

Padesát let od zahájení akutní koronární péče v České republice

Vladimír Staněk

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Na začátku šedesátých let minulého století byl klinický obraz srdečního infarktu znám již půl století, léčebné praktiky se ale celá desetiletí neměnily. Při bolesti opiáty, pak 5týdenní klid na lůžku, který vedl k tromboemboliím. Lékaři věděli, že nemocní umírají často náhle, někdy z aparentně dobrého stavu. Vypozorovali, že k náhlým úmrtím docházelo brzy po vzniku symptomů, kdy mechanismem zástavy oběhu byla fibrilace komor, a nebo později až když pacient vstal z lůžka nebo šel na toaletu. V takových případech se většinou našla při pitvě ruptura myokardu s tamponádou a nebo masivní plicní embolie. Proto nařizovali přísný klid na lůžku po 5 týdnů, nemocní byli krmeni sestrou a defekace byla dovolena jen na lůžku na míse. Imobilizace ovšem jen zvyšovala riziko a výskyt tromboembolií, a tak byla k imobilizaci po druhé světové válce přidána perorální antikoagulace.

Ke zlomu dochází v polovině šedesátých let. Umožnil to technický pokrok. Koncem padesátých let se totiž do praxe dostává zevní defibrilace, pak dočasná kardiostimulace a nakonec zevní srdeční masáže a umělá plicní ventilace, které nahradily dřívější archaické resuscitační postupy. V roce 1962 vzniká v Kanadě první koronární jednotka, tedy jen pokoj s možností trvalého záznamu srdečního rytmu na papírový proužek a trvalým dozorem personálu, který mohl promptně zasáhnout při výskytu komorových tachykardií infuzí mesocainu, při zástavě oběhu defibrilací, kardiostimulací nebo srdeční masáží. Vznikly tak koronární jednotky první generace, na kterých se léčily jen poruchy rytmu, nevědělo se, jak zasáhnout, aby nekroza a výsledné poškození byly menší.

U nás jsme zareagovali na pokrok o 4 roky později. První koronární jednotka zahájila v tehdejší Československu provoz dne 15. 8. 1966. Stalo se tak na půdě tehdejších Výzkumných ústavů ministerstva zdravotnictví v Praze-Krči, které byly v roce 1971 sloučeny do dnešního IKEM. Bylo to z iniciativy chirurga Jaroslava Budy z Ústavu klinické a experimentální chirurgie (ÚKECH) a kardiologa Jana Hammera z Výzkumného ústavu chorob oběhu krevního (ÚCHOK). To, že jednotka vznikla v těchto výzkumných ústavech, nebyla náhoda. Jan Hammer a Zbyněk Píša prováděli u nás jako první u lidí neselektivní angiografii koronárních tepen a u psů při uzavřeném hrudníku prováděli selektivní sondáž koronárních tepen. Oddělitelnou špičkou katétru (říkali tomu podle tehdejší módy sputnik) vyvolávali experimentální infarkt a sledovali reverzibilitu ischemie. Byli tak velice blízko selektivní koronární angiografii u člověka, která se začala praktikovat až později. Jaroslav Buda pak v experimentu na psech operoval věnčité tepny při použití tehdy nových lepidel. V dalším výzkumném ústavu pro elektroniku a modelování v lékařství (VÚEML) byla již zavedena metoda trvalé a dočasné kardiostimulace. Tým biomedicínských inženýrů vyráběl kardiostimulátory a defibrilátory vlastní konstrukce a představoval zázemí pro technické vybavení. V Ústavu klinické a experimentální chirurgie navíc pracovala avantgardní skupina anesteziologů. V té době převládal názor, že se akutní syndromy budou řešit chirurgicky a prvním vedoucím byl proto chirurg Jaroslav Buda.

Jednotka „Oddělení náhlých příhod srdečních“ měla čtyři lůžka a o pacienty pečoval multidisciplinární tým konzultantů. Kardiologickým

konzultantem byl Jan Hammer, anesteziologickým konzultantem Stanislav Pautler, kardiostimulace zajišťoval Zdeněk Náprstek a jediným sekundářem byl Juraj Fabián. Noční služby obstarávali lékaři z Ústavu pro choroby oběhu krevního. Tak fungovala jednotka až do roku 1968, kdy řada lékařů odešla dočasně nebo i natrvalo do zahraničí. To již bylo zřejmé, že srdeční infarkt není primárně chirurgicky léčitelnou nemocí. Kardiologové v Krči se naučili resuscitovat, ovládli techniku intubace a jednoduché anestezie, kardiostimulaci, přístup do centrálních žil. Byl dostatečně proškolen tým sester a jednotka byla přestěhována po 2 letech na kardiologii do budovy Ústavu pro choroby oběhu krevního. Vedoucím lékařem se pak stal Jan Hammer. Zařízení sloužilo pro spádovou oblast zhruba 450 000 obyvatel Prahy 4, přijímalo na 8 lůžkách více než 1000 nemocných ročně a lékaři získávali při velkém přísunu pacientů rychle zkušenosti. Příjmová doba byla tehdy v Praze dlouhá, více než 8 hodin. Léčily se jen poruchy rytmu, zasahovalo se při zástavě oběhu. Průběhy infarktu byly těžké, srdeční selhávání bylo časté. Hospitalizační mortalita mužů mladších 65 let s prvním Q infarktem byla tehdy 16 % a ze zemřelých každý třetí umíral na srdeční rupturu s tamponádou. Každý šestý nemocný měl perikarditidu většinou s vysokými teplotami a bolestivým syndromem. Druhý a třetí den jsme se při vizitě dívali, zda je na hrudníku vidět pulzující aneurysma, které bylo časté. V sedmdesátých a osmdesátých letech byla jednotka výukovým pracovištěm. Internisté ani kardiologové v terénu neměli v té době zkušenosti s resuscitacemi a kardioverzí, umělou ventilací, monitorováním hemodynamiky ani s přístupy do centrálních žil. Na jednotce proto

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

prof. MUDr. Vladimír Staněk, CSc., vlst@medicon.cz

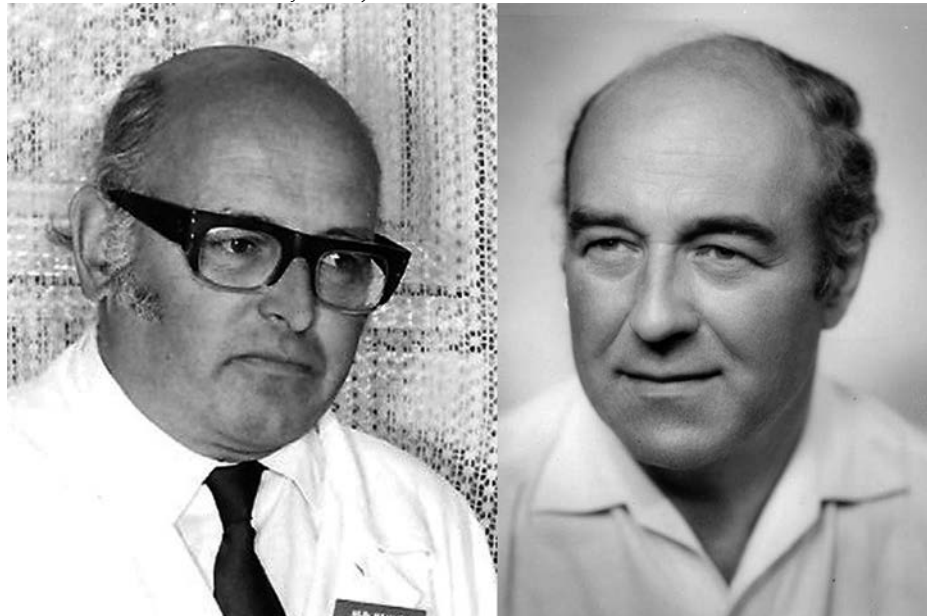
Klinika kardiologie IKEM, Vídeňská 1 958/9, 140 21 Praha 4

Cit. zkr: Interv Akut Kardiolog 2016; 15(2): 71–72

Článek přijat redakcí: 25. 4. 2016

Článek přijat k publikaci: 26. 4. 2016

Obr. 1. Zakladatelé koronární jednotky Jan Hammer (vlevo) a Jaroslav Buda



tehdy stážívala řada budoucích vedoucích pracovníků i pozdějších přednostů klinik.

Pracoviště nezůstalo samozřejmě jedinou koronární jednotkou, bylo to tehdy období přímo explozivního rozvoje jednotek intenzivní péče na interních odděleních, kam se přijímali i nemocní se srdečním infarktem. Podle tehdejších záznamů z roku 1976 již bylo v Československu na interních odděleních více než 100 jednotek intenzivní péče, první založil již v roce 1965 primář Herman v Pardubicích. Specializovaných koronárních jednotek však bylo v ČSR jen 16. Některé jednotky byly v různých směrech avantgardní. Vladimír Dufek z Ústřední vojenské nemocnice brojil proti imobilizaci a defekaci na podložní míse, Vlastimil Víšek z nemocnice Královské Vinohrady zařídil mobilní koronární jednotku, vůz vybavený defibrilátorem a ambuvakem, který vyjížděl k nemocným. Karel Dvořák v Ostravě propagoval trombolýzu a Václav Červenka již v první polovině osmdesátých let prováděl na Vinohradech u srdečního infarktu koronární angiografie s cílem rozrušení trombu

a aplikace trombolýtika a následné angioplastiky. Koronární jednotka v IKEM však byla i při ztrátě monopolu avantgardní, Ivan Málek zaváděl hemodynamické monitorování tehdy novými Swan-Ganzovými termodilučními katétry, zaváděla se vazodilatační léčba srdečního selhávání a trombolýtická léčba. Koronární angiografie začali lékaři na jednotce provádět již na konci sedmdesátých let. Je škoda, že tehdejší vedení kardiocentra IKEM lékařům zakázalo tato vyšetření provádět. Z prestižních a osobních důvodů se tak zbrzdil pokrok o řadu let.

V sedmdesátých letech bylo zřejmé, že je to velikost nekrózy, která ovlivňuje bezprostřední i pozdní prognózu lidí s infarktem myokardu a téměř celé desetiletí se marně hledala farmaka, která by ochránila ischemické ložisko od vzniku nekrózy. Tento zbloudilý přístup k léčbě infarktu zavinili někteří renomovaní patologové, kteří tvrdili, že trombóza v koronární tepně není příčina, ale následek infarktu. Nacházeli totiž u infarktu trombózu jen asi ve 30 % pitvaných. Uniklo jim, že dochází k pozdější spontánní fibrinolýze.

Tepřve klinici angiograficky ukázali, že zatímco v prvních 24 hodinách je u nemocných s infarktem uzavřer tepny přítomen v 90 %, druhý den jen v 54 %, dochází k rekanalizaci. Trombus se rozpouští, bohužel až v době, kdy již způsobil nekrózu. Tím začala nová éra léčby infarktu. Cílem léčby byla časná rekanalizace tepny, napřed fibrinolýzou, pak koronární intervencí. Avantgardní byl opět IKEM. Michael Želízko zde zorganizoval v roce 1992 první systematický nonstop program léčby srdečního infarktu primární koronární intervencí nejprve u rizikových pacientů, od roku 1995 se léčili intervencí všichni nemocní přijatí se srdečním infarktem. Vývoj léčby u nás pak v roce 2000 završil Petr Widimský, který v multicentrické studii ukázal bezpečnost a schůdnost transportu nemocných do kardiocentra na katetrizační sál. Tím vývoj péče jistě nekončí. Do léčby vstupují podpurné oběhy s oxygenátory, hibernace po zástavě oběhu, ale to je již přítomnost.

Zavádění katetrizační léčby infarktu u nás nebylo snadné. V sedmdesátých letech měli lékaři v IKEM zákaz provádět koronární angiografie pod hrozbou propuštění z práce. Jejich grantová aplikace o podporu nonstop programu léčby infarktu angioplastikou byla zamítnuta jako nerealizovatelná, pokus o katetrizační rekanalizaci tepny u nemocného v kardiogenním šoku, který zemřel, byl důvodem ke kázeňskému postihu a hrozbě soudní žalobou. Nakonec i projekt Petra Widimského transportovat nemocné k intervenci do kardiocentra byl hodnocen jako nebezpečný.

Cesta, která nás dovedla až na současnou úroveň dnešní péče o nemocné s infarktem tedy nebyla přímočará, vedla přes překážky, zaváděla často do slepých uliček a jistě nekončí. Je vhodné si čas od času připomenout lidi, kteří nám tuto cestu vyšlapali, protože jinak můžeme zjistit, že již není nikdo, koho bychom se na začátky cesty mohli ptát.