

Požadavky na předoperační vyšetření z pohledu anesteziologa

M. Svítek¹, J. Bruthans¹, R. Češka²

¹ *Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze, přednosta doc. MUDr. Martin Stříteský, CSc.*

² *III. interní klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze, přednosta prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA*

Souhrn: Problematika předoperačního vyšetření zůstává stále aktuální. Od předoperačního vyšetření očekáváme komplexní zhodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta s přihlédnutím k dalšímu perioperačnímu průběhu. Úzká spolupráce internistů, provádějících předoperační vyšetření nejen s operátorem, ale také s anesteziologem, se jeví jako nezbytná. Doporučení odborných společností ponechávají široký prostor pro jejich konkrétní realizaci. Různý výklad těchto doporučení různými lékaři zapojenými v řetězci předoperačního vyšetření může vést ke zbytečným vyšetřením na straně jedné, nebo nedostatečným na straně druhé. Pracoviště provádějící anestezii by mělo mít vypracované schéma požadovaných předoperačních vyšetření před jednotlivými operačními výkony, které bude odesíláno lékaři provádějícímu vlastní předoperační vyšetření. Vyšetření by mělo být realizováno s adekvátním předstihem, přičemž provádějící lékař by měl dodávat kompletní zprávu včetně provedených laboratorních a konziliárních vyšetření.

Klíčová slova: předoperační vyšetření – internista – praktický lékař – anestezie

An anaesthesiologist's perspective on requirements for pre-surgery examinations

Summary: A preoperative check-up remains still an issue. The preoperative check-up should thoroughly evaluate an actual state of patient's health, an anticipated perioperative course should be taken into account. An internist should closely collaborate not only with a surgeon, but with an anaesthesiologist as well. As guidelines cover this topic only sparsely, different approach might result either in excess or in insufficient examinations. Therefore an anaesthesia department should have its own guidelines available that would cover required preoperative check-ups considering expected operation. These guidelines should be then sent to the internist. Preoperative check-up should be done with an adequate margin before the operation, the internist should deliver a complete report including executed laboratory check-ups and consultations with specialists.

Key words: preoperative check-up – internist – general practitioner – anaesthesia

Úvod

Nikdo si asi v prostředí současného zdravotnictví a zejména jeho financování netroufne odhadnout, zda budou operační výkony přibývat, nebo ubývat. Statistiky z posledních let však neúprosně potvrzují, že bude přibývat pacientů vyššího věku, a tedy s větším počtem komorbidit. Výkony u těchto pacientů samozřejmě doprovází větší operační riziko [1]. Kvalitní předoperační vyšetření pak představuje optimální cestu, jak snížit riziko a počet event. komplikací.

Než se však plně ponoříme do tématu, zastavme se ještě krátce u terminologie. Poněkud přesnější termín než předoperační by byl možná vyšetření předanestetické. Předpokládáme však, že anestezie je podávána s úmyslem umožnit operační výkon, a termín předoperační tedy ponecháváme. Vy-

cházíme také ze skutečnosti, že operátor obvykle provede předoperační vyšetření v užším slova smyslu, zpravidla však výhradně zaměřené na konkrétní diagnózu. Naproti tomu anesteziologa obvykle zajímá celkový stav pacienta s přihlédnutím i na následující období po výkonu. A protože cílem tohoto článku není sémantická přestřelka mezi jednotlivými obory, používáme dále termín předoperační vyšetření. Také bychom rádi upozornili, že v dalším textu budeme používat poněkud všeobecně termín internista. Jedná se ovšem z naší strany opět o určité zjednodušení. Článek je samozřejmě věnován všem lékařům provádějícím předoperační, resp. předanestetická vyšetření, a to bez ohledu na jejich specializaci. Naše návrhy i jisté výhrady se tedy týkají také praktických lékařů a dalších lékařů nejrozličnějších specia-

lizací či dalších specialistů, kteří se na předoperačním vyšetření podílejí.

