

Příběhy pacientů NIP v roce 2019

53-letý pacient přijat k následné intenzivní péči z univerzitního pracoviště po prodělaném akutním infarktu myokardu po cca 30min kardiopulmonální resuscitaci pro akutní infarkt myokardu. Infarkt ošetřen zastentováním věnčitých tepen. Přijat na umělé plicní ventilaci, s těžkými následky po předchozím kritickém stavu projevující se oběhovou nestabilitou deficitem mozkové činnosti a výraznou poruchou funkce zažívacího traktu. Postupnou komplexní rehabilitací včetně bazální stimulace se upravily mozkové funkce, speciální dietou se upravila činnost zažívacího traktu. Pacient postupně zmobilizován z lůžka. Propuštěn do domácí péče s domácí péčí charity. Během krátké doby se z něho stal děda na plný úvazek s úplnou úpravou všech orgánových poruch, pro které byl přijat na NIP.



Po zvládnutí mozkové dysfunkce po poměrně dlouhé resuscitaci, postupná stabilizace srdeční činnosti a plném obnovení činnosti zažívacího traktu postupně odpojován od umělé plicní ventilace. Zahájen nácvik samoobslužnosti (jídlo, hygiena).



Následovala mobilizace z lůžka nejprve v chodítku, později s lehkou dopomocí. Stále s tracheostomií s občasnými intervaly odpočinku na dýchacím přístroji, ladění činnosti zažívacího traktu. Z obrázků vyzařuje velmi optimistické ladění pacienta.



Konečně přišel den propuštění do ambulantní péče. Po návratu domů se pacient velmi rychle aklimatizoval a stal se vzorným dědečkem, „na plný úvazek“.

76-letý pacient po operaci v mimotělním oběhu na CKTCH pro akutní srdeční selhání pro ischemii myokardu projevující se nedostatečností dvojčípé a trojčípé chlopně a současně uzávěrem několika věnčitých tepen srdce. V mimotělním oběhu provedena náhrada dvojčípé chlopně a plastika chlopně trojčípé a současně stentování v oblasti věnčitých tepen srdce. V průběhu akutního stavu kardiogenní šok, který dlouho neumožňoval odpojení od mimotělního oběhu. Pro infekční ložisko v levé dolní končetině, musela být ještě provedena amputace v bérce levé dolní končetiny. Po zvládnutí akutního srdečního selhávání-kardiogenního šoku přeložen k následné intenzivní péči na náš NIP. Po dlouhodobém postupném snižování ventilační podpory, mobilizace pacienta musela být velmi opatrná pro nízký srdeční výdej. Po kardiogenním šoku byly zpočátku problémy s funkcí zažívacího traktu. Již prováděna intenzivní Postupně odpojován od ventilátoru, zvyšovány nároky na RHB péči pod pravidelnou kontrolou funkčního vyšetření srdce. Vertikalizace pacienta také limitována hojícím se pahýlem LDK. Nakonec odpojen, zrušena tracheostomie. Propuštěn do domácí péče. Připravována protéza pro levou dolní končetinu. Cca za měsíc nastoupil do RHB ústavu DRO Nový Lískovec. Je plně mobilní, naučil se chodit na protěze.



Úvodní obrázek ještě z CKTCH před přeložením na NIP. Postupné zvyšující zatěžování pacienta spontánním dýcháním. Verikalizace a mobilizace pacienta za bedlivého sledování srdeční výkonnosti na zvyšující se fyzickou zátěž pomocí pravidelného vyšetřování UZ srdce. Speciální dieta pomohla normalizovat funkci zažívacího traktu. Zvertikalizován do stoje o berlích, vzhledem k amputaci bérce LDK využíván k pohybu i invalidní vozík.



Zrušena tracheostomická kanyla pacient propuštěn do domácí péče. Čekal na protézu levého bérce s perspektivou pobytu v DRO Nový Lískovec.



Do DRO v Novém Lískovci nastoupil po vytvoření protézy pro LDK. Na prvním obrázku ještě s chybějící protézou. Zde se naučil na protěze chodit nejprve o francouzských holích, nyní již chodí bez opory. Má nyní velmi dobrou kvalitu života již v kruhu rodinném.

63-letý pacient prodělal těžkou mozkovou příhodu postihující dolní část mozkového kmene. Po příhodě nutná umělá plicní ventilace, porucha vědomí, ochrnutí levé poloviny těla, oslabený organismus prodělal těžké plicní infekce. Přeložen z univerzitního pracoviště na náš NIP k dlouhodobé intenzivní péči. Při zlepšení stav u vědomí zjištěna neschopnost polykání (tzv. dysfagie) a při vypouštění balonku tracheostomické kanyly těžká porucha mluvení (dysathrie). Po dlouhé intenzivní a rehabilitační péči zmobilizován nejprve do sedu na lůžku, postupně odpojován od ventilace, rehabilitace mluvení a polykání. Před propuštěním z NIP cca po 4 měsících schopen chůze s dopomocí, přetrvávala omezená hybnost levé horní končetiny. Původní prognóza zněla: že pacient nikdy nebude chodit s výrazným omezením kvality života - odešel z NIP s pomocí po svých. Za dalších 6 týdnů byl schopen sejít doma 11 schodů jen s oporou manželky.



Pacient postupně odpojován od ventilátoru, nácvik polykání při dysfagii a logopedická korekce výslovnosti. Nejdříve se začala upravovat hemiplegie LDK až do lehké hemiparézy, která umožnila pacienta vertikalizovat do sedu a stoje do chodítka, prováděna el. Stimulace LHK ,se zlepšením hybnosti do těžké hemiparézy. Horní i dolní končetiny procvičovány na motomedu. Odpojen od umělé plicní ventilace, zrušena tracheostomická kanyla po úpravě polykání. Vertikalizován z lůžka do chodítka po výrazném zlepšení hybnosti levé dolní končetiny



Propuštěn do domácí péče-schopen stoje i chůze s oporou, samoobslužnost PHK. Připravován na RHB pobyt v DRO Novém Lískovci



Po měsíci pobytu v domácím prostředí je pacient schopen s dohledem manželky sejít 11 schodů. Nyní se zlepšuje hybnost i levé horní končetiny.

Naši „francouzští mušketýři“

pacienti s tzv. polyradikuloneuritidou, onemocněním nazývaném někdy vzestupná Landryho obrna podle lékaře – objevitele v 18. století. Tuto chorobu popsali podrobně medicínsky francouzští lékaři Guillian a Baré r. 1916 -projevující se po nejrůznějších i banálních infektech ochrnutím svalstva celého těla včetně dýchacího, vyžadující obvykle dlouhou intenzivní péči při selhávání jednotlivých orgánů a systémů a velmi dlouhou intenzivní péči rehabilitační, než se obnoví činnost vedení v postižených nervech. Na počátku onemocnění je provedena eliminace toxinů aplikací imunoglobulinů, které toxiny vychytávají, nebo čištěním plasmy tzv. plazmaferézou. Výskyt tohoto onemocnění se udává 1: milionu, tedy v ČR by mělo být aktuálně cca 10 pacientů s touto diagnózou.

Jen na našem oddělení léčíme a léčili jsme v tomto roce 4 pacienty s touto diagnózou. Jeden už si užívá domácí péče, další dva podstupují úspěšně dlouhodobou a náročnou péči a jeden z nich se již chystá do domácí péče.

63-letý pacient po banální infekci byl postižen tímto onemocněním při přijetí prakticky nehybné končetiny, závislý na umělé plicní ventilaci, problémy s polykáním, problémy se zažíváním-velmi zpomalená funkce zažívacího traktu. Z předchorobí ještě s onemocněním srdce po akutním infarktu myokardu. Po dlouhodobé intenzivní péči s postupným návratem svalových funkcí postupně odpojen od umělé plicní ventilace a postupně se mobilizoval nejprve na lůžku s nácvikem postupné samoobslužnosti a nakonec zmobilizován do stoje a chůze nejprve v chodítku. Nyní je již v domácí péči s postupnou úpravou kvality života. Na podzim se zúčastnil již aktivně vinobraní, nyní ujde 3,5 km na procházce se psem a chystá se odložit poslední pomocný nástroj pro chůzi - francouzskou hůl....



