

Monitoring mediálních výstupů

Robotická chirurgie v gynekologii

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 24.09.2012

Technický pokrok v minulých 30 letech přinesl jednoznačný kvalitativní posun v oblasti laparoskopie. Ať už se jedná o silnější světelné zdroje, zdokonalené instrumentárium anebo elektrochirurgické příslušenství. V průběhu posledních let jsme pozorovali nárůst využití laparoskopie v oblasti minimálně invazivní gynekologické chirurgie, který významným způsobem ovlivnil přístup k řadě patologií a změnil zažitě tradiční postupy.

Typickým příkladem může být evoluce hysterektomie od abdominálního klasického přístupu k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii a totální laparoskopické hysterektomii. Na řadě studií bylo prokázáno, že laparoskopická chirurgie umožňuje časnější ambulanci s kratší hospitalizací, se zlepšeným kosmetickým efektem, sníženou krevní ztrátou a menšími pooperačními bolestmi. Výsledkem tohoto vývoje je, že více než 70 % všech mimoděložních těhotenství a 50 % ovariálních cyst je dnes řešeno laparoskopicky. Navzdory technologickému pokroku a jednoznačným přínosům laparoskopie u hysterektomie převládá u dalších komplexních patologií, jako jsou pokročilé endometriózy, myomektomie, sakrokolpopexie nebo lymfadenektomie, přístup z laparotomie.

Významnou překážku v dalším rozšiřování minimálně invazivních technik do oblasti gynekologické chirurgie představuje náročná "learning curve" pro chirurgy a delší operační časy spojené s řadou pokročilých výkonů. Další limitace pro standardní laparoskopii představuje zrcadlový pohyb nástrojů, dvourozměrná vizualizace a omezená pohyblivost nástrojů v těle stejně jako ergonomické obtíže a zvýrazněný třes rukou chirurga. Právě pro překonání uvedených překážek byla v posledních letech do instrumentária gynekologických chirurgů inkorporována **robotická chirurgie**. Ta v sobě díky schopnosti koncových částí nástrojů napodobovat pohyb lidské ruky, kombinované s trojrozměrným pohledem na operační pole, nese potenciál k transformaci laparoskopie. S postupným růstem a zdokonalováním této technologie se možná v budoucnu dočkáme mnohem přesnějších a dokonce méně invazivních chirurgických možností překonávajících laparoskopii a současné formy **robotické chirurgie**.

Historie

Samotný název robot, jak je v českém prostředí notoricky známo, byl poprvé použit ve hře Karla Čapka R. U. R., zveřejněné v roce 1920. Vznik tohoto názvu je ale historiky připisován Josefovi, bratru Karla Čapka. Jedno z prvních mechanických zařízení, připomínající vzhledem člověka a schopné vykonávat zcela nebo částečně některé lidské úkony (definice robota), zkonstruoval v roce 1495 Leonardo da Vinci. Jednalo se tehdy o rytíře v brnění napodobujícího pomocí složité mechaniky lidské pohyby, který byl určen k pobavení královské rodiny.

Nástup **robotické chirurgie** je možné vymezit do uplynulých 25 let. Počáteční vývoj se odehrával na půdě amerického vojenského výzkumu, kde byl v roce 1985 robotický systém PUMA 560 poprvé použit v neurochirurgii pro stereotaktické zákroky pod CT kontrolou. První autonomní robotický zákrok byl pomocí systému PROBOT proveden v urologii v roce 1988 při transuretrální resekci prostaty. Původně pasivní role robotů s pevně daným preoperačním plánem se postupně vyvíjela v úlohu aktivnější, kombinovanou s teleprezentací. Cílem tohoto snažení byla možnost operovat zraněné vojáky z bezpečného a vzdáleného místa. Dalším vývojem technologií byla však telechirurgie potlačena a do popředí se dostalo zdokonalení laparoskopické a minimálně invazivní chirurgie na operačních sálech. V ortopedii byl využíván systém ROBODOC při totální výměně kyčlí. **Robotická chirurgie** začala být užívána také v maxilofaciální chirurgii při kraniofaciálních osteotomiích, v oftalmologii při přesném nakládání stehů, v gastrointestinální chirurgii při provádění gastrických bypassů a pyloroplastikách nebo v kardiochirurgii při operacích srdečních chlopní. Tato vlna výzkumu **robotické chirurgie** probíhala již na poli "civilním" a velmi rychle se do ní zapojili i gynekologové. Jedním z prvních předchůdců současné robotické technologie bylo hlasem ovládané robotické rameno známé pod označením Aesop, se kterým měl autor článku možnost pracovat na klinice prof. Dargenta v Lyonu v roce 1999. Z tohoto systému se postupně vyvinul Zeus, který již obsahoval tři dálkově ovládaná ramena připevněná na operační stůl a pracovní stanici nazvanou robotická konzola. Bylo to vlastně poprvé, kdy chirurg zasedl k dálkovému ovladači mimo operační sál. Další vývoj vyústil do v současné době jediného robotického systému uznávaného

Monitoring mediálních výstupů

americkým FDA, známého pod názvem **daVinci** (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA). V ČR je aktuálně v provozu 8 robotických systémů **daVinci**, přičemž v srpnu 2009 byl ve FN Olomouc instalován poslední robot v Česku a bylo založeno první univerzitní **centrum robotické chirurgie** u nás. Dosud jsme provedli přibližně 100 radikálních onkogynekologických **robotických operací**. Systém **daVinci**, podobně jako na jiných pracovištích, sdílíme s urology a chirurgy. V přepočtu na počet obyvatel se ČR ve srovnání s ostatními rozvinutými zeměmi řadí s osmi robotickými systémy k evropskému horšímu průměru.

Výhody

Robotická chirurgie nabízí ve srovnání s laparoskopií řadu výhod – trojrozměrnou vizualizaci, pohyblivé konce nástrojů a ergonomickou pozici chirurga během operace. V současnosti jediný dostupný robotický systém používá dvě širokoúhlé kamery s možností zvětšení, které při vzájemném propojení poskytují 3D obraz. Takto zdokonalená vizualizace dává chirurgovi možnost detailního zobrazení disekčních vrstev při preparaci a rozlišení cév i nervů s výslednými minimálními krevními ztrátami. Fixace kamery v jednom z aktivních robotických ramen navíc odstraňuje třes rukou asistenta u laparoskopie a přináší výhodu stabilního obrazu operačního pole i u časově náročných výkonů.

Při provádění gynekologických laparoskopických operací se chirurg pohybuje v relativně ohraničeném prostoru vymezeném ženskou pávní. Omezená pohyblivost standardních laparoskopických nástrojů, při jejich srovnání s lidskou rukou, může představovat významný limitující faktor při provádění komplikovaných preparací, odstraňování lymfatických uzlin nebo intrakorporálních šití. Pohyblivé konce nástrojů u robotického instrumentária dávají chirurgovi možnost dosáhnout stejného rozsahu pohybů, jakými disponuje lidská ruka. Sedm stupňů volnosti robotického instrumentária zahrnuje tři stupně pohyblivosti poskytnuté samotnými robotickými rameny a čtyři stupně pohyblivosti koncových částí nástrojů.

Únava a fyzický dyskomfort mohou být dalšími limitujícími faktory u obtížných a časově náročných chirurgických výkonů. V průběhu laparoskopické operace je pro její úspěšné dokončení často nutné, aby se gynekolog nakláněl přes pacientku na operačním stole při manipulaci s nástroji. U **robotických operací** sedí chirurg pohodlně u ovládací konzoly v dlouhodobě dobře snesitelné ergonomické poloze. Současná verze robotického systému **daVinci** dále umožňuje dokonalejší dohled a vedení rezidentů zkušeným chirurgem v průběhu operace. Na dotykové obrazovce, která je na operačním sále a je zobrazována i chirurgovi na konzole, je možné pomocí prstu nebo elektronického pera zakreslit další pohyby nástroje, asistovat při uzlení nebo znázornit struktury, kterým je nutné se vyhnout.

Nevýhody

Hlavní nevýhodou **robotické chirurgie** napříč všemi odbornostmi je její cena, velikost vlastní **operační části (robota)** a konzoly, omezená dostupnost v určitých zdravotnických systémech, nedostatek zpětné taktilní vazby a potřeba speciálního tréninku rezidentů, chirurgů a obsluhujícího personálu. Náklady spojené s **robotickou chirurgií** zahrnují cenu **robotického systému**, provozní údržbu a cenu robotických nástrojů, které mají omezený počet použití. Je vždy nutné provést důkladný rozbor tak nákladné investice. Při vysokých fixních vstupních nákladech je pro ekonomickou návratnost nezbytný velký počet prováděných **robotických operací**. Další náklady mohou představovat výdaje spojené se zaškolením chirurgů a personálu, skryté náklady způsobené sníženou "produktivitou" chirurga během learning curve, prodloužený operační čas způsobený delší počáteční předoperační instalační dobou. Z literatury je ovšem zřejmé, že s narůstající zkušeností se operační časy zkracují a jsou i kratší než u laparoskopie. Často zmiňovanou nevýhodou **robotické chirurgie** je chybění taktilní zpětné vazby. Ta je však postupně se získáváním zkušeností kompenzována 3D vizualizací, a pokud je nezbytné, doporučuje se provést vyšetření před zahájením vlastního výkonu nebo palpační kontrolu asistentem v průběhu operace (poševní manžeta při hysterektomii, promontorium při sakrokolpopexii). Přiblížení **robota k operačnímu stolu** a "dokování" (nastavení robotických ramen a nástrojů před operací) je rovněž uváděno jako nevýhoda a časové zdržení. Postupným nácvikem je však možno tento čas zkrátit až na 5 minut. A konečně, vzhledem k velikosti robotické jednotky a konzoly je nutná dostatečná velikost a prostornost operačního sálu.

Do budoucna bude nezbytné řešit ekonomickou návratnost **robotické chirurgie**, význam tréninku rezidentů a to, zda je tato technologie vhodná pro široké spektrum chirurgů, nebo bude vyhrazena pouze určité skupině operátorů provádějících dostatečný počet operací nezbytných pro získání speciálních roboticko-chirurgických dovedností při jejím smysluplném

Monitoring mediálních výstupů

využití.

Využití **robotické chirurgie** v gynekologii

V roce 2005 schválil FDA ve Spojených státech možnost využití systému **daVinci** v gynekologii. Od té doby je tato technologie používána pro řešení řady gynekologických patologií s vývojem specifických **robotických operací**. Postupně byly provedeny robotická hysterektomie s adnexetomií nebo bez ní, myomektomie, tubální reanastomózy, pánevní i paraaortální lymfadenektomie a sakrokolpopexie.

Všeobecná gynekologie

Hysterektomie je nejčastější gynekologickou operací a může být provedena z řady přístupů – vaginálně, laparoskopicky nebo abdominálně. Technologický pokrok v posledních dvou desetiletích, zahrnující vylepšení optiky, silnější zdroje světla a bezpečnější elektrochirurgické vybavení, vedl k rozšíření laparoskopicky asistovaných vaginálních, laparoskopických supracervikálních nebo totálních laparoskopických hysterektomií, které do značné míry nahradily hysterektomie abdominální. **Robotická chirurgie** je považována za další posun při provádění minimálně invazivní hysterektomie. V roce 1998 se objevila první publikace zaměřená na využití **robotické chirurgie** v gynekologii. Dnes je již v literatuře na toto téma publikována řada prací. V roce 2002 byla popsána jedna z prvních robotických hysterektomií. Další soubory pilotních robotických hysterektomií uvádějí srovnatelné výsledky jako u čistě laparoskopického přístupu. Nebyly nalezeny žádné rozdíly týkající se charakteristik pacientek a velikosti dělohy. Procento pooperačních konverzí na laparotomii bylo dvakrát vyšší ve skupině laparoskopicky operovaných žen (9 vs. 4 %). Průměrná krevní ztráta byla významně nižší v robotem operované skupině.

Reprodukční chirurgie

První práce týkající se využití systému Zeus při tubárních reanastomózách byla publikována v roce 2003. Schopnost endoskopicky řešit leiomyomy je jedním z největších přínosů minimálně invazivní chirurgie. Navzdory skutečnosti, že dvě prospektivní studie prokázaly nižší postoperační morbiditu a rychlejší rekonvalescenci u laparoskopických myomektomií, zůstává laparotomie nadále preferovaným přístupem. Laparoskopický přístup má zejména v rekonstrukční fázi děložní stěny po enukleaci myomu limity vyžadující u operátorů delší "learning curve". Zejména u žen se snahou o další graviditu je nutná pečlivá rekonstrukce stěny děložní, mnohdy se suturou ve více vrstvách. Reprodukční výsledky po laparotomických a laparoskopických myomektomiích jsou shodné, robotický přístup výrazně překračuje limity laparoskopické endosutury. Manipulační schopnosti robotických nástrojů umožňují optimální založení stehů i v místech obtížně dosažitelných laparoskopickými nástroji. Optimalizace sutury může znamenat i snížení počtu tzv. laparoskopicky asistovaných myomektomií s následnou rekonstrukcí děložní stěny z otevřeného přístupu z laparotomie. Na předběžné výsledky z roku 2004 navazuje srovnávací studie laparotomické a robotické myomektomie, publikovaná v roce 2007. Ačkoliv náklady a operační časy byly vyšší u **robotické chirurgie**, pacientky v této skupině měly nižší krevní ztráty a nevyžadovaly transfuze. Procento komplikací bylo vyšší ve skupině laparotomovaných žen.

Urogynekologie

S prodlužující se průměrnou délkou dožití se bude zvyšovat procento výskytu onemocnění spojených se stárnutím, jakým je například vaginální prolaps. Abdominální sakrokolpopexie má vynikající dlouhodobé výsledky (90–93 %), ale je spojena s laparotomickou jizvou. Metody vaginální rekonstrukční chirurgie (sakrospinální fixace, suspenze na sakrouterinní vazy, použití syntetických implantátů) jsou možnou alternativou, ale mají odlišnou účinnost a jsou spojeny s různou mírou komplikací (25–29 %). Abdominální sakrokolpopexie má lepší výsledky než vaginální sakrospinální fixace s ohledem na míru recidiv a dyspareunií. Vaginální sakrospinální fixace byla naopak spojena s kratším operačním časem, nižšími náklady a časnějším návratem ke každodenním aktivitám. Laparoskopická sakrokolpopexie je možnou alternativou, která je však technicky obtížná a klade vysoké nároky na zručnost operátora při disekci presakrálního prostoru a rektovaginálního septa, umístění sítky, šití a

Monitoring mediálních výstupů

uzlení. Částečně i z těchto důvodů, přestože je dostupná již více než patnáct let, nedošla většího rozšíření. Dosud publikované nevelké soubory ukazují, že laparoskopická sakrokolpopexe je spojena s nižší krevní ztrátou a kratší dobou hospitalizace, ale delšími operačními časy. Technika **robotické** sakrokolpopexe byla vyvinuta v posledních několika letech. Robotické sakrokolpopexe dosahují stejných zlepšení jako abdominální sakrokolpopexe, mají nižší krevní ztrátu a kratší dobu hospitalizace. Autoři vyzdvihují výhody **robotické chirurgie** při preparaci presakrálního prostoru, umístění sítky a intrakorporálním šití. Robotická sakrokolpopexe patří dnes v zahraničí mezi nejčastější robotické výkony v gynekologii.

Onkogynekologie

Velmi přirozeně pronikla **robotická chirurgie** do oblasti onkogynekologie. Současně v Evropě i v USA byly publikovány studie proveditelnosti. Již první práce z této oblasti jasně demonstrovaly výbornou aplikovatelnost robotické asistence u laparoskopické chirurgie gynekologických karcinomů bez nárůstu procenta komplikací nebo zhoršení chirurgické techniky. Při průměrném 10měsíčním "follow-up" nebyly zaznamenány žádné port-site metastázy a/nebo recidivy. Komparativní studie tří přístupů (laparotomie, laparoskopie, robot) nezjistily významné rozdíly týkající se charakteristik souborů, avšak udávají u roboticky operovaných patientek signifikantně nižší krevní ztráty, kratší operační časy a vyšší počty získaných lymfatických uzlin. Zásadní bude samozřejmě vyhodnocení přežívání u patientek operovaných **roboticky**.

Výuka **robotické chirurgie**

Vzhledem k tomu, že **roboticky asistovaná** laparoskopická **chirurgie** byla do praxe zavedena relativně nedávno, je málo údajů o tom, jak nejlépe připravovat robotické chirurgy. V současné době zahrnuje tento trénink práci s robotem v laboratoři na animálních modelech s cílem seznámení s funkcemi robota, umístěním ramen, se zavedením trokarů a s fungováním konzoly chirurga. Existuje přesvědčení, že **robotická chirurgie** umožní rychlejší osvojení postupů minimálně invazivní chirurgie většímu počtu chirurgů – tímlepší přístup většímu počtu pacientů k této metodě.

Jedna studie srovnávala chirurgickou zručnost pěti mediků s pěti zkušenými laparoskopickými chirurgy při práci s robotickým systémem. Před zahájením výcviku byl čas pro splnění různých přesně definovaných úkolů výrazně delší u mediků. Avšak po pouhých 10 zkouškách se zručnost mediků významně zlepšila a začala se přibližovat výkonnosti zkušených laparoskopických chirurgů. Rezidenti absolvující výuku pokročilé laparoskopické a **robotické chirurgie** potřebují několik let k jejímu plnému zvládnutí. V obecné rovině se autoři vesměs shodují v tom, že pro robotického chirurga by nezbytnou prerekvizitou mělo být plné zvládnutí laparoskopických **operačních** technik.