Předoperační vyšetření

Na hodnotu předoperačního vyšetření se můžeme v podstatě podívat ze tří úhlů pohledu. A to pohledu forenzního, medicínského a v neposlední řadě ekonomického. Každý z nich má svůj význam a žádný z nich nelze opomenout.

Patrně nejožehavější je hledisko forenzní. Třebaže naším cílem pocho- pitelně není poškodit pacienta, určité míře komplikací (byť naštěstí velmi nízké) se v průběhu anestezie, resp. chirurgického výkonu, nikdy nevyhne. Zůstává značně diskutabilní, zda má rozsáhlý předoperační screening skutečně smysl, a to zejména prováděný především s diskutabilním cílem „mít v ruce výchozí hodnoty“. Takže v si-

tuaci, kdy již event. komplikace vznikla a pacient se dožaduje zadostiučinění, nemůže „nezúčastněný“ posuzovatel dodatečně tvrdit, že mělo být dané vyšetření provedeno. I v medicíně platí obecně známé rčení „po bitvě je každý generálem“. Koneckonců většina z nás asi velmi dobře ví, že i zkušený odborník se v řadě konkrétních případů rozcházejí ve svých názorech. Bohužel pří-
mým důsledkem této skutečnosti je stále rozšířenější provozování tzv. „forenzního alibizmu“ známého již ze sousedních zemí. A netýká se to pouze předoperačních vyšetření.

Nicméně i z medicínského hlediska mohou vést zbytečná vyšetření k větší zátěži pacienta, aniž by on sám z nich měl jednoznačný užitek. V nejlepším případě pacienta nadbytečná vyšetření přímo nepoškozují, ale vyžadují jeho čas, což může být nepříjemné pro pracovně stále aktivní pacienty.

A rozhodně bychom neměli zapomínat ani na ekonomický pohled, protože každé neopodstatněné vyšetření zbytečně odčerpává (již tak) nedostatečné materiální i lidské zdroje.

V zásadě by mělo platit, že rozsah předoperačních vyšetření by se měl odvíjet od konkrétního pacienta, jeho přidružených onemocnění a typu plánovaného výkonu. Většina anesteziologických pracovišť vychází ze základního doporučeného postupu naší odborné společnosti, který byl však v poslední verzi značně zjednodušen. Zatímco dříve existoval poměrně podrobný popis rozsahu vyšetření včetně časového plánu, nyní je pokyn mnohem méně konkrétní. V aktuálním doporučeném postupu odborné společnosti stojí: „Rozsah laboratorních a konzi-liárních vyšetření by měl být vždy určován přínosem získaného výsledku z pohledu ovlivnění plánu anesteziologické péče.“ [2]. Tato formulace jistě vznikla s dobrým úmyslem a na první pohled se jeví jako velmi rozumná. Umožňuje jednotlivým anesteziologům modifikovat rozsah vyšetření podle svých představ, resp. v rámci poznatků moderní medicíny, aniž by zásadněji porušili

oficiální doporučení (dříve metodické pokyny). Přesto si však musíme položit otázku, jestli je tento částečný přesun odpovědnosti za provedení rozsah vyšetření na konkrétní pracoviště, patrně doprovázený i úvahou o diskutabilních indikacích některých vyšetření (viz forenzní alibizmus), optimálním řešením.

V každém případě v dané situaci považujeme za vhodné řešení, aby si konkrétní chirurgické pracoviště, resp. pracoviště požadující předoperační vyšetření před anestezií, určilo samo rozsah vyšetření, který bude považovat za nutný, samozřejmě ve spolupráci s anesteziologem. Tento požadavek by měl být odeslán internistovi, po kterém je požadována konkrétní realizace tohoto vyšetření.

