

Zpráva z IX. kongresu České společnosti intenzivní medicíny

Hradec Králové 27.–29. 5. 2015

Anest. intenziv. Med., 26, 2015, č. 5, s. 308–312

IX. kongres České společnosti intenzivní medicíny se uskutečnil v termínu od 27. do 29. května 2015 v Kongresovém centru Aldis v Hradci Králové.

Na IX. kongres České společnosti intenzivní medicíny se registrovalo celkem 586 osob, z toho 304 lékařů, 78 zvaných řečníků, 118 nelékařských zdravotnických pracovníků, 30 studentů lékařských fakult a 55 pracovníků vystavovatelských firem. Kongresu se zúčastnil i jeden novinář.

Odborný program sestavený vědeckým výborem v čele s doc. MUDr. Vladimírem Šrámkem, Ph.D., probíhal paralelně ve 3 lékařských sekcích a v jedné sekci pro nelékařské zdravotnické pracovníky. V lékařských sekcích odeznělo 94 vyzvaných přednášek, v sekci pro nelékařské zdravotnické pracovníky, která se konala ve čtvrtek 28. května, odeznělo 28 přednášek. Volná sdělení byla přijata a prezentována jako poster, vystaveno bylo celkem 11 posterů, 10 posterů v rámci lékařské sekce a 1 poster v rámci sekce pro nelékařské zdravotnické pracovníky, abstrakta volný sdělení přihlášených do lékařské sekce budou uveřejněna v časopise *Anesteziologie a intenzivní medicína*. Dne 27. května, paralelně s programem prvního dne kongresu, se konal již tradičně Echokurz pod vedením doc. MUDr. Martina Balíka, Ph.D.

V rámci slavnostního zahájení kongresu odezněla slavnostní přednáška prof. MUDr. Martina Matějoviče, Ph.D., s názvem *Křížovatky intenzivní medicíny* a byly vyhlášeny ceny pro nejlepší publikace v časopisech s impakt faktorem (IF) a nejlepší kniha s tématem intenzivní medicíny.

Cenu za nejlepší publikaci v časopise s IF získala Mgr. Andrea Ruzsíková s kolektivem za práci „Quantitative analysis of drug losses administered via nasogastric tube – in vitro analysis“ uveřejněnou v časopise *International Journal of Pharmaceutics*.

Cenu za nejlepší knižní publikaci převzal prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., za kolektivní monografii „Intenzivní medicína“.

V rámci slavnostního zahájení kongresu byl oznámen vznik Neurointenzivní sekce ČSIM, který iniciovala MUDr. Věra Šatenková, Ph.D., a bylo představeno nově vzniklé stanovisko výboru ČSIM „Zásady a principy přijímání pacientů na pracoviště intenzivní péče“. MUDr. Jan Máca v rámci slavnostního zahájení uvedl zcela novou kolektivní monografii „ARDS“.

V rámci odborného programu vybočily mimo rámec obvyklých témat kongresu přednášky Mgr. Sylvie Fischerové, Ph.D., s názvem „Hippokratova přísaha a Hippokratés jako otec lékařství: evidence a legenda“ a přednáška Mgr. Jany Horváthové „Kdo jsou Romové“?

K národnímu kongresu patří neoddelitelně také společenský program. Společenský večer zahrnutý do účastnického poplatku se konal ve středu 27. května v Kongresovém centru Aldis, k poslechu a tanci hrály skupiny Stop Time Band a Hradecká cimbállovka. Druhý společenský večer se uskutečnil ve čtvrtek 28. května v Novém Adalbertinu a předcházet mu varhanní koncert v kostele Nanebevzetí Panny Marie.

Na závěr kongresu byly uděleny ocenění za nejlepší poster v kategorii lékařů a v kategorii nelékařských pracovníků a cena za nejlepší prezentaci v kategorii nelékařských pracovníků.

V kategorii lékařů získal cenu poster autorů Pavel Lavička, Vladimír Přibáň, Vlasta Petříková „Lze na základě monitorace S100B proteinu u pacientů po subarachnoidálním krvácení predikovat rozvoj vasospasmů?“ z Plzně.

