

HISTORIE OBORU

Odkud byl ovlivňován vývoj oboru anesteziologie a resuscitace v poválečném Československu?

Dvořáček Bořivoj

Souhrn

Rozvoj anesteziologie v Československu navazoval na chirurgickou tradici vysoké úrovně. V anglosaských zemích se o anestezie starali nechirurgové na rozdíl od kontinentální Evropy, kde si operační obory zajišťovaly anestezie z vlastních sil. S rozvojem chirurgie se ukazovalo, že zajištění životních funkcí u složitých a velkých operací potřebují odborníka, který se věnuje pouze těmto úkolům. U nás bylo s touto organizací započato již v r. 1952 v rámci všeobecné chirurgie, avšak po poznání zkušeností výukového střediska Světové zdravotnické organizace (WHO) v Kodani bylo rozhodnuto v roce 1961 odloučit anesteziologii od chirurgie jako samostatný obor a doplnit rozsah její činnosti o péči o kritické nemocné, popularizovat základy resuscitace i mimo nemocnice, k čemuž se podařilo zařadit výuku základní resuscitace ve školách všech stupňů.

Klíčová slova: anesteziologie – chirurgie

Abstract

What influenced the evolution of the specialty of anaesthesia and intensive care in postwar Czechoslovakia?

The evolution of anaesthesiology in Czechoslovakia was built upon a tradition of high surgical standards. In contrast to continental practice, anaesthesia was administered by specialists separate from the surgical profession in the Anglo-Saxon countries. As surgical interventions became more invasive and more complex, it became apparent that separate professional staff were needed to monitor and preserve the life-functions of the patient. A more specialized anaesthetic organization was formed as a part of general surgical practice in our countries in 1952. However, based on the experience at the centre of the World Health Organization in Copenhagen, it was decided to separate anaesthesia from surgery and to form an independent specialty, to broaden its scope into intensive care and to spread the knowledge of basic resuscitation practice outside the medical profession in 1961. Finally this led to the teaching of basic life support skills throughout all levels of the lay educational system.

Keywords: anaesthesiology – surgery

Anest. intenziv. Med., 22, 2011, č. 1, s. 28–32

Na přednáškách Komise pro historii oboru ČSARIM v rámci celostátního kongresu ČSARIM v Olomouci [1] zaujali český i slovenský přednášející stanoviska, že v období od skončení války v r. 1945 po dobu 5–6 let probíhal vývoj československé anesteziologie podle vzoru britské anesteziologie. K tomuto závěru vedl úspěch L. Spinadela, kterému se podařilo po návratu z Velké Británie založit v tehdejší Vojenské nemocnici v Praze (nyní Ústřední vojenská nemocnice – ÚVN) první samostatné anesteziologické oddělení a v roce 1950 vydal první obsáhlou učebnici anesteziologie v českém jazyce [2]. Jakkoli by bylo nesprávné znevažovat Spinadelovy zásluhy o rozvoj čs. anesteziologie díky jeho znalostem získaným za války ve Velké Británii, domnívám se, že rozvoj anesteziologie v civilním sektoru v tomto období u nás nebyl odezvou britského příkladu. Ani krátká návštěva Angličanky paní Mansfieldové u hrudního chirurga Šteinerja na Slovensku neznamenala mnoho, jak paní Mansfieldová sama uváděla [3].

Historický rozdíl mezi rozvojem anesteziologie

v anglosaských zemích a v kontinentální Evropě byl v organizaci této služby.

Je historickou skutečností, že nositelé anestézií, bez kterých je chirurgický výkon prakticky nemožný, byli v anglosaském světě a zejména ve Velké Británii nechirurgové, kteří přejímali odpovědnost za provádění anestézií pro chirurgy. Na evropském kontinentě bylo provádění anestézií součástí odborné náplně chirurgických oborů. Vedoucí operující skupiny byl odpovědný nejen za prováděnou operaci, ale i za poskytnutou anestezii v plném rozsahu, tj. i za stav operovaného v pooperačním období ovlivněný provedenou anestézií. To vysvětluje, proč u jednoduchých operačních výkonů mohli anestezie provádět i nelékaři. Toto pojetí oborové příslušnosti anestézií dokazovaly i chirurgické učebnice, vydávané na evropském kontinentě do konce 60. let minulého století, které věnovaly úvodní kapitoly i díly anestetických technikám. Úroveň v tehdejší době prováděných anestézií na evropském kontinentě lze proto hodnotit podle úrovně a rozsahu operačních výkonů, které by bez příslušné anestezie

nebyly možné. A ty byly tradičně na vysoké úrovni. Vzpomeňme na Sauerbruchovu snahu operovat v otevřeném hrudníku v komoře s podtlakem a zejména dodnes vysoce ceněnou chirurgickou vídeňskou školu, jejíž součástí byla i chirurgie v českých zemích a na Slovensku. Vyspělý chemický, farmaceutický, gumárenský i strojírenský průmysl na evropském kontinentě byl schopen zajišťovat technicky nejen rozsáhlé operační výkony, ale i potřebnou anestezii k nim. Vzpomeňme na řadu narkotizačních přístrojů, které konstruovala firma Draeger.

Úroveň tehdejších chirurgických výkonů může doplnit má osobní příhoda z poloviny 50. let minulého století. Na chirurgické klinice Vinohradské nemocnice byl přijat nemocný, který uměl zakašlat bronchiální píštělí na zádech, mezi lopatkami. Na začátku první světové války (1914) byl těžce zraněn na obličeji a krku a bylo třeba rychle obnovit možnost volného dýchání. Protože tracheotomie pro rozsah zranění nebyla možná, chirurg založil bronchiální píštěl na zádech mezi lopatkami a tím zraněného zachránil. Tato píštěl se však nikdy sama neuzavřela. Je zajímavé, že tím válečným chirurgem byl pozdější profesor plastické chirurgie Burian. A tehdejší výkon jistě nebyl bez dostatečné anestezie, pravděpodobně místní s kokainem, která vyšla z vídeňské školy.

Zkušenosti z kliniky všeobecné chirurgie v pražské nemocnici na Královských Vinohradech

Na chirurgickou kliniku ve Vinohradské nemocnici jsem nastoupil v r. 1952 jako chirurgický sekundář. Klinika, vedená prof. Emerichem Polákem, patřila mezi přední v republice počtem i rozsahem operačních výkonů. Již před mým příchodem byly prováděny resekce nádorů jícnu, které však byly zastaveny, když se prokázalo, že méně zatěžujícím RTG ozářením lze dosáhnout co do přežití stejných výsledků. Operace plic, pro tumory i bronchiektázie, byly na denním pořádku, i uzavírání Botallovy dučeje u batolat. Kromě toho značný počet resekcí žaludku, operace v dolní břišní dutině, urologické operace a zejména operace štítné žlázy zaplnily 3 operační stoly čtyři dny v týdnu od 10 hodin dopoledne a často do hlubokého večera. Všichni nemocní byli předem vyšetřeni kardiologickým oddělením a bylo respektováno doporučení jejich interní přípravy k dosažení optimálního předoperačního stavu. Denně prováděné operace štítné žlázy byly zásadně operovány v lokální anestezii, aby byl možný slovní kontakt s operovaným a předešlo se tak poškození hlasivkových nervů. Všechny operace v celkové anestezii byly se spontánním dýcháním, i nitrohrudní výkony s endotracheální intubací – pro operátora s výhodou, že po kolapsu plic snadněji identifikoval tumor. Uměli jsme ponechanou část plic opět rozepnout, ale umělé dýchání jsme nepovažovali za nutné pro krátkou operační dobu, která nepřesahovala s otevřením a zavřením hrudní dutiny jednu hodinu. I ostatní operace v břišní dutině byly kratší než jedna hodina. Bylo to možné, protože prof. Polák volil nejjednodušší známé operační postupy a vedoucí operátor

zásadně pracoval s jedním a většinou dvěma asistenty, kteří se plně podíleli na operačním výkonu. O strumách, i substernálních, jsem se již zmínil – byly operovány v lokální anestezii a polosedě, obvykle 10–15 ml jednoprocenního novokainu bylo dostatečné s premedikací 10 mg morfinu. Tato premedikace, doplněná 0,5 mg atropinu (s. c.) hodinu před úvodem do celkové anestezie byla rutinní u celkových anestezí u dospělých. Do anestezie byli pacienti uváděni obvykle 5% thiopentalem i. v. Byla-li třeba větší relaxace, nebo za situace, že by celková dávka thiopentalu přesáhla 1000 mg, byla anestezie doplněna inhalací éteru.