Tento postup bohužel v praxi doprovází několik problematických momentů. Zatímco operátor a anesteziolog se obvykle vzájemně bez větších problémů (třebaže se někdy ostřejší diskuzi nevyhnou) domluví, přímá komunikace směrem k internistovi, který je často mimo nemocnici, může váznout. Pacient zpravidla před plánovaným výkonem obdrží seznam požadovaných vyšetření, se kterými se má později dostavit a která má odevzdat „svému“ lékaři. Bohužel v této fázi často selhává jakákoli individualizace směrem k pacientovi. Málokterý chirurg při plánování operačního výkonu uvažuje v širších souvislostech, o jeho celkové vytíženosti na straně druhé nemluvě. Proto je předtíštěný univerzální formulář vítanou pomůckou. Pokud však pacient vyžaduje specifitější vyšetření v rámci svých přidružených onemocnění, chirurg bohužel často nenapadne o nich uvažovat. Univerzální formulář je pochopitelně nezahrnuje. A jestliže se k danému problému nevyjádří internista, resp. nedoplní adekvátní vyšetření, zjistí to často anesteziolog až při rozhovoru s pacientem před výkonem. A výroky typu „mně to při operaci nevadí“ nebo „o to ať se postará anesteziolog“ nejsou při následujícím řešení

„náhle“ vzniklé situace s neúplným vyšetřením výjimkou.

Přesto se blýská na lepší časy. Především ve velkých nemocnicích se zřizují anesteziologické ambulance, jejichž účelem je zabývat se právě komplikovanými pacienty či pacienty před rozsáhlými operačními výkony. Během pacientovy návštěvy v této ambulanci pak anesteziolog může daleko přesněji specifikovat rozsah požadovaných předoperačních vyšetření. Zároveň také pacienta podrobně seznámí s perioperačním průběhem, který nezahrnuje jenom operaci samotnou, ale často i poměrně dlouhou pooperační léčbu (nezřídka k velkému údivu pacienta, že operací léčba nekončí, ale spíše začíná). A třebaže by výše zmíněné mělo být zčásti úkolem operátora (jistě to závisí i na konkrétním uspořádání perioperační péče), v našich podmínkách je tato skutečnost často stále opomíjena. Nebo zlehčována.

Úprava chronické léčby

Třebaže trend kompletního vysazování chronické léčby před operací je již dávno pryč, zůstávají skupiny léků, které je nutné vysadit s časovým předstihem. Typickým příkladem jsou antikoagulantia, v našich podmínkách především warfarin, a antiagregancia (je však třeba předpokládat daleko složitější situace po širším zavedení nových antikoagulancií, která jsou právě uváděna do širšího používání v interně, kardiologii a angiologii). Zatímco vysazení antikoagulancií jako warfarin je nezpochybnitelné, u skupiny antiagregancií bývá v posledních letech diskutováno. Patrně nejproblematictější rozhodnutí spočívá ve zvážení, zda pacienta více ohrozí riziko rozvoje trombotických komplikací vysazením léčby anebo případné perioperační krvácení při ponechání léčby [3]. Oba typy léků se musí vysadit s dostatečným předstihem, tj. řádově několika dnů. Uvádí se, že INR začíná klesat přibližně 12–36 hod od poslední dávky, přičemž k normalizaci dochází průměrně za 5 dnů. Třebaže v otázce nutnosti na-

hrazovat warfarin nízkomolekulárním heparinem (LMWH) nepanuje jednoduše shoda, obvykle u pacientů s vyšším rizikem rozvoje tromboembolické nemoci bývají LMWH nasazeny. V takovém případě ovšem indukující lékař obvykle použije antikoagulační dávku, která musí být před vlastním operačním výkonem včas snížena.

Vysazení antiagregancií bývá dnes vyžadováno téměř u všech operačních výkonů. Přesto by se však u pacientů s velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem měl tento postup pečlivě zvážit, případně po dohodě s operátorem přípravek ponechat nebo vyměnit za látku s krátkým poločasem.

