

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX PEDIATRIAE

květen 2014
číslo 5 • ročník 14



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Možnosti jednodenní chirurgie



- 24hodinová dostupnost lékařské péče
- Možnosti ambulantní a jednodenní chirurgie v dětském a dorostovém věku
- Onemocnění nadledvin
- Traumatická poranění jícnu a cizí tělesa v jícnu a žaludku
- Zvláštnosti kraniocerebrálních poranění u dětí
- 8. kongres primární péče Chirurové a praktici rukou společnou...
- Kazuistika – Infaustní průběh pneumonie u adolescenta
- Kazuistika – Pozdě, ale přece... Kawasakiho syndrom
- Metodický postup k vykazování očkování



Pracujeme pro zdravější svět™

NUTRICIA
BABY NUTRITION



do more
feel better
live longer





Možnosti ambulantní a jednodenní chirurgie v dětském a dorostovém věku

MUDr. Libor Janeček

GALEN, Klinika ambulantní a jednodenní chirurgie, Ústí nad Orlicí

Jeden den příjem, druhý den operace, třetí, někdy i čtvrtý den propuštění. Stále ještě aktuální standard většiny pediatrickochirurgických pracovišť při léčbě jednoduchých chirurgických onemocnění či vrozených stavů dětského věku.

Varianta?

Příchod do zařízení, do 15 minut na operačním sále, do 2 (maximálně 4) hodin po výkonu propuštění do domácí péče, u složitějších operací do 24 hodin. Sci-fi? Nikoliv! Běžná praxe specializovaných zdravotnických zařízení zaměřených výhradně na poskytování ambulantní a jednodenní chirurgické péče.

Pojďme si nyní blíže, kriticky a ze všech pohledů popsat oba modely, přičemž je potřeba zdůraznit, že veškerá diskuse se týká JEN plánovaných výkonů (elektivní chirurgie), které řeší frekventně nejčastější onemocnění dětského (1 až 18 roků) věku. Zcela mimo diskusi ponechávám akutní onemocnění, úrazy a jiné závažné stavy s předpokládanou delší dobou léčby a nutností intenzivní léčebné a rehabilitační péče, kde je úloha lůžkových zařízení nezastupitelná.

■ Operace prováděné za hospitalizace na lůžkovém oddělení

První den hospitalizace: Příjmové vyšetření dítěte, založení chorobopisu, vlastní příjem – ubytování na oddělení (cca 30 minut). Čekání... Předanesteziologické vyšetření (cca 30 minut). Čekání... Noc před operačním zákrokem – v cizím prostředí, zpravidla s několika spolehospitalizovanými dětmi a jejich maminkami. Á propos. Maminky. Dle Charty práv dítěte má každé hospitalizované dítě nárok být přijato s rodičem (zpravidla maminkou, otec na jinak „ženském“ pokoji je málo žádoucí). Ale jak to udělat? Oddělení zpravidla nejsou stavebně (především dostatkem sprch a WC) uzpůsobena modelu dítě + vždy rodič. Není dostatek lůžek pro doprovod, který, je-li přijat, ubírá z vlastní lůžkové kapacity oddělení. Nejsou-li lůžka volná (obsazena nemocnými

děti), přichází i dnes varianta židle u lůžka, v lepším případě polohovací křeslo, někdy i karimatky na zemi. V těchto případech se několikadenní pobyt na oddělení stává nezapomenutelným zážitkem.

Druhý den hospitalizace – operační den: Čas vytoužené operace není pro každého stejně příznivý. Někdo je vypsán na 7.30 hodin, ale pracovní doba je osmihodinová, tedy někdo musí být operován i např. ve 14.30 hodin. Netrpělivé čekání... Oddělení dětské chirurgie však nedělají jen plánované výkony, ale řeší i případy akutní. A to může být nemilá komplikace. Při akutních výkonech se plánovaný operační program zcela pochopitelně přeruší. Ještě netrpělivější čekání... Stane-li se to v druhé polovině pracovní doby, je reálné i odložení operace na další den. Po vlastním výkonu krátká monitorace vitálních funkcí (60–120 minut), dále již jen podávání analgetik, pokud jsou třeba. Další noc v nemocnici rušená nutným provozem oddělení, jinými nemocnými či jejich doprovodem.