Po dlouhém období nácviku polykání, odvykání od umělé plicní ventilace, postupné mobilizaci do chodítka, nacvičována samoobslužnost v jídlu a hygieně.



Konečně přišel den propuštění do domácí péče. Pacient začínal chodit bez chodítka, jen s dohledem.



Měsíc po propuštění se aktivně zapojil do vinobraní, nyní ujde 3,5 km s francouzskou holí při procházkách se psem a chystá se odložit francouzskou hůl.

Další 2 francouzští mušketýři absolvují dlouhodobý léčebný proces, který přirovnáváme k maratonskému běhu po kolenou - první začíná trénovat samoobslužnost horních končetin při přesunu do křesla a jejich kompletní příběhy budou též perspektivně součástí našich webových stránek jako samostatné příběhy.



Úspěšné odpojování od umělé plicní ventilace, zvládnutí polykání, zlepšování hybnosti končetin a nácvik jejich dovednosti včetně nácviku samoobslužnosti v jídle



Druhý

– druhý úspěšně odpojen od umělé plicní ventilace, zvládá polykání a mobilizaci z lůžka do chodítka. Již vynikající samoobslužnost v jídle. Doma již čeká ušák, ovladač na TV, vypůjčené chodítko a další rehabilitační pomůcky a také motomed.

Život nás dokáže zaskočit do kruté reality, dané nečekaným úrazem, onemocněním a teprve potom si člověk uvědomí, že v pohádkovém vztahu ještě něco chybí do tradičního naplnění pojmu rodina. I v podmínkách následné intenzivní péče hledáme možnosti jak tyto skutečnosti naplnit. Umístění naší NIP v krásném přírodním prostředí Vysočiny je předurčeno plnit nejtajnější přání našich pacientů. A ukazuje se, jak dokáže neuvěřitelně pozitivně působit na psychiku pacienta dlouho odkládaný svatební obřad.

Svatba na NIP jako nejkrásnější způsob bazální stimulace

Bazální stimulace je soubor metod umožňující – usnadňující návrat v tomto případě chronicky nemocného pacienta – jeho psychických a i fyzických funkcí zpět k životu, vždy alespoň do kvality, které onemocnění umožňuje.

Svatba pacienta v následné intenzivní péči jako silný pozitivní stimul v komplikované léčbě

45-letý pacient s náhlým prudkým rozvojem neurologických příznaků s akutním ochrnutím všech končetin s příznaky těžkého srdečního selhání. Diagnostikován velký trombus v levé komoře srdeční, jehož úlomy způsobily ochrnutí končetin při uzavěru cév a současně výduť stěny levé komory, k tomu ještě akutní infarkt. Překlad na CKTCH. V mimotělním oběhu odstraněn trombus z levé komory, zresekována výduť levé komory a infarktem postižená věnčitá tepna nahrazena cévní protézou. Pro těžké srdeční selhávání velmi obtížně odpojován od mimotělního oběhu, srdeční výkonnost levé komory zpočátku okolo 10-12% normálních hodnot.

Na následnou intenzivní péči přijat s mnohoorgánovým selháváním, nutná podpora srdce, selhávání jater, výrazné snížení činnosti ledvin, nefungující zažívací trakt. Výživa nutná cestou žilního systému. Do toho ještě opakované plicní embolizace. Pacient zcela psychicky odevzdaný-apatický.

Po zjištění rodinné situace – pac. žije s přítelkyní na „psí knížku“ s 5 dětmi: nějak se nestihli oženit a vdát. S velkým úsilím se dařilo postupně zlepšovat funkce selhávajících orgánů, jen těžká apatie zůstávala. Rozhodli jsme se ho léčit – nejenom léky, ale i - svatbou. Pacient souhlasil a... nastala neuvěřitelná proměna: obrovský zájem pacienta o svůj zdravotní stav a také o chystanou svatbu. Cca po 6 týdnech se celkový kritický stav natolik stabilizoval, že jsme přistoupili k předsvatební přípravě-prstýnky, kravata oblečení, svatební hosté- neuvěřitelná proměna psychiky pacienta. To vše ještě stále na dýchacím přístroji s tracheostomickou kanylou. Využili jsme příznivých podmínek umístění naší NIP uprostřed nádherného parku a při příznivém počasí se zde i svatba uskutečnila -na dýchacím přístroji. Oddávajícím byl starosta obce Velké Meziříčí, hosté přítomni tak, jak si novomanželé přáli. Vzhledem ke svatbě mimo oddělení mohly být přítomny i společné nezletilé děti. Viděl jsem okolo sebe během svatebního obřadu mnoho vlhkých očí. Pacienta jsme místo Petře od té doby oslovovali ženichu.