O vysazení dalších léků by měl rozhodovat spíše konkrétní specialista (diabetolog, psychiatr), popř. až anesteziolog, který zná příslušné interakce s konkrétními anestetiky. Obecný trend je většinu chronické medikace ponechat a před výkonem vysadit pouze nepodstatné léky (např. vitaminy). Pacientům je dokonce vhodné zdůraznit, že zejména léky jako beta-blokátory či antihypertenziva by sami rozhodně vysazovat neměli. A v případě pochybností by to měli s lékařem, nejlépe anesteziologem, prodiskutovat. Samozřejmě by bylo vhodné, kdyby byl pacient poučen už během předoperačního vyšetření svým ošetřujícím internistou, který by se také měl k této otázce vyjádřit.

Perioperační riziko

Hodnocení perioperačního rizika zůstává stále poněkud ošemetnou záležitostí. Z globálního pohledu se totiž jedná o složitý komplex příčin a následků, na kterém se podílí obrovské množství faktorů: věk pacienta, jeho zdravotní stav, rozsah operačního výkonu, typ anestezie atd. Tato skutečnost komplikuje i výzkumy na tomto poli probíhající. V minulosti proběhlo několik pokusů perioperační riziko kvantifikovat, patrně nejdále tato snaha pokročila v oblasti kardiovaskulární chirurgie. Existují i obecnější schémata, ale přesnější stratifikace

Tab. 1. Anesteziologická klasifikace fyzického stavu ASA (v případě urgentního výkonu se připojuje písmeno E – emergency).

ASA I	normální zdravý pacient
ASA II	pacient s mírně závažným systémovým onemocněním
ASA III	pacient se závažným systémovým onemocněním, které omezuje jeho aktivitu
ASA IV	pacient se závažným systémovým onemocněním, které ho trvale ohrožuje na životě
ASA V	moribundní pacient, u kterého bez operačního výkonu neočekáváme přežití
ASA VI	pacient s prokázanou smrtí mozku, určený jako dárce orgánů

je velmi obtížná. Mezi anesteziology je nejvíce rozšířena tzv. ASA klasifikace (tab. 1) [4], opět se však jedná o spíše rámcové zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Nemalou roli hraje při tomto hodnocení i zkušenost anesteziologa.

Zhodnocení perioperačního rizika má pro předoperační vyšetření zásadní význam, protože od něho by se měl odvíjet i požadovaný rozsah vyšetření. Základní a nejdůležitější metodou při předoperačním vyšetření zůstává pečlivá anamnéza a fyzikální nález [1]. Třebaže jsou někdy laboratorní vyšetření podceňována, neřídka dochází k situaci naprosto opačné. O roli forezního tlaku již byla řeč. Obecně lze doporučit, aby pomocná vyšetření (laboratorní, ultrazvuková atd.) byla doplňována individuálně na základě známých rizik vyplývajících jednak z přidružených onemocnění, jednak z plánovaného výkonu. Předem stanovený rozsah od konkrétního pracoviště považujeme za rozumné řešení (viz výše).

Žádný lékař by ve své zprávě neměl uvádět pouhé strohé konstatování „vyšetření v normě“ a opomíjet uvedení/přiložení konkrétních hodnot. Rovněž nepovažujeme za ideální přepisovat pouze výňatky z konziliárních zpráv dalších specialistů (kardiologa, neurologa apod.). Mnohem výhodnější je pro anesteziologa dostat kompletní zprávu. Relativně vágní údaje typu těžká neuropatie, hypoxická encefalopatie, idiopatická trombocytopenie apod. bez dalších podrobností mají minimální informační hodnotu. Jak se anesteziolo-

log dozví, kdo vlastně rozhodl, že jde o idiopatické postižení? Specialista v dané problematice? O zkreslených představách v důsledku chybné interpretace pouhých zlomků zpráv ani nemluvě. Laboratorní normy mají také v některých případech poměrně široká rozmezí, takže údaj „výsledky v normě“ můžeme chápat jako relativní. Např. u krevního obrazu je rozdíl mezi horní a spodní hranicí normy docela široký, konkrétní hodnota pak může hrát významnou roli při volbě postupu u výkonů doprovázených značnou krevní ztrátou. Takové situace pak nezřídka vedou k provádění dalších kontrolních náběrů, které by v případě přiloženého původního údaje nebyly nutné [5].

