

SBORNÍK ABSTRAKT



XV. KONGRES ČESKÉ SPOLEČNOSTI INTENZIVNÍ MEDICÍNY

19. - 21. června 2022
Hotel Galant, Mikulov

Pořadatel:



Prezident kongresu



Doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D.

Předseda vědeckého výboru:



Prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

Organizátor:

MH Consulting s.r.o.
Narcisová 2850
10600 Praha 10
martin.horna@mhconsulting.cz
www.mhconsulting.cz
tel: +420 731 00 66 20



Programový výbor:

Prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.
Doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D.
Prof. MUDr. Jan Bělohávek, PhD.
Prof. MUDr. Jan Beneš, PhD.
Prof. MUDr. Vladimír Cerný, PhD.
Doc. MUDr. František Duška, PhD.
Doc. MUDr. Pavel Dostál, PhD.
Doc. MUDr. Tomáš Gabrhelík, PhD.
Doc. MUDr. Vladimír Koblížek, PhD.
MUDr. Martina Klincová
MUDr. Jan Maňák, PhD.
MUDr. Kateřina Rusínová, PhD.
MUDr. Roman Kula, CSc.
MUDr. Pavel Suk, PhD.
MUDr. Peter Sklienka, PhD.
Prof. MUDr. Vladimír Šrámek, PhD.
Prof. MUDr. Petr Štourač, PhD.
MUDr. Věra Špatenková, PhD.
MUDr. Anatolij Truhlář, PhD.
Doc. MUDr. Tomáš Vymazal, PhD.

Organizační výbor:

Doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D.
Prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

ORGANIZACE INTENZIVNÍ PÉČE BĚHEM COVID-19

Vladimír Černý¹,
¹ KAPIM MN Ústí nad Labem

Abstrakt není k dispozici

COVID 19 - HEMODYNAMIKA

Jan Beneš¹,
¹ KARIM LFP UK a FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

COVID-19 A ECMO

Martin Balík¹,
¹ KARIM VFN a 1.LF UK

Abstrakt není k dispozici

RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ

Pavel Dostál¹,
¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

COVID-19 - INFLAMACE A BIOMARKERY

Martin Matějovič¹,
¹ LF UK a FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

RESPIRAČNÍ MANAGEMENT

JAKÉ JSOU SOUČASNÉ CÍLE OXYGENACE A VENTILACE U KRITICKY NEMOCNÝCH?

Tomáš Tyll¹,
¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, ÚVN Praha

Abstrakt není k dispozici

NASTAVENÍ PEEP - PLICNÍ MECHANIKA, IMPEDANČNÍ TOMOGRAFIE NEBO MĚŘENÍ EELV?

Pavel Dostál¹,
¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

P-SILI – MÝTUS NEBO SKUTEČNÁ HROZBA?

Michal Frelich¹,
¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Ostrava

Abstrakt není k dispozici

ECCO2R – JE JIŽ ČAS PRO RUTINNÍ POUŽITÍ U NEMOCNÝCH S TĚŽKÝMI FORMAMI ARDS?

Pavel Suk¹,

¹ Anesteziologicko-resuscitační klinika, FN USA

Abstrakt není k dispozici

SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ KONGRESU - JEDNOTKA INTENZIVNÍHO ŽIVOTA

ZDRAVICE PŘEDSEDY ČSIM NEJLEPŠÍ PUBLIKACE/granty Jednotka intenzivního života - oceněný dokument Slavnostní přednáška - osobnost české intenzivní medicíny: V. Vobruha
Novinky ze vzdělávání v IM: M. Balík : vzdělávací program a očekávání do budoucnosti P. Dostál: IM pohledem katedry IPVZ F. Duška: IM optikou ESICM

WORKSHOP ELIMINAČNÍ METODY V INTENZIVNÍ PÉČI

Koordinátor: Prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D., Interní klinika FN Plzeň

Zaměření: Novinky a praktické znalosti hlavních modalit na ICU, problem-based formát. Kapacita omezena na 25 účastníků. Cena (dotovaná ČSIM) 2000,- Kč, občerstvení zahrnuto.

Sponzor: BBraun

09:00 – 09:30 Na co vše si odpovědět než pacienta napojím? (Matějovič M.)

09:30 – 10:00 Kdy využívám CRRT z non-renální indikace a kdy nikdy (Chvojka J.)

10:00 – 10:30 Extendovaná denní dialýza (EDD) a její aplikace v intenzivní péči (Balík M.)

10:30 – 11:00 Regionální citrátová antikoagulace – tipy and triky (Svobodová E.)

11:00 – 11:30 Další modalitty léčby při CRRT (Matuska)

11:30 – 12:30 Oběd

12:30 – 12:50 Vše co potřebuji vědět o cévním přístupu pro RRT a pár triků navíc (Beneš J.)

12:50 – 13:10 Plazmaferéza, její indikace a provádění na ICU (Balík M.)

13:10 – 13:30 Novinky v eliminačních metodách (Matějovič M.)

KONTROLA TEPLoty, CHLAZENÍ A HYPOTERMIE

FYZIOLOGICKÉ ÚČINKY HYPOTERMIE:

Roman Kula¹,

¹ KARIM FN Ostrava

Abstrakt není k dispozici

CÍLENÝ TEPLOTNÝ MANAGEMENT PO KPR, CMP A TBI - STATE OF THE ART

Bronislav Stibor ¹,

¹ ICU, Landeskrankenhaus Baden bei Wien, Austria

Abstrakt není k dispozici

SEPSIS A ARDS - BUDEME PACIENTY CHLADIT?

Roman Kula ²,

¹ 1 Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava

² 1 Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava

Abstrakt není k dispozici

JAK SPRÁVNĚ CHLADIT

Natálie Görnerová ¹,

¹ Všeobecná fakultní nemocnice

Abstrakt není k dispozici

SEKCE MLADÝCH ANESTEZIOLOGŮ A INTENZIVISTŮ

ODLOŽENÁ INTUBACE

Jan Máca ¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava, LF Ostravské univerzity

Abstrakt není k dispozici

ČASNÁ INTUBACE.

Michal Otáhal¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Abstrakt není k dispozici

VŠE O CÉVNÍCH PŘÍSTUPECH

ULTRAZVUKOVÁ NAVIGACE A TUNELIZACE CENTRÁLNÍCH ŽILNÍCH VSTUPŮ

Viktor Maňásek¹,

¹ Komplexní onkologické centrum, nemocnice Agel Nový Jičín, Společnost pro porty a permanentní katetry

