



**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE**



**1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA**
Univerzita Karlova

Jak je důležité mít plán

Pavλίna Nosková
KARIM VFN a 1. LF UK Praha

XVII. Konference AKUTNĚ.CZ

4. 10. 2025



**Znamé
obtížné zajištění DC**

VFN 2024/25



NEJDŮLEŽITĚJŠÍ JSOU VČASNÉ INFORMACE A PŘÍPRAVA PLÁNU SPOLEČNĚ S PORODNÍKEM



Role anesteziologa

- Předanestetické vyšetření s výrazným předstihem
- Edukace o postupu PSC ale i ASC !
- Informace všem svým kolegům





Kazuistika 1: Goldenharův syndrom

Hemifasciální mikrosomie a mandibulární hypoplasie

BACKGROUND

- * RARE CONGENITAL CONDITION
- * ABNORMAL DEVELOPMENT of FACE, EARS, & VERTEBRAE
- * MOST SEVERE of the OCULO-AURICULO-VERTEBRAL SPECTRUM DISORDERS



SIGNS & SYMPTOMS

- * CLEFT PALATE
- * CLEFT LIP
- * SLEEP APNEA
- * DENTAL ABNORMALITIES
- * EXTERNAL EAR ABNORMALITIES
- * SCOLIOSIS
- * ARNOLD-CHIARI MALFORMATION
- * CONGENITAL HEART DEFECTS
- * KIDNEY ANOMALIES



Obtížné zajištění dýchacích cest



Obtížná neuroaxiální blokáda



Kardiální komplikace



orphan^anesthesia

Doporučení pro vedení anestezie u **Goldenharova syndromu**

Název nemoci: Goldenharův syndrom

ICD 10: Q87.0

Synonyma: okuloaurikulovertebrální syndrom (OAV syndrom - Oculo-Auriculo-Vertebral), facioaurikulovertebrální syndrom, Goldenharův-Gorlinův syndrom

V roce 1952 Maurice Goldenhar publikoval sbírku případů vrozených mandibulo-faciálních malformací s nebo bez epibulumárními dermoidy, aurikulárními přívěsky a aurikulárními píštělemi. Ve snaze systematicky klasifikovat tyto malformace poprvé popsal to, co později vešlo ve známost jako Goldenharův syndrom.

Zvláštní příprava na zajištění dýchacích cest

Zásadní důležitost u pacientů s Goldenharovým syndromem je předpokládaný management obtížného zajištění dýchacích cest. V roce 1998 Sculerati popsal přehled pacientů s velkými kostními kraniofaciálními anomáliemi, které zahrnovaly 41 pacientů s okuloaurikulovertebrální sekvencí. Z nich 9 pacientů (22 %) vyžadovalo peroperační chirurgické zajištění dýchacích cest.

Podrobná anamnéza a předoperační vyšetření dýchacích cest jsou zcela zásadní. Vyšetření by mělo zahrnovat hodnocení rozsahu otevírání úst, velikosti jazyka, stavu dentice, tvaru patra a mandibuly, intraorální měkké tkáně jako jsou nosní mandle nebo vyčnívající tonsily a rozsah pohybu krku.

Možná obtížná ventilace obličejovou maskou, obtížná laryngoskopie a obtížná intubace by měly být předpokládány a dopředu naplánovány. Individuálně navržený algoritmus obtížného zajištění dýchacích cest by měl být předem naplánován a sdělen všem, kteří se na péči o pacienta podílejí. Pomůcky k zajištění dýchacích cest, včetně supraglotických pomůcek a adekvátně velké pomůcky k fibrooptickému zajištění dýchacích cest by měly být snadno dostupné. V některých případech obtížného zajištění dýchacích cest se jako užitečný osvědčil videolaryngoskop. Vybavení a odborník k chirurgickému zajištění dýchacích cest by měli být k dispozici.





Předanesthetické vyšetření

PŘEDANESTETICKÉ VYŠETŘENÍ:

Termín operace: plán SC 24.10.25, hospitalizace na rizikovém odd od 21.10.

