eva Dolný Kubín
22. Neupauerová Ľudmila Kežmarok
23. Ozvoldíková Zita Trnava
24. Petrovičová Anna Bratislava
25. Rusnáková Erika Ilava
26. Sarkozyová Marta Dunajská Streda
27. Strucková Terézia Partizánske
28. Szentkiralyiová Jana Bratislava
29. Tokarová Jarmila Bratislava
30. Zaprazná Júlia Bratislava

PŠŠ – ošetrovateľská a sociálna starostlivosť

1. Gortová Edita Sučany
2. Jánošíková Renáta Košice
3. Jencová Helena Vranov nad Topľou
4. Krajčiová Jozefína Považská Bystrica
5. Lacusková Jarmila Bratislava
6. Lobodovská Gabriela Košice
7. Luptáková Alena Susany
8. Malosková Zuzana Myjava
9. Oczeaková Jana Košice-Barča
10. Palová Iveta Tornala
11. Salvová Jaroslava Bratislava
12. Stocová Zuzana Bratislava
13. Tomečková Ružena Banská Bystrica
14. Zulkovská Mária Košice-Barča

PŠŠ v primárnej zdravotnej starostlivosti

1. Bartošová Iveta Spišská Nová Ves
2. Brusková Kvetoslava Prievidza
3. Cvpová Renáta Prievidza
4. Kosarová Nadežda Vys. Orlík
5. Kotúčová Mária Turčianske Teplice
6. Kováčová Magdaléna Zem. Kostoľany
7. Pavliková Ľudmila Prievidza
8. Smaková Iveta Prievidza
9. Sýkorová Ľubomíra Košice
10. Vašičáková Emilia Kežmarok
11. Zaťková Judita Prievidza

PŠŠ – ženská sestra v primárnej zdravotníckej starostlivosti

1. Čamberová Alena Ružomberok
2. Gracová Jaroslava Partizánske

PŠŠ – intenzívna starostlivosť v chirurgii

1. Azirovicová Mária Levoča
2. Belovičová Vlasta Trnava

3. Jánošková Emília	Novák
4. Mackovičová Jarmila	Bratislava
5. Molnárová Renáta	Kraľ. Chlmec
6. Nagyová Erika	Komárno
7. Suchovičová Anna	Prešov

16. Svachová Jana	Trenčín
17. Valentová Eva	Bratislava
18. Vavreková Iveta	Prešov
19. Zborovský Jaroslav	Prešov
20. Vaščíková Darina	Žilina

PŠŠ – ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii

1. Onderišinová Margita	Prešov
2. Šusteková Katarína	Bratislava
3. Nogová Viera	Bratislava
4. Brunovská Gabriela	Bratislava
5. Bottová Lídia	Pezinok
6. Felsevová Beáta	Pezinok
7. Gaštanová Jana	Pezinok
8. Hoštáková Mária	Pezinok
9. Kalivodová Ľubica	Pezinok
10. Kukumbergová Anna	Pezinok
11. Pastuchová Jana	Pezinok
12. Lenártová Katarína	Pezinok
13. Menichová Silvia	Predná Hora
14. Liptáková Anna	Predná Hora
15. Hoghová Mária	Predná Hora
16. Tokolová Sylvia	Plešivec
17. Hroncová Emília	Plešivec
18. Krausová Laura	Košice

PŠŠ - na prácu vo funkčnom vyšetrení kardiorespiračného ústrojenstva

1. Gallová Emília
2. Horňák Ivan
3. Kuklinková Mária
4. Reffková Alena
5. Teicherová Jana
6. Varjašiová Zuzana
7. Veselá Veronika
8. Záhorová Zuzana

PŠŠ – laboratórne metódy v lekárskej mikrobiológii

1. Antolová Ľubica	Vranov nad Topľou
2. Bittnerová Marcela	Zvolen
3. Bodnárová Jana	Humenné
4. Buchtová Alena	Čadca
5. Ďuričová Iveta	Brezno
6. Gašpar Eduard	Piešťany
7. Lipková Zuzana	Nitra
8. Lovaszová Andrea	Nitra
9. Markovičová Anna	Bratislava
10. Mitrová Iveta	Vranov nad Topľou
11. Neščiverová Mária	Prešov
12. Olvecká Anna	Nitra
13. Šimonová Mária	Humenné
14. Šimurdová Ľuboslava	Košice
15. Šmideková Iveta	Košice

