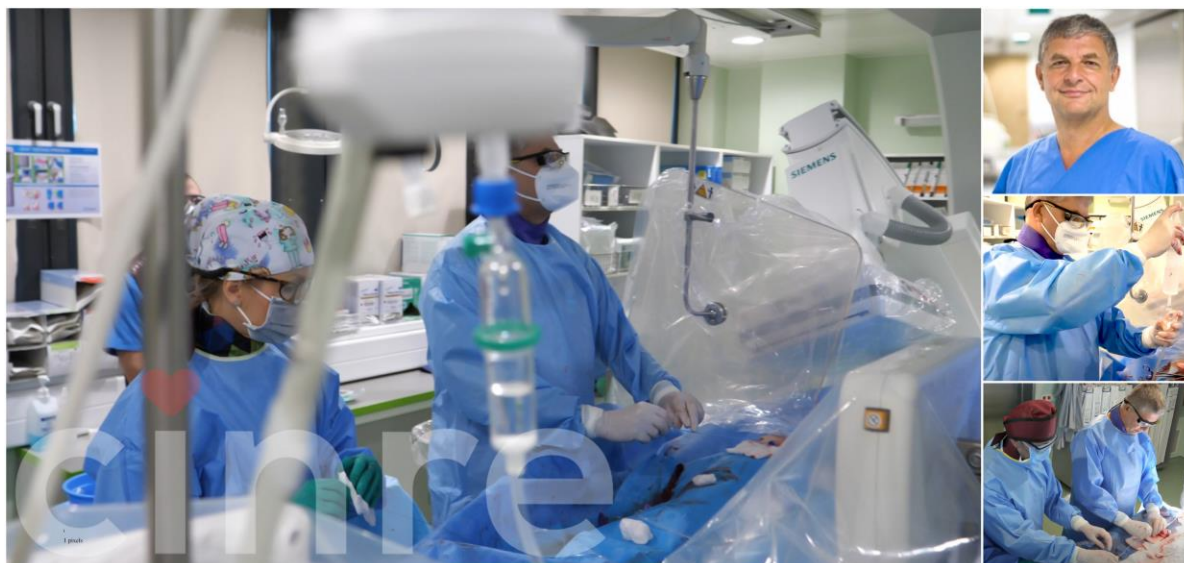


Intervenčný kardiológ operuje už 30 rokov, vykonal tisíce zákrokov



Intervenčný kardiológ operuje už 30 rokov, vykonal tisíce zákrokov

Na svojej práci má rád, že sa neustále vyvíja.

Kristýna Peštová

Redaktorka

Ota Hlinomaz je intervenčným kardiológom už 30 rokov. Vykonal tisíce zákrokov a desaťtisíce diagnostík. Byť lekárom je podľa jeho slov celoživotné vzdelávanie. Je zvyknutý na úspechy aj neúspechy, strata pacienta na operačnom ho stále zasiahne rovnako. Pod rukami mu vydýchol aj kamarát.

Pendluje z Brna do Bratislavy, navštevuje zahraničné významné kongresy a na jeho obore ho baví neustály vývoj medicíny. Veľký význam kladie biologickej liečbe. Nápor v práci zvláda najmä vďaka tomu, že práca je pre neho aj koníčkom.

Intervenčnú kardiológiu som si vybral preto, že je akčná. Práve tá akčnosť a takmer okamžité viditeľné výsledky už na operačnom stole ma bavia," povedal.

V čom spočíva práca intervenčného kardiológa a aký je rozdiel medzi intervenčným kardiológom a rádiológom?

Intervenčný kardiológ rieši srdce a rádiológ všetko ostatné. Sme úzko spolupracujúci tím. Dokážeme pokryť akúkoľvek intervenciu na cievach v tele. Mojou oblasťou záujmu sú srdce, koronárne tepny, liečba infarktu a ischemickej choroby srdca.

Prečo ste si vybrali intervenčnú kardiológiu?

Študoval som na Lekárskej fakulte v Brne, chodil som na kardiologické pracovisko v Brne, kde som potom aj nastúpil. Potom sa mi veľmi páčila intervenčná kardiológia preto, lebo je akčná. Okamžite vidíte výsledok práce. Keď otvoríte a spriechodíte zúženú tepnu, vidíte, že ste pacientovi pomohli. Pri akútnom infarkte príde na sálu pacient s bolesťami, po zákroku sa mu polepší a je to okamžite vidieť. Napríklad onkológ robí úžasné veci, no trvá to dlhšiu dobu.

Aké boli vaše začiatky? Čo napríklad neúspešné zákroky?

Na tomto obore je veľmi krásne, že je emotívny. V 95 percentách prípadov máte úspech, no v niekoľkých percentách výkon nevyjde. Zažijete sklamanie a neúspech a ste dole. Môže nám zomrieť pacient s infarktom. Niekedy komplikácie nastanú niekoľkokrát za sebou, čo je smutné. Ale potom to človek vyváži tým, že pracuje ešte viac.