Úvod Adekvátní žilní přístup je stěžejní pro optimálně prováděnou intenzivní péči. Kromě standardních netunelizovaných centrálních žilních katétrů (CŽK) má své místo jednak jejich tunelizace, jednak užívání nových druhů katétrů, např. PICC (z periferie zaváděný centrální katétr). Samozřejmostí je optimálně kanylace za ultrazvukové (UZV) navigace v reálném čase. Metodika Shrnujeme důvody pro ultrazvukem navigovanou kanylaci v reálném čase na konkrétních případech pacientů. S ohledem na recentní doporučení mezinárodních odborných společností představujeme možnosti implementace nových způsobů zavádění centrálních kanyl, reflektující místo vstupu a vyvedení katétru dle zásad metodiky ZIM („zone inserton method“), a to s užitím tunelizace. V neposlední řadě zmiňujeme srovnání PICC s klasickými CVK. Kromě UZV navigace vyzdvihujeme rovněž přínos intrakardiální EKG navigace (I-EKG). Výsledky U všech pacientů je prováděna při kanylacích UZV navigace, mnohdy i I-EKG navigace za účelem ověření distální polohy katétru. Vytipovali jsme skupinu pacientů, u kterých se kloníme spíše k zavedení PICC a skupinu nemocných, kteří profitují ze standardní CŽK, kdy však mnohdy indikujeme tunelizaci za účelem snadnějšího ošetřování a prodloužení životnosti katétrů. Závěry Použití ultrazvuku v reálném čase při kanylacích nabízí výběr optimální žíly a redukuje významně riziko komplikací. S novými přístupy v indikacích a ošetřování centrálních katétrů může dojít k prodloužení životnosti katétru za redukcí rizika periprocedurálních i oddálených komplikací. Při výběru správného druhu katétru je rovněž možnost využití pro další léčbu, navazující na intenzivní péči.

ŽILNÍ VSTUPY V INTENZIVNÍ PÉČI A PERIOPERAČNÍ MEDICÍNĚ - UP TO DATE 2021

Tomáš Brožek¹,

¹ Klinika Anesteziologie, Resuscitace a Intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze

Abstrakt není k dispozici

KOMPLIKACE CÉVNÍCH VSTUPŮ

Michal Šenkyřík ¹,

¹ Interní gastroenterologická klinika Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty Masarykovy university v Brně

Komplikace cévních vstupů rozdělujeme na mechanické a infekční. Mechanické komplikace, spojené se zaváděním vstupu (malpozice, pneumothorax, vzduchová embolie, poranění tepny, příp. hrudního mízovodu aj.), jsou dnes méně frekventní zejména díky používání moderních technik v zavádění vstupů (ultrazvuk, ekg navigace, nová a dokonalejší instrumentaria, vylepšené materiály používané k výrobě vstupů). Okluze, neprůchodnost, je obvykle spojena s péčí o vstup a dobou jeho zavedení, netrombotická příčina je zjišťována asi ve 40% případů. Trombotická okluze katétru, příp. cévy může pacienta navíc ohrozit svými lokálními projevy, méně často embolizací nebo infikováním trombu. Infekční komplikace jsou nebezpečné svými systémovými projevy (sepsy), prodlužují hospitalizaci a zvyšují náklady na léčbu. Moderní postupy implantace snížily zvl. časné postprocedurální trombosy a infekce. Rozhodující pro udržení vstupu je však každodenní správná praxe v péči o vstup. Smysl má zavádění „balíčků“ péče do praxe, pravidelná a trvalá edukace personálu, přítomnost nemocničního týmu zabývajícího se problematikou cévních vstupů a také volba vhodného typu vstupu vzhledem ke stavu pacienta, nemoci a její fázi, ev. se zohledněním předpokládané doby, po kterou bude vstup pacient potřebovat.

CÉVNÍ VSTUPY U NÍZKÝCH VÁHOVÝCH KATEGORIÍ

Petr Dominik ¹,

¹ Petr Dominik, KDAR FN a LF MU Brno

Sdělení se zabývá a shrnuje současné poznatky při zajišťování cévních vstupů malým dětem v rámci intenzivní péče. Doporučené postupy, novinky, aplikace posledních a mezinárodně zaužívaných schémat, ale rovněž zvyklosti pracovišť v ČR, které mnohdy zdaleka neodpovídají současným možnostem v zajištění trvalých a bezpečných cévních vstupů u nízkých váhových kategorií v pediatrické intenzivní péči.

SEZNAMTE SE....NOVINKY VE FARMAKOTERAPII KRITICKY NEMOCNÝCH

SEZNAMTE SE...CO JEŠTĚ PŘEKVAPÍ KLINICKOU FARMACEUTKU NA ICU

Milada Halačová ¹,

¹ OKF NNH

Abstrakt není k dispozici

ANGIOTENSIN II V SOUČASNÉ PRAXI

Tomáš Tencer ¹,
¹ KAR FNKV

The renin-angiotensin-aldosterone system plays a key role in maintaining vascular tone, haemodynamic stability, and electrolyte homeostasis. Angiotensin II was discovered in the 1930s and has been used in clinical studies since the 1960s. Angiotensin II binds to angiotensin-1 and -2 receptors inducing vasoconstriction, aldosterone synthesis, and vasopressin release. It is available clinically for treatment in patients with refractory vasodilatory shock, allowing for sparing of catecholamines. Recent randomised clinical trials stipulate that angiotensin II is an effective and safe treatment for vasodilatory hypotension. In the ATHOS-3 placebo-controlled study in refractory vasodilatory shock, angiotensin II showed more rapidly increased mean arterial pressure. Larger clinical studies are now needed. Serious adverse effects of angiotensin II included ischaemia, arrhythmias, potential pro-thrombotic and pro-inflammatory effect.

SEZNAMTE SE... NOVÉ DROGY TANEČNÍ A JINÉ

Tomáš Páleníček ¹,
¹ Národní ústav duševního zdraví

Abstrakt není k dispozici

INHIBITORY IL-6 V SOUČASNÉ PRAXI

Jan Máca ¹,
¹ FNO

Abstrakt není k dispozici

ECHO KURZ

Koordinátor: Martin Balík Doc, MUDr., Ph.D., EDIC, KARIM VFN

Zaměření: Echokardiografie (neinvazivní hemodynamika) pro intenzivisty se zkušeností v echokardiografii. Doporučeno pro kandidáty European Diploma in Echocardiography (EDEC), certifikát zahrnuje 2 European CME points započítávané do kurikula EDEC. Kapacita omezena na 25 osob. Cena (dotovaná ČSIM) 2000,- Kč, občerstvení zahrnuto.

08:00 - 08:30 Systolická funkce levé komory (Lipš M.)
08:30 - 08:50 Diastolická funkce (Burša F.)
08:50 - 09:20 Preload (Rulíšek J.)
09:20 - 09:50 Tepový objem a heart-lung interakce (Balík M.)
10:00 - 10:10 Pauza
10:10 - 10:30 Perikard (Mošna F.)
10:30 - 10:55 Vyšetření pravého srdce a plicní cirkulace (Srovátka P.)
10:55 - 11:15 Mitrální chlopeň (Rulíšek J.)
11:15 - 11:35 Aortální chlopeň (Burša F.)
11:35 - 12:30 Oběd
12:30 - 12:50 Echokardiografie u arytmií (Balík M.)
12:50 - 13:10 Aortální patologie (Lipš M.)
13:10 - 13:30 Srdce jako zdroj systémových embolizací (Balík M.)
13:30 - 13:50 Hrudní ultrazvuk v diff. dg. kardiorepiračního selhání (Štěpán M.)
13:50 - 14:00 Pauza
14:00 - 14:30 Anonymní video test s kazuistikami, aneb jak jste na tom ?
14:35 - 15:45: Strukturovaný tutorial s rotací na přístrojích Philips (5 skupin po 4-5 kurzantech)

ECMO KURZ

Koordinátor: Prof. MUDr. Jan Bělohlávek Ph.D., II.int VFN

Zaměření: Seznámení s problematikou mimotělních podpor u selhání kardiorepiračního aparátu, též v návaznosti na dlouhodobé podpory oběhu a transplantaci plic. Kurz je pořádán ve spolupráci ČSIM a ČAAK. Kapacita omezena na 25 osob. Cena (dotovaná ČSIM) 2000,-Kč, občerstvení zahrnuto.