PŠŠ – zdravotní laboranti - laboratórne metódy v hygiene

1. Babjaková Alena	Michalovce
2. Bachratý Peter	Bratislava
3. Bujáková Eleonóra	Nové Zámky
4. Drončková Anna	Košice
5. Faltínová Andrea	Stará Ľubovňa
6. Gabrišová Adriana	Košice
7. Glončáková Katarína	Čadca
8. Habiňáková Helena	Dolný Kubín
9. Hliníková Viera	Lučenec
10. Laššáková Mária	Banská Bystrica
11. Lopušanová Dana	Bratislava
12. Macaláková Uršula	Levice
13. Mikyťová Viera	Liptovský Mikuláš
14. Šimuneková Alena	Nové Zámky
15. Širgelová Katarína	Lučenec
16. Torkošová Eva	Vranov nad Topľou
17. Vasiľková Terézia	Vranov nad Topľou
18. Vlková Simona	Trenčín
19. Žačíková Matilda	Levice
20. Znamenáková Valéria	Prievidza

PŠŠ – laboratórne metodiky v lekárskej imunológii

1. Bartovicová Jarmila	Piešťany
2. Gergelová Annamária	Košice
3. Rusnáková Katarína	Nitra

PŠŠ – klinická cytológia

1. Babjaková Mária	Michalovce
2. Blašková Dušana	Bratislava
3. Fašková Ľubica	Bratislava
4. Hašková Darina	Komárno

PŠŠ – laboratórne vyšetrovacie metódy v toxikológii

1. Gáborová Iveta	Bratislava
2. Maleková Alena	Bratislava

PŠŠ – histológia

1. Gogová Alena	Bardejov
2. Hašková Darina	Komárno
3. Hersteková Monika	Bardejov
4. Juránová Jana	Trnava
5. Krivošíková Renáta	

6. Kurucová Hedviga	Košice
7. Šmitalová Monika	Nitra
8. Ulicaj Otto	Košice
9. Valeriánová Anna	Prešov
10. Viskupová Iveta	Trnava

8. Kulišková Daniela
9. Petrášová Ivana
10. Podoláková Vlasta
11. Prekopová Daniela
12. Remeňová Miroslava
13. Richtáriková Katarína
14. Szabóová Katarína
15. Tokarová Renáta
16. Zálesová Viera

PŠŠ – laboratórne metódy v hygiene práce

1. Augustínová Anna	Žilina
2. Glacová Pavla	Bratislava
3. Kobetič Peter	Bratislava

PŠŠ – klinická biochémia: ZL + IOP

1. Bogyiová Miroslava	Partizánske
2. Fedoršová Slávka	Bardejov
3. Gasperanová Elena	Brezno
4. Huláková Dagmar	Levoča
5. Kleinová Renáta	Kežmarok
6. Klobušická Mária	Nitra
7. Mihalová Mária	Trenčín
8. Slivková Mariana	Nitra
9. Szazová Helena	Nové Zámky
10. Tomanková Helena	Považská Bystrica

PŠŠ – klinická biochémia: ZL + IOP

1. Brutovská Renáta	Rožňava
2. Čenčaríková Daniela	Michalovce
3. Dohňanská Mária	Veľký Krtíš
4. Durianová Jana	Detva
5. Džaďáková Helena	Rimavská Sobota
6. Hladká Nataša	Rožňava
7. Hlavenná Lucia	Bratislava
8. Horváthová Gabriela	Rožňava
9. Izáková Silvia	Čadca
10. Kasprišínová Monika	Prešov
11. Macošková Eva	Stropkov
12. Madžová Monika	Bratislava
13. Malacká Daniela	Prešov
14. Ondejková Alena	Michalovce
15. Pittnerová Jana	Žiar nad Hronom
16. Pracková Svetlana	Žiar nad Hronom
17. Pudmarčíková Zuzana	Modra
18. Zapáľová Dáša	Zvolen

