

Pooperační bolest v České republice – okrajový problém nebo důvod k soustavné práci?

Vstup intravenózního paracetamolu na český farmaceutický trh na podzim roku 2006 zdánlivě uzavřel důležitou kapitolu v léčbě akutní bolesti a pooperační bolesti zvláště. V České republice tak začal být k dispozici nejpoužívanější zástupce neopioidních analgetik v intravenózní formě. Od té doby můžeme konstatovat, že v každé lékové skupině analgetik používaných k léčbě pooperační bolesti máme dostupné základní a zásadní preparáty pro parenterální i enterální podání. Mohlo by se říci, že problematiku pooperační bolesti máme ošetřenu a zajištěnu. Stačí pouze sledovat nové trendy, které zřejmě budou variantami na již známé téma.

Skutečnost však zdaleka není tak jednoznačná a už vůbec ne jednoduchá. A to nejenom v naší republice, ale s různou intenzitou i na všechny světové strany od nás. Sama existence širokého spektra existujících farmak a analgetických technik nestačí. Dostupnost pooperační analgezie pro všechny potřebné znamená zejména kvalitní zvládnutí organizace léčby pooperační bolesti a přijetí a pochopení faktu, že dobrá analgezie je nejenom nezbytná, ale je i základním právem každého pacienta s bolestí a základní povinností každého pracoviště, které tyto nemocné ošetřuje.

V České republice se ročně provede přibližně 820 tisíc operačních výkonů v celkové, regionální nebo kombinované anestezii. Každý z operačních výkonů je spojen s větší či menší pooperační bolestí. Podle Málkových epidemiologických průzkumů ve vzorku české populace označuje 18,5 % pacientů bolest za nejhorší zážitek v pooperačním období [1]. Ve 36 % případů je bolest příčinou významných stížností po operaci. Na druhé straně stejný autor konstatuje, že pacienti samotní nepřikládají pooperační bolesti až tak velkou prioritu – jen 5 % z nich bylo nespokojeno s léčbou. A do třetice autor uzavírá, že zhruba 30 % nemocných potřebuje po operaci zlepšit analgetickou léčbu. To znamená každoročně zhruba 250 000 (slovy čtvrt milionu) pacientů v České republice.

Následky nedostatečné pooperační analgezie jsou relativně nenápadné, leč dalekosáhlé. Mohlo by se zdát, že po několika dnech bolest tak jako tak pomine, rána se zahojí, pacient bude rehabilitovat. Nedostatečná analgezie však oddaluje zahájení rehabilitace, ovlivňuje funkci řady, ne-li všech orgánových systémů včetně obranyschopnosti organismu, vede ke zvýšenému riziku pooperačního deliria, poruch spánku, deprese, prokazatelně zvyšuje morbiditu i mortalitu operovaných. Ne nadarmo je bolest označována za párou vitální známku [2]. Může být rovněž příčinou zvý-

šené incidence chronické pooperační bolesti, a tím zhoršené kvality života v pooperačním období. Například postmastektomická bolest se vyskytuje mezi 21–50 % případů, poststernotomická mezi 24–36 % a bolest v jizvě po běžné operaci tříselné kýly v 10 až 15 % případů [3, 4, 5]. Pochopitelně faktorů pro rozvoj chronické pooperační bolesti existuje více, nicméně kvalitně (tzn. s průměrnou intenzitou a délkou) vedená pooperační analgezie riziko a intenzitu chronicity významně snižuje.

I v roce 2008 existuje v rozvinutém světě značné procento pacientů, kterým se nedostane patřičné pooperační analgezie. Před několika týdny prohlásil nejznámější popularizátor soustavné organizace pooperační analgezie ve zdravotnických zařízeních prof. Narinder Rawal ze švédského Örebro, že ani po dlouholetém úsilí se mu ve vlastní nemocnici nepodařilo na některých pracovištích prosadit koncept bezbolestné nemocnice a že před ním stojí ještě hodně práce. Recentní a dosud největší přehled o organizaci pooperační péče v sedmi rozvinutých evropských zemích vedl k závěrům, že současná léčba pooperační bolesti zůstává suboptimální. Na 1559 dotazníků v této studii odpověděli v 59 % anesteziologové a ve 41 % operatři. Studie mj. konstatovala existenci písemných protokolů pro pooperační analgezii pouze ve 25 % případů, systematické předoperační poskytování informací o pooperační analgezii pacientům ve 48 %, chybění pravidelných výukových programů v tomto segmentu péče ve 34 %. Ve 34 % není bolest sledována a zaznamenávána [6]. Přitom v řadě zemí jsou k dispozici národní doporučení (nám blízké může být např. rakouské [7]) a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) jednoznačně hovoří o nezbytných aspektech, mezi něž patří přijetí práva pacienta na adekvátní léčbu bolesti, monitorování bolesti u všech pacientů, vhodné zaznamenávání zjištěných skutečností, určení a zajištění kompetencí zdravotnických pracovníků, používání vhodných a efektivních farmakologických postupů, poučení pacientů a příbuzných, pokrytí předpokládané bolesti i po propuštění pacienta, realizace plánu kontroly a zlepšování [8].

Všechny výše uvedené důvody vedly k tomu, že se Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny rozhodla v r. 2007 vytvořit pracovní skupinu pro tvorbu doporučených postupů léčby akutní pooperační bolesti. Na konci r. 2007 byl text dokončen a v únoru 2008 schválen výborem ČSARIM [9] – uveden je v tomto čísle časopisu na s. 162–169. Přejme

si, aby text byl vodítkem pro organizaci i provádění pooperační analgezie nejen v řadách anesteziologů, ale i mezi zdravotníky operačních oborů.

Literatura

1. **Málek, J., Čtrnáctá, E., Kurzová, A.** Obavy a prožitky pacientů v perioperačním období. *Rozhl. Chir.*, 2004, 83, s. 406–410.
2. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*, 1995, 274, p. 1874–1880.
3. **Málek, J., Kurzová, A., Ambruš, M., Vedral, T., Lysý, M., Příkazský, V.** Chronická postmastektomická bolest. *Čas. Lék. čes.*, 2006, 145, s. 209–212.
4. **Málek, J., Kurzová, A., Březina, A., Vaněk, T., Kunstýř, J., Příkazský, V.** Incidence chronické poststernotomické bolesti po kardiochirurgických operacích. *Bolest*, 2005, 8, Suppl. 2, s. 26.
5. **Aasvang, E., Kehlet, H.** Surgical management of chronic pain after inguinal hernia repair. *Br. J. Surg.*, 2005, 92, p. 795–801.
6. **Benhamou, D., Berti, M., Brodner, G. et al.** Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): A practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain*, 2008, 136, p. 134–141.
7. **Beubler, E., Kress, H. G., Gustorff, B., Ilias, W. et al.** Konsensus-Statement Postoperative Schmerztherapie. *Schmerz Nachrichten*, 2003, 4. s. I.–XI.
8. **Berry, P. H., Chapman, C. R., Covington, E. C. et al.** Pain: Current Understanding of Assessment, Management and Treatments. National Pharmaceutical Council, Inc., and Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, December 2001, 92 pp.
9. Pracovní skupina pro léčbu pooperační bolesti ČSARIM: Doporučené postupy léčby akutní pooperační bolesti. *Anest. intenziv. Med.*, 2008, 19, č. 3, s. 162–169.

Prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Fakultní nemocnice Brno a LF Masarykovy univerzity Brno