Keď stratíte pacienta, ako to vnímate po tridsiatich rokoch?

Čím viac toho urobíte dobre, máte pocit, že ste dobrý až najlepší, no príroda vám ukáže, že to tak nie je, že nedokážete vyhrať nad všetkým. Ak sa to stane, idem ďalej a snažím sa z toho poučiť a urobiť závery, aby som napríklad ďalší raz inak reagoval.

Spomínate si aj na nejaké úsmevné zážitky?

Je fakt, že sme skvelý tím, v práci sa veľa nasmejeme. No nespomínam si na úsmevnú historku z operačnej sály. No negatívne zážitky si pamätám aj spred desiatich či dvadsiatich rokov. Negatívne spomienky v nás rezonujú viac. Pred dvadsiatimi rokmi som liečil jedného umelca, od ktorého mám dodnes pár sôch. Všetko bolo v poriadku a jedného dňa dostal infarkt. Zomrel mi na operačnom stole. Dodnes tie sošky mám a keď sa na ne pozriem, vybavím si to. Tu v Bratislave som zažil katastrofu, kedy si jeden cudzinec zobral Slovenku, prišiel po infarkte, ktorý nebol dobre vyriešený. Tu mal komplikácie aj pri výkone, zomrel približne dva týždne po zákroku.

Operovali ste aj niekoho z vlastnej rodiny? Dá sa v takomto prípade udržať emočný odstup?

Robil som angioplastiku svojmu svokrovi a bývalej svokre. Človek si musí veriť, že to dokáže urobiť špičkovu a zachovať profesionalitu. Treba to urobiť rovnako aj blízkemu. Je to emočne náročné a nie je to jednoduché.

S čím sa stretávate najviac?

S ischemickou chorobou srdca, čo znamená, že sú ateroskleroticky postihnuté koronárne tepny, ktoré dokážeme pekne ošetriť pomocou perkutánnej koronárnej intervencie. Je to metóda, pomocou ktorej tepny rozšírime a dávame do nej výstuže.

Operujete dospelých pacientov. Koľko rokov mal váš najstarší a najmladší pacient?

Operoval som mnoho pacientov po deväťdesiatke. Ale úspešne som operoval aj 100-ročného. Môj najmladší pacient mal 27 rokov.

Čo je najväčším rizikovým faktorom v tomto prípade?

V prvom rade je to fajčenie. Na Slovensku sa fajčí omnoho viac než v Čechách. Fajčia dokonca moji kolegovia na Slovensku. Fajčiarov musíme obmedziť čo najviac, pretože si naozaj poškodzujú cievy. Ďalej je to vysoký krvný tlak, cholesterol a cukrovka. S čím súvisí nadváha a nedostatok fyzického pohybu. Ľudia by mali jesť zdravo a mať aspoň hodinu pohybu denne. Najmä by sme mali poznať svoje vyššie spomínané hodnoty a hodnoty, ktoré chceme liečbou dosiahnuť. V tom spočíva prevencia voči infarktu.

Akú úlohu zohráva v takýchto prípadoch čas?

Najväčší prínos robíme v prípadoch akútneho infarktu myokardu, ktorý vznikne tak, že sa upchá vencovitá koronárna tepna, ktorá zásobuje srdce krvou. Túto tepnu pomocou našich techník dokážeme otvoriť a spriechodniť. Keď sa pacient cíti zle, ihneď by si mal zavolať rýchlu zdravotnú pomoc, ktorá príde a natočí EKG. Ak sú tam zmeny, svedčiace pre infarkt, okamžite by nás mal kontaktovať a my už na pacienta zväčša čakáme na sále. Ide o čas a o to, aby sme mu tepnu spriechodnili.

Čo vedľajšie následky po zákroku? Riešite ich vy alebo už bežný kardiológ?

Veci súvisiace s operáciou sa snažíme riešiť my, vedieť o nich a riešiť ich. Keď sa však niekomu točí hlava, musí sa k nemu vyjadriť celý tím špecialistov. Kardiológ, neurológ, rádiológ a možno aj internista. Na rozdiel od infarktu, ktorý pacienta ohrozuje na živote okamžite. Keď mu je už dobre, liečbu mu nastavuje kardiológ.

Koľko zákrokov vykonáte mesačne, respektíve koľko zákrokov ste vykonali počas svojej 30-ročnej praxe?

Nepočítam to presne. Vykonám okolo 400 angioplastík ročne a približne tisíc diagnostických koronarografií. Celkovo som teda počas profesijného života vykonal až 8 000 koronárnych intervencií a 20 000 diagnostických koronarografických vyšetrení.

Aké môžu nastať komplikácie počas zákroku?

Keď liečim pacienta s infarktóm, má upchatú tepnu, vo väčšine prípadov ju spriechodním. Niekedy sa to však nemusí podariť a zostane uzavretá. Taký pacient má o veľa horšiu prognózu. Katéter zväčša zavádzame z ruky až k srdcu, kdekoľvek v tomto smere môže nastať komplikácia, ktorá sa však stáva zriedka. Ale keď urobíte niekoľko tisíc takýchto zákrokov za život, dajú sa spočítať.