Operační dg/ operační výkon: Grav hebd 35+2 (7.10.) SC

Výška: 169 cm **Váha:** 61/68 kg **TK:** 120/80 mmHg **P:** 70 /min

Riziko obtížné intubace: VELKÉ

Objektivní nález k OTI: otevře ústa na 3 cm, kraniomaxilární dysmorfie

Alergie: 0

CAVE: obtížné zajištění DC - OTI USA -fibroskop, OTI Japonsko bez fibro, specialista na DC
domluva s prof. Michálkem, na PSC prf. Michálek, akutní výkony -vždy supervizor s fibroskopem
dop prof. Kautzner při tachykardii: 1. volba adenosin (dostupný n aJIP gyn), ev bb

VÝZNAMNÁ ANAMNÉZA:

ASA: 3

Goldenharův syndrom

st. po 11 operacích obličeje (Japonsko, USA) 2014-2018

stp. p. RFA pro tachykardie 5x , t.č. v péči IKEM (prof. Kautzner), t.č. sinus

CML v remisi , t.č. Pegasys s.c.

**záda - skoliosa Thp, LSp dobře hmatné trny i prostory
dysmorfie levé duhovky**

Významné operace: plastické operace obličeje

Předchozí anestezie: CA + specialista na zajištění DC

Riziko PONV: 0

Chronická medikace: Inhixa 0,4 ml 20,00

Půjde RA?



1.ARO kontakt 34.tý
2.ARO vyš 35.tý
posun PSC o 2 tý



Přítomnost specialisty na obtížné zajištění DC





PSC v 37. týdnu (příjem 2 dny před)

- Volba anestezie: **EPI s katetrem**
- Katetr ponechán 48 hod
- Záložní plán: specialista na DC
- Komplikace u SC: ne
- Dimise za 4 dny

SEINDUKČNÍ VYŠETŘENÍ: Stav pacienta se shoduje s anesteziologickým vyšetřením ☒ ANO ☐ NE (pokud není, prosím uvést v poznámce)

VEDOMÍ ☒ Formální ☐ GCS ☐ OSĚHOVÁNÍ ☒ stabilní ☐ nestabilní DÝCHANÍ ☒ spontánně ☐ dyspnoe ☐ LUPV

REGIONÁLNÍ ANESTEZIE ☒ Katetr

Pokyny: ☒ K ☐ J ☐ B ☐ W ☐ A ☐ M ☐ K ☐ L ☐ P ☐ S ☐ T ☐ R ☐ Q ☐ O ☐ N ☐ M ☐ L ☐ K ☐ J ☐ I ☐ H ☐ G ☐ F ☐ E ☐ D ☐ C ☐ B ☐ A

Test katétru: ☒ OK ☐ NEOK

Applikační: 17.05.2024 21.00 Katetr + 0.4 PERMANENT 100

Bez +

INFUSE:

① PLAINACTIV 1000 mg

② PLAINACTIV 1000 mg + 0.4 PERMANENT 100

Mo: Etand

Krevní srážlivost: Pouze

PŘÍJEM KRYSTALID: 1200 ml

TX: 11.06.2024 14.00 500 mg 100 mg 100 mg

pacientů převzatých: 1200 ml

MDr. Pavla Nosková, Ph.D. 1363

ANESTEZIOLOGA:



Kazuistika 2: TMK + trombocytopenie

ANTICIPATED DIFFICULT AIRWAY AND THROMBOCYTOPENIA IN AN OBSTETRIC PATIENT UNDERGOING CESAREAN SECTION: A CASE REPORT

Klára Králová¹, Pavlína Nosková¹

¹General University Hospital in Prague, Department of Anaesthesiology and Intensive Care, First Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

