

MUDr. Karel Roztočil, CSc.

Nohy jsou stejně důležité jako srdce

Angiologie? To je přece cévní interna, vysvětlila mi kamarádka, praktická lékařka, když jsem se začala připravovat na rozhovor s předsedou České angiologické společnosti. Slovník doplnil, že jde o jeden z podoborů vnitřního lékařství zabývající se stavbou, funkcí, chorobami a léčením cév a krevního oběhu. Jako samostatná disciplína se vyvinul na počátku 20. století zásluhou britského kardiologa Thomase Lewise. Zásluhy doktora Roztočila z pražského Institutu klinické a experimentální medicíny jsou také úctyhodné. Angiologii se věnuje už rovných čtyřicet let.

Proč jste si vybral právě tenhle obor?

Nebylo to tak přímočaré. Po promoci a po roce povinné vojny – tenkrát v roce 1965 ještě byly umístěnky – jsem nastoupil ve Frenštátě pod Radhoštěm. Pocházím z Prahy, nikdy jsem v těch končinách předtím nebyl. Bylo mi pětadvacet a ocitl jsem se v malé horské nemocnici, která měla jen čtyři oddělení. Prožil jsem tam nezapomenutelné tři roky, absolvoval dětské oddělení, gynekologii a internu. Dostal jsem se k věcem, které bych v Praze nezažil. Bylo tam příjemné, přátelské prostředí, pacienti byli dobře ošetřováni. Když jsem se pak vrátil v roce 1968 do Prahy a mohl srovnat úroveň péče o pacienty, zjistil jsem, že v té venkovské nemocnici to bylo nesrovnatelně lepší. Medicína ve frenštátském špitále byla ovšem mnohem jednodušší. Ve čtyři hodiny odpoledne končila možnost laboratorních vyšetření a zcela výjimečně bylo možné pozvat si pana primáře v noci, jinak se většina případů musela řešit vlastnoručně, nikdo nebyl k dispozici, aby odvezl třeba v noci pacienta na EKG, na rentgen. Lékař, který měl službu, musel pacienta naložit a odvézt si ho sám. Nebyl tam sanitář. Když

někdo v noci v nemocnici zemřel, tak ho lékař sám se sestrou vezli do márnice. Když jsme nebožtíka dopravili, zazvonili jsme mu pak v kapličce na zvon.

A kdy jste si začal s angiologií?

V osmašedesátém jsem se dostal do Thomayerovy nemocnice v pražské Krči, do Výzkumného ústavu experimentální terapie, jehož ředitelem byl tehdy profesor Otakar Šmahel. Angiologie pro mě nepředstavovala nějaký vysněný obor, prostě jsem shodou okolností nastoupil do oddělení, které bylo zaměřeno na její problematiku, konkrétně do laboratoře, která se jmenovala

fesoru Prusíkovi, který je považován za jeho zdejšího zakladatele (prof. Bohumil Prusík provedl první arteriální katetrizaci u nás a byl navržen na udělení Nobelovy ceny – pozn. red.). Po roce 1945 nastal v Československu velmi výrazný rozvoj angiologie: jedno centrum existovalo ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na Karlově náměstí a v padesátých letech vzniklo druhé tady v Krči, v rámci Thomayerovy nemocnice, kde se zformoval Ústav pro choroby krevního oběhu. A ten měl hned od počátku oddělení zaměřené na angiologii, na periferní cirkulaci. Působili v něm lidé, kteří rovněž patří

