



Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Liberec Turnov Frýdlant



Zdravotnická
záchranná služba
Libereckého kraje
příspěvková organizace

FZS TUL

Krajská nemocnice Liberec, a.s., Oddělení urgentní medicíny

ve spolupráci s

Zdravotnickou záchrannou službou Libereckého kraje, p.o.
a Technickou univerzitou v Liberci

pořádají

LIBERECKÉ DNY URGENTNÍ A INTENZIVNÍ MEDICÍNY 2025

28. – 30. května 2025

Technická univerzita v Liberci

ODBORNÝ PROGRAM / SBORNÍK ABSTRAKT



Akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16.

DON'T MISS A **DIAGNOSIS.**

BIOFIRE® fast syndromic PCR testing for infectious diseases



BIOFIRE®
RESPIRATORY 2.1
PANEL



BIOFIRE®
BLOOD CULTURE
IDENTIFICATION 2 PANEL



BIOFIRE® FILMARRAY®
GASTROINTESTINAL
PANEL



BIOFIRE® FILMARRAY®
MENINGITIS/
ENCEPHALITIS PANEL



BIOFIRE® FILMARRAY®
PNEUMONIA PANEL



BIOFIRE®
JOINT INFECTION
PANEL



BIOFIRE® FILMARRAY®
TROPICAL FEVER
PANEL



BIOFIRE®
FIREWORKS™

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

vítáme vás na „Libereckých dnech urgentní a intenzivní medicíny 2025“, které se konají ve dnech 28. až 30. května 2025 v impozantní aule Technické univerzity v Liberci.

Po úspěchu prvního ročníku jsme letos rozšířili zaměření kongresu, abychom zdůraznili nezbytnou spolupráci mezi urgentními příjmy a jednotkami intenzivní péče. Hlavním mottem je **společná cesta pacienta v systému urgentní a intenzivní medicíny**, kde každý článek řetězce hraje klíčovou roli. Kongres je určen nejen lékařům, ale také všem nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří se podílejí na péči o pacienty v urgentních a intenzivních stavech.

Program nabízí aktuální poznatky a přístupy k soudobé péči o pacienty v oblastech traumatologie, pediatrie, interních a chirurgických oborů, dále pak tematiku organizace urgentních příjmů v ČR a zahraničí. Den před kongresem, 28. května 2025, proběhnou praktické workshopy na atraktivní témata, jako jsou využití umělé inteligence v medicíně, resuscitativní torakotomie, ultrazvuk v urgentní medicíně, intraoseální přístup v praxi a další.

Součástí kongresu je nyní již tradiční společenský večer plný skvělé hudby a vybraných gastronomických specialit. Zkrátka skvělá příležitost pro neformální setkání s kolegyněmi a kolegy.

Jsmo přesvědčeni, že i tento ročník Vám přinese nejen odborné obohacení, ale také příležitost k navázání nových kontaktů a sdílení zkušeností mezi zdravotnickými pracovníky všech profesí. Vaše účast a podněty jsou klíčem k dalšímu rozvoji urgentní a intenzivní medicíny.

Kolektiv Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Předseda programového výboru kongresu

MUDr. Petr Kašák

primář Oddělení urgentní medicíny, Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Programový výbor kongresu

doc. MUDr. Tomáš Roubíček, PhD. FESC

lékařský ředitel Krajské nemocnice Liberec, a.s.

MUDr. Kristýna Holomková

zástupce lékařů za Oddělení urgentní medicíny, Krajské nemocnice Liberec, a.s.

MUDr. Zdeněk Krejzar

zástupce lékařů za Intenzivní péči, Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Mgr. Jakub Kopecký, DiS.

zástupce NLZP za Oddělení urgentní medicíny, Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Mgr. Hana Šimonová

zástupce NLZP za Intenzivní péči, Krajské nemocnice Liberec, a.s.

MUDr. Viktor Gawlik

zástupce lékařů za Zdravotnickou záchrannou službu Libereckého kraje, p.o.

Bc. Zdeněk Břečka, DiS.

zástupce NLZP za Zdravotnickou záchrannou službu Libereckého kraje, p.o.

Ing. Pavla Šafránková, DiS.

zástupce Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity Liberec

Hlavní témata kongresu

- Interní stavy v urgentní medicíně
- Funkční organizace urgentů v ČR a za hranicemi
- Pediatrické stavy v urgentní a intenzivní medicíně
 - Chirurgické stavy v urgentní medicíně
- Traumatologické stavy v urgentní medicíně
 - Hromadné postižení zdraví
- Neurologické stavy v urgentní medicíně
 - Inovativní přístupy v medicíně
- Péče o pacienta v intenzivní medicíně

Organizační garant

SYMMA, spol. s r.o.

Aleš Martinek

664 64 Moravské Bránice 394

Mobil: +420 607 650 654, E-mail: a.martinek@symma.cz

www.symma.cz

PARTNEŘI A VYSTAVOVATELÉ

Partneři a vystavovatelé



bioMérieux CZ spol. s.r.o., Praha

MEDIROL

MEDIROL s.r.o., Praha

MAPO medical

MAPO medical s.r.o., Olomouc

Schubert

Schubert CZ spol. s r.o.

Vystavovatelé



Becton Dickinson Czechia, s.r.o., Praha



HANDICAP TRADE s.r.o., Brno



JNL, s.r.o., Uzovce, Slovensko



Radix CZ s.r.o., Kutná Hora



SNT Plus s.r.o., Praha

Partner coffee breaku



MedText s.r.o, Praha

Mediální partner



AKUTNE

8.00 – 12.00 hod Registrace účastníků**8.40 – 9.00 hod Zahájení kongresu***MUDr. Richard Lukáš, Ph.D.,**předseda představenstva a generální ředitel Krajské nemocnice Liberec, a.s.**MUDr. Luděk Kramář,**ředitel Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje, a.s.**MUDr. Petr Kašák,**primář Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.***9.00 – 10.30 hod Přednáškový blok I.****Interní stavy v urgentní medicíně (kardio, plicní)**

- 1. Diferenciální diagnostika kardiorepiračních nálezů v přednemocniční péči** 15'
 EKG, point-of-care ultrazvuk a další nástroje v rukou posádky ZZS při vyhodnocení nenápadných, ale potenciálně fatálních stavů.
MUDr. Petr Mokrejš
Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o.
 - 2. Dušnost s hyperkapnií: kardiální či plicní problém, nebo obojí najednou?** 15'
 Diferenciální diagnostika dušnosti včetně hyperkapnie, kde se prolínají srdeční a plicní faktory, plus nejlepší vyšetřovací a léčebné postupy.
MUDr. Michal Kovaľan
Plicní oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s.
 - 3. Oxygenoterapie – proč méně je někdy více?** 15'
 Přehled principů léčby respirační insuficience. Léčebné cíle oxygenační podpory a jak se liší u globální respirační insuficience.
MUDr. Kristýna Holomková
Kardiocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.,
Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.,
Fakulta zdravotnických studií Technické univerzity Liberec
 - 4. (Ne)Invazivní ventilace u akutních plicních stavů: jak vybrat správný přístup?** 15'
 Rozhodování mezi neinvazivní ventilací (NIV, HFNO) a časnou intubací, diferenciací dle typu respiračního selhání (COPD/ARDS/pneumonie), včetně praktických zkušeností z urgentní a intenzivní medicíny.
MUDr. Jan Sebroň
Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.
 - 5. Je to EKG ještě normální? Co musí zdravotník umět na EKG a proč:** 15'
interaktivní kvíz
 Stručný, ale efektivní průlet zásadními EKG nálezy v akutní péči; od rychlé identifikace infarktů a blokad po méně zjevné, ale klinicky fatální arytmie.
MUDr. Jiří Seiner
Kardiocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.
Fakulta zdravotnických studií Technické univerzity Liberec
- Panelová diskuze** 15'

10.30 – 11.00 hod Coffee break

**11.00 – 12.30 hod Přednáškový blok II.
Traumatologické stavy v urgentní a intenzivní medicíně**

- 6. Způsoby repozice a imobilizace zlomenin v přednemocniční péči: klíčová úloha správné fixace** 12'
Rozbor využití dlah, vakuových matrací a dalších pomůcek k bezpečné stabilizaci končetiny a minimalizaci sekundárního poškození.
MUDr. Lucie Langová
Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o.,
Horská služba ČR
- 7. Poranění hlezna na urgentním příjmu: moderní přístupy a kontroverze v diagnostice i léčbě** 12'
Aktuální přehled vyšetřovacích postupů a léčebných metod, který upozorňuje na sporné kroky v diagnostice a terapii a volbě mezi konzervativním a operačním řešením.
prim. MUDr. Petr Kašák
Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.,
Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 8. Zlomeniny bérce: prevence a léčba kompartment syndromu** 12'
Včasná diagnostika, nezbytné intervence od přednemocniční péče až po operační sál a multidisciplinární přístup ke snížení rizika komplikací.
MUDr. Roman Harcuba
Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 9. Akutní poranění kolenního kloubu na urgentním příjmu: klíčové diagnostické a terapeutické kroky** 12'
Diferenciálně diagnostický algoritmus zaměřený na správné načasování definitivního ošetření.
MUDr. Roman Mizera, Ph.D.
Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 10. Otevřené zlomeniny a jejich management** 12'
Komplexní přehled ošetření otevřených zlomenin od primárního ošetření v terénu přes správnou stabilizaci a adekvátní antibiotickou profylaxi s cílem minimalizovat riziko infekčních a funkčních komplikací.
prim. MUDr. Martin Křivohlávek, Ph.D.
Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 11. Nervově-cévní poranění u skeletálních traumat** 12'
Detailní analýza metod včasné diagnostiky a urgentní terapie poškození nervů a cév, provádějících zlomeniny a jiná skeletální poranění, s důrazem na týmovou spolupráci a využití moderních diagnostických postupů.
prim. MUDr. Jan Pazour, Ph.D.
Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- Panelová diskuze** 18'

12.30 – 13.30 hod Oběd

13.30 – 15.00 hod Přednáškový blok III.**Pediatrické stavy v urgentní a intenzivní medicíně****12. Pediatrický pacient v přednemocniční péči: co řešit okamžitě a s čím raději počkat? 15'**

Pohled záchranářů na akutní stav dítěte, zásadní intervence prováděné na místě události a rozvaha nad tím, kdy je bezpečnější přenechat specializované výkony až na urgentní příjem.

MUDr. Ivana Brychcí

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o.

Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.

13. SIDS v přednemocniční neodkladné péči 15'

Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS) představuje nečekanou a nevysvětlitelnou smrt dítěte do jednoho roku věku, obvykle během spánku. V přednemocniční neodkladné péči je klíčové rychlé rozpoznání situace, promptní zahájení případné resuscitace a komunikace s rodinou.

MUDr. Ing. Stanislav Popela, Ph.D.

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p.o.

Oddělení urgentního příjmu Fakultní nemocnice Olomouc

14. Kriticky nemocné dítě na urgentním příjmu: pohled intenzivisty 15'

Zásadní momenty triáže, stabilizace a přípravy k intenzivnímu řešení.

Jak daleko zajít ve vyšetření léčbě přímo v urgentním traktu před transportem na JIP.

MUDr. Tomáš Bačkai

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice v Motole

15. Komplexní zajištění a resuscitace novorozence: intervence při domácím porodu a transportu v sanitě 15'

Přednáška se zaměřuje na klíčové postupy a strategie, které umožňují efektivní zásah při péči o novorozence mimo nemocniční prostředí – ať už při domácím porodu či během převozu v sanitním vozidle – kde rychlost a preciznost individuálního nebo malého týmu mohou rozhodnout o přežití dítěte.

MUDr. Evženie Kněží

Dětské oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s.

16. Tachy a bradyarytmie v dětském věku 15'

Rozpoznání život ohrožujících arytmií u dětí, diferenciální diagnostika a algoritmy akutního managementu včetně farmakoterapie a elektrické kardioverze.

MUDr. Matěj Horáček

Dětské oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Panelová diskuze

15'

15.00 – 15.30 hod Coffee break

15.30 – 17.00 hod Přednáškový blok IV.**Chirurgické stavy v urgentní a intenzivní medicíně****17. CT vyšetření u náhlých příhod břišních: kdy je klíčové a kdy lze vynechat? 15'**

Indikace k CT (typ a rozsah patologie, přínos versus rizika), význam alternativních metod (sonografie, MRI), interpretace urgentních nálezů a algoritmy pro rychlé rozhodování o dalším postupu.

prim. MUDr. Vratislav Beran¹, MUDr. Pavel Handrk²

Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.¹

Centrum zobrazovacích metod Krajské nemocnice Liberec, a.s.²

18. Fasciitidy a infekce měkkých tkání na urgentním příjmu: od „masožravých“ streptokoků k nekrotizujícím zánětům 15'

Diagnostika (klinická, laboratorní, zobrazovací), urgentní terapeutické postupy (agresivní chirurgický debridement, antibiotická léčba), podpora orgánových funkcí a multidisciplinární spolupráce v intenzivní péči.

MUDr. Lucie Brzulová

Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

19. Akutní cévní stavy na urgentním příjmu: od disekce aorty po kritickou končetinovou ischémii 15'

Diagnostika (CT angiografie, sonografie), urgentní intervence (chirurgická, endovaskulární), management hemodynamiky, postupy intenzivní péče.

MUDr. Alexandr Škaryd

Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

20. Akutní mezenterální ischémie: rychlá diagnostika a chirurgické intervence 15'

Přehled rizikových faktorů a typických i atypických příznaků, využití CT angiografie, indikace k urgentnímu zákroku (embolektomie, resekce střeva), pooperační intenzivní péče.

MUDr. Vít Blecher¹, MUDr. Miroslav Šercl, Ph.D.²

Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.¹

Centrum zobrazovacích metod Krajské nemocnice Liberec, a.s.²

21. Akutní břišní katastrofa: management sepse a peritonitidy na urgentním příjmu, operačním sále a JIP 15'

Rozpoznání a rychlá stabilizace pacienta se sepsí, rozhodování o typu chirurgického zásahu (urgentní laparotomie, drenáž, miniinvazivní výkony), následná intenzivní péče a antibiotická terapie.

MUDr. Jiří Škach

Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Panelová diskuze

15'

19.30 – 24.00 hod Společenský večer

10.45 – 12.15 hod Přednáškový blok I.**Inovativní přístupy v medicíně***Předsednictvo: Bc. Simona Kleinerová,**PhDr. Zdeněk Jindříšek, FIBODM*

-
- | | |
|---|-----------------|
| 1. Od propisky k počítači aneb proč ještě nemáme elektronickou dokumentaci | 13' + 2' |
| <i>doc. MUDr. Jan Bruthans, Ph.D., MBA</i> | |
| <i>Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</i> | |
| <i>Technická univerzita Liberec</i> | |
| <hr/> | |
| 2. Sono/echokardiografie na urgentu nekardiologem | 13' + 2' |
| <i>MUDr. Ondřej Rennét</i> | |
| <i>Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice, Urgentní příjem</i> | |
| 3. ERAS protokol | 13' + 2' |
| <i>MUDr. Vojtěch Rota</i> | |
| <i>Jednotka intenzivní péče chirurgických oborů Krajské nemocnice Liberec, a.s.</i> | |
| 4. Implementace systému Sedaconda v praxi | 13' + 2' |
| <i>Bc. Simona Kleinerová, Markéta Soukupová</i> | |
| <i>Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.</i> | |
| 5. Paliativní pacient na UP | 13' + 2' |
| <i>MUDr. Leona Mrázková, Marie Vobořilová, Bc. Milena Plachá Hurychová, DiS.</i> | |
| <i>Emergency, Ústřední vojenská nemocnice, Vojenská fakultní nemocnice Praha</i> | |
| 6. Implementace Brøset Violence Checklistu na urgentním příjmu | 13' + 2' |
| <i>Mgr. Jakub Kopecký, DiS., PhDr. Zdeněk Jindříšek, FIBODM</i> | |
| <i>Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.</i> | |

12.15 – 13.30 hod Oběd**13.30 – 15.00 hod Přednáškový blok II.****Ošetrovatelská péče o pacienta v intenzivní medicíně***Předsednictvo: Mgr. Jana Sehnalová,**Ing. Bc. Milan Bauštein, DiS.*

-
- | | |
|--|-----------------|
| 7. UPV a urgent: Když pacient nedýchá, ale my ano! | 11' + 2' |
| <i>Ing. Bc. Milan Bauštein, DiS.</i> | |
| <i>Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s., Technická univerzita Liberec</i> | |
| 8. Přijmout. Vyšetřit. Stabilizovat. Předat. NLZP v první linii akutní péče | 11' + 2' |
| <i>Mgr. Jan Ječmeň, Bc. Barbora Tylichová, DiS.</i> | |
| <i>Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.</i> | |
| 9. Péče o pacienta na ÚPV v intenzivní péči | 11' + 2' |
| <i>Mgr. Jana Sehnalová</i> | |
| <i>Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.</i> | |
| <i>Technická univerzita Liberec</i> | |
-

- 10. Jak se „banalita“ stane „katastrofou“...** 11' + 2'
Mgr. Iveta Strnadová
 Jednotka intenzivní péče chirurgických oborů Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 11. Ošetrovatelská péče u pacienta s dg. SEPSE na INT JIP** 11' + 2'
Bc. Tereza Strísková, Bc. Valerie Brabcová
 Jednotka intenzivní péče interních oborů Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 12. Týmová spolupráce pro optimální zvládnutí akutních kardiovaskulárních stavů** 11' + 2'
Bc. Ondřej Dokulil, Bc. Tomáš Rybář
 Jednotka intenzivní péče kardiologie Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 13. Terapeutické krůčky v intenzivní péči** 11' + 2'
Mgr. Kateřina Lišková
 Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.

15.00 – 15.30 hod Coffee break

**15.30 – 17.00 hod Přednáškový blok III.
 Témata bez hranic**

Předsednictvo: Mgr. Hana Šimonová, Bc. Barbora Tylichová, DiS.

- 14. Využití dlouhodobých vstupů v přednemocniční péči** 11' + 2'
doc. MUDr. David Astapenko, Ph.D., MBA
 Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Hradec Králové,
 Technická univerzita Liberec
- 15. Efektivita střednědobých vstupů v intenzivní péči** 11' + 2'
Mgr. Hana Šimonová, Bc. Eva Andršová
 Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 16. Od papíru k digitálu: Transformace dokumentace na OIM** 11' + 2'
Bc. Simona Kleinerová
 Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- 17. Nepál: Medicína v extrémních podmínkách** 11' + 2'
Bc. Barbora Tylichová, DiS.¹, Bc. Eliška Šedová, DiS.²
Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.¹
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK, Fakultní nemocnice Motal²
- 18. Péče o dárce orgánů** 11' + 2'
Mgr. Jana Sehnalová
 Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.
 Technická univerzita Liberec
- 19. Specifika zásahu ZZS u domácího a jiného násilí** 11' + 2'
Mgr. Veronika Chalupová
 Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o
- 20. Specifika poskytování PNP ve věznicích po 1.4.2025** 11' + 2'
MUDr. Felix Ondřej, MBA, LL.M.
 Zdravotnická zařízení Ministerstva spravedlnosti ČR

19.30 – 24.00 hod Společenský večer

8.30 – 10.00 hod Přednáškový blok V. Neurologické stavy v urgentní a intenzivní medicíně

22. Bolesti zad na urgentním příjmu: kdy patří pacient k neurologovi, ortopedovi nebo internistovi? 15'

Rozlišení nejčastějších příčin (neurologické, muskuloskeletální, viscerální) a jejich typické projevy, vhodnost jednotlivých zobrazovacích metod (RTG, MRI) i specifická farmakoterapie. Kontroverze v kompetencích, organizaci péče a možné riziko „přelčení“ versus nutnost neodkladného zásahu.

MUDr. Daniel Václav Smutný

Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s

23. Status epilepticus: kdy postupovat dle protokolu a kdy můžeme zvolit vyčkávací strategii? 15'

Indikace k agresivní léčbě (časné podání benzodiazepinů a antiepileptik) versus riziko nadměrné sedace. Kontroverzní hraniční stavy (záchvaty nejasné etiologie, hypoglykémie, psychogenní záchvaty), role EEG v akutní diagnostice a rozhodování o intubaci či hospitalizaci na JIP.

MUDr. Eva Řeháčková

Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s

24. Akutní vertigo: banální obtíže, nebo kritický neurologický stav? 15'

Rozpoznání periferního a centrálního vertiga, úskalí v používání „HINTS“ vyšetření, rizika záměny za CMP v zadní jámě lební. Diskuze o roli urgentního MRI, chybovosti prvotního klinického zhodnocení a následné rehabilitační či farmakoterapeutické strategie.

MUDr. Martin Němec

Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

25. Akutní bolest hlavy: kdy je „pouhá“ migréna a kdy je nezbytné pátrat po závažné příčině? 15'

Rozdíly mezi primární a sekundární cefaleou, „červené vlajky“ (subarachnoidální krvácení, meningitida, tumor, hypertenzní krize). Dilemata v nasazení analgetik a triptanů, význam a načasování CT/MR vyšetření, možná rizika spojená s nadužíváním imagingu a diskuse o indikacích k hospitalizaci.

MUDr. Kateřina Jehlářová

Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s

26. Ischemická CMP v dětském věku 15'

Výzvy v diagnostice a léčbě dětských cévních příhod, kde včasný zásah a multidisciplinární přístup mohou zásadně ovlivnit neurologickou budoucnost.

MUDr. Zuzana Eichlová

Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Panelová diskuze 15'

10.00 – 10.30 hod Coffee break

10.30 – 11.00 hod Akutní stavy v gastroenterologii**27. Akutní stavy v gastroenterologii****30'***prof. MUDr. RNDr. Jiří Beneš, CSc.**Gastroenterologické centrum 4. interní kliniky 1. LF UK,**Ústav biofyziky a informatiky 1. LF UK, Technická univerzita Liberec***11.00 – 12.45 hod Přednáškový blok VI.****Hromadné postižení zdraví****28. Praktická realizace řešení mimořádné události s významným počtem pacientů s termickým traumatem na Klinice popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady****20'***doc. MUDr. Robert Zajíček, Ph.D.**Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady***29. Ne vždy STARTujeme, tragický požár v restauraci U Kojota****12'***plk. Ing. Zdeněk Bláha, mjr. Bc. Jiří Mooz, DiS., ppor. Josef Choreň**Hasičský záchranný sbor ČR, ÚO Most, CHS Most***30. Požár restaurace U Kojota – hromadné postižení osob s popáleninovým úrazem****12'***PhDr. Patrik Christian Cmorej, Ph.D., MBA**Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, p.o.**Fakulta zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem***31. Blesk v zámeckém parku z pohledu ZZSLK****12'***Ing. Jan Topolánek**Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o.***32. Blesk v zámeckém parku z pohledu KNL****12'***Mgr. Jakub Kopecký, DiS.**Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.***33. Srážka vlaků v Praze****12'***Ing. Ondřej Šedivka, DiS.**Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy***34. Optimizing Emergency Department Response to CBRN Incidents: Decontamination Protocols and Challenges (online přednáška)****15'***Heejun Shin, MD, MS, FIBODM**Director, SCH Disaster Medicine Center, Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Soonchunhyang University Bucheon Hospital, Republic of Korea, Section Outreach Coordinator Officer, Tactical and Law Enforcement Medicine (TALEM) Section, American College of Emergency Physicians (ACEP), USA***Panelová diskuze****10'****12.45 – 13.00 hod Závěr kongresu / výdej certifikátů**

9.00 – 10.00 hod Satelitní sympozia

Význam příslušenství transportní techniky pro bezpečný a efektivní transport pacientů 15' + 5'

Jiří Randýsek

MEDIROL s.r.o.

Integrovaný přístup k rychlé diagnostice a cílené léčbě sepse 15' + 5'

Mgr. Jakub Javůrek, Ph.D.

bioMérieux CZ spol. s.r.o.

Chemi-Pharm – spolehlivý partner pro čistotu a bezpečnost 15' + 5'

Mgr. Lukáš Fedor, Ph.D., MPH

MAPO medical s.r.o.

Místo konání

Technická univerzita v Liberci, Budova G, Studentská 1402/2, 461 17 Liberec 1

Registrační poplatky

	do 16. května 2025	na místě
Lékaři	Kč 3 350,- / EUR 131,-	Kč 3 850,- / EUR 151,-
NLZP	Kč 2 950,- / EUR 116,-	Kč 3 450,- / EUR 135,-

V registračním poplatku je zahrnuto vstupné na kongres, oběd na den 29. května 2025, vstupenka na společenský večer, konferenční materiály a DPH. Platba převodem je možná do 16. května 2025.

Studenti denního studia nehradí registrační poplatek. Pouze oběd a společenský večer.

Počet míst je omezen.

Registrace účastníků

28. května 2025 14.30 – 16.30 hod

29. května 2025 8.00 – 13.00 hod

30. května 2025 8.00 – 10.00 hod

Registrující osoby Vám rádi zodpoví Vaše event. dotazy.

Kongresové materiály

Při registraci obdržíte jmenovku a kongresový set.

Obědy

Menu na den 29. května 2025

Zeleninová polévka

100g Kuřecí nudličky se zeleninou

Dušená rýže

Nealkoholický nápoj

Obědy se vydávají oproti stravenkám, které obdržíte při registraci účastníků. Zájemce o bezmasou stravu žádáme, aby svůj požadavek sdělili registrujícím osobám.

Bezmasé menu

Zeleninová polévka

Asijská rýže pečená se zeleninou a vejci,

sázené vejce, křupavá cibulka se sezamem

Nealkoholický nápoj

Společenský večer

Společenský večer formou rautu se koná dne 29. května 2025 od 19.30 hod v Clubu Ware House (Hanychovská 328/10, 460 07 Liberec). Vstupenku na společenský večer, která je zahrnuta v registračním poplatku obdržíte při registraci účastníků.

Akreditace

Kongres je zařazen v centrální databázi vzdělávacích akcí České lékařské komory pod registračním číslem 121595 a je ohodnocen 12 kredity za účast. NLZP obdrží potvrzení o účasti. Certifikáty se budou vydávat po ukončení akce u registračního pultu. Kredity budou lékařům připsány na České lékařské komoře do 3 pracovních dnů od skončení akce.

Doprovodná výstava

Doprovodná výstava firem bude probíhat v prostorách Technické univerzity Liberec.

V prostorách doprovodné výstavy firem bude umístěno občerstvení pro účastníky akce.

Informace pro přednášející

Kongresová technika: dataprojektor, PC, bezdrátová myš vč. laserpointu, náhledový monitor

Audiovizuální techniku je možné vyzkoušet před zahájením kongresu nebo v průběhu přestávek.

Prezentace, které od Vás převezme převezme technická obsluha v přednáškovém sále, prosíme dodat na USB Flash disku.

**SBORNÍK ABSTRAKT
LIBERECKÉ DNY
URGENTNÍ A INTENZIVNÍ MEDICÍNY 2025**

Abstrakta neprošla jazykovou úpravou.

Obsah:

Diferenciální diagnostika kardiorepiračních nálezů v přednemocniční péči	20
Dušnost s hyperkapnií: kardiální či plicní problém, nebo obojí najednou?	21
Oxygenoterapie – proč méně je někdy více?	22
(Ne)Invasivní ventilace u akutních plicních stavů: jak vybrat správný přístup?	23
Je to EKG ještě normální? Co musí zdravotník umět na EKG a proč	24
Repozice a imobilizace zlomenin v přednemocniční péči: klíčová úloha správné fixace	25
Poranění hlezna na urgentním příjmu: moderní přístupy a kontroverze v diagnostice i léčbě	26
Zlomeniny bérce: prevence a léčba kompartment syndromu	27
Akutní poranění kolenního kloubu na urgentním příjmu: klíčové diagnostické a terapeutické kroky	28
Otevřené zlomeniny a jejich management	29
Nervově-cévní poranění u skeletálních traumat	30
Pediatrický pacient v přednemocniční péči: co řešit okamžitě a s čím raději počkat	31
SIDS v přednemocniční neodkladné péči	32
Kriticky nemocné dítě na urgentním příjmu: pohled intenzivisty	33
Komplexní zajištění a resuscitace novorozence: intervence při domácím porodu a transportu v sanitě	34
Tachy a bradyarytmie v dětském věku	35
CT vyšetření u náhlých příhod břišních: kdy je klíčové a kdy lze vynechat?	36
Fasciitidy a infekce měkkých tkání na urgentním příjmu: od „masožravých“ streptokoků k nekrotizujícím zánětům	37
Akutní cévní stavy na urgentním příjmu: od disekce aorty po kritickou končetinovou ischemii	38
Akutní mezenterální ischemie: rychlá diagnostika a chirurgické intervence	39
Akutní břišní katastrofa: management sepse a peritonitidy na urgentním příjmu, operačním sále a JIP	40
Bolesti zad na urgentním příjmu: kdy patří pacient k neurologovi, ortopedovi nebo internistovi?	41
Status epilepticus: kdy postupovat dle protokolu a kdy můžeme zvolit vyčkávací strategii?	42
Akutní vertigo: banální obtíž nebo kritický neurologický stav	43
Akutní bolest hlavy: kdy je „pouhá“ migréna a kdy je nezbytné pátrat po závažné příčině?	44
Ischemická CMP v dětském věku	45
Akutní stavy v gastroenterologii	46
Praktická realizace řešení mimořádné události s významným počtem pacientů s termickým traumatem na Klinice popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady	47
Ne vždy STARTujeme, tragický požár v restauraci U Kojota	48
Požár restaurace U Kojota – hromadné postižení osob s popáleninovým úrazem	49

Zásah blesku na dětském dni ve Vratislavicích nad Nisou	50
Blesk v zámeckém parku z pohledu KNL	51
Indikátory kvality pro urgentní příjmy	52
Od propisky k počítači aneb proč ještě nemáme elektronickou dokumentaci	53
Echokardiografie na urgentu nekardiologem	54
ERAS protokol	55
Implementace systému Sedaconda v praxi	56
Paliativní pacient na UP.....	57
Implementace Brøset Violence Checklistu na urgentním příjmu	58
„UPV a urgent: Když pacient nedýchá, ale my ano!“	59
Přijmout. Vyšetřit. Stabilizovat. Předat. NLZP v první linii akutní péče	60
Péče o pacienta na UPV v intenzivní péči	61
Jak se „banalita“ stane „katastrofou“... ..	62
Ošetřovatelská péče o pacienta s diagnózou sepse na interním JIPU	63
Týmová spolupráce pro optimální zvládnutí akutních kardiovaskulárních stavů	64
Využití dlouhodobých vstupů v přednemocniční péči	66
Efektivita střednědobých žilních vstupů v intenzivní péči	67
Od papíru k digitálu: Transformace dokumentace na OIM.	68
Nepál: Medicína v extrémních podmínkách	69
Péče o dárce orgánů.....	70
Specifika zásahu ZZS u domácího a jiného násilí	71
Specifika poskytování PNP ve věznicích po 1.4.2025	72

Diferenciální diagnostika kardiopulmonálních nálezů v přednemocniční péči

Mokrejš P.

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o.

Cílené vyšetření pacientů s dušností, bolestí na hrudi či oběhovou nestabilitou v přednemocniční péči hraje klíčovou roli při rozhodování o léčbě, naléhavosti transportu i volbě cílového zařízení. S miniaturizací a rozvojem technologických možností ultrazvuk v posledních letech proniká jako vyšetřovací metoda 1. kontaktu do přednemocniční neodkladné péče. Přednáška představí využití point-of-care ultrazvuku a dalších nástrojů k diferenciální diagnostice kardiopulmonálních stavů, včetně rozlišení benigních a život ohrožujících příčin. Důraz bude kladen na praktické využití a možnosti rozhodování v kontextu peri-arrest situací s demonstrací několika kasuistik ze Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje.

Dušnost s hyperkapnií: kardiální či plicní problém, nebo obojí najednou?*Kovařan M.**Plicní oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s.*

V úvodu své práce definuji dušnost a následně uvádím zajímavá fakta o dušnosti. Dále se zabývám rozdělením dýchání na vnitřní a zevní a diferenciální diagnostikou příčin dušnosti.

V další části vysvětluji pojmy hyperkapnie a hypoxie, proč k nim dochází a jaké jsou kompenzační mechanismy. Dále uvádím nejčastější příčiny hyperkapnie, její typické příznaky a přístup k diagnostice. Hyperkapnii jsem rozdělil na akutní a chronickou a uvádím jaké jsou rozdíly v patofyziologii a v léčbě. Vytýčil jsem základní léčebné cíle hyperkapnie s konkrétními postupy pro akutní a chronickou formu. V závěru shrnuji nejdůležitější body přednášky.

Oxygenoterapie – proč méně je někdy více?

Holomková K.

Kardiocentrum, Centrum urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Shrnutí práce: Co vlastně znamená ta skloňovaná optimalizace oxygenace? U kterých skupin pacientů můžeme dosažením “fyziologické” oxygenace nadělat více škody než užitku? A dokážeme tyto pacienty časně odlišit, abychom tomu zabránili? Jaké mechanismy vedou k retenci CO₂ při podávání kyslíku? Jaký vliv na retenci CO₂ má cesta podávané oxygenoterapie?

Ráda bych touto přednáškou mimo jiné vyvolala diskuzi ohledně nastavených postupů na jednotlivých pracovištích.

(Ne)Invazivní ventilace u akutních plicních stavů: jak vybrat správný přístup?

Sebroň J.

Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Je to EKG ještě normální? Co musí zdravotník umět na EKG a proč

Seiner J.

Kardiocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Fakulta zdravotnických studií Technické univerzity Liberec

Rychlá a přesná interpretace EKG je kritickou dovedností v urgentní medicíně. Tato interaktivní přednáška formou kvízu systematicky procvičí některé pokročilé EKG nálezy relevantní pro akutní péči. Zaměříme se na časnou detekci obrazu akutní ischemie myokardu na EKG, jež nemusí splňovat kritéria STEMI, ale vyžaduje stejně intenzivní přístup. Bude probrán přístup k rychlé identifikaci život ohrožujících arytmií vyžadujících okamžitou intervenci. Na konkrétních případech z reálné klinické praxe budeme demonstrovat některé méně obvyklé EKG změny a přístup k jejich rychlé interpretaci, umožňující včasnou diagnostiku a správně zvolenou terapii. Cílem sdělení je získání jistoty a nabytí nových praktických dovedností pro zlepšení diagnostické přesnosti v urgentních situacích.

Repozice a imobilizace zlomenin v přednemocniční péči: klíčová úloha správné fixace

Langová L.

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o.

Horská služba ČR, o.p.s.

Prezentace se zaměřuje na klíčové aspekty první pomoci pacientům s frakturami, luxacemi a dalšími traumaty, přičemž klade důraz na správné provádění repozice a imobilizace v podmínkách přednemocniční péče a snaží se nejen teoreticky, ale i praktickými ukázkami jasně vysvětlit, jak efektivně minimalizovat riziko dalších komplikací před předáním pacienta odbornému lékařskému personálu.

Jedním z cílů je zvýšit povědomí o důležitosti správného postupu při repozicích a zmínit možná rizika hrozící při provádění těchto úkonů. Dále se zaměřuje na správné použití fixačních pomůcek, neboť řádně provedená imobilizace je nezbytná pro minimalizaci pohybu v místě zlomeniny, snížení rizika poškození okolních tkání či zhoršení již samotného primárního poranění, zajištění stabilizace, zmírnění bolesti pacienta, kontrolu krvácení a přípravu pacienta na bezpečný transport do zdravotnického zařízení. Přednáška se věnuje konkrétním univerzálním i specializovaným pomůckám k tomu určeným a zmiňuje také možnosti improvizované imobilizace.

Poranění hlezna na urgentním příjmu: moderní přístupy a kontroverze v diagnostice i léčbě

Kašák P.

Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Poranění hlezna patří k nejčastějším úrazům, s nimiž se setkává lékař na urgentním příjmu. Úvod prezentace připomíná, že většina případů představuje izolovaný laterální výron, ale zhruba pětina skrývá kostní či syndesmóзовé léze vyžadující odlišný postup. Algoritmus vyšetření zahrnuje rychlou inspekci deformit, kontrolu cévně-nervového stavu a palpační identifikaci klíčových struktur, na které navazují základní stresové testy stability. Zobrazování začíná standardním RTG, zatímco CT, MRI nebo bedside ultrazvuk se volí cíleně dle klinických nálezů. Prezentace končí praktickým shrnutím: laterální výrony jsou indikovány k časně funkční léčbě, zlomeniny hlezna a léze syndesmózy musí vidět traumatolog a zlomeniny pilonu – po dočasné UL-dlaze a zevním fixátoru – patří až na specializované pracoviště. Celkově tak dokument ukazuje, že rychlá systémová triáž, cílené zobrazování a časná funkční léčba jsou klíčem k minimalizaci komplikací a k rychlému návratu pacientů k běžné i sportovní zátěži.

Zlomeniny bérce: prevence a léčba kompartment syndromu*Harcuba R.**Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.*

Kompartment syndrom je závažný, potenciálně končetinu ohrožující stav, vznikající v důsledku zvýšeného tlaku v uzavřeném fasciálním prostoru. Tento patologický tlak vede k poruše prokrvení svalů a nervů, což může způsobit nevratné poškození tkání během několika hodin. Presentace se zaměřuje na patofyziologii, klinické příznaky a diagnostické postupy u tohoto syndromu včetně možností léčby včetně urgentní fasciotomií a význam včasné diagnózy.

Akutní poranění kolenního kloubu na urgentním příjmu: klíčové diagnostické a terapeutické kroky

Mizera R.

Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Diagnostika a terapie poranění měkkého kolene (vazů, menisků a chrupavek) napříč věkovými kategoriemi prošla v poslední dekádě dynamickým vývojem. Na urgentním příjmu je kladen důraz na důkladnou klinickou diagnostiku, zejména odběr úrazové anamnézy a fyzikální vyšetření s využitím specifických testů, dále pak zhodnocení nálezu na rentgenových snímcích. V případě podezření na závažnější poranění je optimální pacienta směřovat na časně vyšetření magnetickou rezonancí (MR), která poskytuje dokonalý přehled o poranění všech struktur měkkého kolene. Trendem současné operační léčby úrazů měkkého kolene je rekonstrukční artroskopie – obnova poškozených struktur, případně jejich funkční náhrada. Rychlost a kvalita úvodní diagnostiky, časná konzervativní terapie na urgentním příjmu a správné směřování pacienta s poraněním měkkého kolene na pracoviště, které provede definitivní ošetření dramaticky zlepšuje výsledky léčby a snižuje riziko rozvoje trvalých následků. V přednášce bude prezentováno diagnosticko – terapeutické schéma ošetření úrazů měkkého kolene vhodné pro použití na urgentním příjmu s ohledem na jejich časně definitivní ošetření.

Otevřené zlomeniny a jejich management*Křivohlávek M.**Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.*

Otevřené zlomeniny jsou charakterizovány komunikací zlomeniny se zevním prostředím. Tvoří přibližně 3 % všech zlomenin. Základním cíli léčby jsou - zhojení zlomenin, obnova funkce končetiny a prevence infekce. Riziko infekce narůstá se stupněm poranění a intenzitou kontaminace zlomeniny. Práce poukazuje základní principy a postupy s ohledem na typ poranění. Ošetření zlomeniny je urgentní výkon. Základem je debridement a redebridement, adekvátní fixace zlomeniny, antibiotická léčba a časné krytí defektů měkkých tkání.

Nervově-cévní poranění u skeletálních traumat

Pazour J., Dobešová V., Šrám J.

Traumatologicko-ortopedické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Poškození nervů a cév provázející poranění skeletu je závažným komplikujícím faktorem z pohledu diagnostiky, léčby i prognózy úrazu. Důležité je na možnost těchto poranění myslet již při iniciálním klinickém vyšetření. Základem je dobrá znalost anatomických vztahů skeletu a nervově cévních struktur.

Autoři ve své prezentaci uvádějí dvě kazuistiky závažného poškození cév při zdánlivě relativně lehkém poranění skeletu, kdy časná diagnostika vedla ke změně léčebného plánu s nutností akutní reparace cévního poškození.

Pediatrický pacient v přednemocniční péči: co řešit okamžitě a s čím raději počkat

Brychcí I.

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje p.o.

Centrum anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, Krajská nemocnice Liberec a.s.

Péče o akutně nemocné dítě v přednemocničním prostředí představuje specifickou výzvu. Děti nejsou „malí dospělí“ – jejich anatomie, fyziologie, kompenzační mechanismy i reakce na stres se zásadně liší. Rychlost dekompenzace, omezená možnost verbální komunikace a psychologický vliv okolí kladou na zdravotnické záchranné týmy vysoké nároky. Cílem této přednášky je nabídnout strukturovaný pohled na klíčová rozhodnutí, která musí být učiněna v terénu, které intervence jsou nezbytné okamžitě, a kde je naopak indikované vyčkat až do nemocničního prostředí.

V přednášce jsou hodnoceny akutní stavy u dětí s využitím přístupu ABCDE, které nám slouží ne jen k postupu vyšetření pacienta, ale i jako vodítko z dalším krokům a péči. Specifikem u dětského pacienta je to, že jakákoliv patologie zjištěna v průběhu vyšetření má být vyřešena okamžitě, tzn. „treat as you go“. Diskutované jsou nejčastěji se vyskytující akutní stavy v pediatrické populaci a jejich léčba v přednemocniční péči. Je kladen důraz na racionální klinické uvažování, individualizaci péče a minimalizaci zbytečných zákroků, které mohou být pro dítě traumatizující nebo rizikové. Kvalitní přednemocniční péče u pediatrického pacienta neznamena pouze rychlost zásahu, ale především schopnost správně rozlišit situace, které vyžadují bezodkladnou intervenci, od těch, kde je bezpečnější vyčkat.

SIDS v přednemocniční neodkladné péči

Popela S.

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p.o.

Oddělení urgentního příjmu Fakultní nemocnice Olomouc

Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS) představuje nečekanou a nevysvětlitelnou smrt dítěte do jednoho roku věku, obvykle během spánku. V přednemocniční neodkladné péči je klíčové rychlé rozpoznání situace, promptní zahájení případné resuscitace a komunikace s rodinou. Zásadní roli hraje včasné volání ZZS, správné provedení KPR dle aktuálních doporučení a citlivý přístup k rodičům. Studie ukazují, že prevence SIDS spočívá v dodržování bezpečných spánkových doporučení. Edukace veřejnosti i zdravotníků je proto nezbytná pro snížení výskytu tohoto fatálního syndromu. Součástí sdělení bude taktéž demonstrace klinického případu autora přednášky z praxe v PNP a dalších zjištěných případů z databázi.

Kriticky nemocné dítě na urgentním příjmu: pohled intenzivisty

Bačkai T.

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice v Motole

Komplexní zajištění a resuscitace novorozence: intervence při domácím porodu a transportu v sanitě

Kněžů E.

Krajská nemocnice Liberec, a.s., Dětské oddělení

V přednášce jsou prezentovány nejnovější doporučené postupy pro resuscitaci novorozence s přihlédnutím k podmínkám při domácím porodu nebo při neplánovaném porodu mimo zdravotnické zařízení a při transportu novorozence dle poslední aktualizace European Resuscitation Council Guidelines z roku 2021 a kritéria pro hodnocení poporodní adaptace novorozence. Uvedeny jsou praktické nástroje pro zajištění donošeného i nezralého novorozence, zdůrazněn zásadní význam zajištění termoregulace pro snížení výskytu komplikací poporodní adaptace. Zmíněna je i problematika perinatální asfyxie a její management, indikace k léčebné hypotermii. Přednáška se zabývá i domácími porody, uvedena jsou stanoviska odborných společností k domácím porodům a okrajově i jejich legislativní problematika.

Tachy a bradyarytmie v dětském věku*Horáček M.**Dětské oddělení, Krajská nemocnice Liberec a.s.*

Shrnutí práce

Přednáška rozebírá akutní management arytmí v dětském věku. Vzhledem ke specifickému výskytu jednotlivých druhů arytmí u dětí, je velká část přednášky věnována teorii, ze které vyplývají postupy řešení.

Hlavními parametry hodnocení závažnosti arytmie je především kombinace klinického stavu dítěte, osobní i rodinné kardiologické anamnézy a obrazu arytmie na EKG.

Nejčastějšími arytmiemi v dětském věku jsou arytmie supraventrikulární, které ve většině případů nevyžadují urgentní terapeutický zákrok a pro další postup je velmi důležitý záznam, popis a průběh arytmie. Dále je možné diagnosticko - terapeutické podání Adenosinu za kontinuální monitorace EKG.

U vzácných maligních komorových arytmí s hemodynamickou nestabilitou je postup v souladu s doporučením rozšířené resuscitace u dětí.

CT vyšetření u náhlých příhod břišních: kdy je klíčové a kdy lze vynechat?

Beran V.¹, Handrk P.²

Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.¹

Centrum zobrazovacích metod Krajské nemocnice Liberec, a.s.²

Úvod: Přednáška se zabývá postavením CT v diagnostice náhlých příhod břišních.

Cíl: Cílem přednášky je popsat limitace a přednosti CT u jednotlivých diagnóz a nabídnout efektivní algoritmus diagnosticko-terapeutického postupu.

Metodika: Autoři rešeršovali guidelines odborných společností a analyzovali soubory pacientů na vlastním pracovišti.

Výsledky: Standardizace postupů s využitím skórovacích systémů vede k efektivnímu využití zobrazovacích metod a zlepšuje outcome pacientů s NPB.

Závěr: Autoři si kladou za cíl implementovat prezentované poznatky do běžné klinické praxe.

Fasciitidy a infekce měkkých tkání na urgentním příjmu: od „masožravých“ streptokoků k nekrotizujícím zánětům**Brzulová L.***Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.*

Infekce měkkých tkání představují významnou skupinu diagnóz, se kterými se lékaři urgentního příjmu setkávají napříč spektrem závažnosti – od banální celulitidy až po život ohrožující nekrotizující záněty. Právě včasné rozpoznání těchto závažných stavů je klíčové pro zajištění optimálního výsledku léčby a minimalizaci komplikací.

Tato přednáška se zaměřuje na praktický přístup k hodnocení infekcí měkkých tkání v akutním prostředí. Budou probrány typické i atypické klinické obrazy, diferenciální diagnostika a varovné příznaky, které by měly vzbudit podezření na závažnou infekci. Dále bude diskutována role laboratorních a zobrazovacích metod, včetně skórovacích systémů a jejich využitelnost v klinické praxi.

Přednáška zdůrazní nezastupitelnou úlohu lékaře urgentního příjmu v rámci rozhodovacího procesu. Součástí bude také přehled aktuálních doporučení pro iniciační antibiotickou léčbu a základní zásady stabilizace pacienta před operačním řešením.

Cílem je podpořit včasné rozpoznání závažných stavů a zlepšit mezioborovou spolupráci v akutní fázi péče.

Akutní cévní stavy na urgentním příjmu: od disekce aorty po kritickou končetinovou ischémii

Škaryd A.

Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Akutní cévní stavy představují široké spektrum symptomů a jejich závažnosti nejen kvůli různým projevům ischemie, ale též kapacity dutinových systémů z hlediska krvácení a jeho rychlosti. Velká část těchto stavů končí letálně již v přednemocničním průběhu. Proto musí aktivní boj s onemocněním začínat již před transportem. I přes výrazný pokrok v diagnostice a miniinvazivních možnostech zůstává chirurgické řešení stále dominantním i s ohledem na dostupnost personální, finanční i technickou. V přednášce se věnuji úskalím, která mohou pozitivně i negativně ovlivnit výsledek péče o pacienta s touto problematikou s přihlédnutím na regionální možnosti.“

Akutní mezenterální ischemie: rychlá diagnostika a chirurgické intervence

Blecher V.¹, Šercl M.²

Chirurgické centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.¹

Centrum zobrazovacích metod Krajské nemocnice Liberec, a.s.²

Abstrakt: Málokterá diagnóza na chirurgickém urgentním příjmu má tak neblahou pověst jako akutní mezenterální ischemie. Klíčem v péči o pacienty s tímto onemocněním je zejména rychlost v diagnostice a následné intervenci. Přednáška si klade za cíl představit doporučené postupy v diagnostice a terapii pacientů s touto náhlou břišní příhodou, a to jak z pohledu chirurga, tak intervenčního radiologa, vedoucí ke zlepšení jinak velice špatné prognózy.

Akutní břišní katastrofa: management sepse a peritonitidy na urgentním příjmu, operačním sále a JIP

Škach J.

Oddělení chirurgie a kýlní centrum Krajské nemocnice Liberec a.s.

Autor poukazuje na stále aktuální téma břišních katastrof zejména z pohledu kýlního chirurga, kdy zejména prevence vzniku těchto stavů a jejich časný management mají zásadní vliv na konečný outcome pacienta. Práce shrnuje zejména indikace k damage control surgery, open abdomen, aplikaci NPWT, fasciální trakci, různým způsobům a hlavně timingu uzávěru laparostomatu. Autor zdůrazňuje komplexní přístup k sanaci a léčbě infekce, tekutinové resuscitaci, dlouhodobé nutriční podpoře, psycho-farmakologické podpoře a včasné započetí adekvátní rehabilitace. S ohledem na dlouhodobost a nákladovost související péče je vždy potřeba mezioborové spolupráce a důsledná organizační koordinace. Katastrofám je třeba u našich pacientů předcházet a často si za jejich vznik můžeme sami. Promarněné hodiny a dny v akutní fázi vyústí zbytečně k prodloužení fází pozdních o týdny až měsíce. Rekonstrukční fáze patří

na specializovaná pracoviště nebo do kýlní centra. Příprava pacienta k těmto definitivním výkonům musí být nekompromisní. Strašákem přeživších pacientů je vždy u těchto stavů syndrom krátkého střeva, jelikož kvalita života s domácí parenterální výživou nebo po transplantaci je zoufalá.

Bolesti zad na urgentním příjmu: kdy patří pacient k neurologovi, ortopedovi nebo internistovi?*Smutný D. V.**Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s*

Bolesti bederní oblasti se řadí mezi nejčastější zdravotní obtíže řešené cestou urgentního příjmu. Přitom u méně než 1% případů jsou bolesti vyvolány závažnou patologií. Ve výsledku je personál urgentního příjmu zatížen množstvím požadavků pacientů, jejichž obtíže nevyžadují řešení za hospitalizace. Cílem příspěvku je osvětlit systém řešení těchto případů ve snaze předejít nedorozuměním s problematikou spojeným.

Status epilepticus: kdy postupovat dle protokolu a kdy můžeme zvolit vyčkávací strategii?

Řeháčková E.

Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Za status epilepticus (SE) je nutno považovat každý konvulzivní záchvat trvající déle než 5 minut nebo opakující se záchvaty, mezi nimiž pacient nenabude vědomí. Jedná se o urgentní situaci, která i přes intenzivní terapii vykazuje vysokou morbiditu a mortalitu. Úspěšnost zvládnutí SE závisí na etiologii, charakteru samotného SE a především na včasné identifikaci SE s rychlým zahájením léčby. Zatímco klinická diagnóza konvulzivního SE je poměrně jednoduchá, u nekonvulzivního SE trvají mnohdy diagnostické rozpaky, zvláště u komatózních pacientů. Zde je zdůrazněna nutnost elektroencefalografického (EEG) monitorování, bez něhož nelze SE adekvátně diagnostikovat ani léčit. V prezentaci je uvedena klasifikace SE a management terapie jednotlivých typů SE. I přes razantní léčbu přechází až třetina pacientů do refrakterního SE s nutností využití celkové anestezie s umělou plicní ventilací.

Akutní vertigo: banální obtíž nebo kritický neurologický stav**Němec M.***Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.*

Závratě jsou častým symptomem v akutní péči a mohou mít řadu příčin různé závažnosti. Většina z nich není život ohrožující, ale obavy z přehlédnutí příčiny závažné, zejména cévní mozkové příhody, jsou běžné. Na "vertigo" v užším smyslu lze nahlížet syndromologicky – dle délky trvání a přítomnosti případných provokačních faktorů. V akutní péči se však vzhledem k omezeným časovým prostředkům může hodit přístup praktičtější: jako první zhodnotit, zda jsou přítomny příznaky insultu CNS (red flags) či jiné závažné příčiny (kardiální, metabolické,...). Při absenci tohoto podezření je následně cílem pátrat po nejčastějších konkrétních příčinách. Pro akutní vestibulární syndrom se využívá klinický algoritmus HINTS test (head impulse, nystagmus, skew deviation), který může pro svou vysokou senzitivitu a specifitu prakticky potvrdit příčinu periferní, nejčastěji vestibulární neuronitida. Pro provokované epizodické vestibulární syndromy pátráme zejména po BPPV, které lze diagnostikovat pomocí Dix-Hallpikeova manévru. Rozpoznání konkrétní benigní příčiny umožňuje cílenou léčbu a časnou rekonvalescenci.

Názory na užití zobrazovacích metod se poměrně různí a jejich užití v klinické praxi je velmi závislé na konkrétní klinické manifestaci. Ačkoli může být akutní magnetická rezonance přínosná, není její využití zažitou normou.

Akutní bolest hlavy: kdy je „pouhá“ migréna a kdy je nezbytné pátrat po závažné příčině?

Jehlářová K.

Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Bolesti hlavy představují jednu z nejčastějších neurologických potíží, se kterými se setkávají jak pacienti, tak zdravotníci napříč všemi medicínskými obory. Cílem této přednášky je poskytnout přehled nejčastějších typů bolestí hlavy, jejich klasifikaci a jednoduché základní odlišení primární asekundární bolesti hlavy.

Podstatný význam pro další osud pacienta má určení správné diagnózy.

Přednáška se zaměří především na varovné signály (tzv. red flags) a rozebere některé z nich v kazuistikách pacientů z urgentního příjmu Krajské nemocnice Liberec.

Čtyři pacienti, všichni s bolestí hlavy, všichni s jinou konečnou diagnózou.

Ischemická CMP v dětském věku**Eichlová Z.***Neurocentrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.*

S cévní mozkovou příhodou (CMP) se v dětském věku setkáváme poměrně vzácně, vzhledem k nízké četnosti výskytu CMP u dětí se často v úvodu nabízí jiná onemocnění v rámci diferenciální diagnostiky náhle vzniklých neurologických příznaků (migréna, Toddova hemiparéza, neuroinfekce, atd.). I přesto je potřeba k dětskému pacientovi přistupovat jako k potenciálnímu klientovi s mozkovou příhodou a náležitě a včasně ho vyšetřit, diagnostikovat a léčit. Všeobecné povědomí o možnosti výskytu cévní mozkové příhody v dětském věku je velmi nízké, jak dokládá i naše zkušenost. Toto vše často přispívá k zpoždění kvalitní diagnostiky a léčby. Dle platného souhrnu přípravku o léčivu (SPC) je intravenózní trombolýza (IVT) indikována nad 16 let věku, z dostupných dat však víme, že je efektivní, bezpečná a měla by být zvážena i u vybraných mladších jedinců (starších 2 let), a to v centrech s vysokým standardem péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou. Přinášíme kazuistiku 7miletého Kryštofa, který na podzim roku 2023 prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu v rámci výuky na ZŠ. Nerozpoznáním příznaků personálu se dostal do nemocnice cca za 3h od vzniku obtíží, i tak byl rychle po příjezdu do nemocnice vyšetřen a urgentně mu podána IVT dospělým neurologem v rámci Centra vysoce specializované péče.

Akutní stavy v gastroenterologii

Beneš J.

Gastroenterologické centrum 4. interní kliniky 1. LF UK,

Ústav biofyziky a informatiky 1. LF UK, Technická univerzita Liberec

Praktická realizace řešení mimořádné události s významným počtem pacientů s termickým traumatem na Klinice popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady

Robert R.

Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Ne vždy STARTujeme, tragický požár v restauraci U Kojota

Bláha Z., Mooz J., Choreň J.

Hasičský záchranný sbor Ústeckého kraje

Tragický požár, který by byl za normálních okolností, bez obětí, požárem obyčejným „požárem pergoly“. Náročnost prvotního zásahu, likvidace požáru a záchrana osob. Dlouhotrvající zásah s prvky: stabilizace objektu, likvidace spáleniště, objektu a psychickou zátěží pro zasahující.

Požár restaurace U Kojota – hromadné postižení osob s popáleninovým úrazem

Cmorej P.

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, p.o.

Fakulta zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

Zásah blesku na dětském dni ve Vratislavicích nad Nisou

Topolánek J.

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p. o.

Dne 2. června 2024 došlo v Zámeckém parku ve Vratislavicích nad Nisou k mimořádné události, při níž blesk zasáhl větší skupinu osob včetně dětí. Následkem tohoto utrpělo zranění 18 osob, z toho 7 dětí.

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje provedla třídění a ošetření pacientů, z nichž bylo 7 klasifikováno jako priorita I, 5 jako priorita IIb a 6 jako priorita III. Celkem bylo 18 pacientů transportováno do tří nemocničních zařízení včetně FN Motol.

Tato mimořádná událost je z pohledu přednemocniční neodkladné péče poměrně raritní, a to jak svým charakterem (hromadné postižení osob následkem nepřímého zásahu bleskem), tak i počtem zasažených.

Přednáška přiblíží průběh zásahu, organizaci zdravotnické pomoci na místě události, transport pacientů a následné vyhodnocení zásahu z pohledu ZZS LK.

Blesk v zámeckém parku z pohledu KNL

Kopecký J.

Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s

Událost: Zásah blesku během bouřky v zámeckém parku v Liberci

Datum: 2. června 2024

Pozadí: Hromadný zásah bleskem v libereckém zámeckém parku představoval neočekávanou událost s hromadným postižením osob, která vyžadovala okamžitou aktivaci II. stupně traumatologického plánu Krajské nemocnice Liberec. Při bouřce došlo k přímému úderu blesku do země v oblasti parku, kde se v daný moment nacházelo větší množství osob. Elektrická energie při výboji se šířila radiálně zemí a postihla osoby v blízkosti epicentra.

Časový průběh aktivace: První výzva z místa události na dispečink ZZS byla zaznamenána v 15:40, přičemž pohotovost byla traumatologem vyhlášena v systému Micromedic v 15:57. II. stupeň traumatologického plánu (pro 10-30 zraněných) byl aktivován v 16:09. První zraněná osoba byla přijata již v 16:18, a to simultánně na červené i žluté příjmové místo. Poslední zraněný byl přijat v 17:14 a traumatologický plán byl deaktivován v 17:18, celkem 86 minut po vyhlášení.

Organizační aspekty: Klíčovým faktorem úspěšného zvládnutí této mimořádné události byla perfektní organizace s jasnými pravidly, včetně systému řízení (VLT, VST), formování traumatýmů, předávání pacientů a dodržování medicínských priorit při ošetřování. Management zahrnoval vyklizení příjmových míst, aktivaci náhradních prostor, přípravu organizačních boxů a personální posílení urgentních příjmů. Během události byla zdůrazněna nezbytnost přísného dodržování checklistů a jednoznačné komunikace.

Rozsah a charakter poranění: Celkem bylo v KNL ošetřeno 21 pacientů, z toho 10 pacientů na červeném příjmu, 4 pacienti na žlutém příjmu a 7 dětských pacientů na dětské ambulanci. Zdravotní komplikace zahrnovaly široké spektrum poranění typických pro zásah bleskem: přechodná hemiparéza s drobným krvácením do mozku, edém plic, drobné popáleniny, parestezie končetin a elevace hodnot myoglobinu a kreatinkinázy. Všichni pacienti byli hospitalizováni, přičemž 19 bylo propuštěno druhý den.

Personální zajištění: Na SMS nebo hlasové upozornění reagovalo do 15 minut od vyhlášení pohotovosti 352 informovaných zaměstnanců (42 %). Do likvidace mimořádné události bylo zapojeno 32 lékařů a 115 zdravotníků nelékařských profesí včetně 3 laborantů, což představuje adekvátní personální odpověď na rozsah události.

Poučení a optimalizace: Událost přinesla několik významných poznatků pro zlepšení budoucí připravenosti: potřebu ochrany budov a urgentních příjmů před médii, řešení problematiky přetížení webu a krizových linek, vytvoření nových pravidel pro náhradní identifikaci a párování pacientů, úpravu pravidel pro předčasné ukončení traumatologického plánu a optimalizaci postupů pro dětské pacienty.

Závěr: Hromadné neštěstí způsobené bleskem v zámeckém parku v Liberci demonstrovalo vysokou efektivitu traumatologického plánu KNL a připravenost personálu reagovat na mimořádné situace s hromadným postižením osob. Klíčovými faktory úspěchu byly systematický přístup, přesná kategorizace pacientů, efektivní komunikace a jasně definované kompetence jednotlivých členů traumatýmů.

Indikátory kvality pro urgentní příjmy

Pisár M.

Krajská nemocnice T. Bati a.s. Zlín

V rámci urgentní medicíny existují indikátory kvality a výkonu pro zdravotnickou záchrannou službu, které jsou pravidelně zveřejňovány Asociací zdravotních záchranných služeb ČR. Indikátory kvality pro urgentní příjmy jednoznačně stanoveny a definovány nejsou.

Na půdě EUSEM proběhla v posledních letech na toto téma diskuze a bylo vybráno celkem 40 indikátorů. Pomocí Delphi procesu, na kterém participovali klíčoví představitelé evropské společnosti, bylo vybráno 20 z nich k dalšímu zkoumání. V mezidobí dotační titul Ministerstva pro místní rozvoj v rámci výzev IROP 103. až 105. definoval sadu parametrů, které mají pro účely čerpání dotace sloužit ke sledování zvyšování kvality poskytované péče na urgentních příjmech.

Jaký je rozdíl mezi výkonem a kvalitou? Jak tyto parametry souvisí? Není termín indikátor kvality poněkud zavádějící pro komplexní systém, jakým urgentní příjem bezpochyby je? Které z „evropských“ indikátorů jsou relevantní pro ČR a jak mají být definovány, abychom všichni měřili jednu věc? Jaká je role a možnosti nemocničních informačních systémů? Mohou indikátory kvality samy o sobě monitorovat kvalitu a přispívat k jejímu zvyšování?

Od propisky k počítači aneb proč ještě nemáme elektronickou dokumentaci

Bruthans J.

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Zdravotnictví v ČR se potýká z celou řadou systémových problémů, jedním z typických je například stále rostoucí administrativní náročnost, daná především forenzními hledisky a stále větší „emancipací“ pacientů. Zátěž administrativních činností však nadále nesou zdravotničtí pracovníci, ať již lékaři (kteří zůstávají takřka výlučnými nositeli výkonů), tak i nelékařští pracovníci.

Elektronizace může být vhodným způsobem, jak tuto zátěž (a forenzní rizika) snížit, nicméně její zavádění se potýká z celou řadou problémů, ať již finančních (náklady jsou vysoké a kontinuální), tak i organizačních a společenských.

Historicky také elektronizace ve zdravotnictví naráží na celou řadu nevhodných řešení, neboť často nejsou systémy kompatibilní s denní rutinou zdravotnického zařízení (ZZ) či jsou zaváděny různé zcela nekompatibilní systémy které nejen činnosti nezrychlí, ale spíše zdvojí. Velmi symptomatický je také fakt, že chyby jsou často hledány především u uživatelů systémů, málokdy pak u jejich tvůrců či zadavatelů.

Klinický informační systém (KIS) by měl sloužit k dokumentaci léčebně-preventivní činnosti napříč celým lůžkovým ZZ, přičemž musí existovat poměrně odlišné verze KIS, ať již pro ambulantní provoz, standardní lůžková oddělení, jednotky intenzivní péče či pro perioperační provoz. Tyto verze navíc musí být vzájemně provázané.

Velmi specifickým případem je systém pro záznam během anestézie – Anesthesia Information Management System (AIMS), neboť v žádném jiném oboru není nutné zaznamenávat vitální parametry pacienta s pětiminutovou periodicitou. Tento princip byl zaveden již v roce 1895 a od té doby nedoznal příliš podstatných změn. Přestože počet sledovaných parametrů roste a přestože první automatická záznamová zařízení byla představena již před sto lety (Nargraf), nadále v naprosté většině ZZ zaznamenává parametry lékař na příslušný formulář.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze spustila v roce 2022 projekt v rámci programu EU-REACT na zavedení automatizovaného KIS na jednotkách intenzivní péče i operačních sálech. Autor této práce se účastnil projektu po celou jeho dobu, tedy od okamžiku prvních úvah, definice zadání, technického zhodnocení pracoviště, výběrového řízení až po samotnou implementaci, která stále ještě probíhá.

Na základě praktických zkušeností autora lze říci, že všechna zdravotnická zařízení trpí poměrně zásadním infrastrukturním dluhem v oblasti IT, přičemž zavedení automatizovaného KIS klade na infrastrukturu ještě o řád vyšší nároky než ostatní systémy.

Nadále neexistuje jednotný standard pro monitory vitálních funkcí, ventilátory, atd (na rozdíl od zobrazovacích metod a formátu DICOMM). Na českém trhu je také velmi malý výběr z dodavatelů automatizovaných KIS – pomíneme-li vlastní vývoj v rámci IKEMu, jsou k dispozici jen tři komerční možnosti (Metavision, GE Centricity či FONS Enterprise).

I když je důraz kladen na problematiku samotného připojení přístrojů, nemělo by se zapomínat také na otázku uživatelského rozhraní, neboť to ve finále rozhodne, zda bude systém použitelný v praxi.

Zcela zásadní je pak otázka finanční, kdy zavedení automatizovaného systému na jedno lůžko činí cca 250-500 tisíc akvizičních nákladů. Roční provozní náklady po dobu životního cyklu systému jsou pak odhadovány na 20 % akvizičních nákladů – celkový náklad na jedno lůžko tedy za dobu provozu systému přesáhne 1 milion Kč (v současných cenách).

I přes to autor vnímá elektronizaci zdravotnictví jako nezvratný trend a způsob, jak řešit výzvy a problémy zdravotnictví (nejen) v ČR.

Echokardiografie na urgentu nekardiologem

Rennét O.

Oddělení urgentní medicíny, Pardubická nemocnice

S bouřlivým rozvojem point-of-care ultrazvuku (PoCUS) v posledních letech vyvstává potřeba kvalitního tréninku a supervize této metody tak, aby byla reprodukovatelná a pro pacienty bezpečná. Existující protokoly PoCUS srdce jako například FATE nebo FEEL nabízejí možnost základního zobrazení srdce, ale jejich trénink není standardizován. Jednou z možností pro lékaře nekardiologa, jak se standardizovaně vzdělat v limitovaném ultrazvuku srdce, je využít akreditace Level 1 echokardiografie British Society of Echocardiography. Přednáška pojednává o rozsahu vyšetření a požadavcích pro získání této akreditace na základě vlastní zkušenosti autora.

ERAS protokol***Rota V.****Jednotka intenzivní péče chirurgických oborů Krajské nemocnice Liberec, a.s.*

ERAS protokol. Prezentace je zaměřená na stručné představení ERAS protokolu a jeho implementaci do běžné praxe. Nejdříve se zaměřením na historii a obecné zásady, v druhé půlce bude probrán detailnější postup při urgentní laparotomii.

Implementace systému Sedaconda v praxi

Kleinerová S.

Krajská nemocnice Liberec, a.s., CARIM - oddělení intenzivní medicíny

Systém Sedaconda představuje inovativní přístup k sedaci pacientů prostřednictvím inhalační anestezie. Cílem prezentace je přiblížit proces zavádění systému Sedaconda do provozu na oddělení intenzivní medicíny. Pozornost bude věnována indikacím a kontraindikacím inhalační anestezie, technickému vybavení nutnému k jejímu použití a edukaci zdravotnického personálu.

Paliativní pacient na UP*Mrázková L., Vobořilová M., Plachá Hurychová M.**EMERGENCY ÚVN a VFN Praha Střešovice.*

I v prostředí urgentní medicíny se stále častěji setkáváme s pacienty v závěru života nebo s pokročilým onemocněním, kteří by profitovali z paliativního přístupu. Jedná se nejčastěji o pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním, s demencí a dalšími neurodegenerativními onemocněními a konečně o pacienty v pre-terminálním stadiu orgánových selhání.

Důležité je tyto pacienty dobře identifikovat, neboť často nemají prospěch z agresivních a aktivních medicínských postupů, naopak je vhodné léčbu zacílit na kontrolu symptomů a pohodlí nemocného. Jsou k dispozici skórovací nástroje k identifikaci „paliativně relevantního pacienta“ použitelné v rámci zdrav. záchranné služby a na urgentních příjmech.

Při prvním kontaktu zjišťujeme informovanost pacienta a jeho rodiny o onemocnění a prognóze.

V ÚVN pacient identifikovaný jako paliat. relevantní pacient je pomocí systému Micromedicus avizován paliativním týmu. V případě dimise vybavujeme pacienta SOS medikací k řešení předpokládaných symptomů, provedeme zdravotně-sociální šetření, předáme kontakty na terénní služby (ADP, MSPP). Cílem paliativního přístupu k indikovaným nemocným je vyhovění jejich přání, zajistit symptomatickou léčbu a minimalizovat neúčelné transporty do ZZ.

Implementace Brøset Violence Checklistu na urgentním příjmu

Kopecký J., Jindříšek Z.

Oddělení urgentní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s

Prezentace se zabývá aktuální problematikou zajištění bezpečí pacientů a zdravotnického personálu na Oddělení urgentního medicíny v Krajské nemocnici Liberec. Výchozími podklady jsou exaktní data shromážděná v letech 2023–2024, která potvrzují zřetelný nárůst incidentů souvisejících s agresivním chováním pacientů, intoxikacemi a dalšími rizikovými situacemi. V práci jsou detailně popsány psychické, fyzické i profesní dopady násilných incidentů na zdravotníky, včetně rizika syndromu vyhoření a posttraumatické stresové poruchy.

V reakci na eskalaci těchto incidentů byla v roce 2024 implementována komplexní bezpečnostní strategie zahrnující úzkou spolupráci s Policií ČR a právním oddělením nemocnice. Stěžejním nástrojem této strategie je implementace Brøset Violence Checklistu (BVC), nástroje umožňujícího systematickou predikci rizikového chování pacientů. BVC skóre umožňuje zdravotníkům aktivně předvídat a efektivněji řídit potenciálně nebezpečné situace.

Důležitým aspektem nově zavedených opatření je také systematická podpora duševního zdraví personálu formou strukturovaných intervencí jako jsou defusing a debriefing, které prokazatelně snižují riziko dlouhodobých negativních dopadů stresových situací na personál.

Výsledky prvních měsíců od implementace ukazují, že přibližně u 5 % pacientů bylo identifikováno zvýšené riziko agresivního jednání, přičemž u části těchto pacientů bylo během pobytu na oddělení zaznamenáno zhoršení jejich BVC skóre. Prezentace přináší nejen detailní analýzu účinnosti zavedených opatření, ale také poskytuje praktickou inspiraci pro ostatní zdravotnická zařízení, která se potýkají s obdobnými bezpečnostními výzvami.

„UPV a urgent: Když pacient nedýchá, ale my ano!“**Bauštejn M.***Krajská nemocnice Liberec a.s., Fakulta zdravotnických studií - Technická univerzita v Liberci*

Příjetí pacienta na urgentní příjem s potřebou umělé plicní ventilace (UPV) představuje jednu z nejkritičtějších situací v akutní medicíně. Jak správně postupovat od prvního kontaktu s pacientem, jak určit priority péče a na co si dát pozor během péče? Tato přednáška poskytne praktický a strukturovaný přehled klíčových kroků, které zdravotníci musí znát při péči o pacienta se zjištěnými dýchacími cestami na umělé plicní ventilaci, často po KPR, kde není známá příčina stavu.

Zaměříme se na popis postupu péče o takového pacienta na interním urgentním příjmu, kdy ještě víc eplatí pravidlo: nan nic není čas a vše musí být správně a rychle a nic nepodceňuj. Probereme i časté chyby, kritické komplikace (nastávají vždy) a jak s nimi pracovat v reálném čase. Důležitou součástí bude také mezioborová spolupráce na urgentním příjmu – kdo co dělá, jak efektivně komunikovat v týmu a jak si rozdělit úkoly, aby byla péče rychlá, bezpečná a koordinovaná.

Protože i když jde pacientovi o život tak mu zbytečný stres a neodbornost nepomůže a my musíme zůstat v klidu, znát své priority a vědět, co sledovat – protože na každé vteřině záleží!

Přijmout. Vyšetřit. Stabilizovat. Předat. NLZP v první linii akutní péče

Ječmeň J., Tylichová B.

Oddělení urgentní medicíny, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Úvod: Přednáška se zabývá problematikou managementu péče o pacienta s akutní chirurgickou/traumatologickou diagnózou na urgentním příjmu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP).

Cíl: Cílem je ukázat rozsah, strukturu a význam jednotlivých kroků, které nelékařští zdravotničtí pracovníci v rámci akutní péče vykonávají – od převzetí pacienta od zdravotnické záchranné služby, přes zajištění základních životních funkcí, až po přípravu pacienta k urgentnímu operačnímu výkonu.

Metodika: Metodou práce je prezentace kazuistiky, na jejímž základě je detailně popsán průběh ošetrovatelské péče, včetně zadání do systému, vyšetření, odběrů, aplikace léků, zavedení vstupů a realizace diagnostických vyšetření (např. CT, FAST SONO).

Výsledky: Výsledkem je praktická ukázka uplatnění kompetencí NLZP v akutní péči a jejich nezastupitelné role v rámci urgentního příjmu.

Závěr: Přednáška ukazuje, jak je dobře koordinovaný management ze strany NLZP schopný přispět k plynulé stabilizaci pacienta, bezprostřední přípravě k operaci a efektivnímu předání na operační sál

Péče o pacienta na ÚPV v intenzivní péči**Sehnalová J.***Krajská nemocnice Liberec, a.s.**Technická univerzita v Liberci*

Péče o pacienta na umělé plicní ventilaci v prostředí intenzivní péče představuje komplexní a multidisciplinární proces, který vyžaduje vysokou úroveň odbornosti a empatie. Cílem této prezentace je popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienty na ÚPV, zdůraznit klíčové aspekty monitorace vitálních funkcí, zajištění průchodnosti dýchacích cest, prevence komplikací spojených s ventilací, jako je ventilátorová pneumonie, a podporu celkového komfortu pacienta. Součástí péče je také komunikace s pacientem (pokud je možná) a jeho rodinou, edukace a psychologická podpora. Efektivní a individualizovaný přístup k pacientovi na ÚPV může významně ovlivnit délku hospitalizace, průběh rekonvalescence a celkovou prognózu.

Jak se „banalita“ stane „katastrofou“...

Strnadová I.

Jednotka intenzivní péče chirurgických oborů Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Jak již vyplývá z názvu samotné prezentace, ne každá „banální“ diagnóza může ve svém výsledku působit tak „banálně“ jak se zprvu zdá. Z počátku pouze pouhá přítomnost flegmóny, vyskytující se v oblasti krku či levé dolní končetiny. Která v krátkém časovém intervalu, vedla k rozvoji masivní chirurgické „katastrofy“. To je osud dvou pacientů, jejichž průběh léčby bychom Vám ráda představila detailněji. Během krátkého časového intervalu došlo k progresi a zhoršení celkového stavu. Důsledkem čehož, bylo nutné zahájit včasnou a rozsáhlou intenzivní péči doplněnou o multioborovou spolupráci, napříč různými odbornostmi. Ráda bych poukázala také na to, že ačkoliv i přes veškerou snahu a komplexnost péče, došlo u těchto pacientů nakonec k rozdílnému osudu...

Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou sepse na interním JIPU

Stříšková T., Brabcová V.

Jednotka intenzivní péče interních oborů Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Ošetrovatelská péče o pacienta se sepsí na interním JIP představuje klíčový aspekt celkové léčby, tohoto život ohrožujícího stavu. Tato přednáška se zaměřuje na specifické ošetrovatelské intervence, které zahrnují kontinuální monitoraci vitálních funkcí, monitoraci a podporu hemodynamiky, podávání farmakoterapie a včasnou prevenci komplikací. Cílem je stabilizace pacienta, zlepšení jeho prognózy a zvýšení kvality poskytované péče.

Týmová spolupráce pro optimální zvládnutí akutních kardiovaskulárních stavů

Rybář T., Dokulil O.

Koronární jednotka, Kardiovaskulární centrum Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Přednáška pojednává o mezioborové spolupráci mezi oddělením interního urgentního příjmu pro dospělé KNL, a.s. a koronární jednotkou KNL, a.s.

Zabývá se konkrétní kazuistikou pacienta s akutním srdečním selháním, který prošel řetězcem: zdravotnická záchranná služba - urgentní příjem - katetrizační laboratoř - koronární jednotka. Vyzdvihuje důležitost mezioborové spolupráce v rámci rychlého a efektivního zajištění a záchrany pacienta.

Terapeutické krůčky v intenzivní péči**Lišková K.***Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.*

Role psychologa v intenzivní péči zahrnuje mnoho rovin. Jednou z nich je samotný „kontakt“ s pacientem, dále pak práce s rodinou a blízkými osobami a jejich podpora v zátěžové situaci, ale také spolupráce s ostatními kolegy na oddělení ve prospěch pacienta. Jde o velmi jemné krůčky, opatrné a cílené psychotherapeutické intervence, které mají za cíl minimalizaci psychického traumatu, podporu duševní integrity a naděje, vytváření mostu mezi tělem a myslí ve velmi těžké fyzické situaci, zapojení pacienta do procesu uzdravování a jeho cílené zkompetentňování v situaci bezmoci a závislosti na zdravotní péči. Psychologické nástroje jsou mnohé, některé jsou verbální, jiné neverbální, často obě v kombinaci a doprovázené všímavostí vůči jemným projevům pacienta. Důležitá je podpora orientace (místa, času, osoby a dění), pocitu bezpečí a kontaktu (u pacientů v bezvědomí jde o tzv. implicitní komunikaci). U pacienta při vědomí je péče zaměřena na regulaci a stabilizaci emocí (validování prožitků, dechová cvičení, práce s vizualizací, techniky práce s tělem apod.) a bývá doprovázena tzv. psychoedukací (informováním a vysvětlováním, co se děje, co může nastat a proč a co je možné očekávat, jak v procesu u pacienta, tak u jeho blízkých). Nejen samotný kritický stav pacienta, ale také hospitalizace jako taková přispívá k možným extrémním reakcím na stres, součástí péče psychologa je také krizová intervence pomáhající včasné zpracovávat akutní trauma. Psycholog může hrát roli také ve spirituální rovině, a to jako doprovázející osoba, pokud se život nepodaří zachránit (pokud toto nezajišťuje nemocniční kaplan). Pacienti, kteří mají zkušenost s intenzivní péčí, i jejich blízcí se mohou obrátit po propuštění z nemocnice také na Ambulanci postintenzivní péče, kde je větší prostor postupně celou zkušenost zpracovat a zdravěji integrovat do života, pokud je to potřeba. Součástí psychologické práce na oddělení je také podpora personálu, o to cestou zajištění externích supervízií a pravidelných sebezkušenostních workshopů zaměřených na psychohygienu.

Využití dlouhodobých vstupů v přednemocniční péči

Astapenko D.^{1,2,3}

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Hradec Králové¹

Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova²

Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci³

Dlouhodobé vstupy definuje délka jejich zavedení překračující 30 dní. V zásadě se jedná o centrálně nebo periferně zavedené centrální žilní katetry (CICC nebo PICC) nebo systém kompletně implantovaný pod kůži – tzv. port-katetr. Setkáváme se s nimi nejčastěji u onkologických pacientů, dialyzovaných pacientů nebo pacientů s dlouhodobou domácí parenterální výživou. Tyto vstupy lze v přednemocniční péči využívat, zejména v emergentních situacích, jako např. zástava oběhu. Pro jejich správné použití je potřeba mít na paměti, že tyto dlouhodobé vstupy jsou naplněny speciálním roztokem, který zabraňuje jejich trombóze a snižuje riziko vzniku katérové infekce. Tento roztok se nazývá zámek. Při použití vstupu je nutné tento zámek před podáním jakékoli nitrožilní medikace odtáhnout. Obecně by mělo stačit odtáhnout cca 2 ml – dokud neodtahujeme čistou žilní krev. Následně vstup nejprve propláchneme několika ml 0,9 % NaCl, optimálně 10 nebo 20 ml stříkačkou. Pro použití portu je optimální použít speciální portovou jehlu.

Efektivita střednědobých žilních vstupů v intenzivní péči

Šimonová H., Andršová E.

Centrum anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Tato prezentace se zaměřuje na efektivitu střednědobých žilních vstupů, zejména PICC a Midline v rámci intenzivní péče (IP). V posledním desetiletí došlo k významným změnám v oblasti cévních vstupů, a to jak v názvosloví, tak v technologiích a metodách zavádění, přičemž velký důraz je kladen na správnou indikaci a péči o žilní vstupy. V zahraničí byly první PICC týmy zavedeny v 70. letech 20. století a v České republice vznikl první PICC tým v roce 2012. V nemocnici KNL, a.s. byl kanylační tým vytvořen v roce 2022.

Počet střednědobých katetrů zaváděných na odděleních intenzivní péče v KNL, a.s. vykazuje každoročně rostoucí trend. Tento nárůst je doprovázen i prodlužující se délkou jejich ponechání in situ, což svědčí o pečlivějším a efektivnějším zvažování indikací. Tento vývoj zároveň odráží vysokou kvalitu péče o cévní vstupy a pozitivní přínos kanylačního týmu, který se zaměřuje na individuální volbu katétru dle konkrétních potřeb pacienta.

Statistické údaje kanylačního týmu potvrzují, že střednědobé katétry v intenzivní péči – především PICC a Midline – jsou při správné indikaci vysoce efektivní. Výběr vhodného typu katétru se řídí klinickým stavem pacienta, charakterem intravenózní terapie (např. požadavkem na více lumen nebo aplikaci specifických roztoků) a očekávanou délkou léčby. Naše data rovněž ukazují, že důkladné zhodnocení a správná volba cévního přístupu zvyšují komfort pacienta a zároveň snižují riziko komplikací spojených se zaváděním a používáním katetrů.

V závěru prezentace navrhuje schéma pro včasnou identifikaci DIVA pacienta, které může zefektivnit proces rozhodování a přispět k optimalizaci péče o pacienty. Také doporučujeme další vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti žilních vstupů, zejména v použití ultrazvuku při obtížné kanylaci, aby bylo možné co nejefektivněji využívat dostupné technologie a zajistit kvalitní péči.

Od papíru k digitálu: Transformace dokumentace na OIM.

Kleinerová S.

Krajská nemocnice Liberec, a.s., CARIM - oddělení intenzivní medicíny

Elektronická dokumentace představuje moderní nástroj pro záznam, sdílení a správu zdravotnických údajů. Její zavedení přináší nejen vyšší efektivitu a dostupnost informací, ale zároveň klade nové nároky na zdravotnický personál, technické zázemí a organizační nastavení pracoviště. Cílem prezentace je přiblížit proces postupného přechodu z papírové na elektronickou dokumentaci na oddělení intenzivní medicíny. Pozornost bude věnována jednotlivým fázím zavádění, nutným školením, zapojení personálu i technickým a organizačním výzvám, kterým jsme čelili.

Nepál: Medicína v extrémních podmínkách*Tylichová B.¹, Šedová E.²**Oddělení urgentní medicíny, Krajská nemocnice Liberec, a.s.¹**Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2.LF UK, Fakultní nemocnice Mito²*

Úvod: Prostředí s omezenými zdroji přináší specifické výzvy pro zdravotnické pracovníky, zejména v oblasti urgentní a intenzivní péče. Nemocnice Dhulikhel v Nepálu patří k nejlepším v zemi, přesto se potýká s určitými omezeními v oblasti vybavení a infrastruktury.

Cíl: Cílem stáže bylo zmapovat rozdíly v poskytování akutní péče mezi Českou republikou a Nepálem, se zaměřením na systémová a kulturní specifika i vlastní klinickou zkušenost.

Metodika: Klinická stáž v délce dvou a půl měsíce probíhala v nemocnici Dhulikhel a zahrnovala praxi na odděleních urgentního příjmu, pediatrické JIP, interní JIP a dospávacím pokoji. Součástí praxe byly také návštěvy tzv. outreach center, rozhovory s místními zdravotníky a přímé zapojení do péče.

Výsledky: Přednemocniční neodkladná péče v Nepálu prakticky neexistuje. Na urgentním příjmu chybělo základní vybavení jako funkční ruční resuscitační vaky, defibrilátory, ventilátory nebo transportní monitory. Tyto nedostatky zásadně ovlivňovaly kvalitu KPR a monitorace pacientů. Spektrum diagnóz zahrnovalo případy, se kterými se v české praxi téměř nesetkáváme – např. otravy organofosfáty, tetanus nebo lepra. Kulturní specifika, například povinná přítomnost rodiny při hospitalizaci nebo nutnost souhlasu s intubací, ovlivňovala rozhodování v akutních stavech. Přes omezené podmínky byla odhodlanost a vynalézavost místního personálu mimořádná.

Závěr: Tato zkušenost odkryla jak výzvy, tak tvrdou realitu urgentní péče v podmínkách omezených zdrojů a poukázala na zásadní význam dostupnosti zdravotnického vybavení pro záchranu lidských životů. Zdůraznila také potřebu globální podpory, výměnných programů a cílené pomoci pro rozvoj urgentní medicíny ve světě.

Péče o dárce orgánů

Sehnalová J.

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Technická univerzita v Liberci

Péče o dárce orgánů představuje specifickou oblast intenzivní medicíny, která klade vysoké nároky na odborné znalosti, etiku i mezioborovou spolupráci zdravotnického týmu. Cílem této prezentace je popsat klíčové aspekty péče o potenciálního i potvrzeného dárce orgánů, zejména v kontextu udržování hemodynamické stability, prevence orgánového selhání a zajištění optimálních podmínek pro následný odběr orgánů. Cílem efektivní péče je maximalizovat šanci na úspěšnou transplantaci a tím zvýšit kvalitu života příjemců orgánů. Předmětem prezentace budou specifika péče o dárce se smrtí mozku i dárce s nebijícím srdcem.

Specifika zásahu ZZS u domácího a jiného násilí*Chalupová V.**Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, p.o.**Technická univerzita Liberec, Fakulta zdravotnických studií*

Shrnutí práce

Nejen v souvislosti s nově vyšlým zákonem č.78/ 2025 Sb. z 26.února 2025, o domácím násilí a jeho potírání, kterým se mění zákon č.89/ 2012 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, ale i v přímé úměře k nárůstu počtu výjezdů na pacienty atakované domácím násilím, je tento příspěvek věnován právě specifickým péče v PNP. Mezi oběťmi se nacházejí děti, ženy, muži, LGBT komunita a senioři. Násilí se odehrává v domácím prostředí, ale i v institucích. Operátorům ZZS nebývá často na tísňové lince domácí násilí sděleno, proto musí posádky ZZS pečlivě dbát nejen na odběr anamnézy, aby mohly identifikovat Child abuse and neglect syndrom, Shaken baby syndrom, aj. Velkou měrou je i emocionální zátěž, se kterou musí komunikovat s pacienty, aby tito nebyli znovu stigmatizováni a nedošlo u nich k případné sekundární viktimizaci. Během prezentace prosím nefotke, fotky a kazustika jsou /byly/ součástí trestního řízení. Příspěvek též nebude uveden ve sborníku.

Specifika poskytování PNP ve věznicích po 1.4.2025

Felix O.

Zdravotnická zařízení Ministerstva spravedlnosti ČR

Vězeňská služba České republiky přestala k 1.4.2024 poskytovat lůžkovou péči, a to na základě předání této péče státní příspěvkové organizaci Zdravotnická zařízení Ministerstva spravedlnosti (ZZMS). K 31.3.2025 předala Vězeňská služba České republiky na ZZMS i veškerou ambulantní péči o vězněné osoby. Ve své kompetenci si prozatím ponechává pouze pracovní lékařské služby a ochranné léčení.

ZZMS tedy poskytuje lůžkovou a ambulantní péči ve všech vězeňských zařízeních v České republice. Tímto Vězeňská služba ČR formálně přestává poskytovat zdravotní péči vězněným osobám a plně uplatňuje zákon 372/2011 Sb §48 odst. 4 písmeno b) ve znění: „Poskytovatel dále nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče podle odstavce 1, jde-li o pacienta ve výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody nebo umístěného v ústavu pro výkon zabezpečovací detence, jde-li o zdravotní služby, které Vězeňská služba neposkytuje, a to po předchozí domluvě s Vězeňskou službou; to neplatí, jde-li o důvody poskytnutí zdravotních služeb podle odstavce 3“. Tento postup ulehčí ZZS transport a předání pacienta vězněné osoby do nemocnice. Neb vzhledem k této skutečnosti již CPALP nebude moci odmítnout ošetření vězněné osoby a její případnou hospitalizaci.