PŠŠ – hematológia a transfuziológia

1. Dandárová Mária
2. Jakubová Marcela
3. Jarošová Adela
4. Karalyošová Monika
5. Kmeťová Darina
6. Kollár Pavel
7. Komloová Helena

PŠŠ – hematológia a transfuziológia

1. Agričolová Ľubica
2. Belanová Elvíra
3. Dojčáková Viera
4. Gardoňová Ľubica
5. Horňáková Eva
6. Hroncová Erika
7. Strháková Valéria
8. Zvarová Lucia
9. Škvareková Oľga
10. Baštová Anna

PŠŠ – lekárenstvo

1. Benčíková Denisa	Žilina
2. Bilíká Daniela	Komárno
3. Bitterová Adriana	Bratislava
4. Blšková Ľubica	Bratislava
5. Bohúšová Denisa	Stará Turá
6. Esseová Renáta	Nové Zámky
7. Gericová Simona	Bratislava
8. Hrabinová Lídia	Stará Turá
9. Husárová Monika	Poprad
10. Klucárová Jana	Bratislava
11. Koszoruová Soňa	Bratislava
12. Krasulová Ľudmila	Poprad
13. Križanová Andrea	Bratislava
14. Matulová Jana	Bratislava
15. Onofrejová Marcela	Košice
16. Peteryová Ľubica	Nové Zámky
17. Pinkeová Kornélia	Galanta
18. Popracová Ružena	Nitra
19. Rusnáková Zuzana	Bratislava
20. Szabóová Eva	Bratislava

PŠŠ – liečebná telesná výchova v pediatrii

1. Bačová Magdaléna	Košice
2. Behúňová Soňa	Humenné
3. Jandová Eva	Košice
4. Košinová Ľubica	Banská Bystrica
5. Krasňanová Mária	Bratislava
6. Moncolová Katarína	Hnusta
7. Naglová Imelda	Podunajské Biskupice
8. Olejková Katarína	Bratislava

9. Rigoová Ružena
10. Záhorcová Zuzana

Šamorín
Trnava

PŠŠ – rádiodiagnostika

1. Bobčeková Miriam
2. Danišová Gizela
3. Georgievová Iveta
4. Hojdan Peter
5. Jakubíčková Bibiana
6. Jopková Markéta
7. Ksiazek Marián
8. Laszlo Peter
9. Pavlová Jana
10. Sipkovská Helena
11. Šohajová Henrieta
12. Tomášiková Monika
13. Valachová Alena
14. Veselá Katarína
15. Vlnková Beáta

PŠŠ – rádiodiagnostika

1. Ballon Štefan
2. Debrovská Mária
3. Fedorová Jarmila
4. Gráfelová Júlia
5. Husár Pavol
6. Kočišová Jarmila
7. Kokúťová Mária
8. Krajmer Rastislav
9. Krcho Jozef
10. Lacková Zdenka
11. Lauková Mária
12. Lelko Pavol
13. Leštinská Irena
14. Marcinová Zuzana
15. Minár Juraj
16. Pichaničová Eva
17. Pokorná Justína
18. Sousedeková Iveta
19. Štefaňáková Mária
20. Šuňková Viera
21. Tovačovská Mária

PŠŠ – rádioterapia

1. Herda Andrej
2. Michalcová Soňa
3. Soňáková Alena
4. Szabooová Tunde

PŠŠ – pre sestry na špeciálne metódy na rádiodiagnostickom oddelení

1. Bolibruchová Alena
2. Ráčková Gabriela

PŠŠ – medicínska informatika

1. Budajová Katarína
2. Ferjancová Ľubica
3. Gajová Mária
4. Jalčová Jana
5. Kosturová Alena
6. Kuruczová Viktoria
7. Lisá Katarína
8. Maďarová Marta
9. Michalíková Iveta
10. Radimáková Darina
11. Sokolová Slávka
12. Šuchová Viera
13. Táborecká Marianna

Martin
Martin
Poprad
Košice
Banská Bystrica
Nové Zámky
Trenčín
Bratislava
Bratislava
Dunajská Streda
Trenčín
Banská Bystrica
Banská Bystrica

PŠŠ – centrálna sterilizácia

1. Artimová Ľudmila
2. Bobáľ Ján
3. Gedeonová Alica
4. Micenková Jana
5. Petříček Marián
6. Szabóová Iveta
7. Zlatovská Janka