09:20 Úvod do problematiky ECLS (Bělohlávek J.)
09:30 - 10:00 Kardiogenní šok (Ošťádal P.)
10:00 - 10:30 Srdeční zástava (Bělohlávek J.)
10:30 - 11:00 ECMO v kardiochirurgii (Pavlík P.)
11:00 - 11:30 Venovenozní ECMO (Balík M.)
11:30 - 12:00 Od ECMO k dlouhodobým podporám (Říha H.)
13:00 - 13:30 ECMO u transplantace plic (Lischke R.)
13:30 - 14:00 Transporty na ECMO (Mlejnský F.)
14:00 - 14:20 Význam periodického ECMO tréninku Hands-on (s podporou Getinge a Helago-CZ)

ANTIARYTMIKA A VASOAKTIVNÍ LÁTKY

VASOPRESSIN A KONCEPT DEKATECHOLAMINIZACE

Martin Balík ¹,

¹ KARIM VFN a 1.LF UK

Abstrakt není k dispozici

KRÁTKODOBÉ BETABLOKÁTORY (LANDIOLOL/ESMOLOL) V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ

Tomáš Tencer ¹,

¹ KAR FNKV, 3.LF UK

In intensive care conditions, the initial adrenergic stimulation may be beneficial. However, persistent sympathetic overactivity may become deleterious, leading not only to haemodynamic alterations, but also to cardiotoxicity, metabolic derangement, immunosuppression, and hypercoagulability. Using beta-blockers have been shown to improve various cardiovascular diseases. However, long-acting beta-blockers can have negative effects that are difficult to be reversed in rapidly changing conditions. Currently, esmolol and landiolol are the only 2 ultra-short acting beta-blockers available in clinical practice of intensive care patients. Esmolol was the first available ultra-short acting beta-blocker with a half-life of 9 minutes, while landiolol is beta-blocker with a half-life of 3-4 minutes. Recent clinical studies reported that using ultra-short acting selective beta-blockers treat and prevent supraventricular arrhythmia. It has been shown that these drugs can control septic tachycardia due to sympathetic overstimulation and decreasing oxygen consumption in acute myocardial infarction. Further, their use was applied in management of aortic dissection before surgery and systolic anterior motion of mitral valve. Moreover, the recent studies demonstrated that ultra-short acting beta-blockers may have a potential role in improvement of arterial oxygenation in ECMO patients. New data using of ultra-short acting beta-blockers are promising, but in the future more RCTs are needed to show the clinical evidence.

AMIODARON - SYNONYUM PRO ANTIARYTMIKUM V INTENZIVNI PÉČI?

Marek Lukes ¹,

¹ Anesteziologicko-resuscitací klinika LF MU a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Abstrakt není k dispozici

STRESS CARDIOMYOPATHY - UNDERDIAGNOSED IN ICU ?

Guido Tavazzi ¹,
¹ University of Pavia, Italy

Abstrakt není k dispozici

AKUTNÍ KARDIOLOGIE

ECHOKARDIOGRAFIE U PACIENTŮ S OBĚHOVOU ZÁSTAVOU

Jan Přeček ¹,
¹

Abstrakt není k dispozici

REFRAKTERNÍ SRDEČNÍ ZÁSTAVA – VÝZVA PRO URGENTNÍ PÉČI

Jan Bělohávek ¹,
¹

Abstrakt není k dispozici

PULZATILNÍ ECMO

Petr Ošťádal ¹,
¹

Abstrakt není k dispozici

COVID-19: DOPADY NA KARDIOLOGICKOU PÉČI

Daniel Rob ¹,
¹

Abstrakt není k dispozici

SYMPOZIUM AOP ORPHAN PHARMACEUTICALS GMBH

ČEŠI V AKCI

Přínos české IM do mezinárodního výzkumu v IM

PRAGUE OHCA – KAM KRÁČÍŠ RESUSCITACE?

Jan Bělohávek ¹,
¹ VFN

Abstrakt není k dispozici

BETABLOKÁTORY V SEPSI

Abstrakt není k dispozici

SVALOVÁ SLABOST KRITICKY NEMOCNÝCH

Petr Waldauf ¹,
¹ FN KV

Abstrakt není k dispozici

NUTRIČNÍ LÉČBA A KLINICKÝ VÝSLEDEK

Martin Matějovič ¹,
¹ LFUK a FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

FYZIOLOGIE UMÍRÁNÍ OČIMA DEPPART

František Duška ¹,
¹ FN KV

Abstrakt není k dispozici

PERIOPERAČNÍ MEDICÍNA – UP-TO-DATE

Blok je připraven ve spolupráci se Sekcí intenzivní péče ČCHS

JAK SI OPERATÉR PŘEDSTAVUJE IDEÁLNÍ PÉČI NA JIP

Lubomír Martínek ¹,
¹ Chirurgická klinika, FN Ostrava

Abstrakt není k dispozici

KOMPLIKACE V KOLOREKTÁLNÍ CHIRURGII

Tomáš Dušek ¹,
¹ Chirurgická klinika, FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

KONCEPT ERAS – CO LZE A NELZE DĚLAT Z POHLEDU CHIRURGA

Zuzana Šerclová ¹,

¹ Chirurgické oddělení Nemocnice Hořovice

Abstrakt není k dispozici

KONCEPT ERAS – CO LZE A NELZE DĚLAT Z POHLEDU INTENZIVISTY/ANESTEZIOLOGA

Jan Zatloukal ¹,

¹ KARIM LFP UK a FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

NEUROLOGIE KRITICKÝCH STAVŮ

MONITORACE NITROLEBNÍHO TLAKU V KONTEXTU NOVÝCH STUDÍÍ

Roman Gál ¹,

¹ KARIM FN Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

Abstrakt není k dispozici

MOŽNOSTI ODHADU DLOUHODOBÉ PROGNÓZY PACIENTA PO KRANIOCEREBRÁLNÍM PORANĚNÍ

Pavel Lavička ¹,

¹ Neurochirurgická klinika, Lékařská fakulta v Plzni

Abstrakt není k dispozici

KONTINUÁLNÍ EEG V INTENZIVNÍ PÉČI - KDY BY MĚL INTENZIVISTA KONZULTOVAT EPILEPTOLOGA?

Věra Špatenková ¹, Zuzana Eichlová ¹,

¹ JIP neurocentra - neurologie, Krajská nemocnice Liberec

Abstrakt není k dispozici

ANTIEPILEPTIKA V INTENZIVNÍ PÉČI

Milada Halačová ¹,

¹ Milada Halačová, klinický farmaceut Nemocnice Na Homolce a KAR FNKV

Abstrakt není k dispozici

BOLEST, SEDACE, DELIRIUM

SEDACE NA ICU - VĚC JEDNODUCHÁ?