Naopak, jsou-li odchylky od normy přítomny, mělo by ve zprávě být jejich vysvětlení. Typickým příkladem jsou zvýšené hodnoty jaterních enzymů, což je v české populaci (a zřejmě nejen české) celkem běžný jev. Obvykle jde o zvýšení alimentární etiologie. Přesto však může zvýšení signalizovat některou z virových hepatitid, jejichž prevalence v populaci není nejnižší. Ve spojení s perioperačním stresem, anestezií farmaky, která jaterní metabolismus minimálně dočasně zatíží, a dalšími faktory (např. zhoršená perfuze splanchniku při kapnoperitoneu) pak může dojít i k jaternímu selhání. Jakékoli náhlé zvýšení bilirubinu a/nebo transamináz musí být u plánovaného výkonu dovyšetřeno, infekční etiologie bezpečně vyloučena a výkon by měl být odložen nejlépe o jeden měsíc od normalizace jaterních testů [6].

Ošetřující lékař samozřejmě zná anamnézu svých pacientů a může vědět, že zvýšené hodnoty jaterních testů má pacient opakovaně např. při benigní hyperbilirubinémii. Pokud však ve své zprávě tuto informaci vynechá, anesteziolog bohužel nemá křišťálovou kouli, aby se mohl podívat na starší výsledky. Teoreticky by mohla být uvedena v systému elektronických zdravotních knížek, ale o jeho (a)funkčnosti asi nemusíme příliš diskutovat. Naprostá většina pacientů má bohužel o svém zdraví mizivé ponětí, a to se naneštěstí týká všech věkových skupin. Ale i pokud pacient – spíše výjimečně – dokáže informaci potvrdit, stále se spoléháme na jeho tvrzení, které může být ovlivněno např. přáním pacienta být operován v určeném termínu. A výjimkou ovšem nejsou pacienti (či zákonní zástupci nezletilých), kteří zdravotní údaje úmyslně zkreslují či zlehčují, jen aby nedošlo k odložení operačního výkonu. V rámci jejich omezené představitelosti možné komplikace prostě neberou v potaz. Pochopitelně jen do okamžiku, než k nějaké nepříjemné komplikaci skutečně dojde. A není třeba zdůrazňovat, koho potom považují za viníka.

Co tedy vlastně po internistovi při předoperačním vyšetření požadujeme? Předoperační vyšetření by mělo zhodnotit riziko operačního výkonu, navrhnout a případně realizovat opatření k jeho snížení (kompenzace diabetu, úprava antihypertenzní léčby apod.) a upozornit anesteziologa na hrozící komplikace. Lékař by měl zhodnotit aktuální zdravotní stav pacienta, zejména po stránce fyzické výdrže, a stupeň kompenzace jeho přidružených onemocnění. Měl by brát v úvahu i prognostickou složku budoucí interakce pacienta s perioperační zátěží. Pojem perioperační je plně na místě. Zátěží není totiž pouze operační výkon včetně anestezie, ale také období následující poté. Nezřídka pacient úspěšně zvládne výkon samotný, ale jeho prognóza může být významně ovlivněna pooperačními komplikacemi souvisejícími

s jeho celkovým stavem a komorbiditami. V této době vstupují do hry orgánové změny při diabetu, hypertenzi (a kardiovaskulárních onemocněních vůbec), obezita, abúzus některých látek apod. Řada pooperačních komplikací se rozvíjí právě na těchto předpokladech, a to navzdory pečlivé prevenci, resp. profylaxi [7,8]. Proto by již při předoperačním vyšetření měla být zvažována prognóza pacienta z tohoto hlediska, aby benefit z výkonu vyplývající skutečně významně převážil doprovodné riziko.

