SBORNÍK ABSTRAKT



XVIII. KONGRES ČESKÉ SPOLEČNOSTI INTENZIVNÍ MEDICÍNY

19.-21. června 2025

Hotel Galant, Mikulov

Záštita:

Česká společnost intenzivní medicíny
PhDr. Martina Šochmanová, MBA - Česká asociace sester

Pořadatel:

MH Consulting s.r.o. ve spolupráci s ČSIM

Prezident kongresu



Martin Balík

Předseda vědeckého výboru:



Pavel Dostál

Programový výbor:

Martina Andrews-Roučkova, Praha
Martin Balík, Praha
Jan Bělohlávek, Praha
Vladimír Černý, Praha
Pavla Ďásková, Brno
Pavel Dostál, Hradec Králové
František Duška, Praha
Jana Flajšingrová, Brno
Jana Hocková, Praha
Iwa Chwalková, Ostrava
Martina Klincová, Brno
Roman Kula, Ostrava
Šárka Linková, Praha
Hedvika Literová, Praha
Jan Maňák, Hradec Králové
Martin Matějovič, Plzeň
Marek Nalos, Plzeň
David Peřáň, Praha
Zuzana Pražáková, Praha
Romana Pucholtová, Praha
Mario Pytel, Brno
Kateřina Rambousková, Praha
Hynek Říha, Praha
Tomáš Tyll, Praha
Věra Špatenková, Liberec
Vladimír Šrámek, Brno
Ondřej Ulrych, Praha
Renáta Zoubková, Ostrava
Marie Zvoníčková, Praha

Organizační výbor:

Martin Balík
František Duška
Martin Matějovič
Martina Klincová

Oraganizátor:

MH Consulting s.r.o.
Narcisová 2850
10600 Praha 10
martin.horna@mhconsulting.cz
www.mhconsulting.cz

LÉKAŘI SESTRÁM I

FYZIOLOGIE DÝCHÁNÍ A JAK MI TO POMŮŽE

Jan Máca [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

CO MÁ SESTRA POZNAT NA OBRAZOVCE VENTILÁTORU

Petr Waldauf [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

INTERPRETACE KREVNÍCH PLYNŮ PRO SESTRY - PŘÍPADY SOBOTNÍ NOCI

František Duška [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

LÉKAŘI SESTRÁM II

ŠOK - CO JE A JAK VZNIKÁ

Michal Pazderník [1],
[1] Klinika kardiologie IKEM

Abstrakt není k dispozici

CO MŮŽE A MÁ SESTRA POZNAT Z ARTERIÁLNÍ KŘIVKY + TIPY A TRIKY

Hynek Říha [1],
[1] KAR, Kardiocentrum IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

PŘEHLED A PRINCIPY NEINVAZIVNÍ MONITORACE HEMODYNAMIKY

Adam Klimovič [1], Jan Beneš [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, LFP UK a FN Plzeň

Prezentace představuje současné možnosti neinvazivní monitorace hemodynamiky, jejich indikace, benefity a limitace nejen z pohledu lékaře.

IMPELLA - JAK NA TO

Jan Bělohlávek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ A PREZENTACE ZAHRANIČNÍCH PŘEDNÁŠEJÍCÍCH

ROLE OF IMAGING IN SHOCK – UPDATE (ON-LINE)

Guido Tavazzi [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

AN UPDATE ON CRITICAL CARE NEPHROLOGY – RECENT PRACTICE CHANGES

Michael Joannidis [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

CRITICAL CARE STARTS IN THE ED

Matthias Noitz [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KURZ HEMODYNAMIKY I. ČÁST

Kurz je určen začínajícím a středně pokročilým lékařům se zájmem o monitoraci hemodynamiky. Důležitou součástí kurzu jsou interaktivní kazuistiky a kvízy.
Koordinátor kurzu: Hynek Říha
Kapacita kurzu: 60 účastníků

ZÁKLADNÍ FYZIOLOGIE KARDIOVASKULÁRNÍHO SYSTÉMU

Ján Šoltés [1],
[1] KARIM 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt není k dispozici

KLINICKÉ A LABORATORNÍ ZNÁMKY OBĚHOVÉ NESTABILITY

Olga Smékalová [1],
[1] KARIM LFP UK a FN Plzeň, Plzeň

Oběhová nestabilita je častým a závažným stavem u pacientů na jednotkách intenzivní péče, vyžadujícím rychlé rozpoznání a adekvátní intervenci. Tato přednáška se zaměří na identifikaci klíčových klinických a laboratorních ukazatelů oběhové nestability, které jsou zásadní pro včasnou diagnostiku a efektivní léčbu. Důraz bude kladen na praktické využití těchto parametrů v klinickém rozhodování a na diferenciální diagnostiku různých typů šokových stavů.

INTERAKTIVNÍ KAZUISTIKA

Hynek Říha [1],
[1] KAR, Kardiocentrum IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

KURZ HEMODYNAMIKY II. ČÁST

HODNOCENÍ ARTERIÁLNÍ KŘIVKY

Hynek Říha [1],
[1] KAR, Kardiocentrum IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

POKROČILÁ MONITORACE HEMODYNAMIKY

Jiří Pouska [1],
[1] KAR, Kardiocentrum IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

INTERAKTIVNÍ KAZUISTIKA

Ján Šoltés [1],
[1] KARIM 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt není k dispozici

KURZ HEMODYNAMIKY III. ČÁST

HEMODYNAMIKA U MECHANICKÝCH PODPOR OBĚHU

Hynek Říha [1],
[1] KAR, Kardiocentrum IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

HODNOCENÍ TEKUTINOVÉ REAKTIVITY

Jan Horejsek [1],
[1] KARIM 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt není k dispozici

INTERAKTIVNÍ HEMODYNAMICKÝ KVÍZ

Hynek Říha [1],
[1] KAR, Kardiocentrum IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

KURZ HEMODYNAMIKY IV. ČÁST

OBJEMOVÁ LÉČBA U ŠOKOVÝCH STAVŮ

Jan Horejsek [1],
[1] KARIM 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt není k dispozici

FARMAKOTERAPIE ŠOKOVÝCH STAVŮ

Olga Smékalová [1],
[1] KARIM LFP UK a FN Plzeň, Plzeň

Farmakoterapie šokových stavů představuje klíčovou součást managementu kriticky nemocných pacientů na jednotkách intenzivní péče. Tato část se zaměří na racionální volbu a správné použití farmakologických prostředků v léčbě různých typů šokových stavů. Diskutovány budou indikace a kontraindikace podávání vazopresorů, inotropik a dalších vazoaktivních látek s důrazem na jejich hemodynamické účinky a možné nežádoucí reakce. Cílem je poskytnout posluchačům praktické znalosti pro optimalizaci farmakologické léčby šokových stavů, s ohledem na aktuální doporučení a individuální potřeby pacientů.

INTERAKTIVNÍ KAZUISTIKA

Jiří Pouska [1],
[1] KAR, Kardiocentrum IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

KURZ UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE I. ČÁST

Kurz umělé plicní ventilace je určen především pro začínající, ale i již zkušené lékaře se zájmem o umělou plicní ventilaci. Kromě opakování základních patofyziologických principů bude kurz zaměřen na problematiku umělé plicní ventilace u restriktivních a obstrukčních syndromům, neinvazivní formy ventilační a oxygenační podpory, dyssynchronií při umělé plicní ventilaci, limitů umělé plicní ventilace a ukončování umělé plicní ventilace. V rámci kurzu bude probíhat také simulační trenink řešení vybraných klinický situaci. Pro zájemce o problematiku je doporučena účast v navazujících "setkání se expertem" s tématem umělé plicní ventilace, které budou probíhat v rámci pondělního programu.
Koordinátor kurzu: Pavel Dostál
Kapacita kurzu: 40 účastníků.

VYBRANÉ ASPEKTY FYZIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE RESPIRAČNÍHO A OBĚHOVÉHO SYSTÉMU VE VZTAHU K UPV

Jan Máca [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ŘÍZENÝ DECH

Eva Klabusayová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

JAK ZAHÁJIT UPV A POSTUPOVAT V PRVNÍCH MINUTÁCH ?

Pavel Dostál [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Abstrakt není k dispozici

KURZ UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE II. ČÁST

OBSTRUKČNÍ SYNDROMY

Eva Klabusayová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

RESTRIKTIVNÍ PORUCHY

Pavel Dostál [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Abstrakt není k dispozici

LIMITY UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACE, POLOHOVÁNÍ, MÍSTO MIMOTĚLNÍCH METOD

Jan Máca [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KURZ UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE III. ČÁST

SPONTÁNNÍ DECH, DYSSYNCHRONIE, RESPIRAČNÍ DRIVE A DECHOVÉ ÚSILÍ

Pavel Dostál [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Abstrakt není k dispozici

NEINVAZIVNÍ METODY PODPORY OXYGENACE A VENTILACE

Tomáš Tyll [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

UKONČOVÁNÍ UPV

Renata Černá PařízkováUkončování UPV [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KURZ UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE IV. ČÁST

Hands on: 4 skupiny, rotace po 20 min

RESTRIKTIVNÍ PORUCHA

Jan Máca [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

OBSTRUKTIVNÍ PORUCHA

Eva Klabusayová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

WEANING KAZUISTIKA

Renata Černá Pařízková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

DYSSYNCHRONIE - DEMONSTRACE

Pavel Dostál [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Abstrakt není k dispozici

JEDNÁNÍ VÝBORU

KURZ POCUS BĚH 1

Všeobecný ultrazvuk pro intenzivisty – základní úroveň odpovídající Genius kurzu ESICM. Rotace po 4 stanovištích.
Koordinátor kurzu: Tomáš Brožek (Praha)
Kapacita kurzu: 16 účastníků

FATE – ZÁKLADNÍ ECHOKARDIOGRAFIE

Marek Nalos [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

FAST A ŠOKOVÉ STAVY/NEJASNÉ HYPOTENZE

Petr Waldauf [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

CUS – PLEURA, PLÍCE, BRÁNICE

Martin Štěpán [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ CÉV V AKUTNÍCH SITUACÍCH (AORTA, DVT)

Tomáš Brožek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KURZ POCUS BĚH 2

Všeobecný ultrazvuk pro intenzivisty – základní úroveň odpovídající Genius kurzu ESICM. Rotace po 4 stanovištích.
Koordinátor kurzu: Tomáš Brožek (Praha)
Kapacita kurzu: 16 účastníků

FATE – ZÁKLADNÍ ECHOKARDIOGRAFIE

Marek Nalos [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

FAST A ŠOKOVÉ STAVY/NEJASNÉ HYPOTENZE

Petr Waldauf [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

CUS – PLEURA, PLÍCE, BRÁNICE

Martin Štěpán [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ CÉV V AKUTNÍCH SITUACÍCH (AORTA, DVT)

Tomáš Brožek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KURZ POCUS BĚH 3

Všeobecný ultrazvuk pro intenzivisty – základní úroveň odpovídající Genius kurzu ESICM. Rotace po 4 stanovištích.
Koordinátor kurzu: Tomáš Brožek (Praha)
Kapacita kurzu: 16 účastníků

FATE – ZÁKLADNÍ ECHOKARDIOGRAFIE

Marek Nalos [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

FAST A ŠOKOVÉ STAVY/NEJASNÉ HYPOTENZE

Petr Waldauf [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

CUS – PLEURA, PLÍCE, BRÁNICE

Martin Štěpán [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ CÉV V AKUTNÍCH SITUACÍCH (AORTA, DVT)

Tomáš Brožek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

EDEC PREPARATION COURSE ČÁST 1

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.
Koordinátor: Martin Balík
Kapacita kurzu: 25 účastníků
Cena: 1500 CZK

SYSTOLICKÁ FUNKCE LEVÉ KOMORY

Michal Lipš [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

DIASTOLICKÁ FUNKCE

Filip Burša [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PRELOAD

Jan Rulíšek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

TEPOVÝ OBJEM A HEART-LUNG INTERAKCE

Kateřina Jiroutková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

EDEC PREPARATION COURSE ČÁST 2

PERIKARD

František Mošna [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VYŠETŘENÍ PRAVÉHO SRDCE A PLICNÍ CIRKULACE

Jan Rulíšek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

MITRÁLNÍ CHLOPEŇ

Jan Rulíšek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

AORTÁLNÍ CHLOPEŇ

Filip Burša [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

EDEC PREPARATION COURSE ČÁST 3

ECHOKARDIOGRAFIE U ARYTMIÍ

Martin Balík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

AORTÁLNÍ PATOLOGIE

Michal Lipš [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ECHO A ECLS

Martin Balík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

HRUDNÍ ULTRAZVUK V DIF. DG. KARDIORESPIRAČNÍHO SELHÁNÍ

Kateřina Jiroutková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

EDEC PREPARATION COURSE ČÁST 4

ANONYMNÍ VIDEO TEST S KAZUISTIKAMI, ANEB JAK JSTE NA TOM?

Martin Balík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

STRUKTUROVANÝ TUTORIAL S ROTACÍ NA PŘÍSTROJÍCH PHILIPS

František Mošna [1],
[1]

5 skupin, 3 xTTE přístroj, 2x TEE trenažér

KURZ MECHANICKÉ PODPORY OBĚHU V INTENZIVNÍ PÉČI I. BĚH ČÁST 1

Kurz je zaměřen na problematiku ECMO a mechanických podpor oběhu z pohledu lékaře.
Garant kurz: Jan Bělohlávek

PŘEHLED MSP - PROČ NEPLATÍ "ONE-SIZE-FITS-ALL"

Daniel Rob [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

EVIDENCE PRO POUŽITÍ MSP U KARDIOGENNÍHO ŠOKU A SRDEČNÍ ZÁSTAVY

Jan Bělohlávek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PÉČE O PACIENTA NA MSP

Milan Dusík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

HEMODYNAMICKÁ KATASTROFA ŘEŠENÁ S POMOCÍ MSP

Vojtěch Weiss [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ECHOKARDIOGRAFIE U MSP A WEANING

Daniel Rob [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KURZ MECHANICKÉ PODPORY OBĚHU V INTENZIVNÍ PÉČI BĚH 1 ČÁST 2

Kurz je zaměřen na problematiku ECMO a mechanických podpor oběhu z pohledu lékaře.
Garant kurz: Jan Bělohlávek
Praktická část

SEZNÁMENÍ S MSP (ECMO + IMPELLA), ZÁKLADNÍ MANIPULACE, NASTAVENÍ KONZOLE, WATER DRILL U ECMO, MONITORACE NA MSP, KOMPLIKACE, PITFALLS

Martin Volt [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KURZ MECHANICKÉ PODPORY OBĚHU V INTENZIVNÍ PÉČI BĚH 2 ČÁST 1

Kurz je zaměřen na problematiku ECMO a mechanických podpor oběhu z pohledu lékaře.
Garant kurz: Jan Bělohlávek

PŘEHLED MSP - PROČ NEPLATÍ "ONE-SIZE-FITS-ALL"

Daniel Rob [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

EVIDENCE PRO POUŽITÍ MSP U KARDIOGENNÍHO ŠOKU A SRDEČNÍ ZÁSTAVY

Jan Bělohlávek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PÉČE O PACIENTA NA MSP

Milan Dusík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

HEMODYNAMICKÁ KATASTROFA ŘEŠENÁ S POMOCÍ MSP

Vojtěch Weiss [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ECHOKARDIOGRAFIE U MSP A WEANING

Daniel Rob [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KURZ MECHANICKÉ PODPORY OBĚHU V INTENZIVNÍ PÉČI BĚH 2 ČÁST 2

