

Jsem přiměřený střelec

„Dítě není jen menší kopií dospělého,“ vysvětluje specifika dětské chirurgie MUDr. LIBOR JANEČEK (57), primář z Oblastní nemocnice Kolín. Když u malých pacientů zaváděl operace, po kterých může jít dítě už za dvě hodiny domů, považovali ho kolegové za blázna. Dneska takových zákroků zvládne v jednom operačním dni i dvacet. V čem se kluci a holky musí léčit jinak? Co se původní chirurg dospělých musí nově naučit? A s jakými rodiči se nejlépe spolupracuje? Průkopník laparoskopie v dětské chirurgii zároveň vzpomíná, proč mu malí pacienti říkali „modrej pan doktor“.



„Na děti mám speciální dar a ony to vycítí,“ říká MUDr. Libor Janeček v jídelně dětské chirurgie Oblastní nemocnice v Kolíně. Děti ale léčí také v Hradci Králové nebo v Ústí nad Orlicí.

■ Jak jste se k dětské chirurgii dostal?

Do roku 1994 jsem dělal chirurgii dospělého věku, ale ta práce mě ne zcela naplňovala a navíc jsem strašně nerad sděloval pacientům špatné diagnózy. Chirurgie dospělých je totiž velmi často chirurgií nádorů, a třebaže jich tehdy bylo asi stejně jako dneska, zdaleka jsme je neuměli tak dobře léčit. Takže velice často diagnóza bohužel znamenala nutnost říct pacientovi, že má prostě smůlu. Naštěstí jsem dostal nabídku pracovat na dětské chirurgii, a to bylo moje první pracovní bingo.

■ Kdy to bylo?

V době, kdy se výrazně rozšiřovala dětská chirurgie ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Ale nebylo to jen tak. I když mě v té době bylo už 34 let a cítil jsem se být dobrým chirurgem, tam jsem byl najednou úplně začátečník. Neuměl jsem jakoby nic. Neuměl jsem děti vyšetřit, neznal jsem zcela spektrum nejčastějších dětských chorob a vrozených vývojových vad, a nikdy předtím jsem se nesetkal s novorozeneckou chirurgií. Neuměl jsem vlastně děti operovat.

■ Co jste se tedy musel hlavně učit?

Operovat malé děti, novorozence a kojence. Děti, které mají tři, čtyři, pět kilo. Jejich orgány a tkáně jsou velice jemné a křehké, čili je třeba velice šetrně operování. Navíc zatímco v dospělosti můžete ztratit třeba i litr krve a nejde v zásadě o nic, protože máte další tři až čtyři v sobě, u dětí, kde se objem

krve počítá v rádech stovek mililitrů, může být jakákoli ztráta krve významná.

■ Takže je to náročnější třeba na šikovně ruce?

To ani ne. Když jste šikovný dospělý chirurg, tak se stanete i šikovným dětským chirurgem. Musí vám to ale někdo ukázat. Zprvu operujete starší děti, kde se ta chirurgie víc podobá, pak vás zkušenější kolegové vezmou na asistenci k operacím malých dětí a vy se jen díváte, potom vás občas nechají něco udělat. Naučit se to není zas tak složité, především to musíte pochopit a třeba i mihnout v dětské chirurgii spěchat. Vyplatí se operovat pomaleji, než pak řešit komplikace vzniklé při rychlém postupu.

„U dětí se vyplatí operovat pomaleji.“

■ Řekl jste, že dětský chirurg se také setkává s jinými nemocemi...

Kojenec může například trpět pylorostenózou, což je vrozené zúžení vrátníku (postihuje svalový svěrač mezi žaludkem a tenkým střevem, pozn. red.). S tím se dospělý chirurg nikdy nesetká. Podobné je to třeba s varlaty – dětský chirurg je často v situaci, kdy dítě varlata nemá v šourku a on pátrá, kde jsou. Vyvinuly se? Vyvinuly se a zanik-

ly? Jsou v břiše, nebo na cestě z břicha do šourku? Tyhle otázky dospělý chirurg neřeší, protože dospělý pacient má varlata sestouplá. Je důležité si uvědomit, že dítě není menší kopií dospělého. Děti mají zlomeniny v růstových zónách, což je u dospělců, kteří již mají ukončený kostní růst, nemožné.

■ Dětem se jinde lámou kosti?