Bronislav Stibor ¹,

¹ ICU, Landeskrankenhaus Baden bei Wien, Austria

Abstrakt není k dispozici

SEDACE A DELIRIUM V DĚTSKÉ INTENZIVNÍ PÉČI

Milan Kratochvíl ¹,

¹ Fakultní nemocnice Brno

Abstrakt není k dispozici

NEUROKOGNITIVNÍ PORUCHY V INTENZIVNÍ PÉČI

Tomáš Gabrhelík¹, Klára Nekvindová¹,
¹ ARIM KNTB Zlín

Abstrakt není k dispozici

TECHNIKY REGIONÁLNÍ ANESTÉZIE V INTENZIVNÍ PÉČI - MAJÍ SVÉ MÍSTO V PRAXI?

Karel Axmann¹,
¹ KARIM FN a LF UP v Olomouci

Abstrakt není k dispozici

CROSS CONTAMINATION DURING FLEXIBLE BRONCHOSCOPY- LATEST RECOMMENDATIONS - SYMPOZIUM CHEIRÓN A.S.

„HANDS ON“ WORKSHOP AMBU

HEMATOLOGICKÉ VÝZVY

NEJZÁVAŽNĚJŠÍ „HEMATOLOGICKÉ“ SYNDROMY A JEJICH KLINICKÝ FENOTYP

Jaromír Gumulec¹,
¹ Klinika hematookologie Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařské fakulty Ostravské university

Abstrakt není k dispozici

PŘEDOPERAČNÍ ANEMIE V PERIOPERAČNÍ MEDICÍNĚ (ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ) 12'

Renata Černá Pařízková ¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

KONCEPT PBM A JEHO IMPLEMENTACE V KLINICKÉ PRAXI

Miloš Bohoněk ¹,

¹ Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

Abstrakt není k dispozici

HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA U PACIENTŮ V INTENZIVNÍ PÉČI – UPDATE 2022

Jan Beneš ¹,

¹ Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Abstrakt není k dispozici

TROMBOCYTOPENIE A JAK K NÍ PŘISTUPOVAT U KRITICKY NEMOCNÝCH

Pavel Žák ¹,

¹ Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

COVID-19 A ETIKA

Kateřina Rusinová¹,

¹ Klinika paliativní medicíny Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Abstrakt není k dispozici

PRAXE PALIATIVNÍ PÉČE A MORÁLNÍ DISTRES NA INTENZIVNÍ PÉČI V PRŮBĚHU PANDEMIE COVID-19

Jan Maláška¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Brno, Ústav simulační medicíny a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno

Abstrakt není k dispozici

INICIATIVA RIPE-ICU: PŘEDSTAVENÍ + KULATÝ STŮL S DISKUZÍ MODELOVÝCH KAZUISTIK

Jan Maláška¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno, Ústav simulační medicíny, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno

Abstrakt není k dispozici

ČERSTVÝ POHLED NA ANTIMIKROBIÁLNÍ LÉČBU

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY ANTIBIOTIK-ORGÁNOVÁ TOXICITA.

Milada Halačová¹,

¹ Milada Halačová, klinický farmaceut Nemocnice Na Homolce a KAR FNKV

Abstrakt není k dispozici

ANTIBIOTIKA - KOLIK, JAK A JAK DLOUHO

Jitka Rychlíčková ¹, Vladimír Šrámek ²,

¹ - Farmakologický ústav, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

² - Anesteziologicko-resuscitační klinika, FN u sv. Anny v Brně

Abstrakt není k dispozici

NOVÉ ANTIBAKTERIÁLNÍ PŘÍPRAVKY A JEJICH ÚLOHA V SOUČASNÉ INTENZIVNÍ PÉČI

Milan Kolář ¹,

¹ Ústav mikrobiologie FNOL a LF UP v Olomouci

Rychlý vzestup rezistence k antibiotikům (AMR), případně závažné komplikace způsobené mykotickými původci včetně vláknitých hub jsou spojeny s nárůstem mortality zejména nemocných vyžadujících intenzivní péči. Snahy o snížení spotřeby a důrazná implementace správné antibiotické praxe, jako klíčových podmínek omezení negativních dopadů AMR zatím nenalézají na globální úrovni dostatečnou odezvu. Naopak v souvislosti s pandemií Covid -19 dochází častěji k porušování pravidel racionální preskripce. V posledních letech je možno registrovat intenzivní úsilí vyvinout a uvést do klinické praxe nové přípravky jako řešení ztráty účinnosti těch stávajících. To se týká zejména multirezistentních (MDR) enterobakterií, pseudomonád, acinetobakterů a dalších častých původců nemocničních infekcí. V prezentaci jsou rekapitulována antibiotika registrovaná v posledních několika letech, zejména s ohledem na nové originální molekuly. Je zdůrazněn význam nové generace inhibitorů beta laktamáz včetně karbapenemáz (avibaktam, vaborbaktam a relebaktam) a dále antibiotika cefiderokolu, unikátní kombinace vysoce stabilní účinné látky a sideroforu se značným terapeutickým potenciálem. Dále je zmíněn vývoj ve skupině tetracyklinů a fluorochinolonů. V oblasti antimykotik je uveden isavuconazol, širokospektrý triazolový přípravek s výhodným farmakokinetickými vlastnostmi.

DETEKCE INFEKCE U KRITICKY NEMOCNÉHO - RYCHLE A ZBĚSILE

Miroslav Průcha¹,

¹ OKBHI, Nemocnice Na Homolce, Praha

21. století bývá v medicíně označováno jako století personalizované medicíny. Využití technologií molekulární diagnostiky včetně „next gene sequencing“ přineslo zásadní změny v citlivosti detekce parametrů, objevení mnoha tisíců resp. desetitisíců nových cílových molekul, které, jak se ukazuje, mají obrovský význam v diagnostice i terapii. Tyto nové metody detekce se také týkají diagnostiky infekce. Limity stávajících využívaných technologií jako je turbidimetrie, nefelometrie, ELISA metody jsou vyčerpány a nedá se předpokládat jejich další zásadní přínos. Z hlediska rychlosti a dostupnosti diagnostiky některé z nich nesplňují přísná kritéria, která jsou nezbytným předpokladem. Také jejich sensitivita je nedostatečná – potřebujeme ji posunout dále. Z hlediska diagnostiky infekce v praxi uplatňujeme 2 přístupy: i) detekce parametrů v séru, plasmě, tkáňových tekutinách - většinou se jedná o proteiny, detekce molekul na povrchu buněk ii) detekce cizího genomu (bakteriálního, virového, mykotického). V obou případech aktuální „zdrojová data“ týkající se objevení nových parametrů mají základ ve využití metod molekulární diagnostiky. Do první skupiny patří již chronicky známé markery jako jsou C-reaktivní protein, prokalcitonin, presepsin, IL -6 a celá řada dalších sérových proteinů. Jejich specifity a sensitivita se většinou pohybuje mezi 0,75 - 0,85. Již z tohoto údaje vyplývá jejich omezená diagnostická hodnota. Je to dáno tím, že jejich zvýšení pozorujeme i u zánětlivých stavů neinfekčního původu. Přesto již téměř 20 let víme, že transkriptomická exprese u zánětlivého stavu infekčního a neinfekčního původu se liší. Nejen v České Republice dlouhodobě zapomínanou a nedoceněnou molekulou pro průkaz sepse je exprese CD64 na neutrofilech. Její význam se nám opět osvědčil při monitorování imunologického statusu pacienta s těžkým průběhem COVIDové sepse, kdy její exprese u virové etiologie zůstává nízká, zatímco při bakteriální superinfekci se zásadním způsobem zvyšuje. I v této oblasti se již uplatňují při objevování nových potencionálních diagnostických markerů metody molekulární diagnostiky. Před několika lety se objevila metabolická studie se zjištěním, že kyselina myristová je skvělý parametr pro přítomnost bakteremické sepse. Ve spolupráci s KAR Thomayerovy nemocnice jsme prokázali limity tohoto markeru. Do komerčního použití se brzy dostane čip s mRNA 29 parametrů, které byly identifikovány a vybrány na podkladě transkriptomických studií. Parametry byly vybrány jednak s cílem rozlišení infekčního a neinfekčního zánětu, pro prognózu septického stavu, rozlišení virové a bakteriální etiologie septického stavu. Technologie, kterou se budou zjišťovat, umožňuje „statimové použití“. V mé prezentaci se nebudu věnovat standardním mikrobiologickým metodám průkazu infekce (kultivačním) a zaměřím se na technologie molekulární diagnostiky, Detekce cizího – tedy bakteriálního, virového nebo mykotického genomu se již téměř 15 let provádí pomocí metod molekulární biologie. Entuziasmus, který tyto metody před lety provázel, poněkud vyprchal, nicméně přesto se dnes jedná v mnoha případech o nenahraditelné postupy. Speciálně dnes v době COVIDové pandemie si rychlá a efektivní epidemiologická opatření bez možnosti využívání PCR nedokážeme představit. Přímý průkaz infekčního agens je v tomto případě nenahraditelný. Metody PCR nám rovněž pomáhají v diferenciální diagnostice virové etiologie plicních onemocnění – diagnostika respiračních patogenů. Kromě přímého průkazu virového agens máme k dispozici parametr, který není široce znám a používán. Přestože se jedná o parametr s vysokou sensitivitou a specificitou. Mx proteiny jsou evolučně velmi starým konzervovaným obranným systémem patřícím do skupiny dynamin-like velkých GTPáz a GTPázová aktivita je nezbytná pro jejich antivirovou aktivitu. Exprese Mx genů je kontrolována interferony typu I a III. Mx geny jsou přítomny u všech obratlovců, jejich produkty Mx proteiny působí inhibičně vůči mnohým skupinám virů. Technologie, kterou používáme, umožňují nezbytný „statimový „ režim detekce. Využití PCR metod v detekci bakteriální infekce nejsou a nebudou dominantní ani v budoucnu ve standardní mikrobiologické diagnostice. Je to dáno tím, že některé informace nejsou tímto způsobem dosažitelné – např. citlivost k antibiotikům. Sensitivita a rychlost standardních mikrobiologických metod se v posledních letech také výrazně zlepšila. Naopak i klasické metody mají limitace, které řeší použití PCR – identifikace pomalu rostoucích nebo špatně rostoucích mikrobů. Metody molekulární diagnostiky dokáží velmi rychle prokazovat přítomnost genů pro antibiotickou resistenci. To je další oblast s velmi rychlým rozvojem. Dá se předpokládat, že snaha o použití POCT v oblasti diagnostiky infekce se bude dále velmi rychle rozvíjet.

GASTROENTEROLOGIE A METABOLICKÁ DILEMATA

PODÁVÁNÍ VITAMINU C A THIAMINU V INTENZÍVNÍ PÉČI.

Martin Helán ¹,
¹ FN USA Brno

Abstrakt není k dispozici

DYSBIÓZA V KRITICKÉM ONEMOCNĚNÍ – CESTA NA DNO A ZASE ZPĚT?

Jaroslav Raděj ¹,
¹ FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

ENDOVASKULÁRNÍ LÉČBA URGENTNÍCH STAVŮ V DUTINĚ BŘIŠNÍ.

Daniel Bartušek ¹,
¹ Radiologická klinika FN Bohunice Brno

Abstrakt není k dispozici

AKUTNÍ PANKREATITIS - NĚCO NOVÉHO?

Jan Maňák ¹,
¹ FN Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

SYMPOZIUM B. BRAUN MEDICAL S.R.O.

AKUTNÍ PNEUMOLOGIE

NOVÉ VIROVÉ RESPIRAČNÍ INFEKCE

Michal Holub ¹,
¹ UVN

Abstrakt není k dispozici

ASPIRACE CIZÍCH TĚLES

Vladimír Koblížek ¹,
¹ LF UK a FN HK

Abstrakt není k dispozici

INTERSTICIÁLNÍ PROCESY V INTENZIVNÍ PÉČI

Vít Havel ¹,
¹ LF UK a FN HK

Abstrakt není k dispozici

MYKOTICKÉ RESPIRAČNÍ INFEKCE

Pavel Žák ¹,
¹ LF UK a FN HK

Abstrakt není k dispozici

COVID19 - DIAGNOSTIKA VČETNĚ MONITORACE VIROVÉ NÁLOŽE

Martin Balík ¹,

¹ KARIM VFN a 1.LF UK

Abstrakt není k dispozici

HEMATOLOGICKÉ KOMPLIKACE COVID-19

Jan Vydra ¹,

¹ Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

Abstrakt není k dispozici

VIROVÉ REAKTIVACE

Thomas Karvunidis ¹,

¹ LFUK a FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

COVID-19 V PEDIATRICKÉ INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ

Tomáš Zaoral ¹,

¹ Oddělení dětské intenzivní a resuscitační péče, Dětská klinika, Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařská Fakulta Ostravské univerzity, Ostrava, Česká Republika

Incidence onemocnění Covid-19 u dětí do 18ti let je udávána kolem 8% a klinický průběh je většinou mírný. Z dostupných dat je incidence v ČR nižší, kolem 4-5%, těžký klinický průběh s nutností intenzivní péče byl evidován jen u dětí s četnými komorbiditami. Daleko závažnější u dětí byl průběh tzv. multisystémového zánětlivého syndromu dětí (PIMS-C), který následoval v časovém odstupu 4-6týdnů po prodělaném onemocnění Covid-19. Klinický průběh PIMS-C může mít charakter Kawasakiho nemoci nebo syndromu toxického šoku s oběhovým selháním. Stručně budou prezentována dostupná data průběhu Covid 19 a PIMS-C u dětí v ČR, jakož i možnost současné léčby.