Svidník
Lučenec
Bratislava
Bardejov
Bratislava
Bratislava
Trenčín

PŠŠ – štátny zdravotný dozor

1. Dikanová Martina
2. Hanesová Soňa
3. Krajčová Angela
4. Kršková Silvia
5. Matušková Eva
6. Urbanová Dana

Nové Zámky
Bratislava
Bratislava
Bratislava
Nové Zámky
Dolný Kubín

PŠŠ – preventívne pracovné lekárstvo

1. Czajliková Marta
2. Katona Tibor
3. Klačmanová Monika
4. Marčeková Ľubica
5. Mečiarová Monika
6. Oravcová Monika
7. Sagulová Zdenka

Dun. Streda
Dun. Streda
Trenčín
Trenčín
Nové Zámky
Veľký Krtíš
Spišská Nová Ves

PŠŠ – hygiena výživy

1. Bohmová Ivana
2. Delingová Anna
3. Koleňová Mária
4. Tkáčová Iveta
5. Tyčová Renáta
6. Žáková Klaudia

Bratislava
Vranov nad Topľou
Košice
Spišská Nová Ves
Svidník
Trenčín

PŠŠ – hygiena detí a mládeže

1. Bereczová Anna
2. Radosová Viktoria

Komárno
Trenčín

PŠŠ – epidemiológia

1. Čereňáková Kamila
2. Kokošová Martina
3. Kováčská Mária
4. Maciková Iveta
5. Tršková Mária

Trenčín
Michalovce
Košice
Michalovce
Prievidza

2. Hrnčiarová Vlasta
3. Janošková Mária
4. Kološťová Mária
5. Kršjaková Oľsia
6. Krupová Jolana
7. Kubalová Emília
8. Lengeňová Marta
9. Lorinczová Anna
10. Mráziková Anna
11. Mydllová Iveta
12. Schwartzová Alena
13. Václavová Elena

Brezno
Bratislava
Brezno
Žiar nad Hronom
Bratislava
Kežmarok
Košice
Trnava
Štiavnická
Štiavnická
Martin
Nové Mesto nad Váhom

PŠŠ – v kalmetizácii

1. Angyalová Katarína
2. Bartošková Alena
3. Belušová Tatiana
4. Chropovská Antónia
5. Draganová Emília
6. Farkašová Zuzana
7. Fodorová Anna
8. Gallovičová Katarína
9. Gombošová Anna
10. Grigerová Jozefína
11. Hruškovičová Darina
12. Jendrišková Anna
13. Kakosová Iveta
14. Klcová Anna
15. Krivošíková Anna
16. Lengyelová Anna
17. Mlátičková Mária
18. Molnárová Margita
19. Nošková Jarmila
20. Oravcová Lýdia
21. Priesolová Brigita
22. Procházková Eva
23. Šmikniarová Jaroslava

Rimavská Sobota
Trenčín
Bratislava
Senica
Púchov
Poltár
Prievidza
Poprad
Veľký Krtíš
Tur. Teplice
Bratislava
Trstená
Nitra-Zobor
Myjava
Senica
Trenčín
Trebišov
Pezinok
Bratislava
Trnava
Banská Bystrica
Bratislava
Žiar nad Hronom

PŠŠ v anestéziológii a resuscitácii

1. Bačová Renáta
2. Bendíková Mária
3. Bodnárová Mária
4. Čelechovská Eva
5. Dekrétová Marcela
6. Dorinová Slávka
7. Fuchsová Bibiána
8. Gondová Marcela
9. Gregová Oľga
10. Habiňáková Mária
11. Hardoňová Antónia
12. Kacianová Izabela
13. Kotlárová Zuzana
14. Krištan Miroslav
15. Krištoforyová Božena
16. Krivulková Janka
17. Kužmová Mária
18. Machová Elena
19. Miškufová Bernadeta
20. Mlaková Monika
21. Možišová Radislava
22. Nováková Gabriela
23. Olexová Oľga
24. Pekár Štefan
25. Pekárová Mária
26. Puchárová Květoslava
27. Puškárová Vlasta
28. Sedláková Mária
29. Székelyová Gabriela
30. Timková Soňa
31. Tkáčová Monika
32. Turoková - Meceňová Silvia
33. Vajdová Jana
34. Vargová Helena
35. Zavacká Andrea

