

důsledném dodržení. Časná mobilizace pacienta vede nejen k časnější obnově střevní pasáže, ale taktéž působí preventivně pro vznik hypostatické pneumonie. Podmínkou je dostatečná analgetizace pacienta s minimalizací podávání opiátů. Důležitá je taktéž předoperační příprava pacienta s eliminací kouření a příjmu alkoholu, optimalizace jeho nutričního stavu a kondice. Důsledně je apelováno, aby pacienti nedrželi před operací redukční diety. Je snaha již předoperačně do tohoto procesu zapojit i příbuzné pacienta, kteří mohou po operaci pomoci nejen s péčí o stomii, ale při návštěvách pacienta pomoci s jeho rehabilitací. Je zřejmé, že řádně poučený a motivovaný pacient pak v pooperačním období lépe zvládá možné komplikace. Pro získání očekávaného efektu je však potřeba splnit většinu s požadovaných procesů protokolu. Tedy aby výsledky byly validní, pak je nutné dosáhnout alespoň 80% adherence protokolu (11). K tomuto je zapotřebí vést písemnou dokumentaci splnění jednotlivých kroků. Součástí následující studie bude srovnání výsledků před zavedením ERAS protokolu vs. dodržení ERAS protokolu s minimálně 80% adherencí. Primárním cílem je zkrátit dobu

hospitalizace, pobytu na JIP lůžku a snížit množství pooperačních komplikací. Pooperační komplikace budou vyhodnoceny dle CDC a srovnány se vstupním souborem. Sekundárním cílem je snížit spotřebu analgetik i množství podávané parenterální výživy. Úspora financí by mohla nastat zkrácením doby pobytu pacienta v nemocnici a na JIP, ale také snížením nákladů na preparáty parenterální výživy. Samotné dodržování protokolu je vcelku bez významného zvýšení finančních nákladů. Zpočátku, než se stane zaběhnutým protokolem, však bude náročnější na personální pokrytí.

ZÁVĚR

Naše výsledky, ačkoliv odpovídají literárně udávaným údajům, se nám jeví jako málo uspokojivé. Při zavádění ERAS protokolu očekáváme významné zkrácení doby hospitalizace i redukcí počtu jedné z našich nejčastějších komplikací – pooperačního ileu. Pokud se splní naše očekávání, pak bude profitovat nejen pacient, ale taktéž zde bude i nezanedbatelné ekonomické hledisko.

LITERATURA

1. Richards KA, Steinberg GD. Perioperative outcomes in radical cystectomy: how to reduce morbidity? *Curr Opin Urol*. 2013; 23(5): 456–65.
2. Shabsigh A, Korets R, Vora KC, et al. Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. *Eur Urol*. 2009; 55(1): 164–74.
3. Nelson MH, Quek ML. Perioperative mortality following radical cystectomy: the slippery slope of complications. *Transl Androl Urol*. 2019; 8(Suppl. 3): S289–S290.
4. Cerantola Y, Valerio M, Persson B, et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations. *Clin Nutr*. 2013; 32(6): 879–87.
5. Čapka D, Kolombo I, Klézl P, et al. Radikální cystektomie v éře ERAS. *Urol. praxi*. 2017; 18(3): 98–104.
6. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World J Surg*. 2019; 43(3): 659–695.
7. Clavien PA, Barkun J, de Oliveira ML et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg*. 2009; 250(2): 187–96.
8. Koppie TM, Serio AM, Vickers AJ, et al. Age-adjusted Charlson comorbidity score is associated with treatment decisions and clinical outcomes for patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer. *Cancer*. 2008; 112(11): 2384–92.