

# Kardiocentrum v Královských Vinohradech lieči veľmi rizikových pacientov...

**Divízia akútnej kardiológie v Kardiocentre III. internej kardiologickej kliniky 3. LF Karlovej univerzity a FN Královské Vinohrady rieši akútnych pacientov po mimonemocničnej zástave obehu, s akútnym koronárnym syndrómom, srdcovým zlyhaním, arytmiologickou emergenciou, akútnymi angiologickými stavmi, atď.**

Spektrum pacientov sa v priebehu času rozširuje o tých, ktorí podstupujú nové intervenčné výkony. Väčšinou sú veľmi rizikoví a s tým súvisí špecifická starostlivosť a komplikácie, ktoré musí tím lekárov a zdravotníkov zvládať. Je to veľké kardiocentrum, kde pracujú na širokom intervenčnom, arytmiologickom a angiologickom programe. A o akútne situácie naozaj nie je núdza, pričom pribúdajú pacienti z mladších vekových skupín. O špičkových výkonoch, ale aj o problematike antitrombotickej liečby pacientov s akútnym infarktom myokardu, ktorý je iniciálne komplikovaný kardiogénnym šokom, či jej pôsobení v Európskej kardiologickej spoločnosti, kde sa snaží presadiť priestor pre odborníkov zo strednej a východnej Európy, sa zhovárime s **prof. MUDr. Zuzanou Moťovskou, PhD. FESC**, zástupkyňou prednostu pre výskum, vedúcou lekárkou Divízie akútnej kardiológie, Kardiocentrum III. internej kardiologickej kliniky 3. LF Karlovej univerzity a FN Královské Vinohrady v Prahe.

**● Pôsobíte v oblasti akútnej kardiológie. Čo vás viedlo k tomu, že ste si vybrali práve túto oblasť medicíny?**

Nebolo to nič plánované alebo cielené. Som z „nelekárskej“ rodiny, takže moja predstava o povolani lekára nemala konkrétnější obrisy určitej špecializácie. A to ani vtedy, keď som vyšetrovala môjmu macovi Mrmlošovi srdiečko fonendoskopom. Personálna situácia na internej klinike, na ktorú som po materskej nastúpila, si vyžiadala, že ma ako mladú doktorku presunuli na jednotku intenzívnej starostlivosti. Z pacientov, ktorí tam boli hospitalizovaní, bolo najväčšie zastúpenie tých s infarktom myokardu, arytmiou, zlyháváním srdca a to určilo moju profesijnú cestu. V medicíne ma zaujímalo a zaujíma snáď všetko. Organizmus je komplexný, tak ho treba vnímať. Vždy ma poteší interdisciplinárny projekt, spolupráca odborníkov z rôznych medicínskych odborov. Okrem iného sa tým konfrontujem s poznáním, ako veľa toho neviem, stimuluje to môj záujem o vzdelávanie, spoluprácu a hlavne vedie/vracia k pokore.

**● V minulosti vás zaujalo práve inovatívne riešenie infaktov myokardu. Kam sa posunuli inovácie v súčasnosti?**

V oblasti liečby infarktu myokardu je cieľ jasne definovaný: čo najskoršie spriechodnenie uzáveru koronárnej tepny, odstránenie najčastejšie trombotického uzáveru, dlhodobé zachovanie priechodnosti cievy a prevencia vzniku nových uzáverov. To všetko s minimalizáciou komplikácií – nežiaducich účinkov, ktoré každá efek-



Prof. MUDr. Zuzana Moťovská, PhD. FESC. s prof. D.L. Bhattom (Harvard medical school, riaditeľ Intervenčných kardiovaskulárnych programov Brigham and Women's Hospital Heart & Vascular Center, Boston)

**V minulom roku sme ošetrili skoro 2800 akútnych pacientov**

tívna liečba má. O zdokonaľovanie techniky koronárnej intervencie, vývoj liekov akútnej fázy i následnej prevencie sa starajú výskumné oddelenia farmaceutických spoločností, výrobcov stentov... Zo všetkého, čo o problematike, ktorej sa venujem mnoho rokov, viem, považujem za najdôležitejšiu organizáciu a dostupnosť (network) liečby, ktorá vedie k rýchlemu spriechodneniu infarktovej tepny. Osobne vidím najväčšie rezervy v tej nemedicínskej časti. V edukácii verejnosti, rizikových skupín o prejavoch/varovných signáloch blížiaceho sa infarktu, ako postupovať. Najväčšou „brzdou“ rýchleho spriechodnenia infarktovej tepny je často pacient sám. Ohľaduplný pacient nechce zbytočne obťažovať, iný čaká, že ťažkosti ustúpia, pretože nevie, že ten tlak na hrudi, ktorý pociťuje, je prejavom infarktu. Ako mladá lekárka som mala tú česť, že si ma vybral nestor slovenskej kardiológie prof. Čagán pre

spoluprácu na vyhodnocovaní výsledkov jeho pôvodného projektu analyzujúceho predhospitalizačnú fázu a obdobie včasnej hospitalizácie pacientov s akútnym infarktom myokardu na Slovensku. Po rokoch a s tým súvisiacimi skúsenosťami môj rešpekt k tejto jeho priekopníckej iniciatíve vzrastá. Často na neho s veľkou úctou spomínam. V službe pred tromi dňami som prijímala mladého pacienta, ktorý si zavolať záchranku 30 minút po vzniku bolesti. V priebehu transportu k nám ho opakovane defibrilovali pre malígnu arytmiu, ktorá je častou komplikáciou po vzniku uzáveru koronárnej tepny. Defibrilovali sme ho niekoľkokrát pred spriechodnením infarktovej koronárnej cievy aj na sále. Bol to mladý vzdelaný muž, pochopiteľne ho celá tá situácia veľmi zasiahla. V noci sa ma pýtal, čo by sa stalo, keby bol doma dlhšie. Odpoveď na tú otázku vedel aj bez mojej odpovede. Otec mu zomrel v mladom veku na infarkt, bolesti sa zľakol a nečakal. Vela pacientov, žiaľ, čaká príliš dlho. V okamžiku, keď sa pacient dostane do sanitky záchranárov, v nemocnici zachránime, nadnesene povedané, skoro každého. Rizikový je čas, kým sa tam dostane. Nie je jednoduché pacientovo rozhodovanie skrátiť. Očakávaný výsledok neprinesli ani mediálne kampane v krajinách západnej Európy. Tu je veľký priestor pre výskum a jeho aplikáciu.

**● Ste vedúcou lekárkou Divízie akútnej kardiológie v Kardiocentre III. internej kardiologickej kliniky v Prahe. Mohli by ste priblížiť centrum? Aké prípady najčastejšie riešite? Menia sa diagnózy oproti situácii napríklad pred 10 rokmi? Aký je vekový priemer pacientov?**

Vedím divíziu akútnej kardiológie, ktorej súčasťou sú tri koronárne jednotky. V minulom roku sme ošetrili skoro 2800 akútnych pacientov; pacientov po mimonemocničnej zástave obehu, s akútnym koronárnym syndrómom, srdcovým zlyhaním, arytmiologickou emergenciou, akútnymi angiologickými stavmi... Myslím, že ako na každej inej koronárnej jednotke. Spektrum našich pacientov sa v priebehu času rozširuje o pacientov, ktorí podstupujú nové intervenčné výkony, spravidla u veľmi rizikových pacientov a s tým, samozrejme, vždy súvisí špecifická starostlivosť a komplikácie, ktoré sa musíme naučiť zvládať. Sme veľké kardiocentrum, máme široký intervenčný, arytmiologický a angiologický program. O akútne situácie naozaj nie je núdza. Ale aby som sa vrátila k druhej časti vašej otázky. So stúpajúcim vekom sa mi zdá, že máme stále mladších a mladších pacientov. Reálne (a vážne)



je pre mňa vek pacienta orientačným číslom. Biologický vek je často o dekády nižší (u niekoho, samozrejme, naopak).

● **Máte významné výsledky v oblasti akútnych koronárnych syndrómov, trombózy a antitrombotickej liečby, ale aj pri pľúcnej embólii. Liečba musí byť ušitá doslova na mieru pacienta pričom jeho stav nie je stabilizovaný. Vyžaduje si to dynamiku, odborné vedomosti, uchopenie problému v celosti, predvídanie...**

Áno, je to tak. Platí to pre všetky akútne stavy.

● **Participovali ste na viacerých klinických štúdiách. Mohli by ste priblížiť aj ďalšie projekty a čo priniesli do praxe?**

V súčasnosti ma zamestnáva hlavne problematika antitrombotickej liečby pacientov s akútnym infarktom myokardu, ktorý je iniciálne komplikovaný kardiogénnym šokom. Zatiaľ čo na akútny infarkt myokardu bez tejto komplikácie zomiera v nemocnici okolo 5 % pacientov, z tých, ktorí sú v šoku, prežije pri dostupnosti najlepšej liečby každý druhý (teda zomiera 50 %). Navyše, existujú prirodzené významné limitácie účinnosti liekov určených pre orálnu cestu podania - ide o pacientov v celkovo alterovanom stave, s centralizáciou obehu a s tým spojenou poruchou absorpcie z tráviaceho traktu, často s potrebou umelej pľúcnej ventilácie, a teda aj sedácie. Štúdia je medzinárodným multicentrickým akademickým projektom, ktorý overuje hypotézu o prínose čo najčastejšieho podania parenterálneho antitrombotického lieku u tejto skupiny pacientov. Veľmi ma teší, že je to prvý z mojich akademických projektov, do ktorého sa okrem 18 českých zapojili aj kolegovia zo Slovenska - bratislavské CINRE, banskobystrický SÚSSCH a nitrianske Kardiocentrum.

Akademický výskum v tomto prípade znamená veľmi veľa práce navyše, ku všetkým bežným povinnostiam. Odmenou je pocit/vedomie, že takýto výskum prispeje poznáním, ako čo najlepšie, teda najefektívnejšie liečiť veľmi rizikovú skupinu pacientov s cieľom znížiť stále extrémne vysokú mortalitu. Kolegovia, ktorí sa zapoja do akademického výskumu, si zaslúžia veľké uznanie a rešpekt. Tento projekt je v mojom profesijnom živote prelomový aj tým, že o zapojenie sa do jeho riešenia prejavili záujem aj kolegovia zo západnej Európy. Prebieha jeho schvaľovanie a iniciácia v troch prestížnych nemeckých centrách, riešime zapojenie sa centra vo Francúzsku a Taliansku. Vidím veľkú perspektívu a potenciál v spolupráci „bez hraníc“.

● **Pôsobili ste aj v Texas Heart Institute v Houstone. Čo vám tento pobyt priniesol a ako by ste porovnali prácu vo FN Kráľovské Vinohrady a v USA?**

V Texas Heart Institute som bola na trojmesačnom študijnom pobyte ako pozorovateľ. Pracovať samostatne v USA v oblasti klinickej medicíny bez absolvovania skúšok spojených s uznaním vzdelania/špecializácie nie je možné. Občas čítam podobné vyjadrenia a zveličovania osobného zapojenia sa v rámci krátkodobých študijných pobytov. Je to úsmevné. Konfrontácia s organizáciou práce, so štruktúrou a dodržiavaním kompetencií, racionalita. Pochopila som, ako to všetko umožňuje sústrediť sa na prácu, ktorej rozumiem a nezahľovať sa problémami, ktoré má riešiť niekto iný. Toto považujem za motor a podstatu efektivity a úspešnosti medicíny za oceánom. V tomto stále pretrvávajú veľký rozdiel medzi nami.

● **Pred niekoľkými rokmi vám vyšla publikácia Novinky v akútnej kardiológii a stretla sa s veľkým záujmom odbornej verejnosti. Čo vás viedlo k vydaniu tejto knižky?**

Pripomenuli ste mi, že by sme ju mali aktualizovať.

● **Ste členkou výboru Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC). Čo sa snažíte presadiť v ESC a čo v Českej republike, na vašom pracovisku?**

Táto otázka, hlavne tá prvá časť, by bola témou na samostatný rozhovor. Veľmi som sa snažila upozorniť aj na fakt, že je esenciálne dať v rámci ESC priestor nielen absolventom a profesorom Harvardu, Oxfordu či Sorbonny, že prestížnosť osobnosti vo svetovej/európskej kardiológii nie je limitovaná hranicami Nemecka, Talianska, Rakúska. Prvými autormi veľkých klinických štúdií v NEJM, Lancet či JAMA (najprestížnejších časopisoch v oblasti klinickej medicíny) sú spravidla autori z USA či západnej Európy nie preto, že len tam majú „razítka“ najvyšších odborných kvalít. Západné krajiny sú krajiny s vyspelou a kúpy-schopnou ekonomikou. Veľká farmaceutická spoločnosť preto nesiahne pri výbere hlavného riešiteľa štúdie do krajín, ktoré sú z pohľadu biznis plánu na okraji záujmu. V rámci ESC som sa snažila upozorniť na dôležitosť priestoru pre lídrov/osobnosti z „nezápadných“ krajín. Považujem to za veľkú výzvu jednej z najvýznamnejších a najvplyvnejších profesijných organizácií na svete a podmienku pre naplnenie jej deklarovaného cieľa - zníženie výskytu kardiovaskulárnych ochorení. Prisun informácií, analýza, špecifická prijímaných odporúčaní... To je možné len pri začlenení osobností s nezápadných krajín aj do štruktúr, ktoré majú reálnu rozhodovaciu kompetenciu. Z nezápadnej Európy sme vo výbore ESC dvaja, v tzv. management group

(predseda, podpredsedovia, pokladník) nikto. ● **Ako to vyzeralo v Kardiocentre počas mimoriadnych opatrení v dôsledku pandémie COVID-19?**

Kardiáci sú rizikovou populáciou pacientov. Bolo treba prijať opatrenia, aby sa v priebehu hospitalizácie predišlo ich náказe a, samozrejme, aby bol chránený personál. Najťažší bol začiatok, kým sa v nemocnici a na našom pracovisku nastavili pravidlá, organizácia starostlivosti, štandardizovala sa prevádzka v novej náročnej situácii. Plánované výkony bolo možné odložiť, samozrejme, selektívne. Prevádzka na akútnom oddelení pokračovala. Modifikovali sme všetko potrebné. Prácu sestier, lekárov, vizity... Natrénovali sme špecifické postupy pri prijímaní akútnych pacientov, ku ktorým sme do výsledku testu pristupovali vždy ako k potenciálne infekčným. Celkový počet pacientov s infarktom o niečo poklesol a významne narástol počet tých v ťažkom stave. Zaznamenali sme až 100-percentný nárast pacientov prijímaných po mimonecničnej srdcovej zástave, vysoký nárast tých na umelej pľúcnej ventilácii. Bolo a je to náročné. Na strane druhej, každá výzva nás posúva, veľa sme sa naučili, overili schopnosti. Kontinuálna mediálna masáž, obrázky hromadiacich sa mŕtvol v Taliansku, informácie o ich skladovaní, neustále vyvolávanie strachu... Zdravotník s pojmom „smrť“ pracuje, je na podobnú záťaž určitým spôsobom predpripravený. Ťažké to muselo byť hlavne pre laikov, nehovoriac o onkologických pacientoch, senioroch (tých čo sa so svojím strachom nemali s kým podeliť). Aké to všetko malo a bude mať dopady na zdravie ľudí? Dostali sme ako spoločnosť lekciu a dúfam, že s pokorou analyzujeme nielen to, ako sa niečo podarilo, ale aj to, ako to robiť nabudúce lepšie.

● **Na 3. LF Karlovej univerzity sa venujete výučbe. Akí sú dnešní mladí lekári a študenti medicíny?**

Rôzni. Tak ako starší lekári a študenti iných odborov. Chcela som napísať, že sú menej zapálení a menej obetujú práci ako tomu bolo v čase, keď som bola študentkou a mladou lekárkou ja. Spoločnosť sa ale vyvíja, mení a oni sú v tej dobe zapálení a obetaví modifikovanou formou, ale rovnako. A rovnako niektorí zapálení a obetaví neboli a nie sú ani teraz. A to je dobre. Mám v živote rada pestrosť. Vnímam, ako sa z priemerného študenta, mladého lekára stane v priebehu času snáď aj našim pôsobením/príkladom/inšpiráciou študent s veľkým záujmom o pacienta a poctivý doktor, ktorý po atestácii odchádza „na vlastné nohy“. Dáva mi to pocit zodpovednosti a zmysluplnosti mojej pedagogickej časti práce. Ak napíšu pranie, zastavia ma na kongrese, zavolajú s prosbou o radu, spomenú si roky po tom, čo naše pracovisko opustili, je to pekné, teší ma to. Ako každého učiteľa (a snáď aj tých mojich).

● **Máte zaujímavú a dynamickú prácu. Nájete si čas na relax? Kde si najlepšie oddýchnete?**

Som „ranostaj“. Sobotná skorá ranná prechádzka s manželom, psami (vlastne teraz, žiaľ, už len jedným) na dunajskej alebo vltavskej hrádzi, v lese, pri ktorom bývam v Prahe. Očista duše, energia pre telo. Tam dobijam. Je to možno deviácia, ktorú pozná veľa kolegov, najlepšie oddychujem po veľmi náročnom týždni, ťažkej službe a, samozrejme, keď som spokojná s výsledkom. To sú tie endorfiny.

Zhovárala sa RNDr. Milica Šarmírová