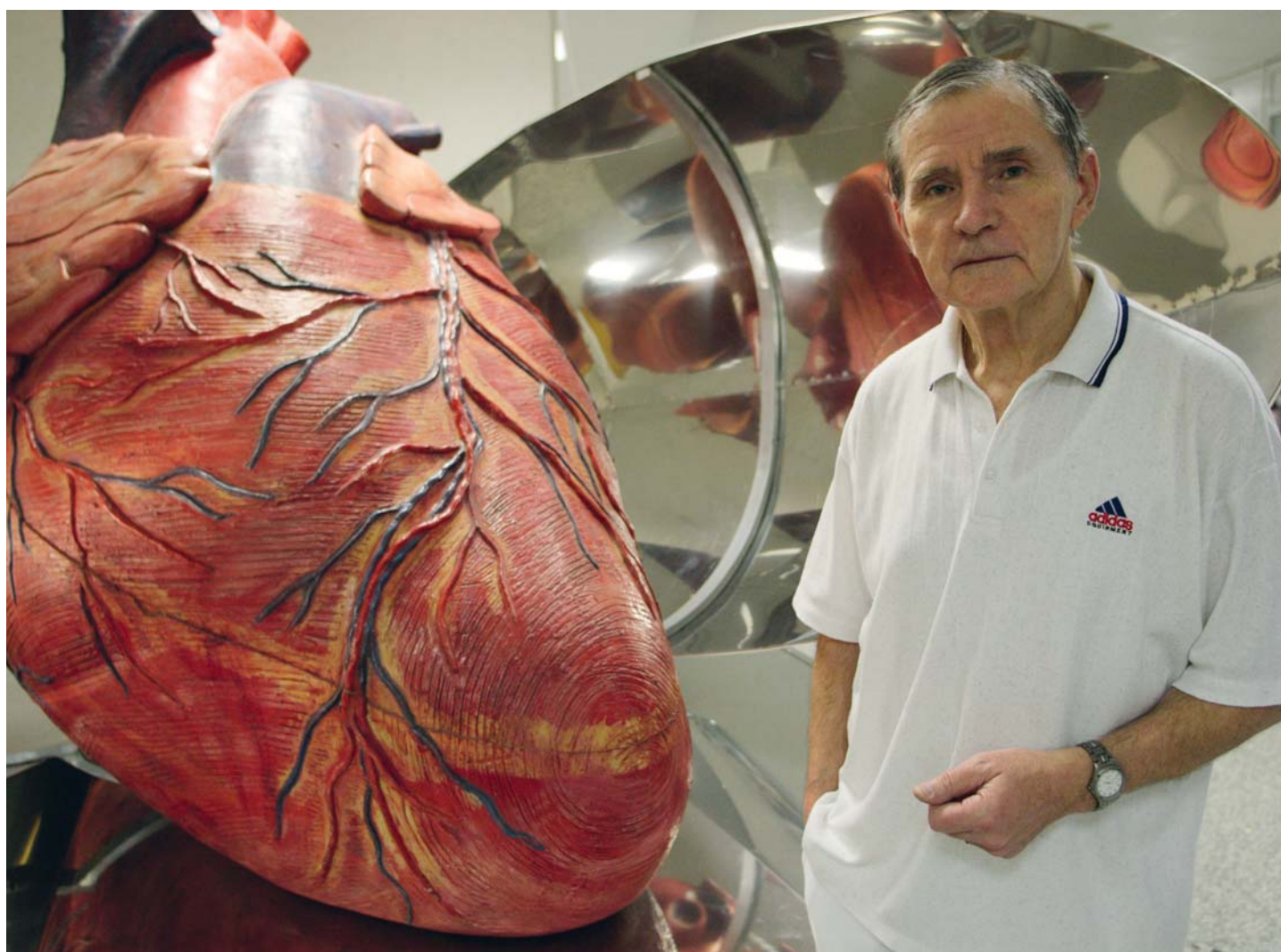
Proměna angiologie? Hlavně rozvoj

Oddělení periferní cirkulace. No a u cév v Krči jsem zůstal dalších čtyřicet let.

Za tu dobu se angiologie musela velice proměnit. Kdy se vlastně ustavila jako samostatný obor?

Její začátky spadají do let mezi světovými válkami. V Čechách byl vznik oboru velmi brzy zachycen díky pro-

k zakladatelským osobnostem oboru: MUDr. Jiří Linhart, MUDr. Ivo Přerovský. Ti vychovali celou řadu dalších lékařů, k nimž jsem také patřil. Obor se na počátku koncipoval v rámci kardiiovaskulárních onemocnění a vznikal souběžně s kardiologií. Později ovšem, když došlo k velkému vývoji v kardiologii i v angiologii, se ukázalo, že pro za-



jištění dalšího rozvoje a péče o pacienty oba obory musejí existovat paralelně vedle sebe. Ne že by se nesnášely, ale angiologie se potřebovala vyvíjet odděleně – ono to tak vždycky je, že v rámci nějakého oboru postupně vznikne podobor a případná separace začne v okamžiku, kdy ten podobor už nemá dostatečný prostor. To začalo v evropské angiologii v osmdesátých letech.

čít pomocí perkutánních intervencí čili zavedením katetrů do cév s cílem je zprůchodnit. Tohle je pro nemocné mnohem jednodušší, méně je to zatěžuje a přitom efekt je stejný nebo často dokonce účinnější.

Vedle katetrizace se přistupuje také k cévním rekonstrukcím.

To není léčba, která by se používala

operovat a které léčit metodou intraluminální, zavedením katetrů. Operační řešení se hodí v případech dlouhých uzávěrů v tepnách, pro katetrizaci se naopak hodí krátké, izolované uzávěry.

Přibyl ve vašem oboru lékařů?

V době Prusíkově představovala angiologie spíš hobby. Ale postupně se síť rozšiřovala. V roce 1993 vznikla samostatná Česká angiologická společnost. V té době měla osmdesát členů, v současné době jsou nás čtyři stovky, převážně cévních internistů. Ale patří sem také cévní chirurgové, dermatologové, intervenční radiologové. Zájem stoupá, je spousta setkání, na něž se sjíždějí lékaři o sobotách, nedělích. Každoročně se konají Tradiční angiologické dny, letos budou už třicáté čtvrté, odehrají se 26. až 28. února. Kromě domácích účastníků pravidelně přijíždějí i hosté ze zahraničí.

intervenčních perkutánních metod

A jak je na tom váš obor dnes?

Máme ultrazvukové vyšetřovací přístroje, které umožňují podstatně lepší diagnostiku. Nejmarkantnější ovšem je rozvoj intervenčních perkutánních metod, což představuje velký pokrok v řadě oblastí medicíny a také v angiologii – část pacientů, které bylo dříve nutno operovat, je teď možno lé-

v počátečních stádiích nemoci, nýbrž až když má pacient vážnou funkční poruchu. Třeba když už může chodit pouze s krajními obtížemi. Nebo mu hrozí ztráta končetiny v případě těžké ischemie. Ale pokud lze ještě použít katetrizační metodu, dáme jí přednost. V současné době už máme v tomto směru značné zkušenosti – které skupiny pacientů

Součástí programu jsou údajně také přímé přenosy z katetrizačních sálů. Letos takové nahlédnutí do kuchyně také chystáte?

Počítáme s tím, má to velký edukační význam, protože kolegové vidí konkrétní počínání. Mohou se ptát těch, kteří právě na sále pracují, proč zvolili právě ten který postup. Bývá to aktivní, živá debata. Vůbec se snažíme, aby se program Angiologických dnů co nejvíc vztahoval k praxi.

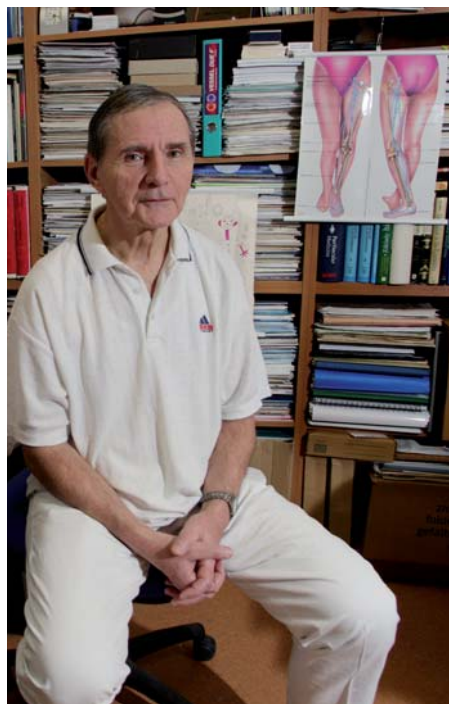
Při vážném postižení cév, zejména na nohou, se lékaři uchylují k amputacím. Jak to v současné době vypadá, přibývá jich nebo ubývá? Mělo by jich ubývat... Ale sama jsem se teď během měsíce setkala se dvěma případy ve svém okolí, kdy ti lidé přišli o nohu.

Pokud jde o cévní postižení dolních končetin, je to situace analogická mozkovým cévním příhodám. Nebo infarktu myokardu.

Situace analogická ve smyslu četnosti výskytu?

Ano. A také ve smyslu kardiovaskulární příhody. Kardiovaskulární příhoda v oblasti koronární je infarkt, v oblasti mozkových cév je to iktus, v oblasti končetinových cév gangréna, která se často musí řešit amputací. A pokud jde o množství amputací, situace u nás stále není příznivá, jejich počet spíše roste. Je to zarážející zjištění, protože sice přibývá pacientů léčených katetrizačními metodami, ale přesto amputací neubývá. U nás, ani ve světě. Ve hře je celá řada faktorů včetně těch ovlivnitelných, mezi něž patří prevence. Fundované zahraniční studie dokazují, že u pacientů, kteří mají periferní cévní onemocnění, není prevence na dobré úrovni, je opomíjená. V protikladu k nemocným s koronárním postižením, s ischemickou chorobou srdeční. Pacienti s postižením končetinových tepen jsou hůře léčeni, dostávají méně často potřebné

léky, méně se dbá na to, aby nekouřili, aby se hýbali. Z toho vyplývá zřetelný rozdíl: ukazuje se třeba, že dlouhodobá prognóza pacientů s ischemickou chorobou srdeční je lepší než u nemocných s postižením dolních končetin. Ti nakonec dopadají hůř, dožívají se nižšího



MUDr. Karel Roztočil, CSc.

• V oboru angiologie pracuje čtyřicet let. Začínal ve Výzkumném ústavu experimentální terapie, po vzniku Institutu klinické a experimentální medicíny v roce 1971 začal působit na tamější klinice kardiologie. • Od roku 2000 je předsedou České angiologické společnosti ČLS JEP. Je členem výboru a bývalým generálním sekretářem International Union of Angiology a designovaným předsedou připravovaného XXV. Světového angiologického kongresu v Praze v roce 2012. Na otázku, zda pochází z lékařské rodiny, odpovídá, že otec sice lékař nebyl, ale jinak by v rodině dali dohromady malou „nemocničku“: jeho žena je alergoložka, dále mají doma pediatra, psychiatra, neurologa a internistu.

věku než nemocní se srdcem. Asi je to dané podvědomou představou, že srdce je důležitější.

Ta představa vychází i od lékařů?

Nejen od nich, i laici podvědomě soudí, že nohy nejsou tak podstatné jako srdce. Ale to je mylné.

U nás ale přece už existuje síť cévních poraden, která by také tohle měla brát v potaz.

Česká angiologická společnost zmapovala situaci, jak je v kterých městech cévně internistická péče zajištěna. Zjistili jsme značné rozdíly mezi regiony. Nejlépe je na tom vedle Prahy severní Morava. Ale i když tu síť zdokonalíme, neobejdeme se bez spolupráce s praktickými lékaři. Musíme počítat s tím, že každý desátý člověk v populaci má nějaké postižení tepen. A s žilními chorobami je to podobné, vždyť žilní trombózy představují třetí nejčastější kardiovaskulární onemocnění a chronická žilní onemocnění jsou ještě častější, postihují dvacet až třicet procent populace. Takže množství pacientů vyžadujících péči v tomto ohledu je značné.

Počet lidí s nemocnými cévami asi zvyšuje také to, že žijeme déle.

Všechny cévní problémy mají zřetelnou závislost na věku, u starších lidí jich strmě přibývá. Od sedmdesátého roku dramaticky narůstají, týkají se každého druhého člověka.

Jak si představujete, že bude angiologie vypadat za deset let?

Když všechno půjde dobře, rozšíří se cévně internistická péče tak, aby zachytila veškeré potřebné. Očekávám, že se rozšíří katetrizační metody, cévní rekonstrukce, že přibudou další, nové způsoby diagnózy a dosud nákladné angiografické metody se postupně stanou rutinní součástí vyšetřovacích postupů, protože se zlevní. ■