euro
anaes
thesia
2025

L
L I S
BON

25 • 27
MAY



FIRST FACULTY
OF MEDICINE
Charles University



GENERAL UNIVERSITY
HOSPITAL IN PRAGUE

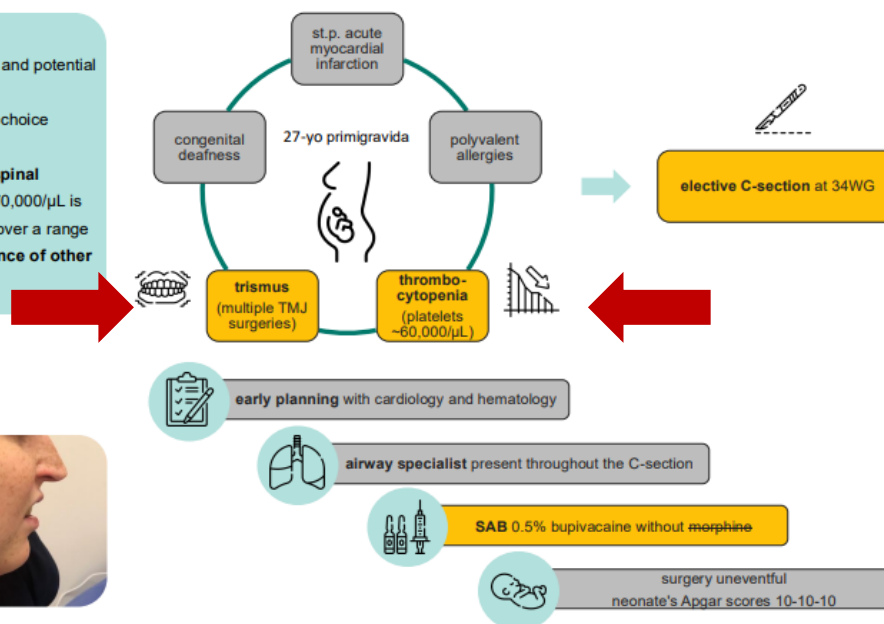
Background

- Anesthetic management is challenging due to **pregnancy-related airway changes** and potential for **urgent** cesarean sections¹.
- Thrombocytopenia** further complicates the choice of neuraxial anesthesia.
- Current evidence suggests that the **risk of spinal epidural hematoma** with a platelet count $\geq 70,000/\mu\text{L}$ is likely to be **very low** in the obstetric patient over a range of thrombocytopenia diagnoses **in the absence of other risk factors**².



Figure 1.2: Maximum mouth opening.

Case report



Discussion

- Anesthetic planning for cesarean delivery in a high-risk patient requires **careful consideration of physiological and situational factors**.
- Elective cesarean allowed for preparation, but emergency readiness was essential.
- Due to **airway management limitations** – inability to use supraglottic devices, uncertain awake intubation – we preferred **neuraxial anesthesia**, accepting lower platelet counts as there were no bleeding symptoms present.

Learning points

- What contributes in complex cases to a **safe outcome**?
 - early recognition of high-risk patients
 - multidisciplinary teamwork
 - antenatal planning** – have a plan for emergency C-section as well



Předanestetické vyšetření

PŘEDANESTETICKÉ VYŠETŘENÍ:

Termín operace: PSC 4.11.2024

Výška: 173 cm **Váha:** 70/60 kg

Riziko obtížné intubace: VELKÉ

Objektivní nález k OTI: viz OA

Alergie: Alergie léky - PNC, Cefararolnin, TTC, Ascorutin, Betadine, Ibalgin, Zolof, Mesocain, Velafaxin, Latex
Alergie potraviny – celá řada + soja
Alergie ostatní - Platina, měď, titan, vanad, cín, aladium, rtuť, nikl,

CAVE: OTI a AA, MÁ IV PORT

VÝZNAMNÁ ANAMNÉZA:

ASA:3

OA:

- od dětství vrozená hluchota

09/2012 luxace TMK bilat., provedena manuální repozice, od té doby hypomobilita TMK bilat. bez ankylotických změn, nemožnost otevírat ústa, RHB bez efektu

12/2013 koronoidektomie bilat.

07/2014 eminektomie bilat.

07/2014 lehká hypothyroxinemie s norm. nálezem na štítné žláze, th. jodid

05/2015 resekce kloubních hlav bilat. a cervicocapit. náhrady

08/2017 TEP TMK bilat., následně nutnost explantace, zvažován další výkon

vrozená těžká nedoslýchavost bilat. symetrická percep., oboustranná praktická hluchota 11/2018

trombocytopenie - provedenými vyšetřeními (sternální punkce, trepanobiopsie) neprokázána prim. hematolog. choroba, neprokázána koagulopatie, norm. karyotyp, hypochromní mikrocytární anémie - progres 8/2018-

podána 1 EM, intolerance perorálních i parenterálních prep. Fe

atopický ekzém - od 3/2020 i biologická léčba

asthma bronchiale

2020 - AIM - dle SKG spontánní disekce RIA, dle MR

3/2016 zavedení PEG, extrakce PEGu 2/2018, poté perzistující píštěl, chir. revize a uzávěr 6/2018 1.CHK, nyní dlouhodobá domácí parenterální výživa - v péči IV. interní kliniky