Trebišov
Poprad
Košice
Veľký Krtíš
Lučenec
Prešov
St. Ľubovňa
Levoča
Košice
Kežmarok
Vranov nad Topľou
Bardejov
Levoča
Vranov nad Topľou
Košice
Rožňava
Michalovce
Revúca
Prešov
St. Ľubovňa
Lučenec
Prešov
Humenné
Prešov
Svidník
Humenné
Kráľ. Chlmec
Prešov
Kežmarok
Trebišov
Košice
Michalovce
Košice
Poprad

PŠŠ v anestéziológii a resuscitácii

1. Belanová Jarmila
2. Benčová Jana
3. Briestenská Jana
4. Cerovská Eva
5. Császáriová Elena
6. Glončák František
7. Jarošová Denisa
8. Jurdová Kvetoslava
9. Kochanová Katarína
10. Marettová Mária
11. Mihálíková Ľubica
12. Ondrejková Zuzana
13. Polievková Monika
14. Schwarzbacherová Mária
15. Šnajderová Adriana
16. Šumajová Silvia
17. Tučnáková Zuzana
18. Vechterová Dana
19. Žárska Andrea

Žilina
Nová Baňa
Pov. Bystrica
Zvolen
Lipt. Mikuláš
Lipt. Mikuláš
Pov. Bystrica
Púchov
Brezno
Martin
Ilava
Ružomberok
Banská Bystrica
Brezno
Zvolen
Martin
Banská Bystrica
Lipt. Mikuláš
Ilava

1. Angyalová Iveta
2. Báchorová Martina
3. Baxa Maroš
4. Broklofová Erika
5. Búranová Beáta

Šaľa
Bratislava
Bratislava
Bratislava
Nové Zámky

PŠŠ – domáca ošetrovateľská starostlivosť

1. Blicklingová Margaréta

Trenčín

6. Chlapečková Anna	Myjava	18. Minarovičová Eva	Partizánske
7. Dašková Daniela	Trenčín	19. Ondrášková Oľga	Bratislava
8. Duchoslavová Andrea	Bratislava	20. Pokoracká Klára	Levice
9. Horník Pavol	Nové Zámky	21. Poláčiková Viera	Levice
10. Išvanová Andrea	Bratislava	22. Stehlíková Dáša	Skalica
11. Kollárová Eva	Trenčín	23. Takáčová Henrieta	Bratislava
12. Kondačová Dalila	Bratislava	24. Talamon František	Galanta
13. Krutá Iveta	Trnava	25. Terkovičová Zdena	Bratislava
14. Lajchová Monika	Bratislava	26. Tománková Iveta	Bratislava
15. Lehmanová Jana	Bratislava	27. Trupová Renáta	Bratislava
16. Mališková Ľuba	Partizánske	28. Vávrová Jana	Skalica
17. Matejová Jarmila	Zlaté Moravce	29. Vrábelová Katarína	Želiezovce

Vysvetlivky skratky: PŠŠ – pomaturitná špecializačné štúdium
 ŠŠ – špecializačné štúdium

Medzinárodná konferencia o ošetrovateľstve v krajinách strednej a východnej Európy usporiadaná Medzinárodnou americkou alianciou pre zdravie (AIHA)

V dňoch 13. – 14. mája 1997 sa v Záhirebe v Chorvátsku konala Medzinárodná konferencia o problémoch v ošetrovateľstve v krajinách strednej a východnej Európy (ďalej len SVE), ktorú usporiadala Medzinárodná americká aliancia pre zdravie (AIHA). Zúčastnilo sa na nej 62 sestier zo strednej a východnej Európy a USA.