V kategorii nelékařských pracovníků získal cenu poster z Ostravy autorů Eva Lapčíková, Martina Koutná „Propuštění pacienta s diagnózou Ondinina kletba do domácí péče“.

Za nejlepší prezentaci v kategorii nelékařských pracovníků získaly zvláštní ocenění Markéta Kočí a Jana Peterková s přednáškou „Prevence ventilátorové pneumonie na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve Fakultní nemocnici Ostrava“.

MUDr. Pavel Dostál, Ph.D., MBA

POSTERY

Nebezpečné okurky (Leyllův syndrom) – kazuistika

Csomor J.

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Lyellův syndrom (syndrom toxické epidermální nekrolýzy) je raritně se vyskytující onemocnění, které prvně popsal skotský lékař Alan Lyell v roce 1956. Je charakterizované rozsáhlou kožní a slizniční nekrolýzou, postihující minimálně 30 % tělesného povrchu, ale i systémovými projevy. Podle četnosti výskytu se jedná o extrémně vzácnou nozologickou jednotku, s incidencí mezi 0,5–2 případy na milión obyvatel za rok, v České republice je ročně popsáno 10–15 případů tohoto onemocnění. Leyllův syndrom je považován za toxoalergickou reakci, spouštěčem které je nejčastěji běžně používaný lék (ATB, antiepileptika, antidepresiva, kortikoidy apod.) a je spojený s vysokou mortalitou (knižně udávanou v rozmezí 30–90 %). Vzhledem k nízkému počtu případů neexistuje dodnes celosvětově doporučený postup nebo guideline léčení Leyellova syndromu, postupuje se spíše podle kazuistických sdělení a zkušeností některých specializovaných pracovišť.

V naší kazuistice slovně i obrazově popisujeme vzácný případ pacienta s rozvojem Leyellova syndromu po práci s běžným fungicidním prostředkem, který je častou součástí vybavení našich zahrádkářů a zemědělců. Pacient měl postiženo cca 90 % kožního povrchu, hospitalizace byla komplikována sekundární infekcí kožní plochy (která bývá nejčastější příčinou úmrtí pacientů). Po měsíční hospitalizaci (JIP IK ÚVN-VFN Praha a Klinika popáleninové medicíny FNKV) byl pacient propuštěn v dobrém stavu do domácí péče.

Biologická léčba a perioperační obdobíGimunová O.¹, Bednařík O.², Forejtová Š.³¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Brno, LF MU²Interní hematologická a onkologická klinika, FN Brno, LF MU³Revmatologický ústav, Praha

Úvod: Výsledek operačního výkonu a průběh perioperačního období mohou ovlivnit i léčebné postupy, jako je např. biologická léčba. Biologická léčba se uplatňuje hlavně v onkologii a v rámci

léčby autoimunitních chorob. Počet pacientů na biologické léčbě postupně narůstá. Dosud není jednotný konsenzus, zda má být biologická léčba před plánovaným elektivním chirurgickým výkonem přerušována. Riziko vzniku infekce bývá nejvyšší na počátku biologické léčby. Současná doporučení se však kloní k přerušování biologické léčby v perioperačním období.

Biologická léčba v onkologii: Z hlediska plánovaných operačních výkonů u onkologických pacientů jsou nejrizikovější antiangiogenní léky. Mohou způsobit nejen hypertenzi, arteriální trombembolii, proteinurii, ale hlavně krvácení, zhoršené hojení ran, píštěle, perforace střeva a městnavé srdeční selhání. Za bezpečné z hlediska operačního výkonu je považováno období 4–6 týdnů od aplikace těchto léků, a to před výkonem i po něm.

Biologická léčba v revmatologii: V současné době se doporučuje v České republice vynechat biologickou léčbu v předoperačním období alespoň na jeden cyklus (tj. nejméně 1 týden pro etanercept, 2 týdny pro adalimumab a 6–8 týdnů pro infliximab). Existuje však i riziko vzplanutí revmatologického onemocnění po vysazení biologické léčby.

Závěr: Je vhodné před plánovaným operačním výkonem zvážit nutnost písemného vyjádření specializovaného lékaře stran biologické léčby v perioperačním období. Toto vyjádření by mělo být k dispozici u pacientů v klinických studiích s biologickou léčbou. Pokud se jedná o akutní operační výkon, ošetřující lékař pacienta v pooperačním období by měl řešit také problematiku další biologické léčby se specializovaným odborníkem.