- varianta genu TCIRG1 - asociace s AR osteopetrozou typu 1 (narušení schopnosti osteoklastů reabsorbovat kostní tkáň)

ECHO 25.10.2024: Levá komora je nezvětšená, není hypertrofická, patrně je menší aneurysma hrotu bez zjevné trombózy s akineziou až dyskineziou, dále hypokineza apikálního segmentu anterosepta a lehce též apikálního segmentu přední stěny. Celková systolická funkce je ale zachovalá s EF 56 %. Diastolická funkce se jeví normální, akt. plnicí tlaky nejsou přesvědčivě navýšeny.

4.10: konzultace: ARO Prof. Michálek a CHIR MUDr. Konečná stran požitého materiálu a desinfekce u plánovaného výkonu. Zá: byl užit standardní šicí materiál po premedikaci (Solumedrol + Dithiaden). CAVE: Rukavice a Foley nutno bez latexu. Desinfekce neužívat Betadine (spíše Octenisept)

Laboratorní vyšetření: KO viz Medea den před výkonem

Významné patologické nálezy: **trombo 76-79**

Plán po konziliu s porodníky (dr. Vojtěch) plánovaný SC v 34. tý gravidity, ASC kdykoli.

V minulosti opakovaně operována na stomatochirurgii VFN, zajištění DC Istvan Darasz a prof. Michálek, NTI obtížně-má neprůchodný jeden otvor a vzhledem ke graviditě rizikové. Po relaxaci videolaryngoskopie.

Preference RA-jednoznačně vzhledem k trombo SAB, při nižších hodnotách princip risk/benefit, v minulosti prošla chir, kde SAB bez problémů.

preferenze Života matky, porodníci informováni

po domluvě s MUDr. Tomášem Brožkem vždy k SC volat ad RES nebo supervisora, nezačínat bez jeho přítomnosti a při potížích se SAB, zkusit EPI risk/benefit, pokus o video, ev při neúspěchu rovnou BACT Vzhledem k somatotypu by byla i ev možnost ventilace maskou, pokud bude lačná

VOLBA ANESTEZIE: (EPIDURÁLNÍ DLE TROMBO)- SAB BEZ MORFINU VZHLEDEM K AA,, NELZE MESOCAIN K LA





PSC v týdnu 34+3 (rizikové odd od 32.tý)

- Volba anestezie: primárně **SAB bez morfinu**, ev EPI risk/benefit
- Záložní plán: specialista na DC →
pokus o videolaryngoskopii po relaxaci
při selhání BACT (pacientka poučena)
ev ventilace maskou (pokud bude lačná)
- Komplikace u SC: ne
- Dimise: 2 týdny hospitalizace (nutrice, cefalea ještě před SC
po podání steroidů, vyloučena i trombóza žilních splavů)

trombocyty
61



Kazuistika 3: Stenóza trachey I

- Info od porodníka v 31. týdnu po kontrole → ad nemocniční systém

Hematologie

OA:

11/24 trvající kompletní remise

Primární mediastinální B-lymfom - dg. 3.1.2020 - (expanze odtlačující plicnici, tracheu a bronchy, obturující HDŽ, trombóza v. brachiocephaliky bilat., obrůstající aortu asc. a odstupy supraaortálních tepen, masivní kolateralizace v. azygos, dle PET/CT infiltrace plic, perikardu, pleury, ledvin bilat.), KS IVA, IPI 2, CNS IPI 4, KD negat.

Syndrom horní duté žíly - zavedení stentu 30.12. - na plné antikoagulaci

st.p. 6x R-CHOEP od 27.1., 18.2., 10.3.2020, 31.3., 28.4., 19.5.20

st.p. vmezeřeném cyklu HD-MTX (3,5g/m²) od 14.4.2020 (součást 4.c.) a 9.6. MTX 2g/m², (součást 6.c.)