Třetí den hospitalizace – první pooperační den: Ranní vizita – pustí nás domů? Běda, otok a malý hematoma v operační ráně! Teplota 37,3 °C! „Raději si vás tady ještě necháme.“ (Koneckonců každý lůžkoden se počítá.) Čekání... Jedinými opatřeními toho dne jsou občasná kontrola sestrou, lékařem, studené obklady a analgetika dle potřeby. Každý další den v nemocnici je delší a delší.

Čtvrtý den hospitalizace – druhý pooperační den: Ranní vizita – propuštění do domácí péče. No, ještě trpělivost, než se vyřídí všechny administrativní záležitosti. A hurá domů.

Platí-li teze, že pro dětské pacienty je vlastní hospitalizace (zvláště pak bez rodiče, ano, i takové děti na odděleních bývají) větší

zátěží než samotný operační zákrok, pak je výše popisovaná skutečnost alarmující.

Jaké zvláštní výhody by výše popsany model oproti ambulantní a jednodenní chirurgii mohl mít? Obvyklým argumentem je udávaná vyšší BEZPEČNOST výkonu! Ptáme-li se, čím je tato vyšší bezpečnost reprezentována, je již argumentace obtížnější. Předoperační příprava se neliší, celková anestezie bez odlišností, pooperační monitorace identická. A v okamžiku, kdy je ambulantní či „jednodenní“ pacient propouštěn do domácího ošetřování, je již zcela mimo riziko ohrožení akutními pooperačními komplikacemi a platí, že nikdo neposkytne dítěti lepší péči než vlastní matka.

V čem je naopak možné spatřovat další negativa hospitalizace? Kromě zcela nepochybného negativního emocionálního efektu z vytržení dítěte i matky z rodinného prostředí, někdy spojeného s nutností odloučení od dalšího dítěte, ev. nutností přijetí zdravého dítěte do nemocnice, zcela jistě ve zvýšeném riziku nozokomiální infekce!

■ Operace prováděné ambulantně a v režimu jednodenní chirurgie (one day surgery)

Tyto výkony jsou definovány jako operace prováděné v celkové anestezii, kdy pacient je propouštěn do domácí péče několik hodin (ambulantní chirurgie), ev. do 24 hodin (jednodenní chirurgie) po operaci. Z pochopitelných důvodů jde o výkony standardní, technicky snadné, kratší, málo extenzivní. Tyto parametry splňuje velká většina operací dětského věku, proto jsou ambulantní a jednodenní výkony pro pediatrickochirurgickou praxi obzvláště vhodné.



Nutné (nepodkročitelné) předpoklady této operativy:

- 1) Technicky i personálně vybavené pracoviště specializující se na ambulantní a jednodenní chirurgii a vyčleněné pouze k tomuto účelu.
- 2) Zdravé dítě (vždy starší 1 roku věku), respektive dítě bez anamnesticky závažných rizikových onemocnění či stavů, klinicky vyjádřeno pouze děti s ASA I a II.
- 3) Kompetentní rodič. Rodič, který operaci v daném modelu péče CHCE! Rodič, který je schopen garantovat dobu lačnění! Rodič, který je ochoten na sebe přebrat odpovědnost za dodržení pooperačních doporučení a další péči.
- 4) Rodiče dítěte musejí disponovat mobilním telefonem a osobním vozem.
- 5) Předoperační vyšetření provedené registrujícím obvodním dětským lékařem.
- 6) Erudovaný anesteziolog se zkušenostmi s dětskými pacienty.
- 7) Erudovaný dětský chirurg s příslušnou kvalifikací.
- 8) Zajištění následné domácí péče systémem „home care“ u jednodenní chirurgie.
- 9) 24hodinové zajištění ev. následné zdravotní péče při možných komplikacích.

Tyto předpoklady jsou nutné, ale z určitého pohledu důležitější je naprosto dokonalý soulad (až partnerský vztah typu osobní lékař) mezi chirurgem a rodičem. Maximální otevřenost a informovanost dítěte (adolescenta) i rodiče jsou samozřejmostí. Další

nutností je 24hodinová dostupnost chirurga na mobilním telefonu! Rodič musí vědět, že když bude potřebovat, bude mít svého lékaře k dispozici.

Spíše již jen pro informaci uvádím, že takováto specializovaná centra jsou ekonomicky rentabilní a zdravotními pojišťovnami preferovaná (úhrada systémem balíčkových cen), protože snižují nákladnost zdravotní péče při zachování její kvality.

Až dosud teoretická stať o ambulantní a jednodenní chirurgie dětského a dorostového věku. Ale výše uvedené není teorie, výše uvedené je potvrzeno praxí.

V letech 2009–2013 (5 let) jsem na Klinice ambulantní a jednodenní chirurgie GALEN v Ústí nad Orlicí provedl 2259 ambulantních operací a 230 operací v režimu jednodenní chirurgie u celkem 2081 dětí.

Vážené kolegyně, kolegové, k publikaci tohoto článku jsem byl vyzván vaší společností, jistě pro všeobecný zájem o danou problematiku. Ambulantní a jednodenní chirurgie má pro svoje charakteristiky aktuálně nezastupitelné místo v dětské chirurgii, což má článek dokumentovat. Doufám, že po přečtení sdělení třeba i změníte některé zažité postupy a že lepší informovaností dáte rodičům i dětem možnost výběru a volby.

www.liborjanecek.cz

Spektrum nejčastějších výkonů a jejich počty:

Ambulantní operace

plastika kýly (pupeční, tříselné, ventrální...)	854
orchidopexie	180
exstirpace hydrokély varlete	100
výkony na předkožce (deglutinace, discize...)	736
korekční otoplastika	24

Operace v modelu one day surgery

laparoskopická appendektomie	64
laparoskopická cholecystektomie	18
laparoskopická disekce spermatických cév u varikokély	135

Filtry v nosních dírkách pomáhají alergikům

Pomůcka o velikosti kontaktních čoček by měla ulevit pacientům, kterým vdechování pylu dělá ze života peklo. Vědci z univerzity v dánském Aarhusu uskutečnili klinickou studii, která dokázala, že takovéto filtry výrazně pacientům pomáhají. Vloží se do obou nosních dírek a podle své hustoty zachycují složky vzduchu, včetně travního pylu. Studie, zatím v laboratorních podmínkách, prokázala, že malé filtry ulevují v průměru o 75 % od typických symptomů alergie, aniž by byly pro uživatele nepohodlné. Filtry se však zatím nevyrábějí, ještě je čekají větší testy v reálném prostředí.

Zdroj: Journal of Allergy and Clinical Immunology, doi: 10.1016/j.jaci.2014.01.004, doktorvlach.cz, 15. 3. 2014

Nová třída antibiotik, objevená v počítači, by měla zvládnout i MRSA

Našli ji američtí vědci pomocí rozsáhlých počítačových simulací, ověřili ji zatím na myších. Novou třídu antibiotik, která dokáže ničit methicilin-rezistentního zlatého stafylokoky (MRSA) a další odolné bakterie, objevil tým chemiků z univerzity Notre Dame v americké Indianě. Výzkumníci tyto látky „našli“ v počítači – přesněji, vytipovali je, když pomocí počítačových simulací posuzovali vlastnosti 1,2 miliónu známých sloučenin. Jako vhodný kandidát jim vyšla sloučenina oxadiazol. Její praktickou účinnost zatím ověřili na myších. Ukázalo se, že například brzdí projevy penicilin vázající bílkoviny PBP2a, která právě způsobuje odolnost bakterie vůči antibiotikům. MRSA i další bakterie si postupně vytvářejí rezistenci i proti těm antibiotikům, která proti nim zatím ještě účinkují. Už proto je nový lék velmi slibný. Jeho výhodou navíc je, že by mělo být možné podávat jej orálně.

Zdroj: Journal of the American Chemical Society, doi: 10.1021/ja500053, doktorvlach, 13. 3. 2014