Kurz je zaměřen na problematiku ECMO a mechanických podpor oběhu z pohledu lékaře.
Garant kurz: Jan Bělohlávek
Praktická část

SEZNÁMENÍ S MSP (ECMO + IMPELLA), ZÁKLADNÍ MANIPULACE, NASTAVENÍ KONZOLE, WATER DRILL U ECMO, MONITORACE NA MSP, KOMPLIKACE, PITFALLS

Martin Volt [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

BEZPEČNÁ INFUZNÍ LINKA BĚH 1

Workshop se zaměřuje na správné sestavení a bezpečné používání infuzních linek u pacientů v intenzivní péči. Účastníci se seznámí s nejnovějšími standardy a doporučeními pro přípravu, manipulaci a vzájemnou kombinaci léčiv v infuzní lince vedoucí do centrálního žilního katétru. Současně budou mít příležitost si prakticky vyzkoušet sestavení bezpečné infuzní linky dle aktuálních doporučeních.
Garant: Ondřej Ulrych
Pavla Ďásková
Ondřej Ulrych
Zuzana Pražáková
Romana Pucholtová

BEZPEČNÁ INFUZNÍ LINKA BĚH 2

Workshop se zaměřuje na správné sestavení a bezpečné používání infuzních linek u pacientů v intenzivní péči. Účastníci se seznámí s nejnovějšími standardy a doporučeními pro přípravu, manipulaci a vzájemnou kombinaci léčiv v infuzní lince vedoucí do centrálního žilního katétru. Současně budou mít příležitost si prakticky vyzkoušet sestavení bezpečné infuzní linky dle aktuálních doporučeních.
Garant: Ondřej Ulrych
Pavla Ďásková
Ondřej Ulrych
Zuzana Pražáková
Romana Pucholtová

BEZPEČNÁ INFUZNÍ LINKA BĚH 3

Workshop se zaměřuje na správné sestavení a bezpečné používání infuzních linek u pacientů v intenzivní péči. Účastníci se seznámí s nejnovějšími standardy a doporučeními pro přípravu, manipulaci a vzájemnou kombinaci léčiv v infuzní lince vedoucí do centrálního žilního katétru. Současně budou mít příležitost si prakticky vyzkoušet sestavení bezpečné infuzní linky dle aktuálních doporučeních.
Garant: Ondřej Ulrych
Pavla Ďásková
Ondřej Ulrych
Zuzana Pražáková
Romana Pucholtová

BEZPEČNÁ INFUZNÍ LINKA BĚH 4

Workshop se zaměřuje na správné sestavení a bezpečné používání infuzních linek u pacientů v intenzivní péči. Účastníci se seznámí s nejnovějšími standardy a doporučeními pro přípravu, manipulaci a vzájemnou kombinaci léčiv v infuzní lince vedoucí do centrálního žilního katétru. Současně budou mít příležitost si prakticky vyzkoušet sestavení bezpečné infuzní linky dle aktuálních doporučeních.
Garant: Ondřej Ulrych
Pavla Ďásková
Ondřej Ulrych
Zuzana Pražáková
Romana Pucholtová

„ANGIOTENSIN II A ZKUŠENOSTI Z ČESKÉHO PROSTŘEDÍ“ (SYMPOZIUM MEDIS PHARMA S.R.O.)

ANGIOTENSIN II PRO ČESKÉ INTENZIVISTY

Hynek Říha [1],
[1] KAR, Kardiocentrum IKEM, Praha

Abstrakt není k dispozici

„ANGIOTENSIN II A JEHO POUŽITÍ U TĚŽKÝCH VAZOPARALÝZ – KAZUISTIKY“

Jan Rulíšek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

REAL EXPERTS ON WHAT REALLY MATTERS

WHEN TO START RENAL REPLACEMENT THERAPY?

Michael Joannidis [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

AI IN THE SEARCH FOR DIAGNOSIS AND THERAPY IN THE ICU

Jens Meier [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

IMUNOINTERVENCE U KRITICKY NEMOCNÝCH

Marek Nalos [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

INTERSTICIÁLNÍ PLICNÍ PROCESY V INTENZIVNÍ PÉČI

Hana Bartáková ,
[1] Ústav hematologie a krevní transfuze Praha
[2] Klinika KARIM a TRN 1. LF UK a VFN Praha

Úvod: Dušnost, kašel, respirační insuficience, oboustranné plicní infiltráty jsou společnými příznaky pro celou řadu onemocnění různé etiologie: pneumonie, srdeční selhání, oboustranné plicní embolie, primární nebo sekundární nádorové postižení a intersticiální plicní procesy (IPP). IPP jsou heterogenní skupinou více než 200 klinicko-patologických jednotek. Jejich prevalence se uvádí kolem 70-80/100 000, pro jednotlivé diagnózy se jedná o čísla odpovídající vzácným onemocněním. Akutní manifestací se může prezentovat zejména eosinofilní pneumonie, exogenní alergická alveolitida, polékové, postiradiační nebo chemické poškození plic, IPP v rámci autoimunit, plicní alveolární proteinoza, sarkoidóza, kryptogenní organizující se pneumonie (COP) a akutní intersticiální pneumonie. V intenzivní péči se můžeme setkat s respiračně selhanými pacienty, u nichž se IPP rozvinula akutně de novo . Pokud primární diagnostika včetně mikrobiologického vyšetření a echokardiografie neobjasní příčinu respiračního selhání s oboustrannými plicními infiltráty, je třeba uvažovat o IPP. V přehledovém sdělení se zaměřím na diagnostiku a léčbu IPP v prostředí IP. Diagnostika: Nezbytnou součástí je anamnéza zaměřená mj. na veškeré expozice v domácím a pracovním prostředí, abusus, farmakologickou anamnézu a komorbidity. HRCT je základním vyšetřením pro diagnostiku IPF. Charakter a distribuce patologických lézí vytváří tzv. HRCT vzorec (pattern) postižení, který je asociován s určitými konkrétními chorobami a zužuje tak diferenciální diagnostiku. Bronchoskopie (BSK) a bronchoalveolární laváž (BAL) slouží jednak k širokému mikrobiologickému testování, dále cytologickému a imunocytochemickému vyšetření. Diferenciální rozpočet buněk BAL přináší informaci o charakteru zánětu (např. lymfocytární, eosinofilní) a přítomnosti atypických buněk, imunocytochemická diferenciace CD4 a CED8 lymfocytů může přispět k bližší diagnostice lymfoytárních procesů. Součástí diferenciálně diagnostického postupu je autoimunitní panel protilátek zaměřený na systémová onemocnění pojiva, vaskulitidy, pulmorenální syndromy. K diagnostice sarkoidózy lze nověji využít enzymatologické vyšetření hladiny chitotriosidázy. Pokud nejsou tato vyšetření diagnostická, je na zvážení transbronchiální biopsie nebo kryobiopsie s vědomím rizika pneumothoraxu a hemoptýzy. Přínosná je biopsie zvláště u difusních centrilobulárních a perilymfatických procesů, kde průkaz sarkoidózy, exogenní alergické alveolitidy nebo plicní alveolární proteinózy může přinést obrat v léčebné strategii. Podobně je tomu při podezření na COP. Léčba: Farmakologická léčba většiny akutních forem IPP spočívá v podávání imunosupresiv, v první linii systémových kortikosteroidů. U některých diagnóz je léčba specifičtější (např. imunoglobuliny, plazmaferéza, rituximab). Není-li stanovena přesná diagnóza u IPP s respiračním selháním, přistupuje se po vyloučení infekční příčiny k aplikaci methylprednisolonu v dávce 750mg – 1g/den po dobu 3 dnů, lékem 2. volby je cyklofosfamid. Vzhledem k heterogenitě a velmi rozdílné prognóze jednotlivých IPP nelze hovořit obecně o mortalitě pacientů na umělé plicní ventilaci (UPV). Vysoce nepříznivá je u pacientů s pokročilou IPF, kde UPV může vést k progresi zánětlivých změn. Mortalita pacientů, kteří jsou ventilováni pro akutní exacerbaci IPF je kolem 70%, medián přežití po akutní exacerbaci je 3-4 měsíce. Rozhodnutí o připojení těchto pacientů na ECMO je opodstatněné jako bridge to transplant. U ostatních pacientů je rozhodování o UPV nebo ECMO individuální. Závěr: IPP jsou relativně vzácnou příčinou akutního respiračního selhání. Heterogenita těchto nemocí, poměrně sofistikovaná diagnostika založená podstatnou měrou na expertním HRCT zůstává výzvou pro klinickou praxi. Vzhledem k významné roli HRCT na diagnostice IPP lze v blízké budoucnosti očekávat přínos umělé inteligence. První modely jsou už prověřovány v klinické praxi. Zda bude mít jejich implementace příznivý vliv na přežití pacientů ukáže čas. Literatura: Koziar Vašáková et al.: Intersticiální plicní procesy, Maxdorf, 3. vydání 2024 Šterclová M. Diferenciální diagnostika intersticiálních plicních procesů. Vnitr Lek. 2023;69(3) Bradley B et al.: British Thoracic Society Interstitial Lung Disease Guideline Group, British Thoracic Society Standards of Care Committee; Thoracic Society of Australia; New Zealand Thoracic Society; Irish Thoracic Society. Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society. Thorax. 2008 Sep;63 Suppl 5 Faverio P et al.:, Management of acute respiratory failure in interstitial lung diseases: overview and clinical insights. BMC Pulm Med. 2018 May 15;18(1) Trudzinski FC et al.: Outcome of Patients with Interstitial Lung Disease Treated with Extracorporeal Membrane Oxygenation for Acute Respiratory Failure. Am J Respir Crit Care Med. 2016 Mar 1;193(5)

NOVINKY V AKUTNÍ KARDIOLOGII

LIMITS OF CONVENTIONAL THERAPY FOR CARDIOGENIC SHOCK AND INDICATIONS TO MCS (ONLINE)

Guido Tavazzi [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KDY IMPELLA NESTAČÍ V PODPOŘE CIRKULACE

Jan Bělohlávek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

JAK LÉČIT ARYTMIE V ŠOKU ?

Martin Balík [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, VFN a 1. LF UK

Abstrakt není k dispozici

NEISCHEMICKÉ A ZÁNĚTLIVÉ POSTIŽENÍ MYOKARDU – MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY A LÉČBY

Jan Krejčí [1],
[1] I. interní kardioangiologická kliniky, FN USA a LF MUNI

Abstrakt není k dispozici

NOVÉ MOŽNOSTI LÉČBY PLICNÍ EMBOLIE

Pavel Suk [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

BITVA O RYTMUS: FIS A JEJÍ ZVLÁDÁNÍ V AKUTNÍ FÁZI – KLINICKÁ SPIRÁLA (SYMPOZIUM AOP ORPHAN PHARMACEUTICALS GMBH - ORGANIZAČNÍ SLOŽKA)

KONTROLA RYTMU NEBO JEN FREKVENCE – VLIV DIASTOLICKÉ FUNKCE

Martin Balík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

AKUTNÍ LÉČBA FIBRILACE SÍNÍ V INTENZIVNÍ PÉČI

Marek Šramko [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

POUŽITÍ LANDIOLOLU NA URGENTNÍM PŘÍJMU – KAZUISTIKY, VIDEOANKETA

Roman Škulec [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

CO JE NOVÉHO V OBLASTI METABOLISMU A VÝŽIVY KRITICKY NEMOCNÝCH?

NUTRICE V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ 2025

Michal Šenkyřík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

NEPŘÍMÁ KALORIMETRIE: PROČ ANO, PROČ NE

Igor Satinský [1],
[1] Mezioborová JIP, Nemocnice Havířov a Ústav nelékařských zdravotnických studií, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě

Obsahem přednášky je použití nepřímé kalorimetrie v praxi k určení energetického výdeje a nutričních potřeb pacientů na JIP. Nepřímá kalorimetrie (IC) měří energetický výdej a respirační kvocient (RQ) měřením výměny respiračních plynů. Sledováním jak spotřeby vdechovaného kyslíku (VO2), tak produkce oxidu uhličitého (VCO2) ve vydechovaném vzduchu lze provést reálné měření energetického metabolismu. Kromě REE může nepřímá kalorimetrie vypočítat respirační kvocient (RQ). Vypočítáním RQ (VCO2/VO2) lze získat více informací o specifickém využití makronutrientů u daného pacienta. Použití a dodržování standardního protokolu při provádění IC je prospěšné. Udržování pacientů ve "stabilním stavu" je ideální pro přesné měření. Ideálně by pacient neměl být vystaven žádnému stresu z fyzických nebo emocionálních příčin, ani by neměl být nedávno krmen před měřením IC. Navíc by neměly být žádné změny léků nebo zavedení sedativ a svalových relaxancií 30-60 minut před měřením, protože tyto mohou snížit sledované potřeby energetického metabolismu. Jelikož změny tělesné teploty mohou ovlivnit energetický výdej, pokud před měřením nepřímé kalorimetrie dojde ke změně teploty o více než 1 stupeň Celsia, výsledky mohou být zkreslené. Z těchto důvodů může časté měření IC generovat přesnější hodnocení kalorických potřeb pacienta. Stanovení kalorických potřeb pro kriticky nemocné pacienty zůstává nadále výzvou. Kromě někdy těžko odhadnutelných potřeb pacientů, které se mohou lišit podle závažnosti onemocnění, existuje mnoho dalších faktorů, které ovlivňují energetický výdej (EE) a následné energetické potřeby. Nedostatečný příjem nutrientů je stále ještě častým problémem na JIP, kde pouze 50-60 % pacientů dostává svou adekvátní nutriční dávku. To je umocněno skutečností, že téměř polovina všech pacientů přijatých na JIP je již podvyživena, což přispívá k vyšší morbiditě a mortalitě. Na druhou stranu není výjimečnou praxí překrmovat pacienta, aby byly splněny kalorické potřeby. Overfeeding má však své vlastní důsledky a není vhodným řešením. Ve skutečnosti existuje vztah ve tvaru U s mortalitou, pokud jde o nedostatečné a nadměrné krmení – příliš mnoho v kterémkoli směru může být škodlivé. Optimální je splnit potřeby EE pacienta na 70 %, což může být obtížné důsledně dosahovat. Díky nepřímé kalorimetrii lze zjistit a měřit EE. S nepřímou kalorimetrií lze dosáhnout individualizované a přesné výživy pro pacienty. V přednášce se autor zabývá i dynamikou kolísajících nutričních potřeb a doporučeními, jak je nejlépe naplňovat (a jestli vůbec) pomocí nepřímé kalorimetrie. Předpověď metabolických potřeb u kriticky nemocných pacientů je pohyblivým cílem a nelze je s jistotou určit. Demografické údaje pacientů, nemoc, akutní metabolický stres, rozsah a délka trvání onemocnění a výchozí nutriční stav mohou hrát roli v tom, kolik energie je zapotřebí v daném okamžiku. To zdůrazňuje potřebu častého monitorování kalorických potřeb za použití EE k přesnějšímu předpovídání nutričních požadavků těchto pacientů. A zde může nepřímá kalorimetrie poskytnout významné poznatky o těchto přesných požadavcích. Předpovědní rovnice a modely pro EE mají tendenci být nepřesné a mohou vést k překrmování. Overfeeding je stále problémem a přispívá k nežádoucím výsledkům, včetně delších pobytů na JIP, většímu výskytu infekcí a trvání mechanické ventilace. Více klinických studií ukazuje výhody použití nepřímé kalorimetrie k vytvoření personalizovaného nutričního plánu. V nedávné metaanalýze ukázaly nutriční požadavky pro pacienty na JIP, které byly řízeny nepřímou kalorimetrií, 23% snížení úmrtnosti a celkově lepší prognózu. Pacienti ve skupinách s nepřímou kalorimetrií měli také menší energetické deficity, což pomohlo snížit komplikace infekcí. Minimalizace energetického deficitu pacienta je tedy klíčová pro splnění jejich nutričních potřeb, často předcházející nežádoucím výsledkům. Souhrn Splnění nutričních potřeb kriticky nemocných pacientů je složité. Existuje řada faktorů, které mohou zvýšit nebo snížit energetický výdej (EE) pacientů, a současné předpovědní modely rovnic jsou často nepřesné. Monitorování nepřímou kalorimetrií poskytuje reálné měření EE pro řízení plánování výživy. I když má nepřímá kalorimetrie svá omezení, některé klinické studie naznačují, že pacienti mohou mít lepší výsledky a nižší úmrtnost, když jsou jejich energetické potřeby přesněji monitorovány a následně saturovány. Existují ale i další klinickém studie, které tyto závěry rozporují. Smyslem přednášky je podat současné, někdy až vzájemně kontroverzní, názory na úlohu nepřímé kalorimetrie při zajišťování energetických cílů u pacientů v intenzivní péči.