Problematika biologické léčby je velmi komplikovaná a není náplní práce anesteziologa či intenzivisty ji řídit v perioperačním období.

Korelace PCT a výsledků hemokultur u pacientů v těžké sepsi a septickém šoku

Průcha M., Zazula R., Hyánek T.

Oddělení klinické biochemie, hematologie a imunologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Prokalcitonin a C-reaktivní protein jsou nejčastěji požívanými biomarkery při diagnostice sepse. Cílem naší studie bylo vyšetření prokalcitoninu a C-reaktivního proteinu u pacientů v těžké sepsi a septickém šoku a srovnání s výsledky hemokultur u těchto pacientů.

Pacienti a metody: Bylo vyšetřeno 35 pacientů splňujících kritéria těžké sepse a septického šoku. Po odebrání hemokultury byla ze stejného vpihu odebrána krev ke stanovení prokalcitoninu a C-reaktivního proteinu. Další odběr na tyto parametry byl proveden po 24 hodinách.

Výsledky: Pozitivní hemokultura byla zjištěna u 10 pacientů (28,57 %). Zvýšená koncentrace PCT vyšší než 0,5 ng/ml byla v den odběru hemokultury zjištěna u 12 pacientů (34 % z celkového počtu pacientů). Z toho byli 4 pacienti s pozitivní hemokulturou a 8 pacientů s negativní hemokulturou. Druhý den byla zvýšená koncentrace PCT zjištěna u 10 pacientů. Z toho 3 pacienti měli pozitivní hemokulturu a 7 pacientů mělo negativní hemokulturu. Hodnoty PCT se statisticky významně nelišily mezi 1. a 2. dnem, a to jak ve skupině pacientů s pozitivní hemokulturou, tak ve skupině pacientů s negativní hemokulturou. U 5 pacientů (50 %) z celkového počtu 10 pacientů s pozitivní hemokulturou byla zjištěna koncentrace PCT < 0,5 ng/ml. Koncentrace CRP > 5 mg/l byla zvýšená u všech pacientů bez ohledu na pozitivitu nebo negativitu hemokultury.

Závěr: Zjistili jsme negativní hodnoty prokalci-toninu u 5 pacientů z 10 s pozitivní hemokulturou. Každý výsledek stanovení biomarkeru je třeba posuzovat v kontextu klinického obrazu.

Elastometrické vyšetření před rutinními intervencemi s rizikem krvácení na jednotce intenzivní péče

Lukáš P., Durila M., Astraverkhava M., Kuba J., Beroušek J., Vymazal T.

Klinika anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny
2. LF UK a FN Motol

Úvod: Kriticky nemocní pacienti často vykazují z celé řady důvodů laboratorní koagulační poruchu podle statických laboratorních testů (APTT, INR nebo hladiny trombocytů). Limitou těchto vyšetření je, že nevyjadřují dynamiku procesu srážení – tedy tvorbu funkčního koagula. Elastometrická vyšetření, např. ROTEM, hodnotí srážení krve užitím plné krve a umožňuje vyšetření všech složek sekundární hemostázy. Tito pacienti, jsou během hospitalizace ohroženi celou řadou výkonů, zatížených rizikem krvácení.

Cíle: Je viskoelastometrie účinná metoda v predikci krvácení před rutinně prováděnými intervencemi na JIP? Je předpokládána terapie koagulační poruchy podle statických parametrů indikována?

Metodika: U pacientů s diagnostikovanou patologickou hodnotou PT, APTT (INR nad 1,3), u kterých byla plánována chirurgická intervence (drénáž, CŽK, laparotomie, tracheostomie, PEG atd.), jsme vyšetřili srážení krve pomocí ROTEM-EXTEM. V případě normálního výsledku nebyla laboratorní hodnota INR korigována mraženou plazmou a pacient podstoupil výkon. Byla sledována krvácivá komplikace.