Rokovanie sa zameralo na 4 témy:

1. Edukácia v ošetrovateľstve

Slovenský model vzdelávania v ošetrovateľstve sa javí v krajinách SVE ako jeden z najrozvinutejších. Vzdelávanie sa postupne presúva na úroveň vyššieho odborného štúdia po ukončení všeobecného vzdelania maturitou, štyri slovenské univerzity vzdelávajú v ošetrovateľstve na bakalárskej úrovni a dve na magisterskej úrovni. Tieto sú zároveň akreditované na postgraduálne vzdelávanie. Ukázalo sa, že absolventi týchto škôl majú vysoké uplatnenie na trhu práce. Spoluorganizátorom a odborným garantom tejto sekcie za krajinu SVE bola PhDr. E. Lepiešová.

2. Manažment v ošetrovateľstve sa zameral na case management (manažment prípadu) a leadership (vedenie ľudí). Americkí partneri teoreticky a neskôr aj prakticky objasnili case management ako systém starostlivosti o konkrétneho klienta v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo v domácom prostredí.

3. Komunitné ošetrovateľstvo (primárna domáca starostlivosť)

Všetky tri oblasti (komunitná, primárna, domáca starostlivosť) majú spoločný jeden dôležitý faktor: poskytujú sa v mimonemocničných podmienkach, inde ako v ústavných zdravotníckych zariadeniach.

Primárna ošetrovateľská starostlivosť sa vo väčšine krajín SVE zakladá na spolupráci s lekárom a poskytuje zväčša v privátnych alebo štátnych ambulanciach.

Komunitná ošetrovateľská starostlivosť je v krajinách SVE najmenej rozvinutá. Poskytuje sa skupinám ľudí, ktoré majú spoločné územie, záujmy, alebo svoje špecifické problémy. Práve takáto forma starostlivosti sa ukazuje pre zlepšenie úrovne zdravia obyvateľov ako jedna z najúčinnejších. Berie sa zreteľ na špecifiká skupiny, na jej sociálne, kultúrne a iné zvyklosti a určujú sa problémy, ktoré je potrebné v skupine prioritne riešiť.

Domáca starostlivosť sa v krajinách SVE rozvíja najrýchlejšie, preto-

že je často lacnejšou alternatívou finančne náročnej nemocničnej starostlivosti. V niektorých krajinách sa poskytujú výlučne zdravotnícke služby (Slovensko), v iných sú zdravotnícke služby prepojené so sociálnymi, čo sa ukazuje ako výhodnejšie.

Veľkým prínosom z americkej strany bola prednáška Maureen M. Mitchell „Komunitné ošetrovateľstvo za zdravšie komunity“. V didaktickej prehľadnom vstupe na vysokej odbornej úrovni vysvetlia prístup ku zdraviu obyvateľov, kládla dôraz na zodpovednosť za zdravie, poukázala na zdroje financovania programov na podporu zdravia a dokladovala prínos prevencie.

V tejto sekciu zaznela aj prednáška Frances Hutchison o štandardoch v práci školskej sestry a Barbara Bogomołov prezentovala aj praktickú aplikáciu komunitnej starostlivosti v Lotyšsku a jej odraz na zdraví obyvateľov Tukuma.

Slovensko sa prezentovalo projektom „Komunitné ošetrovateľstvo v starostlivosti o zdravie populácie“, ktoré prednesla vedúca sekcie za krajinu SVE Mgr. S. Kycinová z Ústavu ošetrovateľstva JLF UK v Martine.

Panelová diskusia sa zamerala na najpálčivejšie otázky primárnej a komunitnej starostlivosti.

4. Hospice (starostlivosť o umierajúcich) prezentoval vedúci sekcie Zoltán Kárpáti z Maďarska, kde sa táto forma starostlivosti postupne rozvíja. Autor vysvetli históriu, filozofiu a formu starostlivosti nielen o umierajúceho, ale aj o jeho rodinu a blízkych.

Hlavná konferencia AIHA pokračovala v ďalších dňoch a účastníci konferencie sestier na nej prezentovali výsledky svojho rokovania. Prácu prednesli spolupracovníci z Európskeho riadiaceho výboru, ktorého predsedníčkou je PhDr. H. Koňošová z Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve v Bratislavе.

Ďalšie stretnutia americkej a európskej strany sa budú pravidelne každoročne opakovať.

