

...od nemoci ke zdraví...

KARDIOCENTRUM JE FUNKČNÍM SPOJENÍM NĚKOLIKA PRACOVÍŠŤ,

2. část

říká doc. MUDr. **MARTIN MALÝ, Ph.D.**



Kardiovaskulární centrum pro dospělé Ústřední vojenské nemocnice (kardiocentrum) získalo svůj statut v roce 2009. Úzce spolupracuje s Komplexním kardiovaskulárním centrem IKEM a zajišťuje léčebně preventivní péči kardiovaskulárních onemocnění, která odpovídá současným nejnovějším medicínským poznatkům. Jeho vedoucím lékařem je doc. MUDr. Martin Malý, Ph.D. (46).

■ Lze charakterizovat typického pacienta kardiocentra?

Charakteristika je obtížná vzhledem k tomu, že spektrum onemocnění našich pacientů je nesmírně široké. Jinak vypadá pacient se srdečním selháním, jinak pacient s infarktem myokardu a jinak s chlopenní vadou.

Klasické rizikové faktory jsou stanoveny pro ischemickou chorobu srdeční, tedy pro aterosklerotické poškození věnicových tepen. U ostatních onemocnění též existují rizikové faktory, ale jsou daleko méně vyjádřeny. Spíše se jedná o geneticky podmíně-

něná onemocnění (např. kardiomyopatie, chlopenní vady, určité poruchy srdečního rytmu). A u mnoha onemocnění srdce a cév příčinu prostě neznáme.

■ Jak se liší infarkt myokardu od srdečního selhání?

Srdeční infarkt je probíhající odúmrtí srdečních buněk v důsledku ischemie, tedy nedostatku kyslíku, který všechny buňky v těle nezbytně potřebují. Kyslík se k buňkám dostává krví, a pokud dojde k ucpání věnicové tepny, buňky nemají kyslík a do 6 hodin odumírají. Srdeční selhání je naopak tímto důsledkem - odumřelé buňky se již nemohou účastnit funkce srdce jako pumpy, neboť odumřelá tkáň se přemění v jizvu a ztratí svou základní charakteristiku - stažlivost. V důsledku toho klesne schopnost srdce pumpovat krev a dojde k srdečnímu selhání, které se nejčastěji projeví dušností (krev se hromadí před levou komorou srdeční, která není schopna veškerou krev přepumpovat dále do těla a hromadění krve vede k jejímu městnání v plicním řečišti). Proto platí staré pravidlo internistů: je-li pacient dušný, vyšetři srdce.

■ Je u nás úroveň léčby a její úspěšnost srovnatelná se zahraničím?

V léčbě akutního infarktu myokardu patří Česká republika bez nadsázky k absolutní světové špičce. Výsledky řady studií PRAGUE ovlivnily, spolu s dalšími, směřování celé světové kardiologie a jsou citovány jako stěžejní práce na tomto poli.

Mezi prvními přinesly tyto studie důkazy, že nejúčinnější a nejbezpečnější léčba akutního infarktu je léčba katetizační. Tyto poznatky, aplikované v České republice, se staly podkladem pro změnu doporučených postupů jak v Evropě, tak v USA. Je nutné si uvědomit, že u nás pracuje v permanentním provozu přes dvacet kardiocenter disponujících katetizačním sálem a tato dostupnost katetizační léčby infarktu umožnila, že všechny infarkty jsou u nás léčeny právě touto metodou. V tom má Česká republika světový primát a s trochou nadsázky lze říci, že pokud dostat infarkt, tak v České republice. Je to dáno i tím, že jsme malá republika s dobrou dostupností kardiocenter ze všech jejích částí. Nemáme (jako například USA) odlehle a nedostupné oblasti a všude je dojezdová vzdálenost do centra maximálně 90 minut. Na toto je v záplavě špatných zpráv dobré nezapomínat. Nelze to ale přijímat jako úplnou samozřejmost. Pak totiž při této léčbě často pacientovi uniká závažnost vlastní diagnózy infarktu - vlastně se „nic nestalo“, bolelo mě na hrudníku, po-



tom mě sanitka převezla do nemocnice a po necelé hodině na sále mně už „nic není“. Snižuje se tím motivace ke změně návyků, což je druhá strana mince této vysoce efektivní léčby. A je též třeba zmínit i vysokou finanční náročnost. Jenom cena materiálu použitého při katetizační léčbě se blíží hranici sto tisíc



korun. To je třeba si uvědomit, když slýcháme argumenty proti finanční spoluúčasti pacienta v jiných neakutních oblastech, především ono známé „přeci si celý život platím zdravotní pojištění“. Když si spočítáme, kolik jsme za celý život skutečně dohromady zaplatili a kolik stojí třeba jenom zmiňovaný zákrok, dostane se otázka financování zdravotnictví hned do jiného světla. A za nejstarší generaci, která již není výdělečně činná (ale která je logicky vzhledem k věku nejvíce nemocná) platí zdravotní pojištění stát, a to ve zcela nedostatečné výši. Ale to jsem trochu odbočil...

■ Jaké je současné přístrojové vybavení kardiocentra ÚVN?

Naše kardiocentrum je vybaveno katetizačním sálem pro koronární intervence a sálem pro implantaci kardiostimulátorů. Kromě těchto sálů disponujeme třemi echokardiografickými přístroji, kontrapulzační používanou při kardiogenním šoku, koronárním ultrazvukem, přístrojem pro měření průtokové koronární rezervy. Na koronární jednotce jsou tři ventilátory, hemodialyzační přístroj a toto vybavení umožňuje péči i o ty nejtěžší pacienty. V rámci kardiocentra je na rentgenologickém oddělení katetizační sál pro periferní intervence.

■ Jaký další přístroj nebo technologii byste ke své práci ještě uvítali?

Vzhledem k narůstajícímu počtu výkonů a plánovanému rozvoji arytmiologie je naší prioritou rozšíření kapacity o další kombinovaný katetizační sál, který by umožňoval provádět jak koronární vyšetření, tak elektrofyziologická vyšetření a katetizační arytmiologické výkony. Paradoxně je nejsložitější jednání s plátcí zdravotní péče – tedy zdravotními pojišťovnami, které celou věc posuzují (oprávněně) z ekonomické stránky věci a není jejich zájmem rozšiřování péče o další pracoviště. Je to nesmírně složitá a citlivá problematika, do které se promítají nejen medicínské priority. Nicméně i tak jsem přesvědčen,

že se nakonec jednání podaří dovést do úspěšného konce.

■ Jaká je výzkumná a publikační činnost kardiocentra?

U této otázky bych se rád na chvíli zastavil. V dubnu tohoto roku se Ústřední vojenská nemocnice stala nemocnicí fakultní. Toto je zásadní krok, neboť koncepce zdravotnictví do budoucna počítá se sítí páteřních nemocnic, která bude z velké části tvořena právě fakultními (v budoucnu univerzitními) nemocnicemi. A z podstaty věci statut fakultní nemocnice znamená nejen výuku, ale také vědu a výzkum. V rámci možností se fakultní nemocnice zaměřují hlavně na klinický, neboli aplikovaný výzkum, zavádějí nové metodologické postupy a technologie. Nicméně jsem přesvědčen, že je třeba se zaměřovat i na základní výzkum. A to není v silách samotných lékařů, jejichž hlavním posláním je především správně a dobře léčit. Proto jsem velice rád, že se nám podařilo navázat spolupráci s pracovištěm Ústavu hematologie a krevní transfuze, které je zaměřeno čistě na základní výzkum a věnovat se výzkumné práci v oblasti vzniku krevní sraženiny, dostat se až na molekulární úroveň a elektronoptickou analýzu. Spolupráce s vědci v základním výzkumu je nesmírně obohacující, byť výsledky této spolupráce nepřinášejí žádný bezprostřední efekt. Posunují však vpřed naše poznání v etiopatogenezi akutního koronárního syndromu. Nezbytným výstupem z této práce jsou publikace, zvláště zahraniční, které jsou určitých objektivním měřítkem výsledků v této oblasti. Anglické „publish or perish“ (publikuj nebo zhyň) v podmínkách fakultní nemocnice platí beze zbytku.

■ Jaký je Váš profesní životopis a proč jste si vybral za svoji specializaci kardiologii?

Pocházím z lékařské rodiny. Můj dědeček byl za první republiky a ještě chvíli po válce privátním internistou na Starém

Městě v Praze. V bytě, kde měl ordinaci, jsem se poté narodil a dlouho žil. Oba moji rodiče i strýc jsou lékaři, takže mě vlastně ani nenapadlo studovat něco jiného. Doma rodiče často mluvili o práci, a proto mi přišlo lékařské prostředí zcela přirozené. Během studií jsem neměl vyhraněný názor na obor, který chci dělat, zvažoval jsem neurologii, porodnictví, chirurgii, ale stále jsem nenacházel kompromis mezi chirurgickými a internistickými obory. Vtipně to popsal jeden kolega: chirurga od internisty v zimě poznáš tak, že chirurg nosí rukavice a internista čepici. A já chtěl - obrazně - nosit oboje. Až kardiologie pro mne znamenala tento průnik. Interventní kardiologie má velice blízko k chirurgii - pracujete „rukama“ - a zároveň je to internistický obor par excellence. Navíc je to obor vysoce logický, srdce je vlastně pulzní čerpadlo, mnoho se dá odvodit z hemodynamiky a fyziky. Také je to akutní obor, takže dává obrovskou satisfakci. Prostě od doby, kdy jsem se mu začal věnovat, stále více žasnu, jak je oběhový systém dokonalý. Jenom si představte, že srdce se stáhne přibližně 70x za minutu, vynásobte si to 60 a poté 24. Za den je to 100 tisíc bezchybných tahů. A poté násobte 365 dny a lety života. Neznám žádný současný stroj, který by toto vydržel. Navíc je intervenční kardiologie vysoce technický obor, což pány naplňuje uspokojením. Opět jeden vtipný přírůstek: rozdíl mezi hračkami pro děti a dospělé je jenom v ceně. Od doby, co jsem se začal věnovat kardiologii, jsem nikdy nelitoval.

■ Čím se odraťováváte od práce? Jaké máte koníčky?

Pro mne je nejlepším odraťováním sport. Pokud to lze, jezdím od března do října do práce na kole, hraju tenis, chodím běhat. Udělal jsem si kapitánské zkoušky a každý rok jezdíme s kamarády na moře. V zimě se s rodinou věnujeme hlavně sjezdovému lyžování a v posledních letech mám stále raději běžky. Ke sportu vedeme s manželkou také naše dvě děti a pomalu už synovi nestačím, což je nakonec asi v pořádku. Baví mě historie, vážná hudba, ale rozhodně nejsem žádný velký znalec. Máme chalupu na rozhraní Jizerských hor a Krkonoš, tam se nejlépe odraťuji fyzickou prací. Volné víkendy, kterých je bohužel málo, trávíme hlavně tam.

Jiří Hruška
foto: M. Přerost

kontakt: 973 203 047
kardiologie@uvn.cz