

že SA zde může být jenom kolonizací, která překrývá nějaké jiné agens, které je špatně prokazatelné. Dle klinického obrazu jsme nejvíce uvažovali o aktinomykóze. V takovém případě by však extenzivní operační výkon byl chybou, proto jsme si jako základní cíl operačního výkonu stanovili jednak ošetřit všechny choboty píštělového systému discízi, drenáží či exstirpací podle situace, jednak odeslat dostatek tkáně píštělí na věrohodnou histologii a mikrobiologii. K ATB zajištění jsme volili vysokou dávku intravenózního Oxacilinu a intravenózního Penicilinu, aby byl dobře pokryt jak SA, tak zvažovanou aktinomykózou. Pacientka byla po vyloučení aktinomykózy převedena na perorální Zinnat. Pooperační průběh byl velmi hladký. Histologie vyšla zcela nespecificky. Mikrobiologicky opět pouze citlivý SA, kmen byl odeslán na vyšetření toxinů do Národní referenční laboratoře pro stafylokoky. Takto zjištěno, že kmen produkuje Pantonův-Valentinův leukocidin (PVL).

PVL je exotoxin, který poškozuje a inaktivuje leukocyty tím, že narušuje jejich membránu. Díky tomu může tvořit nekrózy, což je nebezpečné hlavně u pneumonií, které pak díky svojí hemoragicko-nekrotické formě jsou fulminantní a mají extrémně vysokou mortalitu v celém věkovém spektru od kojenců po seniory. U nás byly opakovaně publikovány práce kolektivu RNDr. Petráše z Národní referenční laboratoře pro stafylokoky SZÚ. Může se ale také podílet na závažných infektech měkkých tkání nebo kostí, o těchto infekcích však již je informací méně. Léčebně se doporučuje podávat antibiotika potlačující proteosyntézu a tedy tvorbu PVL, je preferován Klindamycin a Linezolid. Zvažovali jsme, zda máme v tomto smyslu léčbu eskalovat. Protože v době znalosti této informace již bylo jisté, že pooperační stonání proběhne hladce, léčbu jsme neměnili. Po 4 měsících se znovu objevila drobná hnisavá sekrece v jizvě na hýždí. Kultivačně opět SA, znovu vyšetřena produkce toxinů, nejprve zjištěno že kmen PVL neprodukuje, došetřením celé plotny však zjištěno, že jsou zde dva kmeny SA – jednak nový, bez produkce PVL, jednak původní kmen, který PVL produkoval. Doplněno podrobné imunologické vyšetření, nebyla prokázána žádná porucha obranyschopnosti. Na kontrolní MR našťastí pouze drobná místní recidiva na hýždí, v oblasti retroperitonea bez známek recidivy píštělového systému. Řešeno lokální incízi a drenáží, pokryto Klindamycinem. Pacientka se zhojila a od té doby je bez recidivy.

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0031>

Aseptický přístup nielen k ošetreniu rán Aseptic approach not only at wound care

Stanislav Šurín

Schulke SK, s.r.o., Prievidza, Slovenská republika

Pacienti s ranými infekciami uvoľňujú množstvo zárodkov, ktoré sa môžu dostať aj do ovzdušia nemocničnej izby a kontaminovať okolie pacienta – nástroje, obväzový materiál, pomôcky a bielizeň.

Aseptické postupy sú metódy používané k prevencii prenosu infekcie medzi pacientmi, personálom, pomôckami a prostredím. Sú prvou voľbou ochrany pred infekciou a používajú sa pri každom invazívnom výkone. Výkony sa plánujú tak, aby sa najskôr vykonávali prevä-

zy čistých rán (akútnych rán, operačných rán) a potom preväz infikovaných rán.

Aseptický prístup znamená dodržiavanie postupov správneho hygienicko-epidemiologického režimu – udržiavanie čistoty prostredia (príprava pracovnej plochy, dekontaminácia po aseptickom výkone), správne používanie rukavíc a hygiena rúk počas aseptického výkonu, správna organizácia ošetrovateľskej práce.

Príprava pracovnej plochy pred aseptickým výkonom vyžaduje realizáciu mnohých opatrení, napr. zabrániť kontaktu sterilného a znečisteného materiálu, sterilný materiál sa nesmie prichystať príliš skoro, aby nedošlo k jeho kontaminácii, zabrániť prúdeniu vzduchu a prievanu v miestnosti, minimalizovať pohyb ostatných osôb v miestnosti, čistenie a dezinfekciu dokončiť max. 30 minút pred plánovaným preväzom, pod končatinu a/alebo do jej okolia dať jednorazovú podložku, zabrániť zatečeniu dezinfekcie alebo aj biologického materiálu (krv, hnis, sekrét) pod pacienta či do okolia pacienta. Na dezinfekciu je výhodné použiť prípravky (s rozprašovačom alebo dezinfekčné utierky), testované podľa EN v expozičnom čase do 5 min.

Samotný aseptický výkon, napr. pri ošetrení rany vredu predkolenia, vyžaduje niekoľkonásobné použitie rukavíc a hygienickej dezinfekcie rúk, ich počet závisí od konkrétneho typu výkonu. Rovnako je dôležité v prípade infikovanej rany vykonať po debridemente rany aj antiseptické ošetrenie na kontrolu infekcie v rane. Pre nízku cytotoxicitu účinnej látky octenidinu a jeho schopnosť selektívne vzájomnou elektrostatickou interakciou prednostne likvidovať baktérie v rane sa ako optimálne riešenie ukazuje použitie prípravkov Octenilin wound irrigation, Octenisept a Octenilin gel počas celého výkonu ošetrenia rany.

Po ukončení aseptického výkonu pacienta sa vykonáva upratovanie miestnosti, odstraňovanie jednorazových pracovných pomôcok a materiálu, bezpečná manipulácia s bielizňou, dezinfekcia matracov vhodnými prípravkami, ako napr. desam effect, terraliln protect, desam ox, perform, mikrozid PAA wipes.

Na záver sa vykonáva záverečná dezinfekcia miestnosti. Vhodné sú oxidačné prípravky so širokým spektrom účinnosti, ako napr. *desam prim*, *perform*, *chloramix dt*, *chloramix d*, *chloraamin T*.

<https://doi.org/10.21101/hygiena.b0032>

4. Možnosti ochrany a podpory zdravia zdravotníckych pracovníkov; profesionálni infekční i neinfekční rizika při péči o pacienta

Spalnice – doporučení pro očkování zdravotníků
Measles – healthcare personnel vaccination
recommendation

Iva Šípková, Dana Teislerová

*Nemocnice České Budějovice, a.s., České Budějovice,
Česká republika*

V posledních letech došlo v České republice k opakovaným epidemiím spalnicek. Vždy se ukázalo, že zdravotníci patří mezi nejohroženější skupiny obyvatel.