

Rozhovor

Rozhovor s primářem cévní chirurgie MUDr. Milanem Kobzou

Vznik specializovaných pracovišť přináší profit pro pacienta.

Cévní chirurgie má v českobudějovické nemocnici mnohaletou tradici. První cévní operace začal provádět v roce 1967 MUDr. Vladislav Varaus. Spolu s emeritním primářem MUDr. Vojtěchem Loudou se zasloužili o rozvoj cévní chirurgie v rámci Chirurgického oddělení.

Od 1. dubna 2022 se stala cévní chirurgie součástí komplexního kardiiovaskulárního a thorakálního centra, konkrétně Oddělení kardiochirurgie, hrudní chirurgie a cévní chirurgie. Primářem cévní chirurgie byl jmenován MUDr. Milan Kobza.

■ Pane primáři, na nový post jste přešel z pozice zástupce primáře Chirurgického oddělení. Jaká byla vaše cesta na českobudějovickou chirurgii?

Narodil jsem se v Českých Budějovicích. Po absolvování lékařské fakulty UK v Plzni jsem proto směřoval zpátky do jižních Čech. Chirurgickou praxi jsem začínal v tehdy okresní nemocnici ve Strakonici, na což rád vzpomínám. Na menších chirurgických pracovištích se obecně lékaři daleko rychleji zapojují do procesu, je tam totiž opravdu třeba každá ruka. Učební křivka operování tak může jít rychleji nahoru. Chirurgie je obor manuální a mladí chirurgové musí hlavně operovat, aby mohli úspěšně postupovat dál.

Poté jsem přešel na Oddělení úrazové a plastické chirurgie vedené primářem MUDr. Pavlem Kopačkou, kde jsem působil do své první atestace. Kostní chirurgie mě bavila a traumatologie byla a je dynamickým oborem, ale v rámci předatestační praxe jsem absolvoval kolečko u primáře MUDr. Vojtěcha Loudy na Chirurgickém oddělení, který mi nabídl místo, což jsem i vzhledem k tehdejší složitým podmínkám druhé atestace přijal.

Roky, které jsem pracoval pod primářem MUDr. Loudou, pro mě byly profesně velmi obohacující. Chirurgické oddělení bylo prvním pracovištěm, kde byla v rámci východní Evropy provedena laparoskopická operace žlučníku. To byl na krajskou nemocnici opravdu

velký počín. Laparoskopie se pak rozvíjela do dalších diagnóz a spekter. Měl jsem tu příležitost a čest zavést v naší nemocnici laparoskopické operace tříselné a brániční kýly, laparoskopické resekce tlustého střeva a operace jak nespecifických střevních zánětů (IBD), tak i v dalších indikacích. Zároveň mi bylo umožněno sbírat zkušenosti i na zahraničních pracovištích. Cévní chirurgii jsem se věnoval od začátku působení na Chirurgickém oddělení a v roce 2013 jsem z ní složil i atestaci.

Patřím do školy „univerzálnějších“ chirurgů, kteří mají širší spektrum operativy. To je jedním z důvodů, proč stále zůstávám dva dny operovat na Chirurgickém oddělení u primáře MUDr. Petr Ptáka, Ph.D. Vždy se říkávalo, že se dobrý chirurg dokáže postavit prakticky k čemukoli. Tato teze se v dnešní ultra specializované době trochu mění, ale stále je pravda, že manuální zručnost zůstává na jednom z předních míst. V tuto chvíli je pro mě však prioritou maximálně rozvíjet cévní chirurgii, zajistit hladký provoz při navýšeném počtu pacientů a koordinaci mezi naším oddělením a Chirurgickým oddělením, protože tato pracoviště jsou nadále velmi úzce propojena.

■ Jak velké je v současnosti pracoviště cévní chirurgie a s jakými cíli a vizemi jej budujete?

V současné době jsou v naší nemocnici tři atestovaní cévní chirurgové, další tři kolegové jsou v přípravě na atestaci

a několik mladých chirurgů projevilo zájem se našemu oboru věnovat.

Součástí cévní problematiky ale nejsou v současné chvíli jen lékaři (chirurgové), sestry a sanitáři. Část pacientů totiž nepodstupuje „klasickou“ operaci, ale je ošetřována pomocí miniinvazivních technik, jako je např. PTA (roztážení cévy pomocí balónu s event. zavedením stentu), na čemž se podílí zejména intervenční radiologové a angiologové, kteří jsou nedílnou součástí diagnosticko-terapeutického procesu a spolupráce s nimi je zcela klíčová.

