

Mezi slepým střevem a nádory

Na sále strávil více než třicet let a po svých zkušenostech tvrdí, že lékař musí být vždy ve střehu. V chirurgii je totiž možné všechno, neboť škála obtíží je velmi pestrá a různorodá. Špičkový odborník a šéf všeobecné chirurgie Nemocnice Na Homolce **MUDr. RONALD POSPÍŠIL (57)**, za nímž pacienti jezdí i ze zahraničí, také nemá rád, když někdo zlehčuje bytí i jen operaci slepého střeva. Jak se může zánět zkomplikovat? Dá se léčit antibiotiky? A v čem je základná rakovina žaludku, slinivky břišní a jícnu?



■ **Pro mě jsou chirurgové akční hrdinové, kteří na sále zachraňují pod velkým tlakem a v obrovském stresu lidské životy. Mnohdy hrají roli sekundy. Dá se říct, že je chirurgie adrenalin?**

Samozřejmě zažíváme velmi dramatické situace, kdy se musíme rozhodnout v průběhu několika málo vteřin. Dobré rozhodnutí znamená záchranu života, špatné, bohužel, ztrátu nemocného. Není to však každodenní záležitost. Abyste se dopracovala k tomu, že se v drtivé většině situací dokážete správně rozhodnout, a to správné rozhodnutí umíte manuálně dotáhnout dokonce úspěšným operačním výkonem, jsou za tím tisíce hodin strávených na sále a velká a náročná dřina. Abyste se pak jednou za čas ukázala jako akční hrdina, který pacienta vyseká z nejhoršího, otočí postel na druhou stranu a zachrání mu život. Poďaří-li se to, je to pak krásný pocit.

■ **Životy chirurgů lákají i scenáristy. Koukáte na seriály z lékařského prostředí?**

Nemám na to čas. Ale ty, co jsem viděl, byly hodně vzdálené od reality.

■ **Když se řekne chirurgie, vybaví se mi trable s břichem a „slepé střevo“. Jak často musíte řešit problémy se zaníceným červovitým přívěskem slepého střeva?**

Je to jedna z nejčastějších akutních příhod břichů, se kterou se setkáváme ve všech věkových kategoriích.

Některé studie doporučují, aby se při náhlém rozvoji cukrovky vyšetřila okamžitě i slinivka břišní. „Máme řadu pacientů, u nichž byl rozvoj cukrovky prvním z příznaků, na jehož základě pak další zpřesňující vyšetření odhalily nádor v oblasti slinivky břišní,“ varuje MUDr. Pospíšil.

■ **I u hodně malých dětí?**

Ano. I u miminek, kdy je diagnostika nemírně obtížná, zejména u novorozenců a kojenců. Začínal jsem na dětské chirurgii v Motole a během svého krátkého pů-

„Seriály bývají hodně vzdálené od reality.“

sobení jsem se občas s takovým případem setkal. Lékař na to musí myslet. A jak už jsem říkal, odhalit problém v těchto případech, je velmi obtížné. I když dnes už máme k dispozici celou řadu vyšetření, které nás navedou, ať už je to CT, nebo ul-

trazvukové vyšetření. V době, kdy jsem začínal, však byly tyto metody v plenkách a záleželo na podrobném a velmi pečlivém vyšetření a samozřejmě na zkušenosti chirurga, aby to rozpoznal. Tato diagnóza se však vyskytuje i u těch nejvyšších věkových kategorií u seniorů. Tam to také není příliš časté, ale jako lékař obvykle pomýšlí na řadu jiných, daleko častějších diagnóz v tomto věku, a apendicitida (od slova appendix - slepé střevo, pozn. red.) je trošku v pozadí, což je špatně.