Plicní 1

Epikríza:

Mediastinální lymfom po léčbě, v remisi, vstupně obstrukce VCD, stentáž HDŽ 12/2019

12/23 CT krku a hrudníku- v krátkém úseku cirkulární užší lumen začátku trachey subgloticky. Bronchoskopicky byla patrná Komplexní vazivová stenóza trachey 1.5 cm pod vazy na 40% normy v délce 2 cm MUDr. [] byla doporučena bronchoskopická intervence, kterou ale pacientka odmítla a preferovala sledování, na další kontrolní BRSK se ale již nedostavila !



- Telefonický kontakt a domluva na okamžité kontrole na plicním před vyšetřením anesteziologa



Předanestetické vyšetření

Plicní 2 aktuální

Závěr:

Komplexní vazivová stenóza trachey 1.5 cm pod vazy na 40% normy v délce 2 cm dle BRSK 12/23

CT 12/23 cirkulární užší lumen v začátku trachey subsubgloticky, v úseku dlouhém cca 8 mm, nejmenší průsvit lumen 6 x 8 mm.

Pacientce byla doporučena 12/23 bronchoskopická intervence, které ale nakloněna nebyla, preferovala sledování, další BRSK již nepodstoupila

Intermitentní dušnost (datováno již od 12/19)

Vysoké uložení pravé klenby brániční, stacionárně oproti 13/5/2022. Plicní parenchym bez ložiskových změn, bez konsolidací.

Doporučení:

Částečné zhoršení ventilačních parametrů a dušnosti bude nejspíše na vrub pokročilého těhotenství. Pacientka je normosaturovaná, běžnou fyz. aktivitu zvládá, vyjde 3 patra.

Z plicního hlediska doporučuji plánovaný porod sekci. Je potřeba se ev. připravit na obtížnější intubaci.

Preventivní tracheostomie t.č. indikována není.

Toleruje polohu na zádech!

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE KARIM U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 IČ: 00064165, tel.: 224 961 111 Formulář F-KARIM-058 strana 1 z 2 verze 2025.1		Číslo záznamu / operaci sál:	
ANESTEZIOLOGICKÝ ZÁZNAM		199 757	
výška (cm) 170	váha (kg) 48/89	ASA IV	Riziko obtížné intubace: nízké - střední - vysoké
diagnóza	Pneum. a HTA - VDEB 2. STADIUM		
operativní výkon	P. S. C.		
anesteziolog	anesteziologická sestra	operátor	
Kučka	Prokopa	Hodina	
☒ Podepsaný Informovaný souhlas s anestezií			
ALERGIE:			
PŘEDOPERAČNÍ ANESTEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ:			
☐ Předoperační anesteziologické vyšetření je na samostatném záznamu			
TK / TF			
8. 6. 2020 PLK v KARIM A TSC D-LYFON MEDIVINA 2020 → CH DKOMPLEXNÍ VAZIVOVÁ STENÓZA TRACHEY • 12/23 PŘI VÁZVY NA 40%, DÉLKA 2 CM UŽ PRŮSVIT 6x8 MM T 57 POKROČILÉ DÍČ 12/2019 → T VDEB 2. ST. A V. BRANIOCEPHALIC L. SX OTI - PLTITELNÍ DÍČ. PERON. CHRONICKÁ MEDIKACE: VYALIN METAMFOL DUPLOV KROKOVANÝ T.O. CIPROVITOL TOLEKMOVÉ POCITY NA ZADĚCH CELEKOVÉ 0,6 NL RAKO TX			
LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ			
HB	Htc	PLT	
INR	APTT/A	353	
Další laboratorní nálezy:			
☐ Identifikace pacienta na operačním sále			
ZAJIŠTĚNÍ DÝCHAČÍCH CEST			
☐ airway	☐ maska	☐ LMA	
☐ OTI	☐ NTI	☐ TSI	
☐ polomaska	☐ kanyla	☐ snadno / obtížně	
kanyla č. / snadno / obtížně			
AUT. O.V.			
INVAZIVNÍ VSTUPY			
iv. kanyla: LMA 6.5			
POLOHA PACIENTA			
OT			
MONITORACE			
☒ EKG	☐ % O ₂	☐ ST usek	
☒ NIBP	☐ % VA	☐ ASP	
☒ SpO ₂	☐ TOF	☐ CVP	
☐ ETCO ₂	☐ Hloubka anestezie		
VOLBA ANESTEZIE: ☐ celková ☒ epidurální ☐ spinální ☐ kombinovaná ☐ epidurální ☐ jiná			
PŘEDOPERAČNÍ DOPORUČENÍ:			
Přechod na záď: První 20 min na záď bez 10 min na záď např. 10 min na záď 12/6 25 134			
ZÁVĚR: Schopen(a) anesteziologického výkonu. Datum a podpis: 13. 6. 2025			
☐ Ostatní viz Předoperační protokol ☐ Akutní výkon bez Předoperačního protokolu.			