Závěr

Robotická chirurgie prodělala v poslední dekádě ohromující rozvoj v řadě oblastí včetně gynekologie. Je velmi pravděpodobné, že bude následovat další vylepšování této technologie a po stránce medicínské dojde k jejímu zdokonalování tím, jak bude využívána rostoucím počtem operátorů. Do budoucna se dá očekávat návrat k telechirurgii, postupnému zmenšování konzoly a samotného robota, dále inkorporace robotického systému přímo do operačního sálu nebo zavádění nástrojů na více než deset použití. Již nyní jsou vyvíjeny peroperační PET/CT sondy, multifunkční obrazovky s informacemi z komplementárních diagnostických metodik (UZ, MRI/CT) a současně se pracuje na nových konkurenčních robotických systémech.

O autorovi: Prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph. D., přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc

Monitoring mediálních výstupů

ČÍSLO DNE:

Zdroj: Ústecký deník

Datum: 24.09.2012

1 000

Robotická chirurgie není sci-fi, ale již čtyři roky realitou v Ústeckém kraji. Od srpna 2008, kdy byl v ústecké Masarykově nemocnici robotem **da Vinci** operován první pacient, podstoupilo chirurgický zákrok robotem dalších více než 1 000 pacientů.

Monitoring mediálních výstupů

V Krajské zdravotní operují vodníci

Zdroj: homerlive.cz

Datum: 22.09.2012

Odkaz:

http://www.homerlive.cz/zpravodajstvi/v_krajske_zdravotni_operuji_vodnici.html

Robotická chirurgie není sci-fi, ale již čtyři roky realita v Ústeckém kraji. Od srpna 2008, kdy byl v Masarykové nemocnici v Ústí nad Labem **robotem da Vinci** operován první pacient, podstoupilo chirurgický zákrok robotem dalších více než 1000 pacientů. Vzhledem k maximální šetrnosti vůči pacientům, přesnosti a výrazně lehčí pooperační péči má robotická chirurgie plnou podporu vedení Ústeckého kraje, které po dohodě se zdravotními pojišťovnami předpokládá její další rozšiřování.

Strategické rozhodnutí o vytvoření **Centra robotické chirurgie** Krajské zdravotní a nákup chirurgického robota, nejlepšího v České republice, posunuje zdravotnictví v Ústeckém kraji na špičkovou úroveň srovnatelnou s nejlepší zdravotní péčí v rámci celé Evropy,“ uvedla Jana Vaňhová, hejtmanka Ústeckého kraje.

Chirurgický **robot da Vinci** je unikátní zařízení, díky kterému je možné pro občany Ústeckého kraje zajistit operační zákroky vyžadující nejpřesnější zacházení s chirurgickými nástroji. Vysoká přesnost zákroku, citlivý průběh operace a výrazné zkrácení pooperační hospitalace jsou hlavními přednostmi **robotické chirurgie**.

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem se stala prvním pracovištěm využívajícím tuto původně kosmickou technologii, která byla vyvinuta pro operace kosmonautů na oběžné dráze. Obyvatelé našeho kraje již nemusí za vysoce specializovanými zákroky jezdit daleko od svého domova, kvalitní zdravotní péči jim poskytneme přímo v Ústeckém kraji. Uvedení robotického pracoviště do provozu jeden z konkrétních kroků, kterým zásadně přetváříme zdravotnictví v našem kraji.

Monitoring mediálních výstupů

Robotická chirurgie v gynekologii

Zdroj: [zdravky.cz](http://www.zdravky.cz)

Datum: 21.09.2012

Odkaz: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/roboticka-chirurgie-v-gynekologii>

Technický pokrok v minulých 30 letech přinesl jednoznačný kvalitativní posun v oblasti laparoskopie. Ať už se jedná o silnější světelné zdroje, zdokonalené instrumentárium anebo elektrochirurgické příslušenství. V průběhu posledních let jsme pozorovali nárůst využití laparoskopie v oblasti minimálně invazivní gynekologické chirurgie, který významným způsobem ovlivnil přístup k řadě patologií a změnil zažitá tradiční postupy.

Typickým příkladem může být evoluce hysterektomie od abdominálního klasického přístupu k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii a totální laparoskopické hysterektomii. Na řadě studií bylo prokázáno, že laparoskopická chirurgie umožňuje časnější ambulanci s kratší hospitalizací, se zlepšeným kosmetickým efektem, sníženou krevní ztrátou a menšími pooperačními bolestmi. Výsledkem tohoto vývoje je, že více než 70 % všech mimoděložních těhotenství a 50 % ovariálních cyst je dnes řešeno laparoskopicky. Navzdory technologickému pokroku a jednoznačným přínosům laparoskopie u hysterektomie převládá u dalších komplexních patologií, jako jsou pokročilé endometriózy, myomektomie, sakrokolpopexe nebo lymfadenektomie, přístup z laparotomie.

Významnou překážku v dalším rozšiřování minimálně invazivních technik do oblasti gynekologické chirurgie představuje náročná „learning curve“ pro chirurgy a delší operační časy spojené s řadou pokročilých výkonů. Další limitace pro standardní laparoskopii představuje zrcadlový pohyb nástrojů, dvourozměrná vizualizace a omezená pohyblivost nástrojů v těle stejně jako ergonomické obtíže a zvýrazněný třes rukou chirurga.

Právě pro překonání uvedených překážek byla v posledních letech do instrumentária gynekologických chirurgů inkorporována **robotická chirurgie**. Ta v sobě díky schopnosti koncových částí nástrojů napodobovat pohyby lidské ruky, kombinované s trojrozměrným pohledem na operační pole, nese potenciál k transformaci laparoskopie. S postupným růstem a zdokonalováním této technologie se možná v budoucnu dočkáme mnohem přesnějších a dokonce méně invazivních chirurgických možností překonávajících laparoskopii a současné formy **robotické chirurgie**.

Monitoring mediálních výstupů

Dočká se robotika smysluplné koncepce?

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 17.09.2012

Na konci roku 2011 omezilo ministerstvo zdravotnictví indikace **roboticky asistované chirurgie** na tři výkony doporučené k hrazení ze zdravotního pojištění (pro některé onkologické diagnózy v urologii, gynekologii a všeobecné chirurgii). O dalším rozvoji robotiky diskutovali minulý týden v Praze účastníci celostátní konference České **společnosti robotické chirurgie (ČSRCh)** ČLS JEP.

"Koncepte **robotické chirurgie** dosud nebyla jednotná. V minulých měsících probíhala jednání ohledně robotických výkonů, na která chceme navázat, protože jsme dosáhli určitého konsensu mezi odbornými společnostmi, které tuto technologii využívají v praxi. Chtěli bychom vytvořit jednotný záměr pro další jednání s ministerstvem zdravotnictví a plátcí zdravotní péče," uvedl na tiskové konferenci MUDr. Daniel Struppl, místopředseda **ČSRCh** ČLS JEP.

Návrhy dalšího rozvoje robotiky vypracované jednotlivými odbornými společnostmi předpokládají nárůst počtu robotických systémů o další čtyři ve fakultních nemocnicích. V současnosti je 8 robotů **da Vinci** k dispozici na sedmi pracovištích (Nemocnice Na Homolce, ÚVN Praha, FN u sv. Anny v Brně, Nemocnice sv. Zdislavy v Mostišti, Krajská zdravotní – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, Nemocnice s poliklinikou Nový Jičín, FN Olomouc). K 3. září bylo v ČR provedeno celkem 6316 roboticky asistovaných výkonů – z toho 4399 v urologii, 974 ve všeobecné chirurgii, 518 v gynekologii, 315 v cévní chirurgii, 77 v kardiouchirurgii a 33 v ORL.

Jak připomněl doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph. D., předseda **ČSRCh** ČLS JEP, v ostatních zemích Evropy, které mají podobný počet obyvatel, bylo v letech 2008–2012 instalováno násobně více robotických systémů. Například v Belgii 25, ve Švédsku 14 či Švýcarsku 20, Rakousko jich má však pouze šest. "Skutečně se domníváme, že v naší zemi je další prostor pro uvedení nových robotických systémů do praxe, protože představují kvalitní technologii – pro nás i naše pacienty. Nicméně jejich distribuce by neměla být nahodilá, jako tomu bylo více méně doposud, a měla by být ekonomická. Roboty patří do center, která jsou schopna zaručit dostatečný počet výkonů, tedy i přijatelnou cenu, a také jejich bezpečnost," dodal doc. Študent.

Na jeho slova navázal prof. MUDr. Jiří Vorlíček, DrSc., předseda České onkologické společnosti ČLS JEP: "Jsme pro, aby každé komplexní onkologické centrum mělo k dispozici robotický systém, další instalace ukáže budoucnost. V současnosti máme v Jihomoravském kraji dva systémy – jeden je využíván maximálně a druhý méně, což není ideální." Prof. Vorlíček také striktně odmítl, aby jakákoli onkologická léčba – tedy včetně roboticky asistovaných výkonů – byla nadstandardem.

