

prosazení i na půdě ČLK. Na jednání výboru ČSARIM budeme zástupce oboru ve VR ČLK pravidelně zvat. Velmi důležitá jsou i jednání s plátcí zdravotní péče a naším cílem bude dobrá komunikace s nimi, prezentace dobře odborně podložených oborových stanovisek a trvalá snaha získávání přiměřených úhrad za poskytovanou péči.

- Ať již bude v budoucnu organizace specializačního postgraduálního vzdělávání jakákoliv, naším cílem musí být řádně oborově připravený lékař. Musí mít robustní vzdělání i zkušenost v poskytování anesteziologické i intenzivní péče. Jeho kvalifikace daná získanou specializovanou způsobilostí musí být obsahově plně konformní s celoevropskými standardy a dát mu možnost najít profesní uspokojení i vně hranic České republiky.
- Pro komunikaci s členy budeme pravidelně rozesílat Dopis členům, páteří komunikace však budou naše webové stránky www.csarim.cz. Zde budou zveřejňovány klíčové dokumenty, stanoviska a sdělení. Pro usnadnění komunikace otevřeme rubriku Názory, na kterou bude mít přístup každý člen ČSARIM a bude zde mít možnost svůj názor ne-

anonymně prezentovat. Výbor toto považuje za dosud nevyužívanou možnost nejširší a neformální komunikace se členy.

- Výbor nechce pracovat jako uzavřený klub. Velmi si vážíme spolupráce s jednotlivými komisemi a Sekcemi naší odborné společnosti. V těchto grémiích je dostatečný prostor pro co nejširší spolupráci členů s výborem ČSARIM a příležitost ovlivňovat naše odborné směřování. Některé z těchto grémií jsou již dobře zavedené a fungující, některá jsou na vzestupu a mají dynamiku těch, kteří nově přicházejí na scénu. Jiná mají ve své činnosti a její prezentaci nemalé potíže. Potřebujeme je všechny, reprezentují široký odborný záběr pro náš obor příznačný a budeme je podporovat.

Kolegové a kolegyně, členové výboru ČSARIM dostali vaši důvěru a jsou ochotni ji naplňovat. Bez spolupráce s vámi však nelze uspět, ČSARIM je vaší společností a na vaši pomoc spoléháme.

*Za výbor ČSARIM
prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
předseda*

Nová Guidelines 2010 pro kardiopulmonální resuscitaci (KPR)

Snahy o obnovení života se objevují v historii lidstva od nepaměti. Moderní resuscitace začíná v 50. letech minulého století řadou dílčích objevů – průkazem účinnosti dýchání z plic do plic, průkazem účinnosti nepřímé srdeční masáže a ověřením účinnosti defibrilace v léčbě komorové fibrilace. Hlavní roli při vypracování jednotných postupů kardiopulmonální resuscitace (KPR) sehrál Peter Safar, který prokázal, že kombinace nepřímé srdeční masáže s dýcháním z plic do plic je univerzálně použitelná metoda při léčbě náhlé zástavy oběhu. Safarova příručka Kardiopulmonální resuscitace byla vydána v r. 1974 i v českém překladu. Postup KPR publikovaný v této příručce sloužil bez podstatných změn po několik desetiletí a didaktická srozumitelnost příručky dala základ pro sjednocení výuky KPR na všech úrovních vzdělávání. Safarem zavedené resuscitační pravidlo ABC se dostalo do povědomí široké zdravotnické veřejnosti jako iniciační fáze léčení všech závažných život ohrožujících stavů. Další rozvoj resuscitace je podložen širokým výzkumem a koordinovanou mezinárodní spoluprací. Mezinárodní výbor pro resuscitaci ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) od roku 2000 reviduje v pětiletých intervalech doporučené postupy (Guidelines) pro neodkladnou resuscitaci a na základě nově zjištěných poznatků koordinuje jejich inovaci. První drobné změny původních Safarových doporučení přinesly až Guidelines 2000 for Car-

diopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Následující Guidelines 2005 přišly s radikálními změnami postupů a přepracovaly desítky let užívané algoritmy. Poslední Guidelines 2010 publikované v říjnu 2010 a navazující na Guidelines 2005, se snaží omezit změny na minimum, aby nová doporučení byla jednodušší zejména pro laickou veřejnost. Je kladen důraz hlavně na provádění minimálně přerušované účinné masáže, kterou by měli zvládnout všichni zachránci. V posledních letech se vedla řada diskusí o významu dýchání při KPR. Podle nových doporučení umělé dýchání zůstává důležitou součástí KPR při sekundární asfyktické zástavě oběhu. Samotná srdeční masáž je doporučována při laické resuscitaci, pokud zachránce neovládá techniku umělého dýchání a pokud nemůže, nebo nechce s nemocným dýchat. Důraz je kladen na zkrácení doby přerušování masáže pro provedení defibrilace, masáž je doporučeno provádět i během nabíjení defibrilátoru a výboj má být podán v krátké pauze přerušování masáže o trvání maximálně 5 sekund. Bezpečnost zachránců zůstává nadále základní prioritou, připouští se ale skutečnost, že rizika plynoucí z provádění KPR jsou malá. Je snížen důraz na nutnost časně intubace v nepřítomnosti zkušeného záchranáře. Při podání léků se upustilo od jejich podávání do dýchacích cest, atropin nadále není indikován u asystolie a bezpulzové elektrické aktivity, adrenalin se podává spolu s amiodaronem až po pře-

tím defibrilačním výboji. Ve strategii defibrilace nejsou změny, pouze je v určitých situacích definována možnost podání tří výbojů. Velký důraz je kladen na léčení tzv. syndromu po srdeční zástavě, kde se objevuje řada konkrétních doporučení.

Celkově lze shrnout, že nevelké změny, které Guidelines 2010 přináší, přispívají ke zjednodušení postupů a zvýšení jejich účinnosti.

Nedávno nově ustavená Česká resuscitační rada velice aktivně pracuje nejen na dodržení jednoty české terminologie, ale i na přípravě českých překladů

Guidelines 2010. Pro názornost a jednotu při výuce KPR v duchu nových doporučení je jistě velkým přínosem dostupnost českých překladů schémat postupů KPR na webových stránkách European Resuscitation Council (www.erc.edu) i České resuscitační rady (www.resuscitace.cz).

*Doc. MUDr. Eduard Kasal, CSc.
ARK LFUK a FN Plzeň
e-mail: kasal@fnplzen.cz*