

Prim. MUDr. František Toušek, FESC: Můžeme léčit a zachraňovat to, co by nás před 30 lety ani nenapadlo

Prim. MUDr. František Toušek, FESC, končí po dlouhých letech ve funkci primáře Kardiologického oddělení. Zavzpomínali jsme proto na jeho profesní začátky, historii oddělení či vývoj oboru jako takového.

Pane primáři, v kterém roce jste do Nemocnice České Budějovice nastoupil? Můžete zavzpomínat na začátky?

Pracuji v českobudějovické nemocnici od srpna 1975, kdy jsem přišel jako čerstvý absolvent. Byl jsem tehdy přijatý na 2. Interní oddělení prim. MUDr. Karla Dvořáka, CSc., viceměně jsem začal jako každý jiný sekundár, tedy na lůžkách. Byl jsem zde asi tři čtvrtě roku, poté jsem odešel na roční povinnou vojenskou službu. Tu hodnotím z pohledu lékaře pozitivně, museli jsme se spolehnout sami na sebe, dodalo nám to potřebné sebevědomí. Řešili jsme i případy, na které bychom si pod vedením v nemocnici netroufli.

Po mém návratu z vojny jsem již začal směřovat na kardiologii. Pan primář Dvořák se soustředil na gastroenterologii, zatímco jeho zástupce MUDr. Milan Vambera, CSc., na mnou preferovanou kardiologii. S panem doktorem Vamberou jsme si byli názorově velmi blízcí. Spolu s dalším kolegou MUDr. Jiřím Šejharem jsme byli taková trojka, která se upínala tímto směrem. Jiří Šejhar byl také velmi manuálně zručný, jako první se zde věnoval i počítačům. Spolu s Milanem Vamberou sestrojili ze součástek náš první počítač. Byla to velmi hezká doba, krásné začátky.

Jak se v roce 1975 léčil infarkt?

Dle klinických příznaků byl pacientovi pomoci EKG diagnostikován infarkt. EKG byla jediná diagnostická metoda, která byla jasná. Jakkmile tedy přišel pacient s tímto klinickým a EKG obrazem, položili jsme jej na sedmilůžkový pokoj, tlumili mu pomocí opiátů bolest a pak už byl ponechán svému osudu. Infarkt se v těchto letech léčil pouze klidem na lůžku. Mnohdy se tedy stalo, že pacient nezemřel na komplikace spojené s infarktem, ale že dostal kvůli dlouhému pobytu na lůžku hlubokou žilní trombózu a plicní embolií nebo hypostatikou pneumonií. Zemřel tedy často na jiné komplikace než na ty vlastní srdeční. Toto byla běžná praxe v tehdejší Československu. Ve světě však již v 60. letech začala postupně vznikat specializovaná pracoviště – koronární jednotky a to se dostalo i k nám. V Československu vznikla první koronární jednotka v roce 1966 v pražském IKEMU. O deset let později vznikla tato jednotka v českobudějovické nemocnici. Bylo to v době mé vojenské služby.

Když jsem se tedy vrátil z vojny, měli jsme intenzivní jednotku. Infarkt jsme zde léčili pořád stejně, ale uměli jsme již udělat externí kardiostimulaci, uměli jsme provádět defibrilaci. Byly to už dostupné metody. V té době se rovněž začaly dělat kanylace centrálních žil, kterými jsme podávali různé intravenózní vazodilatorní léky. Zajímavostí u kanylací centrálních žil je to, že jsme dlouho chodili z ARNO. Tehdy ani „aristi“ neuměli to, co je dnes pro lékaře jakékoliv JIP běžným základem, běžnou rutinou.

Co následovalo v 80. letech?