Ano, to je alfa a omega dětské traumatologie, protože v tom se to nesmírně liší. Dětské kosti mají růstové zóny (na koncích kostí, kde kosti dorůstají, pozn. red.) a tam se jim kosti velice často lámou. Což je nebezpečné, protože následkem takových zlomenin mohou být i poruchy růstu – a to není sranda. Takže musíme zlomeninu šetrným způsobem napravit a musí to být na první pokus.

■ Co rozdíly ve zjišťování chorob?

Diagnostika je obecně obtížná. Základní rozdíl je, že dospělý člověk dokáže svoje zdravotní problémy popsat. Ti nejmenší ale nemluví a pláčou. O málo starší také brečí, ještě starší často neumí dobře popsat svoje obtíže a někdy tvrdí, že jim nic není, protože nechťejí do nemocnice. Typičtí jsou sportovci – máte kluky, kteří jsou schopni, jen aby nepřišli o nedělní zápas, tvrdit, že je břicho nebolí. I když my víme, že mají zánět slepého střeva. Děti se také často brání vyšetření, jsou negativistické, a pak je posouzení, například nálezu na břiše u náhlé příhody břišní, velmi obtížné. Takže obtíže dítěte

vám často interpretuje nervózní a vystresovaný rodič. A byť já říkám, že rodič si nikdy nevymýšlí, nemusí být jeho popis objektivní. Samozřejmě máme ultrazvuk, RTG, CT, magnetickou rezonanci, laboratorní vyšetření krve i moči, ale stejně tak je užitečné třeba vyšetření dítěte ve spánku, nebo ze zadu, když je u matky, tak aby nás nevidělo.

■ Oproti dospělému je to tedy komplikovanější?

Ano, ale též platí, že děti marodí „statisticky“. To znamená, že když dítě v určitém věku přijde s určitými obtížemi, tak vy víte, že by mohlo mít tohle nebo tohle, a tím pádem i kam napřít pozornost. A cíleně to zkoumáte.

■ Takže když přijde třeba devítiletý chlapec a bude se držet za břicho?

Pokud byl doteď zdravý, tak ho to zpravidla bude bolet kolem pupku a bude mít lehký pocit na zvracení, a to jsme zatím jako chirurgové klidní. My čekáme spíš na přesun bolesti a když se mu to přesune do pravého podbřišku, tak vsadím na apendicitidu – zánět slepého střeva. Můžou to být ale i jen zvětšené uzliny, takže je to hodně i o lékařské zkušenosti.

■ Máte na přístup k dětem nějaký speciální recept?

Spíš to vnitřně cítím tak, že mám „na děti dar“. Že to s nimi umím a ony to také vycítí. Dobře nakročíte, když víte, jak se dítě jmenuje. Žádné „chlapečku, pojď sem“, ale spíš „Nazdar, Tondo! Vždycky jsem si přál mít Toníčka, to je tak hezký jméno. Co tebe může trápit, chlape?“ Ale vždycky je to individuální. Některé děti se potřebují držet

maminky, tak nemá cenu to lámat přes koleno. Ono mezi námi – u doktora se neděje nic hezkého. Musíte se svlíkat, někdo cizí na vás sahá, nevíte, co se bude dít, a nutná vyšetření jsou pro dítě často nepříjemná – třeba odebírání krve. Vyplatí se být racionálně normální. Roli může hrát i maličkost – třeba ve svém privátu (Chirurgické středisko Galen v Ústí nad Orlicí, pozn. red.) nechodím v bílém, ale v civilu. Drobnost, ale děti ji vnímají. V Hradci Králové jsem zase chodil v modrém tričku a děti o mně říkali „ten modřej pan doktor“.

„Rodiče musí cítit, že jste na jedné lodi.“

■ Do jaké míry jim můžete vysvětlit, co je čeká?

Především je třeba si uvědomit věk dítěte a jeho rozumové možnosti. Jistě je ale na místě dítě o dalších věcech, které ho čekají, informovat. Takže jim třeba řeknu: „Pepičku, ještě se jednou spolu uvidíme, pak mě na foukneš balónek, usneš a až se probudíš, tak už budeš u maminky.“

■ Kam vlastně až s nimi rodiče v nemocnici dneska můžou?