Thiopental ovládl intravenózní anestezii

Zde je třeba připomenout techniku bezpečného podávání thiopentalu, jak ji doporučil koncem války Beecher [4]. Nevhodné podávání thiopentalu zvýšilo neúnosně mortalitu u americké vojenské jednotky v Maroku. Ve vinohradské chirurgii ji zavedl chirurg Suzat, který v jednotce sloužil. Úvodní dávka byla 50–200 mg (podle celkového stavu nemocného a u dospělých) a pak bylo třeba vyčkat na celkovou reakci nemocného. Obvykle nemocný ztratil vědomí a často i zastavil dýchání. V této době chirurg nesmí ještě zahájit operaci, protože incize kůže je velmi bolestivá a obranná reakce operovaného by sváděla anestezujícího k další vyšší dávce a tím předávkování anestezovaného. Je třeba vyčkat, až se spontánní dýchání obnoví a pak je možné podat další dávku, která nesmí být vyšší než 100 mg (u dospělých), po které chirurg může zahájit operaci. Další dávky, podle potřeby, nesmí být vyšší než 100 mg v jedné dávce. Thiopental, který byl americkým vynálezem, ovládl po válce intravenózní anestezii, vytlačil Bayerův předválečný Epontol i britský barbiturát Kemital. S jeho podáváním jsem se seznámil v 60. letech minulého století v Rotterdamu a má demonstrace thiopentalu znamenala ukončení podávání Kemitalu. Nakonec Britové nedlouho potom stejně přestali Kemital vyrábět. Naši vinohradští chirurgové se nevyhýbali ani lumbálním anesteziím, které u nás měly tradici od počátku dvacátého století.

Výše uvedené znamená, že organizačně anestezie na území tehdejšího Československa pokračovaly v kontinentálním zvyku. Používaný éter zůstává dodnes nejlepším inhalačním anestetikem v rukách nezkušených – říkalo se a je to pravda. Při spontánním dýchání při předávkování vzniká hypoventilace až zástava dýchání, které předchází zástavu krevního oběhu, tak nebezpečnou při předávkování halogenních inhalačních anestetik. Hořlavost jej ale prakticky vyřadila postupně z užívání pro strach z výbuchů, které světově byly víc než vzácné na rozdíl od cyklopropanu, který byl k nám dovážen z Velké Británie po roce 1945. Excitace po éterové narkóze je vyvolána přerušením cholinergní transmise v CNS, která u éterové narkózy představuje s anestezii nesouvisející vedlejší úkaz. Byla zvládána po narkóze éterem silnými salinými zřizenci, protože jsme účinek fyzostigminu na

obnovení cholinergní transmise v CNS ještě neznali. Neznali jsme jej ani při podávání nitrožilní anestezie směsí coctail lytique, jejíž podstatou vyvolání anestetického stavu je přerušení cholinergní transmise v CNS fenothiaziny. Použití spadá do období poloviny 50. let a u nás se o to zasloužil M. Hrdlica v Brně, který zajišťoval anestezie na kardiochirurgické klinice prof. Navrátila, kde si v té době zkonstruovali již mimotělní oběh a dosáhli v kardiochirurgii světové špičky. U velkých výkonů, hlavně nitrohručních, jsme úspěšně od poloviny 50. let vyměňovali éter za coctail lytique po seznání techniky podávání u dr. Hrdlici v Brně. I kolega Drapka vypracoval v té době pro dětskou kardiochirurgii v Praze, techniku s coctail lytique světové úrovně. Kde byl vzor britské anesteziologie? Techniku coctail lytique navrhl Laborit, francouzský vojenský chirurg z Toulonu. Když jsem se s ním setkal a oslovil ho jako významného anesteziologa, téměř se urazil a zdůraznil, že techniku vypracoval, aby chirurg mohl operovat bez anesteziologa. Coctail lytique s fenothiaziny následovala belgická koncepce neuroleptanalgezie s butyrofenony. Obě techniky vyvolávají anestetický stav útlumem cholinergní transmise v CNS. Byly velmi šetrné, ale odsouzeny jako nevhodné koncem 60. let, protože útlum vědomí mohl přetrvávat nepředvídaně dlouhou dobu po skončení operace. V té době nebylo ještě známo, že útlum cholinergní transmise v CNS s utlumením vědomí je možné okamžitě odstranit bloádou cholinesterázy v CNS.

Technické vybavení k provádění anestezí bylo ve Vinohradské nemocnici po roce 1945 posíleno dary UNRRA, které pocházely z produkce USA. Představovaly dva narkotizační přístroje, Ombrédanovy koule k podávání éterové narkózy a v krátké době firmou Hlaváček dodávané narkotizační přístroje řady N 3, převzaté do produkce znárodněné Chirany, laryngoskopy k intubacím i endotracheální rourky byly z domácí produkce. UNRRA poskytla velkou zásobu US thiopentotalu, který v krátké době převzal do výroby domácí farmaceutický průmysl. Otolaryngologická klinika, závodějí s prof. Hlaváčkem nitroušní operace, vystačila s původním předválečným SEE, který náš domácí průmysl dodával pod názvem Benarcos (pozn. redakce – oxykodon, skopolamin, efedrin). Ani zde proto není vhodné odvolávat se na britský příklad.

Hmotná situace podávajících anestezie v anglosaském světě a na evropském kontinentě

Hmotné zajištění těch, kdo také prováděli u nás anestezie, odpovídalo jejich postavení člena operačního oddělení. Ve Velké Británii nebyli samostatní anesteziologové na tom hmotně lépe, protože za provedenou anestezii byli vypláceni operujícím chirurgem. Druhý vysokoškolský profesor anesteziologie na světě byl prof. Macintosh v Oxfordu. Jeho univerzitní katedra vznikla r. 1936 až na nátlak bohatého majitele automobilky Nuffielda, který tím podmínil finanční podporu univerzitě, jak Macintosh sám vzpomíná [5]. Odborní funkcionáři univerzity byli proti. Velké nemocniční jednotky s velkou operativou užívaly ve Velké Britá-

nii tak plně anesteziologa, v malých si museli obživu zajišťovat jako praktičtí lékaři, doškolení pro anestezování s diplomem DA. Střední zdravotnický personál, který by výlučně asistoval anesteziologovi, nebyl. Byly jen všeobecné sálové sestry.

Vyčleňování specializace anesteziologie v rámci chirurgie

V poválečném Československu profesor Jirásek ve fakultní nemocnici v Praze pokračoval ve snaze ovládnout organizaci všeobecné chirurgie ve státě, jak se mu dařilo v předválečném období. Chápal, že další pokrok chirurgie je možný jedině zvyšováním kvality anestezí, a proto vyslal dr. Janu Pastorovou do Oxfordu k profesorovi Macintoshovi zjistit, jak lze úroveň poskytování anestezí zvýšit, jestliže se lékaři věnují jen tomuto oboru. Doc. Pastorová se vrátila a byla pověřena 8. 12. 1951 výborem Čs. chirurgické společnosti (ČSCHS) založit komisi, která se měla věnovat prohlubování kvality anestezí v rámci chirurgií. Sepsala a vydala ve dvou vydáních stručnou, ale dokonalou učebnici anesteziologie [6]. Ve změnách politických poměrech s řízeným hospodářstvím vznikla funkce hlavního chirurga ministerstva zdravotnictví, kterým se stal docent Jiráskovy kliniky, Pavrovský. Jeho úkolem bylo podchytit organizaci chirurgických služeb a sem patřila v kontinentálním členění i anesteziologie. Do této kompetence patřilo i školení s průkazem dosažení odborné znalosti, proto se ujal úkolu zajistit školení lékařů v anesteziologii státem uznanými odborníky.