PSC 36+1

- Volba anestezie: **EPI s katetrem**
- Katetr ponechán 48 hod
- Záložní plán: OTI č. 6 ev méně
nebo I-gel
- Komplikace u SC: ne
- Dimise za 4 dny

PREINDUKČNÍ VYŠETŘENÍ: Stav pacienta se shoduje s anesteziologickým vyšetřením ☒ ANO ☐ NE (podrobnosti jsou uvedeny v dělostavě)

VĚDOMÍ: ☒ normální ☐ GCS ☐ **OBĚHOVÉ:** ☒ stabilní ☐ nestabilní **DÝCHÁNÍ:** ☒ eupnoe ☐ dyspnoe ☐ UPV

REGIONÁLNÍ ANESTEZIE ☐ katetr

abst./typ: **63/6**

Pokusy: **K** jehla: **21**
krev: **4cm**
hloubka: **4cm**

Test katetru: bolus aspirace:

Aplikována: **18 ml 2% xylocainu + 14 ml 0.5% bupivacinu 10/1**

Efekt: **+** **+ ASKORBYL**

VENTILACE Poznámky k anestezii

režim: **AP**

PIP: **10**

Vt: **10**

FR: **10**

I:E: **1:2**

PEEP: **5**

Ošetření očí: **NA 0.2% KOLISTIK 10/1**

ATB: **1 DUKLON 10/1**

Pacient(ka) předán(a) ze sálu v **12** hod / sestř. lékař na ☐ PACU ☒ JIP ☐ oddělení

☒ odkáše ☒ pláči jazyk ☒ zvedne hlavu ☒ mluví

PODPIS ANESTEZIOLOGA: **MUDr. Pavlína Nasková, Ph.D. 1349**

TK **105/70** mmHg P **70** /min SpO₂ **97** % při FIO₂ vzduchu **21** %

PACIENTKU PŘEVZAL(A): **P. Nasková**



Kazuistika 4: Stenóza trachey II, akutní plán

- Info od porodníka od 31. tý, plán 34. tý ad riziko 12.5.
- Pacientka přichází akutně dříve 8.5. (státní svátek)

Akutní příjem

Pacientka polymorbidní, viz rozsáhlá osobná anamnéza, kde domunije autoimunitní onemocnění, chronická stenóza trachey, noncompliance k léčbě a doporučením, v pokročilém těhotenství.

Anamnéza:

Subglotická stenóza trachey t.č. 1,5cm pod vazy při pANCA asociované vaskulitidě

- stenóza známa od r. 2012 - opak. BRSK ve VFN, opak. rekanalizace elektrokauterizací ,poslední bronchoskopie 12/2024 od poslední kontroly dysfonie dop.inhalace denně vincentkou a jednou týdně sanorin,bez efektu
- **MPO pANCA asociovaná vaskulitida (AAV), dg 2008**
- disp. nefrologie VFN
- na terapii SKS, v minulosti MTX, AZA



Pacientka při příchodu udává prudké zhoršení chronické dušnosti v noci, udává netoleranci horizontály a domunuje hlasitý distanční stridor, zatahování jugula při dýchání a úzkost.

Provedena multioborová diskuze ohledně stavu pacientky - KARIM, GYNPOR, TRNa STOMCHIR se stanovením plánu k vedení nastálehého akutního stavu v pokročilém těhotenství.



ASC 33+4

- Volba anestezie: **CA**
- Plán: **tracheostomie**
před SC v LA
- Komplikace: ne
- Dimise:
opakované hospitalizace

Pro obavy z dalšího akutního zhoršení stavu a hrozící hypoxie matky a plodu je v plánu přistoupit k akutnímu císařskému řezu.