Pacient po těžkém kardiokirurgickém zákroku v těžké depresi se prakticky ze dne na den psychicky zlepšil s perspektivou svatby. Přípravné období před svatbou bylo velmi klinicky složité se selháváním jater a ledvin a téměř nefunkčním zažívacím traktem s nízkým srdečním výdejem. Do termínu svatby se podařilo pacienta vcelku klinicky stabilizovat.



Ve svatební den byl oblečen do slavnostního svatebního obleku a s dýchacím přístrojem převezen před NIP tak, aby se mohli zúčastnit všichni svatebčané včetně dětí.



Novomanželka byla pacientovi velkou oporou, „svatební noc“ proseděla u lůžka pacienta. Novomanželé byli v denním kontaktu buď návštěvami, nebo alespoň přes internet. Celou dobu jsme si byli vědomi závažnosti zdravotního stavu. Usměvavý pacient se stále přenášel přes opakující se komplikace zdravotního stavu související s velmi chatrným srdečním svalem. Těžké onemocnění si vybralo svou daň a pacient 2 měsíce po svatebním obřadu zemřel na srdeční selhání. Zemřel již jako hlava velké rodiny s 5 dětmi. A my jsme se snažili přispět k jeho alespoň krátkému štěstíčku v jeho pohnutém závěru života - opět s vlhkýma očima.....

Svatba jako psychická podpora těžce nemocného pacienta v následné intenzivní péči II

35-letý pacient utrpěl těžký úraz krční páteře na ostrově Bali s ochrnutím všech 4 končetin. Převezen letecky do Řecka, kde provedena stabilizace krční páteře dlahami a šrouby. Poté repatriován do ČR, kde v univerzitní nemocnici dořešeny některé technické problémy tohoto zranění. Následně přeložen na naší NIP k následné intenzivní péči s perspektivou odpojení od dýchacího přístroje a po zrušení tracheostomie plánován překlad na Spinální jednotku a poté dále do RHB ústavu. Úplná nehybnost končetin úplná závislost na ošetrovatelské péči a závislost na dostupnosti dýchacího přístroje. Tyto skutečnosti se vždy promítají do psychiky nemocného. K tomu nedořešené rodinné poměry, firma – s přítelkyní má 7-letého chlapce, který těžko chápe, že maminka má jiné příjmení.

Rozhodli jsme se pomoci nejen stabilizovat rodinné poměry, ale i výrazně zlepšit psychický stav pacienta. Už při domluvách o podrobnostech svatby nastal neuvěřitelný obrat v psychickém stavu pacienta. Nadšení bylo patrné na všech zúčastněných – budoucím manželském páru, ale nejvíce na malém chlapci: „maminko už budeš moje maminka!“ Chmury a deprese vymizely při plánech svatby, pacient se stal usměvavým. Svatba proběhla v parku před naším oddělením. Detailní pohled do obličeje šťastného pacienta hovoří za všechno.....



Využili jsme dočasnou odpojitelnost pacienta od umělé plicní ventilace, oblečen do svatebního obleku. Svatební obřad proběhl mimo NIP, aby se mohli zúčastnit svatební hosté a hlavně syn, který vzhledem k věku nemá přístup na NIP. Pozdní podzim v době obřadu nás donutil ke speciálním opatřením proti chladu....



Početná rodina přišla podpořit novomanžele v tento sváteční den.



Svatba velmi příznivě ovlivnila psychiku pacienta, z těžkých depresí daných klinickým stavem s minimální medikací – sedací, je prakticky trvale pozitivně naladěný.