V roce 1952 vydal první specializační diplomy o dosažení odbornosti v anesteziologii deseti lékařům, vybraným Anesteziologickou komisí ČSCHS a uložil povinnost provádět anestezie výlučně lékařům. Aby se vyrovnala úroveň podávaných anestezí ve všech operačních odděleních nemocnic, uložil zřídit funkci ústavního anesteziologa, který by radou i dozorem pečoval o vyrovnání úrovně anestezí v celé nemocnici. Jsem přesvědčen, že k tomuto kladnému vývoji došlo z domácí tradice a nebylo třeba britského vzoru. Doc. Pastorová vedla určitou dobu komisi v chirurgické společnosti, avšak s trvalým návratem k operativě předala vedení dr. Josefu Hoderovi, rovněž z Jiráskovy kliniky, který svou praktickou činnost omezil na podávání anestezí. V jeho pracovně zdobil skříň kvantitativní éterový odpařovač Epsteina a Macintoshe, který si doc. Pastorová přivezla z Oxfordu. A který asi nikdy nebyl používán, protože pro éter byl zbytečný. Myslím, že by bylo velmi násilné vyvozovat z návštěvy Pastorové v Oxfordu britské ovlivnění anesteziologie u nás. V polovině 50. let dostali přední čs. chirurgové povolení vyjet do Velké Británie k poznání tamní operační úrovně. Byli to prof. Polák, prof. Bedrna z Hradce Králové, prof. Navrátil z Brna a doc. Šiška z Bratislavy. Po návratu nám prof. Polák referoval, že úroveň britské všeobecné chirurgie nebyla vyšší než u nás, spíš naopak. Byl ale překvapen anestezí, nikoliv její úrovní, ale tím, že byla samostatná a chirurg za ní nenesl žádnou odpovědnost, takže se mohl věnovat jen operování. V té době začala být vydávána krátkodobá stipendia do ci-

ziny, proto nás vyzval, kdo by se chtěl přihlásit na krátkodobé stipendium do Velké Británie a poznat jejich organizaci anesteziologie. Přihlásil jsem se, ale neschopností ředitele nemocnice ze stáže ve Velké Británii nebylo nic. Až v r. 1958 nastal překotný odjezd do školicího anesteziologického střediska Světové zdravotnické organizace (WHO) v Kodani. Šlo o urychlenou náhradu dříve připravovaného kolegy Mináře z Plzně, který ale pro náhlé onemocnění odmítl na roční stáž nastoupit. Tato roční stáž byla poskytnuta Československu zdarma s podmínkou, že školenec nastoupí do poloviny ledna, jinak propadala. Československo bylo vybráno díky intervenci bakteriologa Šůly, který delší dobu pracoval v Kodani u WHO a přidělení zařídil.

Anesteziologické školicí středisko Světové zdravotnické organizace (WHO) v Kodani

