

## **ANESTEZIOLOGIE A ALGEZIOLOGIE – SPOJENÉ NÁDOBY.**

**Neradilek F.**

**Oddělení rehabilitace a léčby bolesti, Poliklinika Prosek, Praha 9**

**Výukové pracoviště paliativní medicíny a léčby bolesti, IPVZ, Praha**

### **Úvod**

V přehledově koncipovaném sdělení se autor zamýšlí nad historickými, filozofickými, etickými i odbornými spojitostmi anesteziologie a algeziologie. Vychází z poznatků a zkušeností nabytých při konstituování algeziologie jako zvláštního lékařského oboru v České republice..

### **Historické kořeny léčby bolesti ve světě a u nás**

Popud ke vzniku algeziologie, resp. multidisciplinární léčby bolesti dal americký anesteziolog John J. Bonica (1917 – 1994) po II. světové válce. Jako první poukázal na „zarmucující skutečnost, že medicína ve věku technické revoluce není schopna poskytnout nemocným potřebnou úlevu od bolesti.“ Dokazoval, že mnohdy nikoliv základní onemocnění, ale trvající bolest způsobuje snížení jejich výkonnosti a pracovní schopnosti. V r. 1973 založil Mezinárodní společnost pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain – IASP), která se stala globálním garantem interdisciplinární spolupráce na poli studia a léčby bolesti a dovedla ke vzniku algeziologie jako multidisciplinárně orientované zvláštní lékařské disciplíny.

V sedmdesátých letech se začíná u nás zabývat řešením stejného problému D. Miloschewsky. Kontakt s IASP zprostředkoval zakládající člen IASP a dlouholetý příslušník její exekutivy neurofyziolog L.Vyklický, se kterým začal spolupracovat při výuce regionální anestezie a problematiky bolesti v postgraduální přípravě anesteziologů. V r. 1976 zakládá Miloschewsky komisi pro léčbu bolesti při Společnosti anesteziologie a resuscitace České lékařské společnosti J.E.Purkyně, ze které po listopadu 1989 vytváří ve spolupráci s neurochirurgem K.Šourkem samostatnou odbornou Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB). Ta postupně získává řádné členství v IASP, podílí se na vzniku Evropské federace národních sekcí IASP (European Federation of IASP Chapters) a v roce 2004 uspořádává v Praze jako první z postkomunistických zemí její evropský kongres.

SSLB organizuje vznik sítě pracovišť léčby bolesti po celé České republice podle modelu IASP. Předznamenáním této struktury byly ordinariáty léčby bolesti při odděleních ARO, zřízené ještě před listopadem 1989 za významné podpory předsedkyně Společnosti anesteziologie a resuscitace ČLS JEP J. Drábkové. Z iniciativy SSLB byla zahájena prozatímní postgraduální příprava specialistů pro léčbu bolesti – algeziologů, která vyústila založením subkatedry léčby bolesti IPVZ a po rozšíření SSLB o sekci paliativní medicíny se stala současným výukovým pracovištěm paliativní medicíny a léčby bolesti, která byla uznána atestačním oborem.

### **Filozofické a etické aspekty**

IASP začala prosazovat celosvětově úlevu od bolesti jako všeobecný medicínský princip v rámci lidských práv. Celostním přístupem se algeziologie přihlásila k nové medicínské filozofii, kterou po II. světové válce deklarovala rehabilitace, zdůrazňující odpovědnost lékařů nikoliv jen za obnovu a udržení biologických funkcí, ale i za kvalitu života, a jako první přinesla do medicíny multidisciplinární metodologii. Ta byla reakcí na oborovou dekompozici a fragmentaci scientistické biomedicíny, která ponechávala stranou psychologické, sociální a spirituální aspekty lidské existence.

Moderní vědecká medicína vychází z redukcionizmu a disjunktivismu. První z nich předpokládá, že vlastnosti systému mohou být beze zbytku pochopeny z vlastností jeho prvků, a že „složitě“ je vysvětlitelné z „jednoduchého“. V druhém případě jsme svědky izolování pozorovaných předmětů a jevů od sebe navzájem, od jejich okolí i pozorovatele: disjunktivismus rozděluje to, co by mělo být pouze rozlišováno. Oba přístupy směřují k popření složitosti světa a k ignorování celistvého pohledu na skutečnost. V medicíně takový myšlenkový přístup vedl k hyperspecializaci, ke zmíněné dekompozici a oborové fragmentaci, k medicíně orgánů a funkcí, a nikoliv k medicíně člověka jako součásti lidské společnosti..Výsledky animálního pokusu, který je východiskem základního

medicínského výzkumu, nejsou přenositelné prostým způsobem do oblasti humánní., což velmi dobře vystihuje anglické memento „*rhodents are not humans*“.

Biologická orientace medicíny nevychází z její historické podstaty, lze ji spíše považovat za vstřícnou odpověď na požadavky moderní konzumní společnosti, jejíž příslušníci chtějí mít ze života stále více. Součástí konzumního přístupu k životu je i negace smrti, která je vytěšňována z reálné životní perspektivy. Tomu odpovídá i koncepce smrti jako stavu minimálního zdraví. Za extrémní důsledek takto orientované medicíny lze považovat mnohé pokusy léčit i beznadějně komatozní stavy, což nazval J.C. Debray terapeutickou bezohledností - *relentless medicine*. Je téměř symbolické, že v lůně anesteziologie, která dala vznik resuscitaci a intenzivní medicíně, byla počata i algeziologie, která významným způsobem akcentovala její etický rozměr.

### **Odborné aspekty**

Zmíněná hyperspecializace medicíny podstatně omezila schopnost celistvého pohledu na člověka ve zdraví a nemoci. Tuto skutečnost se snaží moderní medicína překonávat mezioborovou spoluprací. Pokud ale neexistují kmenové multidisciplinární týmy, nelze očekávat plné využití výhod, které takový přístup nabízí. Anesteziologie a resuscitace připravuje lékaře multidisciplinárně fundované. Kromě rozsáhlých všeobecně medicínských vědomostí vládou i manuální zručností a technickou dovedností. Navíc jsou dlouhodobě formováni týmovou spoluprací s chirurgy. Anesteziologové angažovaní v algeziologii poznávají nezbytnost multidisciplinárního přístupu k nemocnému, u kterého se proměnila akutní bolest ve zvláštní nozologickou jednotku – syndrom chronické bolesti. Za současných ekonomických podmínek je obtížné vytvářet a existenčně zajistit multidisciplinární týmy. Proto cíleně rozšiřují teoretické vědomosti i praktické dovednosti zejména z oblasti nefarmakologických metod léčby – rehabilitace, psychologické intervence i alternativních metod, aby i s omezenými možnostmi byli schopni poskytnout nemocným multidisciplinárně komponovaný léčebný program.

### **Závěr**

Anesteziologii a algeziologii lze bez nadsázky považovat za spojené nádoby. V moderní algeziologii se ukazuje, že invazivní anesteziologické metody jsou potřebné pro řádově nižší počet nemocných, trpících syndromem chronické bolesti. Zaujímají však vrcholovou pozici v tzv. *pain treatment continuum*. Bez nich by algeziologie ztratila svoji výjimečnost i nárok na samostatnou oborovou existenci. Jejich osvojení je možné jedině řádnou specializační přípravou v oboru anesteziologie a resuscitace. Ostatní vědomosti a dovednosti lze získat absolvováním vybraných kurzů a stáží. Proto je základní anesteziologická odbornost předurčena sehrát v algeziologii rozhodující úlohu. Dosažení takové pozice z jiných specializačních oborů není reálné.

Algeziologické poznatky a postupy lze naopak využít v anesteziologické praxi, ať se jedná o preemptivní analgezii, diferenciální diagnostiku patofyziologických modelů bolesti či základní psychologické hodnocení nemocného v předoperačním období, nebo monitoring bolesti a její racionální kontrola v období pooperačním. Takový postup je nejen nejlepším prevencí proměny akutní pooperační bolesti v chronickou, ale je i mimořádně významnou podporou zdárného výsledku vlastního operačního výkonu.

Je třeba spojenými silami udělat maximum pro to, aby kompetentní činitelé všech stupňů – poskytovatelé péče, její plátcí i politici pochopili, že léčbu bolesti jako předmět algeziologické specializace nelze posuzovat jen z hledisek ekonomických, ale především odborných a etických, a nedopustili ohrožení její existence.

### **Literatura:**

Neradilek F, Kozák J, Rokyta R, Vrba I. Historie výzkumu a léčení bolesti. In: Rokyta R, Kršiak M, Kozák J, eds. Bolest, učebnice algeziologie. Praha: Tigris, spol. s r.o., 2006.

