

UKOVĚŤ MERATS

OPTIMALIZACE PÉČE O PACIENTA K RESEKCI PLIC



MASARYKOVA UNIVERZITA

díl 3.

Konference LF MU 6/2023



RUKOVĚŤ ERATS

Díl 3.

*Jsme dělníky medicíny na stejném poli, ale máme rozdílné zkušenosti, myšlení i chování.
Víme, že je těžké porozumět jeden druhému. Přesto se o to společně snažíme.
Projekt MERATS nabízí ohleduplně, ale nekompromisně cestu k vzájemnému porozumění
skrze seriózní otevřenou komunikaci. Cestu ke shodě.*

Inventor

III. konference OPTIMALIZACE PÉČE O PACIENTA K RESEKCI PLIC UNIVERZITNÍ KAMPUS BRNO 9. 6. 2023, B11/334

9:00	POZVOLNÝ SLET K NEFORMÁLNÍ SNÍDANI S VOLNOU DISKUSÍ
10:00	ZAHÁJENÍ
10:10 L1C3	PROVÁDĚCÍ OPATŘENÍ STUDIE iMERATS T. Horváth, CHK FNB 6
10:20 L2C3	INFORMOVANÝ SOUHLAS iMERATS J. Ledvina, KDCHOT FNB 8
10:30 L3C	UKAZATELE KVALITY PÉČE A. Peštál, I. CHK FNuSA. 9
10:40 L4C3	PARAMETRIZACE DAT L. Pour, II. IHOK 10
10:50 L5C3	SDÍLENÁ PLATFORMA DAT Z. Knechtová, CHK & II. IHOK FNB 11
11:00 L6C3	CZ PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC S. Špelda, MOÚ 12
11:10 L7C3	POKROČILÝ NÁDOR PLIC V MOÚ O. Bílek, MOÚ 13
11:20 L8C3	INICIÁLNÁ SKÚSENOŠŤ MERATS V UNM A. Dzian, JLF UN Martin, UK, SK . . . 14
11:30 L9C3	TABULKA MERATS – SBĚR DAT D. Sochorová, Z. Knechtová, CHK FNB 16
11:40 L10C3	BUDOUCNOST ONKOCHIRURGIE V ZEMÍCH KORUNY ČESKÉ J. Klein, KNTB . . 17
11:50 L11C3	ŠÍŘE ZÁBĚRU MERATS T. Horváth, CHK FNB. 20
12:00 L12C3	OPRAVDOVÉ VZTAHY V. Švec, PF MU 21
12:10 L13C3	ZADNÍ HORNÍ HRUDNÍ DRENÁŽ T. Ledvina, CHIR Ivančice 23
12:20 L14C3	PŘÍBĚH PACIENTA Osobní sdělení ML 24
12:30 L15C3	VÝHLED C3plus & iBOD T. Horváth, CHK FNB 28
12:40 L16C3	PLENÁRNÍ DISKUSE A ZÁVĚR
13:00	DOTEK KULTURY Saxofonové překvapení mistra Pavla Zlámala

POLEDNÍ OBČERSTVENÍ a POZVOLNÝ ODLET

N.B. Příště 1.11.2023 UKB C3plus OPTIMAL A11/114 a 2. 11. 23 iBOD BVV E

POŘÁDÁ:

CHK FN a LF MU Brno

ve spolupráci s OSL ČLK Brno město, CBC Vznik a Magistrátem města Brna

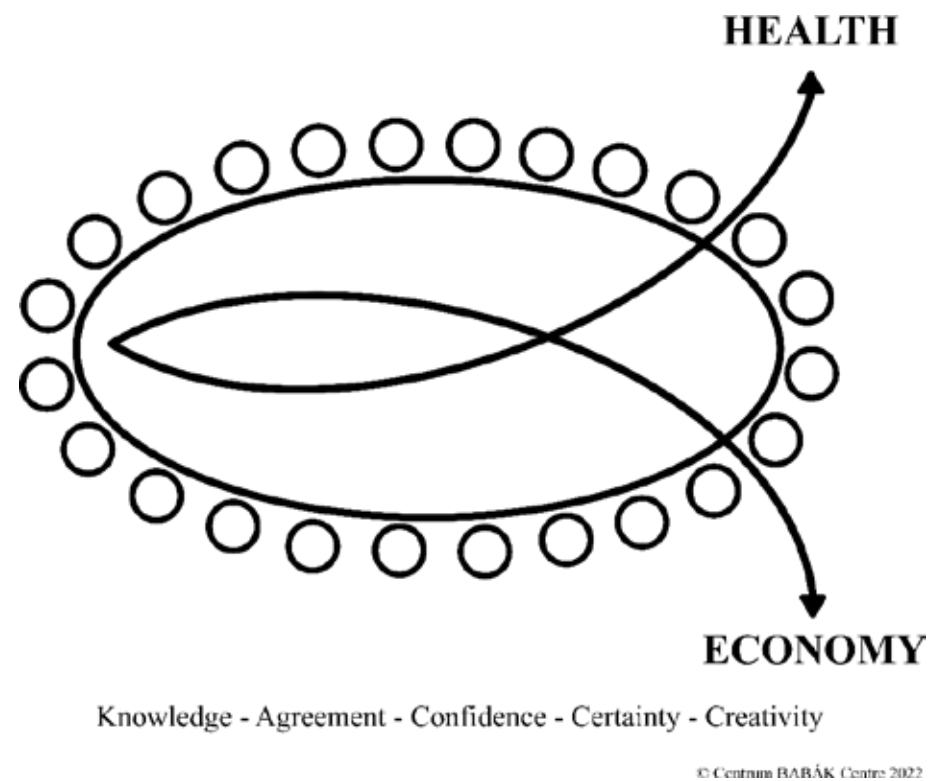
ODBORNÝ GARANT: T. Horváth

Chirurgická klinika FN Brno, tel.: 532 232 983, e-pošta: 46543@mail.muni.cz

Vzdělávací akce České lékařské komory viz. Stavovský předpis ČLK č. 16

PROVÁDĚCÍ USTANOVENÍ STUDIE MERATS*

Teodor Horváth



Koncept kulatého stolu zdůrazňuje potřebu mnohostranné verifikace novinek střízlivou praxí spojenou s myšlením všemi směry beroucí na sebe globálně i v každém jednotlivém účastníkovi choulstivou profesní úlohu: hledat, evidovat, navrhovat a uskutečňovat bez nadměrného iniciálního rizika *nová výhodnější* řešení stávajících odborných zadání. Činit tak v dialogu profesně korektních argumentací pokroku a tradice, přihlížet k důvodění autorit, jinakosti partnerů a odlišnosti podmínek na různých pracovištích. *Neskryvat se za ně*. Tím se hlásit ke spoluodpovědnosti za zlepšování péče.

Aby se tak mohlo dít plodně a nerušeně, jsou potřebné:

A) Exaktní zadání – viz EJCTS 55 (2019) 91-115.

B) Principy třídění uvnitř jednotlivých položek zadání. Protokol nabízí v každé položce čtyři možnosti uskutečnění – 1 ano 0 ne 2 upraveno 3 jiné.

C) Pravidla

1) vstupní prohlášení odborného účastníka studie

2) informovaný souhlas pacienta zahrnutého do studie

* MUNI Studie podpory zotavení v hrudní chirurgii
MUNI Trial on Enhanced Recovery after Thoracic Surgery

VSTUPNÍ PROHLÁŠENÍ ODBORNÉHO ÚČASTNÍKA STUDIE MERATS

Teodor Horváth

1

Sběr a zpracování údajů studie budu provádět pečlivě, pravdivě a s plným nasazením dbající všech medicínských, etických, legislativních a technických podmínek jejich ochrany před zneužitím.

2

Vycházejíc z postulátu o vzájemné rovnosti všech spolupracovníků na klinickém výzkumu tímto stvrzuji svůj souhlas s volným – vlastním kódem definovaným – přístupem, s volnou výměnou, nezávislým zpracováním, svěbytným výkladem a publikováním jakýchkoliv jednotlivých i souborných informací sebraných v rámci studie, a to bez ohledu na četnost příspěvků jednotlivých subjektů a geografický původ dat.

3

První autor uvádí při publikování dat jmenovitě a) přímé spoluautory práce b) zároveň pod čarou celou pracovní skupinu MERATS v abecedním pořadí spolupracovníků a jejich institucí poskytujících a zpracovávajících data. Kritické rozborů výstupů jsou vítaným příspěvkem v rozvoji poznání.

4

Písemné odvolání spolupráce na studii adresováno vedoucímu lékaři (principal investigator) je možné bez udání důvodu. Odstoupení od studie platí od data jeho přijetí vedoucím lékařem studie. To pak představuje současné ukončení přístupu do studiové databáze. Všechny údaje vložené do společné databáze před tímto vystoupením v ní nadále zůstávají volně k využití v souladu s bodem číslo 1. Datovat odvolání spolupráce zpětně s ohledem na výše uvedené body číslo 2 a 3 nelze.

5

Souborný výstup studie MERATS garantují společně vedoucí specialisté zúčastněných institucí.

6

Toto prohlášení podepisuji dobrovolně a v plné shodě se svým svědomím a profesním poznáním,

7

jméno, příjmení, datum, podpis

INFORMOVANÝ SOUHLAS iMERATS

Jan Ledvina, Teodor Horváth

INFORMOVANÝ SOUHLAS MERATS

PACIENT ZAHRNUTÝ DO STUDIE

štítek nemocné/ho
jméno, příjmení, ID, kód

Já, níže podepsaný/á, jsem byl/a ošetřující/m lékařem/kou

jméno, příjmení a podpis poučení provádějící/ho lékaře/ky

poučen o významu studie iMERATS, o způsobu sběru, uchovávání, rozboru a náležité ochraně údajů o mé léčbě shromažďovaných v kódované anonymní formě pomocí speciálních funkcí internetu, dále o zdravotnických, právních, etických a technických podmínkách zabezpečení jejich sdílení a ochrany před zneužitím, a to včetně informace o povinné mlčenlivosti o všech skutečnostech týkajících se mé osoby a mého případu, s nimiž přijde výzkumník v souvislosti se studií do styku. Poučení pokládám za přiléhavé a dostatečné k tomu, abych se svým zařazením do studie souhlasil.

Souhlasím s odběry, zpracováním, uchováváním a náležitými rozborů biologických materiálů odebraných z mého těla v rámci léčby a výzkumu, jejichž cílem je zlepšení zdravotní péče o mne osobně i o další nemocné.

Tento svůj souhlas mohu bez udání důvodu k určitému datu, nikoliv však zpětně, písemně odvolat. Souhlasím s tím, že konkrétní údaje, které by už byly v době před zrušením mého souhlasu v rámci probíhajících rozborů zpracovány do průběžných výsledků studie, zůstanou nadále trvalou kódovanou součástí databáze.

Beru na vědomí, že veškerá agenda zdravotní péče i této studie v obecné rovině podléhají příslušným zákonným normám platným v zemích spolupracujících institucí.

datum a podpis

PERIOPERATIVE CRITERIA OF QUALITY IN THE THORACIC SURGERY

Adam Peštál

Continuous monitoring and evaluation of the quality of our surgical activity should be an integral part of our work. By evaluating our results and comparing them with others, we can monitor the quality of our work. This process is one of the foundations of keeping our care up to standard. If significant differences are found, it is necessary to look for the cause and then, in the case of a negative finding, to try to eliminate it. To assess the quality of the surgical care provided, clear monitoring parameters must be established. Quality criteria should be established on the basis of an assessment of reproducible hard data.

Some postulates are needed to guide the establishment of quality assessment criteria. For example, it is only possible to assess the outcomes of surgical care under identical input conditions. In the context of thoracic surgery, it is about adherence to the ERAS rules recommended by the ESTS. In the case of evaluating the effect of surgical treatment of lung cancer, it is necessary to compare the results in patients with identical TNM, and it is appropriate to calculate the ASA categorisation. Only reproducible outcomes can be evaluated. The most important ones include the occurrence of postoperative sepsis, the need for blood transfusions, the incidence of air leak, the number of rehospitalizations, and 30-day mortality. Complications can be categorised e.g. according to Clavien-Dindo classification. In the treatment of lung cancer, we also include DFI - Disease Free Interval and OS - Overall survival among the evaluated criteria. Postoperative QOL - Quality Of Live parameter is also an important indicator of surgical care.

It is only possible to assess and compare the necessary data if an adequate database is in place. In general, there remains a minimal willingness to share one's own data. The existence of a database is neither supported nor required by the professional society. It continues to rely on the head professional expert garant of the health care provider. There is not yet even a professional standard for the provision of surgical care in thoracic surgery. Surgical complications bring not only a medical problem but also a considerable economic cost of subsequent treatment. It should be in the interest of Health insurance companies to supervise the quality of professional care provided, but this is not yet the case in this field either. The authors' communication includes a commentary on the various possible indicators of the quality of care provided.

THE IMPORTANCE OF DATA PARAMETRIZATION IN ONCOLOGY

Luděk Pour

Data management plays a crucial role in the current era of novel therapies in oncology, particularly in the treatment of hematological malignancies, which has significantly evolved over the past decade. Notably, multiple myeloma has transformed into a chronic disease with the advent of numerous novel drugs. In response to this paradigm shift, the establishment of a unified registry, known as the Registry of Monoclonal Gammopathies (RMG), by the myeloma society was a logical step towards ensuring effective data control.

The primary objective of the RMG is to monitor the real-world clinical outcomes of myeloma treatment, which often differs from clinical trials. This registry serves as a valuable resource for professional societies, physicians working in diverse medical institutions, experts in other scientific fields, as well as insurance companies. Moreover, it facilitates the publication of original scientific findings resulting from data analyses, providing a seamless platform for sharing research outcomes. The development of the RMG has been accompanied by the establishment of a well-organized organizational structure with clearly defined competences and responsibilities to ensure efficient system operation. A critical component of this registry's development has been the formulation of rules for the utilization of shared data and the definition of guidelines for the publication of analysis results. We believe that a well-managed registry serves as an effective means for improving healthcare outcomes in specific diagnoses.

In conclusion, the effective management of data through the RMG has become paramount in the current landscape of novel therapies in oncology, particularly in the realm of hematological malignancies. This registry provides a valuable resource for monitoring real-world clinical outcomes, sharing research findings, and improving healthcare practices in well-defined diagnoses.

PRACTICAL ASPECTS OF DATA COLLECTION IN A SHARED PLATFORM

Zdeňka Knechtová

A condition for collecting data in the registry (RMG) is signing an Informed Consent to provide information to the registry. Then it is possible to create a numerical code anonymizing the patients. Each centre has its own numerical code. From the demographic data, we collect information related to the date of birth, initials of name and surname, and gender. To calculate the survival time of patients, it is useful to unify the date of diagnosis of the disease. In our case, the date of diagnosis is the date of cytological or histological investigation confirming the diagnosis. Information regarding the diagnosis is summarized in a separate form where, in addition to the results of the various examinations, we record an assessment of the performance status before treatment. The treatment form includes the date of initiation and completion of treatment with an assessment of the response to treatment. We also record the side effects of treatment, including complications that occur during treatment. Every 6 months, we assess the patient's "current status" to inform about the patient's condition. In case of relapse or progression of the disease, we create another treatment form. The data in the registry is regularly checked by internal auditors. The data managers of each centre are trained and all the information needed to work with the database is available in the Clinical User Guide.

CZ PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU KARCINOMU PLIC

Stanislav Špelda

Bronchogenní karcinom patří mezi nejčastěji se vyskytující nádory s aktuální incidencí cca 60/100 000 osob u mužů a 50/100 000 osob u žen. Většina nádorů se diagnostikuje v pokročilém stadiu vylučujícím radikální operaci, která je technicky možná asi u 15%-20% osob s diagnostikovaným bronchogenním karcinomem ve stadiu I-II. Tento nízký podíl resekabilních nádorů se dlouhodobě nemění. Přínos screeningového CT hrudníku u rizikových osob byl prokázán randomizovanými klinickými studiemi - NLST v USA, NELSON v Nizozemí a Belgii. Cílovou populací byli vždy dlouhodobí kuřáci. Ve americké studii NLST bylo prokázáno 20% snížení mortality u preventivně vyšetřovaných osob. V holandsko-belgické studii NELSON bylo zaznamenáno 24% snížení mortality u preventivně vyšetřovaných osob. V České republice byl pilotní program screeningu bronchogenního karcinomu zahájen od 1.1.2022. LDCT vyšetření je nabízeno následující populaci: Kuřák či exkuřák, alespoň 20 balíčkoroků, věk: 55-74 let, ochota k zanechání kouření, ochota zúčastnit se projektu a setrvat v něm po dobu 5 let, ochota podstoupit CT vyšetření (podpis informovaného souhlasu na radiologickém pracovišti). Vylučujícím kritériem je přítomnost závažné komorbidity, která by limitovala životní výhled pacienta v nejbližších 5 letech. V případě negativního nálezu se předpokládá opakované LDCT vyšetření v 1-2 letém intervalu. U osob s pozitivním CT nálezem bude další péče realizována v pneumoonkochirurgickém centru. Cílem programu je zlepšení diagnostiky plicních nádorů v časných klinických stadii I-II z nynějších 15-20% na 70%.

SYSTEMIC TREATMENT OF ADVANCED LUNG CANCER AT MMCI

Ondřej Bílek

Introduction

Over the past decade, lung cancer treatment has undergone a major paradigm shift. A greater understanding of lung cancer biology has led to the development of many effective targeted therapies as well as of immunotherapy.

Targeted therapies

Lung cancer has traditionally been classified by histology. However, a greater understanding of disease biology and the identification of oncogenic driver alterations has dramatically altered the therapeutic landscape. Consequently, the new classification paradigm of non-small-cell lung cancer is further characterized by molecularly defined subsets actionable with targeted therapies and the treatment landscape is becoming increasingly complex. Targeted therapies for *EGFR* mutations, and *ALK* and *ROS1* rearrangements are well established. However, there is an expanding list of approved targeted therapies including for *BRAF* V600E, *EGFR* exon 20 insertion, and *KRAS* G12C mutations, *MET* exon 14 alterations, *NTRK* and *RET* rearrangements and numerous other oncogenic drivers, such as *HER2* exon 20 insertion mutations. The importance of diagnostic molecular testing, intracranial efficacy of novel therapies, the optimal sequencing of therapies, role for targeted therapies in early-stage disease, and future directions for precision oncology approaches to understand tumor evolution and therapeutic resistance are also discussed.

Immunotherapy

Immune checkpoint inhibitors (ICIs) have shown a highly significant benefit in the treatment of non-small cell lung cancer (NSCLC) and are now being used as first-line therapies in metastatic disease, consolidation therapy following chemoradiation in unresectable locally advanced disease, and adjuvant therapy following surgical resection and chemotherapy in resectable disease. Despite these benefits, predicting who will respond to ICIs has proven to be difficult and there remains a need to discover new predictive immunotherapy biomarkers. Furthermore, resistance to ICIs is frequent either because of lack of response or disease progression after an initial response. The utility of ICIs in the treatment of small cell lung cancer (SCLC) remains limited to first line treatment of extensive stage disease in combination with chemotherapy with modest impact on overall survival.

Conclusion

It is important to explore additional targets for targeted therapy and to fully exploit the benefits of immunotherapy in the treatment of lung cancer.

INICIÁLNA SKÚSENOSŤ MERATS V UNM

Anton Dzian, Marek Malík, Mária Erteľová, Abdulla Al Hakim

JLF UN Martin, SK

ERAS predstavuje revolučný prístup v hrudníkovej chirurgii, ktorý výrazne zlepšuje výsledky operácií, znižuje riziko komplikácií a skracuje dobu hospitalizácie. Tento pokrokový koncept je príkladom toho, ako sa klinická prax neustále komplexne zdokonaľuje na základe medicíny založenej na dôkazoch a snaží sa zlepšiť kvalitu života pacientov.

Nevyhnutnosťou pri jeho implementácii do klinickej praxe je štandardizácia zdravotníckych postupov a protokolov, pričom nevyhnutným je multidisciplinárny prístup, ktorý je kľúčový pre úspešné uplatnenie ERATS a dosiahnutie najlepších výsledkov.

Implementáciu ERATS v podmienkach UNM sme založili na spolupráci a koordinácii medzi rôznymi odborníkmi v zdravotníckom tíme, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o pacienta od predoperačnej prípravy až po perioperačnú rehabilitáciu. Iniciálnou úlohou bolo presvedčiť a získať k spolupráci všetkých zapojených odborníkov. ERATS protokol bolo potrebné upraviť na podmienky UNM a zhodnotiť mieru realizovateľnosti jednotlivých bodov programu. Zrealizovali sme konzultácie a žiadali sme vyjadrenia k relevantným postupom a bodom programu s cieľom hľadania konsenzu. Do pripomienkovania a úprav boli zapojené sestry, anesteziológovia, internisti, chirurgovia, rehabilitační lekári. Viacero z jednotlivých položiek ERATS sme sa pracovisku už realizovali (z priemerného ročného objemu 300 – 350 hrudníkových operácií v celkovej anestézii realizujeme viac ako 70% VATS a uniportal VATS), niektoré veci si vyžadovali zmenu a edukáciu. Je potrebné vyzdvihnúť odhodlanie, ochotu a nadšenie zapojených zdravotníckych pracovníkov (nikto nepovedal, že sa to nedá a vždy sa našlo riešenie), čo umožnilo oficiálne spustiť ERATS program na Klinike hrudníkovej chirurgie JLFUK a UNM k 1.12.2022.

S implementáciou konceptu ERAS sa upravili požiadavky na predoperačné odbery, hodnotenie nutričného stavu pacienta a možnosti jeho ovplyvnenia, získali sme prístrojové vybavenie (ultrasonografický prístroj k realizácii blokov na operačnom sále, prístroj na ohrev pacienta, prístroj na intermitentnú pneumatickú kompresiu končatín), zaviedli sme zmeny v predoperačnom lačnení a premedikácii. Definovaná bola úloha a povinnosti ERAS sestry. V rámci MERATS bol uvedený pripravený protokol k vyplneniu a následnému administratívne spracovaniu dokumentačnou

pracovníčkou. Nakoľko v UNM chýbajú možnosti vyplývajúce z lôžkového rehabilitačného oddelenia, chceli sme čo najširšiemu počtu pacientov ponúknuť možnosti nácviku rehabilitácie. Táto snaha viedla k tvorbe edukačného videa, ktoré je pacientom predstavené v rámci ambulantného vyšetrenia a následne je celý edukačný program opakovane prezentovaný na patientskych izbách na monitoroch počas hospitalizácie. Po objednaní pacienta na výkon nasleduje tiež osobná edukácia pacienta rehabilitačným pracovníkom, podobne aj v deň prijmu a rehabilitácia počas hospitalizácie (pre chirurgický pavilón boli prijatí 3 noví rehabilitační pracovníci).

Aktuálne sa mobilné aplikácie stávajú prínosnými nástrojmi aj pre rehabilitáciu. Toto poznanie nás motivovalo zaviesť edukačný rehabilitačný program pre pacientov aj formou mobilnej aplikácie. Aplikácia ponúka množstvo výhod, ktoré môžu mať pozitívny vplyv na proces rehabilitácie. Pacienti môžu mať prístup k rehabilitačným cvičeniam a programom priamo z pohodlia svojho domova.



Aktuálne po zavedení programu ERATS v podmienkach Kliniky hrudníkovej chirurgie JLFUK a UNM a jeho 6 mesačnom fungovaní plánujeme zrealizovať interný audit aj na základe zbieraných dát štúdie MERATS, ktorý by mal poskytnúť objektívne hodnotenie a posúdenie zavedených procesov a postupov v rámci konceptu ERATS s cieľom ešte zlepšiť ich efektívnosť.

TABULKA MERATS – SBĚR DAT

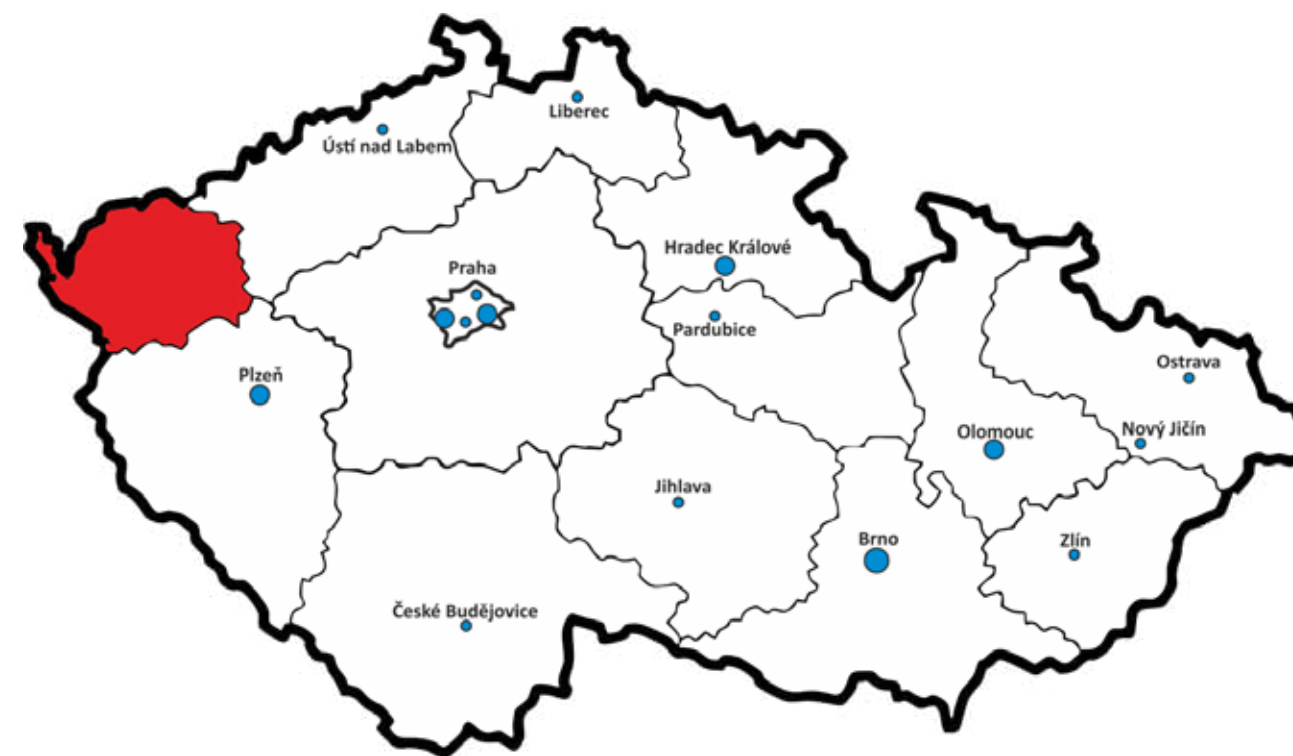
Dana Sochorová, Zdeňka Knechtová

Původní záměr společného sběru dat týkající se jednotlivých bodů ERATS protokolu byl jasný - monitorovat, nakolik jsou jednotlivá doporučení realizována v každodenní praxi, a zároveň vystihnout tvůrčí variabilitu jednotlivých institucí. Data by tedy měla být vkládána v takové podobě, aby jejich interpretace při dalším zpracování byla jasná a jednoznačná. Odlišnosti napříč pracovišti ve smyslu odchýlení se od protokolu budou v této fázi jistě vítané, neboť mohou ukázat více cest jak dojít k cíli, který je nám všem společný – informovaný a připravený pacient, kterému je poskytnuta profesionální multidisciplinární péče v perioperačním období i v době rekonvalescence. Tabulka by měla mít takovou podobu, aby umožnila zaznamenání vítané variability v přístupu jednotlivých pracovišť a umožnila sledovat vývoj zavedení jednotlivých ERATS položek v průběhu času. Má tedy potenciál vytvořit konkrétní představu o reálném aplikování protokolu v praxi, ale nabízí i možnost se odlišnými přístupy inspirovat. Její konkrétní forma se může dynamicky vyvíjet – má potenciál zaměřit se na některé položky blíže a konkretizovat důvody a motivy odchýlení se od jednotlivých položek protokolu (např. indikace močového katetru s cílem identifikovat skupinu, u které je zavedení žádoucí) a jejich praktické důsledky (např. četnost nutnosti znovuzavedení hrudního drenu při jeho časně extrakci). Další možností je rozšíření tabulky o položky týkající se rozsahu plicní resekce či zátěže pacienta ve smyslu jeho komorbidit a předoperačního performance status. Zároveň by ale měla zůstat přehledná a praktická, aby byl prospektivní sběr dat realizovatelný jak po stránce časových nároků, tak i rozsahu dat.

BUDOUCNOST ONKOCHIRURGIE V ZEMÍCH KORUNY ČESKÉ

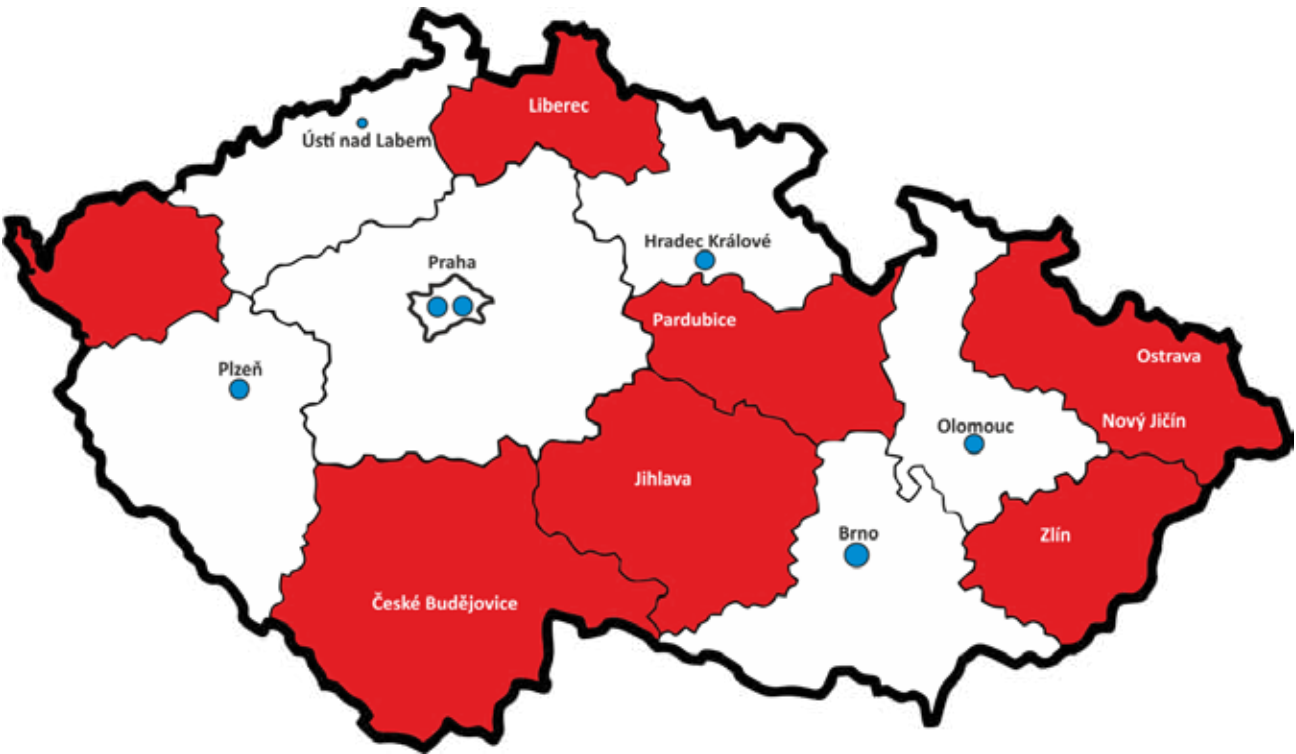
Jiří Klein

V České republice se hrudní chirurgie ve větším měřítku provádí na dvaceti pracovištích. Onkologická problematika tvoří asi 30 - 40 procent poskytované péče. ČR má krajské uspořádání. V národním onkologickém programu MZČR je v preambuli takto definována úloha onkologických center: Základem koncepce je silná síť komplexních onkologických center (KOC), která jsou nejvyšší a nezpochybnitelnou organizační jednotkou pro onkologickou péči v ČR. Základem Národního onkologického programu je zajistit ve všech regionech rovný přístup k poskytované péči a k informacím pomocí již jmenované sítě onkologických center. Síť KOC koncentruje vysoce specializovanou péči o onkologické pacienty v oblasti diagnostiky, léčby chirurgické, radiační i farmakologické, na kterou navazuje péče paliativní ve všech oblastech a péče psychosociální.



V roce 2017 bylo akreditováno 7 Center vysoce specializované pneumoonkologické péče, při počtu obyvatel 10,5 milionů a rozloze ČR 78870 km² aktuálně disponujeme 1 centrem na 1500000 obyvatel a 11000 km² rozlohy. Naši pacienti to budou mít k hrudnímu chirurgovi 14 x dál než v Nizozemsku. Zásadní vliv na podmínky akreditace stanovilo 7 chirurgů ze šesti fakultních a jednoho krajského

pracoviště, cut-off linii si stanovili přesně za vlastními patami, za pomoci pneumoonkologů a onkologů z těch samých pracovišť je tato centralizace směřována k vítěznému konci. Podmínky pro akreditaci Center vysoce specializované pneumoonkologické péče jsou v naprostém rozporu se směrnicemi ESTS i s koncepcí onkologické péče v ČR. Požadavek na spád 1250 000 pacientů ve spádu, 65 anatomických resekcí a 3 hrudní chirurgie daleko překračuje evropské guidelines.



Národní onkologický program 2030 předpokládá nárůst incidence zhoubných novotvarů o 20 % a zvýšení prevalence malignit o 40 %. Lze předpokládat, že screeningový program přivede do nemocnic další procenta pacientů v časných stádiích, která budou vyžadovat operační léčbu. Neměla by česká pneumologie a onkologie zvážít rizika likvidace zavedených pracovišť hrudní chirurgie, než budou akreditovaná přetížena pacienty nejen s plicní onkologickou problematikou? Nebo je cílem demontovat fungující systém Komplexních onkologických center v regionech? Fungující centrum stojí nejen na systémové léčbě a radioterapii, chirurgická intervence, diagnostická i kurativní, je třetí nohou trojnožky. Jediným rozumným argumentem proponentů centralizace je lepší péče v centrech. KOC ve Zlíně postupně budujeme od roku 2008. V letech 2018-2021 jsme ve Zlíně měli v pneumoonkochirurgii poloviční 30-ti denní mortalitu, srovnatelnou intrahospitalizační mortalitu a o 5 procent nižší mortalitu 180-ti denní ve srovnání s pneumoonkologickými centry (9 % versus 14 %), spektrum naší operativy se vůbec neliší, pouze máme starší pacienty s více komorbiditami.

		Anatomické plicní resekce za roky 2018-2021						
		N	Letalita - 30 dní	Letalita - 180 dní	Délka hospitalizace (dny)		Přímé náklady [Kč] ZUM/ZULP	
					průměr	medián	průměr	medián
CELKEM	1 chirurgicky	3 352	3%	9%	15	11	49 533	21 388
	2 thorakoskopicky	1 362	1%	4%	11	9	63 553	59 932
	3 roboticky	42	0%	2%	9	7	80 834	88 976
1 KNTB ve Zlíně	1 chirurgicky	100	2%	6%	17	15	17 678	12 388
	2 thorakoskopicky	48	0%	2%	13	12	54 906	51 826
	3 roboticky	0						
2 CVS pneumoonkochirurgické péče	1 chirurgicky	2 121	3%	9%	16	12	52 199	17 548
	2 thorakoskopicky	754	1%	4%	10	9	64 040	60 395
	3 roboticky	37	0%	0%	8	7	86 895	101 142
3 Ostatní nemocnice	1 chirurgicky	1 131	4%	9%	14	11	47 350	33 603
	2 thorakoskopicky	560	3%	6%	12	10	63 637	60 059
	3 roboticky	5	0%	20%	15	10	35 981	34 295

Představa, že bychom naše pacienty měli vystavovat většímu riziku v centrech, je lichá, stejně jako vize, že tyto pacienty budeme po dokončení diagnostiky předávat k operaci, poté řešit komplikace operací mimo náš KOC a provádět pouze adjuvantní a paliativní léčbu. Aktuálně se řeší centralizace v mamární, hepato-pankreato-biliární, kolorektální chirurgii, kupodivu, za alespoň minimální diskuse a při počtech, které jsou povětšinou akceptovatelné. Zdá se snad někomu, že resekce pankreatu jsou jednodušší než anatomické plicní resekce? Ale k akreditaci centra bude stačit 17 operací na slinivce, u resekcí jícnu je to ještě méně (15 výkonů). 11 pracovišť z 20 zavedených hrudních chirurgií s parametry vyhlášky nesouhlasí, vyvolat diskusi o jejich adjustaci na podmínky regionů a nefakultních pracovišť je v rámci hrudní sekce nebo výboru ČCHS nemožné. Takže nás čeká něco podobného jako se vzděláváním v chirurgii. Napřed zrušíme dvoustupňový systém atestací, abychom ho potom nahrazovali paskvilem kmene a jedné atestace. Zrušíme fungující onkocentra a potom je budeme znovu obnovovat.

VNITŘNÍ ROZMĚR (i)MERATS

Teodor Horváth

MERATS souzní s myšlenkou koncentrace péče využívajíc nitrooborovou, mezioborovou a interinstitucionální spolupráci. Nikoho kompetentního neupozaduje. Naopak! Snaží se vycházet vstříc autentickým snahám o řešení zadání příslušného mikrosvěta jeho vlastními silami, respektovat je, chránit, rozvíjet, a tak přispívat k jejich plodnosti. Máme-li se přitom v něčem překonávat, ať je to ve vzájemné úctě.

Některé zvláštní otázky v rámci celku je potřeba posuzovat podle souvislostí, do nichž jsou včleněny. Uveďme několik příkladů opatření vyžadujících důkladné zvažování z mnoha hledisek:

- zanechání kouření a konzumace alkoholu před operací
- kondiční předoperační příprava
- léčba zánětů, nádorů, úrazů u pacientů bez komorbidit i u těch se závažnými komorbiditami, čili obecně radikální versus neradikální chirurgie
- postavení medikamentózní intervence, konzervativní chirurgie a léčebné rehabilitace v odstraňování/zmírňování omezení rozsahu resekce z funkčního hlediska
- srdeční slabost a poruchy rytmu
- nepříznivý stav výživy
- poruchy homeostázy mineralogramem počínaje, karencí D vitamínu a chyběním železa pokračující až ke kompetencím imunity a tak dále.

Tyto všechny a na sta dalších přicházejících v nepřeborných spontánních variacích, třeba evidovat, dešifrovat, archivovat a diskutovat v nejširším fóru hledající optimální řešení, které nebývá paušální. Naopak! Je personalizované. Musí být zároveň precizní - nutno se v něm *vědomě* varovat východisek směrem dolů typu “to není náš (=hrudně chirurgický) problém”, protože to náš problém je! Tím nepobádáme k nerespektování pytagorejského *NOLI TANGERE* ryze internistických sfér, ale zveme k mnohem náročnější stezce odvahy – úzkou, namáhavou, mnohdy nevědnou spolupráci chirurgie s internou a intenzivní medicínou, přesněji řečeno zanícenou mezioborovou kohezi v vysoce profesních a hluboce osobních rovinách. Zde mi dovolu složit nejhlubší poklonu intenzivistům, kardiologům, onkologům, nefrologům, nutricionistům, hematologům a všem ostatním internistům ale i specialistům funkčního vyšetřování a rehabilitace, protože ve FN Brno se taková spolupráce slibně rozvíjí. I k tomu ať slouží iMERATS,

OPRAVDOVÉ VZTAHY V PROFESNÍ KOMUNIKACI

Vlastimil Švec

Při diskusích o optimalizaci péče o pacienta k resekci plic se nevyhneme úvahám o kvalitě vztahů, které se dějí v komunikaci zdravotníka s pacientem i v komunikaci profesní a mezioborové i mezi institucemi. Pro jednoduchost označíme dvě komunikující osoby symboly A a B.

Na rozdíl od konzumních a na informacích založených vztahů jsou významné kvalitativně odlišné **opravdové vztahy** v nichž jeden subjekt – A – respektuje a přijímá **jinakost** druhého subjektu – B – přičemž bere v úvahu jeho cíle, záměry a očekávání.

K utváření opravdových vztahů dochází obvykle postupně. Po přijetí jinakosti toho druhého subjekty A a B **sdílejí** to, co je spojuje profesně i lidsky. V živé komunikaci může dojít (většinou neplánovaně) k souhře, která se děje v prostoru “mezi” A a B. Ideálním případem je, když vztah A - B přejde do vztahu **My**.

Vztah My lze považovat za nejvyšší úroveň opravdového vztahu. Nedochozí k němu zřejmě často. Lidé, kteří nedokážou naslouchat hlasu a postojům osobnosti druhého, nemohou dospět k obapolnému vztahu My. Výstižně to vyjádřil Martin Buber: „ ... Ten druhý pro ně nepředstavuje rotějšek, jenž tu stojí s nárokem vůči nim, který má stejné oprávnění jako ten jejich vůči němu, druhý je pouze jejich objekt. Avšak ten, kdo v existenci nepozná Ty, nedospěje nikdy k poznání My.“ / 1

Opravdové vztahy se odehrávají v konkrétním prostředí, např. kliniky, oddělení, ambulance, operačního sálu, ale též při výuce a výzkumu. Podpora a rozvíjení opravdových vztahů jsou nezbytným předpokladem pro utváření příznivého **klimatu** pracoviště.

Schematicky:

- Zkušený chirurg (A) a začínající chirurg (B): A respektuje a objevuje možnosti B.
- Chirurgové (A) a (B): chirurgové A a B spolu komunikují o odborném problému. V jejich až vášnivé debatě může dojít k souhře.
- Lékař (A) a pacient (B): A respektuje zvláštnosti osobnosti B cítí, že má obavy ze zákroku, B očekává od A vstřícnost, empatii. Takto může vzniknout vzájemná důvěra.
- Nepřejícník A (může to být kdokoliv) a osoba B: Osoba A si je vědoma jinakosti osoby B, jejich ambicí a schopností, ale nepřijímá ji. Tím neposkytuje možnosti pro rozvoj B.



Martin Buber: *Lidské a mezilidské*. Praha, Malvern 2022, s. 96.

L13C3

ZADNÍ HORNÍ HRUDNÍ DRENÁŽ

Tomáš Ledvina, Teodor Horváth

Torakocentéza nebo hrudní drenáž označují proces, při kterém dojde k jednorázové punkci pleurální dutiny, zavedení hrudního drénu respektive. V klinické praxi se užívají nejrůznější způsoby provedení v závislosti na indikaci, stavu a habitu pacienta, zvyku pracoviště a zkušenostech provádějícího lékaře.

Zadní horní hrudní drenáž, též někdy nazývána suprascapulární, je druh přístupu, kdy ideální punkční bod leží uprostřed rovnoramenného trojúhelníku, jehož mediální rameno tvoří spojnice processus spinosi dolních krčních a horních hrudních obratlů, kraniální rameno tvoří anteriorní hrana trapeziu a lateroinferiorní rameno trojúhelníku vytváří spina scapulae lopatky. Torakocentézu provádíme za přísně aseptických podmínek, její směr i směr následné drenáže neodchylujeme od kolmé roviny více než o patnáct stupňů, abychom průnikem skrze první mezižebří prostor neohrozili struktury horní hrudní apertury, anebo nesklouzli do retroskapulárního prostoru stěny hrudní. Ke tkáním se chováme ohleduplně a nešetříme lokálním anestetikem. Tubing drenáže vyvádí dopředu, aby neinterferoval s pohodlnou polohou nemocného na lůžku.

Mezi nejčastější indikace k provedení tohoto způsobu hrudní drenáže patří apikální pneumotorax při nedokonalém rozvinutí plic po hrudních operacích, indikován může být i u pacientů s recidivujícími spontánními pneumotoraxy.

Jednou z alternativ suprascapulární drenáže je drenáž v druhém mezižebří v medioclaviculární čáře, tento přístup je upřednostňován v urgentní medicíně.

PŘÍBĚH PACIENTA

Osobní sdělení

Jsem 39letý inženýr ML, technik v nemocnici.

Moje problémy začaly přibližně koncem července 2022, kdy jsem prodělal sedmou dětskou nemoc. Natekly mně dlaně a chodidla, následně se sloupaly včetně obličeje. Celé to trvalo přibližně týden, poté jsem se cítil unavený, předpokládal jsem, že je to ještě důsledek prodělané nemoci. Od počátku září jsem pocíťoval pozvolnou ztrátu fyzické zdatnosti, úbytek tělesné hmotnosti a občasné suchý kašel. Přisuzoval jsem to špatnému životnímu stylu a pracovnímu stresu. Kašel se postupně zhoršoval a byl intenzivnější a častější. V listopadu, kdy už jsem nebyl schopen bez zakašlání říci souvislou větu a při zátěži jsem se značně zadýchal, jsem navštívil plicní ambulanci. Následovala řada vyšetření od krevních testů, spirometrie, RTG plic, CT až po bronchoskopii. Zjišťovala se možná souvislost s onemocněním z mého dětství, kdy jsem ve čtyřech letech prodělal Hodgkinovu chorobu, která byla léčena chemoterapií, ozařováním a operací uzlin na krku. Z výsledků vyšetření vyšlo především zvýšené CRP, větší množství tekutiny v pravé pohrudniční dutině a několik ložisek okolo pravé plíce.

Po těchto vyšetřeních doporučila ošetřující pneumoložka konzultaci v regionálním pneumoonkochirurgickém centru. Zde následovala další série vyšetření a konzultací, mj. vyšetření hematoonkologické. Tato vyšetření rezultovala v provedení chirurgické biopsie z hlavního ložiska k určení jeho biologické povahy histologickým vyšetřením. Byl to epitelální mezoteliom. Rozsah onemocnění následně ukázalo vyšetření PET/CT, které jsem absolvoval těsně před Vánocemi v PET centru jiné fakultní nemocnice. Vzhledem k povaze nálezu a jeho rozsahu, který je obzvláště v mém věku značně neobvyklý, mi ošetřující chirurg doporučil a následně domluvil posouzení specialistou v jiném pneumoonkochirurgickém centru, kde mají s těmito nádory a jejich léčbou největší zkušenosti. Zároveň jsme se s hrudním chirurgem domluvili, že mi ještě ten den provede odlehčovací punkci výpotku v pravé pohrudniční dutině, aby se předešlo případným dechovým potížím přes vánoční svátky. Tento zákrok byl pro mě zajímavou a nečekanou zkušeností. Za prvé už asi vím, jaké to je, když někdo někoho propíchne, neboť při zavádění drénu mi projela bolest celým hrudníkem. Byla sice pouze krátkodobá, a zároveň jsem poprvé v životě omdlel. Ani nevím, jak se to stalo. Vždyť jsem na zákrovém stole seděl a koukal před sebe na rafičky nástěnných hodin a po chvíli mi přišlo divné, proč se na hodiny koukám v leže. Jinak celý zákrok proběhl dobře, ale musím říct, že mírné zlepšení dýchání jsem po punkci pocítil až po dvou nebo třech týdnech.

Po novém roce jsem navštívil hrudně chirurgickou poradnu fakultní nemocnice pneumoonkochirurgického centra v jiném regionu. Specialista označil můj stav za ne zcela příznivý a sdělil mi, že mě zařadí ke konzultaci do mezioborové indikační komise. Zároveň mi vysvětlil předpokládaný postup léčby. Musím uznat, že podané informace by zřejmě spoustu pacientů spíše vyděsily. Já však oceňuji, že mi pan doktor popsal reálnou situaci, možnosti léčby, které mám i možné komplikace, které mohou nastat, a z mého pohledu se s tím člověk může lépe vyrovnat a srovnat si to v hlavě.

V souladu s doporučením komise jsem se tedy pro navrhovanou systémovou léčbu rozhodl. Tato mě měla připravit na operaci. Věřil jsem, že je to nejlepší cesta, která může mé zdravotní problémy pomoci vyřešit. Brzy nato jsem začal dojíždět na specializovanou plicní ambulanci postupně na čtyři dávky chemoterapie zhruba po třech až čtyřech týdnech. Chemoterapii jsem zvládal docela dobře. Týden jsem zůstal vždy doma, a protože jsem si v práci mohl dovolit dělat pouze kancelářskou práci, vracel jsem se následně zpět do práce. Po všech dávkách chemoterapie mě nejvíc trápila velká únava, první tři až čtyři dny jsem spíše prospal a byl jsem hodně zesláblý. Problémy s nechutenstvím nebo příjmem stravy a tekutin jsem neměl, spíše se po každé chemoterapii lišilo jejich vnímání. Po prvním podání jsem měl pocit nateklého krku jako při chřipce nebo angíně. Po druhém jsem se přemáhal při pití tekutin. Vodu, čaj, šťávu resp. všechno tekuté jsem nemohl ani vidět, ale člověk se přemůže, když ví, že musí vypít minimálně dva a půl litrů tekutin denně, aby se chemoterapií nepoškodily ještě ledviny. Po třetí dávce se objevil problém s chutí v ústech. Při jídle nebo pití bylo vše normální, ale po pár minutách jsem měl v puse „jako v polepšovně“, což přetrvávalo celý den a nic nepomáhalo ke zlepšení. Průběh po čtvrté dávce byl více méně smíšený předchozích obtíží, jen s mírnějším průběhem. Po třetí dávce jsem podstoupil zátěžové spiroergometrické vyšetření, které mělo ukázat, zda jsem plánované operace vůbec schopen a v jakém rozsahu. I přes značné množství tekutiny v pravé plíci, odhadem přes 1 l, dopadlo vyšetření dobře s výsledkem - operace schopen až do celkového odebrání pravé plíce. Průběžné kontrolní krevní testy ukazovaly postupné klesající hodnoty CRP. Následné kontrolní vyšetření PET/CT dne 6.4. po poslední dávce chemoterapie potvrdilo účinnost chemoterapie, kdy stávající ložiska se zmenšila a neobjevila se žádná nová.

Nástup k operaci byl naplánován na konec dubna 2023. Při příjmu mi bylo doporučeno v anesteziologické ambulanci nechat si před operací zavést epidurální katetr, s čímž jsem souhlasil. Týž den odpoledne mi byl zaveden centrální žilní katetr. Druhý den, okolo půl osmé ráno, mě už na sále chystali na operaci. Poslední co si pamatuji je, že jsem seděl na operačním stole a anesteziologové mi zaváděli epidurální katetr. Říkali, že to bude asi chvíli nepříjemné, ale já si na žádnou bolest nepamatuju. Vlastně si ani nevybavuju jestli jsem si zpátky na operační stůl lehal sám. Podle informací, které jsem se zpětně dozvěděl, trvala celá procedura – HITHOC – až do odpoledne. Bylo

mi vyňato 6. žebro vpravo, odstraněny poplicnice i pohrudnice postižené chrobným procesem, a dále též část osrdečníku a bránice. Tyto byly nahrazeny speciální sítěmi. Poté byl celý pravý pohrudniční prostor hodinu proplachován ohřátým roztokem cytostatika. Protože operace probíhala dobře, bez komplikací, poplicnice i pohrudnice šly dobře odstranit, rozhodl se operační tým ponechat mi nakonec celou pravou plíci. Operátorem byl specializovaný hrudní onkochirurg, s nímž jsem se seznámil již při prvním konzultačním vyšetření. Při této příležitosti navštívili jeho pracoviště celkem tři onkochirurgové, a to ze tří fakultních nemocnic z pneumoonkochirurgického centra, kam jsem byl původně ošetřující pneumoložkou doporučen k posouzení a péči a v němž proběhla diagnostika.

Po operaci jsem byl umístěn na klinice ARO, kde jsem byl ponechán v umělém spánku na přístrojovém dýchání. Následně mě lékaři začali postupně probouzet a třetí pooperační den se podařilo mě úplně odpojit od ventilátoru. Po probuzení jsem měl značně rozmazané vidění resp. rozeznával jsem pouze obrysy lidí a věcí, což bylo prý způsobené podávanými léky. Další den mi vytáhli výživovou sondu a začala i každodenní rehabilitace. Paní fyzioterapeutka ze mě ze začátku byla trochu nešťastná, protože podle jejích slov na její vkus ze mě vedlo až moc hadiček, které trochu komplikují samotnou rehabilitaci, ale i tak jsem byl za rehabilitaci rád. Posléze vyšlo z kontrolního RTG, že se mi objevuje vzduch v podkoží, chirurgové doporučili povytažení drénů, to se následně ukázalo jako neúčinné, proto hrudní drenáž připojili zpět na aktivní odsávání. Zároveň jsem měl stále nateklou celou levou ruku. Kvůli přetrvávajícímu vzduchu v podkoží bylo provedeno CT plic k došetření, čím to je, a také kontrolní UZ levé ruky k vyloučení trombózy. Výsledky obou vyšetření dopadly dobře tzn. nebyla nutná revizní operace a zároveň se vyloučily nejzávažnější možné příčiny otoku levé ruky, které by vyžadovaly rychlé řešení, vypadalo to spíš na problém v mizní drenáži. Po nasazení léků a vytažení kanyly z levé ruky začal otok ustupovat. Zároveň mě v pátý pooperační den navštívila moje žena, které bylo ošetřujícím personálem nabídnuto, že mě mohou vzhledem k hezkému slunečnému počasí vyvézt na křesle ven do areálu. Bylo velmi příjemné dostat se na chvíli ven na čerstvý vzduch.

Šestý pooperační den jsem byl přeložen na chirurgickou JIPku. Největší rozdíl byl ve změně „dobrot“ podávaných do epidurálního katetru. Zatímco na ARU se jednalo o směs více „dobrot“ (Chirocain + FR + Sufentanil), na JIPce mi podávali pouze morfin, rozdíl v účinku jsem nepozoroval, ale přišel jsem o sny L škoda, byly krásně barevné plné kreslených postavíček a zvířátek.

Osmý pooperační den mě přeložili na standardní chirurgické lůžkové oddělení, kde už se mnou fyzioterapeutka začala postupně chodit po oddělení. A anesteziologové se semnou domluvili na vytažení epidurálního katetru, protože už jsem nepotřeboval tolik léků proti bolesti. Desátý pooperační den mi vytáhli poslední drény a postupně začali odstraňovat stehy. Bylo jich okolo padesáti. Poslední co mi zůstalo, byla centrální žilní linka.

Dvanáctý pooperační den jsem byl předán na Plicní kliniku ke sledování. Ale vše bylo v pořádku, takže jsem 14. pooperační den byl konečně propuštěn do domácího léčení a ošetřování.

Aktuálně se po propuštění cítím dobře, s dýcháním potíže nemám, pouze při zátěži se zadýchávám. Největší komplikací je prozatím stále vyšší tep i v klidovém stavu, kolem 110 tepů za minutu. Zhruba týden po propuštění byly dva dny, kdy i při malé zátěži tep stoupal až ke 180 tepům za minutu, ale možná na to mělo vliv i počasí. Na začátek června mám naplánovanou kontrolu na pneumoonkologické ambulanci. Pokud to můj celkový zdravotní stav dovolí a budou-li hodnoty krevních testů příznivé, čekají mne zřejmě ještě dvě dávky chemoterapie.

Nepatřím k lidem, kteří by byli často nemocní a běhali po doktorech. I když se pracovně pohybuji ve zdravotnickém prostředí, stejně mě velice překvapil profesionální přístup zaměstnanců ke mně jako k pacientovi ve všech nemocnicích, kterými jsem prošel – byly celkem čtyři. Zároveň bych chtěl vyzdvihnout výbornou spolupráci mezi jednotlivými obory a klinikami výše zmíněných nemocnic. Pro mě bylo zásadní, že mi vždy příslušný lékař případně ostatní personál sdělil aktuální informace o mém zdravotním stavu a zároveň se mnou probral případné možnosti nebo komplikace, které mohou nastat. Z mého pohledu mohu říci, že pro úspěšnou léčbu je velmi důležitá vzájemná důvěra mezi lékařem a pacientem a zároveň pozitivní myšlení pacienta, že vše dopadne dobře.

VÝHLED na C3 PLUS

Listopad 1–2, 2023

Teodor Horváth

Účastníci C3PLUS se setkají v předvečer konference dne 31. října v 18h na koncertě v Katedrále Petra a Pavla na Petrově. Poté se odebereme na Uvítací recepci. Slavnostní atmosféru sletu umocní společenský oděv.

IV. konference Optimalizace péče o pacienta k resekci plic se tentokrát rozdělí na dvě části:

Ta první – celodenní – THORONCO Satellite iBOD23 se bude konat v Univerzitním kampusu v aule A11/114 dne 1. listopadu od 8.45h do 16.30h. Bude mít čtyři za sebou následující sekce 1/ všeobecnou 2/ chirurgickou 3/ anesteziologickou a 3plus / diskusní z níž by vzejde společné prohlášení. Mezinárodní lektorský sbor představí postupně:

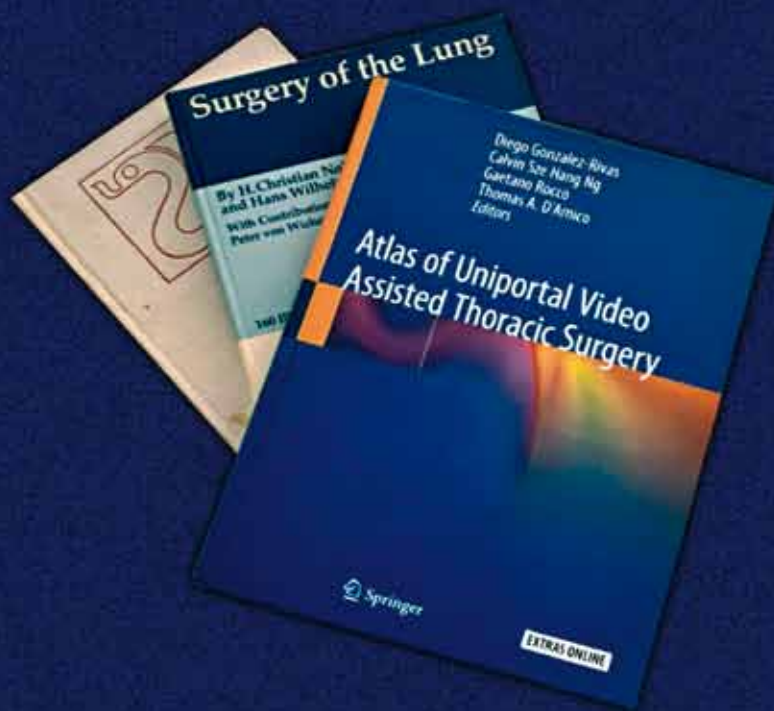
1/ nástin mladistvého konceptu nové učebnice chirurgie včetně hrudní, český program časného zachytu karcinomu plic, péči o pacienta s pokročilým nádorem plic v Institutu, perioperační kritéria kvality v hrudní chirurgii, využití ultrazvuku v pooperační torakochirurgické péči, koncept onkochirurgie v Zemích Koruny české a MUNI studii podpory zotavení v hrudní chirurgii (MERATS),

2/ chirurgii jícnu v Institutu, záchrannou chirurgii u pacientů s pokročilým adenokarcinomem plic léčených inhibitory tyrozinkinázy, plicní chirurgii na spontánně ventilující plíci (SVTS), proceduru transcervikální thymektomie, kritéria kompletní resekce plic pro rakovinu a poslání ESTS v současném boji proti plicní rakovině,

3/ český (československý), evropský a asijský aspekt anesteziologie na SVTS.

3+ / Poslední sekce nabízí vytvoření otevřeného diskusního fóra pro všechny výše uvedené otázky včetně společného prohlášení o spolupráci.

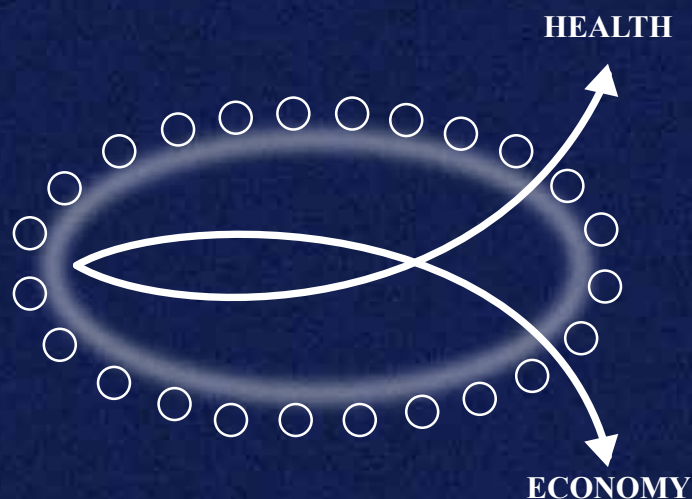
Ta druhá – edukační devadesátiminutová THORONCO Edukační blok iBOD 23 – plánovaná na 2. listopadu v E Pavilonu BVV od 10:30 do 12:00h má vrchovatě napěchovaný program, v němž v sedmi jedenáctiminutových přehledech defilují: jemné ladění hrudní onkochirurgie skrze MERATS, transcervikální uniportální plicní lobektomie, nonintubační hrudní procedury a spontánní ventilace s dvoucestnou intubací, role anesteziologie v léčbě plicních nádorů v taiwanském národním onkologickém centru, evropský pohled na chirurgii spontánně ventilujících plic, a devátá edice klasifikace plicní rakoviny Mezinárodní společnosti pro studium plicní rakoviny (IASLC). Společná diskuse ke všem tématům proběhne v závěru bloku.



Iniciativa ThoraCS®

Na první konferenci OPTIMALIZACE PÉČE O PACIENTA K RESEKCI PLIC v září 2022 se hrudní chirurgové FN Brno, FN u Svaté Anny a Masarykův onkologický ústav společně s kardiouchirurgy CKTCH a hrudními specialisty Baťovy nemocnice ve Zlíně a Kliniky Hrudníkové chirurgie UNM Martin SK shodli na užitečnosti unifikace postupů a integrace sil i prostředků. Odborné souznění doplnila harmonie organizační v podobě Smlouvy o vzájemné spolupráci čtyř brněnských akademických nemocnic uzavřená v prosinci 2022, která toto směřování zpečetila a otevřela prostor k plavbě na hlubinu se svěžím větrem Programu časného zachytu karcinomu plic v plachtoví. Díky spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky spatřila světlo světa interaktivní excelová tabulka, která umožňuje shromažďovat fakta k diskusi o pokroku a autentické rozšiřování poznání – v jednotě, důvěře a jistotě – dosáhnout prosperity a ryzi tvořivosti otevřené svobodným interakcím.

T. Horváth Chirurgie FN a LF MU Brno



Knowledge - Agreement - Confidence - Certainty - Creativity