Je vhodné připomenout, že příslib zřídit školicí středisko WHO pro anesteziology získal původně Spinadel pro Prahu, ale změna politických poměrů u nás znemožnila realizaci a byla vybrána Kodaň. Světová zdravotnická organizace vyškolila vedoucí instruktory střediska v USA a zajistila je finančně tak, že mohli v nemocnicích, které byly součástí lékařské fakulty, založit oddělení finančně nezávislá na poskytování anestezií operačním oborům. Kontinentální tradice přitom byla respektována, když se prezidentem školicího střediska stal profesor lékařské fakulty – chirurg [7]. Školicí středisko se skládalo nejen z lékařů-instruktů, ale i středního zdravotnického personálu – sester. Finančně nezávislí na podávání anestezií mohli se věnovat mimooddílné i mimonemocniční činnosti, aby uplatnili své zkušenosti s ošetřováním stavů selhávání nebo omezení životních funkcí při operacích, v celé nemocnici i terénu mimo ni. Instruktorem B. Ibsen se vrátil ze školení v USA v r. 1952 do Kodaně, zmítané poliomyelitickou epidemií s vysokou úmrtností, způsobenou dechovou zástavou postižením prodloužené míchy. Snížil úmrtnost o 40 % v okamžiku, když nemocným zajistil umělé dýchání. Respirátory nebyly, mobilizoval proto studenty medicíny, kteří ručně dýchali s nemocnými. S touto zkušeností založil u svého oddělení lůžkovou jednotku, na kterou přijímal z celé nemocnice kriticky nemocné, kteří vyžadovali podporu dýchání, eventuálně i krevního oběhu. Nemocné ošetřovaly sestry, které se střídaly na operačních sálech u anestezií. Na jednotce Ibsen vykonával dvakrát denně vizitu, které se museli účastnit současně přednosta oddělení všeobecné chirurgie, interny a neurologie, eventuálně přednosta oddělení, kterému nemocný podle povahy onemocnění patřil (přednostově proto, že šlo o nejtěžší nemocné jejich oddělení). Toto rozšíření činnosti anesteziologů na mne udělalo velký dojem, protože jako sekundář kontinentální chirurgie jsem ovládal tamní anestetické techniky. Tak vypadala první ICU (JIP), vedená anesteziologem.

Anesteziologické zkušenosti z operačních sálů a resuscitace v terénu

B. Ibsen učil současně na operačních sálech u anestezií pracovníky záchranné služby uměle dý-

chat s bezvědomými. V jiné nemocnici se H. Ruben věnoval resuscitaci v terénu a ve spolupráci s Ing. Hessem dal podklad k výrobě resuscitačních pomůcek AMBU. W. Dam se v další nemocnici stal hlavním konzultantem toxikologického střediska. Již v polovině 50. let bylo zřejmé, že ti, co ovládají vedení anestetických stavů, mají znalosti k zajištění i ošetřování postižených se selháváním základních životních funkcí v terénu. Vyplývalo to také z prací amerických anesteziologů, zejména Safara, který měl (pro svůj původ) dobrý vztah k naší zemi. Ale hlavní, praktický přínos přicházel z Norska, kde Laerdal, majitel továrny na papír, přestavěl továrnu na výrobu pomůcek pro výuku a zvládání resuscitace v terénu. V r. 1956 organizoval ve Stavangeru první mezinárodní sympozium, na kterém byly poprvé vypracovány a stanoveny zásady resuscitace v terénu. Sympozia se účastnil náš doc. Hugo Keszler, anesteziolog Ústavu klinické a experimentální chirurgie v Krči. Dr. Keszler a dr. Démant byli našimi prvními anesteziology, kteří původně nebyli chirurgové. Avšak ani o tuto skutečnost nelze opírat tvrzení, že šlo o britský vzor pro rozvoj anesteziologie v našich zemích. Doc. Keszler, vyškolený v anesteziologii ve Švédsku, může být považován za zakladatele popularizace moderních resuscitačních zásad v našich zemích, které potvrdil vydáním rozsáhlé učebnice resuscitace v době, kdy britské příklady ještě neexistovaly [8].

Vliv stáže ve školicím středisku WHO v Kodani na organizaci anesteziologie u nás a závěr

Po návratu mém a dr. Buroše, mého slovenského následovníka v Kodani, se nám podařilo přesvědčit dobře fungující anesteziologickou komisi, složenou pod vedením dr. Hodera z krajských odborníků pro anesteziologii, i vojenského zástupce prof. Pokorného, aby se tato komise odloučila od chirurgické společnosti, osamostatnila se a prosadila odloučení anesteziologie od chirurgických oborů a doplnila úkoly oboru i o péči nemocných, kterým selhávají hlavní životní funkce. To se podařilo, jak o tom svědčí dnešní pracoviště ARO a ARK. Ani zde však nelze hledat britský vzor, ale využití zkušeností školicího střediska WHO v Kodani. Ve Velké Británii se ozvaly první hlasy, že anesteziolog se svými sálovými znalostmi může podstatně přispět JIP, až v 70. letech minulého století. V úvodu pátého vydání obsáhlé britské učebnice anesteziologie Cecila Graye, kterého se ujal J. E. Nunn v r. 1989, přiznává v úvodu, že rozsah anesteziologie se podstatně rozšířil o ovládání základních životních funkcí a že tudíž název oboru nevyjadřuje jeho obsah. Bylo by proto účelné, pro obor najít nové jméno. Laici i zdravotníci jiných oborů totiž viděli v názvu jen útlum bolesti, vyvolaný chirurgickým postupem [9].

Na můj podnět a po praktických demonstracích s pomocí mých sester R. Zánové, M. Vorlické a K. Ryčlové přímo ve školách, zařadilo ministerstvo školství do osnov škol všech stupňů výuku základní resuscitace [10]. Rozhodnutí ministerstva bylo světovým primátem, protože předchází norské opatření by-

lo jen pro oblast Osla. Nepodařilo se ale, aby naši anesteziologové, zbavení nadvlády chirurgů, se ujali její kontroly a podpory přímo ve školách. Nepodařila se ani trvalá úzká spolupráce se záchrannou službou na poli resuscitace, jakkoli začala slibně s pražským pracovníkem záchranné služby, dr. Šefrnou. Naši anesteziologové prostě nechtěli opustit operační sály, zatímco chirurgové se ochotně zbavili odpovědnosti a starosti za anestezie prováděné u jejich operací. To byl britský vzor. Zatímco v dobách, kdy anesteziologie byla součástí jejich oboru, uváděli své zprávy popisem provedených anestezií, dnes to již nečiní. Ani pro laiky, které informují o svých operačních úspěších i obrazem, na kterém podíl anesteziologa za ochrannou rouškou není vidět. Je to škoda, protože to jsou laici, kteří mají vaky s penězi, kterými mohou zásadně ovlivnit vývoj medicínských oborů, jak dosvědčuje založení anesteziologické katedry v Oxfordu v r. 1936.

Literatura

1. Referáty historické komise v rámci ČSARIM kongresu v Olomouci, 2005.
2. **Spinadel, L.** *Klinická anesteziologie*. Naše vojsko: Praha, 1950.

3. Osobní sdělení na prvním sympoziu ISHA, Rotterdam 1982.
4. **Beecher, H. K.** Anesthesia for men wounded in battle. *Ann. of Surg.*, 1945, 122, p. 807.
5. **Ruprecht, J., Keys, Th. E.** Anaesthesiology: its origin and its mission. *Anaesthesia Essays on its History*. Springer, 1985, 1998, p. 3–7.
6. **Pastorová, J.** *Celková anestezie*. Státní zdravotnické nakladatelství: Praha, 1958.
7. **Secher, O.** Anaesthesiology Centre Copenhagen. *Anaesthesia Essays on its History*. Springer, 1985, 1989, p. 321–334.
8. **Keszler, H., Pastorová, J., Jadrný, J., Fencí, V.** *Resuscitace*. Státní zdravotnické nakladatelství: Praha, 1963.
9. **Nunn, J. F., Utting, J. E., Brown, R. B. Jr.** *Introduction. General Anaesthesia*, 5th Edition, Butterworths, 1989, p. 1–6.
10. **Dvořáček, B., Kazilová, M.** *Výuka základním způsobům ožiování na školách I. a II. cyklu*. Přírodní vědy ve škole 9, 1968, s. 513–519.

Došlo dne 7. 11. 2010.

Přijato dne 7. 11. 2010.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Bořivoj Dvořáček

Ien Daleshof 6

3066 KJ Rotterdam

Nizozemí

e-mail: m.kaspar@upcmail.nl

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

Generální partner:



Schering-Plough, s.r.o., součást Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, NJ, U.S.A.



Cheirón®
... dýcháme za Vás.



Abbott
A Promise for Life

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Hlavní partneři:

BIOMEDICA ČS



GlaxoSmithKline



COVIDIEN

positive results for life™



Partner:



Edwards Lifesciences



FRESENIUS KABI

Teleflex
MEDICAL

MEDATA
VÁS PARTNER V PÉČI O ZDRAVÍ

novo nordisk®



www.csarim.cz