

mi a vysokou morbiditou a mortalitou. U RACE je udávána morbidita až 60 % a mortalita 1–3 % (1–3). Operace je prováděna současně na močových cestách a gastrointestinálním traktu (GIT), pooperačně se mění metabolické poměry následkem vstřebávání moči sliznicí střeva a musí být nahrazena jímací funkce močového měchýře. To vše vysvětluje vyšší riziko komplikací u tohoto typu operace. V rámci zlepšování pooperačních výsledků je v současnosti zaváděn do praxe koncept časné pooperační rehabilitace – Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Naším cílem je zavedení tohoto protokolu do praxe, vyhodnocení pooperačních komplikací po jeho implementaci do klinické praxe a srovnání s výsledky před započítáním této strategie.

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS)

Zařazení tohoto postupu v kolorektální chirurgii vedlo k signifikantnímu snížení pooperačních komplikací a zkrácení délky hospitalizace. Taktéž v urologii je snaha zařadit tento postup u pacientů podstupujících radikální cystektomii (4, 6). Tento koncept je založen na třech hlavních prvcích: minimálně invazivní chirurgii, standardizovaných klinických postupech a aktivních informovaných pacientech. Jde o multidisciplinární a multiprofesní přístup, na kterém se podílejí chirurgové, anesteziologové, ošetrovatelský personál, rodina pacienta, dietologové a fyzioterapeuti.

A. Předoperační příprava: pacient je podrobně seznámen s nadcházející operací – detailně jsou vysvětleny možné komplikace, je poučen o životě se stomií. Je optimalizována chronická medikace. Pokud zjistíme anémii, pak pacienta zajistíme perorálními preparáty železa. Je nutná optimální korekce diabetu a hypertenze. Je požadováno, aby pacient přestal kouřit, ev. aby byl zajištěn nikotinovými náhradami. Dále je vyžadována abstinence a pravidelná fyzická aktivita k udržení aktivní svalové hmoty. Toto by mělo být dodrženo minimálně 6 týdnů před plánovanou operací. Den před operací neprobíhá příprava střeva, jen večer aplikujeme klysma per rectum. Večer a ráno pacient přijímá per os přípravek Preop k prevenci dehydratace

a přísunu sacharidů (předoperační carboloading). Nejsou užívány diazepiny v rámci premedikace.

B. Anestezie je vedena s důrazem na monitorovaný tekutinový management, prevenci hypotermie. Analgezie je multimodální – preferujeme paracetamol. Pokud je nutno použít opiáty, pak používáme krátkodobě působící formy. Pacientovi je nabídnuta epidurální analgezie, která redukuje pooperační spotřebu opiátů. K prevenci nauzey podáváme antiemetika již v perioperační fázi (dexamed či ondansetron).

C. Po chirurgické stránce, pokud je to možné, je preferovaná minimálně invazivní technika (robotická či laparoskopická). Drenáž operačního pole je přednostně bez podtlakového sání. Nezavádí se nasogastrická sonda. ATB profylaxe se podává jednu hodinu před výkonem. Zavedení ureterálních cévek/močového katétru zůstává na uvážení urologa a typu derivace moči.

D. V pooperačním období se k prevenci paralytického ileu doporučuje žvýkání žvýkaček a podávání preparátu hořčíku. Dále pak podpora motility střev (metoclopramid 10 mg inj. à 6–12 hod., omeprazol či ranitidine 1 amp. à 12 hod.). V den operace je již pacient při patřičné analgetizaci mobilizován z lůžka minimálně do sedu na lůžku, ideálně s dopomocí do křesla. Důraz klademe na multimodální analgezii, pokud možno bez použití opiátů. Již v den operace dostává sipping a následující den je pak již zatěžován stravou – bílkovinné preparáty, sipping, ev. šetřící dieta.

E. Po návratu na standardní oddělení pokračuje mobilizace pacienta, probíhá nácvik péče o stomii a po obnově střevní pasáže je pacient propuštěn do domácího ošetřování.

V posledních dvou letech jsme se snažili o zavedení některých položek z ERAS protokolu do běžné praxe. Vzhledem k tomu, že se výsledky tohoto postupu jeví jako slibné, započali jsme od 1/2023 se zaváděním protokolu ERAS s cílem dosáhnout minimálně 80% adherence.

MATERIÁL A METODY

Abychom mohli srovnat výsledky nově zaváděného postupu, vyhodnotili jsme soubor pacientů