



Křehký senior (75+) indikovaný k velkému elektivnímu chirurgickému výkonu - jak pomoci dobré domluvě při formulaci terapeutické nabídky

Vladimír Šrámek, Ondřej Kopecký

**ARK, FN u Svaté Anny v Brně, LF MU
PP, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha**



PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE



**XXXII. kongres ČSARIM
Brno, 17.-19.9.2026**

Cíl BLOKU:

Inspirace pro dobrý rozhodovací proces u nemocných v pokročilém věku aneb jak převést „ta slova z guidelines“ do naší praxe?

Účastníci bloku a role:

- Šrámek – úvodní slovo + pacient
- Křemečková – dcera
- Chovanec – chirurg
- Čundrle – anesteziolog
- Brat – pneumolog (+role onkologa)
- Zoufalá – sociální poradenství
- Kopecký – paliatr

Použité Metody:

- Interakce - hlasování + prostor pro volné otázky; Krátká sdělení - prezentace; Hrané klinické situace; Facilitovaná panelová debata

Konflikt zájmů



Žádný

Bez finančních či jiných vztahů relevantních k této prezentaci.

Vlastní Struktura Bloku – Část I

ČÁST I

Představení bloku a jeho cíle, řečníků a účastníků (VŠ) **3 min**

Představení klinického případu (VŠ, ZCh, KB, IČ)
15 min

- a) Představení nemocného a situace z jeho pohledu (VŠ) *3/15 min*
- b) Základní medicínská nabídka (výsledek mezioborového konsilia) (ZCh) *6/15 min*
- c) Doplnění pneumologa a onkologa (KB) *3/15 min*
- d) Představení možností k optimalizaci perioperačního průběhu (IČ) *3/15 min*

Hlasování I (VŠ) **3 min**

Vlastní Struktura Bloku – Část II

ČÁST II

Jak podpořit dobrou volbu – hraný rozhovor s pacientem (OK, VŠ)	10 min
Možné alternativy a scénáře vývoje – facilitovaný rozhovor s řečníky (OK...)	10 min
Hodnoty, preference, cíl a přiměřenost / představení konceptů – hraný rozhovor s pacientem a jeho rodinou (dcera) (OK, VŠ, PK, KZ)	15 min
Hlasování II (VŠ)	3 min
Kvalita života, plánování do budoucna, role rodinných příslušníků, hodnoty a potřeby rodiny, možnosti podpory, možnosti péče – hraný rozhovor s pacientem a jeho rodinou (OK, VŠ, PK, KZ)	10 min
Krátké souhrnné sdělení (OK)	5 min
Prostor pro reflexi „pacienta“ a jeho rodiny (VŠ, PK)	3 min
Prostor pro volnou debatu a debatu s posluchači (VŠ, OK, všichni)	10 min

Představení klinického případu (VŠ, ZCh, KB, IČ) 15 min

a) Představení nemocného a situace z jeho pohledu (VŠ)

3/15

min

- Něco o sobě: 80 let, CFS 4 (-5), klinické příznaky: námahová dušnost; SD (strojní inženýr), kdysi amatérský sportovec, stopkuřák 10 let (před tím cigarety 50 let 1 bal/denně), vdovec žijící sám v RD, v základních potřebách soběstačný, syn a dcera s rodinami žijí ve stejném městě, vztahy v rodině jsou dobré. Žít nemocného zatím baví (zajde občas s důchodci na pivo, zahrada).
- Osobní anamnéza: HT (léčená), Paroxysmální FIS – st. po ablaci, antikoagulace ukončena před 6 měsíci; Před 5 lety susp TIA – nebylo zcela objasněno; HLP – léčená.
- Nynější situace: Před 3-4 měsíci se mi začalo při námaze hůř dýchat, stav se postupně zhoršoval, šel jsem k lékaři, ten mě poslal na RTG plic, tam byl nějaký nález (stín/koule na plicích) a pak se rozjelo vyšetřování v nemocnici (interna, plicní, chirurg). Dneska jdu i dcerou na nějaké doktorské „óbrkonzílium“, kde se budeme domlouvat, co se mnou dál...