Robot, ne laparoskopie zvýší počet miniinvazivních výkonů

Největší využití má robotický systém zatím v urologii v podobě radikální prostatektomie. "Je to skutečně významná metoda. Bohužel její implementace do našeho zdravotnictví neproběhla z našeho pohledu úplně ideálně – tedy ne zcela v souladu s koncepcí rozvoje urologických oddělení ani v souladu s koncepcí systému onkologické péče. Naše představa je taková, že je třeba jasně definovat, jak má vypadat centrum, kde bude **robotický** systém umístěn, jaké výkony se tam budou provádět a jaká bude návaznost na systém onkologické péče. Také bychom se měli snažit z každého výkonu získat maximum informací. To znamená mít alespoň jednoduchý protokol o tom, jak budou nemocní po **roboticky asistované operaci** sledováni, abychom po několika letech byli schopni zhodnotit výsledky," doplnil prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc., předseda České urologické společnosti ČLS JEP.

Jak dále konstatoval doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph. D., přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc, v oboru gynekologie by byl roboticky asistovaný výkon využitelný téměř v každé indikaci. "Ale s ohledem na nákladnost je v podmínkách ČR neoptimalnější využití u onkologických diagnóz – zejména u karcinomu hrdla děložního, těla děložního a případně u časných stadií karcinomu ovarií," shrnul doc. Pilka a zdůraznil: "Často zaznává, že by se minimálně invazivní výkony mohly dělat raději laparoskopickým přístupem, který je levnější. Laparoskopie se rozvíjí už více než dvacet let, což je poměrně dlouhá doba pro erudici chirurgů, nicméně v ČR z celkového počtu gynekologických výkonů tvoří pouze 15 procent výkony laparoskopické. A to i přes skutečnost, že většina z nich je koncentrována

Monitoring mediálních výstupů

do velkých center. Situace je naprosto stejná jako třeba ve Francii, která bývá označována za Mekku minimálně invazivní chirurgie v Evropě. Díky použití robota však počet miniinvazivních výkonů vzroste během dvou let na 60 až 70 procent. Je to významné třeba pro diabetiky, obézní či jinak polymorbidní pacienty, kteří méně zatěžující operaci přestanou mnohem lépe." MUDr. Struppl také dodal, že na rozdíl od laparoskopie jsou roboticky asistované výkony poměrně snadno naučitelné: "Zahraniční zdroje uvádějí, že pro úspěšné rozběhnutí **robotického centra** není nutná předchozí excelentní znalost laparoskopie. Operatér totiž na konzoli robota dělá ty samé pohyby rukama, jako by operoval otevřenou cestou. V podstatě to umožní prodloužit ‚profesní život‘ starších zkušených chirurgů."

Foto: Součástí konference byla také výstava Tichá nemoc prof. Mgr. Jindřicha Štreita, který prostřednictvím svých fotografií propaguje včasnou diagnostiku a správnou léčbu nádorů prostaty.

Monitoring mediálních výstupů

Ústečtí lékaři školí na robotech téměř celý svět

Zdroj: denik.cz

Datum: 14.09.2012

Odkaz: <http://www.denik.cz/ustecky-kraj/ustecki-lekari-skoli-na-robotech-temer-cely-svet-20120914-pvop.html>

Ústí nad Labem - Ústecká Masarykova nemocnice se jako jedna z mála v Evropě může pochlubit tím, že má ve své výbavě hned dva supermoderní **operační roboty**. Protože pro ně nemá neustálé využití, jelikož pojišťovny stanovily limit na počet operací, využívají je zde proto i ke školení lékařů, velmi často ze zahraničí.

Podle primáře oddělení Jana Schramla prošlo již školením v Ústí nad Labem 110 operačních týmů. "Je třeba si uvědomit, že jeden tým tvoří šest lidí. Znamená to, že v Ústí nad Labem se již vystřídalo 660 špičkových odborníků," vysvětlil.

Podle něho není školení těchto týmů jenom o tom, že se lékaři učí, jak by měli s robotem operovat. "Snažíme se samozřejmě všem zajistit různý program, aby se jim tu líbilo. Proto například jíme na zámečku Větruše, uděláme výlet s prohlídkou Drážďan a další akce. Ale lékaři zároveň jedí jídlo z naší závodní jídelny," uvedl.

Vysvětlil, že taková náplň semináře je nutná. Příímým konkurentem Ústí nad Labem je prý školící středisko ve Štrasburku, který je jako historické město velmi zajímavým cílem.

Podle Schramla jsou **operace** prostřednictvím **robotů** často mnohem šetrnější a lékaři Masarykovy nemocnice by jich dokázali udělat mnohem více. Problémem je pro ně limit pojišťoven, které proplatí jen určitý počet zákroků. "Nejlepší je proto jít na operaci na začátku roku, kdy ještě není vyčerpaný limit," vysvětlil.

Právě z tohoto důvodu se nemocnice snaží vydělat si jinak než operacemi. "Služby poskytované školícím střediskem jsou samozřejmě na komerční bázi. Je to pro nás příjem do našeho rozpočtu," uvedl předseda představenstva Krajské zdravotní Radek Scherfer.

V Ústí nad Labem často také zůstává jen jeden ze dvou robotů, které nemocnice má. Ústečtí lékaři totiž jezdí týmy školit i do zahraničí, například do Ruska. Často je jeden z robotů doprovází, aby na něm mohli tamní odborníci trénovat. "V příštích dnech bude jeden z našich robotů instalovaný v Košicích," uvedl Schraml.

První **robotickou operaci** lékaři v Ústí nad Labem provedli v srpnu 2008, robot zde již funguje čtyři roky. Za tu dobu s jeho pomocí provedli více než tisícovku zákroků. Nejvíce z nich v oblasti urologie, celkem 807. Z toho bylo 709 operací rakoviny prostaty.

Podle Schramla je na tuto **operaci robot** mimořádně vhodný. "Pacient se může již po velmi krátké době vrátit do práce a často vést i plnohodnotný sexuální život," dodal.

Monitoring mediálních výstupů

Zprávy 11.9.2012

Zdroj: radio.cz

Datum: 14.09.2012

Odkaz: <http://radio.cz/cz/zpravy/150872>

Onkologové nechtějí dát **operace rakoviny robotem** do nadstandardu

Česká onkologická společnost je zásadně proti tomu, aby se **robotické operace** rakoviny dostaly na seznam chystaných nadstandardů. Předseda společnosti profesor Jiří Vorlíček v úterý novinářům řekl, že vybavení pro **robotické operace** by mělo mít každé onkologické centrum. K jednání o nadstandardech ale prý nebyli onkologové na ministerstvo zdravotnictví zatím přizváni. "Jsme zásadně proti tomu, aby jakákoliv onkologická léčba byla nadstandardní," zdůraznil Vorlíček a připomněl, že **robotické operace** se v drtivé většině případů týkají právě onkologické léčby, především rakoviny prostaty. O **robotických operacích** v onkologii diskutovali v úterý onkologové na celostátní konferenci v Praze. Zhruba tři čtvrtiny **robotických operací** by podle plánu ministra Leoše Hegera (TOP 09) měly být zařazeny mezi nadstandard. S rozšířením nadstandardů se počítá od ledna 2013, zatím není jasné, zda mezi nimi už budou **operace robotem**.

Monitoring mediálních výstupů

Ústeční lékaři školí na robotech téměř celý svět

Zdroj: Děčínský deník; Chomutovský deník; Litoměřický deník; Mostecký deník; Teplický deník; Žatecký a lounský deník

Datum: 14.09.2012

Ústí nad Labem – Ústecká Masarykova nemocnice se jako jedna z mála v Evropě může chlubit nejen tím, že má ve výbavě hned dva supermoderní **operační roboty**. Protože pro ně nemá stálé využití, jelikož pojišťovny stanovily limit na počet operací, proto je zde využívají i ke školení lékařů. Často ze zahraničí.