Na předšálí. Zcela výjimečně, zejména u dětí mentálně retardovaných, s ADHD, nebo u autistů, povolíme rodiči přítomnost na operačním sále do „usnutí“ dítěte.

■ Co třeba rodič ocenit a o co by se podle vás měl zajímat?

Nemluví, nedokážou svou bolest popsat a někdy se brání vyšetření. U malých pacientů se chirurgové setkávají s jinými diagnózami než u dospělých. A také s křehčími tkáněmi a při operacích jim častěji musejí stavět krvácení. Objem krve se v malých tělích počítá jen na stovky mililitrů..



pro konečnou spokojenost všech je nejdůležitější klidný rodič. A proto mi můžou kdykoliv zavolat. Další možností je operovanou krajinu vyfotit a poslat mobilem či mailem, většinu věcí je možno takto vyřešit elektronicky.

■ Takže vám rodiče zase tak často nevolají?

Je strašně důležité, aby znepokojený rodič měl vždy možnost konzultace. Nedávno mě vzbudili z pátka na sobotu – v půl páté ráno volala maminka, že dítě dostalo vysoké teploty a má průjem. A chtěla vědět, jestli to k pooperačnímu průběhu patří a jestli může dát určitý lék. Nevolala zbytečně, měla logické obavy. Upřímně řečeno, nikdo to nezneužívá. Někdy mají rodiče dokonce povinnost mi volat, zejména po laparoskopických (operace s pomocí chirurgických nástrojů a digitální kamery, které se vloží do těla pacienta skrz malé řezy - chirurg pak operuje přes monitor, pozn. red.).

■ V čem vám tenhle obor přináší zadoštičnění, které jste v dospělé chirurgii nezažil?

Já děti skutečně miluju, a snad právě proto mi to s nimi jde. Nemám žádný problém navázat kontakt i s nemocným či zraněným dítětem, a i to je základem úspěchu. Celá řada dětí se na mě i těší, nosí mi obrázky, které nakreslily, a když se loučíme, tak se kolikrát i přitulí. Mám z toho strašně dobrý pocit. Další věc jsou samozřejmě ambice – chirurgové bývají ambiciózní egoisti a mně se ve velké chirurgii až tak nedařilo. Snad že jsem neměl správný drive a tah na branku. Naopak

v dětské chirurgii řada kolegů můj drive nesla nelibě.

■ Jak se za poslední roky dětská chirurgie změnila?

Dřív se děti operovaly téměř v každém Okresním ústavu národního zdraví, kde existoval chirurg, který se toho nebál. Postupně došlo ke specializaci v rámci oboru, dnes máte dětskou urologii, dětskou neurochirurgii nebo ortopedii, takže ani já, který z oboru umí relativně hodně, některé výkony dělat nemůžu.

„Chirurgové bývají ambiciózní egoisti.“

■ Vy jste se v dětské chirurgii prosadil laparoskopií. Můžete popsat, jak pomocí rourek, tedy trokarů, laparoskopické kamery a dalších speciálních nástrojů zákrok provádíte?

Po uvedení do celkové anestezie se jehlou pronikne v krajině pupku do břicha, a to se napustí CO₂, oxidem uhličitým – tím, že si to břicho nafouknete, získáte vlastní pracovní prostor. Poté se zavede trokar pro kameru, jelikož obraz je přenášán na obrazovku, která je nad pacientem. Pod kontrolou kamery se pak zavedou dva až čtyři pracovní trokary, přes které se specializovanými nástroji uvnitř dutiny břišní provede zákrok. Odstraněný orgán se pak trokarem, eventuálně ve speciálním sáčku přes

řez, který jsme vytvořili pro vstup trokaru, vytáhne ven.

■ Jak tlusté ty trokary jsou?

Používáme trokary 5 milimetrů, výjimečně 10 milimetrů, u nejmenších dětí i 3 milimetry. Znamená to, že přes 3 či 4 několikamilimetrové řezy do kůže jsme schopni provést operaci.

■ Učit se tuhle novou technologii, která je pro pacienta mnohem šetrnějším zákrokem, bylo asi pro chirurgy v 90. letech obtížné, nebo ne?