NÁSLEDNÁ INTENZIVNÍ PÉČE U TĚŽKÝCH FOREM COVID – 19

Petr Jelínek ¹,¹ NIP Chronicare MUND Brno

Během covid pandemie v období 1.2.2020 – 30.5.2021 prošlo přes Oddělení následné intenzivní péče Chronicare v Brně 305 pacientů s diagnózou akutní respirační insuficience na podkladě covid 19 pneumonie. Přijímání byli z oddělení ARO v Jihomoravském kraji ve spolupráci s krajským koordinátorem lůžkové péče. Pacienti byli hospitalizováni na 40ti lůžcích na obou brněnských stanicích. Příjmy byly realizovány 21. den po diagnostice covid positivity, kdy již mohla být ukončena nejvyšší forma izolace nemocného. Typický přijímaný pacient byl na UPV s PEEP 10 cm a FiO₂ 50 -70%, s různě vysokým stupněm oběhové podpory katecholaminy. Ve většině případů byl již zahájen přechod na enterální výživu s částečným překryvem parenterální výživou po přechodné období. Antibiotická terapie většinou v kombinaci s antimykotikem navazovala na terapii s předávajícího pracoviště a byla průběžně upravována dle aktuálních mikrobiologických výsledků. Jako největší úskalí následné intenzivní péče u pacientů, kteří prodělali závažnou formu covid pneumonie vnímám především 1. Velmi silně vyjádřenou polyneuropatii kriticky nemocných – brzdící weaning a rehabilitaci 2. Kolonizaci polyrezistentními kmeny vedoucí k opakovaným nozokomiálním pneumoniím 3. Závažné delirantní stavy Všechny výše uvedené faktory se vzájemně potencovaly a vedly k prodloužení pobytu na NIP. Polyneuropatie byly výrazněji zastoupeny ve skupině pacientů nad 64 let, delirantní stavy bez ohledu na věkovou skupinu. V terapeutických postupech jsou zásadní 1. Umělá plicní ventilace s důrazem na rychlé směřování k weaningu a dekanylaci čímž dojde k minimalizaci VAP 2. Rehabilitace – tým specializovaných fyzioterapeutů provádějící několikrát denně intenzivní fyzioterapii – časná vertikalizace pacienta. Příznivý vliv na polyneuropatii i na výskyt delirantních stavů 3. Výživa – definovaná enterální výživa s časným přechodem na sipping dle možností pacienta. Včetně vitaminových preparátů – příznivý vliv na polyneuropatii. 4. ATB terapie – cíleně dle pravidelně aktualizovaných mikrobiologických výsledků 5. Analgetická terapie navazující na analgosedaci, přechodně antipsychotika 6. Kontakt s blízkými – zprvu nutnost využití Skype hovorů, postupně přechod na fyzické návštěvy s negativním testem či prodělaným covidem 7. Kontakt s ošetrovatelským personálem – v rámci dlouhodobého stonání Z celkově přijatých 305ti pacientů se podařilo 230 pacientů úspěšně odpojit od umělé plicní ventilace, dekanylovat a propustit ať už přímo do domácího ošetřování (136) či přeložit na standardní interní oddělení (12), rehabilitační ústavy (63) a léčebny dlouhodobě nemocných (19). Počet zemřelých činí za dané období 75 pacientů s podílem 70% ve věku nad 65 let. Průměrná doba hospitalizace činila 55 dnů, opět dle očekávání s výrazným nárůstem ve vyšší věkové kategorii.

ECMO BEZ ANTIKOAGULACE? JE PORUCHA PRIMÁRNÍ HEMOSTÁZY (DETEKOVANÁ POMOCÍ PFA 200) DOSTAČUJÍCÍ K PREVENCI TROMBÓZY SETU?

Miroslav Durila¹, Jaromír Vajter¹, Michal Garaj¹, Tomáš Směták¹, Pavel Hedvičák¹, Jan Beroušek¹, Tomáš Vymazal¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. LFUK a FN Motol, Praha

² Klinika kardiovaskulární chirurgie, 2. LFUK a FN Motol

Úvod: V současnosti přibývá kazuistik a studií, ve kterých se k prevenci trombózy ECMO setu nefrakcionovaný heparin (UFH) vůbec nepoužívá. Za tento fenomén je možná odpovědná porucha primární hemostázy (tvorby destičkového trombu t.j. adheze a agregace). Cílem této studie bylo zhodnotit stav primární hemostázy pomocí PFA 200 u pacientů na ECMO a zjistit, zda je možné tuto případnou patologii využít jako „přirozenou autoantikoagulaci“ ECMO setu u pacientů na dlouhodobé ECMO podpoře z důvodu kardio/pulmonálního selhání. Metodika: Perioperačně u pacientů podstupujících transplantaci plic (výkon na VA ECMO) vyšetřit PFA 200 před implantací ECMO, v průběhu ECMO a po explantaci ECMO. Fenomén případné patologie PFA 200 využít jako „přirozenou autoantikoagulaci“ u pacientů s dlouhodobou ECMO podporu (bez použití UFH). Profylaxe trombózy pacienta je zabezpečena pomocí i.v. dávkování LMWH s cílem anti Xa 0,5-0,6 I.U. Výsledky: U všech 18 vyšetřovaných pacientů jsme detekovali značnou patologii PFA 200, která vymizela záhy po explantaci ECMO- obrázek 1. U pacientů s dlouhodobou ECMO podporou jsme rovněž diagnostikovali značnou poruchu globální primární hemostázy a antikoagulace UFH nebyla nutná. Průměrná doba zavedení dlouhodobého ECMO (10 pacientů) byla 5±3 dni (5 x V-V ECMO, 4 x V-A ECMO, 1 x V-A-V)- obrázek 2. Nezaznamenali jsme ani jednu trombózu ECMO setu. Závěr: Ukazuje se, že ECMO způsobuje poruchu primární hemostázy diagnostikovanou pomocí PFA 200 a že díky této poruše ECMO set není nutné antikoagulovat pomocí UFH. Lze tedy předpokládat, že tento přístup může v budoucnosti značně snížit krvácivé a trombotické komplikace pacienta. Profylaxe trombózy pacienta je i u těchto pacientů nadále nutným standardem. Práce již byla publikována v časopise: J Heart Lung Transplant. 2020 Sep;39(9):980-982. s Názvem: Acquired primary hemostasis pathology detected by platelet function analyzer 200 seen during extracorporeal membrane oxygenation is sufficient to prevent circuit thrombosis: A pilot study.

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO INTENZIVNÍ PÉČI

Hana Šitinová¹,

¹ Anesteziologicko-resuscitační klinika - FNUSA Brno

Úvod: Pokrok intenzivní medicíny přinesl nejen možnost příznivého ovlivnění dříve neřešitelných stavů, ale současně nastolil i zcela nové problémy medicínské, etické i ekonomické. Překonání kritického stavu a propuštění z jednotky intenzivní péče nemusí být vždy spojeny s dobrým klinickým výsledkem. Řada pacientů může po kritické nemoci čelit dlouhodobým následkům, které snižují kvalitu jejich života. A právě kvalita života se stala v posledních letech podstatným tématem intenzivní medicíny a předmětem řady výzkumů. Ve svém příspěvku bych ráda představila výsledky vlastního výzkumného šetření, jehož cílem bylo posoudit změnu kvality života pacientů a jejich blízkých příbuzných po hospitalizaci na JIP a posoudit závislost této změny na věku pacientů, délce hospitalizace na JIP, délce umělé plicní ventilace a na době od propuštění z JIP. Metodika: Výzkumné šetření bylo provedeno na Anesteziologicko-resuscitační klinice FN u sv. Anny v Brně. Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti hospitalizovaní na ARK v roce 2019, kteří byli hospitalizováni déle než 72 hodin a strávili více než 24 hodin na umělé plicní ventilaci. Kvalita života byla měřena pomocí generických dotazníků kvality života, u pacientů SF-36, u příbuzných EQ-5D-3L. Pacienti i jejich blízcí příbuzní v dotaznících hodnotili kvalitu života před a po hospitalizaci na ARK. Dotazníky byly odeslány poštou. K porovnání kvality života před a po hospitalizaci byl užít Wilcoxonův test, závislost dimenzí kvality života na ostatních parametrech byla hodnocena pomocí Spearmanovy korelace. Výsledky: 160 pacientům a jejich příbuzným, kteří splnili inkluzní a exkluzní kritéria, byly odeslány dotazníky. Část dotazníků nebyla doručena zpět, případně byly dotazníky vyplněny neúplně. Nakonec byly statisticky zpracovány dotazníky od 61 pacientů a 45 příbuzných. Kvalita života pacientů po hospitalizaci byla signifikantně nižší než před hospitalizací ve všech dimenzích dotazníků SF-36, s výjimkou dimenze tělesné bolesti. Nejvíce byly ovlivněny fyzická výkonnost (PF), schopnost vykonávat běžnou denní činnost z fyzických (RP) i emočních (RE) důvodů a sociální funkce (SF). Délka hospitalizace, věk ani UPV překvapivě nekorelovaly se změnou kvality života. Navíc jsme provedli podrobnější subanalýzu, ve které jsme sledovali vliv věku pacientů na vztah mezi změnou kvality života a dobou od hospitalizace. Pacienty jsme v této subanalýze rozdělili na mladší (do 62 let) a starší (od 62 let) skupinu. Zjištěné nálezy jsou rovněž překvapivé. Kvalita života mladších pacientů se totiž s postupující dobou od hospitalizace ve většině dimenzí zhoršovala, oproti tomu u starších nemocných se zlepšovala. Závěry: Kvalita života byla hospitalizací na JIP snížena ve všech dimenzích dotazníku SF-36. Věk, délka hospitalizace ani délka UPV nepredikovaly horší kvalitu života po hospitalizaci. Kvalita života starších pacientů se s dobou od hospitalizace překvapivě zlepšovala, zatímco u mladších se zhoršovala. Kvalita života příbuzných byla hospitalizací pacienta na JIP též snížena.

SESTRY V IP I - PŘIPRAVENO VE SPOLUPRÁCI SE SEKČÍ ARIP ČAS

COVID 19 Z POHLEDU SESTRY V MULTIOBOROVÉ SPOLUPRÁCI

Yvona Grünwaldová¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Brno

Abstrakt není k dispozici

KAZUISTIKA – ORGÁNOVÁ PODPORA MATKY PO STANOVENÍ SMRTI MOZKOVÉ ZA ÚČELEM DONOŠENÍ PLODU – PRÁVNÍ A ETICKÉ ASPEKTY.

Moravčík Branislav ¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Brno

Abstrakt není k dispozici

ZKUŠENOSTI S COVID CO BYLO DOBŘE ZVLÁDNUTÍ, CO UDĚLAT LÉPE

Jiří Vyhnal ¹,

¹ Nemocnice Kyjov

Abstrakt není k dispozici

PSYCHOSOCIÁLNÍ PODPORA ZDRAVOTNÍKŮ BĚHEM PANDEMIE COVID

Iveta Gongalová ¹,

¹ ARO Nemocnice Kyjov

Abstrakt není k dispozici

VÝZVY A JEJICH ZVLÁDNUTÍ NA ZAČÁTKU A V PRŮBĚHU PANDÉMIE COVID-19 VE VFN KARIM ARO

Zuzana Pražáková ¹,

¹ VFN, 1LF UK v Praze, KARIM

Abstrakt není k dispozici

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S TERAPIÍ ALT

Jana Zatočilová ¹,

¹ VFN, 1LF UK v Praze, KARIM

² Bc. Adriana Salabová

Abstrakt není k dispozici

HAYEK RTX – BIFAZICKÁ KYRYSOVÁ VENTILACE

Jana Pospíšilová ¹,

¹ Fakultní nemocnice Ostrava KARIM

Abstrakt není k dispozici

POST-INTENSIVE CARE SYNDROM - DOPAD, PREVENCE A MANAGEMENT PÉČE

Renáta Zoubková ¹,

¹ Fakultní nemocnice Ostrava KARIM

Abstrakt není k dispozici

MORBIDNĚ OBÉZNÍ PACIENT V INTENZIVNÍ PÉČI A JAK TO BYLO DÁL?

Tereza Bělehradová ¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Brno

Abstrakt není k dispozici

PROBLEMATIKA VYPRAZDŇOVÁNÍ TLUSTÉHO STŘEVA V IP

Yvona Grünwaldová ¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Brno

Abstrakt není k dispozici

PÉČE O PACIENTY KOLONIZOVANÉ MULTIREZISTENTNÍMI PATOGENY

Natálie Hrdinová ¹,

¹ VFN, 1LF UK v Praze, KARIM

Abstrakt není k dispozici

SYMPOZIUM A.M.I. - ANALYTICAL MEDICAL INSTRUMENTS, S.R.O

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA V PRONAČNÍ POLOZE

Lektoři: Pražáková Z., Látová M., Ulrych O.

PROČ provádíme pronační polohu? (15min)

JAK se připravit – pomůcky, pacienta, personál? (30min)

- Vhodná volba pomůcek podle tělesného habitu pacienta.
- Identifikace predilekčních míst, aplikace ochranných prostředků.
- Příprava pacienta – ošetření očí, obličeje, invazivních vstupů.

JAK - SNADNO, RYCHLE, BEZPEČNĚ otočit pacienta do pronační polohy? (45min)

- Praktická ukázka / nácvik provedení pronační polohy u pacienta na modelu, včetně správné volby pomůcek vzhledem k habitu pacienta.
- Identifikace nejčastějších chyb a omylů, které při polohování a následné péči, vyskytují.

DÁRCOVSTVÍ ORGÁNŮ - TEODOR

Praktický kurz dárčování orgánů. V tomto kurzu se dozvíte jak identifikovat dárce orgánů pro dárčování po smrti mozku (DBD) i srdce (DCD), jakým způsobem provést diagnostiku a další nezbytná vyšetření. Praktické procedury si vyzkoušíte na simulátoru, komunikační schopnosti procvičíte pod vedením zkušeného psychologa. Registrační poplatek na workshop je hrazen díky projektu TEODOR, součásti programu Erasmus plus, z rozpočtu Evropské komise.

Pořadatel: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Klinika anesteziologie a resuscitace, jménem konsorcia TEODOR (Transeuropean Educational initiative in Organ Donation and Transplantation).

09:00 - 09:10 Uvítání, organizační poznámky, rozdělení do skupin (Duška)

09:10 - 09:55 Přednáška 1: Specifika dárčování orgánů v ČR: legislativa, organizace, výsledky, impakt nečlenství v Eurotransplantu (Pokorná)

09:55 - 10:05 Káva

10:05 - 10:35 Přednáška 2: dárčování v klinické praxi – stanovení smrti, paliativní péče, načasování, logistika, péče o zemřelého dárce, protokol o zjištění smrti (Schmidt)

10:35 - 11:05 Přednáška 3: rozhovor s příbuznými (Banýrová - TBC)

11:05 - 11:30 Přestávka

11:30 - 16:15 Praktický nácvik ve skupinkách (cca 2x 20 minut), simulátor dárce orgánů, rozbor kazuistik, pohovor s příbuznými pod vedením psychologa **16:15 - 17:00** Shrnutí, reflexe, poděkování účastníkům, zpětná vazba (Le Roy) **17:00** Konec kurzu

TEODOR: Transeuropean Educational initiative in Organ Donation and Transplantation is an Erasmus+ project funded by the European Commission under the program KA2 – Strategic partnerships in the field of education and training.

