

ATESTAČNÍ OTÁZKY OBORU ANESTEZIOLOGIE A INTENZIVNÍ MEDICÍNA

Anestezie v urologii

Černý V.

Anest intenziv Med. 2019;30:40–41

1. Vymezení otázky a struktura problematiky/tématu.
2. Důležité body a související problematika.
3. Reference, užitečné odkazy a zdroje apod.

VYMEZENÍ OTÁZKY A STRUKTURA PROBLEMATIKY/TÉMATU

- Charakteristické znaky anesteziologické péče (AP) v urologii:
 - široké věkové spektrum pacientů s odpovídajícími komorbiditami,
 - široké spektrum diagnostických a léčebných výkonů operační i neoperační povahy:
 - ♦ velký podíl laparoskopických výkonů,
 - ♦ narůstající podíl roboticky asistovaných výkonů,
 - problematika zahrnuje všechny typy AP:
 - ♦ monitorovaná anesteziologická péče (analgosedace),
 - ♦ celková anestezie,
 - ♦ regionální anestezie (centrální a periferní nervové blokády),
 - AP je poskytována v nemocnicích i ambulantních zařízeních,
 - urologické výkony jako součást „ERAS“ konceptu.
- Návrh možné struktury odpovědi otázky při atestaci:
 - charakteristika AP v urologii,
 - nejčastější výkony s požadavkem AP v ambulantním režimu:
 - ♦ diagnostické,
 - ♦ léčebné,
 - nejčastější výkony v nemocničním režimu:
 - ♦ diagnostické,
 - ♦ léčebné,
 - volba AP u typických urologických výkonů na vašem pracovišti.

DŮLEŽITÉ BODY A SOUVISEJÍCÍ PROBLEMATIKA

- Typický pacient pro urologické výkony s požadavkem AP je 60letý muž pro onemocnění prostaty.

- Nejčastější komorbidity v dané populaci pacientů a jejich zohlednění v plánu AP (např. fibrilace síní, koronární stent, diabetes mellitus, dlouhodobá antikoagulace apod.).
- Volba AP (a její zdůvodnění) u modelových výkonů malých (např. cystoskopie) a velkých (výkony na močovodech/ledvinách a v pánvi).
- Vybrané aspekty otevřených výkonů:
 - krevní ztráta,
 - perioperační analgezie (efektivita multimodálních a preemptivních konceptů léčby pooperační bolesti),
 - regionální anestezie v léčbě bolesti (např. rectus sheath catheters),
 - ztráta tepla peroperačně.
- Vybrané aspekty laparoskopických výkonů:
 - pneumoperitoneum,
 - nepoznané krvácení.
- Vybrané aspekty u roboticky asistovaných výkonů:
 - omezený přístup k pacientovi,
 - požadavek operátora na „absolutní“ nehybnost během výkonu,
 - dlouhá doba pneumoperitonea (zvýšené riziko podkožního emfyzému a embolie oxidem uhličitým),
 - dlouhá doba v poloze s rizikem tlakového poškození,
 - dlouhá doba v Trendelenburgově poloze:
 - ♦ vliv na oběh (např. zvýšený žilní návrat aj.),
 - ♦ vliv na dýchání (např. snížení funkční reziduální kapacity, snížení plicní poddajnosti, riziko vzniku atelektáz aj.),
 - ♦ riziko poškození očí,
 - ♦ riziko otoku měkkých tkání dýchacích cest (doporučeno provádět cuff leak test před extubací),
 - ♦ riziko zvýšení nitrolebního tlaku a otoku mozku.
- Nejčastější/typické komplikace (např. krvácení u otevřené resekce prostaty, TUR syndrom apod.).
- Koncept „ERAS“ a jeho implikace v urologii.

REFERENCE, UŽITEČNÉ ODKAZY A ZDROJE APOD.

K dispozici u autora rubriky.

Do redakce došlo dne 5. 1. 2019.

Do tisku přijato dne 6. 1. 2019.

Adresa pro korespondenci:

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
cernyvla1960@gmail.com

Služba redakce časopisu lékařům v předatestační přípravě

Zájemci mohou zasílat své dotazy k atestačním otázkám do redakce nebo přímo na adresu cernyvla1960@gmail.com (vaše dotazy budou zodpovězeny obvykle do 72 hodin, jen výjimečně později). Na stejnou adresu lze rovněž zaslat otázky, o jejichž zpracování máte přednostně zájem.

ZAJÍMAVOSTI Z LITERATURY

Deaktivace VAD: nové – a složité – problémy

Morgenweck CJ. Challenges to VAD deactivation. ASA Monitor. 2018;11:28–30.

Pomůcky pro podporu náležitého výkonu myokardu jsou velkou výzvou – nejen technickou, indikační a ekonomickou, ale i etickou a legislativní, spjatou s rozhodováním o jejich deaktivaci.

Výběr těchto technických zařízení je v současné době podstatně širší a sofistikovanější. Zahrnuje kardiostimulátory různé dokonalosti, intrakardiální defibrilátory (ICD); VADs (ventricular assist devices) i celý umělý myokard (TAHs – total artificial hearts). Mají za cíl terapii. Jejich deaktivace má silný etický i legislativní prvek na hranici života a smrti a musí se často rozhodnout i podle přání pacienta. Také může být naopak spojena ze strany pacienta, popř. jeho blízkých, s výhradami. Téma není dosud v žádné zemi s vyspělým zdravotnictvím jednoznačně ukotveno.

Pokud má pacient VAD jako přemostující k transplantaci, je situace jednodušší – pacient má pozitivní cíl. Ale pokud je VAD a případně i TAH pouze mostem k definitivnímu rozhodnutí o životě nebo jeho ukončení, velmi závisí na strategii, na přesné diagnóze, na spolehlivé prognóze kardiologů, intenzivistů, paliatrů, na kvalifikované a citlivé informaci pacienta a na získání jeho informovaného souhlasu.

Téma je pro diskuse o budoucnosti již nyní hitem, protože VAD se dále technicky velmi zdokonalují a úměrně zmenšují. Jejich funkce zajistit náležitou perfuzi cílových orgánů a podpořit příznivou prognózu se nebude zřejmě opírat pouze o patofyziologické poznatky, ale i o ekonomické možnosti a jejich směřování.

*Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
e-mail: jarmiladrabkova@gmail.com*