Představení klinického případu (VŠ, ZCh, KB, IČ) 15 min

cont´d

b) Základní medicínská nabídka/výsledek mezioborového konsilia (ZCh) 6/15 min

c) Doplnění pneumologa a onkologa (KB) 3/15 min

d) Představení možností k optimalizaci perioperačního průběhu (IČ) 3/15 min

Křehký senior (75+)

indikovaný k velkému elektivnímu
chirurgickému výkonu

Pohled chirurga

Zdeněk Chovanec

I. chirurgická klinika
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

75+

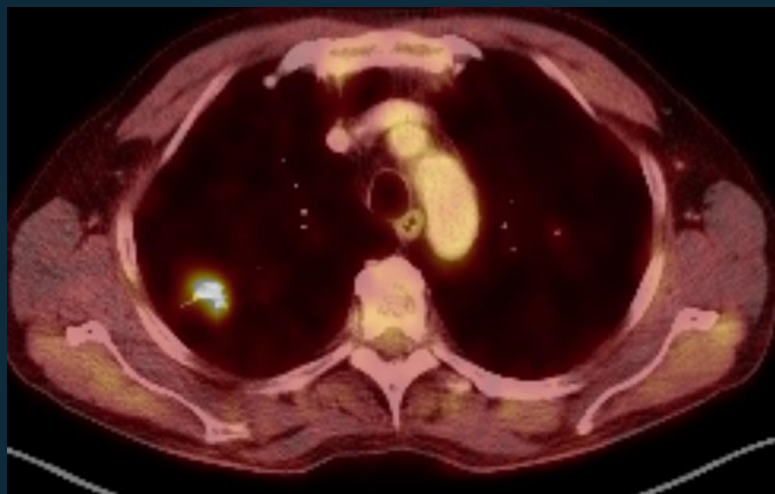
KŘEHKOST • RIZIKO • PREHABILITACE • **OPERACE**



FNUSA

Křehký senior (75+)

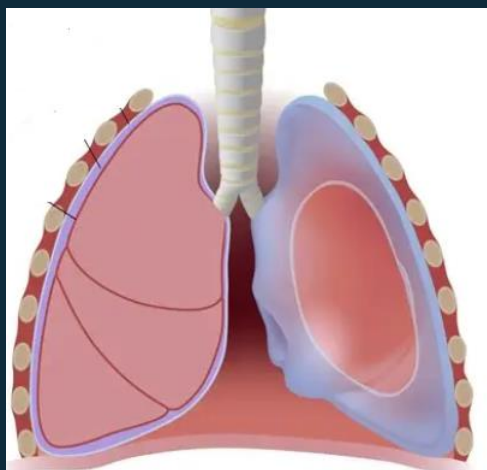
CT, PET/CT



Zdeněk Chovanec

Křehký senior (75+)

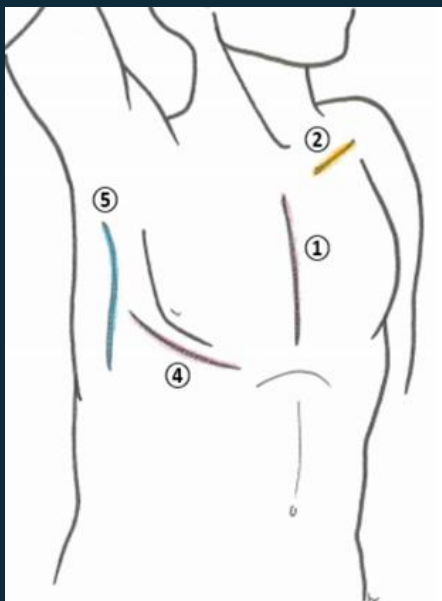
Anatomie



Zdeněk Chovanec

Křehký senior (75+)

Princip operace



Křehký senior (75+)

Časová osa - dny



Křehký senior (75+)

Rizika/Komplikace/5leté přežití

- Komplikace 20 – 40 %
- Závažné komplikace 10 %
- Nejčastěji: srdeční, plicní, zánětlivé, krvácení, reoperace...
- Riziko úmrtí 1 - 2 %
- 5leté přežití operace 50 - 60 %
- 5leté přežití bez léčby 5 - 15 %
- 5letá mortalita 85 - 95 %





Děkuji za pozornost

Křehký senior (75+) • velký elektivní chirurgický výkon

Zdeněk Chovanec

I. chirurgická klinika
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Křehký senior (75+)

indikovaný k velkému elektivnímu
chirurgickému výkonu

Pohled pneumologa a (pneumo-)onkologa

Kristián Brat

Centrum pneumologie a intervenční bronchologie MOÚ, Brno
Klinika komplexní onkologické péče LF MU, Brno

75+

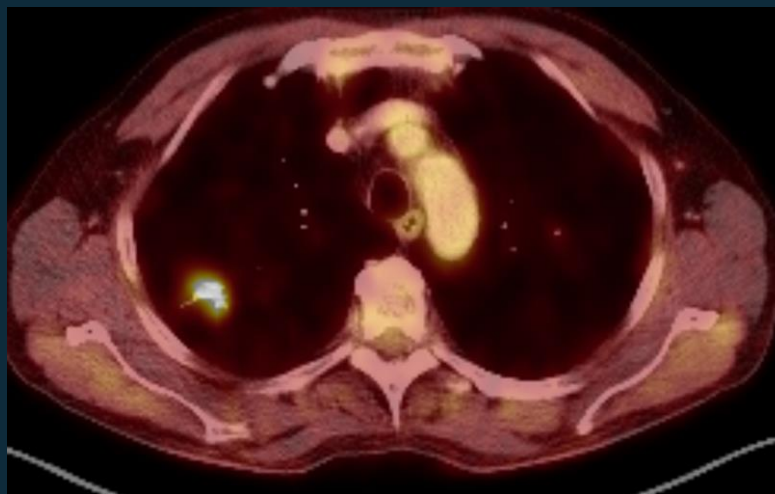
KŘEHKOST • RIZIKO • PREHABILITACE • OPERACE



Centrum pneumologie a intervenční bronchologie MOÚ
Klinika komplexní onkologické péče LF MU

Křehký senior (75+)

CT, PET/CT



Kristián Brat

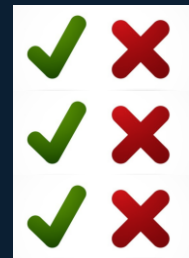
Křehký senior (75+)

**Funkční vyšetření plic,
předoperační zhodnocení
rizik pohledem pneumologa**

Kristián Brat

Jak na to? (= checklist předoperačního vyšetření)

- 1/ MDT v KOC – je pacient operabilní? (zobrazovací vyšetření, interní komorbidity, velikost a lokalizace tumoru, histologie...)
- 2/ Funkční status pacienta? (FEV_1 , DL_{CO} , krev.plyny?)
- 3/ Spiroergometrie (V_E/VCO_2 slope) x měření $ETCO_2$?
- 4/ Diskuse s chirurgem a s pacientem ohledně typu operace, rozsahu resekce, léčebných alternativách
- 5/ ERATS, prehabilitace?
- 6/ Re-evaluace pacienta



Perioperační riziko mortality v kohortách s domin.torakotomií – souvislost s výskytem pooperačních plicních komplikací

Boffa et al. J Thorac
Cardiovasc Surg
2008

TABLE 6. Mortality by resection type

Procedure	In-hospital mortality	Thirty-day mortality
All resections	1.8% (161/8905)*	2.3% (178/7843)
Lobectomy (including sleeve)	1.4% (86/5957)	1.8% (93/5242)
Bilobectomy	3.4% (12/353)	3.4% (11/322)
Pneumonectomy	4.3% (25/586)	5.3% (27/512)
Segmentectomy	1.6% (6/384)	2.9% (10/347)
Wedge resection	2% (32/1625)	2.6% (37/1425)

	n	Postop mortality %	p-value*	OR** (95% CI)
Gender				
Male	1338	3.6	0.01	NS
Female	239	0.4		
Age				
0–59 yrs	418	1.4	0.06	1
60–69 yrs	638	3.5		2.6 (1.0–6.4)
≥70 yrs	521	4.0		3.6 (1.4–8.9)
Morphology				
Squamous cell	881	3.4	0.87	NS
Adenocarcinoma	485	2.7		
Small cell	26	3.9		
Other	185	2.7		
Type of surgery				
Pneumonectomy	530	5.7	<0.001	4.5 (2.3–8.8)
Bilobectomy	135	4.4		3.5 (1.3–9.4)
Lobectomy/other	912	1.4		1

Damhuis et al.
Eur Respir J
1996

Resting End-Tidal Carbon Dioxide Predicts Respiratory Complications in Patients Undergoing Thoracic Surgical Procedures