■ **S nadsázkou se říká, že zánět „slepáku“ odoperuje i vrátný ve výťahu. Je to opravdu taková banalita?**

To přirovnání nemám rád. Je to totiž veliký omyl. Zásadně tenhle názor nezastávám a snažím se proti němu bojovat. Je tam mnoho faktorů, které do toho vstupují a nelze to jen tak odbýt. Ta diagnóza není úplně jednoduchá i při současných možnostech s využitím nejmodernějších metod. Poloha červovitého přívěsku může být velmi variabilní. Z toho vyplývá, že může být velmi variabilní klinický obraz i fyzikální vyšetření, které chirurg provádí. I v současné době se občas stává, že se diagnóza stanoví později, než by bylo správné. Prostě je to náhlá příhoda břichů a je zálučná. To řada lidí neví, proto jí často dost podceňuje. Když se něco zkomplikuje, příbuzní pacienta pak namítají: „Ale, vždyť to byl jen appendix!“ Ale v chirurgii není malých a velkých operací! Každá operace má svoje úskalí jak v diagnostice, v léčbě, tak v operačním provedení. A zdůraznil bych, že každá diagnóza může být provázena komplikacemi.

■ **Jak je to tedy s léčbou?**

V průběhu času se vyvíjela různě. Ještě v předminulém století slavný internista profesor Josef Thomayer velmi rázně de-

klaroval, že by se apendicitida měla léčit konzervativně. Přitom tenkrát byly možnosti nechirurgické léčby velmi omezené. Nebyla antibiotika, výsledky byly tudíž velmi špatné. Až pak se začalo operovat.

■ **Dá se zánět slepého střeva vyléčit i antibiotiky?**

Některé studie z USA jsou postavené na konzervativní (nechirurgické, pozn. red.) léčbě. Ovšem, jen některých typů akutního zánětu červovitého přívěsku. Takže, ano, lze to zvládnout i konzervativně, ale má to jasně daná a přesná kritéria a musí být naprosto přesná diagnostika. V našich zemích to však není zvykem. U nás se tato diagnóza rovná operace a myslím si, že je to zatím tak správně.

■ **Souvisí to i s pradávnou mantrou chirurgů: „Kde je hnus, tam ho vypusť!“**

Je to tak. Myslím si, že tohle moudro má stále naprosto racionální jádro, které platí a platit bude stále. Řídili se tím už staří Řekové a Římané, později ranhojiči, a pak chirurgové. Je to základní pravidlo, které platí dodnes po celém světě. Zánětlivé ložisko kdekoli v těle vyvolává následně reakce celého organismu. Není-li včas léčeno a ošetřeno, pak to nedopadá dobře.

■ **Výsledkem může být například „prasklý slepák“, že?**

Ano. A to už je úplně jiná situace, která pacienta bezprostředně ohrožuje na životě. Tady už rozhodně nemůžeme mluvit o žádné konzervativní léčbě. Jde o velmi závažný stav, který vyžaduje nejen vlastní chirurgický zákrok a ošetření zánětlivého ložiska. Velmi často už to není jen zánět na červovitém přívěsku a zánět v okolní dutině břišní, ale má dopad na celé tělo a může vést až k celkové sepsi. Léčba tedy musí být komplexní, nejen chirurgická, ale i intenzivní pooperační. A znovu narážím na

ono: „Vzali mu jen slepák!“ Ovšem když nevíte všechny podrobnosti, jak byl zánět pokročilý, v jakém stavu byl pacient, jaké k tomu měl přidružené choroby, nelze to hodnotit. A jak už jsem zmiňoval, zejména u malých dětí a v seniorském věku, je to velmi závažná příhoda, která nemusí vždycky dobře dopadnout.

„V chirurgii není malých a velkých operací!“

■ **Jaká je příčina zánětu slepého střeva. Říká se, že ho může způsobit například vaječná skořápka, která spadne do jídla, a my jí potom sníme. Je to pověra?**

Není. Je to jedna z možností, kdy se vstup do červovitého přívěsku, který má několik málo milimetrů, může uzavřít. A hroma-

▼ **„Slepé střevo je jednou z nejčastějších akutních příhod břichů, se kterou se setkáváme ve všech věkových kategoriích,“ říká MUDr. Pospíšil.**

děním sekretu ze žlázek, pak dojde k zánětu. Je to však taková mechanistická teorie. Přesná příčina není jednoznačně známá.

■ **Jaká je první pomoc? Ledový obklad na bolestivé místo?**

Možná v počátečních fázích společně s dietními opatřeními a klidovým režimem. Ale hlavně bych doporučil rychle vyhledat chirurga. Nevíte totiž v jakém stupni a fázi je zánět. Jestli se to dá ještě vůbec takhle zvládnout, anebo je potřeba přistoupit k razantnějšímu řešení.

■ **Mluvil jste o tom, že příznaky zánětu slepého střeva mohou být velmi variabilní. Je velmi zrádný i v tom, že se bolest může ozývat i v jiných oblastech břicha, než z pravého podbříšku, že?**

Ano. Ten zánět má obrovskou variabilitu příznaků. Medicínu dělám už dlouho a jsem rád, že jsem se naučil vidět věci tak, že ode mě už nikdy neuslyšíte: „To není možné, tak to nemůže být!“ V chirurgii je možné úplně všechno. Může přijít pacient, který má jasné příznaky zánětu mozkových blan a my po vyšetřeních zjistíme, že nejde o zánět mozkových blan, ale o zánět červovitého přívěsku slepého střeva. Ta škála obtíží je opravdu tak pestrá a různorodá. A stanovit správně diagnózu u apendicitidy, je úplně to nejsložitější.

■ **Mluvil jste o překvapeních, která na chirurga čekají. Vzpomněl byste si na příklad?**

Například některé jiné záněty na střevě mohou působit dojmem, že se jedná o apendicitidu. V případě, že u pacienta



▲ Snímek byl pořízen při jedné z operací na pracovišti, jemuž MUDr. Ronald Pospíšil šéfuje - oddělení Všeobecné chirurgie Nemocnice Na Homolce. „Každá operace má svoje úskalí jak v diagnostice, v léčbě, tak v operačním provedení. A zdůraznil bych, že každá diagnóza může být provázena komplikacemi.“



dlouhá část esovité kličky tlustého střeva zasahuje až do pravého podbříšku, což zase není až tak vzácné, a dojde k zánětu, které jsou poměrně časté a jejich výskyt vzrůstá s věkem, může se obraz nemoci jevit jako u apendicitidy. Současně u divertikulární nemoci tlustého střeva (divertikul je slepá výchlípka stěny trávicí trubice, pozn. red.), též prezidentské nemoci, jak se jí v posledních desetiletích říká, může být zánět na výchlípce stěny střeva a může to také imponovat zánět slepého střeva. Pokud na to chirurg nemyslí, odoperuje jen slepé střevo a původní příčinu v nemocné výchlípce přehlédne, může dojít k rozvoji velmi těžkého zánětlivého stavu.

■ Jak se dnes zánět slepého střeva operuje?

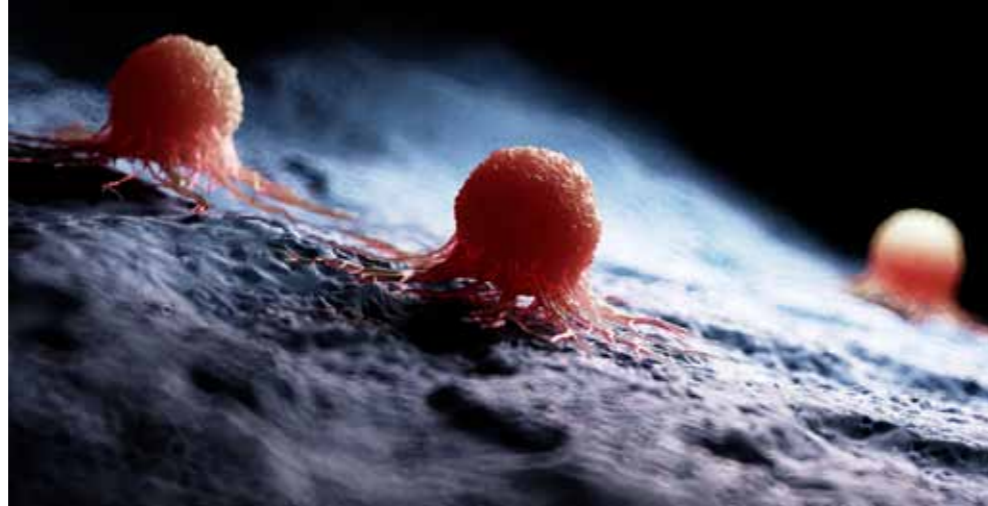
Dnes dominuje miniinvasivní přístup, takzvaná laparoskopie (jde o šetrnou operační metodu, kdy se pod kontrolou kamery provádějí operace orgánů v dutině břišní, do níž se jen malým, zhruba dvoucentimetrovým řezem, zavede endoskop v podobě trubice a nemusí se provádět široké otevření břicha, pozn. red.). Laparoskopie dává navíc chirurgovi možnost ohledat celou dutinu břišní. Pokud operaci provádí klasickým otevřeným přístupem z malého řezu v pravém podbříšku, je limitovaný. Získá přehled jen v oblasti, kterou operuje. Ale prakticky neví, co dál se děje v břiše. V tom je laparoskopie suverénní a diagnóza se dá stanovit naprosto exaktně.

■ Specializujete se na horní část dutiny břišní a věnujete se operacím rakoviny plic, slinivky břišní, žaludku a jícnu. Jaká jsou úskalí těchto nádorů?

Bohužel, často diagnóza není úplně standardně stanovena v časných stádiích nemoci, kdy má chirurgická léčba velmi dobré výsledky v rámci dlouhodobého přežití. Onemocnění se často manifestuje až ve stádiu, kdy už se nejedná jen o lokalizované onemocnění na jícen, žaludek nebo slinivku břišní, ale dochází k postižení okolních orgánů, spádových lymfatických uzlin. A tady už jako chirurgové toho moc pro pacienty udělat nemůžeme.

■ Čím je to dáno?

Biologií těch nádorů. Jsou velmi agresivní. I poměrně malý nádor už časně zakládá vzdálené metastázy jak do uzlin, tak do okolních orgánů. Jen pro představu, půl centimetrový nádor na slinivce nebo



▲ Rakovinná buňka hodně z blízka. „Jsou velmi agresivní. I poměrně malý nádor už časně zakládá vzdálené metastázy jak do uzlin, tak do okolních orgánů,“ říká MUDr. Pospíšil, který zhoubné nádory operuje.

na žaludku, který se včas diagnostikuje a odoperuje, má velmi dobrou prognózu. Ovšem v této fázi onemocnění pacienti nemají vůbec žádné problémy. Jde tedy většinou o nálezy, na které lékař narazí

„I poměrně malý nádor už zakládá vzdálené metastázy.“

náhodou. Právě proto je operací tak malých nádorů velmi málo. Teprve až se dostaví obtíže, přichází na řadu diagnostika, která musí být opravdu velmi rychlá. Snažím se už dlouho prosazovat, že od stanovení diagnózy k operaci by neměly uplynout déle než dva týdny. A domnívám se,

že zejména u nás v nemocnici tuto zásadu já i mí kolegové dodržujeme. Ale jak už jsem říkal, řada pacientů, kteří už mají problémy, nejsou doporučení k chirurgické léčbě, protože pro ně nemá přínos ve smyslu dlouhodobého přežití. Ty operační zákroky jsou velké, náročné a zatěžující. Na jedné straně tedy musíme brát v úvahu tu obrovskou zátěž a na druhé straně zvažovat profit pro pacienta. Pokud mu nejsme schopni pomoci a zlepšit kvalitu života, pak každá operace znamená jen zvýšení utrpení, bolesti a nepříjemných zážitků.

■ Tělo v těch časných stádiích opravdu nevyšle nějaký signál, že je s ním něco v nepořádku?

Většinou ne. Jsou studie, které doporučují, aby u náhlého rozvoje cukrovky, kromě toho, že je pacient řádně léčen specialis-

tu diabetologem, byla vyšetřena i slinivka břišní, protože pod diagnózou diabetu se může skrývat i hlubší problém. Máme řadu pacientů, u nichž byl rozvoj cukrovky první z příznaků, na jehož základě se pak udělaly další zpřesňující vyšetření, jež odhalily nádor v oblasti slinivky břišní. U žaludku i jícnu je to však s časnými příznaky velmi problematické. Obvykle pacienti přicházejí až s polykacími potížemi. Už je pro ně problém spolknout tuhé sousto, později i tekutou stravu. Nicméně to už jsou pozdní příznaky a v této fázi už nález bývá poměrně pokročilý. Ale dnes je chirurgie součástí onkologické léčby a jsou jiné možnosti, jak pacientovi příznaky zmírnit. Například chemoterapie, biologická léčba a podobně.

■ Přibývá nádorů v oblasti břicha?

Ano. V průběhu času se to však mění. Řadu let v Česku dominovaly nádory tlustého střeva a konečnicku. V současné době díky screeningu výskyt těchto nádorů poklesl. Naproti tomu výskyt nádorů slinivky břišní je dnes na vzestupu. Zatím nevíme proč. Těch faktorů, které se na tom podílejí bude více. Od genetiky až po nezdravé civilizační návyky. V ordinacích vidíme zvyšující se počet pacientů s touto nepříznivou diagnózou, což dnes chirurgickou veřejnost velmi znepokojuje.

Jedním z faktorů, které k přispívají k rozvoji rakoviny jícnu, je konzumace zejména tvrdého alkoholu v kombinaci s kouřením, varuje šéf oddělení Všeobecné chirurgie Nemocnice Na Homolce.



Moderní metody mají za cíl co nejméně zatěžovat pacienta. Jedním z takových postupů je laparoskopie, kdy se nástroje do břicha zavádějí jen malými otvory. „Je to trend, ale já jsem byl ještě vychován na těch velkých operačních přístupech. První miniinvasivní operace u nás začínaly začátkem devadesátých let,“ vzpomíná šéfchirurg Pospíšil.

■ Mohou být genetická vyšetření do budoucna přínosná i v boji s nádory slinivky, žaludku a jícnu?

Ano, genetické vyšetření je jedna z cest, která nás v průběhu let může posunout hodně dopředu. Já si od toho hodně slibuji. Zejména v prevenci, kdy budeme schopni přesně definovat jaké je riziko vzniku rakoviny. Dnes už jsou standardem testy BRCA1 a BRCA2, které analyzují riziko vzniku rakoviny prsu a vaječníků. I mediálně známé osobnosti podstupují preventivní výkony na prsní žláze a na gynekologických orgánech právě na základě těchto vyšetření, aby se vyhnuli nemoci.

„Stavěním modelů vláček si trénují manuální zručnost.“

■ Bavili jsme se o rakovině jícnu. Jaká je vlastně její příčina?

Jeden z faktorů, které k ní přispívají, je konzumace zejména tvrdého alkoholu a kouření. To je typické pro epidermoidní nádory (epidermoidní - podobající se svoji strukturou pokožce, pozn. red.). U pacientů, kteří holdujících zejména nekvalitnímu tvrdému alkoholu, se s nimi setkáváme poměrně často. Ale není to jediná příčina. Ne všichni konzumenti alkoholu mají rakovinu jícnu a naopak.

■ V poslední době je ve velké oblibě asijská kuchyně. Nemohou se i ostrá jídla na rakovině podepsat?

Myslím si, že ne. V zemích, které mají ve svém jídelníčku hodně ostrá jídla, jako je

Mexiko, některé asijské státy, není tak obrovský rozdíl v četnosti nádorů. Asi bych si tedy netroufl tvrdit, že konzumace ostrých jídel může vést k rakovině jícnu.

■ V jednom rozhovoru jste zmínil, že na jaře a na podzim narůstá počet operací břicha. Proč?

Je to dáno tím, že se lidé nechávají více vyšetřovat. V létě v době dovolených přece jen péče o tělo jde trochu do pozadí. To samé okolo Vánoc, kdy si lidé nechtějí kazit svátky. A i když už mají nějaké příznaky, snaží se je odsouvat a upozadit. Dříve se říkalo, že sezonní záležitost je například vředová choroba žaludku, ale dnes už to také tak nevidáme. Možná, že na jaře a na podzim, je trochu vyšší frekvence, ale spíš je to dáno tím, že jde o období, kdy jsou lidé na sebe více opatrní, více se sledují, nechávají se vyšetřovat, nepodceňují příznaky a z toho se generuje větší procento správných diagnóz, které jsou pak indikovány k chirurgickému řešení.

■ Vaší velkou vášní jsou železnice a vláčky, že?

To je relax a velká láska už od dětství, kdy mi dědeček asi ve třech letech koupil první mašinku. Od té doby mě to drží. A pro chirurga je to dobrý doplněk, který skýtá nejen uvolnění po psychické stránce, ale obrovským způsobem si díky tomu trénují manuální zručnost. Stavění modelů je velmi titěrná práce. Trénujete si ruce a rozvíjíte jemnou motoriku, která je pro chirurga velmi důležitá.

■ Ve sklepech prý máte celou železnici?

Zdaleka ji však nemám hotovou. Pracuji na ni už mnoho let a byl bych rád, kdybych to mohl ještě mnoho let dělat. Ten

čas, který tomu můžu věnovat je omezený, a pokud to chci mít funkční, hezké, jsou to stovky hodin práce. Pořád je to ve stádiu nedodělané železnice. Vymýšlení a stavění mě na tom však baví asi nejvíc.

■ Máte i konkrétní stanice?

Mám. Městečko, které je kousek od místa, kde máme chalupu, se jmenuje Kosová Hora a je tam malinké nákladní nádražíčko. Dceři se velmi líbí, tak mi na jeden nádražní domeček napsala dětským písmem jeho název. Sice to není úplně v měřítku (smích), ale musí to tam být, protože je to od ní.

■ Co vás přivedlo na medicínu?

Vlastně náhoda. Nebyl jsem dítě, které od malička pitvá kuřata. Ani jsme v rodině neměli lékaře. Hodně jsem ale koketoval s chemií. Můj otec byl jaderný chemik. Občas mě vzal do práce, kde mě uchvátil svět zkumavek, baněk a chemických pokusů. Později na gymnáziu jsem si však zhodnotil své matematické možnosti a viděl jsem, že tenhle obor pro mě nebude ten pravý. Nicméně dále jsem koketoval s chemií, která se mi pořád velmi líbila. Pak se mě jedna spolužačka zeptala, jestli s ní nechci jít na medicínu, tak jsem šel.

■ A k chirurgii?

Také šlo náhodou. Ve třetím ročníku na medicíně jsem si uvědomil, že mi nedělá moc dobře vidět krev.

■ To je paradox?

Ano. (smích) Říkal jsem si, že je to špatně. Co bych to byl přece za doktora! V rámci odborné studentské činnosti jsem proto

požádal našeho učitele – chirurga, abych za ním mohl chodit do služeb a aby mě bral na ambulanci a na sál. Viděl jsem ho při práci a naprosto mě to uchvátilo. Počáteční averze ke krvi poměrně rychle vymizela. A už od pátého ročníku jsem věděl, že chci dělat chirurgii a nic jiného.

„Nebyl jsem dítě, které od malička pitvá kuřata.“

■ Co vás na ni přitahuje?

Na jedné straně absolutní různorodost. Pestrost těch stavů pacienta a nutnost se často rychle rozhodovat podle situace. A na druhé straně širší obor, kdy si musíte umět poradit s poraněním měkkých tkání hlavy, krku, hrudníku, břicha, končetin... Chirurgie je široký obor, ze kterého se až v průběhu času oddělily všechny specializace - traumatologie, ortopedie, urologie, neurochirurgie, kardiochirurgie.

■ Dříve si museli chirurgové umět poradit se vším od hlavy, přes slepé střevo, až po achillovku, dnes se lékaři úzce specializují jen na určité oblasti...

Máte pravdu. Promoval jsem koncem osmdesátých let, kdy už některé specializace existovaly a další postupně vznikaly. Ovšem znám z vyprávění starších kolegů, kteří museli řešit těžké úrazy hlavy, epidurální krvácení (krvácení v oblasti mozku, pozn. red.) apod. Tenkrát přitom byly jen

velmi omezené diagnostické metody. Lékaři museli vycházet z klinického stavu pacienta, z velmi podrobného fyzikálního vyšetření, což je pro nás dnes prakticky neuvěřitelné. Museli řešit i velmi složité situace bez vyšetřovacích metod jako je CT, nebo magnetická resonance! V té době to tak zkrátka bylo a chirurg se k tomu musel umět nějak postavit. Dostupnost specializované péče byla v šedesátých, sedmdesátých, a ještě i počátkem osmdesátých let omezená.

■ Dnes je to přesně naopak.

Ano. A je to správně, protože lékař má dělat to, co dělá opakovaně a velmi často, aby měl dostatečné množství zkušeností. Dnes už není doba na nějaké experimenty, kdy chirurg jen jednou za rok operoval složitý úraz hlavy. A budme rádi, že to tak je, protože výsledky tomu tenkrát odpovídaly. Úspěšnost nebyla zase až tak velká.

■ Už jsme o tom mluvili v souvislosti s operacemi slepého střeva. Moderní jsou metody, jejímž cílem je co nejméně zatěžovat pacienta. Operace, kdy musí chirurg otevřít celé břicho, začaly postupně nahrazovat ty s centimetrovými operačními přístupy.

Je to trend, ale já jsem byl ještě vychován na těch velkých operačních přístupech. První miniinvazivní operace u nás začínaly začátkem devadesátých let. To už jsem jako mladý lékař začínal v Motole a musím říct, že začátky byly těžké. Chyběly zkušenosti, operací zpočátku nebylo mnoho. Byl to úplně jiný svět, než je v současné době. Je úžasné, kam až se to posunulo. Na druhou



▲ V boji s nádory slinivky, žaludku či jícnu, které dnes často řeší chirurgie, mohou v budoucnu pomoci genetická vyšetření. „Je to jedna z cest, která nás v průběhu let může posunout hodně dopředu. Já si od toho hodně slibuji. Zejména v prevenci, kdy budeme schopni přesně definovat jaké je riziko vzniku rakoviny,“ doufá MUDr. Pospíšil.

stranu dnes velmi málo zaznívá a trochu mě to trápí i směrem k výchově mladých budoucích chirurgů, že každá metoda má své limity. Jsou situace, kdy pacienta nelze ošetřit miniinvazivně, anebo se tento zážitek zkomplikuje. Pak je potřeba klasický chirurgický otevřený přístup. Mám však obavu, že i když dnešní mladí chirurgové jsou skutečně vynikající laparoskopisti a s celou řadou náhlých a komplikovaných situací si poradí, přece jen to není metoda všespásná.

■ Slyšela jsem názor, že mladí lékaři už mnohdy neumějí otevřít břicho.

Ano. A netýká se to jen chirurgie, ale i některých jiných blízkých oborů, jako například urologie, kde se drtivá většina výkonů dělá miniinvazivní cestou. Ať už jde o laparoskopii, nebo robotickou chirurgii. Pořád však ještě zůstává, byť nevelké procento operací, které touto technikou nelze provést, nebo nelze dokončit. Pamatuji si na situace, kdy jsem byl přivolán na sál, bylo to na jiném pracovišti než Na Homolce. Urolog si nevěděl rady, proto si pozval si chirurga, aby mu otevřel dutinu břišní a s operací mu pomohl. A právě na to jsem narážel i v předchozí odpovědi. Moc se o tom nemluví. Řada zkušených chirurgů však sdílí stejný názor.

■ Jaké operace provádíte na vašem oddělení?

Mohu říci, že děláme veškerou chirurgii, od jednodenní chirurgie až po ty nejsložitější onkochirurgické výkony. Za těmito chirurgickými výkony k nám lékaři posílají pacienty z celé ČR a bylo tomu tak i během pandemie covid-19. Akutní zákroky a onkochirurgie běžely naplno.

■ Na vašem pracovišti využíváte celou řadu moderních metod. Jste známí robo-

tickými operacemi. Jak probíhají? To operuje robot?

Na robotickém sále si připadáte jako na kosmické lodi. Když jsem to viděl poprvé, myslel jsem si, že jsem opravdu na palubě vesmírného modulu. Je tam spousta

„Na robotickém sále si připadáte jako v kosmické lodi.“

přístrojů, monitorů a uprostřed dominuje právě robotický přístroj s několika rameny, jež jsou sterilně obléknuty. Je to úplně jiný pohled i pro člověka, který dělá chi-

urgii dlouho a na operačním sále je jako doma. Je to posun, troufnu si říct, o několik desítek let dopředu. Tohle je jeden z trendů, který vyplývá právě z těch šetrných miniinvazivních metod. Robota však musí obsluhovat chirurg, který výkon dokáže dovést dokonce právě i jakýmkoliv jiným způsobem v případě komplikací. Je to jednoznačně věc, která se bude dále rozvíjet. Bude přibývat diagnóz, které budou indikovány k ošetření robotem. A uvidíme v průběhu několika příštích let, kam se to ještě posune.

■ Co všechno se už roboticky operuje?

Standardně děláme operace prostaty, ledvin, ledvinné pánvičky, některé operace nádorů tlustého střeva, zejména nádorů konečníku. Chceme zahájit operativu slinivky břišní i plic, ale je to vázáno na zdravotní pojišťovny. Náklady na robotické operace jsou velké, takže uvidíme, jestli nám vyjdou vstříc. Ale určitě bychom chtěli spektrum operativy rozšířit.

■ Nahradí jednou roboti chirurgy?

Podle mě nenahradí. Bude to pořád o spolupráci. Robot je jen nová úžasná technologie, která chirurgovi velmi pomáhá, ale v nejbližších letech bude vždycky na první místě stát lékař.

Co bude za sto let, to si netroufnu předjímat.

Karolína Lišková



▲ Na jaře a na podzim statisticky narůstá počet operací břicha. Čím to? „Je to dáno tím, že se lidé nechávají více vyšetřovat. V létě v době dovolených jde přece jen péče o tělo trochu do pozadí. To samé okolo Vánoc,“ vysvětluje chirurg Pospíšil. Snímek je z jeho chirurgického oddělení v pražské Nemocnici Na Homolce.

Šéf oddělení Všeobecné chirurgie Nemocnice Na Homolce MUDr. Ronald Pospíšil na svém pracovišti.

