

Quo vadis anesteziologie?

Nechci se řadit mezi samozvané věšce, kteří nás obšťastňují svými často apokalyptickými vizemi toho, co nás v budoucnu čeká. Ale po tom, co jsem se nedávno dověděl z tisku a online portálů, mám potřebu se zamyslet nad perspektivami našeho oboru anesteziologie a perioperační medicíny. Jedná se o dva soudní procesy, které se těšily mimořádné pozornosti veřejnosti (tisk, portály i televize referovaly) a oba se přímo týkaly anesteziologie. V prvním z nich stáli před kriminálním soudem tři lékaři, kardiolog, chirurgyně a anesteziolog. Byli obžalováni z možného úmyslného zabití a těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti. Obětí byl dvouměsíční kojenec, který zemřel po úvodu do celkové anestezie. Pokusím se o stručnou kazuistiku této tragické události. Porod dítěte byl zřejmě zcela normální, ale několik dní později bylo vysloveno podezření na genetickou poruchu odpovídající Williams-Beurenovu syndromu. Součástí tohoto syndromu bývají vrozené srdeční vady, například supraaortální stenóza aorty. Dítě se však vyvíjelo normálně, takže se po dvou měsících lékaři rozhodli elektivně odoperovat jeho tříselnou kýlu v celkové anestezii. Hned v prvních minutách úvodu do celkové anestezie došlo k oběhovému kolapsu. Anestezie byla přerušena a dítě muselo být resuscitováno. Po 20 minutách se podařilo krevní oběh stabilizovat. O dvanáct minut později, údajně po „pečlivém posouzení rizika“, se zodpovědní lékaři rozhodli pokračovat v anestezii a operaci. Anesteziolog zřejmě s tímto rozhodnutím souhlasil a znovu stejným způsobem zahájil úvod do anestezie. Hned na začátku tohoto druhého pokusu opět došlo ke kolapsu krevního oběhu a kojenec musel být znovu resuscitován. Konkrétní hodnoty vitálních parametrů nebyly zveřejněny. Tentokrát byla ale resuscitace neúspěšná a ukončena zhruba 40 minut po druhém pokusu úvodu do anestezie.

To, co je otřesné a zcela nepochopitelné, je, že anesteziolog, který svým prvním krokem téměř zavinil smrt malého pacienta, se rozhodl opakovat totéž ještě jednou, místo toho, aby dítě přeložil na dětskou JIP do poresuscitační péče, což by snad pro každého soudního lékaře muselo být samozřejmé. Od okamžiku, kdy anesteziolog přebírá pacienta do své péče, je to on, kdo nese plnou zodpovědnost za své jednání.

Obžaloba požadovala pro každého obžalovaného trest odnětí svobody v délce 3 let, z nichž 6 měsíců nepodmíněně. Před soudem prohlásili všichni tři obžalovaní, že se v žádném případě necítí vinní. Elektivní operace kýly byla údajně indikovaná, protože kýly se uskřínují a kdyby k tomu u tohoto dítěte došlo, bylo by riziko anestezie a operace daleko vyšší.

Soud všechny tři obžalované osvobodil. Tento rozsudek je jistě nutné respektovat. Na druhé straně je tento tragický případ natolik závažný, že ho z hlediska lékařské etiky a perioperační bezpečnosti pacientů nelze zamlčet. K chybě nedošlo v důsledku nečekané komplikace za nepříznivých okolností, ale po společném zvážení rizika. Pevně doufám, že se podobná tragédie nebude opakovat.

Ve druhém procesu byl odsouzen 53letý anesteziolog na doživotí. Provinil se otrávením 30 operovaných pacientů, kterým do infuzí přidával kalium, inzulin nebo adrenalin v dávkách, které vedly k srdeční zástavě. Mezi jeho oběťmi byli jak děti, tak dospělí, muži i ženy. Po vyvolaném alarmu byl pravidelně první na místě a 18 z 30 „otrávených“ úspěšně resuscitoval, což mu vysloužilo respekt vedení kliniky a spolupracovníků. Anesteziolog rozsudek nepřijal, bude se odvolávat a prohlásil: „je ne suis aucun empoisonneur“ (nejsem žádný travič).

Vzhledem k publicitě těchto dvou procesů a zájmu veřejnosti se lze obávat, že image anesteziologie utrpěla zaslouženou ránu. V USA by pravděpodobně Surgeon General mohl publikovat nové varování ve smyslu „Warning: The anesthetist may put you at risk to your health and life“.

A nám nezbyvá než se ptát: jsou vedle věku, fraility, alergie, koronární choroby, srdečního selhání, diabetu atd. rizikovým faktorem také anesteziologové? Myslím to ironicky, jsem přesvědčen, že 99,9 % nebo i více kolegů a kolegů poskytují svým svěřeným pacientům tu nejlepší možnou péči. Jako budoucí pacienti si jich musíme vážit a prosazovat pro ně optimální pracovní podmínky. Vzpomínám si ale také na starou studii z bostonské MGH nemocnice, v níž se ukázalo, že pacienti anesteziologa číslo 7 měli signifikantně vyšší pooperační úmrtnost než pacienti jeho kolegů. Pacienti anesteziologa číslo 7 před operací nevykazovali vyšší kardiovaskulární riziko, ale lišili se od ostatních častějšími výskyty, zřejmě anesteziologem tolerovaných hemodynamických poruch a známek ischemie myokardu v průběhu anestezie.

V 90. letech jsme v Bazileji ve spolupráci s NASA a leteckou společností Swissair zavedli CIRS (Critical Incidence Reporting System), simulaci perioperační komunikace a rozhodování, kontrolu kvality a kurzy „human factors engineering“. Brzy to převzaly i ostatní kliniky a pak i národní odborné společnosti. Tyto projekty se nepochybně zasloužily o výrazné zlepšení perioperační bezpečnosti pacientů. Musíme si ale přiznat, že lidské chyby zcela eliminovat nejde.

Vzhledem k až neuvěřitelně rychlému vývoji a zavádění digitalizačních procesů a umělé inteligence (AI) se mi vnucuje následující otázka: mohlo by být možné pomocí digitálních systémů pracujících na základě umělé inteligence chybám zabránit? AI již dnes dokáže přebrat základní úkony anesteziologické praxe a zatlačit anesteziology do pozadí. Předoperační vyšetření, shrnutí rozsáhlé dokumentace, posouzení rizika, předpověď průběhu a příslušná předoperační opatření již AI na mnoha místech přebírá. Anesteziologové se pacientům někdy omámeným premedikací stále častěji poprvé zjevují v zaklenu a anonymitě. Mohli by být už dnes lehce nahrazeni hologramy nebo avatary. Otázku „kdo vás vlastně anestezoval“ mi ze známých zřídka někdo dokázal zodpovědět. AI může za pomoci robotů převzít i vedení anestezie, monitorování a mechanické ventilace. Nelze pochybovat o tom, že rychlost a dávkování anestetik AI dokáže „ušít na tělo“