S. Kycinová
 Ústav ošetrovateľstva,
 Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine

Školské okienko

Absolventi magisterského štúdia – odbor ošetrovateľstvo na Jeséniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Martine v školskom roku 1996/1997

Lucia Bezáková	Chynorany	Gabriela Magyarová	Nové Zámky
Elena Boorová	Košariská	Jana Markuliaková	Piešťany
Denisa Ďurošová	Veľký Krtíš	Mária Novysedláková	Harichovce
Dana Fáziková	Nitra	Magdaléna Pankulicsová	Somotor
Anna Fúrová	Martin	Ivana Stankovianska	Turany
Beáta Hajková	Rišňovce	Martina Šefčíková	Pezinok
Slavomír Kuchta	Tisovec	Dajana Šakpurová	Trnava

Absolventi bakalárskeho štúdia - odbor ošetrovateľstvo na Jeséniovej lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Martine v školskom roku 1996/1997.

Anna Bullová	Martin	Emília Košová	Martin
Zuzana Cibulková	Dolné Vestenice	Monika Kremeňová	Považská Bystrica
Renáta Černá	Dolné Srnie	Ľubica Mikolajčíková	Martin
Miroslava Dianová	Opatovce nad Nitrou	Ladislav Mikuš	Levice
Alžbeta Gyurászová	Vinica	Anna Porubská	Kláštor pod Znievom
Irena Hanuliaková	Martin	Margita Sklenková	Martin
Mária Hanzelová	Martin	Daniela Šolonyová	Turčianske Teplice
Jana Hičiková	Krpeľany	Jana Ucháčová	Martin
Anna Jamrišková	Martin	Jana Vedketiová	Martin
Alena Jurčáková	Vŕťky	Miroslava Vanková	Martin
Jana Koleňová	Partizánska Ľupča	Mária Zibolenová	Martin

Úprimne blahoželáme
Redakcia

Absolventi bakalárskeho štúdia - odbor ošetrovateľstvo na Lekárskej fakulte P.J. Šafárika v Košiciach v školskom roku 1996/1997

Janka Barejová	Ruskov	Andrea Pakánová	Prešov
Mária Bérešová	Valaliky	Silvia Rusinová	Košice
Miriam Capová	Valaliky	Enikó Szuczová	Zemplínske Kopčany
Jaroslava Grešková	Košice	Dušana Tomaščinová	Košice
Mária Hudáková	Rokytov	Martina Tomčíková	Košice
Kristína Koláriková	Košice	Viera Vrljičáková	Košice
Elena Lenardová	Košice		
Gabriela Motyková	Poproč		

Úprimne blahoželáme
Redakcia

Summaries

Cardiovascular diseases in our country and in the world at the turn of the millennium

I. Riečanský

Summary: Cardiovascular diseases have been the most frequent cause of death in Slovakia in as much as 52 - 55 %. The mortality in Slovakia ranks among the highest in Europe and after several years of stagnation, the last three years show a decreasing trend. An effective control of cardiovascular diseases predominantly caused by atherosclerosis, consists in preventive measures that concern both overall population and individuals. Long-term trends show that in the first decades of the 21st century, coronary heart disease and ce-

rebrovascular disease will become the leading causes of mortality. In fighting these diseases prevention will be the key line. In the diagnostics and treatment we will witness a tremendous development of molecular genetics, bioengineering techniques, information systems and MRI.

Key words: cardiovascular diseases, health and socio-economic significance, prevention

Protection and promotion of health - outline of strategies for the 21st century

L. Rosival, A. Rosivalová

Summary: The paper is concerned with the strategy and prospective development of health care policies, protection and advancement of health, of prevention of diseases and measurements of the population's health levels. Attention is paid to the new definition of tasks and responsibilities in health care and to the commitments of the government in ensuring the protection of environment for the 21st century. All changes are characterized by speed, complexity, interrelationship, and frequently by the impossibility of anticipation. In 1997, the Regional Office of the WHO for Europe prepared an a-

mended proposal of the program Health for All in the 21st Century, outlining health care policies for Europe. The year 1998 will mark the 20th anniversary of the Alma Ata Declaration on the health for all people to be achieved by primary health care. This calls for an analysis of achievements, errors and failures in the effort invested to date as well as for the preparation of future strategies.

Key words: protection and promotion of health, strategies for the 21st century.

