

LITERATURA

1. D'Andrilli A, Venuta F, Rendina EA. Subglottic tracheal stenosis. J Thorac Dis. 2016;8:S140–S147.
2. Auchincloss HG, Mathisen DJ. Tracheal stenosis – resection and reconstruction. Ann Cardiothorac Surg. 2018;7:306–308.
3. Hu H, Zhang J, Wu F, Chen E. Application of the Montgomery T-tube in subglottic benign tracheal stenosis. J Thorac Dis. 2018;10:3070–3077.
4. Montgomery WW. T-tube tracheal stent. Arch Otolaryngol. 1965;82:320–321.
5. Montgomery WW, Montgomery SK. Manual for use of Montgomery laryngeal, tracheal, and esophageal prostheses: update 1990. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1990;150:S2–S28.
6. Ramaswamy AH, Kurdi MS, Sindhu Priya M. TIVA – a promising approach to anaesthetic management of Montgomery T tube insertion. J Clin Diagn Res. 2015;9:UD03–UD04.
7. Agrawal S, Payal YS, Sharma JP, et al. Montgomery t-tube: anaesthetic management. J Clin Anesth. 2007;19:135–137.
8. Michálek P, Závada J, Brožek T. Specifika intervenční bronchologie z pohledu anesteziologa. Anest intenziv Med. 2016;27:207–213.
9. Dhillon VK, Akst LM, Best SR, Hillel AT. Voice outcomes in laryngotracheal stenosis: impact of the Montgomery T tube. Clin Surg. 2018;3:1855.
10. Bayan S, Hoffman HT. Indications and outcomes for use of Montgomery cannulas. JAMA Otolaryngol Neck Surg. 2015;141:142–147.

Práce je původní, nebyla publikována ani není zasílána k recenznímu řízení do jiného média. Práce nebyla prezentována formou přednášky, posteru nebo abstraktu konference.

Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů v souvislosti s tématem práce.

Všichni autoři rukopisu četli, souhlasí s jeho zněním a zasláním do redakce časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína.

Podíl autorů na vytvoření článku:

VJ: příprava rukopisu, příprava fotodokumentace, komunikace s pacientem.

ŠZ: příprava rukopisu, úprava finální verze.

LM: příprava anesteziologické části rukopisu, kontrola konečné verze.

MP: příprava anesteziologické části rukopisu, vyhledání literatury.

Do redakce došlo dne 7. 1. 2019.

Do tisku přijato dne 25. 2. 2019.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Jiří Votruba, Ph.D.
jiri.votruba@vfn.cz

ZAJÍMAVOSTI Z LITERATURY

Pozdní probouzení po zresuscitované zástavě srdeční – jaká prognóza?

Rey A, Rosetti AO, Miroz JP. Late-awakening in survivors of postanoxic coma?: Early neurophysiologic predictors and association with ICU and long-term neurologic recovery. Crit Care Med. 2019;47:85–92.

Výzkumná skupina z univerzitního pracoviště v Lausanne se věnovala průběhu obnovy vědomí po úspěšně zresuscitované náhlé srdeční zástavě. V posledních deseti letech se úspěšnost zvýšila až na 50–60 %. Přibližně ve třetině případů je návrat vědomí – fenomén tzv. probouzení – značně časově posunut a prodloužen od okamžiku vysazení sedace a dosažení normotermie.

Studie zařadila ze 402 zresuscitovaných do kategorie opožděného návratu vědomí z kómatu delšího než 48 hodin 228 zresuscitovaných pacientů (57 %) s mediánem trvání 5 dnů (3–23 dnů).

Pozdní probouzení mělo odraz i v patologii známů EEG (21 %), v absenci motorických a kmenových reflexů (38 %) a ve zvýšené sérové hodnotě NSE (neuronspecifické enolázy) na > 33 ng/ml ve 23 %.

Pozdní probouzení může být spojeno i s vyšším dávkováním midazolamu (58 %), s častějšími projevy deliria (62 %) a s nepříznivými výsledky ke 3. měsíci (27 %); pro všechny údaje platí $p = 0,005$.

Publikace obsahuje rozsáhlé srovnávací tabulky a statistické zpracování.

Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
e-mail: jarmila.drabkova@fnmotol.cz