Podle primáře oddělení Jana Schramla prošlo již školením v Ústí 110 operačních týmů. "Je třeba si uvědomit, že jeden tým tvoří šest lidí. Znamená to, že v Ústí se již vystřídalo 660 špičkových odborníků," vysvětlil. Podle něho není školení těchto týmů jenom o tom, že se lékaři učí, jak by měli s robotem operovat. "Snažíme se všem zajistit různý program, aby se jim tu líbilo. Proto například jíme na zámečku Větruše, uděláme výlet s prohlídkou Drážďan a další akce. Ale lékaři zároveň jedí jídlo z naší závodní jídelny," uvedl. Vysvětlil, že taková náplň semináře je nutná. Přímým konkurentem Ústí nad Labem je prý školící středisko ve Štrasburku, který je jako historické město zajímavým cílem. Podle Schramla jsou **operace** prostřednictvím **robotů** mnohem šetrnější a lékaři Masarykovy nemocnice by jich dokázali udělat mnohem více. Problémem je pro ně limit pojišťoven, které proplatí jen určitý počet zákroků. "Nejlepší je proto jít na operaci na začátku roku, kdy ještě není vyčerpaný limit," vysvětlil. Právě z tohoto důvodu se nemocnice snaží vydělat si jinak než operacemi. "Služby poskytované školícím střediskem jsou na komerční bázi. Je to pro nás příjem do našeho rozpočtu," uvedl předseda představenstva Krajské zdravotní Radek Scherfer. V Ústí také zůstává jen jeden ze dvou robotů, které nemocnice má. Lékaři totiž jezdí týmy školit i do zahraničí, například do Ruska. Často je jeden z robotů doprovází, aby na něm mohli tamní odborníci trénovat. "V příštích dnech bude jeden z našich robotů instalovaný v Košicích," uvedl Schraml. První **robotickou operaci** lékaři v Ústí provedli v srpnu 2008, robot zde již funguje čtyři roky. Za tu dobu s jeho pomocí provedli více než tisícovku zákroků. Nejvíce z nich v oblasti urologie, celkem 807. Z toho bylo 709 operací rakoviny prostaty. Podle Schramla je na tuto **operaci robot** mimořádně vhodný. "Pacient se může již po krátké době vrátit do práce a vést plnohodnotný sexuální život."

Monitoring mediálních výstupů

Operace robotem mají být standardem, tvrdí onkologové

Zdroj: ČTK, lidovky.cz, mednews.cz, týden.cz, parlametnilisty.cz, deník.cz, tribune.cz

Datum: 12.09.2012

Odkaz: http://relax.lidovky.cz/onkologove-nechteji-dat-operace-rakoviny-robotem-do-nadstandardu-p9u-/ln-zdravi.asp?c=A120911_153606_ln-zdravi_ape

Odkaz: http://www.mednews.cz/cz/aktuality/12613/onkologove-nechteji-dat-operace-rakoviny-robotem-do-nadstandardu-?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=rss

Odkaz: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotnictvi/roboticke-operace-jako-nadstandard-nikdy-vzepreli-se-onkologove_245712.html

Odkaz:

<http://www.parlamentnilisty.cz/article.aspx?rubrika=1401&clanek=245973>

Odkaz: http://www.denik.cz/z_domova/onkologove-nechteji-dat-operace-rakoviny-robotem-do-nadstandardu-20120911.html

Odkaz: <http://www.tribune.cz/clanek/27764>

PRAHA - Česká onkologická společnost je zásadně proti tomu, aby se **robotické operace** rakoviny dostaly na seznam chystaných nadstandardů. Předseda společnosti profesor Jiří Vorlíček novinářům řekl, že vybavení pro **robotické operace** by mělo mít každé onkologické centrum.

K jednání o nadstandardech ale prý nebyli onkologové na ministerstvo zdravotnictví zatím přizváni. "Jsme zásadně proti tomu, aby jakákoliv onkologická léčba byla nadstandardní," zdůraznil Vorlíček a připomněl, že **robotické operace** se v drtivé většině případů týkají právě onkologické léčby, především rakoviny prostaty. O **robotických operacích** v onkologii diskutovali dnes onkologové na celostátní konferenci v Praze. Zhruba tři čtvrtiny **robotických operací** by podle plánu ministra Leoše Hegera (TOP 09) měly být zařazeny mezi nadstandard. S rozšířením nadstandardů se počítá od ledna 2013, zatím není jasné, zda mezi nimi už budou **operace robotem**.

Ve světě je 2341 **robotických systémů**, z toho 1615 v USA a 389 v Evropě. V Česku mají pacienti možnost **robotického zákroku** v sedmi nemocnicích: v Praze v Ústřední vojenské nemocnici a v Nemocnici na Homolce, ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, v Nemocnici sv. Zdislavy v Mostištech, v Masarykové nemocnici v Ústí nad Labem, v Nemocnici s poliklinikou v Novém Jičíně a ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

Odborníci se shodli na tom, že do rozvoje robotiky v českém lékařství je třeba zavést systém, který zatím chybí. Nyní je podle předsedy **České společnosti robotické chirurgie** Vladimíra Študenta situace taková, že o tom, zda bude operace provedena klasicky, laparoskopicky nebo robotem ve skutečnosti "rozhodují pojišťovny". Velké pojišťovny operace hradí, zatímco malé na jejich úhradu nemají. "Budete-li pojištěni u Všeobecné zdravotní pojišťovny, pak máte 90 procentní šanci, že budete operováni roboticky," řekl Študent.

Výhody **robotické operace** jsou podle odborníků značné. Pacient v produktivním věku, se může dříve vrátit do zaměstnání, při operaci jsou minimální ztráty krve, operativní zákrok je přesnější. Robotické zařízení také umožňuje chirurgům operovat i ve vyšším věku. Významné je rovněž to, že je ovládání systému snadné, zaučení je rychlé. Nehrozí tedy, že by chyběli odborníci, kteří by byli schopni **robotické operace** provádět.

Součástí konference je také výstava fotografií Jindřicha Štreita "Tichá nemoc". Kolekce fotografií je věnovaná **roboticky asistované chirurgii**.

Monitoring mediálních výstupů

Lékaři v robotickém centru už odoperovali 1000 lidí

Zdroj: Právo

Datum: 11.09.2012

Mutace: Právo - severozápadní Čechy

V **robotickém centru** Krajské zdravotní v Masarykově nemocnici v Ústí n. L. za poslední čtyři roky lékaři odoperovali přes 1000 lidí. Dva přístroje by zvládly operací více, pojišťovny ale víc výkonů prý nechtějí hradit.

Prvního pacienta v Ústí nad Labem lékaři operovali v září 2008. "Dosudn jsme v **centru robotické chirurgie** odoperovali přes 1000 pacientů. Zvládli bychom i víc, pojišťovny nám na to ale nedají peníze," řekl minulý týden primář centra Jan Schraml. Lékaři odoperovali 807 pacientů z oboru urologie, 119 z oboru chirurgie, 51 gynekologie a 28 z oboru ORL.

Jeden z přístrojů byl pořízen z dotací EU, které se možná budou muset vrátit. Peníze na druhý za 70 miliónů poskytl fond hejtmanky.

Monitoring mediálních výstupů

Robotické operace zásadně zkracují dobu rekonvalescence

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 10.09.2012

Zkušený tým lékařů Oddělení cévní chirurgie Nemocnice Na Homolce v Praze vedený primářem doc. MUDr. Petrem Štádlerem, Ph. D., má na svém kontě několik světových primátů v **robotických** cévních **operacích**. Pomocí chirurgického **robotu da Vinci** uskutečnili mimo jiné kombinovanou operaci výdutě břišní aorty a obou pánevních tepen.

Robotickou cévní operativou se Nemocnice Na Homolce zařadila mezi přední světová pracoviště tohoto typu a navíc působí v tomto oboru i jako mezinárodní školicí centrum. Cévní chirurgové zde provedli již více než 260 roboticky asistovaných výkonů, řadu z nich ve světové premiéře. Roboticky zde operují zejména břišní aortu a pánevní tepny, ale provádějí i jiné typy operací, například v oblasti viscerálních tepen.

Primář P. Štádler je průkopníkem v **roboticky asistovaných** cévních **operacích** v Evropě i v zámoří, školí lékaře po celém světě, včetně Spojených států.

- Jaká byla vaše cesta k **robotickým operacím**?

Začal jsem s nimi již v roce 2005. Moje úplné začátky patří do roku 1997, kdy jsem začal pracovat v Nemocnici Na Homolce a přemýšlel jsem, jak zužitkovat svoje laparoskopické zkušenosti z všeobecné chirurgie, které jsem získal na svém předchozím pracovišti v Jičíně. Předtím jsme zkoušeli miniinvasivní přístupy i v cévní chirurgii, kde je to velmi složité. Pustil jsem se do torakoskopických hrudních a laparoskopických bederních sympatektomií, poté následovaly endoskopické resekce žilních perforátorů na dolních končetinách a vyzkoušeli jsme i operace břišní aorty z tzv. minilaparotomie, která znamená zmenšený operační přístup. A pak jsme ale stáli před opravdovou laparoskopickou cévní chirurgií, která byla zahalena rouškou nejistoty i obtížnosti. Seznámil jsem se s profesorem Dionem z kanadského Québecu a domluvil jsem si s ním účast na workshopu zaměřeném na laparoskopickou cévní chirurgii. V Kanadě jsem absolvoval tříměsíční klinickou stáž. Na základě místního povolení jsem s prof. Dionem operoval a po návratu jsme začali dělat laparoskopickou cévní chirurgii i v naší nemocnici. Začátky byly obtížné, naše první laparoskopické cévní operace náročné, postupovali jsme relativně pomalu. Udělali jsme přibližně 56 operací v oblasti břišní aorty a pánevních tepen, například bypassy, ale i výdutě břišní aorty.

- V roce 2005 se objevil v Nemocnici na Homolce robot. Co to pro vás znamenalo?

Měli jsme za sebou necelou šedesátku cévních laparoskopií, ale problém byl v tom, že nebylo kam vyjet za zkušenostmi, neboť cévní robotiku skoro nikdo ve světě nedělal. Náš základní tým tří lidí se začal školit ve Francii, posléze v USA. Po návratu jsme udělali první **robotickou operaci** v listopadu 2005. Zjistili jsme, že robot se dá velmi dobře využít i v miniinvasivní cévní chirurgii a zásadně odbourává nevýhody klasické cévní laparoskopie, hlavně časovou náročnost aortální svorky. Navíc jsme zde využili i vlastní chirurgický přístup, který jsme navrhli a opublikovali pro laparoskopické cévní operace. Do té doby se vlastně cévní robotika považovala za téměř nemožnou.

- Roku 2007 a následně 2010 jste již vycestoval do USA jako školitel. Jak k těmto pozváním došlo?

Jako první Evropan jsem byl pozván Univerzitní nemocnicí v Memphisu, abych zde pomohl při zavedení robotického cévního programu. Je třeba zdůraznit, že se jednalo o cévní program, protože v USA působí v robotické kardiochirurgii také prof. Bonatti z Innsbrucku. Dále mě na kongresu v USA, kde jsem měl přednášku, oslovil kolega z Houstonu (Methodist Hospital) a požádal mě o spolupráci. Poté několikrát navštívil naše pracoviště v Praze, kde zhlédl řadu robotických cévních výkonů. Postupně jsem získal nezbytný certifikát od Texas Medical Board a začali jsme program týkající se torakoabdominální aorty slibně rozvíjet. Opakovaně jsem navštívil Houston, kde jsem měl řadu přednášek a vedl několik robotických workshopů. Nakonec však zde směřují cévní chirurgii spíše do oblasti endovaskulární, takže

Monitoring mediálních výstupů

spolupráce s touto univerzitní nemocnicí v robotice dále nepokračuje. Pro nás to může na jedné straně znamenat určité zklamání, ale na straně druhé jsme navázali spolupráci v oblasti torakoabdominální aorty, v níž je pracoviště v Houstonu na světové špičce. Řada lékařů z naší nemocnice měla možnost se zde v této oblasti školit.

- V čem je podle vašeho názoru největší přínos robotiky?

Uvedu příklad. Při otevřené operativě výdutě břišní aorty má pacient velkou laparotomii. Po odtlačení střev ho musíme zajistit, je tam poměrně velký tlak na střeva. Abychom se dostali k aortě, používáme k odtlačení střevních klíčků speciální rozvěrač a roušky. Tímto mechanismem vzniká tlak na cévy vyživující vlastní střeva a většinou trvá několik dní, než dojde k obnovení střevní peristaltiky. Po operaci čeká pacienta relativně dlouhý čas rekonvalescence, rehabilituje zvolna a do předoperační kondice se vrací obvykle až za 3 měsíce. Zhruba u 30 % operovaných se po klasické laparotomii dále setkáváme s kýlou v jizvě, která si vynutí další **operaci**. U laparoskopických **robotických** cévních výkonů provádíme zákrok průměrně z 6 nebo 7 vpichů, pacient tedy nemá velkou ránu, trpí méně pooperační bolestí, střevní peristaltika nastupuje bezprostředně po operaci. Hlavně ovšem začíná rychleji rehabilitovat a snadněji se dostane do své předchozí kondice. Pacient je také kratší dobu na jednotce intenzivní péče i celkově v nemocnici.

- Jaké jsou náklady **roboticky asistovaných operací**?

Robotika má pověst, a to i mezi odbornou veřejností, jako velmi nákladná operativa. Ano, vlastní robotický systém je velmi drahý, ale to jsou v současné medicíně všechna moderní zařízení, třeba MRI, PET-CT apod. Při **robotické operaci** použijeme nástroje za přibližně 85–90 000 korun, to je částka navíc proti klasické operaci. Bereme-li v úvahu finální cenu operace, průkazně jsme doložili, že robotikou jsme se dostali pod náklady běžné otevřené operace. Ušetříme celkové náklady při kratších pobytech pacienta na jednotce intenzivní péče a v nemocnici. A to jsme do toho nepromítli kratší dobu pracovní neschopnosti operovaného.

- Letos jste jako první na světě úspěšně operovali výduť mamární tepny u relativně mladé ženy. Proč byl u ní zvolen právě roboticky asistovaný výkon?

Pacientce s Marfanovým syndromem hrozilo protržení mamární tepny v místě její výdutě. Zabránili jsme tak jejímu protržení a následnému krvácení do hrudní dutiny. Měli jsme možnost volby mezi klasickou torakotomií a robotikou. Jednalo se o robotický výkon, který nikdo dosud ještě nedělal. Hlavní výhodou bylo využití vynikající pohyblivosti robotických nástrojů, které umožnily jak potřebný přístup, tak i vlastní zákrok, který by byl torakoskopicky i při otevřené operaci těžko proveditelný. Plně jsme využili všech výhod robotického systému, což je jeho téměř 360stupňový pohyb. Nemocná šla již čtvrtý den po operaci domů, což zkrátilo dobu jejího pobytu v nemocnici přibližně o polovinu. Je třeba zdůraznit, že naprostá většina tohoto onemocnění je řešena endovaskulárně. V tomto konkrétním případě se však jednalo o zcela atypický nález jak velikostí, tak úhlem odstupu krčku této změněné tepny. Indikace k **robotické operaci** následovala až po konzultaci s našimi radiology, kteří kontraindikovali nález k endovaskulárnímu řešení. Samozřejmě, že po publikování tohoto robotického zákroku se objevil velice rychle v tisku, jak je v Čechách obvyklé, názor o zbytečnosti této **robotické operace**. Musím říci, že je opravdu velice úsměvné, jak se někteří bez zkušeností v torakoskopii, robotice, ale i bez znalostí konkrétního nálezu, rychle negativně vyjadřují k určitému problému. Ale to už asi jiné v ČR nebude. Myslím si, že jsme opravdu udělali pro nemocnou maximum, jak se shodli i účastníci kongresu v USA, kde jsme tento případ prezentovali.

- Dosáhli jste světových prvenství v **robotické operaci** výdutě slezinné tepny, pánevní tepny, jako druzí jste dokázali nahradit břišní aortu. Jaký mají vaše výsledky mezinárodní ohlas?

Český robotický program má obrovský mezinárodní kredit, ale nejvíce z něj profitují pacienti. Jsem přesvědčen, že robotika zásadně prospívá cévním pacientům a zároveň je i ekonomicky přínosná. Nezažil jsem nespokojené pacienty a to již máme skupinu více jak 260 odoperovaných. Mortalita v tomto souboru je 0,4 procenta! Robotika je neoddiskutovatelným

Monitoring mediálních výstupů

přínosem v oblasti kardiovaskulární chirurgie.

- V poslední době jste operoval tři pacienty a školil místní odborníky v Dillí, poté jste připravil projekt ve Velké Británii. Jaké jsou vaše další plány?

Na přelomu září a října letím do Detroitu. V univerzitní nemocnici (Henry Ford Hospital) jsou naplánovány dvě **robotické operace**, na kterých se budu podílet. Místní chirurgové se zajímají hlavně o náš přístup, který se jim při návštěvě Prahy velice líbil. Jsem upřímně rád, že naše mezinárodní robotické workshopy mají i přes určité současné problémy, které doprovázejí kardiovaskulární **robotickou chirurgii**, takový pozitivní ohlas v zahraničí.

Monitoring mediálních výstupů

Roboty KZ: 1000 operací za čtyři roky

Zdroj: ČTK, zdravky.cz, tribune.cz

Datum: 10.09.2012

Odkaz: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/roboty-kz-1000-operaci-za-ctyri-roky>

Odkaz: <http://www.tribune.cz/clanek/27742>

V **robotickém centru** Krajské zdravotní, a. s., (KZ) v Ústí nad Labem za čtyři roky lékaři odoperovali přes 1000 lidí. Mohlo by jich být víc, ale pojišťovny prý víc výkonů neuhradí. Jeden přístroj pořídila nemocnice z evropských dotací, které možná bude muset vrátet.

Peníze na druhý stroj za 70 miliónů korun získala z Fondu hejtmanky. **Center robotické chirurgie** je v Česku pět. Za jeden zákrok pomocí robota platí pojišťovny podle Aktuálně.cz více než 100 tisíc korun. Prvního pacienta v Ústí nad Labem lékaři operovali v září 2008. "K dnešnímu dni jsme v **centru robotické chirurgie** odoperovali přes 1000 pacientů. Zvládli bychom i víc, pojišťovny nám na to ale nedají peníze," řekl novinářům primář centra MUDr. Jan Schraml. Lékaři odoperovali 807 pacientů z oboru urologie, 119 z oboru chirurgie, 51 gynekologie a 28 z oboru ORL. Podobný počet, asi 250 operací ročně, udělá stejný robot také v Nemocnici svatě Zdislavy ve Velkém Meziříčí. V pražské Nemocnici na Homolce, kde přístroj v roce 2005 pořídili jako první v Česku, za první dva roky provozu odoperovali 350 pacientů. Po skončení zkušebního období jich ale odhadovali až 500 za rok. Kromě výkonů na českých pacientech ústecká nemocnice také školí zahraniční operatéry na **robotu Da Vinci** přímo v Ústí nebo za nimi jezdí do zahraničí. Podle vedení nemocnice je to možnost, jak si nemocnice může přivydělat. Jeden z robotů byl součástí balíků přístrojů pořízených do Krajské zdravotní z evropských dotací za celkem 417 miliónů korun. Dotace tvořila 353 miliónů korun a dodnes není jasné, zda nemocnice nebude muset část nebo celou částku vrátet. Ministerstvo financí už dříve navrhlo odebrání 176 miliónů korun, tedy zhruba poloviny dotace, a pokutu 80,3 miliónu korun kvůli předražení zakázky. Ministerstvo ale sankce udělit nemůže, to je kompetencí dotačního úřadu. ROP Severozápad ale zatím nerozhodl, úřad je navíc v současné době bez ředitele.

Monitoring mediálních výstupů

Zemřel brněnský uroonkolog prim. MUDr. Arne Rovný

Zdroj: Zdravotnické noviny

Datum: 10.09.2012

Dne 16. srpna 2012 ve věku 46 let tragicky zemřel primář urologického oddělení Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně MUDr. Arne Rovný.

Arne Rovný nastoupil do funkce primáře urologického oddělení FN u sv. Anny v pouhých 34 letech, ovšem již jako erudovaný urologický operatér. Převzal pracoviště, které patřilo a stále patří k vyhledávaným uroonkologickým centřům. Bezprostředně po svém nástupu do čela oddělení se mu podařilo získat moderní vybavení pro špičkovou urologickou diagnostiku a následně rozšířil původní nosný uroonkologický program pracoviště také o program komplexního řešení litiázy. Sám se stále věnoval především problematice uroonkologické operativy v celém rozsahu – od operací nádorů nadledvin a ledvin přes radikální prostatektomie až po radikální cystektomie. V roce 2006 začal ve spolupráci s **Centrem robotické chirurgie** I. chirurgické kliniky LF MU a FN u sv. Anny rozvíjet postupy **robotické** a počítačově **asistované chirurgie**, podporoval a prosazoval rozvoj a využití moderních technologií v medicíně.

Byl členem Evropské urologické asociace a několika odborných společností ČLS JEP: České urologické společnosti, České onkologické společnosti a **České společnosti robotické chirurgie**. Jako autor či spoluautor se podílel na řadě přednášek a publikací v české i zahraniční literatuře. Od roku 2002 působil jako odborný asistent na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity, kde se podílel na výuce onkologie.

Za svého působení ve FN u sv. Anny vychoval na urologickém oddělení řadu dalších vysoce kvalitních odborníků. Sám pak byl označován za jednoho z nejlepších a nejvyhledávanějších expertů na urologickou onkologii a operatérů ve svém oboru v celorepublikovém měřítku.

"Byl to můj dobrý kamarád, léčil celou naši rodinu. Myslím, že byl nejšikovnějším urologickým operatérem v kraji, byť i on sám si na oddělení vychoval několik kvalitních lidí," uvedl například ředitel Fakultní nemocnice Brno Roman Kraus. "Byl to významný český urolog, kterého jsme měli rádi a jako kolegy jsme si ho velmi vážili," dodal předseda České urologické společnosti ČLS JEP profesor Marek Babjuk.

I přes náročnou manažerskou práci, která k zastávané pozici neoddělitelně patří, na MUDr. Rovném jeho kolegové i pacienti oceňovali empatii, vlídnost, vstřícnost a pochopení. Byl považován za moderně smýšlejícího vedoucího lékaře, který nezastával autokratický způsob vedení pracoviště a vždy se snažil o vytvoření týmového ducha.

Monitoring mediálních výstupů

Novinky ve špičkové léčbě

Zdroj: ČT 1

Datum: 04.09.2012

Relace: Události

Marcela AUGUSTOVÁ, moderátorka:

Už tři čtvrtě roku si pacienti můžou připlácet za nadstandardní zdravotní péči. A od ledna se má seznam dál rozšířit. Jak konkrétně, o tom poprvé jednala na ministerstvu speciální odborná skupina.

Jolana VOLDÁNOVÁ, moderátorka:

Přípravy nového seznamu finišují. Odborné společnosti do něj chtějí dostat třeba operace pomocí počítačové navigace. Ministerstvo by v nich zase rádo vidělo některé gynekologické nebo urologické zákroky.

Lenka DRMOTOVÁ, redaktorka ČT:

Drahé nejmodernější technologie, sice pro všechny, ale jedině s doplatkem. Do seznamu nadstandardů by se mohly dostat třeba operace kolene a kyčle pomocí počítačové navigace, nebo odstranění šedého zákalu speciálním laserem. Boj o ně právě začal.

Petr NOSEK, náměstek ministra zdravotnictví:

Ta skupina jedná poprvé nad konkrétními návrhy odborných společností.

Lenka DRMOTOVÁ, redaktorka ČT:

Seznam nadstandardů by se měl rozšířit už od nového roku. Ten stávající má 18 položek a platí od ledna. V Moravskoslezském kraji si lidé připlácet moc nechtějí. Například tady ve Fakultní nemocnici v Ostravě zavedli možnost nadstandardních plateb na jaře. Zájem je ale zatím minimální. Podobné je to i v dalších fakultních nemocnicích. Jejich pokladny zásadní příjmy z nadstandardů zatím nezaznamenaly. Zájemci se počítají spíš v desítkách. Třeba u odlehčených sáder si zatím zvykají.

matka Viktorky:

Jsem se poradila s panem doktorem, jestli ta možnost u této zlomeniny je. Budu ráda, pokud bude mít lehčí, aby byla mobilnější.

Lenka DRMOTOVÁ, redaktorka ČT:

Třeba pro děti je totiž klasická sádra často dost těžká a rodiče pokud na to mají, si připlatí. Tuhle rodinu přišla ta plastová na 460 korun.

Petr ČECH, lékař chirurgické kliniky Thomayerovy nemocnice:

Předností plastové fixace je to, že je lehčí, porézní. Nevýhodou je to, že není schopna reagovat na případný otok.

Lenka DRMOTOVÁ, redaktorka ČT:

Kromě různých typů lehké sádry si pacienti od ledna připlácejí také za některá očkování a implantované nitrooční čočky. Právě o ty je mezi nadstandards největší zájem. Pomáhají pacientům s šedým zákalem.

Milan ODEHNAL, primář Oční kliniky dětí a dospělých, FN v Motole:

Jsou pacienti, který třeba vyžadují, aby po operaci viděli dobře nejenom do dálky, což jim umožňuje základní standardní čočka, ale chtějí vidět i na střední vzdálenost, ale hlavně a hlavním problémem je, aby viděli dobře na blízko.

Petr NOSEK, náměstek ministra zdravotnictví:

Pochvalují si to jak pacienti, tak operatéri, protože vlastně v řadě případů řešili tu možnost spoluúčast pomocí sponzorských smluv, darovacích smluv. Dneska je to prostě průhledné, transparentní.

Monitoring mediálních výstupů

Lenka DRMOTOVÁ, redaktorka ČT:

Ceny nadstandardů si každé pracoviště stanovuje samo. Většinou na základě plateb za materiál a můžou se proto lišit v řádech stovek ale i tisíců korun. Lenka Drmotová a krajské redakce, Česká televize.

Jolana VOLDÁNOVÁ, moderátorka:

A teď se ještě pojdme podívat na ceny některých zákroků. Nejprve očkovací séra. Tady záleží na druhu vakcíny. Patří sem třeba ta proti rakovině děložního čípku. Jedna varianta je pro třinácti a čtrnáctileté dívky zdarma. Druhá s doplatkem 300 korun za každou dávku, pokrývá například víc kmenů virů a dohromady tedy stojí 900 korun. Připlatit si můžou i pacienti se zlomeninami. Cena odlehčené sádry je poměrně ve velkém rozpětí. Od 150 korun až po 16 stovek. No a zatím nejdražší nadstandard to jsou právě ty zmiňované nitrooční čočky. Tady záleží i na postižení oka a pacient tak může dokonce doplatit až tisíc. No a o tom, co všechno by se mohlo, nebo mělo dostat do nadstandardní péče od nového roku, jsem se dnes odpoledne bavila s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem. Které výkony, nebo materiály se podle vás můžou dostat od ledna na seznam těch nadstandardních?

Leoš HEGER, ministr zdravotnictví /TOP 09/:

Je to jednak nějaký zvláštní postup v anesteziologii, kdy se používá lepší anestetikum, pak se diskutují nadstandardy, které se týkají **robotické chirurgie**.

