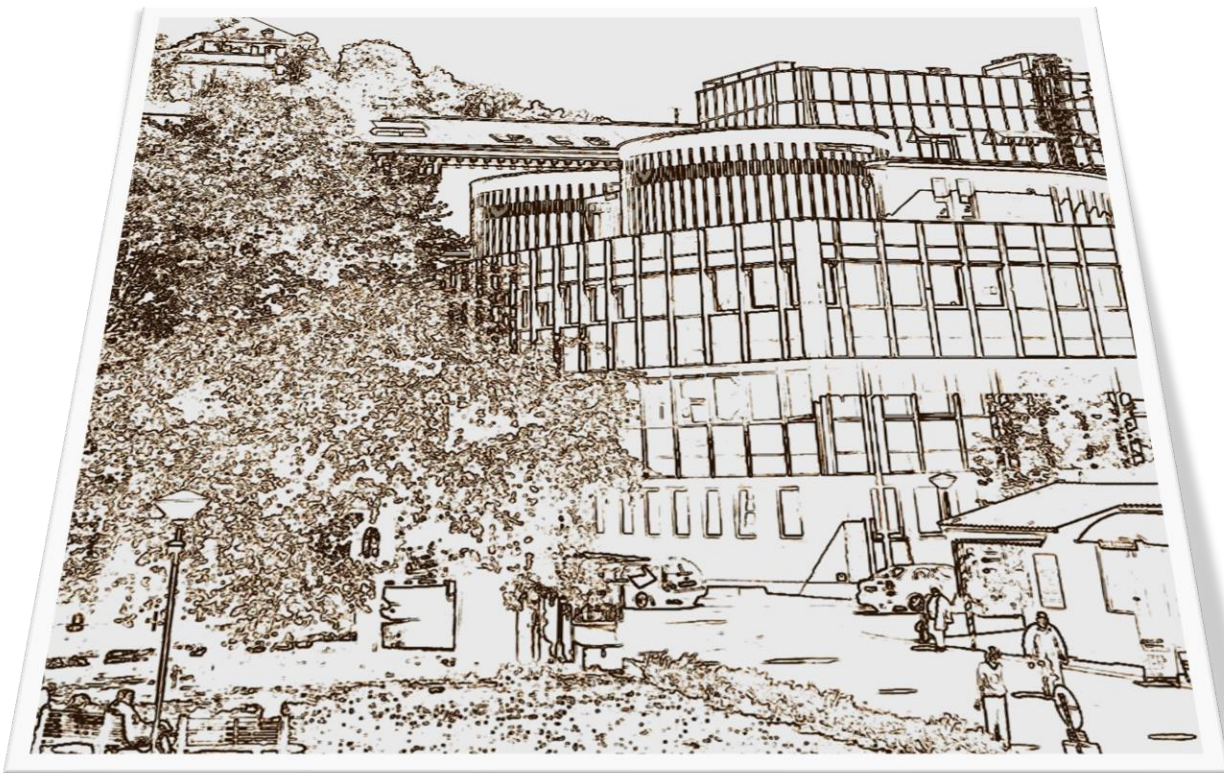


Tak to jsem tedy nečekal....



**Petr Pavlík
CKTCH
Chronicare**

Operační programy prosinec 2025

- **17.12.2025**

J M 1954 Výkon: **AVR, MVR, TVP, resekce ouška LS, ev.MAZE, REOPERACE**

O K 1946 Výkon: **MVP, TVP, CABG, res.LAA EF: 36%**

Z O 1983 Výkon: **Náhrada AA**

J M 1957 Výkon: **AVR+MVP**

Z P 1959 Výkon: **CABG + MAZE**

- **18.12.2025:**

A P 1957 Výkon: **monoCABG na RIA a aneurysmektomii aneurysmatu ZS a DS EF:30%**

V D 1952 Výkon: **CABG**

V K 1952 Výkon: **AVR mini**

M P 1951 Výkon: **CABG+AVR+resekce ouška LS**

J Č 1947 Výkon: **TAVI TF**

P S 1949 Výkon: **TAVI TF**

- **19.12.2025:**

P T 1959 Výkon: **CABG + resekce LAA**

J H 1959 Výkon: **CABG (z lůžka- FN Brno)**

J K 1959 Výkon: **MVP/MVR+TVP+resekce ouška LS EF:35%**

S M 1959 Výkon: **CABG**

M S 1952 Výkon: **CABG EF:25%**

Operační programy prosinec 2025

- **22.12.2025**

J K 1951 Výkon: **MVP/MVR + TVP + CABG + MAZE, porcelán.aorta**

J F 1952 Výkon: reosteosyntéza sterna, VAC

V L 1952 Výkon: **reoperace CABG**

Z H 1956 Výkon: **CABG**

A H 1943 Výkon: **CABG + resekce LAA**

V Ž 1948 Výkon: **CABG**

- **23.12.25**

V L 1952 Výkon: **CABG REOPERACE**

L V 1950 Výkon: **Suprakoronární náhrada ascendentní aorty**

M H 2019 Výkon: **Nefrektomie l.sin.**

H B 1941 Výkon: **CABG + MVP, TVP**

P P 1953 Výkon: **AVR, CABG EF:25%**

Pacient J K , nar 1951, hospit 17.12.25 – 13.1.26

- **Operace 19.12.2025:** MVR bio (CE Mitris 31) + TVP (anulární prstenec CE Physio Flex 30) + Uzávěr ouška levé síně (Atriclip 50)
- **Základní Dg.:** masivní Mi regurgitace, Tri regurgitace, St.p. kardiální dekompenzaci 11-12/2025; EF LK 35% - navrhovanou operaci odmítl 2023
- **Předchorobí:** st.p. pneumonii 11/2025, permanentní FiSi, art. hypertenze, hyperlipidemie, hepatopatie - etiol. kongestivní + v.s. toxonutritivní, BHP, st.p. retenci moči 2019, st.p. operaci hydrokely, st.p. operaci umbilik. a tříselné kýly 2015, st.p. úrazu hlavy a L lopatky - polytrauma při výbuchu tlakové lahve 2017

Pacient J K , nar 1951, hospit. 17.12.25 až 13.1.26

- **ECHO 17.12.:** LS: 77 mm, PS 67x55 mm
LK morfol: Dd: 76 mm Ds: 62 mm IVS: 13 mm ZS: 13 mm LK EF: 35% SV Doppler: 40 ml
LK f-ce segment: glob. hypokinesa
AORTA: Kořen: 40 mm Chlopeň: norm. Regurg: 0
MITR. chlopeň: Anulus: 45 mm Cípy: sklerotické, centrální nonkopatace RV: 80 ml RF: 70%
PK: 42mm Syst. F-ce: dobrá
TRIKUSP. chlopeň: Anulus: 45 mm Cípy: sklerotické Regurg: 2. st. Gsyst: 47 torr DDŽ: 24 mm JŽ: diastol. porucha PK, naznač. zpětné toky V.portae: mírná undulace

SOUHRN: Obrovská dilatace obou síní. LK těžce hypokontraktilní a dilatovaná. Mitrální anulus dilatovaný, cípy ztluštělé s centrální nonkoaptací, masivní regurgitace. Aortální chlopeň bez vady. PK rovněž dilatovaná, trikuspidální anulus taky, trikuspidální regurgitace 2.-2,5 st., gradient svědčí pro těžkou PH.

Pacient J K , nar 1951, hospit 17.12.25 – 13.1.26

- **Dekurz 24.12.2025 (4.POD):** na operačním sále komplikovaný průběh - technicky nelze plastika Mi chlopně - proto MVR, ECC a výkon dlouhý, hemostyptika na sále, vysoká kombinovaná podpora.
- Poop. ztráty malé, dominuje protrahovaná **vazoplegie**, kombinovaná vazopresorická podpora ++, včetně AT II. ECHO nález na chlopních uspokojivý, přesto známky org. selhávání.
BradyFiSi/epistimulace/recid. komorové arytmie
Extubace 2.POD, CVVHD, progresivně anurie. Ventilačně a neurol. bez problémů.
- 22.12. (3.POD) koronarografie – negat., zavedena **MCS Impella 5,5**, dobře tolerováno bez významnější koagulopatie, sníženy dávky vazokonstriktorů.
ECHO kontroly + repozice Impella opakovaně.
.....

Pacient J P, nar 1969, hospit 17.12.25 – 14.1.26

- **OA:** esenciální hypertense
- **NO:** 26.11.25 očkován VAQTA ADULT
8.12.25 bolesti l. nohy k OL, ikterus, na dotaz zimnice, slabost, tmavá moč – lab –
akutní Hep A
 - hospit. KICH FNB, symptomatická terapie s poklesem transamináz, progresí koagulopatie,
 - od 16.12. progredující **encefalopatie**,
 - **17.12. sopor**, CT mozku s negativním nálezem, překlad na CKTCH, kde intubace, CVVHD + hemoabsorpce, **coma** trvá,
 - došetřen a zařazen na **waiting list TxJ** – urgentní pořadí
 - od 21.12.25 nárůst zánětlivých markerů, Tazo od 22.12. dle citlivosti (KlPn, Proteus z ETK)
- **23.12.25** akceptace dárce, nekomplikovaná **TxJ**

Pacient J P, nar 1969, hospit 17.12.25 – 14.1.26

- **23.12.25** nekomplikovaná TxJ
perop. 2x EBR, 2x TAD, 2x MP
- **dekurz 24.12.2026:**
ztráty malé, korekce hypertenze, laboratoř uspokojivá, podpůrná ventilace, časně CVVHD, oligurie, po vysazení sedace coma
- - od 26.12. kontaktní vědomí, zcela bez neurol. deficitu
nástup diurézy a ukončení CVVHD
- 28.12. nekomplikovaná extubace
- 30.12. překlad na JIP Tx oddělení
- Poop. průběh komplikovaný hlubokou žilní trombózou PDK, do terapie NOAC a dimise 14.1.2026

Pacient J K , nar 1951, hospit 17.12.25 – 13.1.26

- **Dekurz 31.12.2025 (12.POD):**

Redukce vasopresorické a inotropní podpory, stabilní, bez orgánové dysfunkce. Progresivní weaning z tMCS za pravidelné TEE kontroly, t.č. pac. na hladině P3 se zlepšením nativního výdeje.

Po celou dobu hraničení brady FiSi s recidivujícími komorovými dysrytmiemi, ponechána KS s cílovou TF 80-90/min. Obnoven plný p.o. příjem, rehabilitace. CRRT ukončena 30.12., nástup dostatečné diurézy. AK terapie UHF za monitorace.

- Subj. bolestivost v pr. třísle, mírné zhoršení hybnosti PDK, lokálně měkká nevelká indurace v místě kanylace AF. Laboratoř ráno bez patologie.

- UZ třísla l.dx. s anechogenní podkožní kolekcí 5x2cm, bez vaskularizace

- neurol. konsilium s nálezem hypo- až areflexie s omezením hybnosti, resp. síly při flexi kyčle PDK, t.č. bez potřeby akutních opatření

Pacient J K , nar 1951, hospit 17.12.25 – 13.1.26

- 31.12.25 odpoledne bolestivost pr. mezo- a hypogastria, SV arytmie, oběhová nestabilita, ECHO nález beze změn, ale anemizace.
- UZ břicha se suspiciem na hematom v DB, následně CT břicha s průkazem objemného **hematomu retroperitonea** s propagací do peritoneální dutiny . Stop heparín.
- op. revize -> evakuace cca 600ml krve a koagul, bez jednoznačného zdroje, založen flat drén a tamponáda.
- AK terapie x epistaxe (nosní tamponáda do 4.1.2026) a Impella
- Uzávěr laparotomie 2.1.2026
- Impella ex 5.1.2026
- 13.1.2026 dimise lázně Teplice n/Bečvou.

Patofyziologie

- **Problematika MCS**

- indikace
- volba podpory (ECMO, Impella, Ecmella.....)
- vliv na hemodynamiku, fyziologické podklady
- podmínky pro potencionální zotavení myokardu
- antikoagulační terapie, monitorace, komplikace.....

- **Jaterní selhání / hepatitida A**

- epidemiologie a průběh těžkého AHF u Hep A, prognóza
- terapie a management pacientů
- indikace a kontraindikace k Tx jater (coma, infekční komplikace, selhání orgánů a jejich závažnost)
- výsledky

Chronický pacient v intenzivní péči

- „obtížný“ nepopulární pacient
 - porucha vědomí
 - selhávající weaning
 - opakované infekce + ATB terapie
 - slabost kriticky nemocného
 - vleklé a často návratné orgánové selhávání
 - GIT intolerance, denutrice, sarkopenie
- na okraji zájmu, demotivovaný personál



Chronický pacient v intenzivní péči – NIP, DIOP

- Fyzicky často mimo nemocnice – minimální/vzdálený komplement a konziliární specialisté
- Kvalitní ošetrovatelská péče
- Kvalitní **rehabilitace** včetně pomůcek
- **Přítomnost rodiny** a zapojení do ošetrovatelského, rehabilitačního procesu
- Důraz na **sociální práci**
 - řešení dalšího osudu nemocných **s cílem návratu domů** s uspokojivou kvalitou života. (Domácí hospic, Charita, domácí oxygenoterapie a DUPV se zázemím, denní stacionáře.....)
 - **překlad** pacienta **do dalšího zařízení** – administrativně spleťtý systém, vázaný na úhradu péče pojišťovnou/participaci rodiny

Chronický pacient v intenzivní péči – výsledky

Chronicare MUND

- Pracoviště : NIP 23 lůžek (+ 16), DIOP 16 lůžek
- Rok 2025 NIP:
 - příjem 234 p
 - exitus 30 %
 - překlad 47%
 - propuštění do domácí péče 20%, DUPV 3%
 - průměrná doba hospitalizace 52 dnů

Chronický pacient v intenzivní péči - specifika

- **Prognóza** pacienta závažná, ale **rodina není informovaná**
- Pacienti po několika kúrách ATB terapie, **kolonizováni multirezistentními kmeny**
 - vzácná a drahá ATB v případě infekčních komplikací
 - režimová opatření u pacientů s epidemiologicky závažnými kmeny (prostor, personál, náklady)
- Nedoléčený a hlavně nedošetřený pacient
 - JIP – intermediární oddělení – standardní oddělení/následná péče
- „Nový pohled“ na pacienta, často rychle vysazená analgosedace, časná mobilizace, vertikalizace
- Spolupráce logopeda s rhb pracovníky - vyšetřování a terapie častých polykacích obtíží
- Nutriční problematika, sarkopenie, imobilizace, intolerance EN

Chronický pacient v intenzivní péči - specifika

- Skladba pacientů s velmi rozdílnou **prognózou**
 - pečlivě propracovaný systém **rozhodování o „intenzitě péče/kategorizaci“**
 - **přání pacienta**
 - forenzní stránka – rodina opakovaně informována a zavzata do **rozhodovacího procesu,**
- Omezené zdroje

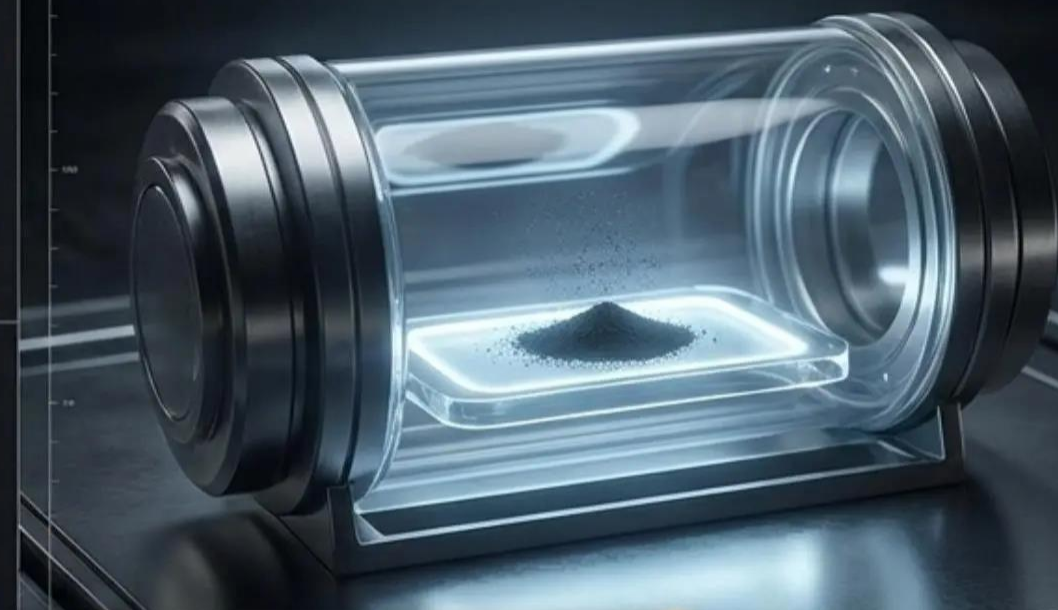
Budoucnost chronické intenzivní péče

Celkově vysoké finanční náklady

Regulace skladby pacientů, odesílaných do NIP, s důrazem na „**objektivně**“ **zhodnocenou prognózu**

Kategorizace péče a rozhodnutí provádět především **v prostředí akutní intenzivní péče.**

Redukce akutních lůžek x nárůst pacientů s chronickým průběhem, vyžadujících dlouhodobou orgánovou podporu, jako produkt akutní intenzivní péče.



Hlavní podezřelý: C-typ Asteroid Ryugu

Mise:
Hayabusa2
(JAXA)

Vzorek:
5.4 gramů prachu a
hornin z povrchu

Stav:
Absolutně nedotčeno
zemskou atmosférou

Analýza meteoritů, které dopadly na Zemi, vždy čelila pochybnostem o pozemské kontaminaci. Ryugu představuje dokonalý, izolovaný časový otisk sluneční soustavy starý 4,5 miliardy let.

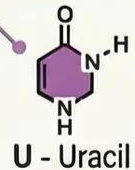
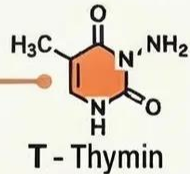
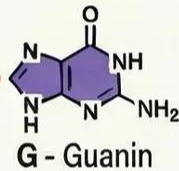
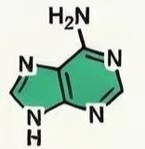
Stavební kameny života z vesmíru: Průlom na asteroidu Ryugu

Kompletní genetická sada (Pět písmen života)



5 z 5 nukleobází nalezeno

Identifikovány puriny (Adenin, Guanin) i pyrimidiny (Cytosin, Thymin, Uracil) v jednom vzorku.



100% čistý mimozemský původ

Vzorky nebyly nikdy vystaveny atmosféře Země, což vylučuje jakoukoli pozemskou kontaminaci.

Základy DNA a RNA

Nukleobáze jsou molekulární „písmena“, která kódují genetickou informaci všech živých organismů.



Kosmické souvislosti a původ života

Vliv amoniaku na vývoj

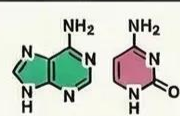
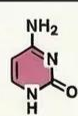
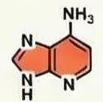
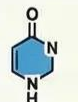
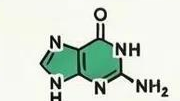
Poměr nukleobází v asteroidu přímo koreluje s dostupností amoniaku v jeho mateřském tělese.



Posílení teorie panspermie

Asteroidy pravděpodobně dodaly rané Zemi chemický inventář nezbytný pro vznik života.

Srovnání asteroidů a meteoritů

	Puriny	Pyrimidiny	Poměr Pu/Py
Ryugu			Dominantní složka: Vyvážený poměr Poměr Pu/Py: ~ 1.1 – 1.2
Bennu / Orgueil			Dominantní složka: Pyrimidiny (např. Uracil) Poměr Pu/Py: ~ 0.1 – 0.55
Murchison			Dominantní složka: Puriny (např. Guanin) Poměr Pu/Py: ~ 3.4

-
- **Děkuji za pozornost**