Ako sa vyrovnávate s neúspechom?

Dá sa to vďaka tomu, že táto práca ma baví a je pre mňa koníčkom.

Dá sa v tomto obore rásť aj po tridsiatich rokoch?

Vždy môžete veci robiť lepšie a lepšie. Medicína sa vyvíja neskutočným spôsobom. Materiál, s ktorým sme pracovali pred dvadsiatimi rokmi, je úplne iný, než ten, s ktorým pracujeme teraz. Intervenčná kardiológia sa posunula. Teraz sme už schopní nahradiť aortálnu chlopňu a iné srdcové chlopne. Rozvíja sa liečba hypertenzie, sme schopní urobiť renálnu denerváciu, znížiť krvný tlak.

U pacientov, ktorí majú defekt septa predsiení - otvor medzi ľavou a pravou chlopňou a prekonalí mozgovú príhodu bez jasnej príčiny, dokážeme tento otvor uzatvoriť. Je mnoho metód, ktoré sa rozvinuli.

Sme v pilotnej svetovej štúdií, ktorá rieši dilatovanú rozšírenú ľavú komoru, dokážeme ju stiahnuť kotvičkami.

Aktuálne máme fantastické lieky na znižovanie cholesterolu. Mnoho srdcových ochorení vzniká preto, lebo sa cholesterol ukladá do tepien. Máme skvelé lieky, ktoré sa dajú podať injekčne. Efekt jednej injekcie vydrží až šesť mesiacov. Je to biologická liečba, ktorá je obrovský pokrokom v mnohých oblastiach medicíny. Napríklad na onkológii či pri Crohnovom ochorení.

Behom nasledujúcich rokov uvidíme záplavu takýchto preparátov.

Na takúto liečbu musí pacient spĺňať nejaké špeciálne podmienky?

Zväčša to určuje poisťovňa. Napríklad v Čechách táto injekcia stojí okolo 800 až 900 eur. Toto musí poisťovňa regulovať, nedajú to všetkým. Pacient si ju však môže zaplatiť aj sám, ale takých veľa nemám. Sú však aj odporúčania, ktorí pacienti sú na to vhodní adepti.

Pre spomínanú injekciu sú vhodnými kandidátmi napríklad pacienti, ktorí už prekonalí ischemickú poruchu srdca, sú po infarkte a majú hodnotu cholesterolu, napriek medikamentóznej liečbe, vysokú.

Čoskoro bude tento liek dostupný aj všetkým kardiológom.

Ako je to s operačným riešením vysokého tlaku?

Renálna denervácia je zákrok, pri ktorom prebiehal veľký výskum. Vo väčšine prípadov je to metóda druhej voľby. Zväčša pacienti užívajú tabletky a až potom sa pristúpi k operačnému riešeniu. Toto sa však možno posunie, roky praxe ukážu, ktorý zo smerov je najlepší.

Kto zabezpečuje tento vývoj?

V tomto je ľudstvo úžasné. Je to tímová práca. Pozrime sa na covid. Keď prišiel, nevedeli sme o ňom nič. Zrazu rýchlo vyvinuli niekoľko vakcín. Keď sa ľudstvo dostane do kritickej situácie, dokáže nenormálne veci. Bol som na kongrese európskej kardiologickej spoločnosti v Amsterdame, kde sa každoročne stretáva 20- až 30-tisíc kardiológov z celého sveta. Z toho je mnoho vedcov, každý niečo rieši. Zamyslite sa nad tým, aký je to obrovský mozgový potenciál. Každý sa snaží byť najlepší, každý má nápady. Dôležitá je konkurencia a súťaživosť odborníkov. To je na tom to najzaujímavejšie a najkrajšie, vytvárať nové metódy. Nie je to teda len o vencovitých tepnách. To platí aj v prípade nemocníc.

Ako to myslíte?

Ľudia, dokonca aj politici, hovoria negatívne o súkromnom sektore. Ja si však myslím, že konkurencia a vyvážená verejná súťaživosť medzi odborníkmi je cesta k zlepšovaniu sa odborníkov a zlepšeniu situácie v zdravotníctve.

Aktuálne sa na Slovensku rieši téma súkromných a štátnych nemocníc. Veľa ľudí sa sťažuje na veľké čakacie doby na operácie v štátnych nemocniciach. Na druhej strane sa v súkromných nemocniciach veľa platí. Vidíte rozdiel medzi prácou v štátnom sektore a súkromnom?

Viem to porovnať. Pracoval som v oboch. Desať rokov som pracoval v súkromnom sektore v Bulharsku. Teraz pracujem v Bratislave v Cinre. Je to veľký rozdiel. V súkromnom sektore sa pracuje omnoho intenzívnejšie. U nás si pacient nepripláca za žiadnu kardiologickú starostlivosť. V štátnom sektore sa stále premýšľa, na všetky úkony je výberové konanie, je tam malá zainteresovanosť.