Jolana VOLDÁNOVÁ, moderátorka:

Ale svého času, pokud se dobře pamatuju, se mluvilo také třeba o kloubních náhradách, že by se některé typy mohly právě dostat do těch nadstandardů. Jak je to u nich?

Leoš HEGER, ministr zdravotnictví /TOP 09/:

No, mě trošku překvapuje, že s tím ještě ortopedická společnost nepřišla. Ale já myslím, že v těch návrzích, které se řeší teďka, jsou nějaké operační výkony, kde pokud se ukáže, že to je stejně účinné, jako ta operace manuální, kde to dělá jenom chirurg vlastníma rukama, tak by to jako nadstandard projít mohlo.

Jolana VOLDÁNOVÁ, moderátorka:

Ministr zdravotnictví Leoš Heger chce o aktuálním rozšíření seznamu nadstandardů rozhodnout do října. Sám ale předpokládá, že se jich to toho nového seznamu dostane od nového roku asi jen pět.

Monitoring mediálních výstupů

Promyšlená a připravená likvidace krajských nemocnic

Zdroj: [tribune.cz](http://www.tribune.cz)

Datum: 01.10.2012

Odkaz: <http://www.tribune.cz/clanek/27967>

Nepodepsáním smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a nemocnicí tak fakticky dojde ke zrušení nemocnice, neboť tak nebude naplněna zákonná podmínka k úhradě zdravotní péče v tomto zdravotnickém zařízení. Tato druhá vlna bude stejně neobjektivní a živelná, jako byla ta první na jaře, proto ji pan ministr raději pozastavil a odsunul na dobu po volbách.

Příprava na tuto velkou akci, která má za cíl změnit strukturu lůžkové péče v České republice ve prospěch velkých a specializovaných center na úkor běžné akutní a levné medicíny poskytované nemocnicemi na krajské či okresní úrovni, byla pozoruhodná.

Ministerstvo zdravotnictví nejdříve prosadilo nový zákon o zdravotních službách, který mj. zrušil zásadní zákon O péči o zdraví lidu, ve kterém byla zakotvena zásadní a důležitá vazba na ústavní právo občanů na bezplatnou zdravotní péči (a elegantně slovo „péče“ nahradil slovem „služby“ čímž dostal zdravotní péči na úroveň obchodovatelné komodity, jako například auta, či jiné zboží...) a také zákon O nestátních zdravotnických zařízeních.

Ministerstvo zdravotnictví se tak zcela vědomě zbavilo jakékoliv pravomoci a odpovědnosti k ovlivnění sítě zdravotnických zařízení s výjimkou velkých a specializovaných center ve fakultních nemocnicích.

Odpovědnost přehozená na pojišťovny

Veškeré rozhodování o tom, zda některá nemocnice bude, či nebude existovat, tak ministerstvo a poslanecká sněmovna přehodily na zdravotní pojišťovny, přičemž hlavní úlohu sehraje Všeobecná zdravotní pojišťovna, která má smlouvy se všemi nemocnicemi. Prohlášení a petice všech velkých zdravotnických asociací jen dokladují, jak je situace vážná.

Nejde totiž o promyšlené a rozumné snížení počtu akutních lůžek ve velkých nemocnicích, podle nějakého plošného územního pokrytí a o jejich přeměnu na tolik potřebná lůžka následné péče, nebo na lůžka sociální s přímou vazbou na péči akutní.

Jde o to, cíleně zlikvidovat menší nemocnice, případně z nich vytvořit léčebny dlouhodobě nemocných a jejich klientelu nuceně převelet do vybraných nemocnic, a to bez ohledu na to, že především starším obyvatelům a dětem se tak výrazně zkomplikuje včasná dostupnost potřebné akutní lůžkové péče v základních oborech, jako jsou interna, chirurgie, dětská oddělení, porodnice, apod.

Podzimní taktika VZP se částečně změnila a pod pláštěm úspor se vyvíjí tlak nejen na rušení celých oddělení, ale také na zřizování společných lůžkových fondů. V zásadě to znamená sloučení dvou a více oddělení pod 1 primáře, přičemž ta oddělení, které už nebudou mít primariát jsou odsouzena k postupnému zániku.

A počet akutních lůžek bude v každém případě snížen s poukazem na to, že lůžka zbývající budou sloužit podle potřeby různým oddělením. Tak se stane, že na jednom vícelůžkovém pokoji budou moci být vedle sebe hospitalizováni pacienti s různými diagnózami (žlučník, mozková příhoda, oční operace, atd.)

Skrytým cílem tohoto nuceného snižování akutních lůžek je však kromě omezení běžné dostupnosti nemocniční péče v regionu i plánovitě snížení plateb VZP těmto nemocnicím.

Přitom VZP krajským nemocnicím nenavýšila platby pro rok 2012, naopak je v rozporu s tvrzením ministerstva snížila. Krajské nemocnice v žádném případě nejsou důvodem propadu financí a rostoucí ztráty VZP.

Proč tedy došlo k navýšení úhrad u vybraných nemocnic a nasmlouvání úhrad drahé péče, kterou je možno v drtivé většině poskytnout tzv. starým způsobem za nižší úhradu – např. tzv. **robotické operace** (s výjimkou operací onkologických)?

Navíc je velmi zajímavé, že výběr pojistného roste, v současné době 108,42% úrovně stejného období 2011 a peníze ve zdravotnictví údajně nejsou! Ale všichni tušíme, kde jsou ...

Dochází k plánovité ekonomické destrukci menších krajských a oblastních nemocnic, kterým nebyly navýšeny platy lékařů oproti nemocnicím státním, zásadní zvýšení DPH, vliv inflace, růst

Monitoring mediálních výstupů

cen energií a vody, zlodějské projekty, např. IZIP, financování ztráty převzaté a zadlužené Zdravotní pojišťovny Média (500 milionů korun), za které nikdo nenese odpovědnost, nesmlouvávání nových kapacit a nadstandardní platby některým zařízením na úkor poctivé práce lékařů a sester v menších nemocnicích.

Výsledkem je prohlubování finanční ztráty malých nemocnic, a téměř čtyřnásobné saldo jejich závazků a pohledávek. To je jasný signál, že v systému chybí peníze, či spíše jsou rozdělovány neúčelně a neobjektivně podle politických a lobistických vazeb a je jen otázka krátkého času, kdy se systém zhroutí.

Špinavou práci odvede VZP

Ministerstvo zdravotnictví a celá vládní koalice tak změnou zákonů ponechaly VZP volnou ruku, aby odvedla tuto špinavou práci. Cíl je jasný. Menší nemocnice dostanou od VZP nevýhodné smlouvy, které je ekonomicky zničí a nemocnice v současné podobě skončí.

Ne však nadlouho, protože zájemců o provozování nemocnic je dost. Přijdou zdravotnické řetězce, zadlužené nemocnice od krajů odkoupí za uměle snížené odhadní ceny (včetně veškerého majetku movitého, nemovitého, pozemků apod.) a ještě budou noví majitelé vítáni jako spasitelé, protože současně zachrání pracovní místa a dostupnost péče. A na provozování dostanou daleko výhodnější smlouvy od VZP a dalších pojišťoven, než měli dosavadní provozovatelé.

Řetězce budou dále posilovat své výsadní postavení a dojit systém, až se zhroutí. Potom skoupí i dosud odolávající zbytek a zredukují, protože budou mít monopol, budou ovládat pojišťovny, nemocnice, polikliniky, lékárny, distribuci léčiv a vakcín, laboratoře.

Poučme se na Slovensku. Dovolím si volně citovat ze slovenského tisku: „Klíčovým bylo manažerské ovládnutí Všeobecné zdravotní pojišťovny (její šéf přišel z Penty) a tak spolu s vlastní pojišťovnou Důvěra rozhodují o platbách za 93 % všech občanů Slovenska. Navíc zákon dal pojišťovnám ještě volnější ruku při výběru poskytovatelů zdravotní péče. A tam je původ „tržního stalinismu“, který skupina ve zdravotnictví na Slovensku zavedla.

Vzorec je jednoduchý – čím méně vyplatíte, tím více vyděláte. A když už vyplatíte, tak jenom svým zařízením. Penta ovládla na Slovensku téměř každou část řetězce: - pojišťovnu, lékárny, polikliniky, laboratoře, nemocnice. Dokonce i nezávislé instituty, které se snaží ovlivňovat veřejné mínění ve prospěch jejich strategie.....“

Pan Rudolf Zajac, který pomáhal ke změnám slovenského zdravotnictví dnes radí panu ministru Kalouskovi. A slovenský rukopis a inspirace jsou čitelné i ve změnách zákonů u nás.

A za tento výše popsaný nepořádek neponese nikdo odpovědnost, dokonce ani ministr zdravotnictví Leoš Heger, který dělá, že nevidí a neslyší, protože mu to umožňují zákony, které sám pod dozorem Marka Šnajdra a dalších uvedl do českého zdravotnictví.