COVID 19 - LÉKY MODIFIKUJÍCÍ NEMOC

ANTIVIROTIKA

Jan Hruša¹,

¹ FN USA Brno

Abstrakt není k dispozici

KORTIKOIDY

Vladimír Šrámek¹,

¹ FN USA Brno

Abstrakt není k dispozici

MONOKLONÁLNÍ PROTILÁTKY, KONVALESCENTNÍ PLAZMA

Michal Holub ¹,
¹ UVN

Abstrakt není k dispozici

COVID-19 - IMUNOMODULACE

Jiří Chvojka ¹,
¹ LFUK a FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

CO DO LÉČBY NEPATŘÍ ANEB ČEHO SE VYVAROVAT

František Duška ¹,
¹ FN KV

Abstrakt není k dispozici

GAME CHANGING PUBLIKACE A JEJICH INTERPRETACE

prezentace a interpretace game changing publikací za posledních 12-15 měsíců

DOPAD PANDEMIE NA NÁŠ NÁHLED VYUŽÍVÁNÍ EVIDENCE V KAŽDODENNÍ PRAXI

Jakub Kletečka ¹,
¹ KARIM LFP UK a FN Plzeň

Zhodnocení uplynulého pandemického období a vliv práce s evidencí a jejím vznikem na naší praxi

HEMODYNAMIKA A PERIOPERAČNÍ MEDICÍNA - UPDATE

Jan Beneš ¹,

¹ KARIM LFP UK a FN Plzeň

Game changing publikace a události v posledním roce

RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ, VENTILACE A ECMO - UPDATE

Jan Máca ¹,

¹ KARIM, FN Ostrava; Ústav fyziologie a patofyziologie - Katedra intenzivní medicíny, urgentní medicíny a forenzních oborů, Lékařská fakulta Ostravská Univerzita

Game changing publikace v oblasti respiračního selhání, ventilace a mimotělní náhrady funkce plic

SEPSIS A IMUNITNÍ ODPOVĚĎ - UPDATE

Thomas Karvunidis ¹,

¹ mJIP - I.Interní klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova a FN Plzeň

Game changing publikace v oblasti

PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE A URGENTNÍ MEDICÍNA - UPDATE

Jan Sebroň ¹,

¹ Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Krajská nemocnice Liberec, a.s. Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Game changing publikace k problematice urgentní medicíny a přednemocniční péče

SEKCE MLADÝCH ANESTEZIOLOGŮ A INTENZIVISTŮ

HYPOVOLEMICKÝ ŠOK

Ondřej Jor¹, Karolína Léčbychová¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava, LF Ostravská Univerzity

Abstrakt není k dispozici

KARDIOGENNÍ ŠOK

Tomáš Pařízek¹, Michal Kalina¹,

¹ Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny Fakulty zdravotnických studií Univerzity J.E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a.s. - Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.; LF v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze

Abstrakt není k dispozici

OBSTRUKČNÍ ŠOK

Peter Brestovanský¹, Ivana Jurišínová¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Abstrakt není k dispozici

DISTRIBUTIVNÍ ŠOK

Kamil Vrbica¹, Michal Vondráček¹,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykova univerzita Brno

² Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykova univerzita Brno; Ústav simulační medicíny LF Masarykovy univerzity v Brně

Abstrakt není k dispozici

POLYTRAUMA

Miroslav Durila ¹,
¹ FN v Motole, Praha

Abstrakt není k dispozici

MOZEK

Renata Černá Pařízková ¹,
¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

HRUDNÍK

Pavel Suk ¹,
¹ FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

BŘICHO

Michal Šitina ¹,
¹ Anesteziologicko-resuscitační klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Abstrakt není k dispozici

EMERGENTNÍ TORAKOTOMIE JAKO ŽIVOT ZACHRAŇUJÍCÍ VÝKON

Martin Šnajdauf ¹,

¹ 3.chirurgická klinika 1.LF UK a FNM

Abstrakt není k dispozici

PLNÁ KREV V MANAGEMENTU POLYTRAUMAT

Jaromír Kočí ¹, Anatolij Truhlář ³, Vít Řeháček ², Jana Berková ¹,

¹ Oddělení urgentní medicíny FN Hradec Králové

² Transfuzní oddělení FN Hradec Králové

³ Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

V přednášce je uveden aktuální pohled na podání plné krve u polytraumatizovaných pacientů.

ATLS VŽDY A VŠUDE? PRO/CON...

Miroslav Durila ¹, Pavel Kupka ²,

¹ Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 2. LFUK a FN Motol

² Oddělení Emergency, Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha

Abstrakt není k dispozici

REBOA A JEJÍ MÍSTO V EMERGENTNÍCH SITUACÍCH

Jaromír Kočí ¹,

¹ Oddělení urgentní medicíny FN Hradec Králové

Aktuální indikace použití této nové metody v managementu polytraumat.

SPECIFIKA PÉČE O DĚTSKÉ POLYTRAUMA

Michal Frelich ¹, Vojtěch Vodička ¹,

¹ KARIM FN Ostrava

Abstrakt není k dispozici

URGENTNÍ MEDICÍNA A RESUSCITACE, BLOK VE SPOLUPRÁCI S ČRR A SUMMK

ŽIVOT ZACHRAŇUJÍCÍ CHIRURGICKÉ VÝKONY V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

Jaromír Kočí ¹,

¹ Oddělení urgentní medicíny FN Hradec Králové

Aktuální pohled na funkci a uspořádání urgentního příjmu dle posledních doporučení Ministerstva zdravotnictví.

DOPORUČENÍ NEJLEPŠÍ KLINICKÉ PRAXE: PŘEDNEMOCNIČNÍ ANESTEZIE

Anatolij Truhlář ¹,

¹ Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Hradec Králové; Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

CENTRA PÉČE O NEMOCNÉ PO SRDEČNÍ ZÁSTAVĚ-UPDATE 2021

Jiří Karásek ¹,

¹ II. interní klinika VFN a 1.LF UK, Praha

Abstrakt není k dispozici

MET TEAM V NEMOCNICÍCH ČR - AKTUALIZACE 2020(1)

Josef Škola¹,

¹ Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Sdělení shrnuje metodický pokyn Řešení stavů hrozícího nebo náhle vzniklého selhání životních funkcí, publikovaný ve Věstníku MZČR č. 11/2019.

SPECIFIKA NEODKLADNÉ PÉČE O PACIENTY S KARDIOVASKULÁRNÍMI IMPLANTÁTY

David Astapenko¹,

¹ LF UK a FN HK

Abstrakt není k dispozici

Platinový partner



Zlatý partner



Bronzový partner



Vystavovatelé



Projekt je realizován s finanční podporou



Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce