

Úvodník

Intervenční kardiologie – quo vadis?

Proč v samotném úvodu začínat otázkou? Snad proto, že ne všechno, k čemu jsme v oboru intervenční kardiologie v posledních letech dospěli považují za jasné klady tohoto relativně mladého oboru kardiologie.

Nejprve fakta pozitivní: zřejmě největším přínosem, který svou úrovní právě v České republice vzbudil pozornost až na stránkách renomovaného New England Journal of Medicine⁽¹⁾, je léčba akutního infarktu myokardu. Spolu s Dánskem jsme dáváni za příklad v kvalitě organizace transportu nemocných a vytvoření sítě center, která jsou schopna v co nejkratší době provést intervenci u těchto nemocných. Výsledky studií PRAGUE-1 a PRAGUE-2 jsou z hlediska ovlivnění mortality a ostatních komplikací AIM dávány za příklad i pro země jinak považované za obecně vyspělejší. Odvrácenou stranou v této problematice je fakt, že nejsme schopni dosáhnout toho, aby u nemocných bez možnosti transportu byla včas zahájena léčba modernějším fibrinolytikem, než je streptokináza! Příchod potahovaných stentů do koronárních intervencí je významným pokrokem, v České republice ho zatím provázejí především problémy v zajištění jejich úhrady.

Další pozitivní vývoj vidím v rozšíření spektra intervenčních výkonů – kromě valvuloplastik provádíme na řadě míst katetrizační uzávěry defektů septa síní, septální ablace u hypertrofické kardiomyopatie, embolizace píštělí, pronikli jsme do oblasti karotid, někdy i tepen renálních. Správný směr našich terapeutických postupů je i zahájení pilotní fáze studie, která bude hodnotit využití transplantace kmenových buněk u nemocných po infarktu myokardu s těžce postiženou funkcí levé komory srdeční. Koordinaci činnosti katetrizačních pracovišť v této oblasti považují za základní předpoklad k tomu, abychom byli schopni prezentovat výsledky této léčby i na mezinárodní úrovni.

Co však vidím jako vývoj nepříznivý? Vytvoření 22 center, která mají k dispozici kvalitní vybavení, vedlo k rychlému nárůstu jak počtu provedených výkonů, tak i mladých „intervenčních kardiologů“. Nejsem si však jist, že k tomu ve všech případech došlo správným způsobem. Přesvědčuji se o tom při různých příležitostech: začnu příkladem intervenčního kardiologa, proslulého počtem provedených PTCA výkonů a implantovaných stentů, který neumí provést kompletní vyšetření nemocného s chlopenní vadou s vyhodnocením hemodynamického nálezu(!), pokračovat mohou nedostatečnou erudicí v oblasti intenzivní péče o těžce hemodynamicky a metabolicky kompromitované nemocné, malým stupněm vzdělání invazivních kardiologů v oboru echokardiografie a jistě bychom našli řadu dalších příkladů zanedbaného „základního vzdělání“ těch, kteří dnes tak úspěšně „roztahují a otevírají“ postižené věnčité tepny. Obávám se, že se z někte-

rých intervenčních kardiologů stávají stále více radiologové, kteří vidí pouze anatomii, méně již přemýšlí nad funkčními dopady zobrazených změn. Domnívám se, že k tomu vede především předčasná specializace našich mladých lékařů, které z pochopitelných důvodů oblast intervenční kardiologie velmi přitahuje. Musíme proto věnovat větší pozornost tomu, jak se nám „rodí“ noví specialisté: začít širším rozhledem v interních oborech s následující kardiologickou specializací, ve které by měla být na prvním místě intenzivní péče, minimálně jeden rok praxe na intenzivně pracující koronární jednotce se současnou výukou echokardiografie, pravostranné katetrizace, práce s ventilátorem, balonkovou kontrapulzací, komplexní farmakoterapií a dalších výkonů. Teprve tehdy, když je jisté, že lékař sám v noci zvládne péči o kardiogenní šok i jinak komplikované nemocné, je ten správný čas, pustit se do výchovy invazivního a později intervenčního kardiologa. Jeho výchova, která potrvá řadu let, tak bude postavena na dobrých klinických základech. Bude umět rychle a správně diagnostikovat a léčit komplikace, které se u našich nemocných s akutními stavy vyskytují častěji, než tomu bylo v dobách samotných elektivních výkonů. Nelze se spokojit s představou, že 100 % nemocných s implantovaným stentem je vrcholem naší péče o nemocné.

Zůstávám optimistou a věřím, že pokud bude v čase budoucím potřeba, najde se při putování naší zemí v každém katetrizačním centru kardiolog, kterému bez obav svěřím nemocné tělo do jeho péče. Pokud hledáme odpověď na otázku quo vadis?, můžeme zřejmě konstatovat, že intervenční kardiologie kráčí po stále širší cestě plné řadou významných pokroků, nových metod, které přinesly mnoho dobrého pro nemocné nejen s ischemickou chorobou srdeční, ale s řadou dalších závažných onemocnění. Je to však také cesta s mnoha nástrahami a je jen na nás, jak se s nimi dokážeme vyrovnat.

Literatura

I. Jacobs A.K. Primary angioplasty for acute myocardial infarction-is it worth the wait? *N Engl J Med* 349: 2003; 798 – 800.

prof. MUDr. Michael Aschermann, Dr.Sc., FESC.
II. interní klinika, klinika kardiologie a angiologie,
I. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 08 Praha 2
e-mail: mascher@vfjn.cz

Článek přijat redakcí: 30. 9. 2003
Článek přijat k publikaci: 30. 9. 2003