KONTINUÁLNÍ MONITORACE GLUKÓZY V INTENZIVNÍ PÉČI

Marek Protuš [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

LAKTÁTOVÁ ALKALÓZA

Marek Nalos [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

BIKARBONÁT V ROCE 2025 - PŘEKVAPIVÉ (KONTRA)INDIKACE

Jiří Müller [1],
[1] I. interní klinika FN Plzeň

Abstrakt není k dispozici

PROBLEMOVÁ HEMATOLOGICKÁ TÉMATA U KRITICKY NEMOCNÝCH

DISKUTOVANÁ "HEMATOLOGICKÁ" TÉMATA U KRITICKY NEMOCNÝCH V ROCE 2025

Vladimír Černý [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ORGÁNOVĚ SPECIFIKCÁ TOLERANCE ANÉMIE A KLINICKÉ IMPLIKACE

David Astapenko [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

DENNÍ SKRÍNINK HLUBOKÉ ŽILNÍ TROMBÓZY S VYUŽITÍM POCUS

Roman Škulec [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PROFYLAXE HLUBOKÉ ŽILNÍ TROMBÓZY U KRITICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ S PORUCHOU PERIFERNÍ PERFUZE

Jaromír Gumulec [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

TROMBOCYTÓZA U KRITICKY NEMOCNÝCH

David Buffa [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

NEUTROPENIE U SEPSE

Milan Navrátil [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

CO PŘINÁŠÍ ROK 2025 V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ?

NOVÉ DIAGNOSTICKÉ MARKERY INFEKCE

Miroslav Průcha [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

JAK JE MOŽNÉ VYUŽÍT TRANSKRIPTOMIKU U BAKTERIÁLNÍCH INFEKCÍ

Marcela Hortova Kohoutkova [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

JAK JE MOŽNÉ VYUŽÍT TZV. SINGLE CELL GENE ANALYSIS U BAKTERIÁLNÍCH INFEKCÍ

Lucie Kraftová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

MÉNĚ ČASTÉ PARAZITÁRNÍ INFEKCE V INTENZIVNÍ PÉČI

František Stejskal [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

FATÁLNÍ PRŮBĚH ECHINKOKÓZY

Jiří Sagan [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

MOŽNOSTI A MELODIE ATB TERAPIE NA ICU

Hynek Bartoš [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ROK V PŘEHLEDU

ROK V PŘEHLEDU

Abstrakt není k dispozici

VÝBĚR ZE ZAHRANIČNÍCH ČLÁNKŮ II

Natálie Hrdinová [1],
[1] Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Abstrakt není k dispozici

INTRAVENÓZNÍ VSTUPY OD A DO Z

VÝBĚR MÍSTA INZERACE A DRUHU KATETRU

Ondřej Ulrych [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KRYTÍ A FIXACE CÉVNÍCH VSTUPŮ

Vanda Tomášková [1],
[1] NPOP, FN Plzeň

Úvod Vhodně zvolený žilní přístup představuje klíčový předpoklad pro úspěšnou léčbu celé řady onemocnění. V posledních 15 letech došlo k významnému rozvoji nejen v oblasti rozšíření portfolia typů cévních vstupů, ale také ve způsobech jejich krytí a fixace. Přestože technologický pokrok přinesl řadu výhod, je důležité si uvědomit, že zavedení cévního katétru zůstává invazivním výkonem, který s sebou nese potenciální vzniku riziko závažných komplikací. Mezi ně patří zejména infekce krevního řečiště spojená se zavedeným katétrem, trombóza, extravazace či mechanické obtíže vznikající při manipulaci s cévním vstupem. Tyto komplikace představují výraznou zdravotní i ekonomickou zátěž, a to jak z hlediska nákladů na další léčbu a prodloužení doby hospitalizace, tak i snížené kvality života pacientů. Prevence těchto komplikací je proto zásadní – nejen pro jednotlivé pacienty, ale i pro zdravotnická zařízení a celý zdravotnický systém. Metodika: Krytí a fixace cévních vstupů představují nedílnou součást ošetřovatelské péče – nejen z hlediska prevence infekce, ale také z důvodu zajištění funkčnosti katétru a jeho ochrany před neplánovanou extrakcí nebo jeho mechanickým poškozením. V posledních dvou dekádách došlo k rozšíření možností, které jsou v oblasti krytí a fixace cévních katétrů k dispozici, což nám poskytuje dostatek možností přizpůsobit, s ohledem na předpokládanou dobu terapie, výběr krytí konkrétním potřebám pacienta i ošetřovatelského personálu. Cílem tohoto sdělení je porovnat indikace a praktické zkušenosti s jednotlivými typy krytí a způsobů fixace cévních vstupů, a to jak optikou požadavků týkajících se zajištění kvalitní a bezpečné ošetřovatelské péče, tak z hlediska úrovně komfortu při používání krycího materiálu zdravotnickým personálem a možností zvolit optimální variantu vyhovující samotnému pacientovi. Závěr: Ošetřovatelská péče o cévní vstupy je zásadní ošetřovatelskou intervencí. Klíčovou roli v této oblasti mají všichni členové multidisciplinárního zdravotnického týmu, kteří se na péči o pacienty s cévními vstupy podílejí a úroveň jejich kompetencí v této problematice.

PŘEVAZ JAK NA TO.

Martina Dvořáková [1],
[1] IV. interní klinika, VFN v Praze

Abstrakt není k dispozici

TIPY A TRIKY

Martina Douglas [1], Petra Táborská [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

NEJLEPŠÍ PŮVODNÍ PRÁCE

INVAZIVNÍ METODY LÉČEBY BOLESTI U PACIENTŮ PO RESEKČNÍM VÝKONU NA KOLOREKTU S PRIMÁRNÍ ANASTOMÓZOU

Eliška Kubíková [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Úvod: V rámci pooperační péče je doporučená multimodální analgezie a součásti toho jsou doporučovány invazivní metody. V posledních letech se invazivní metody léčby bolesti, jako jsou epidurální a subarachnoidální anestezie, periferní nervové blokády a regionální analgezie, ukázaly jako účinné strategie pro zvládání pooperační bolesti. Tyto metody nejenže snižují intenzitu bolesti, ale také přispívají k rychlejší obnově střevních funkcí a celkové soběstačnosti pacientů. Empirická část této práce je zaměřena na hodnocení účinnosti invazivních metod v kontextu pooperační analgezie a na analýzu vlivu spokojenosti pacientů na jejich zotavení. Metodika: Prospektivní studie se souborem 20 pacientů splňujících kritéria pro zařazení do studie. U pacientů byla vstupně hodnocena úroveň soběstačnosti dle testu Barthelové, kdy toho hodnocení bylo zopakováno po 48 hodinách. Tyto data byly následně analyzovány. Během hospitalizace na odděleních JIP/ORIM byla současně hodnocena intenzita bolesti pomocí škál VAS a FLACC, celková spotřeba analgetik a míra spokojenosti dle Lickertové škály. Výsledky: Byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve spotřebě piritramidu mezi metodami regionální analgezie a intravenózní analgezie (p = 0,04), u ostatních použitých analgetik se tento rozdíl nepotvrdil. Toto zjištění potvrzuje studie autorů Malek et al. (2023) do které bylo zařazeno 417 pacientů s aplikací intratekálního morfinu v souladu s ERAS protokolem. Nebyl zjištěn rozdíl v intenzitě bolesti a spokojenosti s léčbou bolesti mezi jednotlivými metodami. I přesto bylo zjištěno, že všechny tři použité techniky pro léčbu bolesti poskytly adekvátní úlevu od bolesti v bezprostředním pooperačním období u pacientů podstupující kolorektální výkon. Bylo zkoumáno, zda existují rozdíly v obnově střevní peristaltiky mezi jednotlivými invazivními metodami. Tento rozdíl se však nepotvrdil. U všech zkoumaných metod se peristaltika v průměru začala obnovovat druhý pooperační den. Přestože mezi jednotlivými metodami nebyl zaznamenán významný rozdíl v obnově úrovně soběstačnosti, naše pozorování ukazují zajímavý trend. Metoda založená na infiltraci operační rány se jevila jako nejšetrnější, protože u pacientů, kteří ji podstoupili, byl průměrný pokles bodů v hodnocení soběstačnosti nejnižší. Závěry: Na základě zjištěných dat lze doporučit využívání metod regionální analgezie s ohledem na sníženou spotřebu opiátů, menším rizikem komplikací a větší spokojenosti pacientů.

ZVLHČOVÁNÍ U PACIENTŮ NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI V ČR - NÁRODNÍ PRŮŘEZOVÁ STUDIE

Martina Horinová [1], Šárka Línková [1],
[1]

Tato diplomová práce se zabývá použitím pasivních výměníků tepla a vlhkosti (HME filtrů) u invazivně ventilovaných nemocných. Cílem praktické části bylo zmapovat aktuální praxi používání pasivních výměníků tepla a vlhkosti u invazivně ventilovaných nemocných na anesteziologicko-resuscitačních pracovištích v České republice a zároveň ověřit, zda je jejich použití v souladu s nejnovějšími doporučeními odborných zdrojů. Jednalo se konkrétně o průřezovou studii realizovanou prostřednictvím anonymního online dotazníku, distribuovaného vrchním a staničním sestrám ARO pracovišť. Sběr dat probíhal tři měsíce a výsledkem bylo získání dat od 71 pracovišť, která ukázala, že pasivní zvlhčení pomocí HME filtrů je preferovaným typem zvlhčení dýchacích cest na většině pracovišť a nezáleží na tom, kdo typ zvlhčení indikuje. Dokonce jsou HME filtry používány i v případech, kdy je jejich použití dle nejnovějších doporučení kontraindikováno. Bylo doporučeno provést další výzkumy v této oblasti, zvýšit povědomí o jednotlivých typech zvlhčení a jejich použití v praxi. Dále by pro zlepšení péče a minimalizaci komplikací, měl být typ zvlhčení volen dle individuálních potřeb daného pacienta s ohledem na výhody, nevýhody a kontraindikace.

ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA A JEJÍ NÁSLEDKY

Edita Pešáková [1], Hana Sýkorová [1],
[1]

Úvod Ischemická cévní mozkové příhoda (iCMP) představuje druhou nejčastější příčinu úmrtí (Rimelle et al., 2022). U mnoha pacientů po prodělání iCMP dojde ke zhoršení zdravotního stavu a často trvalým následkům s dopady na kvalitu života pacientů. Následný zdravotní stav je ovlivněn mnoha sociodemografickými faktory, mezi neovlivnitelnými lze zmínit zejména věk pacienta. Rovněž včasné rozpoznání nemoci a brzký příjezd do zdravotnického zařízení je stěžejní pro eliminaci následků iCMP. Cíl Cílem práce bylo zjistit, jaký je zdravotní stav pacientů po iCMP při překladu z jednotky intenzivní péče (JIP) u konkrétního poskytovatele zdravotních služeb. Jaké faktory zdravotní stav ovlivňují. Mezi sledované faktory patřil věk a pohlaví pacienta a dopady procesu péče tj. čas od vzniku příznaků do příjmu pacienta do zdravotnického zařízení a – door to needle time – čas od vzniku příznaků do podání intravaskulární trombolýzy (IVT). Metodika Retrospektivní analýza dat z uzavřené dokumentace pacientů (záznamový arch). Do výzkumu byli zařazeni pacienti hospitalizováni v regionální nemocnici na multioborové JIP, kteří v období od 1. 1. 2023 do 30. 10. 2023 byli hospitalizováni s iCMP a splňovali inkluzivní kritéria (věk nad 18let, diagnóza iCMP, péče na JIP). Kritériem exkluze bylo úmrtí pacienta na JIP nebo neúplné informace v dokumentaci. Statistické vyhodnocení bylo provedeno v programovacím jazyku R (Wilcoxonův test, Pearsonův chi-kvadrát test, Shapiro-Wilkův test) na hladině významnosti 0,05 %. Výsledky Celkově bylo retrospektivně identifikováno 113 pacientů za předem definované období 10 měsíců. Vyřazeni byli 2 pacienti na základě exkludujících kritérií (1x úmrtí, 1x chybějící data). Analyzovány byly statisticky údaje od 111 unikátních pacientů s průměrným věkem 75 let (min. 30 a max. 96 let). Žen bylo 47,7 % (n=53) a mužů 52,3 % (n=58). Průměrná doba hospitalizace na JIP byla tři dny (resp. 2,87 dne). Ve sledovaném souboru byl věk ověřen jako faktor s větší pravděpodobností přetrvávajících příznaků (p = 0,00) při překladu z JIP. Alespoň jeden přetrvávající příznak byl sledován u 81, 1 % (n=90) pacientů. Nejčastějším přetrvávajícím příznakem byla porucha řeči (afázie). Přesto, že nebylo možné prokázat statisticky významný vliv pohlaví na zdravotní stav po iCMP (p = 0,09) v době překladu z JIP, z věcného hlediska je výsledek ovlivněn rozložením v souboru (poměr mužů a žen) a hodnota je hraniční. Čas od vzniku příznaků do přijetí do zdravotnickém zařízení ovlivňuje zdravotní stav pacientů po iCMP při propuštění z JIP (p = 0,03) s tím, že pacienti, přijatí do odborné péče s kratším intervalem, vykazovali méně potíží při překladu z JIP. V Pro skupinu s přetrvávajícími příznaky byl průměrný čas od vzniku příznaků 124 minut a u pacientů bez přetrvávajících příznaků byl 81 minut do doby přijetí k hospitalizaci. Vznik příznaků do podání IVT nesouvisel se zdravotním stavem pacienta po iCMP (p = 0,16), ovšem je nutné zdůraznit, že IVT byla podána pouze 44,1 % (n=49) pacientům. Závěr Téměř u 90 % sledovaných pacientů byly v anamnéze přítomny rizikové faktory pro vznik iCMP (nejč. hypertenze a onemocnění cévního řečiště). Pacienti po iCMP jsou zatížení zhoršením zdravotního stavu zejména v závislosti na čase od vzniku příznaků do přijetí do zdravotnického zařízení a věku. Zajímavým zjištěním byla skutečnost, že přibližně 20 % pacientů nevyužilo transport zdravotnickou záchrannou službou, ale využili vlastní dopravní prostředky. Hlavním praktickým přínosem studie je ověření, že poměrně velká část pacientů ze spádu daného poskytovatele není směřována do iktového centra a profesionální pečující se s pacienty s iCMP setkávají stále v regionu a musí být připraveni poskytnout kvalitní péči.

SYNDROM POSTINTENZIVNÍ PÉČE - PREVENCE A SPECIFIKACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Miroslava Kadlecová [1], František Dolák [1],
[1] Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích - Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Úvod: Následkem rozvoje moderních technologií, standardizací podpůrných ventilačních a oběhových zařízení a rychlého pokroku v oblasti intenzivní medicíny se můžeme setkat se stále větším množstvím pacientů, kteří přežijí hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče (JIP). Díky tomuto trendu se začala věnovat větší pozornost následkům hospitalizace u přeživších kriticky nemocných pacientů. V roce 2012 byl pro tyto účely vytvořen souhrnný název Syndrom post intenzivní péče (PICS). PICS je souhrnné označení pro heterogenní skupinu tělesných, kognitivních a duševních poruch vzniklých v době hospitalizace na JIP a přetrvávající následně do doby po propuštění pacienta. O PICS se můžeme začít bavit v okamžiku, kdy dojde k poruše či zhoršení minimálně jedné ze tří základních domén: kognitivní funkce, duševní zdraví, fyzické funkce. Jelikož se první projevy PICS mohou objevit již v době hospitalizace, můžeme se v praxi na JIP setkat s mísením preventivních a léčebných opatření, která jsou zahájena již v rané fázi hospitalizace pacienta. Obecně projevy PICS po propuštění pacienta reagují na léčbu méně, než na prevenci a včasnou terapii již v době hospitalizace, role sestry na jednotce intenzivní péče je tedy zcela zásadní. Metodika: V rámci diplomové práce byly zvoleny dva výzkumné cíle. Prvním cílem bylo, zmapovat znalost sester pracujících na JIP o problematice PICS. Druhým cílem práce pak bylo, zjistit, jakou mají sestry zkušenost s prevencí syndromu post intenzivní péče. Empirická část diplomové práce je zpracována formou bimodálního výzkumu, který je složen z nestandardizovaného dotazníkového šetření a polostrukturovaných rozhovorů vedených se sestrami ze zařazených nemocnic v Jihočeském a Jihomoravském kraji. Celkem byl rozhovor veden s 8 sestrami, které se lišily úrovní vzdělání, věkem i délkou praxe na jednotkách intenzivní péče. Kritériem pro výběr informantů z řad sester pro realizaci rozhovoru byla pozice sestry pracující na JIP a délka praxe na aktuálním pracovišti trvající déle než jeden rok. Dotazníkové šetření bylo realizováno ve třech schválených zdravotnických zařízeních a zároveň s využitím online prostředí, a to prostřednictvím sociální sítě. Výzkumná šetření byla realizována v období od ledna do března roku 2025. Výsledky: Výsledky rozhovorů byly analyzovány metodou otevřeného kódování s výsledkem 25 kódů, z kterých byly vytvořeny 2 výsledné kategorie a 7 podkategorií. Kategorie 1 s názvem Možnosti prevence PICS je nejobsáhlejší, a popisuje praktické zkušenosti sester v péči o pacienty na jednotkách intenzivní péče. Kategorie 1 je rozdělena na následující podkategorie: Podpora fyzických funkcí, Podpora kognitivních funkcí, Podpora duševního zdraví, Spolupráce s rodinou a Deníky intenzivní péče. Kategorie 2 s názvem Syndrom PICS je rozdělena na dvě podkategorie, a to Informovanost o PICS a Překážky prevence PICS. Dotazníkové šetření je zaměřeno na hodnocení znalostí sester o problematice syndromu PICS. Kvantitativní šetření stále probíhá, výsledky tedy nejsou prozatím k dispozici a budou následně doplněny. Všechny zúčastněné sestry popsaly prvky prevence a léčby syndromu PICS. V nejobsáhlejší podkategorii Podpora fyzických funkcí setry uvedly spolupráci s fyzioterapeuty, využívání rehabilitačních pomůcek a mobilizaci pacienta v lůžku, vertikalizaci i vedení pacientů k soběstačnosti v oblasti sebepéče a běžných denních aktivit. V oblasti podpory kognitivních funkcí sestry hovořily o aspektech komunikace s pacienty na JIP, o úpravě prostředí okolo pacienta, o možnostech kognitivní stimulace a některé sestry rovněž popsaly jejich vlastní zkušenost s konceptem „Poznej mě“, bazální stimulací nebo s vedením deníků intenzivní péče. V podkategorii podpory duševního zdraví sestry vypovídaly o managementu delirijních stavů v jejich praxi na JIP, o možnostech farmakoterapie a o spolupráci s psychology a psychiatry. Sestry rovněž popsaly jejich interakci s rodinami pacientů na JIP a snažily se definovat překážky prevence a léčby syndromu PICS. Závěry: Všechny sestry popsaly větší množství ošetřovatelských intervencí na JIP v rámci prevence a léčby PICS. Zároveň ale z rozhovoru vyplynula rozlišná úroveň aktivního začlenění prevence a léčby PICS do standardizované ošetřovatelské péče v různých zdravotnických zařízeních. Sestry se v praxi nejvíce věnují podpoře fyzických funkcí pacienta, nejméně praktických zkušeností pak popsaly v oblasti podpory duševního zdraví pacienta na JIP. Za přínosné sestry označily úpravu bezprostředního okolí pacienta a využívání deníků intenzivní péče. Jako ovlivnitelné překážky v oblasti prevence a léčby PICS sestry popsaly prostorové uspořádání stanic JIP, nedostatek času ze strany sester a nedostatečnou spolupráci rodiny pacienta.

OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE V PREVENCI VENTILÁTOROVÉ PNEUMONIE V ČESKÉ REPUBLICE

Alena Konjatová [1],
[1] Klinika anesteziologie a resuscitace 3.LF UK a FNKV; vedoucí práce: Mgr. Šárka Línková

Ventilátorová pneumonie (VAP, ventilator-associated pneumonia) jakožto nozokomiální infekce zvyšuje morbiditu a mortalitu pacientů, ale také prodlužuje dobu hospitalizace a zvyšuje náklady na zdravotní péči. Vzhledem k těmto následkům je prevenci VAP nutné věnovat značnou komplexní pozornost. Z pohledu všeobecných sester se jedná o znalost preventivních ošetřovatelských intervencí. Cílem této diplomové práce je analyzovat aktuální praxi v oblasti prevence VAP v českých zdravotnických zařízeních a identifikovat rozdíly v implementaci preventivních opatření mezi jednotlivými pracovišti anesteziologie a resuscitace. V České republice doposud neexistuje jednotný standard pro ošetřovatelskou péči zaměřenou na prevenci VAP, což může vést k variabilitě v aplikaci doporučených intervenčních balíčků a zvyšuje riziko vzniku této často vyskytující se infekce. Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření a zaznamenaná data byla statisticky zpracována. Získaná data ukazují, že existují výrazné rozdíly v aplikaci jednotlivých preventivních opatření, což poukazuje na nedostatek standardizace ošetřovatelské péče v této oblasti. Tyto rozdíly mohou ovlivnit výsledky léčby a celkovou kvalitu poskytované péče. Na základě analýzy shromážděných dat práce doporučujeme vypracování jednotného standardu pro ošetřovatelské intervence v prevenci VAP. Tato diplomová práce tak přispívá k rozvoji znalostí v oblasti ošetřovatelské péče a podpora standardizace v prevenci VAP v českém zdravotnictví.

SYMPOSIUM FIRMY VANTIVE

CYTOKINE REMOVAL IN SEPTIC SHOCK - REAL LIFE DATA

Yaron Bar Lavie [1],
[1] Rambam Health Center, Israel

Abstrakt není k dispozici

NEUROKOGNITIVNÍ DYSFUNKCE - POHLED SESTRY A POHLED PACIENTA

NEUROKOGNITIVNÍ REHABILITACE V AKUTNÍ PÉČI

Vladěna Jaremová , Richard Novobilský [1], Svatava Dvořáková [1], Gabriela Bilíková [1], Martin Kotyrba [2],
[2] Ostravská Univerzita
[1] Neurologická klinika, FN Ostrava

Abstrakt není k dispozici

KOGNITIVNÍ REHABILITACE - INTENZIVNÍ PÉČE JE JEN ZAČÁTEK

Kristýna Prčíková [1], Hana Majdyšová [1], Karolína Zientková [1],
[1] KARIM, FN Ostrava

Abstrakt není k dispozici

KOGNITIVNÍ TRÉNINK V NEUROREHABILITACI A INTENZIVNÍ PÉČI: SPOLUPRÁCE PRO LEPŠÍ VÝSLEDKY

Kateřina Rambousková [1],
[1] FNKV, 3.LF UK

XVIII. Kongresčeské společnosti intenzivní medicíny Kognitivní trénink v neurorehabilitaci a intenzivní péči: spolupráce pro lepší výsledky Kateřina Rambousková, Veronika Švejcarová, NINR, Klinika anesteziologie a resuscitace, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Kognitivní trénink se stává stále důležitějším aspektem neurorehabilitace a intenzivní péče, a to nejen u pacientů s neurologickými poruchami, jako jsou cévní mozkové příhody, traumatická poranění mozku nebo neurodegenerativní onemocnění. Tento příspěvek se zaměřuje na význam interdisciplinární spolupráce v intenzivní péči. Zároveň poukazuje na důležitost integrace kognitivního tréninku do protokolů ošetřovatelské intenzivní péče, kde může přispět k rychlejší rehabilitaci a zlepšení celkových výsledků pacientů. Na základě aktuálních výzkumů se snažíme o začlenění různých kognitivních tréninkových metod do rehabilitačního, ale i ošetřovatelského procesu. Zvláštní pozornost je věnována přizpůsobení metod na individuální potřeby pacientů, čímž se zvyšuje jejich motivace a zapojení do terapie. Spolupráce mezi rehabilitačními specialisty, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a ošetřovatelským personálem je zásadní pro vytvoření komplexního přístupu, který zohledňuje jak fyzické, tak kognitivní potřeby pacientů. Kognitivní trénink, zahrnující aktivity zaměřené na zlepšení paměti, pozornosti a dalších kognitivních funkcí, může být efektivně integrován do každodenní péče, čímž se zvyšuje motivace pacientů a podporuje jejich aktivní účast na rehabilitačním procesu. Závěrem je zdůrazněno, že efektivní kognitivní trénink v rámci neurorehabilitace vyžaduje nejen týmovou práci, ale především sdílení znalostí, což může vést ke zlepšení kvality života pacientů a jejich návratu do běžného života. Důraz je kladen na význam kontinuálního vzdělávání a školení zdravotnického personálu, aby byli schopni efektivně aplikovat nové přístupy a techniky v praxi.

KOGNITIVNÍ TRÉNINK NA NIP Z POHLEDU ERGOTERAPEUTA

Kateřina Mrvíková [1],
[1] Klinika tělovýchovného lékařství a rehabilitace, Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně

Kognitivní trénink na NIP z pohledu ergoterapeuta se zaměřuje na rozvoj kognitivních funkcí, které jsou klíčové pro každodenní život, jako jsou pozornost, paměť, řešení problémů, plánování a organizace. Ergoterapeut se soustředí na to, jak zlepšit schopnost klienta vykonávat běžné denní činnosti, jak podporovat zlepšení kognitivních funkcí, aktivizovat pacienta v nedostatečně podnětném prostředí a nastartovat jeho nezávislost po ukončení hospitalizace. K tomu využívá různé testy a nástroje k diagnostice, jako jsou standardizované kognitivní testy (např. MMSE, MoCA, Addenbrook) nebo funkční hodnocení schopností provádět každodenní aktivity. V terapii pak ergoterapeut používá různé technologie (aplikace pro kognitivní trénink), hry (deskové, logické) a jiné pomůcky dle zájmu a potřeby pacienta, aby ho tak motivoval a podpořil jeho návrat k co největší možné nezávislosti a kvalitě života.

CO BY OSTATNÍ CHTĚLI, ABYCH VĚDĚLA Z JEJICH OBORU?

KOMUNIKACE MEZ NÁMI, CO BYCH RÁDA ABY OSTANÍ VĚDELI O MÉ PROFESI

Martina Andrews-Rouckova [1],
[1] Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, KARIM

Abstrakt není k dispozici

EXTUBACE - JAK POMOCI PŘED A PO?

Iva Chwalková [1], Martina Stodůlková [1],
[1] Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, FN Ostrava, LF OU

Cílem je shrnutí postupů a praktická ukázka technik usnadňující péči o pacienta v době extubace/dekanylace. První část je zaměřená na dobu přípravy k extubaci, kdy jsou dechové cesty zajištěné a je potřeba maximálně podpořit drenáž sputa, přitom však nevyčerpat pacienta. Mimo samotných drenážních technik je třeba facilitovat bránici a vést pacienta ke správnému stereotypu a ekonomizaci dýchání. Důležitá je také edukace pacienta o následujících krocích a změnách. Po extubaci/dekanylaci může pacient opět pracovat s hlasivkami a zádržemi dechu. Je žádoucí obnovit základní stereotyp nádech nosem, výdech ústy. Pacient musí zvládnout posun sputa přes celou oblast krku, kořene jazyka až do přední části úst. Po extubaci je třeba počítat s podrážděním hlasivek, po delší kanylaci pak s možnou poruchou polykání. V závislosti na zvolené formě podpory dýchání je potřeba pacienta edukovat k novým možnostem i podmínkám (např. udržení přetlaku při HFNO). Důležitou součástí péče je i práce s polohou pacienta (sed, bok, nastavení hlavy…).