Výsledky a závěr: Celkem u 56 pacientů s koagulační poruchou mean INR 1,43 (od 1,29 do 1,73), mean APTT 1,3 (od 1,2 do 1,38) a normálním ExTEM nebylo pozorováno žádné nestandardní krvácení či komplikace. Vyšetření ExTEM lépe koreluje s klinickým stavem pacienta než PT, APTT. Díky ROTEM jsme snížili množství podávané plazmy. Výzkum byl podpořen Grantovou agenturou Univerzity Karlovy v Praze (projekt č.1318514).

Analýza spotřeby transfuzních přípravků před implementací algoritmu cílené léčby koncentráty koagulačních faktorů podle trombelastometrie a po implementaci

Zýková I., Sedlák P., Morman D.

ARO, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Úvod: Trombelastometrii (ROTEM) jsme na našem oddělení začali používat v roce 2009. Naše zkušenosti s léčbou krvácení podle výsledků ROTEM se postupně vyvíjely. Od ledna 2014 jsme implementovali algoritmus na časnou, individualizovanou a cílenou léčbu masivního krvácení koncentráty koagulačních faktorů podle trombelastometrie. Spotřeba transfuzních přípravků na našem oddělení se dramaticky změnila.

Metoda: Retrospektivní analýza spotřeby transfuzních přípravků na našem oddělení před implementací algoritmu na terapii krvácení koncentráty koagulačních faktorů podle trombelastometrie a po implementaci.

Výsledky: Po zavedení algoritmu klesla na našem oddělení spotřeba všech transfuzních přípravků téměř o 50 %. Spotřeba erytrocytů (PRBC) klesla cca o 20 %, trombocytů cca o 35 % a spotřeba plazmy (FFP) cca o 85 %.

Závěr: Po implementaci léčebného algoritmu jsme dosáhli výrazného snížení spotřeby všech alogenních transfuzních přípravků. Naše výsledky odpovídají již publikovaným výsledkům z jiných pracovišť [1]. Implementace léčebného algoritmu podle POC (trombelastometrie) snižuje expozici našich pacientů alogenním transfuzním přípravkům.

Literatura

1. Schochl, H., Maegele, M., Solomon, C., Gorlinger, K., Voelckel: Early and individualized goal-directed therapy for trauma-induced coagulopathy. *Scan. J. Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2012, 20:15.

„Epidemie“ Guillain-Barré syndromu na LibereckuPaldusová B.¹, Zýková I.¹, Šímová D.², Morman D.¹¹ARO Krajská nemocnice Liberec, a.s.; ²Neurocentrum, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Syndrom Guillain-Barré (GBS) zahrnuje skupinu akutních autoimunitních polyneuropatií. Onemocnění je charakterizováno akutním nástupem s rychlou progresí neurologického nálezu do 1–2 týdnů, proteinocytologickou disociací v likvoru a typickým EMG obrazem. Podle úrovně postižení periferního nervu rozeznáváme několik forem GBS – nejčastější je AIDP (acute inflammatory demyelinating polyneuropathy), AMAN a AMSAN. Incidence GBS se podle literárních údajů pohybuje ročně kolem 0,16–4/100 000 obyvatel. Nejčastější etiologií bývají postinfekční stavy (virové i bakteriální). V období od června do srpna 2014 bylo v Krajské nemocnici Liberec diagnostováno 7 pacientů s GBS různých forem (AIDP, AMAN, AMSAN) a rozdílné tíže onemocnění. Čtyři pacienti s těžkou ascendentní formou onemocnění včetně postižení i faciálních nervů byli hospitalizováni na ARO s nutností dlouhodobé UPV, 3 pacienti s méně závažným neurodeficitem byli hospitalizováni v Neurocentru. Pacienti byli léčeni plazmaferézou podle dynamiky antigen-gliosidových protilátek. Průměrná doba hospitalizace pacientů s GBS na našem oddělení trvala 43 dní (a všichni pacienti byli dále ventilováni i na jiných JIP). V průběhu července 2014 přechodně tvořili až třetinu našich pacientů. Incidence GBS v tomto období výrazně převýšila běžný výskyt tohoto syndromu. Žádnou epidemiologickou souvislost se nám nepodařilo prokázat.

Všichni naši pacienti jsou nadále sledováni v ambulanci postintenzivní péče. Vzhledem k délce a charakteru stonání byla pacientům nabídnuta podpůrná psychologická léčba.

Závěr: Incidence GBS v našem regionu během 3 měsíců výrazně překonala udávanou i očekávanou incidenci. Ve vytížení našeho oddělení byla tato „epidemie“ srovnatelná s chřipkovou epidemií. Nebyla nalezena epidemiologická souvislost mezi jednotlivými pacienty. Půl roku po propuštění došlo u všech pacientů k výrazné regresi neurologických potíží, kvalita života je dobrá.

Septický šok na podkladě abdominální sepse při tromboze portální žíly – kazuistika

Märzová D., Janda R., Kos Z., Kraus V., Freml P.

KKK a. s., Nemocnice Karlovy Vary, OARIM

Autoři formou kazuistiky seznamují s případem 36leté ženy přijaté pro akcentaci chronické bolesti břicha s CT obrazem abscesu retroperitonea a trombem v portálním řečišti. Po operační revizi dochází k rychlému rozvoji těžkého septického šoku se závažnou poruchou koagulace v terénu jaterního selhání. Záhy se přidává břišní kompartment syndrom a nutnost bedside urgentní dekompresní laparotomie a ponechání „open abdomen“. Po stabilizaci makrohemodynamiky trvá koagulopatie, rozvíjí se ARDS a v rámci second looku se verifikuje nekrotické postižení kolon, jater.

Autoři ve svém sdělení využívají nejenom konvenční laboratorní sledování, ale i trombelastografii jako pomocnou metodu sledování poruchy koagulace v rámci septického šoku.

Lze na základě monitorování S100B proteinu u pacientů po subarachnoidálním krvácení predikovat rozvoj vazospasmů?Lavička P.¹, Přibáň V.¹, Petříková V.²¹Neurochirurgická klinika FN Plzeň, ²Ústav klinické biochemie a hematologie FN Plzeň

Úvod: Vazospasmy v intrakraniálním povodí postihují až 70 % pacientů po subarachnoidálním krvácení. Až u 15 % pacientů vedou k rozvoji ischemického iktu nebo smrti. Vazospasmy se objevují 3.–4. den po úvodním krvácení a jejich tíže vrcholí 7.–10. den. S100B protein se ve vysoké koncentraci vyskytuje v buňkách astroglie. Jeho plazmatická koncentrace významně stoupá při poškození CNS.

Cíl: Cílem práce bylo zjistit, zda monitorování sérových hladin S100B proteinu v daných časových osách dokáže predikovat rozvoj mozkových vazospasmů.

Metoda: Do studie bylo prospektivně zařazeno celkem 207 pacientů hospitalizovaných na Neurochirurgické klinice FN Plzeň v letech 2004 až 2014 pro akutní subarachnoidální krvácení. U pacientů byla podle zařazení do skupiny monitorována hladina S100B proteinu při přijetí a dále v intervalu 24 hodin po dobu tří, pěti nebo sedmi dnů. Rozvoj mozkových vazospasmů byl hodnocen pomocí vyšetření TCD, nálezy na CT mozku a vývojem nového neurologického deficitu.

Výsledky: U 117 pacientů nedošlo k rozvoji spasmů, ve skupině A to bylo 53 pacientů, ve skupině B 20 pacientů a ve skupině C 44 pacientů. Spasmy byly detekovány u 90 pacientů, ve skupině A ve 30 případech, ve skupině B v 18 případech a ve skupině C ve 42 případech. V žádné skupině pacientů se nepodařilo najít statisticky významnou korelaci mezi hladinou S100B proteinu a rozvojem vazospasmů.

Závěr: Pomocí monitorování hladin S100B proteinu u pacientů po subarachnoidálním krvácení nelze predikovat časný ani pozdní rozvoj vazospasmů v intrakraniálním povodí.

Analýza HAP na KARIM FN Olomouc v době od 5/2013 do 12/2014

Herkeľ T., Axmann K., Uvízl R., Adamus M.
KARIM FN Olomouc

Úvod: Nozokomiální pneumonie (Hospital Acquired Pneumonia, HAP) patří mezi nejčastější nozokomiální infekce v intenzivní péči a má zásadní vliv na mortalitu, morbiditu i finanční náklady na hospitalizaci.

Cíl a metody: V rámci prospektivní observační multicentrické studie HAP 1 byli na našem pracovišti v období květen 2013 až prosinec 2014 do studovaného souboru zahrnuti pacienti splňující zvolená diagnostická kritéria HAP (klinika, radiologický náález, zánětlivé parametry). Byly sledovány vybrané klinické a epidemiologické charakteristiky (věk, příjmová diagnóza, přidružené choroby, SOFA skóre atd.). Analyzovány byly následující parametry outcome: mortalita během pobytu na KARIM, 30denní mortalita a nutnost readmise na JIP.

Výsledky: Zvolená diagnostická kritéria HAP splňovalo 68 pacientů. Průměrný věk byl 65 let, průměrné příjmové APACHE II skóre bylo 23,8, průměrné SOFA skóre v den diagnostikování HAP bylo 9,14. Ve 36 případech (52,9 %) byla příjmová diagnóza interní, ve 32 případech (47,1 %) diagnóza chirurgická. Průměrná doba trvání UPV byla 12,3 dne. 18 pacientů (26 %) s HAP zemřelo v průběhu hospitalizace na KARIM, v 15 případech (22 %) bylo nutné opakované přijetí do resuscitační péče. 30denní mortalita činila 29 pacientů (42,6 %).

Závěr: Rizikovým faktorem vzniku HAP na našem oddělení se zdají být věk a vyšší tíže aktuálního onemocnění (vyjádřena skórovacími systémy), příjmová diagnóza pravděpodobně rizikovým faktorem není. Diagnóza HAP zvyšuje v podmínkách našeho oddělení riziko časně i 30denní mortality. HAP je rovněž důvodem pro opakované přijetí do

resuscitační péče. HAP zůstává nadále – a nejen na našem pracovišti – velkým problémem komplikujícím pobyt na JIP s významným vlivem na mortalitu.

Validita endosekretu v detekci původců nemocničních pneumonií

Gabrielík T., Hanulík V., Röderová M., Jakubec P., Uvízl R.
ARO KNTB Zlín a. s.

Úvod: Nemocniční pneumonie se podílí se na zvýšení morbidit a mortality hospitalizovaných pacientů, prodlužují délku hospitalizace pacientů a zvyšují náklady na léčbu.

Cíl studie: Cílem bylo porovnání validity vzorků endosekretu a bronchoskopického odběru metodou krytý brush u řízeně ventilovaných pacientů s klinicky prokázanou nozokomiální pneumonií.

Materiál a metody: U pacientů s HAP byl současně proveden odběr endosekretu (odsátí endosekretu z orotracheální kanyly odsávací cévkou) a bronchoskopicky asistovaný odběr krytým kartáčkem z místa největšího postižení plicní tkáně, které bylo verifikováno CT. Oba vzorky byly zpracovány semikvantitativně běžnými mikrobiologickými postupy. Identifikace mikroorganismů byla prováděna mikrobiologickými postupy za využití automatizovaného systému MALDI-TOF. Pro stanovení podobnosti, respektive identity, bakteriálních izolátů z obou odběrů byla použita metoda pulzní gelové elektroforézy.

Výsledky: Do studie bylo zahrnuto 48 pacientů, u kterých bylo identifikováno 39 izolátů označených za etiologické agens nozokomiální pneumonie. Ve vzorcích endosekretu bylo izolováno 38 a v odběrech odebraných metodou krytý brush 12 etiologických agens. V 11 případech (28 %) bylo etiologické agens u pacienta izolováno současně z obou vzorků, v 27 případech (69 %) pouze z endosekretu a v jednom případě (3 %) ze vzorku metody krytý brush. Senzitivita odběru endosekretu byla 92% (95% CI 62–100 %) a specifita 41% (95% CI 27–57 %) proti metodě krytý brush („zlatý standard“ v diagnostice nozokomiální pneumonie).

Závěr: Výsledky studie ukazují, že vzhledem k vysoké senzitivitě je odběr endosekretu ideální „screeningovou“ metodou k detekci etiologického agens pneumonií. Metoda krytý brush je dražší, náročnější a vykazuje vysoký podíl falešně negativních výsledků.