Kontatována supervizorka intensivní péče - , po opakovaných konzultacích byl stanoven management situace:

- opakovaně konzultován na TRN je pacientka dlouhodobě v péči, jsme informováni, že aktuální nálezní pacientky je pro svou lokalizaci neindikován k operačnímu řešení a že v nastalé situaci doporučují zajištění dýchacích cest tracheostomickou kanylou
- konzultován která spraven o stavu pacientky a o plánu císařského řezu, souhlasí s řešením a zavedením tracheostomické kanyly v LA a AS pacientky
- stand by zajištěny bronchoskop a další pomůcky pro zajištění dýchacích cest
- o postupu informováni všichni zavzatí odborníci - porodníci, neonatologové a střední zdravotnický personál
- zajištěn pobyt na intenzivním lůžku KARIM - RES-UP k pokračující pooperační péči a případné diagnostice po porodu

PLÁN:

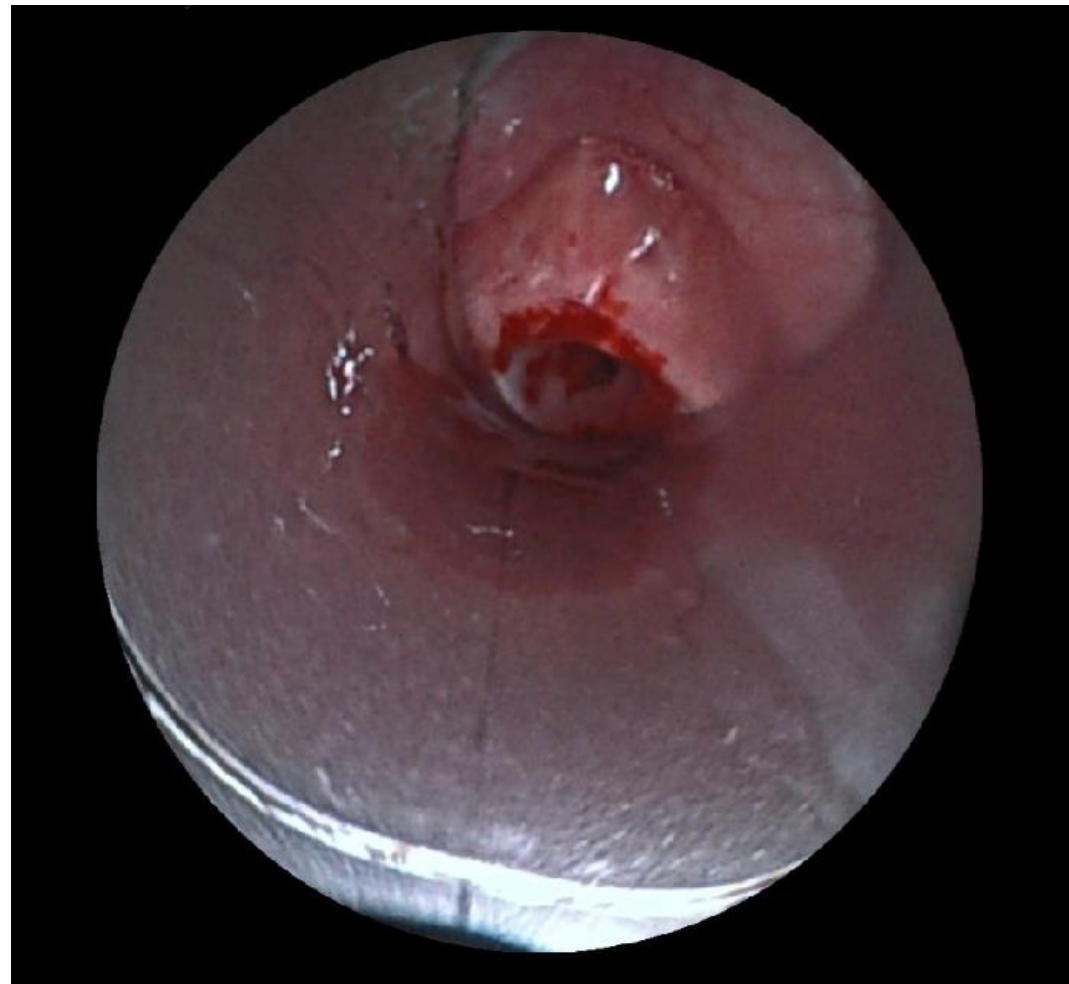
1. zajištění dýchacích cest tracheostomickou kanylou v LA a AS
2. císařský řez v CA
3. transport na RES-UP a pokračující péče



Netoleruje polohu na zádech!



Bronchoskopický náález po porodu





Kazuistika 4: Stenóza trachey II, po porodu

SOUHRN DIAGNÓZ:

- J955 srůsty** Stenóza trachey při ANCA asociované vaskulitidě, dříve cca 2 cm pod vazy na 70% normy (BRSK 3/2025), nyní mezi hlasivkami v oblasti přední komissury, těsná jizevnatá (2mm) stenoza těsně subgloticky v délce 2cm (BRSK 28.8.), po opakovaných rekanalizacích
- stenóza známá od r. 2012 - opak. BRSK ve VFN, opak. rekanalizace elektrokauterizací
 - **BRSK 15.5.25:** Trachea po 5 mm se stenózou granulační a jizavnatou tkání na nulový průsvit. Provedena obtížná rekanalizace po moci argon, kryo a balónku na prakticky normální lumen, zaveden dočasný stent Dumon 16x14x16
 - **BRSK 3.7.25:** Trachea po 3 mm se stenózou granulační a jizavnatou tkání na prakticky nulový průsvit. Provedena obtížná rekanalizace po moci argon, kryo a balónku na prakticky normální lumen, zaveden dočasný sten Microtech 18x40
 - **BRSK 28.7.25:** Trachea v oblasti vazů se stenózou granulační a jizevnatou tkání na průsvit 2-3 mm. Provedena obtížná rekanalizace po moci argon, kryo a balónku na prakticky normální lumen, extrahován nefunkční stent 18x30, pac. kandidátkou chron. nosičství TSK či Montgomeryho T tubu
 - **BRSK 22.8.25 MOTOL:** srůsty mezi hlasivkami v oblasti přední komissury, těsná jizevnatá (2mm) stenoza těsně subgloticky v délce 2cm, provedena obtížná mechanická rekanalizace a dilatace se suboptimálním endoskopickým efektem, ale významným klinickým zlepšením - výhledově pacientka nejspíše k provedení retractorostomie + nosičství Montgomeryho T-tubusu, laryngotracheálním týmem FN Motol, zažována výhledově laryngotracheální rekonstrukce po zklidňující aktivitě AL onemocnění
 - **BRSK v LA 12/9** další zhoršení lokálního nálezu, nyní již i postižením hlasivek.
 - **BRSK 19.9.:** Trachea v oblasti vazů se stenózou granulační a jizavnatou tkání na průsvit 2-3 mm. Provedena obtížná rekanalizace po moci argon, kryo a balónku na prakticky normální lumen, po zvažení inserce stentu 16x14x16 dumon
- M313** MPO pANCA asociovaná vaskulitida (AAV)
- dg 2008 - vstupně jako zánětlivý pseudotumor orbitae I.dx
 - na terapii SKS, v minulosti MTX, AZA
 - disp. nefrologie VFN
- dle závěru MDT kontraindikován operační výkon, indikováno trvalé nosičství TSK
- stp. extrakci stentu a PDTs 16/10/2025**
- Postintervenční bakterémie MSSA, cíleně ATB ampi/sublbaktam s rozvojem tosoalerg. exantému**
- St.p respirační insuficienci se stridorem při porodu, s nutností zavedení TSK+UPV od 8.5.2025**
- od 8.5-15.5. TS č.7, dekanylace 15.5. se zavedením Dumon stentu



Závěr: Co je nutné?

- Vytvořit plán na PSC
- **PSC min 2 týdny před termínem**
- Vytvořit plán na ASC
- Předat informace svým kolegům
- Pečlivá edukace rodičky



**DOMLUVIT SE S PORODNÍKY,
ABY VČAS O RIZIKOVÝCH RODIČKÁCH INFORMOVALI**



Planning a
BABY?

Děkuji za pozornost