OBARVOVACÍ TEST – SCREENING DYSFAGIE U TRACHEOSTOMOVANÝCH PACIENTŮ

Hana Růžičková [1],
[1] Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Aspirace u tracheostomovaných pacientů je závažný problém, který může mít významné důsledky pro zdraví a komfort pacienta. Prevalence aspirace u pacientů s tracheostomií (TRST) se uvádí 50-87%. Autoři, jako např. Leder a kol. 2001, odhadují, že 82% aspirací u těchto pacientů probíhá bez přítomnosti reflexního kašle. Mezi často zmiňovanými negativními dopady TRST na polykání jsou uváděny příčiny jako snížená elevace hrtanu v důsledku ukotvení trachey způsobené zejména insuflací obturační manžety, komprese jícnu způsobená tlakem tracheostomické obturační manžety na stěnu jícnu, výrazný útlum addukčního reflexu hlasivek stejně jako senzitivity supraglottického a subglottického prostoru v důsledku nedostatečného průtoku vzduchu horními dýchacími cestami, postupný pokles aktivity abduktorů hlasivek či snížení subglottického tlaku vzduchu. Výše uvedená pozorování nejsou však konzistentní pro výraznou heterogenitu sledovaných souborů pacientů. Obarvovací test (Evan's blue dye test) je efektivní a jednoduchá metoda pro screening aspirace u tracheostomovaných pacientů. Před vyšetřením se pacientům s TRST desufluje obturační manžeta a obturuje se ústí TRST. Test umožňuje zjistit, zda pacientovi při polykání nepronikají tekutiny nebo potraviny do dýchacích cest, což je klíčové pro prevenci závažných komplikací, jako je pneumonie. Od dob, kdy S.B. Spray a kol. (1976) publikovali originální podobu Evan's blue dye testu, prošel tento screeningový test řadou modifikací. Na rozdíl od původního testu, kdy se vyšetření zaměřovalo na polykání obarvených slin Evansovou modří, se nově testovalo polykání obarvených tekutin a pyré, event. pevné stravy. Jelikož různí autoři realizovali rozdílné metodiky testování, pohybuje se senzitivita tohoto screeningu mezi 38 – 95% a specificita 79-100%. Při porovnání různých verzí testu se ukázalo, že pro zobrazení aspirací je citlivější testování vodou než konzistencí pyré či pudink a pro bezpečné zachycení aspirace je důležité po testování pacienta opakovaně kontrolně odsávat s odstupem času – postupně až 24 hodin. I přesto, že obarvovací test je jednoduchou a levnou screeningovou metodou k diagnostikování rizikových pacientů s aspiracemi, je důležité si být vědom některých nevýhod tohoto testu, jako jsou falešně negativní (např. mikroaspirace) nebo falešně pozitivní (např. kontaminace) výsledky a doplňovat ho o další diagnostické metody. Objektivizaci polykání je možné zprostředkovat videofluoroskopickým (VFS) nebo flexibilním videoendoskopickým vyšetřením (FEES). Zejména FEES umožňuje případně další detailní zhodnocení strukturálních změn hrtanu.
Tento výstup vznikl v rámci programu Cooperatio - vědní oblast Neuroscience, MZ-ČR RVO- VFN 00064165 Všeobecná obecná fakultní nemocnice v Praze

---

HORNÍ KONČETINA Z POHLEDU ERGOTERAPEUTA: VAŠE RUCE PEČUJÍ O RUCE PACIENTA.

helena Hlochova [1],
[1] Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol

Zdravotnický personál je každodenně vystaven náročným fyzickým požadavkům, které zahrnují manipulaci s pacienty, administrativní činnosti a používání různých zdravotnických přístrojů. To vše může vést k přetížení horních končetin, což může v dlouhodobém horizontu vést k bolestem, zánětům a poruchám pohybového aparátu, jako jsou syndromy karpálního tunelu, tenisový loket nebo tendinitidy. Prevence těchto problémů je zásadní pro zajištění zdraví. Ergoterpeut může v této prevenci hrát důležitou roli. Ergoterapie u horních končetin u kriticky nemocných pacientů hraje klíčovou roli v rehabilitaci a zlepšování kvality života. U pacientů, kteří trpí těžkými zdravotními problémy, jako jsou cévní mozkové příhody, trauma nebo jiná závažná onemocnění, je cílem ergoterapie obnovit co největší funkčnost horních končetin, což je nezbytné pro zajištění nezávislosti v každodenním životě. V rámci ergoterapeutických intervencí se využívají různé techniky, včetně cvičení zaměřených na zlepšení pohyblivosti a síly, trénink jemné motoriky a adaptace na pomůcky usnadňující každodenní činnosti. Úspěch těchto terapeutických postupů závisí na včasnosti intervence, individualizovaném přístupu a spolupráci s multidisciplinárním týmem. Cílem je nejen zlepšení fyzické funkce, ale i podpora psychického a emocionálního zdraví pacienta, což výrazně přispívá k celkovému zotavení a zlepšení životní úrovně pacientů. Ergoterapie je proto nezbytnou součástí komplexní péče o kriticky nemocné, zejména v oblasti rehabilitace horních končetin.

ZVLÁDÁNÍ

NEMUSÍTE V TOM BÝT SAMI

Ivana Trnková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KRIZOVÝ INTERVENČNÍ TÝM FN MOTOL

Alice Řezníčková [1],
[1] Útvar náměstkyně pro ošetřovatelskou péči, FN Motol, Praha

Abstrakt není k dispozici

SÍLA KOMUNIKACE V DEESKALACI KONFLIKTU

Iveta Gongalová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

TY MÁŠ SVALY, JÁ MÁM ČÁRY

Zuzana Adamovský [1], Soňa Zahrádková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KLID MYSLI

Šárka Albrechtova [1],
[1] Klinika nesteziologie a resuscitace, Fakultní nemocnice Královské Vihohrady, Praha, Česká Republika

Mindfulness, česky všímavost, vychází z budhistických nauk. Tím, kdo přinesl mindfulness do západního světa, kde patří mezi sekularizované metody práce se stresem, bolestí, úzkostnými stavy a dalšími, je Jon Kabat Zinn, který v roce 1979 vytvořil v USA program pro snižování stresu (MBSR). Mindfulness je přirozená schopnost každého jednotlivce pozorovat a zaznamenávat a uvědomovat si co se právě odehrává v něm i okolo něj. Jde o nezaujaté pozorování myšlenek, pocitů, tělesných vjemů, nejde o obsahy, ale samotné pozorování. Vědecké výzkumy potvrzují, že praktikování mindfulness vede ke zvětšení hustoty některých oblastí mozku spojených s učením, pamětí, regulací emocí, vnímáním sebe sama a se zaujímáním stanovisek. Trénování všímavosti mírní depresivní nálady a snižuje úzkostné stavy, zlepšuje kvalitu spánku a imunitu, zmírňuje chronickou i akutní bolest. Mindfulness zlepšuje empatii a koncentraci, dovoluje lépe zvládat emočně náročné situace. Trénovat všímavost je možné pomocí formální a neformální praxe v kurzech zaměřených na mindfulness, při samostudiu, nebo na meditačních ústraních. Pozvat všímavost do každodenního života může přinést výraznou změnu v oblasti přetíženosti a reaktivity s vnějšími i vnitřními podněty. Mindfulness může být prostředkem pro nalezení většího klidu v našich životech.

SIMULACE I

Simulace kritických situací v intenzivní péči.
Garanté kurzu: Michael Stern, Petr Štourač

SIMULACE II

Simulace kritických situací v intenzivní péči.
Garanté kurzu: Michael Stern, Petr Štourač

SIMULACE III

Simulace kritických situací v intenzivní péči.
Garanté kurzu: Michael Stern, Petr Štourač

SIMULACE IV

Simulace kritických situací v intenzivní péči.
Garanté kurzu: Michael Stern, Petr Štourač

OBTÍŽNÉ ZAJIŠTĚNÍ DÝCHACÍCH CEST - SIMULACE

Simulace postupu při obtížném zajištění dýchacích cest.
Nácvika DAS algoritmu a netechnických dovedností.
Garanté: Miroslav Keselica a Hedvika Literová
Minimálně 2 lékaři a min. 4 sestry, max. 10 účastníků.

WORKSHOP: INICIÁLNÍ VOLBA ANTIBIOTIK PŘI LÉČBĚ KOMUNITNÍCH I NOSOKOMIÁLNÍCH INFEKCÍ.

Prakticky zaměřený workshop s tématem léčeby komunitních i nosokomiálních infekcí (bez povinné registrace)
Koordinátor worshopu: Pavla Paterová, Kateřina Bogdanová

VOLBA INICIÁLNÍCH ANTIBIOTIK I

Pavla Paterova [1],
[1] FN a LF UK v Hradci Králové

Abstrakt není k dispozici

VOLBA INICIÁLNÍCH ATB II

Kateřina Bogdanová [1],
[1] Ústav mikrobiologie LF UP a FNOL v Olomouci

Abstrakt není k dispozici

KAZUISTIKY

Pavla Paterova [1], Kateřina Bogdanová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

INTENZIVNÍ PÉČE ZA MIMOŘÁDNÝCH PODMÍNEK

PŘEDSUNUTÉ POLNÍ CHIRURGICKÉ TÝMY AČR

Luděk Hána [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VZDUŠNÝ ZDRAVOTNICKÝ ODSUN

Jana Piskačová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PROGRAM MEDEVAC (SENEGAL)

Jan Štětina [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KREVNÍ BANKOMAT NA BOJIŠTI

Jan Páleník [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

MEDICÍNA NA FRONTOVÉ LINII UKRAJINY

Petr Karmazin [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

NUTRIČNÍ VIZITA: OD NÁPADU K REALIZACI (SYMPOZIUM FRESENIUS KABI S.R.O.)

NUTRIČNÍ VIZITA: OD NÁPADU K REALIZACI

Eva Svobodová [1],
[1] KARIM VFN Praha

v rámci FK sympozia

SYMPOZIUM SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM S.R.O.

PRVNÍ ČESKÉ ZKUŠENOSTI S LÉČBOU CEFIDEROKOLEM

Miloš Chobola [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

(SYMPOZIUM GML HEALTH CARE S.R.O.)

CRUSH SYNDROM - VÝBĚR FILTRU A KONFIGURACE RRT

Eva Svobodová [1],
[1] VFN, Praha

Abstrakt není k dispozici

NOVÉ FITRY PRO RRT V INTENZIVNÍ PÉČI

Jan Horejsek [1],
[1] VFN

Abstrakt není k dispozici

CÉVNÍ VSTUPY – VŠE V JEDNOM ?

Michal Kalina [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

AV SHUNT U HOSPITALIZOVANÝCH NA ICU

Jan Malík [1],
[1] VFN

Abstrakt není k dispozici

ULTRAZVUK PRO SESTRY - ZAČÁTEČNÍCI BĚH 1

Určeno po úplné začátečníky. Základní fyzikální principy, druhy sond a jejich použití, základní ovládaní přístroje. Rotace po stanovištích.
Koordinátor: Mario Pytel, Alena Konjatová
stanoviště: NSG sonda
stanoviště: močový měchýř
Kapacita kurzu: 20 osob.

ULTRAZVUK PRO SESTRY - ZAČÁTEČNÍCI

Abstrakt není k dispozici

ULTRAZVUK PRO SESTRY - POKROČILÍ BĚH 1

Rotace po stanovištích: 1.kanylace arterie radialis za ultrazvukové kontroly, implementace SIA protokolu 2. kanylace periferního řečiště za ultrazvukové kontroly, DIVA pacient; 3. bezšicí metody fixace
Koordinátor kurzu: Jana Pospíšilová
Kapacita kurzu: 20 osob

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Jana Pospíšilová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Nela Walachová [1],
[1] Mgr. Pospíšilová (garant WS), Bc. Balgarová

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Alena Balgarová [1], Jana Pospíšilová [1], Nela Walachová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Zuzana Figurová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Jana Kuchťáková [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM), Fakultní nemocnice Ostrava

Abstrakt není k dispozici

WORKSHOP: BRONCHOSKOPIE V INTENZIVNÍ PÉČI BĚH 1

Workshop je zaměřen na techniku bronchoskopie u kriticky nemocných.
Garant workshopu: Michal Otáhal,
Kapacita kurzu: 20 účastníků

TEORETICKÁ ČÁST

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VYUŽITÍ BRONCHOSKOPIE V ANESTEZII, INTUBACE S POMOCÍ FIBROBRONCHOSKOPU, VERIFIKACE ULOŽENÍ DOUBLE-LUMEN

Tomáš Brožek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VYUŽITÍ BRONCHOSKOPIE V IM, SINGLE USE BRONCHOSKOPY, BRONCHOSKOPIE ZA UPV, TERAPEUTICKÁ BRONCHOSKOPIE – TOALETA, CIZÍ TĚLESA, OŠETŘENÍ KRVÁCENÍ

Michal Otáhal [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

HANDS - ON

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

INTUBACE POMOCÍ BRONCHOSKOPU

Tomáš Brožek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VERIFIKACE SEPARACE DÝCHACÍCH CEST

Tereza Bartošová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

FOB TOALETA, CIZÍ TĚLESA

Michal Otáhal [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

WORKSHOP: BRONCHOSKOPIE V INTENZIVNÍ PÉČI BĚH 2

Workshop je zaměřen na techniku bronchoskopie u kriticky nemocných.
Garant workshopu: Michal Otáhal
Kapacita kurzu: 20 účastníků

TEORETICKÁ ČÁST

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VYUŽITÍ BRONCHOSKOPIE V ANESTEZII, INTUBACE S POMOCÍ FIBROBRONCHOSKOPU, VERIFIKACE ULOŽENÍ DOUBLE-LUMEN

Tomáš Brožek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VYUŽITÍ BRONCHOSKOPIE V IM, SINGLE USE BRONCHOSKOPY, BRONCHOSKOPIE ZA UPV, TERAPEUTICKÁ BRONCHOSKOPIE – TOALETA, CIZÍ TĚLESA, OŠETŘENÍ KRVÁCENÍ

Michal Otáhal [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

HANDS - ON

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

INTUBACE POMOCÍ BRONCHOSKOPU

Tomáš Brožek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VERIFIKACE SEPARACE DÝCHACÍCH CEST

Tereza Bartošová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

FOB TOALETA, CIZÍ TĚLESA

Michal Otáhal [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

WORKSHOP: ZAJIŠTĚNÍ DÝCHACÍCH CEST

Workshop je zaměřen na problematiku obtížného zajištění dýchacích cest.
Garant workshopu: Tomáš Tyll

SUPRAGLOTICKÉ POMŮCKY

Tomáš Henlín [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

AWAKE FIBROOPTICKÁ INTUBACE

Tomáš Tyll [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VIDEOLARYNGOSKOPIE

Aleš Rára [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

CHIRURGICKÉ TECHNIKY ZAJIŠTĚNÍ DÝCHACÍCH CEST

Jan Páleník [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

WORKSHOP: HRUDNÍ DRENÁŽ

Workshop je zaměřen na problematiku bezpečného provedení hrudní drenáže.
Garant workshopu: Martin Balík

WORKSHOP: JAK POUŽÍVÁM VISCOELASTICKÉ METODY?

Workshop je zaměřen na technologie a interperatace výsledků viscoelastických metod.
Garant workshopu: Ivana Zýková

WORKSHOP KRITICKÉ STAVY V PRŮBĚHU ECMO 1. BĚH

Workshop je zaměřen na řešení kritických situací při ECMO z pohledu sestry.
Garanté workshopu: Martin Volt a Pavla Břízová (Hradec Králové)

WORKSHOP KRITICKÉ STAVY V PRŮBĚHU ECMO 2. BĚH

Workshop je zaměřen na řešení kritických situací při ECMO z pohledu sestry.
Garanté workshopu: Martin Volt a Pavla Břízová (Hradec Králové)

WORKSHOP KRITICKÉ STAVY V PRŮBĚHU ECMO 3. BĚH

Workshop je zaměřen na řešení kritických situací při ECMO z pohledu sestry.
Garanté workshopu: Martin Volt a Pavla Břízová (Hradec Králové)

WORKSHOP KRITICKÉ STAVY V PRŮBĚHU ECMO 4. BĚH

Workshop je zaměřen na řešení kritických situací při ECMO z pohledu sestry.
Garanté workshopu: Martin Volt a Pavla Břízová (Hradec Králové)

KOMUNIKACE NA JIP ZAMĚŘENÁ NA PACIENTA A RODINU BĚH 1

Workshop se zaměřuje na komunikaci závažných zpráv pacientům s život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám v prostředí intenzivní péče. Účastníci si osvojí základní principy efektivní komunikace a jejich využití v každodenní klinické praxi. Cílem je pomoci překonat obavy z náročných rozhovorů a nabídnout konkrétní strategie pro zlepšení komunikace na JIP. Součástí kurzu jsou modelové situace, interaktivní trénink a zpětná vazba.
Unikátní pohled - jeden z lektorů sdílí i vlastní zkušenost z intenzivní péče v roli pacienta, včetně toho, co vnímala, co jí pomohlo a co by změnila.
Koordinátor: Jan Maláska (Brno)
Kapacita kurzu: 15 osob, účastníkům budou distribuovány prelearningové materiály
Lektoři:
Jan Maláska
Daniel Suk
Jiřina Večeřová
Jana Hollá

SETKÁNÍ S EXPERTEM 1

JAK POSTUPUJI U PACIENTA S AKUTNÍ PANKREATITIDOU?