Generace vynikajících chirurgů k laparoskopii měla ze začátku určitý odpor, byli zvyklí si tu tkát pohmatat, zatímco tady se jí dotýkáte jen prostřednictvím nástrojů. Takže jim chyběl hmatový vjem z orgánu. Další obtíž mohla být, že z operace dostáváte kamerou dvourozměrný obraz, který postrádá hloubku. A třetí důležitá věc pro chirurga je „rozpojení“ očí a rukou při operaci. Protože vy se jinam díváte, než rukama operujete, zatímco při klasické operaci kam směřuje zrak, tam pracujete rukama. U laparoskopie koukáte někde nahoru za pacienta a rukama mu přitom přes nástroje pracujete v břiše.

■ Vybavíte si konkrétní operaci, na kterou jste pyšný?

Jsem pyšný na to, že jsem postupně začal operovat akutní stavy. Při plánovaných výkonech, jako je odstranění nemocného žlučníku s kameny nebo ucpaného slepého střeva, dopředu víte, jak to tam bude vypadat. Ale akutní stavy jsou něco jiného. Když ale už ty věci umíte, jste trpělivý a nebojíte se, tak laparoskopie tohle řešit umožňuje.

■ Čeho byste se přitom mohl bát?

Chirurgie je trochu riskantní podnik a musíte mít v sobě smysl pro jistou dávku rizika. Když jste přiměřený střelec, tak je to docela fajn. Dneska už to tak nevypadá, ale v té době to bylo riskantní – první zmínky o dětské laparoskopii se objevily v roce 1995 a já od své nezapomenutelné primárky MUDr. Miroslavy Králové dostal nabídku, abych se jí věnoval. A to bylo moje druhé pracovní bingo! Jezdil jsem se laparoskopii učit na oddělení dospělé chirurgie po celé republice, protože principy práce s nástroji jsou podobné u dítěte jako u dospělého. Vlastně jsem tedy pyšný, že jsem laparoskopii na dětské chirurgii v Hradci Králové etabloval a spoustu výkonů tam udělal jako první. Třeba jsem u dítěte odstraňoval nemocnou, zaniklou ledvinu – což je operace složitá už proto, že se provádí přes břišní dutinu v takzvaném retroperitoneu (*prostor za břišní dutinou, pozn. red.*)

■ Průkopnický je i váš přístup k takzvané jednodenní chirurgii.

To je vlastně moje parketa. Ambulantní a jednodenní dětskou chirurgii dělám v Ústí nad Orlicí od roku 2008. V té době byla, a vlastně stále ještě je, praxe taková, že se všechny děti přijmou do nemocnice, odoperují a následně po určité době propustí. A upřímně řečeno se s tím propouštěním nespěchá, protože pro nemocnici je ekonomicky výhodné, když je pacient na lůžku – tak je to nastavené. Já ovšem dostal příležitost dělat to jinak. Jezdil jsem na zkušenou do Trince, kde s jednodenní chirurgií do-



▲ Při laparoskopii se břicho pacienta nejdříve napustí oxidem uhličitým. Samotný zákrok se speciálními nástroji provádí přes 2-4 rourky (trokary) a pomocí kamery se přenáší na televizní obrazovku nad pacientem.

spělých pacientů začal extrémně brzo přiměř. Czumek.

■ To bylo kdy?

V první dekádě tohoto století. On dospělým odoperoval žlučník a druhý den je pouštěl domů. Tak jsem si říkal, proč by to nešlo u dětí, když ty jsou daleko zdravější a daleko rychleji jsou zase schopné fungovat? A přesto, že s jednodenní chirurgií v dětském věku u nás prakticky žádná zkušenost nebyla, rozhodl jsem se to zkusit. Postupně jsem musel celý model ambulantní i jednodenní péče vymyslet. Jak budou dětští pacienti přijímáni, jaké bude předoperační vyšetření, kdy je pustím domů a jak je budu kontrolovat. Dneska už je to sranda, ale když jsem v té době řekl, že odoperuju nestoustplé varle u 1,5letého chlapce, a za dvě hodiny ho pustím domů, mnozí kolegové říkali, že nejsem normální, že jsem naprostý sebevrah, že to nejde.

„Mnozí kolegové říkali, že nejsem normální.“

■ Určité riziko tam ale bylo, ne?

Já samozřejmě vím, jaké komplikace můžou nastat, ale měl jsem vízi, za kterou jsem šel. Postupně jsem v jednodenním režimu začal dělat i laparoskopie, kdy do 24 hodin, tedy s jedním přespaním, pouštím děti domů. Prostě to jde! Já to zkusil a mám exponenciální nárůst pacientů, protože rodiče si to na sociálních sítích i jinde mezi sebou sdělí. Když to přeženu, tak bych už mohl dělat jenom ambulantní a jednodenní chirurgii. Nechci ale opustit nemocnici, protože bych

přišel o spoustu operací, které umím a které chci dětem poskytnout, jako jsou třeba operace zlomenin. A ty se v podmínkách, jaké máme v Ústí nad Orlicí, dělat nedají.

■ Jaké operace tedy v rámci jednodenní chirurgie nejčastěji děláte?

Jde o plánované výkony u jinak zdravých dětí, například odstranění varixů šourku, žlučníku, slepého střeva, cysty vaječniku. Dneska mám v Ústí nad Orlicí fungující praxi, kdy 600 až 800 dětí ročně odoperuju ambulantně a tak 40 laparoskopií v jednodenním režimu.

■ Můžete laikovi vysvětlit výhody rychlejší péče?

Dítě nemusí zůstat v nemocnici, nebo maximálně jednu noc. Další výhodou je, že se o dítě od ambulantní indikace k operaci i pooperačním kontrolám stará jeden konkrétní doktor, kterého mají rodiče neustále na telefonu.

■ Co ambulantní operace vyžadují navíc?

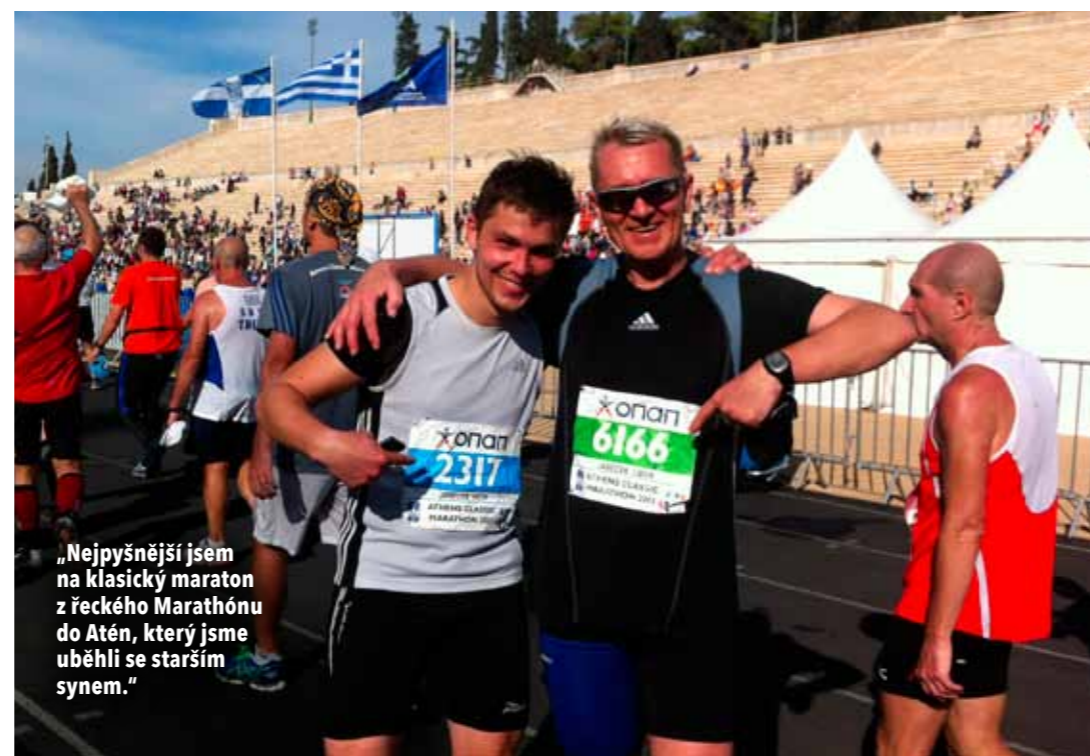
Navíc nic. Potřebujete jen operační sál, anesteziologa, instrumentářku, dospívající pokoj s personálem a můžete operovat. Tento typ péče je oblíbený u dětí i rodičů, jelikož s výjimkou operačního sálu jsou stále u sebe a v celém průběhu převažuje domácí péče. A mají ho rády i zdravotní pojišťovny – protože stejná operace, například operace kýly, je v ambulantním provedení výrazně levnější.

■ Proč se tedy v Česku nedělají častěji?

Především to stojí ohromné osobní úsilí, nutnost přijmout zvýšenou míru rizika a taky být neustále na telefonu. Zcela jistě je klidnější a možná i pohodlnější dělat dětskou chirurgii v nemocnici. I když v poslední době je patrné, že ani nemocniční oddělení nemůžou tento trend zcela ignorovat



„Jsem fixován na rodinu a středobodem mého světa jsou především vnoučci.“



„Nejpyšnější jsem na klasický maraton z řeckého Marathónu do Atén, který jsme uběhli se starším synem.“



a alespoň částečně se už pokoušejí tuto péči poskytovat také. Já jsem třeba v Kolíně zavedl ambulantní výkony v analgosedaci (dítě se neuvádí do celkové narkózy, ale jen se podají silná analgetika v kombinaci se sedativy, pozn. red.). V tomto stavu jsou proveditelné menší zákroky jako vyříznutí znamének, rozlepení předkožky a podobně.

■ **Bydlíte ve Vamberku, soukromou praxi máte v Ústí nad Orlicí, ambulanci v Hradci Králové a teď sedíte na dětské chirurgii v Kolíně, kde jste třetí rok primářem. Jak to stiháte?**

V Kolíně, kde jako primář dětské chirurgie pracuji díky pochopení vedení na 0,8 úvazku, jde o „plnotučnou“ dětskou chirurgii - tedy i akutní úrazy, zlomeniny a třeba náhlé příhody břišní. Jsem tam pondělí, středa, čtvrtek, pátek. Celé úterý věnuji Ústí nad Orlicí - tam v rámci soukromé praxe v Chirurgickém středisku Galen dělám ambulantní a jednodenní dětskou chirurgii, ale mám i částečný úvazek v tamní městské nemocnici. A v Hradci Králové jsem si ponechal ambulanci na každý sudý čtvrteční poedečer.

■ **Víte, co vás pracovní čeká třeba zítra?**

Zítra je úterý a v Ústí má sedmáct výkonů (dívá se do programu, kde je vedle jmen pacientů napsáno aterom, pupeční kýla, vodní kýla, tříselná kýla, předkožka atd., pozn. red.). Na některé mám patnáct minut, na jiné půl hodiny a na ty největší zákroky, jako je třeba přišití odstátých oušek, i hodinu. Takhle to tam točím každé úterý. Je to dřina.

„Uběhl jsem dvanáct maratonů a sedmadvacet půlmaratonů.“

■ **A kdy relaxujete? Slyšel jsem, že běháte maratony...**

Mám uběhnutých dvanáct maratonů a sedmadvacet půlmaratonů. Nejpyšnější jsem na klasický maraton z Marathonu do Atén, který jsme uběhli společně se starším synem. Jenomže jsem musel přestat, měl jsem totiž docela vážnou operaci páteře. A s tím běháním bohužel souvisí spousta otřesů. Kvůli tenisovému lokti jsem nechal i tenisu,

protože jako chirurg přesné ruce potřebuji. A tak mi zůstalo kolo, jezdím buď se syny, anebo každé úterý 20 kilometrů z Vamberka do práce v Ústí nad Orlicí, a pak večer zpátky. Taky chodím s pejsky - máme dva hovawarty, což je vděčné hlídací plemeno. Především mám ale tři vnoučky a ti jsou aktuálně středobodem mého světa.

■ **Pomohla vám vytrvalost maratonce nějak i v chirurgii?**

Strašně moc. Naprostá zarputilost, chuť do-táhnout to do konce a nevzdat se, to je prostě i v tomhle oboru potřeba. O laparoskopii leckteří ze začátku říkali, že to je blbost, ale musíte vytrvat a jít si za svým. Když jsem měl spor s někdejší vedením dětské chirurgie ve fakultní nemocnici v Hradci Králové, tak jsem použil argument, který mě v té chvíli jen tak napadl, ale který podle mě platí: tehdy jsem bývalému primáři řekl, že s ním nemůžu prohrát, protože kdo v maratonu překonal úsek mezi 25.-37. kilometrem, tak jako opakovaně já, tak ten prostě neprohrává (úsměv).



Jan Čáp