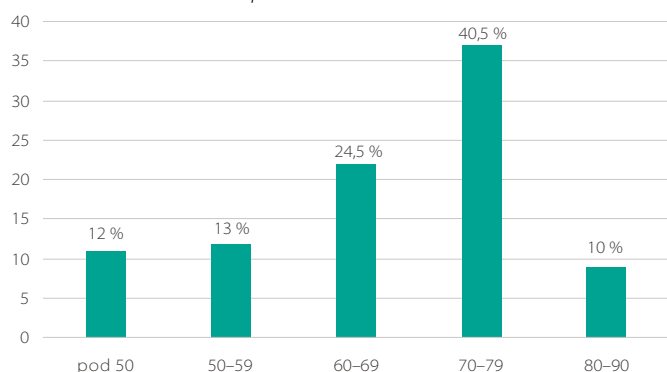


Tab. 1. Charakteristika pacientů přijatých na JIP

Parametr	Všichni (n = 91)	Přeživší (n = 57)	Zemřelí (n = 34)
Věk, průměr	67 (38–88)	63 (38–81)	73 (47–88)
< 50	11 (12 %)	8 (15 %)	3 (9 %)
50–59	12 (13 %)	10 (17 %)	2 (6 %)
60–69	22 (24,5 %)	20 (35 %)	2 (6 %)
70–79	37 (40,5 %)	18 (32 %)	19 (56 %)
80–89	9 (10 %)	1 (2 %)	8 (23 %)
Muži	57 (62 %)	37 (64 %)	20 (58 %)
BMI > 40	10 (11 %)	7 (12 %)	3 (9 %)
BMI 30–40	24 (26 %)	15 (26 %)	9 (26 %)
Hypertenze	56 (61 %)	33 (58 %)	23 (67 %)
Diabetes	35 (38 %)	13 (22 %)	12 (35 %)
CHRI	16 (17,5 %)	8 (14 %)	8 (23 %)
CHOPN	18 (20 %)	11 (19 %)	7 (20 %)
Hematoonkologické onem.	11 (12 %)	5 (9 %)	6 (18 %)
Onkologické onem.	3 (3 %)	0	3 (9 %)
Chemoterapie	2 (2 %)	1 (2 %)	1 (3 %)
Steroidy	15 (16 %)	9 (16 %)	6 (18 %)
Biol. léčba/imunosup.	9 (10 %)	5 (9 %)	4 (12 %)
2 a více komorbidit	30 (33 %)	30 (53 %)	26 (76 %)
Bez komorbidit	9 (10 %)	5 (8 %)	4 (12 %)
D.N.I.	22 (24 %)	4 (7 %)	18 (53 %)
UPV	37 (40 %)	19 (33 %)	16 (47 %)
SOFA při příjmu průměr	3,6 (1–10)	3,19 (1–8)	4,2 (2–10)

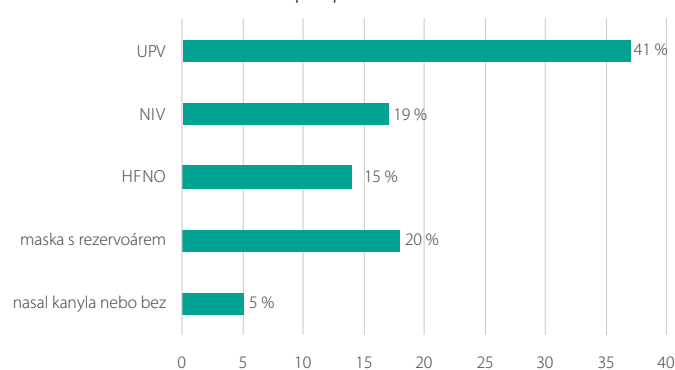
Graf 1. Věkové rozložení pacientů

nemocnice domů. Průměrná doba celkové hospitalizace byla u těchto nemocných 21,9 dne (1–52).

Mortalita

Celkem zemřelo 34 pacientů (37%) z našeho souboru. Jedná se o nemocné, kteří zemřeli během hospitalizace ve Všeobecné fakultní nemocnici, ať už na naší JIP, nebo po překladi na KARIM, jinou JIP nebo na standardní oddělení. Z těchto pacientů mělo 18 (53%) stanovenou limitaci terapie ve smyslu nezahajování invazivní ventilace a stropem ventilační podpory u těchto nemocných bylo HFNO nebo NIV. Z 22 pacientů s touto limitací intenzivní péče přežili pouze 4 (18%), pro které byla dostačující terapie pomocí HFNO.

Pokud jde o věkové rozložení, pak nejvyšší mortalita byla ve věkové skupině 80–90 let (89%). Ve skupině pacientů mladších 50 let byla v našem souboru mortalita překvapivě vysoká (27%), jednalo se ale celkem o 3 pacienty (z toho 2 s hematoonkologickým onemocněním) (Obr. 3).

Graf 2. Maximální ventilační podpora

Onkologičtí pacienti z našeho souboru měli 100% mortalitu, nicméně jednalo se jen o 3 nemocné. Mortalita u dalších skupin pacientů byla 54% u hematoonkologických diagnóz, 50% v případě komorbidity chronické renální insuficience, 41% u nemocných s hypertenzí, s chronickou obstrukční plicní nemocí 38% a s diabetem 34%. U pacientů s 2 a více komorbiditami byla mortalita 46%, u nemocných bez komorbidit 44% (jednalo se ale jen o 4 nemocné vysokého věku) (Obr. 4).

Mortalita pacientů, jejichž stav si vyžádal invazivní umělou plicní ventilaci, byla 43%, a to jak u pacientů, kteří byli v řádu několika dnů po intubaci přeloženi na KARIM, tak u nemocných, kteří zůstali po celou dobu hospitalizace na našem oddělení. Všichni ventilovaní pacienti z našeho souboru, kteří zemřeli, měli limitaci terapie ve smyslu nepřipojování k ECMO. Důvodem limitace byla přidružená onemocnění, celkový stav v předchorobí, věk nebo délka UPV delší než 7 dní.

Soubor obsahuje celkem 91 pacientů. Osud jednoho z pacientů po překladi do jiného zdravotnického zařízení není znám. Pravděpodobnost přežití u pacientů ve skupině bez DNI statusu je signifi-