Samostatné pracoviště primárně přináší možnost navýšení počtu pacientů. S tím souvisí i náš hlavní cíl – zlepšení a systematizace péče o cévní pacienty. Část našich pacientů totiž plně nespolupracuje a nedodržuje nastavený režim. O jejich následné léčbě, resp. „neléčbě“ tak nemáme dostatečné informace. Významnou změnu představuje registr cévních pacientů, který vytvořil MUDr. Tomáš Hauer z Cévního centra České Budějovice, s.r.o. Díky němu se zlepšila centralizace cévních pacientů v rámci jihočeského regionu a také následná péče o intervenované pacienty.

Dalším z našich cílů je získání akreditace pro specializační vzdělávání oboru cévní chirurgie. To nám mimo jiné umožní vzdělávání našich budoucích kolegů bez nutnosti dlouhodobých stáží na vyšších pracovištích. Do budoucna bychom se chtěli stát i akreditačním a výukovým pracovištěm v rámci Jihočeského kraje.

Jedno z našich přání je také začít využívat při cévních operacích robotický systém da Vinci, a to primárně pro operace bypassů z aorty či pánevních tepen a také výdutí. Tyto operace jsou velmi sofistikované, protože se operuje na velkých tepnách, kde vždy hrozí riziko velkého krvácení. Robotický systém nám umožňuje lepší přiblížení a vizualizaci operačního pole, výhodou může být využití robotického systému



prim. MUDr. Milan Kobza / Foto: Jan Luxík

při konstrukci anastomózy. Zatím roboty v cévní chirurgii používá pouze jedno pracoviště v České republice a pevně doufám, že my budeme dalším.

■ Přibližte nám výkony, kterým se cévní chirurgie nejčastěji věnuje.

Cévní chirurgie se zabývá operativou cév mimo oblast mozku a srdce – ty jsou v gesci kolegů neurochirurgů a kardiologů. Mezi nejčastější zákroky, které provádíme, patří bypassy neboli přemostění uzavřeného úseku tepny (zejména v oblasti dolních končetin, které jsou aterosklerózu postiženy častěji než končetiny horní)

pomocí speciálních cévních „umělých“ protéz či vlastní žilou pacienta. Dále operujeme výdutě na tepnách různých lokalizací, nejčastěji na břišní aortě či podkolení tepně. Břišní aorta je nejsilnější tepna v těle, která vede krev od srdce do dolní poloviny těla a k orgánům dutiny břišní. Akutní prasknutí výdutě na aortě je stav velmi urgentní a bez operačního výkonu je pro pacienta vždy fatální.

Dalšími častými výkony jsou A-V shuntů, cévní přístupy u dialyzovaných pacientů. Jedná se o speciální spojky na velmi drobných cévách, kdy

využíváme i mikrochirurgickou techniku. Ve spolupráci s našim traumacentrem se podílíme na péči o pacienty s nejtěžšími poraněními, při kterých jsou poraněny velké cévy a pacienti jsou potenciálně ohroženi na životě či hrozí ztráta končetin. A samozřejmě do portfolia cévní problematiky patří i chirurgická léčba křečových žil – varixů.

■ Může člověk ovlivnit rozvoj cévních onemocnění?

Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) je spojena s procesem arteriosklerózy, jejíž rizikové faktory jsou typicky civilizační a je možné je ovlivnit poměrně značně jak režimově, tak třeba i výživou. Patří mezi ně na prvním místě kouření, zvýšená

aterosklerotických plátů, které posléze postupně tepnu uzavírají.

Ke křečovým žilám moc rad nemám, jejich rozvoj je dán z velké části geneticky podmíněnou nedostatečností chlopní. Vliv na jejich rozvoj ale může mít třeba i povaha povolání. Nejvíce jsou ohroženi lidé, kteří v práci po většinu dne stojí. Zde se jako nejjednodušší prevence jeví komprese (tj. nošení kompresních podkolenek a punčoch), která pomáhá, aby se krev nehromadila v povrchovém žilním systému.

"Jedno z našich přání je také začít využívat při cévních operacích robotický systém da Vinci"

Jak vidíte, spektrum cévních výkonů je různorodé. Nicméně nehledě na náročnost, každý pacient, který podstupuje chirurgický výkon, zažívá strach a stres, což je pochopitelné a přirozené. Proto je úkolem dobrého zdravotnického personálu, a zejména lékařů, kteří výkony provádějí, vysvětlit jak benefity, tak i rizika operace.

■ Křečové žíly jsou často považovány spíše za estetickou než funkční záležitost. Co vede k jejich vzniku a je to opravdu záležitost ryze kosmetická?

Křečové žíly vznikají v důsledku nefunkčnosti žilních chlopní. Krev, místo aby tekla od kotníku směrem k srdci, teče obráceně a stagnuje. Vznikají tak žilní městky čili varixy.

V první fázi se opravdu jedná pouze o problém kosmetický. Ale v průběhu času se může žilní nedostatečnost rozvinout, což vede k nedostatečnému prokrvení podkoží. Posledním stadiem chronické žilní nedostatečnosti je bérkový vřed, který představuje pro pacienta již závažný zdravotní problém.

hladina tuků a cholesterolu v krvi nebo vysoký krevní tlak. Dalším výrazně rizikovým faktorem zhoršujícím průběh ICHDK je diabetes čili cukrovka, kde jsou režimová opatření také důležitá, ale ke správné kompenzaci diabetu v pokročilejším stadiu je již adekvátní medikamentózní léčba zcela nevyhnutelná. Z posledních sledování se jeví obzvláště letální kombinace kouření a časté konzumace zejména uzenin.

■ Je pro vaše pacienty operace důvodem, proč konečně přestat s kouřením?

Naši pacienti jsou v tomto poměrně specifictí. Pro většinu z nich je kouření těžký mnohaletý návyk a ani po operaci s ním část nepřestane. Musí vědět, jak jejich onemocnění může skončit, tj. že mohou skončit bez nohou na vozíčku. Jsou země, kde jsou pacienti operováni pouze za situace, kdy objektivně s kouřením skončí.

■ Kdy začala éra cévní chirurgie a co umožnilo rozvoj cévní chirurgie?

Respekt z velkých cév, u nichž vždy hrozí velké krvácení, je s chirurgií

"Je důležité, aby pacient spolupracoval a kromě braní léků dodržoval i režimová opatření."

Čím je tepna delší, tím častěji na místech jejího větvení dochází k tzv. turbulentnímu proudění, což jsou predilekční místa tvorby

spojen odjakživa. Ale skutečný posun přinesla až technika cévního stehu, kterou vypracoval Dr. Alexis Carrel na počátku minulého století a získal



prim. MUDr. Milan Kobza / Foto: Jan Luxík

za ni v roce 1912 Nobelovu cenu. Ještě v roce 1955 zemřel A. Einstein po neúspěšné operaci prasklé výdutě břišní aorty. Techniku této operace, tak jak ji provádíme dodnes, zavedl prof. Dr. Michael DeBakey jen o několik let později. Skutečný rozvoj cévní chirurgie nastal až po druhé světové válce. Ten jde ruku v ruce zejména s novými materiály, jako je atraumatické vlákno, nevstřebatelné vlákno, které je přímo zatavené do jehly, čímž mnohem méně traumatizuje při nápichu stěnu cévy. A dále pak rozvoj cévních protéz používaných při již zmíněných bypassech. Tyto cévní implantáty jsou opatřeny vnitřní vrstvičkou, která je tzv. nesmáčivá – tedy nevyvolává srážení krve. Krev se totiž začne

okamžitě srážet, jakmile přijde do kontaktu s jiným materiálem, než je výstelka cévy. Proto pacienti po našich operacích musí být trvale na antiagregační terapii, která zamezuje vzniku krevních sraženin (trombů) v bypassu. Vlastní operaci tak léčba nikdy nekončí. Je důležité, aby pacient spolupracoval a kromě braní léků dodržoval i režimová opatření.

■ Jaký očekáváte vývoj vašeho oboru?

Klasické operace budou jistě zůstávat, i když je rozvoj endovaskulárních technik markantní. Neustále se vyvíjejí nové a efektivnější léky ve smyslu prevence rozvoje aterosklerózy u rizikových pacientů.

My bychom si hlavně přáli, aby ubývalo kuřáků. Ale v tomto směru je to běh na dlouhou trať a nejlepší prevencí je nikdy nezačít kouřit.

Velkými změnami prochází operativní řešení křečových žil. V posledních letech ke klasickému chirurgickému postupu, kdy se žíla odstraní, přibyla řada modernějších metod. Jedná se například o spálení žíly pomocí ultrazvuku či laseru nebo zaslepení žíly speciální pěnou. I tyto metody bychom mohli do budoucna našim pacientům nabídnout.

■ Ing. Veronika Dubská

Oddělení vnitřních a vnějších vztahů

Celý časopis si můžete prohlédnout zde!