Cleaning, disinfection and sterilization of gastrointestinal endoscopes from the aspect of the endoscopic nurse

A. Pukančíková, M. Slováková, M. Brix

Summary: A survey is presented concerning the issue of cleaning and disinfection of devices used for gastrointestinal endoscopy. Attention is called to the fact that neither procedures nor requirements of officers of the sanitary service are uniform. An overview of basic notions and current disinfecting means suitable for endoscopes is presented and a tentative proposal of correct procedure in cleansing

gastrointestinal endoscopes is suggested. The paper is based on information from Czech and German medical materials, which are practically identical with the recommendations of the European Society for Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).

Keywords: cleaning, disinfection, sterilization, gastrointestinal endoscopy.

Preoperative and postoperative care of cardiosurgical patients

E. Kamasová, Z. Macáková, Ľ. Lamperová, K. Kozelková, Z. Tešlarová

Summary: The commitments of a nurse in a cardiosurgical department require complex training, a high level of knowledge as well as practical skills from several medical specialities. The cardiosurgical nurse performs tasks of an anesthesiologic nurse, of a nurse for intensive and intermediary care and also tasks required from a nurse in a general surgical and medical department. As an equal partner, the nurse cooperates with the doctor in the whole therapeutic process - during the preoperative care, the operation itself, in the intensive and intermediary postoperative care as well as in the convalescence period.

Doctors expect the nurse to make correct decisions and to carry out procedures independently and on her own, and that often within a very short time span. The paper presents an overview of the most important relevant activities whose aim is the ultimate success of the whole cardiovascular team, namely a well treated and cared for patient.

Keywords: cardiosurgical patient, cardiosurgical nurse, preoperative and postoperative care.

Our experience with the Reichert-Jung 2055 rotary microtome
M. Stehlíková, K. Adamcová, D. Hrozienčíková, I. Hnátová, O. Rantová, T. Ertlová

Summary: After long-term experience with sliding microtomes, the initial practise of processing samples on a rotary microtome was not without problems. After exchanging the knife for blades fixed in a special holder, a marked improvement was achieved in cutting bioptic blocks. In the authors opinion, the rotary microtome can be used to advantage in cutting small bioptic samples, compact and larger materials, as well as decalcified material. It

is of particular advantage in repeated trimming of tissue specimens. Some disadvantages of the rotary microtome, experienced in routine practice on processing great numbers of preparations, are discussed in the paper.

Keywords: Reichert-Jung 2055 rotary microtome

Application of proper laboratory practice in solving the problem of sanitary defect of the product „Kysucký korbáčik“ („Kysuca Whip“)
K. Glončáková

Summary: The number of a broad range of small food manufactories has greatly increased in the district of Čadca over the recent years. To protect the consumer against alimentary infections and derangements, employees of the State Institute of Health supervise the quality and microbiological and chemical soundness and safety of their products. The paper describes the gradual changes and eventual improvement achieved in the quality of the cheese pro-

duct „Kysuca Whip“. At present the product meets the relevant norm in all the required parameters.

Keywords: „Kysuca Whip“, contamination, microbiological and chemical examination

L. Hubačová, M. Šulcová, D. Henčeková, M. Vargová, K. Lajchová

Summary: In 16 employees of the geriatric department (4 physicians, 9 registered nurses, 3 sanitary workers) the whole shift investigations were performed (71 working shifts together).

On the basis of our examinations we ascertained that physicians during 48,0% of their working time performed documentary works, on the second place were expert activities (39,2%).

Registered nurses devoted most of their activities to the expert activities (51,7%), documentary works and preparation works (20,1% and 19,2% respectively). During day shifts nurses devoted 11,3% of time to the hygiene and handling with the patient, during night shifts 10,4% time. Cleaning works and work with clothes were 7,5% and 3,2% during night and day shifts.

Working activity of the sanitary workers concerns mostly highly physically demanding works (80,0% of their working shift). Mostly they lifted the patients (49,5%) and helped with the patients toilet. In 11% of the working time were sanitary workers handling with clothes.

We found out numerous shortcomings from the health safety of medical personnel point of view. On the basis of our examinations we elaborated recommendations for improving of the work and working conditions at the geriatric department. We delivered them to the department and hospital management.

Keywords: geriatrics, health care personnel, work strain, work conditions