V léčbě infarktu došlo k přelomu. Objevila se intravenózní trombolýza, díky čemuž bylo možné srdeční trombus v koronární tepně, který je příčinou infarktu, medikamentózně rozpustit. Zlepšilo to určitě prognózu našich pacientů, ale problém byl v tom, že i když se koronární trombus rozpustil, zůstal, na které se trombus vytvořil, zde zůstala. Tito pacienti pak bohužel často dostali reinfarkt, někdy i do čtyřadvaceti hodin po trombolýze. Mortalita stále nebyla ideální. V roce 1977 však ve Švýcarsku Andreas Roland Grüntzig provedl první balóňkovou koronární angioplastiku, což byl zásadní průlom v léčbě onemocnění koronárních tepen. Trvalo ještě léta, než se tato nová metoda ujala masově i v dalších zemích. Instrumentárium k tomu potřebné nebylo ještě dostupné. Až v 90. letech, v okamžiku, kdy se této techniky ujaly průmyslové a farmaceutické firmy, tedy začaly vyrábět již bezpečné angioplastické balóňky a stenty, se situace zlomila. Naše oddělení éru trombolýzy téměř přeskočilo a vltiti jsme hodně rychle do srdečních katetrizací a intervencí. Začátky byly ale velmi složitě.

V roce 1987 odešel MUDr. Milan Haco, specialista na diagnostiku onemocnění koronárních tepen, z IKEMU na kladenský pracoviště – do táborské nemocnice na radiologii. Spolu s tehdy již primářem Vamberou a zdejšími radiology jsme jej přesvědčili, aby nastoupil do naší nemocnice na kardiologické oddělení. Tehdejší primářka MUDr. Danuše Kasalová tomu dala zelenou a MUDr. Haco spolu s MUDr. Jiřím Bouzkem, který vedl (v té době ještě na interně) koronární jednotku, udělali v únoru 1990 první koronarografie na Radiologickém oddělení. Jakkmile koronarografie prokázala nálež vhodný k intervenčnímu řešení, jel s tímto nálezem MUDr. Bouzek do kardiocentra v IKEMU, aby daný případ lékařům demonstroval. Ti následně pacienta operovali. Poté, co koronární diagnostiku začal provádět i nynější primář Radiologického oddělení MUDr. Petr Lhoták, zvýšily se počty vyšetřených pacientů, nicméně vzhledem k rychlé narůstajícímu počtu pozitivních nálezů vhodných k angioplastikám nebo operacím bylo jasné, že toto dlouhodobě praktikované nelze, že tedy cesta nevede. Naším cílem tedy bylo, aby byl pacient kompletně ošetřen v naší nemocnici, pokud možno na oddělení specializovaném na kardiální onemocnění. Tuto potřebu ještě podpořily i takzvané „transportní studie“, kterými bylo prokázáno, že pacienta s infarktem myokardu lze bezpečně transportovat k akutní koronární angioplastice až na vzdálenost 120 kilometrů.

Už tehdy se začala rýsovat potřeba specializovaných kardiocenter, které budou poskytovat péči celým regionům se spádovými oblastmi 500 000 až 1 milion obyvatel.

V našich podmínkách tehdy už nebylo problémem udělat diagnostiku, ale intervenční zákrok. Školících pracovišť po republice bylo v té době málo. Ač bylo možné navštívit tato pracoviště za účelem školení, nikdy se nevrátil lékař tak způsobily, aby mohl intervenční výkony již plně a sám provádět.

V roce 1992 vznikla „Nadace Kardiologického oddělení České Budějovice“. Co bylo jejím cílem?

Získávat finanční prostředky k vybudování kardiocentra v jihočeském regionu. První krok, který se nám podařilo, bylo náhodně kontaktování rodák z Třeboně, profesora Loskota, který odešel pracovat do Německa do obrovského kardiocentra v Rotenburgu nad Fuldu. Pan profesor umožnil nám jeho kolegové, MUDr. Ladislavu Pešlovi, aby se dovozďoval u něj na pracovišti. Naučili jej to tak, že když se Láda vrátil, mohl se už postavit k zákrokovému stolu a pracovat samostatně. Byl tedy nositelem informací. Přivezl sem léčebnou metodu koronární angioplastiku.

Samostatné kardiologické oddělení vzniklo v roce 1998.