Anesteziolog se nepotřebuje dočíst obvyklý závěr „pacient výkonu v celkové/epidurální anestézii schop“¹. Mimochodem není většího hříchu z pohledu anesteziologa, než když mu internista doporučí konkrétní typ anestezie. Výjimečně se také setkáváme s poznámkami typu „během anestezie doporučuji podávat kyslík, monitoraci vitálních funkcí či doporučuji šetrnou narkózu“². Taková doporučení snad ani nelze brát vážně. Se vši úctou, kdo z těchto lékařů někdy podával anestezii, resp. jí byl v rámci nějakého výukového programu přítomen (mimo studia na lékařské fakultě) nebo si prostudoval rozsáhlou odbornou literaturu, která se této problematice týká? U komplikovanějších případů se někdy obtížně rozhodují i zkušení anesteziologové opírající se o rozsáhlé znalosti i zkušenosti získané mnohaletou praxí.

Nekompetentní doporučení praktického lékaře, poskytnutá sice v dobré víře, ale často vycházející z překonaných znalostí, pouze mystifikují pacienta. A to téměř tak zlobivě, jako komerční televizní seriály s lékařskou problematikou. Mimoto mohou vést i k nepříjemným problémům, jestliže se pacient později dožaduje konkrétní anestezie (zpravidla místní), protože mu jeho lékař řekl, že je lepší nebo bezpečnější. To ale neplatí zdaleka ve všech případech. Typickou mystifikací je upřednostňování epidurální anestezie u starších pacientů před celkovou s dovětkem, že celková anestezie přináší větší riziko. Oba typy anestezie mají svá

specifická rizika, konkrétní výběr ovlivňuje množství faktorů, a proto rozhodnutí patří do rukou specialisty [9,10]. Velmi diskutabilním se také jeví častý argument, že celková anestezie povede ke zhoršení kognitivních funkcí, zejména rozvoji pooperačního deliria, zatímco svodná anestezie nikoli. Třebaže nelze popřít negativní účinky některých anestetik na centrální nervový systém, konkrétní klinické dopady jsou obtížně prokazatelné. Celá tato oblast zůstává předmětem intenzivního výzkumu. Mimoto se na rozvoji pooperačního deliria u starších pacientů podílí několik desítek faktorů, přičemž typ anestezie patrně nehraje žádnou roli, nebo jen zanedbatelnou [11].

Pouze anesteziolog samotný tedy může kompetentně posoudit, jaký typ anestezie bude pro daný výkon u konkrétního pacienta vhodný. K tomu potřebuje znát jeho zdravotní stav per se, což je právě informace požadovaná od předoperačního vyšetření. Takže ještě jednou, co vlastně chceme ve zprávě o předoperačním vyšetření nalézt? Samozřejmě standardní informaci o předchorobí, alergiích, prodělaných závažných onemocněních a jejich léčbě, potažmo chronických onemocněních a jejich aktuální kompenzaci. S tím úzce souvisí také aktualizovaná farmakoterapie. Poměrně často se setkáváme se situací, kdy pacient při příjmu uvede jiné léky či dávkování, než které jsou uvedeny ve zprávě předoperačního vyšetření. A tím nemyslíme pouze rozdíly ve firemních názvech jednotlivých přípravků.

Pochopitelně nesmí chybět status praesens – nic proti šablonám, ale jejich úprava je na místě (např. údaj „varlata jsou sestouplá“ u ženské pacientky nesvědčí příliš pro pečlivost dotyčného lékaře). U pacientů s kardiálním či respiračním (popř. jiným) onemocněním by neměl rozhodně chybět údaj o fyzické výkonnosti, v prvním případě tedy klasifikace NYHA. Pokud ošetřující lékař uvede, že pacient má CHOPN, tak by měl být uveden stupeň dle klasifikace GOLD, při vyšším stupni

postižení podložený spirometrickým vyšetřením. Mezi jednotlivými stupni jsou zásadní klinické rozdíly, které bereme v potaz při volbě a provedení anestezie! A tak bychom mohli pokračovat. Rozhodující pro anesteziologa však je, aby měl k dispozici údaj, který mu přiblíží fyzické možnosti pacienta. V posledních letech s oblibou přirovnáváme operační výkon v anestezii k běhu na dlouhou vzdálenost, především pro lepší pochopení u pacientů. Nicméně se to jeví jako dobrá asociace pro obecné hodnocení fyzické výkonnosti pacientů obecně. Pokud trpí pacient těžkou námahovou dušností, bude to jistě limitovat průběh výkonu samotného, stejně jako další pooperační průběh. V závěru zprávy pak postačí pouhý údaj „pacient schopen výkonu s případnými omezeními“.

Domníváme se, že nemalým problémem je nízká informovanost internistů o samotném chirurgickém výkonu, resp. i perioperačním průběhu. I když si asi každý absolvent lékařské fakulty dokáže představit, že nefrektomie je odstranění ledviny, kolektomie odstranění tlustého střeva apod., nabízí se otázka, jestli také ví, jak dlouho výkon trvá, jaké ho doprovází krevní ztráty či jiné komplikace. Měli bychom si uvědomit, že právě oni v podstatě jako první hodnotí únosnost pacienta pro plánovaný operační výkon (ne, opravdu toto rozhodnutí nelze v současnosti ponechat pouze na operátorovi, ať už se tato představa jeví jakkoli lákavou). Často suverénní doporučení „pacient výkonu (anestezie) schopen“ u závažně nemocného pacienta pak vyřídí anesteziologovi dech. Svědčí totiž buď o bezmezně odvaze vyšetřujícího lékaře, nebo jeho naprosté neznalosti. Nebo snad o naprosté důvěře ve schopnosti operačního týmu... Případně o víře v zázraky...

Jako anesteziologové si občas musíme klást otázku, zda tito lékaři vůbec tuší, jaký je patofyziologický rozdíl mezi laparoskopickými (resp. endoskopickými) a otevřenými výkony. Obecně je uváděna a chirurgy často

zdůrazňována miniinvazivita endoskopických (laparoskopických) výkonů. To je samozřejmě pravda z pohledu operátora nebo pooperačního průběhu a do určité míry chápeme, že je tato skutečnost pacientům sdělována jako výhoda. Ale jsou si tito lékaři vědomi, že samotný laparoskopický výkon v celkové anestezii je pro pacienta rizikovější a více zatěžující ve srovnání s výkonem otevřeným [12]? A pokud to ví, kolik lékařů tuto informaci rovněž poskytne pacientům, aby i oni mohli zvážit, jakým způsobem si skutečně nechají výkon provést? Tím samozřejmě vůbec nepopíráme četné výhody laparoskopických výkonů. Domníváme se však, že v některých případech pro pacienty vhodné nejsou, a neměly by jim být doporučeny. Nebo by tito pacienti měli být minimálně seznámeni se zvýšeným bezprostředním perioperačním rizikem. Obdobně se občas setkáváme se situací, kdy je pacientovi vylíčena celková anestezie pro daný výkon jako bezmála jistá smrt a již praktickým lékařem navržena obvykle epidurální anestezie. Jenomže jakmile anesteziolog zjistí, že epidurální anestezii brání zásadní překážka, o které patrně praktický lékař nezná, anestezii vůbec netuší, je to právě anesteziolog, kdo musí pacientovi vysvětlit, že celková anestezie je jediná možnost. A takové vysvětlování nemusí být zrovna jednoduché.

Nakonec nesmíme zapomínat ani na skutečnost, že navzdory všem provedeným vyšetřením zůstává naše prognóza perioperačního vývoje stále zčásti intuitivní, případně poplatná dostupným statistikám z více či méně početných studií. Tato situace se týká do určité míry i volby vhodné anestezie. Rozhodnutí o provedení operačního výkonu bychom měli považovat za závažný zásah do života pacienta. Za těchto okolností by bylo vhodnější, aby do procesu rozhodování byli aktivně zapojeni nejenom zúčastnění lékaři, ale také pacienti. Lékaři by neměli vystupovat jenom jako autority, se kterými nelze diskutovat, ale spíše v roli poradců, kteří by pacientovi měli nastínit

nejvhodnější postup. A pacient by měl mít možnost se sám rozhodnout, jestli je ochoten stanovená rizika podstoupit anebo si jich bude alespoň vědom. Bohužel musíme konstatovat, že z tohoto hlediska máme v současném zdravotnictví ještě mnoho ke zlepšování.

Závěr

Spolupráce mezi lékaři provádějícími předoperační vyšetření je velmi důležitá. Za vhodné považujeme, aby si konkrétní pracoviště požadující předoperační vyšetření před anestezii určilo samo rozsah vyšetření, který bude považovat za nutný. Lékaři v ambulantní praxi, specialisté i praktičtí lékaři představují významný spojovací článek mezi pacientem a nemocnicí. Právě jejich údaje by měly umožňovat volbu adekvátních postupů léčby a posléze by zase tito lékaři měli navazovat s pokračující léčbou. Předoperační vyšetření by mělo obsahovat komplexní údaje o pacientovi včetně validního zhodnocení únosnosti pacienta snést plánovaný výkon, tedy zhodnocení perioperačního rizika. Toto vyšetření by mělo vycházet z podrobných znalostí pacientova zdravotního stavu, ale také dostatečných znalostí perioperační medicíny. Nedílnou součástí předoperační přípravy by pak mělo být i právo pacienta se na tomto rozhodnutí podílet na základě poskytnutých informací.

Literatura

1. Kotlík L. Předoperační vyšetření. Doporučený postup České internistické společnosti. *Vnitř Lék* 2002; 48: 427–431.
2. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče. Schváleno výborem ČSARIM ke dni 18. 5. 2009. Metodický pokyn.
3. Hall R, Mazer CD. Antiplatelet drugs: a review of their pharmacology and management in the perioperative period. *Anesth Analg* 2011; 112: 292–318.
4. ASA Physical status classification system [online]. Dostupný na [www: http://www.asahq.org/Home/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.html](http://www.asahq.org/Home/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.html).
5. Bruthans J, Kolomeets G, Svítek M. eHealth a úspory ve zdravotnictví. *Zdravotnictví v ČR* 2010; 1: 194–197.
6. Rothenberg DM, O'Connor CJ, Tuman KJ. Anesthesia and the Hepatobiliary System.

In: Miller RD, Eriksson LI et al (eds). Miller's Anesthesia. Churchill Livingstone: Elsevier 2009: 2135–2154.

7. ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Non-cardiac Surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Non-cardiac Surgery) developed in collaboration with the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Rhythm Society, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, and Society for Vascular Surgery. J Am Coll Cardiol 2007; 50: e159–e241.
8. Bruthans J, Skalická H, Hradec J. Příprava kardiaka k nekardiální operaci. Doporučený postup České kardiologické společnosti 2011. Cor Vasa 2011; Suppl 1: 78–85.
9. Guler P, Nishimori M, Ballantyne JC. Regional anaesthesia versus general anaesthesia, morbidity and mortality. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2006; 20: 249–263.
10. Kettner SC, Willschke H, Marhofer P. Does regional anaesthesia really improve outcome? Br J Anaesth 2011; 107 (Suppl 1): i90–i95.

11. Bruthans J, Bruthansová D, Svítek M. Pooperační zmatenost na JIP – zásadní perioperační komplikace u starších pacientů. Čes Ger Rev 2009; 7: 68–74.

12. Meininger D, Byhahn C. Besonderheiten bei laparoskopischen Operationen aus anästhesiologischer Sicht. Anaesthesist 2008; 57: 760–766.

MUDr. Marek Svítek

www.karim-vfn.cz

e-mail: marek.svitek@vfn.cz

Doručeno do redakce: 21. 5. 2012