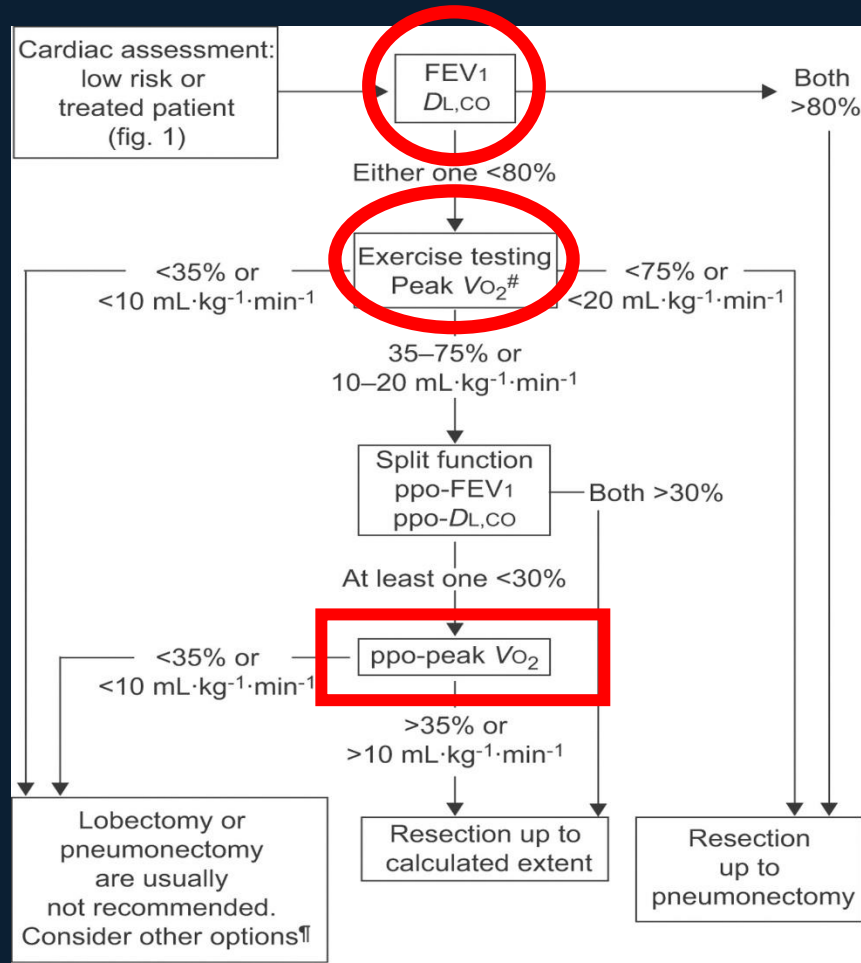
Kristian Brat, MD, Zuzana Tothova, MD, Zdenek Merta, MD, PhD, Alice Taskova, MD, Pavel Homolka, MD, PhD, Martina Vasakova, MD, PhD, Jana Skrickova, MD, PhD, Vladimir Sramek, MD, PhD, Lyle J. Olson, MD, and Ivan Cundrle, Jr, MD, PhD

Department of Respiratory Diseases, University Hospital Brno, Brno; Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno; Department of Respiratory Medicine, and Department of Thoracic Surgery, Thomayer Hospital, Prague; Department of Sports Medicine and Rehabilitation, International Clinical Research Center, and Department of Anesthesiology and Intensive Care, St. Anne's University Hospital, Brno, Czech Republic; and Division of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Brat et al. Ann Thorac Surg 2016

**30-D mortalita (kohorta
rizikových pacientů): 6.6%**

Předoperační ERS/ESTS guideline Brunelli et al. ERJ 2009



ERS guideline 2025

- Publikováno formou PICO otázek (Patient-Intervention-Comparison-Outcome):
 1. Nadále význam měření FEV_1 a DL_{CO}
 2. Test chůzí do schodů, 6-MWT: nízká specificita
 3. Spiroergometrie – indikována u pac.se sníženými hodnotami FEV_1 a DL_{CO} a/nebo testů s nízkou senzitivitou

Doporučený postup pro předoperační funkční vyšetření před plicním resekcčním výkonem

K. Brat^{1,2,3}, I. Čundrle Jr.^{2,3,4}, M. Svoboda^{2,5}

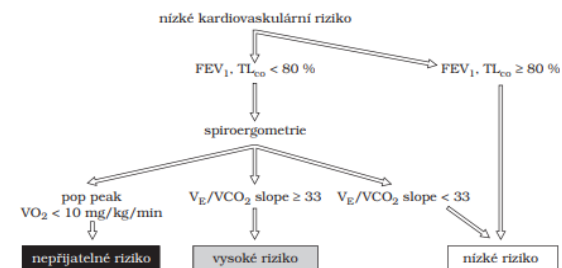
a)

			Women	Men
Thoracotomy – no	Atypical resection – yes	FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} >28	2.1	4.6
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	5.0	10.3
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} >28	5.5	11.3
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	12.3	23.5
	Atypical resection – no	FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} >28	8.4	16.7
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	18.0	32.4
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} >28	19.6	34.9
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	37.0	56.3
	Thoracotomy – yes	FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} >28	4.9	10.1
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	11.0	21.3
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} >28	12.1	23.2
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	24.8	42.0
	Atypical resection – no	FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} >28	17.7	32.0
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	34.0	53.1
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} >28	36.5	55.8
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	58.0	75.2

b)

			Women	Men
Thoracotomy – no	Atypical resection – yes	FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	2.7	5.4
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	5.7	11.0
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	6.7	12.7
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	13.5	24.2
	Atypical resection – no	FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	10.2	18.9
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	20.0	33.7
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	22.7	37.4
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	39.1	56.7
	Thoracotomy – yes	FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	5.8	11.1
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	11.8	21.5
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	13.6	24.4
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	25.7	41.3
	Atypical resection – no	FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	20.1	33.9
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	35.5	52.9
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	39.3	56.9
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	58.6	74.3

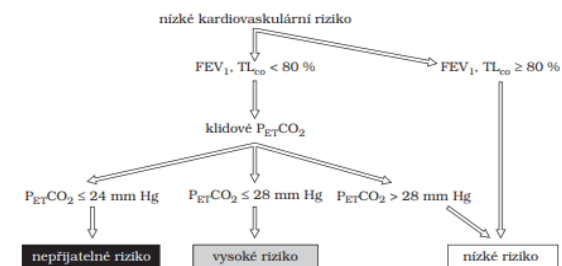
Graf 1: Algoritmus pacienta schopného podstoupit zátěžové vyšetření



Legenda:

FEV₁ a TL_{CO} jsou vyjádřeny v % predikované hodnoty. VE/VCO₂ slope = sklon křivky ventilační efektivity pro oxid uhlíčitý. Ppo peak VO₂ = předpokládaná (kalkulovaná) pooperační hodnota vrcholové spotřeby kyslíku (vyjádřeno v ml/min/kg).

Graf 2: Algoritmus pacienta neschopného podstoupit zátěžové vyšetření



Legenda:

FEV₁ a TL_{CO} jsou vyjádřeny v % predikované hodnoty. PETCO₂ = tenze oxidu uhličitého na konci výdechu (Pressure of End-Tidal Carbon Dioxide, vyjádřeno v mmHg).

Kalkulace rizika pooperačních plicních komplikací (úzká souvislost s rizikem časně postprocedurální mortality)

			Women	Men
Thoracotomy – no	Atypical resection – yes	FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} >28	2.1	4.6
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	5.0	10.3
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} >28	5.5	11.3
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	12.3	23.5
	Atypical resection – no	FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} >28	8.4	16.7
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	18.0	32.4
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} >28	19.6	34.9
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	37.0	56.3
	Thoracotomy – yes	Atypical resection – yes		
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} >28	4.9	10.1
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	11.0	21.3
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} >28	12.1	23.2
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	24.8	42.0
	Atypical resection – no	FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} >28	17.7	32.0
		FEV ₁ /FVC >75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	34.0	53.1
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} >28	36.5	55.8
		FEV ₁ /FVC ≤75 and rest P _{ETCO₂} ≤28	58.0	75.2

			Women	Men
Thoracotomy – no	Atypical resection – yes	FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	2.7	5.4
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	5.7	11.0
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	6.7	12.7
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	13.5	24.2
	Atypical resection – no	FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	10.2	18.9
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	20.0	33.7
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	22.7	37.4
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	39.1	56.7
	Thoracotomy – yes	Atypical resection – yes		
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	5.8	11.1
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	11.8	21.5
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	13.6	24.4
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	25.7	41.3
	Atypical resection – no	FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	20.1	33.9
		FEV ₁ /FVC >75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	35.5	52.9
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope <33	39.3	56.9
		FEV ₁ /FVC ≤75 and V _E /V _{CO₂} slope ≥33	58.6	74.3

Souhrn - pneumolog

- Pneumolog a funkční specialista dává doporučení ohledně funkční způsobilosti k plicní resekci, o maximální akceptabilní míře resekce a o kalkulovaném riziku výskytu poop.komplikací
- Existuje řada způsobu, jak riziko modifikovat (snížit)
- Tím, kdo v celé věci rozhoduje definitivně, je pacient!

Křehký senior (75+)

Nízké stádium karcinomu plic

**Pohledem (pneumo-
)onkologa**

Kristián Brat

Léčebné možnosti (NSCLC stadium II)

- 1/ chirurgická resekce – jednoznačně preferovaná modalita – nejvyšší míra 5- a 10-letého přežití!!!
- 2/ radioterapie (u lézí do 20-30mm) stereotaktická – pro pacienty s vysokým operačním rizikem
- 3/ chemoterapie? (...biol.léčba / imunoterapie nejsou ve stadiu II indikovány ani hrazeny pojišťovnou)

Léčebná alternativa k plicní resekcí

LUNG CANCER—NON-SMALL CELL LOCAL-REGIONAL/SMALL CELL/OTHER THORACIC CANCERS



e20037

Publication Only

SBRT versus surgery for early-stage NSCLC: A propensity-matched systematic review, meta-analysis, and meta-regression.

Yousef Alghzawi, Bara M. Hammad, Abdulla Alzibdeh, Ahmad E. Saeed, Wala'a Mohammad Abusada, Asal Sulaiman, Omar Hamadi, Anoud Alnsour; Jordan University of Science and Technology (JUST), Irbid, Jordan; Al-Balqa' Applied University, Salt, Jordan; King Hussein Cancer Center, Amman, Jordan; The University of Jordan, Amman, Jordan; Jordan University of Science and Technology, Amman, Jordan; Advocate Illinois Masonic Medical Center, Chicago, IL

Background: For early-stage non-small cell lung cancer (NSCLC), surgery is preferred for operable patients, while stereotactic body radiotherapy (SBRT) is standard for inoperable cases.

sisted, with SBRT patients being older on average (73.3 vs. 70.3 years). **Conclusions:** For operable early-stage NSCLC, surgical resection provides superior OS, CSS, DFS, and LC compared to SBRT, with the survival benefit becoming more pronounced over longer follow-up.

SBRT remains a vital, effective option for inoperable patients, offering excellent short-term control with lower procedural risk. The findings underscore the importance of surgical staging and complete tumor removal for maximizing long-term outcomes in fit patients. Multidisciplinary, patient-centered decision-making, considering comorbidities, functional status, and diagnostic needs, is essential for optimal treatment selection. Research Sponsor: None.

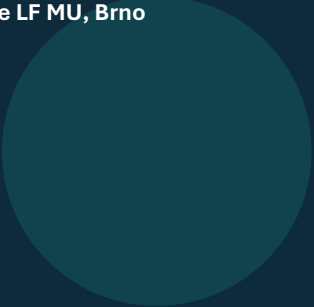


Děkuji za pozornost!

Křehký senior (75+) • velký elektivní chirurgický výkon

Kristián Brat

Centrum pneumologie a intervenční bronchologie MOÚ, Brno
Klinika komplexní onkologické péče LF MU, Brno



Křehký senior (75+)

indikovaný k velkému elektivnímu
chirurgickému výkonu

Pohled anesteziologa

Ivan Čundrle

Anesteziologicko-resuscitační klinika
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

75+

KŘEHKOST • RIZIKO • PREHABILITACE



FNUSA

PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA KŘEHKÉHO SENIORA

NE KAŽDÝ SENIOR JE KŘEHKÝ!

NĚKTEŘÍ UTEČOU AŽ DO SANTIAGA!



Vladimír Šrámek, Santiago 2026

Křehký pacient – výchozí profil



80 let

CFS 4–5

ASA III

Klinický příznak

Námahová dušnost

Rezerva / soběstačnost

V základních potřebách soběstačný

Základní diagnóza a výkon



Ca pravého horního plicního laloku • horní lobektomie z thorakotomie • VATS technicky nelze

Plicní vyšetření: výkon možný do rozsahu plánované lobektomie.



Životní kontext

Důchodce, bývalý strojní inženýr a amatérský sportovec. Stopkuřák, vdovec, žije sám v rodinném domě.



Syn a dcera s rodinami ve stejném městě; vztahy v rodině jsou dobré.

Život ho stále baví – udržuje sociální kontakt.



Další diagnózy

- **Hypertenze**
léčená
- **Paroxysmální fibrilace síní**
po ablaci; antikoagulace ukončena před 6 měsíci
- **Suspektní TIA**
před 5 lety; ne zcela objasněno
- **Hyperlipoproteinémie**
léčená

Výkony a rizikové charakteristiky



Typické výkony

Jícen

Velké laparotomie / kýly

Žaludek

Resekce rekta

Játra

Torakotomie

Pankreas

Lobektomie a více

Rizikové charakteristiky

- ✓ Věk nad 65 let
- ✓ ASA III
- ✓ Chronické srdeční selhání
- ✓ CHOPN / astma
- ✓ CHRI
- ✓ Obezita / malnutrice
- ✓ Nespecifické obavy

PREHABILITACE

1. Fyzická aktivita + trénink dýchacích svalů



Funkční kapacita podle Duke activity status index

Podle výsledku DASI je předepsána denní zátěž 2,5–12,5 tisíce kroků.

DASI / METs		DENNÍ CÍL KROKŮ
0–7,24	2,74–3,6 METs	2,5 tis.
7,25–23,44	4–6 METs	5 tis.
23,45–39,44	6–8 METs	7,5 tis.
39,45–58,19	8–9 METs	10 tis.
58,2	10 METs	12,5 tis.



Dýchací svaly

Intenzivní trénink

Síla inspiračních a expiračních svalů je nejprve změřena v ambulanci.

50 % maxima

Nastavení inspiračního / expiračního threshold tréninku.



20 + 20 min denně

samo-cvičení + záznam

Nutrice, psychika, kouření a anémie



Nutrice

MUST SCREENING > 2 → nutriční poradna

PONS > 2 → nutriční poradna

CÍL **proteiny 1,5 g/kg/den**

Individuální úprava jídelníčku



Psychologická pomoc

APAIS > 11

AKCE **psychologická intervence**

Screening úzkosti / obav před výkonem



Kouření

FAGERSTRÖMŮV TEST ≥ 3 body

CÍL přestat / omezit kouření

PODPORA **1 balení Nicorette + kontakt na centrum**

Praktická podpora odvykání



Anémie

HB < 130 / 120 g/L

FE PARAMETRY feritin < 30–100 ng/ml • saturace transferinu < 20 %

FERINJECT **15–20 mg/kg jednorázově**

Léčba při odpovídajícím laboratorním nálezu

INTRAOPERAČNĚ

Jedna klíčová intervence



Epidurální analgezie

Plánovaná součást intraoperačního postupu.

ANALGEZIE

TORAKOTOMIE

Cesta pacienta



Prehabilitace
před výkonem



Operační sál
epidurální analgezie



ARK
po výkonu

Plánovaný dohled a riziko komplikací



Plánovaný příjem

ARK

Po výkonu je plánován příjem na Anesteziologicko-resuscitační kliniku.

PLÁNOVANÝ DOHLED



Nejsilnější prediktory pooperačních komplikací



LOBEKTOMIE

resekční výkon



TORAKOTOMIE

operační přístup

Lobektomie a torakotomie jsou v tomto kontextu nejsilnějšími prediktory pooperačních komplikací.



Děkuji za pozornost

Křehký senior (75+) • velký elektivní chirurgický výkon

Ivan Čundrle

Anesteziologicko-resuscitační klinika
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

DOTAZNÍK I

(u všech otázek počty hlasujících a průběžný stav)

Otázka 1:

- Doporučíte danému pacientovi navržený postup?

Odpovědi:

- ANO
- NE
- Nemám dost informací

DOTAZNÍK I

Otázka 2:

- Jaký postup považujete pro pacienta za dobrý?

Odpovědi:

- Operace
- Neoperovat, alternativy
- Neoperovat, bez léčby

DOTAZNÍK I

Otázka 3:

- Souhlasili byste jako pacient s navrhovaným postupem?

Odpovědi:

- ANO
- NE
- Nemám dost informací

DOTAZNÍK I

Otázka 4:

- Co byste jako pacient nejspíše odpověděli na otázku: souhlasíte s navrhovaným postupem?

Odpovědi:

- Nejsem si jistý
- Mám strach
- Rozhodněte Vy
- Je to pro mě jasná volba

Vlastní Struktura Bloku – Část II a)

Možné alternativy a scénáře vývoje – facilitovaný rozhovor s řečníky (OK...) 10 min

- „dobrý scénář“ – „obvyklý scénář“ – „nepříznivý scénář“

Porozumění a očekávání, způsob rozhodování o péči

Hodnoty, preference, cíl a přiměřenost / představení konceptů – hraný rozhovor s pacientem a jeho rodinou (dcera) (OK, VŠ, PK, KZ) 15 min

- Hodnoty a cíle v jednotlivých scénářích
- Možnosti péče a podpory v jednotlivých scénářích
- Způsob rozhodování a přehodnocování cílů v budoucnu
- Zasazení nabídky lékařů do preferencí

DOTAZNÍK II

Otázka 5:

- Kterou alternativu postupu považujete nyní jako lékař za vhodnou?

Odpovědi:

- Operace
- Operace + doplňková léčba (RT a/nebo CHT)
- Alternativy (RT a/nebo, CHT)
- Bez léčby

DOTAZNÍK II

Otázka 6:

- Tipujte, jakou alternativu postupu si nakonec vybere nemocný (VŠ)

Odpovědi:

- Operace
- Operace + doplňková léčba (RT a/nebo CHT)
- Alternativy (RT a/nebo, CHT)
- Bez léčby

Vlastní Struktura Bloku – Část II b)

Kvalita života, plánování do budoucna, role rodinných příslušníků, hodnoty a potřeby rodiny, možnosti podpory, možnosti péče – hraný rozhovor s P+R (OK, VŠ, PK, KZ) 10 min

- Ověření porozumění, volby a souladu s postoji a možnostmi pečujících lékařů – facilitovaná panelová debata

Krátké souhrnné sdělení (OK) 5 min

- Struktura rozhodovacího postupu a jeho dokumentace
- Odkazy na komunikační schémata
- Odkazy na literaturu

Roviny v péči

JAKÉ JE NAŠE MEDICÍNSKÉ POZNÁNÍ A MOŽNOSTI?

DIAGNÓZA

LÉČBA A ALTERNATIVY POSTUPU

OČEKÁVANÝ VÝVOJ

Co víme?

Co může fungovat a jak?

Jaké existují alternativy?

...

CO JE DOBŘE?

Podle čeho hodnotím?

Jaké mám argumenty?

Z jakých hodnot vycházím?

Jaké jsou zájmy

zúčastněných?

...

medicína

právo

etika

komunikace a
psychologie

CO MUSÍM A CO NESMÍM?

Jaké existují právní normy?

Jak a kdo normy vykládá?

S jakou argumentací?

Jaké jsou principy, ze kterých normy vychází?

Jak má vypadat rozhodovací proces?

Jaké jsou role?

...

O ČEM, KDO, S KÝM, JAK, KOLIK?

Podle čeho hodnotím?

Jaké mám argumenty

Jaké nástroje využívám?

EMOCE, ZÁZEMÍ, KONTEXT, KULTURA,

STRACH, OPORA,

DŮVĚRA, ROLE, ...

Úvodní kontakt

- porozumění a očekávání
 - způsob rozhodování a určení osoby pro zástupné rozhodování
 - informační preference
 - přání a hodnoty
-
- cíl a přiměřenost
 - alternativy a volba – rozhodovací proces
 - postup při komplikaci

Cíl péče a přiměřenost péče

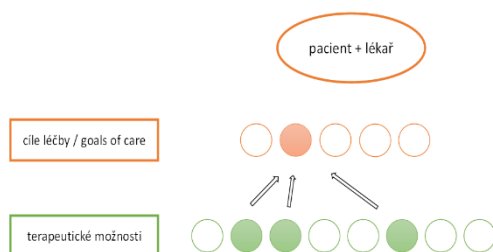
Position paper | Open Access | Published: 30 November 2018

Limits to the appropriateness of intensive care

Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine (DIVI)

Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin

Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI



Kopecký, Kouba, Rusinová et al., Úloha paliativní medicíny u akutních stavů, Vnitřní lékařství, 6/2019

		INDIKACE Může být tento postup efektivní v dané situaci efektivní ?	
		ano	ne
PREFERENC E PACIENTA Je tento postup v souladu s pacientovými preferencemi? Je zátěž , kterou přináší , přijatelná?	ano	PŘIMĚŘENÝ / INDIKOVANÝ	nepřiměřený / neindikovaný
	ne	nepřiměřený / neindikovaný	nepřiměřený / neindikovaný

Plánování ve scénářích a cíl péče

- popis možných scénářů vývoje a možností postupu
- cíl a přiměřenost, přijatelná kvalita života
- dokumentace domluv
- plány pro různé scénáře a jejich zajištění
- DVP

Vlastní Struktura Bloku – Část II c)

- Prostor pro reflexi „pacienta“ a jeho rodiny (VŠ, PK) 3 min**
- Prostor pro volnou debatu a debatu s posluchači (VŠ, OK, všichni) 10 min**