Nemělo již smysl, aby fungovala dvě interní oddělení. Zniklo tedy oddělení kardiologické a gastroenterologické, jak již popsala v minulém čísle paní primářka MUDr. Olga Shonová.

A jaká pak byla cesta ke vzniku komplexního kardiocentra?

V polovině 90. let plánovala Česká kardiologická společnost jedno kardiocentrum (s kardiologií) na jeden milion obyvatel. Soutěžili buduje tedy s první, kdo to kardiocentrum vybuduje jako první. Měli jsme obavy, že když kardiocentrum vznikne dříve ve Fakultní nemocnici v Plzni, tak Ministerstvo zdravotnictví ani Česká kardiologická společnost v Českých Budějovicích vznik kardiologie nepovolí, neboť oba kraje dohromady mají spadá jen asi 1,5 milionu obyvatel. Díky nasazení našeho týmu jsme však měli oproti Plzni



Prim. MUDr. František Toušek, FESC | Foto: Jan Luxik



Operační sál s monitory | Foto: Jan Luxik



Čestný doktorát udělený prim. MUDr. Františku Touškovi, FESC, Českou kardiologickou společností | Foto: Jan Luxik

obrovský náskok. U nás již fungovalo samostatné Kardiologické oddělení, v Plzni byla kardiologie stále začleněná pod internou. Další náskok jsme získali v tom, že jsme přes naši nadaci začali školit personál pro kardiologii. Ještě za vedení tehdejšího ředitele nemocnice MUDr. Ladislava Šabaty, jsme se domluvili na tom, že bude nadace refundovat mzdu všem lékařům a SZP kteří budou uvolnění k vzdělávání pro dosud neexistující kardiologii. Logicky jsme se tedy museli opravdu hodně otáčet, abychom ty peníze od sponzorů získali. Prvním významným sponzorem byla Jaderná elektrárna Temelín, která poslala jeden milion korun. Zaujímali se ale také obce, které naši nadaci rovněž podpořily, přispívali i jednotlivci. Potřebovali jsme také garanci ostatních oddělení naší nemocnice, že vznik Kardiologického oddělení podpoří, což se stalo. Prim. MUDr. Kasalová (RDG), prim. MUDr. Vojtěch Louda (chirurgie) i prim. MUDr. Antonín Gruber (ARO) tento koncept přijali a my mohli v naší práci pokračovat dále.

Obrovský kus práce pro kardiologii udělal MUDr. Mirek Šulda (nyní zástupce primáře na kardiologii). Byl v IKEMU vyškolen na kardiologii a pooperační péči a během této stáže pro nás připravil seznam kompletního potřebného materiálu pro kardiologii a kardiologii, od přístrojů až po nejmenší spotřební materiál. My jsme tak byli připraveni a mohli školit ty nejpotřebnější profese, které jsme do začátku potřebovali, včetně techniků mimotělního oběhu, instrumentárek a sester na pooperační oddělení...

V roce 1997 bylo na Ministerstvo zdravotnictví svoláno jednání k vytvoření sítě budoucích kardiocenter, kterého jsem se za naši nemocnici zúčastnil. V této fázi mělo dojít k rozhodnutí, v jaké nemocnici v České republice bude nejdříve vybudována další kardiologie. Zde musím zmínit další kardiologii. Zde MUDr. Jana Pirka, BrdSc., z IKEMU. Při svém vystoupení na tomto jednání podpořil vznik Kardiologického oddělení v naší nemocnici. Pan profesor prohlásil, že jsme připraveni, a že nám pomůže i personálně, poskytnete nám dva kardiology. My jsme díky tomu mohli do tří let začít operovat.

V té době jsme ale řešili i prostorovou otázku. Nebylo stále jasné, kde budeme sídlit, zda v dolním areálu či v areálu hlavním, tedy horním. Měli jsme již vyškolený personál, ale neměli jsme místo. Náhoda však přeje připraveným – tehdy se stal ředitelem nemocnice MUDr. Jiří Bouzek a dal programu zelenou. Bylo rozhodnuto, že se Kardiocentrum vybuduje v dnešním pavilonu C. Inspirací na logistiku provozu jsme čerpali jak z IKEMU, tak ze zahraničí. Měli jsme možnost navštívit rakouský Wels, kde bylo už tenkrát hodně českého personálu. Mnoho informací dovezl MUDr. Peší od pana profesora Loskota. Poskládali jsme tedy společně všechny plány a v listopadu 1998 jsme se již stěhovali do prostor v pavilonu C, kde jsme díky tomu mohli i katetrizovat a provádět angioplastiky. Provoz katetrizační laboratoře tenkrát stál téměř výhradně a pouze na kolegové Pešlovi. Dlouhé tři roky držel toto pracoviště skoro sám, opravdu se hodně tomu obětoval. Během této doby se podnětně školili další, aby byl provoz pokrytý. Pro zajímavost: v plzeňské nemocnici vzniklo kardiocentrum asi až 5 let po tom našem.

A vzpomenete si na prvního pacienta?

Operace prvního pacienta byla zásadním momentem. Uskutečnila se dne 23. května 2000. Pacient se stále těší dobrému zdraví, jsme v kontaktu. První operaci provedl doc. MUDr. Marek Šetina, CSc., první primář nově vzniklého Kardiologického oddělení a doc. MUDr. Aleš Mokráček, Ph.D., současný primář Kardiologie. Kolegové s sebou přivedli z IKEMU ještě několik dalších stěžejních spolupracovníků, kteří s těmi námi vyškolenými vytvořili první kardiologický tým Kardiocentra. Nástup byl impozantní, již během 3. roku provozu provedla kardiologie přes 1000 operací srdce.

Jak si českobudějovické Kardiocentrum stojí ve srovnání s ostatními?

Z 22 kardiocenter se pohybujeme v počtu určiých výkonů mezi prvním a čtvrtým místem. Co se týče produktivity práce, zde si troufám tvrdit, že jsme první. Naše angiološka jede opravdu na plně obrátky a to, co uděláme u nás na jednom přístroji, dělají v některých kardiocentrech na 2 až 3. S tím samozřejmě souvisí i veškerá další činnost, včetně obrátu pacientů na lůžkových stanicích a dalších specializovaných úsecích. Čím jsem starší, tím větší účtu mám moji spolupracovníci.

Zavzpomínáte také na vznik arytologie?

Vznik arytologie, druhého intervenčního úseku na našem oddělení, provázely rovněž těžkosti, v tomto případě spíše personálního rázu. Nedařilo se nám zajistit stálý tým. Podmínkou arytologické společnosti bylo mít zde dva licencované pracovníky pro ablační výkony. V té době nás oslovil prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D., který působil ve FN v Olomouci. Pana doktora Bulavu jsme přijali a zhruba za rok měl již upravené

pracoviště dle svých představ a potřeb. Arytmologické pracoviště u nás existuje již 12 let a je naší chloubou. Alan zde vyškoli i MUDr. Jiřího Haniše a sám ještě zvládl docenturu a profesuru. Reprezentuje oddělení svou vědeckou činností. Dnes máme tým velmi kvalitní a stabilní.

Co bylo nejtěžší? Budování nového oddělení, definování systému práce či práce s lidmi?

Vždycky je nejnárovnější práce s personálem. Vše stojí na personálu, bez fungování tohoto se neposunete dál. Bohužel nikdy jsem za 22 let ve funkci primáře neměl tolik personálu, abych prostřednictvím mohl docílit průběžného vzdělávání, točení se na pracovištích a školení se. Myslím, že investice do personálu by byla tou nejlepší investicí, která mne nyní napadá.

Jak vidíte budoucnost kardiologie?

Netroufnu si přesně odhadnout. Co vím jistě, je, že jsme se jako obor podíleli na zvýšení průměrného věku. Chronické srdeční selhání jsme díky tomu posunuli o deset let nahoru. Vrací se nám však nyní pacienti, kteří jsou po by-passech, měli několikrát implantaci stentů či mají kardiostimulátor, defibrilátor nebo jiné zákroky. My jim nemáme ale již co nabídnout. Můžeme pouze ladit léčbu chronického srdečního selhání. Srdeční sval je ale již vyčerpaný, dál nemůže. Bude to tedy směřovat nejspíše k časnějšímu odhalování a řešení příčin srdečního selhávání včetně genetiky. Stále ještě v různých situacích (kardiomyopatie) nevíme, proč srdce selhává. Ve farmakoterapii je bohužel v léčbě srdečního selhání minimální pokrok, ale naděje jsou léky, které mohou v časných stadiích postižení koronárních tepen zpomalit rozvoj arteriosklerózy a zasáhnout tedy víceméně preventivně. Silně se rozvíjí telemedicina – sledování kardiálních problémů pacienta na dálku. Také se musíme připravit na to, že do dospělosti dorůstá mnoho pacientů s vrozenými srdečními vadami operovaných v dětství. Dětská kardiologie a kardiologové odvádějí skvělou práci, ale o tyto nemocné se budeme muset umět postarat i v jejich dospělosti.

Mimochoodem kvalitní zdravotní péče šla v tomto oboru neskutečně nahoru. Můžeme léčit a zachraňovat to, co by nás před 30 lety ani nenapadlo.

Jak si v dnešní době stojí transplantace?

Slabinou dnešní doby je, že je dárcovtví kvůli nedostatku orgánů komplikované. Tudy bohužel cesta nevede. Počet srdečních selhání narůstá, počet dárců stagnuje. Budeme se tedy soustředit na srdeční podpory, kdy dokážeme udělat mechanickou podporu levého či pravého srdce. Pacienti díky tomuto mohou dožít déle či bezpečně čekat na transplantaci. Bohužel nám spousta pacientů umírá právě v čekací době. Otázkou zůstává, zda se vyrobí umělé srdce. Takové pokusy tu jsou již 50 let...

Dá se u pacientů sledovat vývoj v průběhu uplynulých let?

Naštěstí jsou obuhlé čím dál mladší. Dříve bylo výjimkou ošetřovat čtyřicetiletého pacienta s infarktem, teď je to poměrně běžné. Týká se to také žen. Traduje se, že ženy chrání hormony. Bohužel se setkávám čím dál víc s pacientkami, které přicházejí s akutním koronárním syndromem mezi 30. a 40. rokem věku. Často jde o silné kuřačky.

Je pro vás nutná spolupráce s ostatními odděleními v nemocnici?

Pro naši úzku a nezbytnou spolupráci s Kardiologickým oddělením potřebujeme kvalitní součinnost téměř ve všem oddělení v nemocnici. Než nastoupí pacient na kardiologický výkon, musí být vyšetřen téměř všude – stomatologie, urologie/gynekologie, ORL, gastroenterologie. Pacient nesmí mít chronické záněty, musí být vyšetřen, zda nemá nějakou skrytou malignitu. Spolupráce s radiologií, klinickou biochemií a ARO je pochopitelně stěžejní.

Ve funkci vás střídá váš dlouholetý zástupce MUDr. Jiří Haniš...

Jsem velmi rád, že mým nástupcem bude Jirka. Je to lidsky velmi kvalitní člověk a také velmi erudovaný a manuálně zručný odborník. Dělal mi zástupce, vím, že je konsensuální a organizačně zdatný. Přál bych mu, aby před jeho kancelář stáli každý rok aspoň čtyři absolventi lékařských fakult, kteří se budou hlásit o zaměstnání...

Co oddělení přejete do budoucna?

Abyste všichni byli šťastní. Když postavíte vedle sebe řadu skvělých individualit, které si mezi sebou ale nepřijírají, tak nevyhrájete. Závěrem bych chtěl poprosit o shovívavost všechny spolupracovníky, kteří přispěli jak k vybudování pracoviště, tak k jeho vysokoobrátkovému chodu. Všechny jsem bohužel nemohl jmenovat, ale v moji mysli zůstanou stále.

Bc. Iva Nováková, MBA

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů