

ČESKÁ PORODNICKÁ ANESTEZIE A ROK 2014

Tak nám zabili Ferdinanda. Na svém řádném zasedání dne 10. 4. 2014 výbor ČSARIM jednomyslně schválil založení sekce porodnické anestezie. Přesněji navrhl a schválil přeměnu Expertní skupiny porodnické anestezie a analgezie (ESPAA) z odborné komise v sekci. Možná by bylo zajímavé se podívat zpět, co všechno tomuto rozhodnutí historicky předcházelo...

Vůbec poprvé byla porodnická anestezie podána 19. ledna 1847 v Edinburghu, kde James Young Simpson použil dietyléter u rodičky s deformitou pánve. Použití regionálních blokády v porodnictví je datováno mezi roky 1900 a 1930 [2]. V naší literatuře je porodnická anestezie poprvé zmíněna v roce 1876, kdy dr. Křížek popsal podávání chloroformu a éteru k anestezii u císařského řezu [1], regionální anestezie pak byla popsána až prof. Klausem v roce 1934 [3]. Pravděpodobně první epidurální porodnická analgezie pak byla podána na přelomu roku 1949–1950 u prof. Kříže na Gynekologicko-porodnické klinice v Brně [4]. Další rozvoj metod porodnické anestezie a analgezie (PAA) byl v českých zemích značně ovlivněn rokem 1948 a následujícími politickými změnami. I tak ale díky úsilí dvou velkých postav 70. a 80. let, dr. Matouškové-Hanson a dr. Miloschewského, rozvoj moderních anesteziologických metod v porodnictví přeci jen pokračoval. Hlavní rozmach v Česku ale nastal až po roce 1989 a spadá do poloviny 90. let, kdy také u nás nastává viditelný rozvoj neuroaxiálních technik, a to jak u porodu, tak u císařského řezu. Zatímco americká společnost porodnické anestezie – Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP) – je založena již v roce 1968 a britská Obstetric Anaesthetists' Association (OAA) hned o rok později v roce 1969, v Česku až v roce 1994 zakládá dr. Pařízek Sekci porodnické analgezie a anestezie (SPAA) při České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS) a během krátké doby přebírá prostřednictvím systému odborných seminářů a sympozií většinu postgraduálního vzdělávání v oblasti porodnické anestezie a analgezie v Česku [5]. Protože SPAA je v rámci ČGPS tvořena především porodníky, začala se přirozeně v průběhu času více zabývat perinatologickými otázkami než anesteziologickými, a rozvoj porodnické anestezie, s výjimkou porodní epidurální analgezie, začal stagnovat. ČSARIM se začal snažit o změnu stávající situace v roce 2009, kdy na svém národním kongresu v Českých Budějovicích poprvé dal samostatný prostor tématům porodnické anestezie. A hned na následujícím kongresu ve Zlíně v roce 2010 pak

v diskusích vyvstal požadavek anesteziologické obce vytvořit „anesteziologickou sekci porodnické anestezie“. V roce 2011, s podporou výboru ČSARIM, proto zformovali vedoucí lékaři čtyř největších českých fakultních pracovišť porodnické anestezie pracovní skupinu, která se touto problematikou začala zabývat: Jan Bláha (předseda; KARIM VFN Praha), Radka Klovová (KARIM FN Motol), Pavlína Nosková (KARIM VFN Praha), Dagmar Seidlová (ARO II FN Brno) a Petr Štourač (KARIM FN Brno). Vznikla tak Expertní skupina porodnické anestezie a analgezie (ESPAA) s vizí vytvoření „odborné záštity porodnické anestezie a analgezie“ a koordinace specifické problematiky PAA v českých podmínkách. Cíle, které si ESPAA na počátku stanovila, byly především zmapovat anesteziologickou péči a praxi v českých porodnicích, podílet se na vzdělávání v této oblasti a vytvořit potřebné a chybějící doporučené postupy. Co z toho se podařilo?

Přednášková činnost ESPAA

- Příprava a vedení sekce PAA na kongresech ČSARIM v Hradci Králové (2011), Praze (2012) a Brně (2013); připravena jsou již i témata na letošní kongres v Olomouci.
- Příprava a vedení samostatné sekce PAA na konferencích AKUTNĚ.CZ v letech 2012 a 2013.
- Spolupráce na programu a tematické přednášky na Sepsí Ostrava v letech 2013 a 2014.
- Spolupráce na programu a tematické přednášky na kongresech ČGPS i SNGP v roce 2013.
- Spolupráce na programu Česko-slovenských dialogů o bolesti 2013, kongresu SSLB.

Výzkumná činnost ESPAA

- Projekt OBAAMA 2011 – měsíční národní sledování veškeré anesteziologické činnosti na českých porodních sálech, do kterého se zapojilo přes 50 % českých porodnických pracovišť a které pokrylo 60 % všech porodů v ČR ve sledovaném období.

Publikační činnost ESPAA

- **Anesthesia & Analgesia:**
„Anesthesia for Cesarean Delivery in the Czech Republic: A National Survey“ (nyní ve fázi re-review)
- **Anesteziologie a intenzivní medicína:**
 - Současné postupy v porodnické anestezii I. – perioperační péče u císařského řezu
 - Současné postupy v porodnické anestezii II. – celková anestezie u císařského řezu
 - Současné postupy v porodnické anestezii III. – regionální anestezie u císařského řezu

- Současné postupy v porodnické anestezii IV. – anesteziologické komplikace u císařského řezu
- Postpunkční cefalea v porodnictví
- Preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom z pohledu anesteziologa
- Obstetric Anaesthesia and Analgesia Month Attributes – reálná zpráva o anesteziologické praxi na českých porodních odděleních (editorial)
- Časná poporodní anestezie z pohledu studie OBAAMA-CZ – prospektivní observační studie (probíhá recenzní řízení)
- **Bolest**
Mýty a realita porodní analgezie ČR: OBAAMA-CZ
- **Praktická gynekologie**
Porodnická anestezie – Česko vs. svět
- **Postery:**
ESA Barcelona 2013: Obstetric Anaesthesia and Analgesia Month Attributes in Czech 2011 – prospective national observational survey.

Podíváme-li se na výsledky tříleté činnosti ESPAA, skupina svou dosavadní misi nepochybně

naplnila. Tak, jak si předsevzala, stala se iniciátorem a moderátorem odborné diskuse v oblasti porodnické anestezie a analgezie. Věříme, že ESPAA i za tak krátkou dobu své činnosti sehrála pozitivní roli, byť třeba jen malou, v rozvoji české porodnické anestezie a analgezie, a navázala tak na své předchůdce. Možná alespoň někde dokázala zlepšit anesteziologické postupy. Další je již v rukách právě vzniklé Sekce porodnické anestezie a analgezie. Přejme jí do začátku nejen současnou podporu výboru ČSARIM, ale především podporu anesteziologické obce. Nejen podporu, ale i zodpovědnost. Vznikem odborné sekce totiž i u nás problematika PAA přestává být příběhem entuziastických jednotlivců a měla by se stát společnou záležitostí celého anesteziologického společenství. Úvodní slavná věta paní Müllerové má proto symbolizovat zásadní dějinný moment, nikoli konstatování konce činnosti původní ESPAA. Král je mrtev, ať žije král!

MUDr. Jan Bláha, Ph.D.

e-mail: jan.blaha@lf1.cuni.cz

ZMĚNÍME PŘÍSTUP KE ZVLÁDÁNÍ DECHOVÉ NEDOSTATEČNOSTI?

Dne 4. 6. 2014 se v Plzni z iniciativy firmy Cheiron uskutečnilo odborné setkání věnované mimotělní výměně krevních plynů v intenzivní péči. Hlavním přednášejícím byl dr. Georg Matheis, původním zaměřením hrudní a srdeční chirurg, nyní předseda představenstva a výzkumný pracovník firmy Xenios AG. Na setkání byli pořadatelem pozváni oboroví představitelé se zájmem o mimotělní technologie a umělou plicní ventilaci. Koncept, který byl na setkání představen, je velmi zajímavý a trochu mění v naší odborné komunitě dosud běžně sdílený názor na postup řešení dechové nedostatečnosti. Na většině pracovišť nejběžněji svoje úsilí eskalujeme podle příčiny a závažnosti stavu i podle účinku provedených léčebných opatření. Z počátku nasadíme kyslíkovou léčbu, poté (s možným mezičlánkem neinvazivní plicní ventilace) se odhodláme k zajištění dýchacích cest tracheální intubací a k zahájení umělé plicní ventilace. Dnes nepochybuje o jejím iatrogenním po-

tenciálu: ventilací navozeném plicní postižení, ventilátorové pneumonii, biotraumatu se všemi dalšími důsledky. Umělá plicní ventilace vyžaduje analgosedaci a omezuje možnost pacientovy mobilizace. Přesto je však běžně a s úspěchem používána a nabízí časové okno ke zhojení výchozího plicního či jiného postižení. V řadě případů však zahájení umělé plicní ventilace obnoví výměnu dýchacích plynů jen zčásti či nedokonale – poté manipulujeme s endexpiračním tlakem, podílem kyslíku ve vdechované směsi plynů a trváním i výší inspiračního plateau [1]. Neúspěch nás někdy nutí – tam, kde to je možné – k uložení pacienta do pronační polohy. To někdy vede ke zlepšení výměny krevních plynů, ke snížení invazivity vzorce umělé plicní ventilace a k lepšímu léčebnému výsledku [2]. Při trvání neúspěchu je namístě zvážit možnost mimotělní membránové oxygenace, nejčastěji ve venovenózním uspořádání. To umožní nejen obnovit výměnu krevních plynů, ale i snížit rizi-