Jan Maňák [1],
[1] III. interní gerontometabolická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Abstrakt není k dispozici

KDY A JAK ZAHÁJIT A KDY A JAK UKONČIT RRT?

Abstrakt není k dispozici

SETKÁNÍ S EXPERTEM 2

JAK PŘEDCHÁZET VNIKU A JAK ŘEŠIT URGENTNÍ STAVY V NEMOCNICI

Vlasta Dostálová [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

Abstrakt není k dispozici

JAK PODÁVÁM ANTIBIOTIKA?

Bronislav Stibor [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SETKÁNÍ S EXPERTEM 3

JAK VEDU TEKUTINOVOU TERAPII U SEPTICKÉHO PACIENTA?

Roman Kula [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

JAK POSTUPUJI PŘI PORESUSCITAČNÍ PÉČI?

Jan Bělohlávek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SETKÁNÍ S EXPERTEM 4

JAK POSTUPUJI PŘI OBTÍŽNÉ INTUBACI

Vladimír Černý [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PACIENT NA PERORÁLNÍCH ANTIKOAGULANCIÍCH NEBO ANTIAGREGANCIÍCH MUSÍ NA SÁL

Jaromír Gumulec [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SETKÁNÍ S EXPERTEM 9

KDY A PROČ UVAŽUJI O OČIŠŤOVÁNÍ KRVE NAD RÁMEC CRRT?

Bronislav Stibor [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SETKÁNÍ S EXPERTEM 5

JAK A KDY DĚLÁM RESUSCITAČNÍ THORAKOTOMII?

Anatolij Truhlář [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

EOLD - JAK POSTUPOVAT?

Renata Černá Pařízková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SETKÁNÍ S EXPERTEM 6

JAKÝ ALGORITMUS POUŽÍVÁM PŘI INTERPRETACI VÝSLEDKŮ VYŠETŘENÍ ABR?

František Duška [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

JAK POSTUPUJI PŘI TUNELIZACI CENTRÁLNÍHO ŽILNÍHO KATETRU

David Astapenko [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SETKÁNÍ S EXPERTEM 7

JAKÉ POUŽÍVÁM VENTILAČNÍ REŽIMY A KDY?

Michal Otáhal [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

JAK NASTAVIT VENTILÁTOR PŘI PRESSURE SUPPORT VENTILATION?

Pavel Dostál [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Abstrakt není k dispozici

SETKÁNÍ S EXPERTEM 8

JAK POSTUPUJI PŘI IDENTIFIKACI A ŘEŠENÍ DYSSYNCHRONIÍ?

Václav Zvoníček [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

DEKATECHOLAMINIZACE - VASOPRESSIN, ANGIOTENSIN II NEBO METYLÉNOVÁ MODŘ?

Martin Balík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

POSTEROVÁ SEKCE

TŘÍDÍCÍ A IDENTIFIKAČNÍ KARTA POSKYTOVATELE ZZS

Vladimír Husárek [1],
[1] Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje, p.o.

Závazná jednotná třídící a identifikační karta na území České republiky je důležitým předpokladem jednotného postupu pracovníků poskytovatelů zdravotnické záchranné služby při řešení mimořádných událostí s hromadným postižením zdraví. Tento specifický typ zdravotnické dokumentace používaný při mimořádných událostech by měli znát a ovládat nejen pracovníci ZZS, ale přijímající pracoviště urgentní a intenzivní péče. Celosvětově se ukazuje, že jednotný systém třídění a jeho ovládání poskytovateli přednemocniční a následné nemocniční péče má zásadní vliv na efektivní zvládnutí události s hromadným postižením zdraví a příjmu pacientů z těchto událostí. Efektivní třídění pomocí třídící a identifikační karty je základem postupu, kdy je nepoměr mezi postiženými a zasahujícími týmy ZZS. Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP se po zkušenostech, kde se při hromadném postižení zdraví setkalo více poskytovatelů zdravotnických záchranných služeb, rozhodla aktualizovat vlastní doporučený postup a sjednotit třídící a identifikační kartu na území České republiky. Přednáška představuje novou třídící a identifikační karta ZZS, která je v platnosti od prosince 2024.

NENÍ BETABLOKÁTOR JAKO BETABLOKÁTOR

Olga Hrazdilová [1],
[1] CKTCH, Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno

77-letý nemocný dlouhodobě nenavštěvující lékaře, přijat na kardiologii krajské nemocnice pro primomanifestaci srdečního selhání při fibrilaci síní nejasného stáří. Vstupně na EKG fibrilace síní s rychlou odpovědí komor, aberace převodu s širokými komplexy a střídáním asystolických pauz. Pacient na kardiologii prošel akutním renálním selháním s nutností intermitentních dialýz. Dále vzestupem zánětlivých markerů, přes bronchopneumonii dospěl do sepse, přeléčen širokospektrými antibiotiky. Na antikoagulační terapii pro fibrilaci síní zakrvácel do gastrointestinálního traktu. Provedeno gastrofibroskopické vyšetření a pacient byl přeléčen blokátory protonové pumpy. Doplněn ultrazvuk srdce, kde obraz dilatace pravostranných srdečních oddílů, D shape, těžká plicní hypertenze. Z diagnostických rozpaků provedena CT angiografie plicnice s vyloučením plicní embolie. Na koronarografii nález nemoci tří tepen, proto pacient přeložen na naše pracoviště k akutní chirurgické revaskularizaci. Při příjmu fibrilace komor dvakrát defibrilován a 10 minut resuscitován, urgentně na operační sál k revaskularizaci. Po kardiochirurgickém výkonu na EKG četné komorové ektopie, bigeminicky vázané, idioventrikulárního charakteru LBBB, běhy komorové tachykardie monomorfní i torsades de pointes až fibrilace komor při terapii isoprenalinem. Fibrilo flutter síní s AVB III, převod na komory 40-45/min, bigeminicky vázané KES i při stimulaci, overdrive neefektivní. U oběhově nestabilních nemocných volíme léčbu intravenózními antiarytmiky. Amiodaron, digoxin, ani metoprolol nebyl u našeho pacienta v potlačení komorových extrasystol efektivní. Až vysoce selektivní betablokátor landiolol vedl k eradikaci časných komorových extrasystol, umožnil overdrivestimulaci, bez doprovodné hypotenze či vlivu na snížení funkce pravé i levé komory. Pacient byl přeložen na kardiologickou kliniku k zavedení trvalé kardiostimulaci ev. ICD a při trvající komorové ektopii k radiofrekvenční ablaci.

REÁLNÁ PRAXE NEUROPROGNOSTIFIKACE U PACIENTŮ S POSTHYPOXICKOU ENCEFALOPATIÍ Z POHLEDU NEUROLOGA

David Kemlink [1],
[1] Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN

Posthypoxická encefalopatie je vážný stav způsobený poruchou oxygenace mozkové tkáně, nejčastěji v nemocniční praxi jako důsledek kardiopulmonální resuscitace. U pacientů, kteří po inzultu nenabydou vědomí, má být optimálně 72hodin od obnovení normotermie provedeno při pokusu o odtlumení neurologické vyšetření, kdy pro nepříznivou prognózu je podmínkou absence lokalizované reakce na horních končetinách, dále jsou zásadní korneální reflexy, fotoreakce a přítomnost časného myoklonického státu (do 72hod). Dále je vhodné zobrazovací vyšetření mozku min 48 od inzultu, opakované měření hladin neuron specifické enolásy (NSE), provedení EEG optimálně mezi 48-72. hodinou a ev. i provedení SSEP (ty však v□této práci prováděny nebyly). Pomocí parametrů vycházejících z těchto vyšetření je možné odhadnout prognóza pacientů a stratifikovat na účelnou terapii. V roce 2020 byla dokončena studie TTM2, která přehodnotila přístup k terapeutické hypotermii u pacientů po srdeční zástavě a nastavila formálně kritéria pro vyslovení podezření na nepříznivou prognózu. V této práci hodnotíme konečný osud 148 pacientů, kteří v naší nemocnici od začátku roku 2020 podstoupili po kardiopulmonální resuscitaci výše uvedená vyšetření. Celkem bylo vyšetřeno 148 pacientů, z toho 108 mužů a 40 žen, průměrný věk byl 60,4 let, SD 15,9 let, bez významného rozdílu mezi pohlavími. Smrt mozku vykazovalo 12 pacientů. Z□pacientů, kteří nabyli vědomí, pouze po jednom mělo patologické EEG, difusní otok na CT, nebo vysokou hladinu NSE. Z□našeho průzkumu vyplívá, že posthypoxická encefalopatie má vysokou mortalitu i morbiditu a neuroprognostifikace pomáhá časně vytipovat pacienty s□nepříznivou prognózou. Naopak se potvrdilo, že je nadále důležité multimodalitní hodnocení.

VYŠETŘENÍ SMRTI MOZKU – ANKETA U LÉKAŘŮ V ČESKÉ REPUBLICE

Petr Hollý [1], Eva Pokorná [4], Martin Balík [5], David Netuka [6], Svatopluk Ostrý [2],
[1] Iktové centrum a oddělení neurointenzivní péče, Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha 2
[2] Ústav soudního lékařství a toxikologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha 2
[3] Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s., České Budějovice
[4] Odborné edukační pracoviště pro dárcovství orgánů, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha 4
[5] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha 2
[6] Neurochirurgická a Neuroonkologická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Praha 6

Úvod: Smrt mozku dle neurologických kritérií (BD/DNC) je definovaná jako stav po katastrofálním poškození mozku, které vedlo k nevratné a trvalé ztrátě všech funkcí celého mozku, včetně mozkového kmene. Klinické vyšetření stanovuje pouze smrt mozkového kmene, a nikoliv smrt celého mozku. Ta se stanovuje potvrzujícím vyšetřením. Cílem této práce bylo zjistit, jak lékaři přistupují k diagnostice BD/DNC v České republice. Metodika: Anketa probíhala od 7.1. od 3.3.2025. Oslovena byla zdravotnická zařízení poskytující lůžkovou péči. Distribuce byla zajištěna jednotlivými ředitelstvími a následně i prostřednictvím odborných společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, společnosti intenzivní medicíny, neurologické společnosti, neurochirurgické společnosti, pediatrické společnosti a neonatologické společnosti). Výsledky: Dotazníkového šetření se zúčastnilo 523 respondentů (219 žen, průměrný věk 42,84 ± 12,03 let). Z nich byli selektováni lékaři, kteří mají vlastní zkušenost s vyšetřováním smrti mozku u dospělého pacienta a toto vyšetření provádí (187 respondentů, 38 % celkového souboru, 56 žen, průměrný věk 44,91 ± 10,44 let). Většina lékařů – 138 (74 %) vyšetřuje smrt mozku 1-5krát do roka, pouze 6 (3 %) respondentů vyšetřuje smrt mozku více než 20krát do roka. Nejvíce vyšetřují BD/DNC lékaři s odbornou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicína (48 %) následováni neurology (27 %). Obornou způsobilost v patřičném oboru nemělo 19 lékařů (10 %, z nich 9 nemělo žádnou odbornou způsobilost). Více než polovina vyšetření smrti mozku se koná ve fakultních nemocnicích a o zbylou polovinu se rovným dílem dělí krajské a okresní nemocnice. Podle formuláře z webu IKEM „život²“ či tištěného manuálu život² postupuje 93 (50 %) lékařů, 75 (40 %) lékařů postupuje podle vnitřního předpisu zdravotnického zařízení/oddělení, kde pracuje. Pro 115 (61 %) respondentů je důvodem vyšetření dárcovský program, pro 7 (4 %) jde o ukončení marné péče a 65 (35 %) lékařů vyšetřuje smrt mozku z obou důvodů. Co se týče prováděných klinických vyšetření, nejméně časté je provádění algické reakce při stimulaci na končetinách, následované okulovestibulárním termickým reflexem. Apnoický test vyšetřuje vždy 81 % respondentů a 2 % jej dokonce nevyšetřují nikdy. Nejčastěji používanou metodou potvrzujícího vyšetření byla CT angiografie (48 lékařů – 26 % respondentů ji používá vždy). Čtyři lékaři (2 %) odpověděli, že neprovádí žádné potvrzující vyšetření a 4 lékaři (2 %) uvedli, že provádí jednu nabízenou modalitu vyšetření pouze občas nebo zřídka a ostatní modality neprovádí. Transkraniální barevnou ultrasonografii nejčastěji používají neurologové (11 lékařů – 50 % ze všech, kteří uvedli, že tuto metodu používají většinou nebo vždy), dále tuto metodiku používají lékaři se specializovanou způsobilostí z anesteziologie a intenzivní medicíny (5 lékařů – 23 %). Většina lékařů (81; 43 %) provádí potvrzující vyšetření pouze v případě, že pacient je směřován do dárcovského programu. V případě devastujícího poškození infratentoriálně prokázaném na CT či MRI mozku neprovádí potvrzující vyšetření 73 respondentů (39 %). Závěry: Dotazníkové šetření poskytuje vhled na aktuální problematiku vyšetření BD/DNC v České republice. Nejvíce respondentů mělo odbornou způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína a neurologie. To odpovídá i složení pacientů v intenzivní péči, kteří absolvují vyšetření BD/DNC. V případě stanovení BD/DNC u dárců orgánů je zákonem dáno, že diagnózu smrti mozku provádějí nezávisle na sobě nejméně dva lékaři s příslušnou specializovanou způsobilostí (§ 10 odst. 2 zákona č. 285/2002 Sb.). U vyšetření smrti mozku u dospělého pacienta alespoň jeden lékař musí mít specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicína, neurologie nebo neurochirurgie. V České republice neexistuje adekvátní trénink vyšetření pacientů s BD/DBC. Pro 61 % respondentů v naší anketě byl důvodem vyšetření dárcovský program. Mimo vyšetření algického podnětu při stimulaci všech končetin, které vyšetřuje vždy pouze 57 % lékařů, v klinickém neurologickém vyšetření nebyly významnější rozdíly a provyšetřovanost byla velmi vysoká, nicméně nebyla 100 %. Z literatury ale vyplývá, že například až 20 % odborníků netestuje korneální reflex správně. Problém nastává u apnoického testu, který je povinnou součástí stanovení smrti mozku pro účely dárcovského programu. Z našich dat vyplývá, že pouze 81 % respondentů provádí vždy apnoický test a 2 % jej dokonce nevyšetřují nikdy. Vysvětlením může být, že jsou zde časté situace, kdy lékař, který vyplnil dotazník je v situaci, kdy vyšetřuje pacienta jako první lékař a apnoický test provádí až druhý lékař nebo naopak. Další eventualita může spočívat v porozumění otázce – apnoický test není nezbytnou součástí vyšetření při úvahách o ukončení marné péče. Souhrn: Závěrem lze říci, že tato studie přinesla poznatky o distribuci vyšetřování smrti mozku, jeho průběhu a přinesla i cenné poznatky o náhledu na vyšetřování smrti mozku u populace lékařů v České republice. Je třeba se zamyslet nad klíčovými skutečnostmi, ve kterých se zdravotní zařízení liší a budoucí záměr měl spočívat v podrobnější edukaci všech lékařů, kteří se s diagnostikou smrti mozku mohou setkat, se zvláštním zaměřením na jedince, kteří se s ní setkávají zřídka.

DIAGNOSTIKA INFEKCE V INTENZIVNÍ PÉČI

Olga Hrazdilová [1], Hana Spáčilová [1],
[1] CKTCH, Brno

Úvod: Infekce je závažná komplikace v perioperační medicíně. Infekce (sepse) je jedna z nejčastějších příčin úmrtí na intenzivní péči. Mortalita zůstává vysoká 30%. Časná diagnostika a nasazení správné terapie je pro pacienty kruciální. Predikce infekčních stavů po operaci pomocí infekčních biomarkerů (CRP, hladina prokalcitonin, počet leukocytů) je limitována zánětlivou reakcí na operační trauma. Na našem pracovišti používáme i ICIS (kalkulovaný parametr, získávaný při vyšetření krevního obrazu s diferenciálním rozpočtem leukocytů a retikulocytů). Cílem bylo určit, který z námi běžně sledovaných markerů-CRP, PCT či ICIS je marker s nejvyšší senzitivitou a specificitou pro diferenciální diagnostiku infekce v perioperačním období. Metodika: Do prospektivní studie bylo zařazeno celkem 300 konsekutivních pacientů, kteří se podrobili kardiochirurgickému výkonu. U všech 300 pacientů byly monitorovány v čase tyto biomarkery (CRP, PCT, ICIS) a zároveň stupeň infekce. Výsledky : Hodnota CRP ve dvou pooperačních dnech bez závislosti na infektu strmě stoupá, na rozdíl od ICIS a PCT, které jsou elevovány pouze u pacientů s prokázaným infektem, nereflektují na operační trauma. Podle ROC křivky (Receiver operating characteristic) průměr na pacienta pro správné určení infekce je pro ICIS 0,94, PCT 0,72, CRP 0,71. ICIS prokazoval nejvyšší specifitu i senzitivitu. Závěr : CRP není v pooperačním období pro predikci infekce statisticky významný marker, sledujeme trend vývoje. PCT a ICIS diferencuje u pacientů po operaci stav infektu od zánětlivé odpovědi. ICIS lze stanovovat rutinně při vyšetření krevního obrazu, stanovení této laboratorní hodnoty je levnější než provedení CRP, o PCT nemluvě. PCT a ICIS pomáhá snížit nadužívání antibiotické terapie. ICIS pomáhá odlišit probíhající infekci od systémové zánětlivé reakce organismu (SIRS) u kriticky nemocných.

PODÁNÍ METYLENOVÉ MODŘI U REFRAKTERNÍHO DISTIBUČNÍHO ŠOKU ZA KONTROLY MULTIMODÁLNÍ NEUROMONITORACE U PACIENTA S AKUTNÍM SAK

Ondřej Brandejs [1], Věra Špatenková [1], Jan Ferech [2], Dalibor Černý [3],
[1] JIP neurocentrum, Krajská nemocnice Liberec
[2] Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Krajská nemocnice Liberec
[3] Oddělení klinické farmacie, Krajská nemocnice Liberec

Úvod: Akutní subarachnoidální krvácení (SAK) je spojené s rizikem sníženého mozkového průtoku a potencionálním ischemickým poškozením při intracerebrálních vazospasmech či systémové oběhové nestabilitě. U refrakterní vazoplegie lze jako záchrannou terapii použít methylenovou modř (methylthioninium chlorid). K hodnocení adekvátního mozkového průtoku se používá multimodální neuromonitorace, zahrnující jak metody invazivní (mozková mikrodialýza, CM, intrakraniální tlak, ICP), tak i neinvazivní (transkraniální barevná sonografie, TCCS, Near-infrared spectroscopy NIRS). Prezentujeme úspěšné podání methylenové modři u pacientky se SAK a refrakterním distribučním šokem za kontroly neuromonitorace. Kazuistika: Pacientka 65let přijata v bezvědomí (Glasgow Coma Scale 7) se SAK na podkladě ruptury aneuryzmatu arteria cerebri anterior sinistra. Do 24hodin od přijetí byl proveden coiling a zavedena invazivní neuromonitorace (CM, ICP s teplotou a kyslíkem). Zahájena neinvazivní monitorace mozkového průtoku pomocí TCCS. Od přijetí pacientka oběhově nestabilní, byl vyloučen kardiogenní, obstrukční a hypovolemický šok (klinické a laboratorní parametry, N-terminal pro brain natriuretic peptide, transtorakální echokardiografie, Stroke volume variation). Distribuční šok vyhodnocen jako centrální vazoparalýza (nízké zánětlivé parametry). Na kombinované vazopresorické podpoře noradrenalinem (max. 1,3 µg/kg/min) a argipressinem (4 I.U./hod) a po přidání hydrokortisonu (200 mg/den) nevedlo ke zlepšení hemodynamických parametrů. Na CM poměr laktát/pyruvát (L/P) přetrvával na kritických hodnotách kolem 40, zatímco na TCCS bez známek vazospasmu. Další navyšování vazopresorické podpory nebylo účinné, střední arteriální tlak (MAP) poklesl až na 50 torrů, proto podán bolus methylenové modři (50mg), vzhledem k jeho účinnosti (MAP 80 torrů, pokles poměru L/P k cílové hodnotě 30) pokračováno v kontinuálním podávání (0,5mg/kg/hod). Závěr: Podání methylenové modři jako záchranné vazopresorické podpory u refrakterního distribučního šoku bylo u prezentované pacientky se SAK účinné a podle multimodální neuromonitorace také bezpečné.

ROZHODOVÁNÍ O UKONČENÍ LÉČBY: UMĚLÁ INTELIGENCE A NEZASTUPITELNÁ ÚLOHA NLZP

Tomáš Novák [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

REVIEW MY CASE (SMAI)

HYPERSTIMULAČNÍ OVARIÁLNÍ SYNDROM?

Anna Vravcová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

NEČAKANÁ ZÁSTAVA OBĚHU

Dominik Hladík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

BEZVĚDOMÍ NEJASNÉ ETIOLOGIE

Markéta Zvara [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

SEPSE A GLYCOCALYX-FRIENDLY RESUSCITACE

FYZIOLOGIE GLYKOKALYXU

Vlasta Dostálová [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

INTERVENCE A SITUACE, KTERÉ GLYKOKALYXU ŠKODÍ

Roman Kula [1],
[1] Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Krajská nemocnice Tomáše Bati, Zlín

Abstrakt není k dispozici

INTERVENCE S POTENCIÁLEM CHRÁNIT A RESTAUROVAT GLYKOKALYX

David Astapenko [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Abstrakt není k dispozici

U KTERÝCH PACIENTŮ JE GLYCOCALYX-FRIENDLY RESUSCITACE INDIKOVANÁ

Roman Kula [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Ostrava

Abstrakt není k dispozici

ENDOTHELIAL PROTECTION WITH HEMOADSORPTION IN SEPTIC SHOCK

Zsolt Molnár [1],
[1] Department of Anesthesiology and Intensive Therapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Abstrakt není k dispozici

HOT TOPICS 2025 A SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ

END-OF-LIFE ROZHODOVÁNÍ NA JIP – JAK ZLEPŠIT NAŠI PRAXI

Vladimír Šrámek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

MECHANICKÉ PODPORY OBĚHU – JAK VYBRAT OPTIMÁLNÍ VARIANTU

Jan Bělohlávek [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ČÁSTEČNĚ KOMPENZOVANÝ CIRKULAČNÍ KOLAPS – JAK DÁL?

Jan Hruda [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

OBÉZNÍ NEMOCNÝ NA JIP – NA CO VŠE MYSLET

Pavel Dostál [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Abstrakt není k dispozici

SLAVNOSTNÍ ZAKONČENÍ, PŘEDÁNÍ OCENĚNÍ

Martin Balík [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE - SIMULOVANÉ SITUACE

Blok je zaměřen na simulaci nejčastější situaci při umělé plicní ventilaci.

PACIENT S HRANIČNÍM ODKAŠLÁVÁNÍM

OVLIVNĚNÍ RESPIRAČNÍCH FUNKCÍ U PACIENTŮ S VYSOKOU MÍŠNÍ LÉZÍ – NAŠE ZKUŠENOSTI

Kristýna Šedivá [1],
[1] Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství - Spinální jednotka, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Úvod: Vysoká míšní léze výrazně narušuje funkci dýchacího systému, především vlivem oslabení nebo úplné ztráty volní kontroly nad exspiračními svaly. Výsledkem bývá neefektivní kašel, retence sekretu a zvýšené riziko rozvoje respiračních infekcí či jiných komplikací. Tito pacienti často vyžadují zvýšenou pozornost v oblasti péče o dýchací cesty – ať už v akutní fázi po úrazu, během rizikových situací, jako je dekanylace, nebo v rámci dlouhodobé následné rehabilitační péče. Na našem pracovišti se soustavně věnujeme rozvoji komplexního přístupu k této problematice, s důrazem na mezioborovou spolupráci a aktivní roli všeobecných sester. Metodika: Respirační péče u pacientů s vysokou míšní lézí je u nás koncipována jako součást běžného denního režimu. Zahrnuje pravidelné respirační monitorování, dechovou fyzioterapii, polohování, hydrataci, techniky usnadňující expektoraci, odsávání sekretu a využití moderního technického vybavení, například mechanické insuflace a exsuflace (MI-E). Sestry hrají klíčovou roli v každodenním sledování stavu pacienta, rozpoznávání změn v dýchání a indikaci potřeby intervence. Jejich přímý a častý kontakt s pacientem jim umožňuje pružně reagovat na aktuální potřeby a poskytovat potřebnou podporu. Při zavádění nových metod, jako je např. MI-E, využíváme přímou spolupráci fyzioterapeutů s ošetřovatelským personálem. Po nastavení parametrů přístroje v rámci fyzioterapie pak sestry mají důležitou roli v přímé aplikaci a zavádění postupů do běžné rutiny oddělení. Výsledky: Na základě našich zkušeností se ukazuje, že důsledná a pravidelná péče o dýchací cesty významně snižuje potřebu invazivních zásahů a přispívá ke stabilizaci respiračního stavu. Pacienti častěji udávají pocit větší jistoty při dýchání, snížení obav spojených s dýcháním a zahleněním. Využití MI-E je pacienty dobře tolerováno, zejména v případech s těžce omezenou schopností expektorace. Využití MI-E nám umožňuje dříve dekanylovat pacienty díky možnosti asystované přístrojové expektorace. Velmi pozitivníjel také dopad na práci týmu – standardizace postupů a jasně rozdělené kompetence vedly k lepší plynulosti péče. Závěr: Komplexní péče o dýchací cesty je nezbytnou součástí rehabilitace pacientů s vysokou míšní lézí. Všeobecné sestry v ní hrají zásadní roli, a to nejen v přímé péči, ale i v organizaci a implementaci podpůrných metod. Naše zkušenosti potvrzují, že důsledná, strukturovaná a týmová práce v této oblasti může významně přispět k prevenci komplikací a ke zvýšení kvality života pacientů během hospitalizace.

NEUROMUSKULÁRNÍ PACIENT S HRANIČNÍM ODKAŠLÁVÁNÍM

Michaela Sládečková , Olesja Parmová [1],
[1] Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Brno
[2] Rehabilitační klinika, Fakultní nemocnice Brno
[3] Ústav veřejného zdraví, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Neuromuskulární onemocnění představují heterogenní skupinu poruch, které mohou výrazně ovlivnit funkci dýchacích svalů a schopnost pacienta efektivně odkašlat. Slabost dýchacích svalů často vede k nedostatečné eliminaci plicních sekrecí, což může způsobit opakované infekce a další respirační komplikace. V těžších případech může být pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Cílem tohoto příspěvku je popsat specifika jednotlivých neuromuskulárních onemocnění a navrhnout opatření, která mohou usnadnit odkašlání a tím předejít k dlouhodobé hospitalizaci, která nese určitá rizika. V první části bude diskutována charakteristika nejběžnějších neuromuskulárních onemocnění, jako jsou amyotrofická laterální skleróza (ALS), svalové dystrofie, spinální svalová atrofie (SMA) a myasthenia gravis (MG), a jejich vliv na dýchací funkce. Zaměříme se na specifika jednotlivých onemocnění, která mohou pomoci zefektivnit práci zdravotnického personálu. Dále se zaměříme na diagnostiku a měření dechových funkcí, včetně spirometrie a měření maximálních inspiračních a expiračních tlaků, které slouží k testování síly dýchacích svalů. V této souvislosti představíme i roli moderních přístrojů, jako je kašlací asistent, který se ukázal jako efektivní pomůcka pro zlepšení schopnosti pacienta účinně eliminovat plicní sekrety, čímž se snižuje riziko infekcí a zkracuje doba hospitalizace. Shrneme si jak správně nastavit kašlacího asistenta nastavit a co od něj můžeme očekávat. Závěrem budou představeny další podpůrné pomůcky, které mohou zlepšit kvalitu života neuromuskulárních pacientů a umožnit jim lépe kontrolovat respirační funkce a kašel. Budeme diskutovat nad typy respiračních pomůcek, jak vybrat vhodnou pomůcku pro daného pacienta a jak pacienta instruovat ke správnému provádění rehabilitace s pomůckou.

ZAHLENĚNÝ ICU PACIENT - JAK MU POMŮŽE SESTRA?

Martina Stodůlková [1], Iva Chwalková [1],
[1] Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství FN Ostrava

Zahlenění bývá často nepříjemným problémem v ošetřovatelské péči u pacientů na UPV nebo bezprostředně po extubaci či dekanylaci. Rádi bychom se podělili o své zkušenosti s péčí o zahleněného pacienta v analgosedaci i ve weaningu na jednotkách ICU. Chceme vyzdvihnout důležitost správného polohování, nastavení hlavy a trupu, zapojení pomocných dechových svalů a bránice jako posturálního svalu. Představíme techniky usnadňující expectoraci v různých polohách (semirekumbentní, na boku, kardiosed, sed) a různými technikami (rasping, huffing, kontrolovaný výdech na zklidnění kašle, využití ústní brzdy aj.). Pokusíme se předat zkušenosti tak, aby byly aplikovatelné v praxi i během běžných denních ošetřovatelských činností, např. během hygieny či polohování.

BLOK VOLNÝCH SDĚLENÍ, KEYNOTE LECTURE A ZÁVĚR PROGRAMU

KDYŽ ROZHODNUTÍ ZACHRAŇUJE: ETICKÁ KAZUISTIKA NA ICU

Alena Konjatová [1],
[1] Klinika anesteziologie a resuscitace 3.LF UK a FNKV

Etická rozhodnutí v intenzivní péči vyžadují rovnováhu čtyř pilířů zdravotnické etiky – beneficience, non-maleficience, autonomie a distributivní spravedlnosti. S principy se nikdy nesetkáváme izolovaně a konflikty mezi nimi jsou tím pádem nevyhnutelné, proto je klíčové neustále rozvíjet schopnost bedside rozhodování při etických otázkách v klinické praxi. Součástí prezentace je stručná kazuistika ilustrující etické dilema v situaci, kdy dochází ke konfliktu mezi beneficiencí a nonmaleficiencí při poskytování péče o pacienta v kritickém stavu. Rozhodování v těchto případech ovlivňuje nejen samotného pacienta, ale i jeho rodinu, ošetřující tým a ostatní pacienty. Je nutné si stanovit hranici, kdy požadavky rodiny nesmí být upřednostněny na úkor pacienta. Psychické dopady těchto rozhodnutí na zdravotnický tým mohou být jak pozitivní (pocit správného jednání), tak negativní (pocity viny či lítosti). Jedna z nabízených možností pro usnadnění etických rozhodnutí je tzv. moral balance tool. V praxi doporučujeme podporovat sdílené rozhodování a vnímat správně nastavenou paliativní péči nikoli jako selhání, ale jako naplnění principu beneficience.

MODERNÍ METODY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI BŘIŠNÍCH KATASTROF

Petra Tesařová [3],
[2] Edita Vernerová
[3] FN HK III.interní klinika GMK JIP A+B

Název: Využití přístroje INSIDE SYSTÉM v péči o pacienta s open abdomen Autoři: Edita Vernerová, Petra Tesařová, Michala Řezníčková, Gabriela Hajská Abstrakt Úvod: Abdominální katastrofa představuje kritický stav, který vyžaduje komplexní léčbu. Jednou z významných výzev v péči o tyto pacienty je řízení vysokého objemu střevního odpadu. Tradiční metody často nestačí ke zvládnutí této situace, což vede ke zvýšenému riziku komplikací a snížené kvalitě života. V této přednášce představíme kazuistiku pacienta s abdominální katastrofou, u kterého byl aplikován INSIDE SYSTÉM. Tato prezentace se zaměří na principy fungování INSIDE systému u pacienta s open abdomen. Metoda: INSIDE systém, který představuje inovativní přístup k léčbě pacientů s vysokoodpadovou stomií, píštělí. Výsledky: Aplikace systému demonstrujeme na pacientovi s open abdomen. Pacient je připravován na rekonstrukční operaci. Pacient má zachovánu kontinuitu střeva, čímž je snížena potřeba parentální výživy. Dochází k efektivnímu využití tělních tekutin a živin ztracených v důsledku střevní píštěle. Závěr: INSIDE systém představuje významný pokrok v péči o pacienta s open abdomen. Klíčovým faktorem úspěchu této terapie je odborná péče a podpora poskytovaná zdravotní sestrami. Tato přednáška poskytne přehled o praktických aspektech používání INSIDE systému a zdůrazní nepostradatelnou roli zdravotních sester v tomto procesu.

JEDEN VYLÉČENÝ PACIENT=TÝMOVÁ PRÁCE

Eva Hrdličková [1],
[1] FN HK III.interní klinika GMK JIP A+B

Jeden vyléčený pacient = týmová spolupráce Autoři: Eva Hrdličková, Michala Řezníčková, Gabriela Hajská Abstrakt : Úvod: Tato práce se zaměřuje na význam přítomnosti specializovaných sester na odděleních, které neustále školí personál, a to i v běžných intervencích, jakou jsou péče o intravenózní vstupy, péče o stomie a péče o rány. Metoda: Personál daného oddělení byl proškolen specializovanými sestrami – i.v. sestra, stomická sestra a sestra specializující se na rány. V rámci školení byly vytvořeny jednoduché edukační materiály pro personál a také individualizované pomůcky pro konkrétní pacienty. Podpora personálu je zajišťována i v případě nepřítomnosti specializovaných sester na odděleních, a to prostřednictvím komunikačních platforem (whatsapp, facetime etc.). Výsledky: Díky přítomnosti a opakované edukační činnosti specializovaných sester na oddělení došlo k minimalizaci chyb personálu ve zmíněných oblastech péče (péče i.v. vstupy, péče o stomie a rány) a snížil se výskyt komplikací u pacientů. Personál je nyní dobře edukovaný a díky tomu více motivovaný, což se projevuje dodržováním správných ošetřovatelských postupů. Zkušenosti sester specialistek byly využity v péči o pacienty s diagnózou Břišní katastrofa, což přispělo ke zlepšení stavu těchto pacientů. Pacienti byli spokojení a viděli pokroky ve své léčbě. Závěr: Během působení sester specialistek na našem oddělení byly zaznamenány pozitivní výsledky. Personál se v daných problematikách lépe orientuje a s větší chutí přistupuje k ošetřování pacientu s i.v. vstupy, ranami a stomiemi. Důležitý je také široký a rozmanitý výběr pomůcek, které jsou k dispozici. V neposlední řadě probíhá také edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků. Do budoucna je plánováno navázat spolupráci s dalšími odděleními a klinikami nemocnice za účelem předat získané zkušenosti a zajistit co nejlepší péči o pacienty. Tím lze úspěšně předcházet mnohým komplikacím. Jeden pacient = multioborová týmová spolupráce Eva Hrdličková eva.hrdlickova@fnhk.cz Michala Řezníčková michala.reznickova@fnhk.cz Gabriela Hajská gabriela.hajska@fnhk.cz III. Interní gerontometabolická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

ROLE SESTRY V HODNOCENÍ POLYKÁNÍ A MANAGMENTU NEUROGENNÍ DYSFAGIE

Veronika Švejcarová [1],
[1] Následná intenzivní neurorehabilitace, Klinika anesteziologie a resuscitace, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

Úvod: Neurogenní dysfagie je typ poruchy polykání, která je způsobená neurologickým onemocněním. Vzhledem k tomu, že polykání je velmi složitý děj, do kterého je zapojeno mnoho mozkových struktur, je možné se s dysfagií setkat u spousty typů mozkových lézí. Tito pacienti jsou ohroženi rizikem tiché aspirace, jejíž závažnou komplikací je aspirační pneumonie. Metodika: Tato prezentace se zaměřuje na roli sestry v klinickém hodnocení polykání a managementu neurogenní dysfagie. Bude zdůrazněna důležitost spolupráce sester v multidisciplinární týmu. Klíčová je spolupráce s klinickými logopedy, nicméně neméně důležitá je i spolupráce s lékaři, fyzioterapeuty či ergoterapeuty. Tato prezentace zároveň poskytne praktické informace o metodách hodnocení polykání u pacientů s neurodeficitem nebo tracheostomickou kanylou a také zásadách pro bezpečné podávání orální i enterální výživy. Výsledky: Cílem této prezentace je zvýšit povědomí o problematice neurogenní dysfagie, poukázat na roli sestry a podpořit interdisciplinární spolupráci pro zlepšení kvality péče a výsledků léčby. Správnými postupy se dají eliminovat rizika vzniku závažných komplikací a zkvalitnit průběh rekonvalescence. Závěr: Sestry mají v péči o pacienty s neurogenní dysfagií své nezastupitelné místo. Díky své nepřetržité přítomnosti u lůžka pacienta jsou v ideálním postavení pro pozorování klinických příznaků dysfagie, problémů, ale i pokroků. Systematické hodnocení polykání a nastavování bezpečných opatření je zásadní pro včasné odhalení problémů, vhodné intervence, eliminaci komplikací, zachování kontinuity léčby a zkrácení doby hospitalizace. Sestry by proto v tomto tématu měly být dostatečně vzdělávány a edukovány.

SESTRY A VĚDA ANEB JAK NA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Šárka Línková [1],
[1] KAR 3. LFUK a FNKV

S požadavky kladenými na vzdělávání sester se zvyšuje podíl těch, které v rámci získání svého akademického a kvalifikačního titulu tvoří závěrečnou kvalifikační práci. Velká část studentů si neuvědomuje, že jejich přístup k tvorbě závěrečné práce by měl kopírovat kroky EBM procesu. Tato přednáška si dovoluje přinést vhled do současné vědy mezi sestrami a shrnout jednotlivé kroky EBM takovým způsobem, který by měl sloužit jako vodítko pro všechny, kteří se chystají zpracovávat svou závěrečnou kvalifikační práci.

NEUROINTENZIVNÍ PÉČE - OD PATOFYZIOLOGIE K TERAPII

KOAGULOPATIE V NEUROINTENZIVNÍ PÉČI

Kamil Vrbica [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

VYUŽITÍ KETAMINU U PACIENTŮ V NEUROINTENZIVNÍ PÉČI

Roman Gál [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

PRINCIPY PÉČE U PACIENTŮ V NEUROINTENZIVNÍ PÉČI: Z POHLEDU NEUROINTENZIVISTY

Věra Špatenková [1],
[1] JIP neurocentra, Kajská nemocnice Liberec

Abstrakt není k dispozici

PRINCIPY PÉČE O PACIENTY V NEUROINTENZIVNÍ PÉČI: POHLED KLINICKÉHO FARMACEUTA

Milada Halavcová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

OBTÍŽNÉ DIAGNÓZY V INTENZIVNÍ PÉČI

MOZEK V KŘEČI

Pavel Štětka [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KDYŽ JE LÁZEŇ NEZBYTNÁ

Martin Harazim [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KDYŽ SELHÁVÁ PRAVÁ KOMORA

Kateřina Jiroutková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KDYŽ KRVÁCENÍ NEJDE ZASTAVIT

Jan Zatloukal [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

TMA O VÍKENDU

Eva Svobodová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

ULTRAZVUK PRO SESTRY - ZAČÁTEČNÍCI BĚH 2

Koordinátor: Mario Pytel, Alena Konjatová
Kapacita: 20 osob.
Určeno po úplné začátečníky. Základní fyzikální principy, druhy sond a jejich použití, základní ovládaní přístroje. Rotace po stanovištích.
stanoviště: NSG sonda
stanoviště: močový měchýř

ULTRAZVUK PRO SESTRY - ZAČÁTEČNÍCI

Mario Pytel [1],
[1] FN Brno, KDAR, KARIM

Abstrakt není k dispozici

ULTRAZVUK PRO SESTRY - POKROČILÍ BĚH 2

Rotace po stanovištích: 1.kanylace arterie radialis za ultrazvukové kontroly, implementace SIA protokolu 2. kanylace periferního řečiště za ultrazvukové kontroly, DIVA pacient; 3. bezšicí metody fixace
Koordinátor kurzu: Jana Pospíšilová
Kapacita kurzu: 20 osob

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Jana Pospíšilová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Nela Walachová [1],
[1] Mgr. Pospíšilová (garant WS), Bc. Balgarová

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Jana Pospíšilová [1], Nela Walachová [1], Alena Balgarová [1],
[1] Mgr. Pospíšilová, Mgr. Walachová

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Zuzana Figurová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Jana Kuchťáková [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM), Fakultní nemocnice Ostrava

Abstrakt není k dispozici

ULTRAZVUK PRO SESTRY - POKROČILÍ BĚH 3

Rotace po stanovištích: 1.kanylace arterie radialis za ultrazvukové kontroly, implementace SIA protokolu 2. kanylace periferního řečiště za ultrazvukové kontroly, DIVA pacient; 3. bezšicí metody fixace
Koordinátor kurzu: Jana Pospíšilová
Kapacita kurzu: 20 osob

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Jana Pospíšilová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Nela Walachová [1],
[1] Mgr. Pospíšilová (garant WS), Bc. Balgarová

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Alena Balgarová [1], Jana Pospíšilová [1], Nela Walachová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Zuzana Figurová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KANYLACE CÉV POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU PRO SESTRY

Jana Kuchťáková [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM), Fakultní nemocnice Ostrava

Abstrakt není k dispozici

TRACHEOSTOMIE OD A DO Z BĚH 1

Tracheostomie up to date - nová doporučení pro zavedení, aktuální metody péče o tracheostomie, řešení výskytu komplikací, postupy výměny a dekanylace, metody komunikace s tracheostomovanými nemocnými
Koordinátor: Renáta Zoubková

TRACHEOSTOMIE UP TO DATE

Paula Dzurňáková [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve FN v Ostravě

Abstrakt není k dispozici

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O TRACHEOSTOMIE, PREVENCE KOMPLIKACÍ

Veronika Botorová [1], Zuzana Kučerová [1], Hana Majdyšová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

TRACHEOSTOMIE OD A DO Z

Renáta Zoubková , Paula Dzurňáková [1], Kateřina Tejkalová [1], Markéta Swiatkowská , Veronika Botorová [1],
[1] KARIM, FN Ostrava
[2] KARIM, Ostravská univerzita

Tracheostomie up to date -nová doporučení pro zavedení, aktuální metod péče o tracheostomie, řešení výskytu komplikací, postupy výměny a dekanylace, metody komunikace s pacienty s tracheostomanými nemocnými.

PLÁNOVANÁ VÝMĚNA TRACHEOSTOMIE A AKCIDENTÁLNÍ TRACHEOSTOMIE

Paula Dzurňáková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

DEBRIEFING

[1],
[1],

Abstrakt není k dispozici

TRACHEOSTOMIE OD A DO Z BĚH 2

Tracheostomie up to date - nová doporučení pro zavedení, aktuální metody péče o tracheostomie, řešení výskytu komplikací, postupy výměny a dekanylace, metody komunikace s tracheostomovanými nemocnými
Koordinátor: Renáta Zoubková

TRACHEOSTOMIE UP TO DATE

Paula Dzurňáková [1],
[1] Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve FN v Ostravě

Abstrakt není k dispozici

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O TRACHEOSTOMIE, PREVENCE KOMPLIKACÍ

Veronika Botorová [1], Zuzana Kučerová [1], Hana Majdyšová [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

TRACHEOSTOMIE OD A DO Z

Paula Dzurňáková [1], Renáta Zoubková , Kateřina Tejkalová [1], Markéta Swiatkowská , Veronika Botorová [1],
[1] KARIM, FN Ostrava
[2] KARIM, Ostravská univerzita

Tracheostomie up to date -nová doporučení pro zavedení, aktuální metod péče o tracheostomie, řešení výskytu komplikací, postupy výměny a dekanylace, metody komunikace s pacienty s tracheostomanými nemocnými.

PLÁNOVANÁ VÝMĚNA TRACHEOSTOMIE A AKCIDENTÁLNÍ TRACHEOSTOMIE

Paula Dzurňáková [1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

DEBRIEFING

[1],
[1]

Abstrakt není k dispozici

KOMUNIKACE NA JIP ZAMĚŘENÁ NA PACIENTA A RODINU BĚH 2

Koordinátor: Jan Maláska (Brno)
Workshop se zaměřuje na komunikaci závažných zpráv pacientům s život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinám v prostředí intenzivní péče. Účastníci si osvojí základní principy efektivní komunikace a jejich využití v každodenní klinické praxi. Cílem je pomoci překonat obavy z náročných rozhovorů a nabídnout konkrétní strategie pro zlepšení komunikace na JIP. Součástí kurzu jsou modelové situace, interaktivní trénink a zpětná vazba.
Unikátní pohled - jeden z lektorů sdílí i vlastní zkušenost z intenzivní péče v roli pacienta, včetně toho, co vnímala, co jí pomohlo a co by změnila.
Počet účastníků: 15 osob, účastníkům budou distribuovány prelearningové materiály
Lektoři:
Jan Maláska
Daniel Suk
Jiřina Večeřová
Jana Hollá

BEZPEČNÁ INFUZNÍ LINKA BĚH

Platinový partner

AOP HEALTH

FRESENIUS MEDICAL CARE

Zlatý partner

FRESENIUS KABI

MEDIS

Vantive

Stříbrný partner

GML Health Care

Bronzový partner

ALFASIGMA

B BRAUN SHARING EXPERTISE

CSL Behring

BD

sobi rare strength

Vystavovatelé

solventum

BIOMÉRIEUX

EMS ELECTRIC MEDICAL SERVICE S.R.O.

GlideScope verathon

Cheirón ...dýcháme za Vás.

IMEDEX TECHNOLOGY SCOUT

inlab Solutions That Matter

LERAM

mediform

EUROSETS EVERY LIFE MATTERS

MONDIAG

octapharma

RADIOMETER

SAEGELING MEDIZINTECHNIK Partner pro zdraví.

VYGON Value Life

Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce