



VÝSLEDKY INTENZIVNÍ PÉČE NA RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ KARIM FNOL BĚHEM EPIDEMIE COVID-19

Autoři: Horáková T., Oulehle K. **Školitel:** Axmann K. MUDr

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

ÚVOD:

Péče o pacienty s akutním hypoxemickým respiračním selháním při pneumonii v rámci těžkého průběhu COVID-19 je v ČR dominantně zajišťována na pracovištích oboru anesteziologie a intenzivní medicíny. Jednotky intenzivní péče (JIP) byly v průběhu pandemie vystaveny extrémním nárokům na odbornou, personální a technickou kapacitu.

CÍL:

Zhodnotit následující parametry péče o COVID-19 postižené pacienty na resuscitačním oddělení KARIM FNOL:

- popis demografických charakteristik hospitalizovaných pacientů
- volba a načasování optimální úrovně respirační podpory
- využití podpůrné terapie (remdesivir, rekonvalescentní plasma)
- organizační a etické otázky intenzivní péče (kategorizace, prioritizace a limitace péče, paliativní péče)

METODIKA:

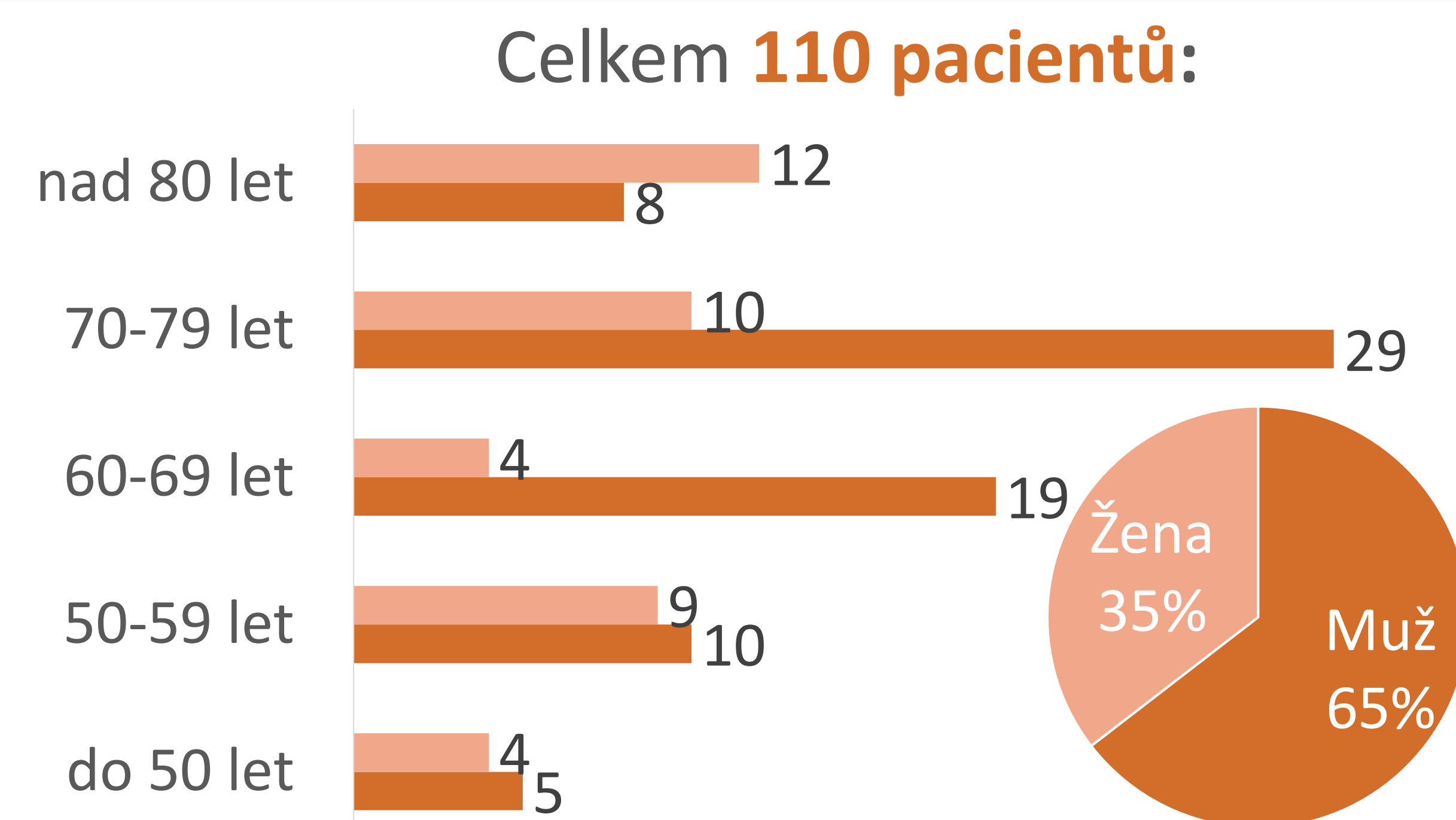
Retrospektivní analýza lékařských záznamů pacientů hospitalizovaných během podzimu 2020 (druhá vlna pandemie) s těžkým průběhem COVID-19 v intenzivní péči ve Fakultní nemocnici Olomouc. Popis bez použití statistických analýz.

VÝSLEDKY:

Intenzivní péče o COVID-19 pacienty byla ve sledovaném období poskytována na 2-4 jednotkách (18-43 lůžek) na všech úrovních intenzivní péče a multiorgánové podpory (od neinvazivní respirační podpory až po resuscitační péči s multiorgánovou mimotělní podporou). Průměrná vytíženost JIP kapacit byla 78 %.

- **46 pacientů (41,8 %) za hospitalizace na KARIM zemřelo.**
 - z toho 36 (81,8 %) v režimu paliativní péče
- **63 pacientů (57,3 %) bylo propuštěno**, a to nejčastěji na jinou JIP.
- Alespoň jednou komorbiditou trpělo 107 pacientů (97,2 %), pro dvě a více komorbidit se léčilo 96 pacientů (87,3 %).
- Ventilováno na UPV bylo 69 (62,7 %) nemocných.
 - průměrná délka této podpory činila 8,8 dnů
- Extrakorporální podpora byla využita u 11 (10 %) pacientů.
 - průměrná délka této podpory byla 10 dní

Graf č. 1: Demografické rozložení hospitalizovaných pacientů

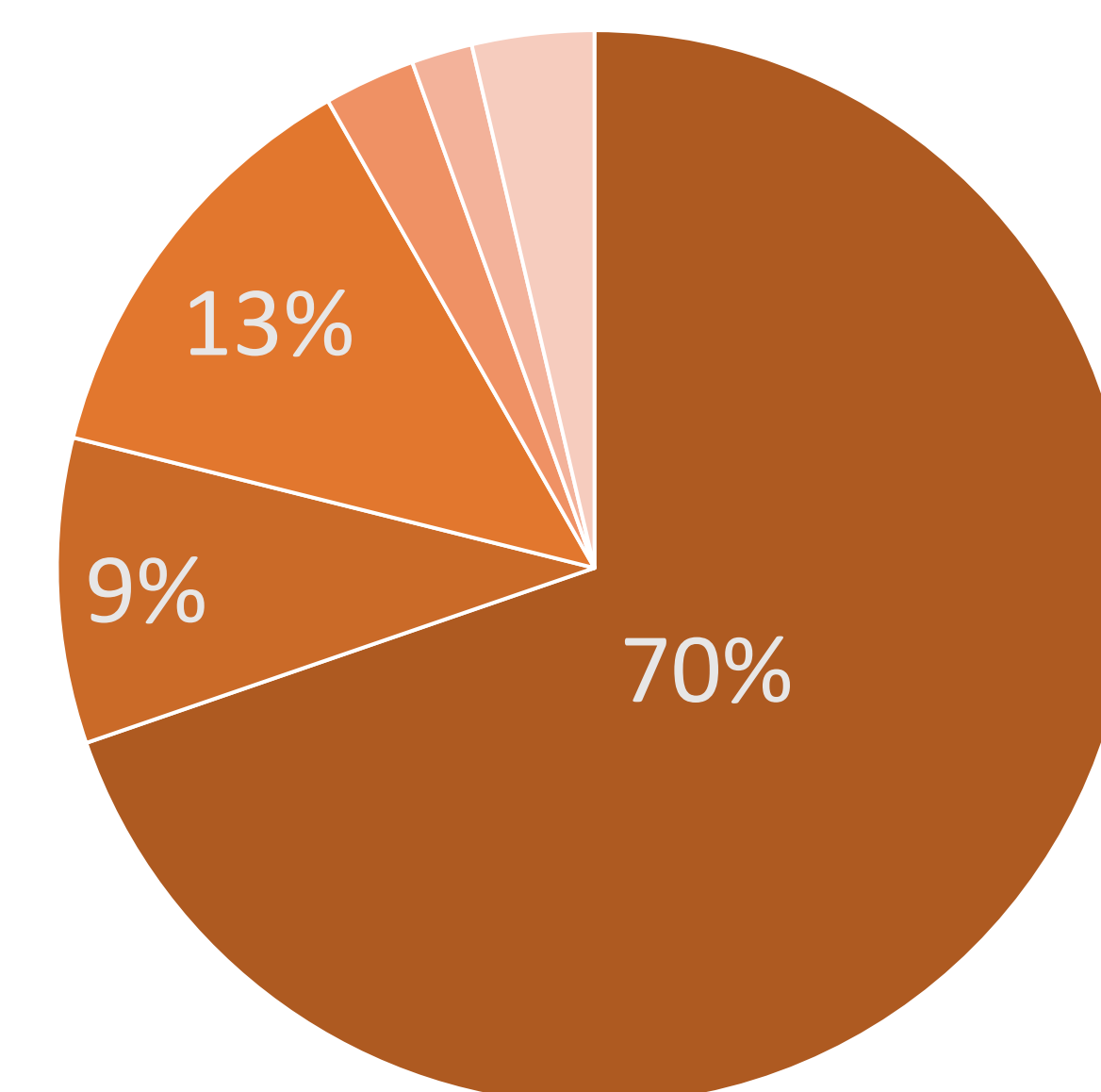


Tabulka č. 1: Četnost komplikujících komorbidit

Komorbidita	Počet	Četnost (%)
Hypertenzní nemoc	89	81 %
Diabetes mellitus	43	39 %
Ischemická choroba srdeční	32	29 %
Obezita BMI > 35	28	25 %
Chronická renální insuficience	23	21 %
Hepatopatie	17	15 %
Chronické srdeční selhání	16	15 %
Aktivní nádorové onemocnění	9	8 %
Chronická obstrukční plicní nemoc	7	6 %

Graf č. 2: Typ příjmu a důvod přijetí

- OUP/ZZS
- Z jiného zařízení (kapacitní důvody)
- Z jiného zařízení (centrová péče)
- JIP FNOL
- Standardní lůžka FNOL
- ECMO indikace



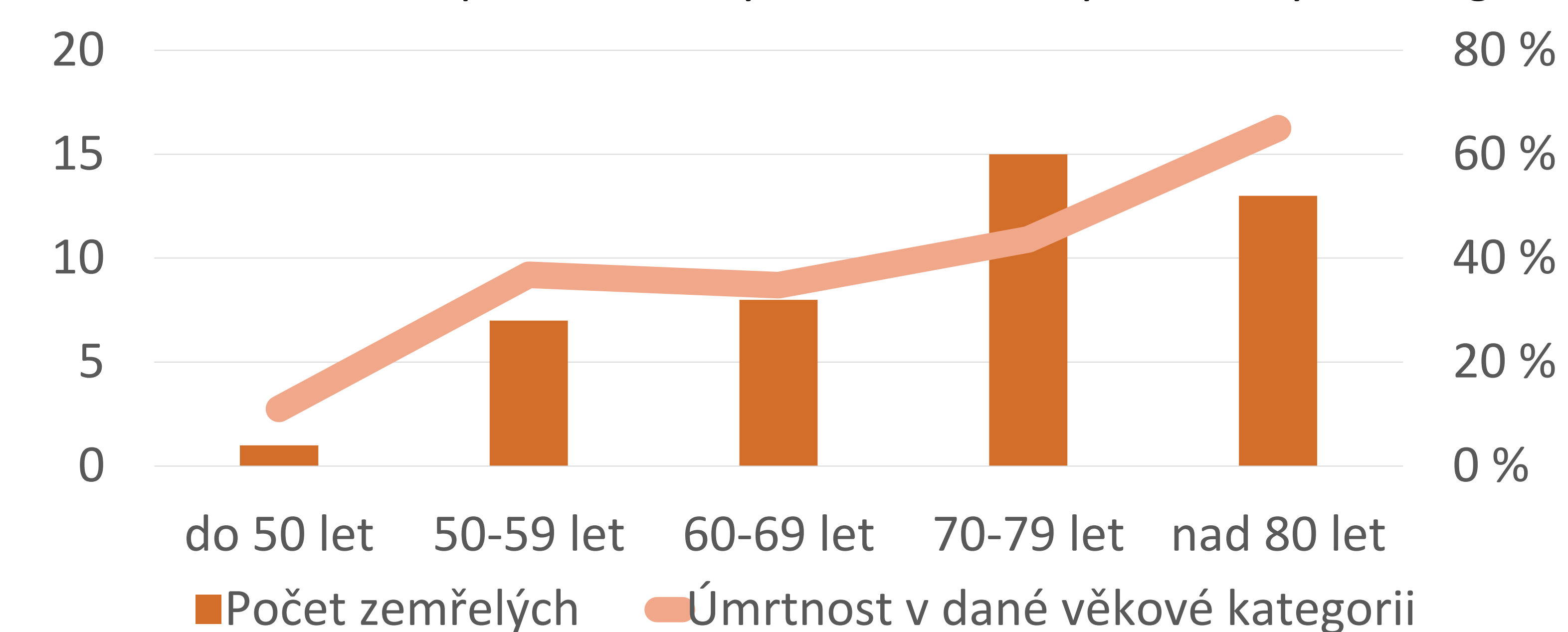
Tabulka č. 2: Nejvyšší dosažená respirační podpora

Nejvyšší podpora	Počet	Zemřelo	Úmrtnost (%)
UPV	69	31	44,9 %
NIV/oxygenoterapie	52	7	13,5 %
ECMO	11	2	18,2 %

Tabulka č. 3: Covid specifická terapie

Covid specifická terapie	Počet
Remdesivir	21
Rekonvalescentní plasma	5
Dexamethazon	52
Bez specifické terapie	30

Graf č. 3: Úmrtnost a počet zemřelých ve sledovaných věkových kategoriích



ZÁVĚR:

Dosahované výsledky intenzivní péče jsou kvalitní a minimálně srovnatelné na republikové, regionální i globální úrovni. Adekvátní úroveň intenzivní péče byla poskytována vždy, když byla shledána indikovanou a smysluplnou bez ohledu na kapacitní limity.

Rozdíly v mortalitě ve skupinách s různou úrovní respirační podpory jsou ovlivněny a zkresleny (režimová opatření vs. přísná indikační kritéria pro ECMO). Zdá se, že oddalování UPV u pacientů s jinak dobrou perspektivou (mladší, bez komorbidit) zhoršuje jejich konečné výsledky.

Podrobnější statistická analýza použitých postupů a dlouhodobých výsledků (mortalita po propuštění z nemocnice, dlouhodobé následky onemocnění) bude předmětem další práce s nasbíranými daty.