

Prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc.

Každý má právo si vybrat, komu svěří své srdce

Na domluvené setkání přišel s malým zpožděním, zdržela ho operace. Šlo o náhradu aortální chlopně a pětinasobný bypass. Což zní hodně dramaticky, ale na otázku, jak to bylo obtížné, se prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc., jen trpělivě usmál: „Nijak zvlášť.“

Když v prosinci roku 1967 provedl jihoafrický chirurg Christian Barnard v Kapském Městě první transplantaci srdce u člověka, byl to naprosto unikátní výkon. Jaké operace srdce jsou považovány za jedinečné dnes?

Dnes není žádná operace na srdci považována za unikátní. Kardiochirurgie je zavedená metoda, takže nic není výjimečné. Provádíme zákroky, které byly před dvaceti lety nemyslitelné, a děláme je rutinně. Nic tak světoborného, revolučního jako Barnardova transplantace se už neodehrává.

Za co tomuto postavení kardiochirurgie vděčí?

Máme mnohem lepší ochranu srdečního svalu, modernější a účinnější léky na posilování srdeční činnosti, takže dokážeme operovat vady, které jsme dřív operovat nemohli. Celý komplex péče se pozvedl. Operujeme pacienty osmdesátileté, pětadesátileté, oni zákrok dobře přečkají a pak ještě žijí řadu let. Spokojeně.

Vrátme se přece ještě k transplantacím srdce. Kolik jich v IKEMu ročně uděláte?

Nejdřív musím upozornit, že tyto transplantace tvoří jen tři procenta ze všech prováděných operací srdce. Ale abych odpověděl na vaši otázku: do konce loňského roku to bylo přesně osm set za celou naši éru, tedy od roku 1984, kdy profesor Pavel Firt úspěšně uskutečnil tu vůbec první. V posledních letech jich pak děláme průměrně kolem čtyřiceti ročně. Což je dáno tím, že se nedostává dárců. Čekatelů máme mnohem víc. Protože nám umírali pacienti na čekací listině, zavedli jsme před osmi lety do praxe alternativu: mechanickou srdeční podporu, k níž se lze uchýlit v konečné fázi srdečního selhávání. Už jsme ji od té doby pou-



žili u více než stovky nemocných. Vidíte, ani to už nepatří k unikátům, jen loni jsme jich udělali dvacet sedm. Každých čtrnáct dní jednu.

Mechanická podpora srdce – to znamená něco jako umělé čerpadlo krve?

To, co používáme teď, je takové čerpadýlko. Funguje místo levé komory. Našíváme ho na její hrot. Ukážu vám model: tady to odebírá krev, tady je turbínka, tady se to vrací. A tady vede kabel ven, který představuje spojení s venkovním řídicím systémem. Celé je to docela malé, ale Američané už začínají vyvíjet zařízení ještě menší. Zatím ovšem pořád vede z pacien-

ta ven kabel, spojený se zdrojem energie. Až se podaří uskutečnit přenos elektřiny přes kůži, aniž by muselo z dotyčného něco koukat, bude to úplně bez problémů a do velké míry to může nahradit transplantaci srdce. Budeme pak moci zašít miniaturní čerpadlo beze zbytku dovnitř stejně jako to děláme s kardiostimulátory.

Jak dlouhou životnost to zařízení má?

Lidé s ním žijí léta. Jediná nevýhoda je, že nesmějí plavat, mohou se pouze sprchovat. Ve Spojených státech tohle čerpadlo už oficiálně schválili jako náhradu transplantace srdce.

Když jste po návratu ze stáže v New Orleans v roce 1983 s docentem Zdeňkem Náprstkem implantovali automatický defibrilátor pacientovi, jemuž selhával srdeční rytmus, byl to tenkrát velký kardiologický výkon. Trval tři hodiny, museli jste otevřít hrud'. Stále se to ještě takhle dělá?

Tehdy to byl, jak říkával kolega Náprstek, první defibrilátor na východ od Rýna. Dnes se ovšem už nejedná o takový rozsáhlý zásah, defibrilátor se zavádí podobně jako kardiostimulátor. Dělalí to kardiologové. Během času, jak bude přibývat z hlediska chirurgů méně invazivních metod a naopak z hlediska kardiologů metod více invazivních, se totiž obory kardiologie a kardiochirurgie sejdou.

V jednom rozhovoru jste řekl, že pacienti s poruchami srdečního rytmu mohou být léčeni i bez defibrilátorů. Ze zjistíte, kde leží ložisko arytmie, a pak je chirurgicky odstraníte. Co si pod tím ložiskem lze představit?

Může to být jizva po drobném infarktu nebo rozhraní mezi infarktovým ložiskem

Vývoj oboru? Srdeční zákroky, které byly před dvaceti lety *nemyslitelné*, jsou dnes rutinou.

Nikdy jsem *nikoho neodmítl*, když chtěl, abych ho operoval

a zdravou svalovinou, kde je tkáň položivá, polomrtvá – tam se nacházejí ta ohniska, která způsobují patologické vzruchy.

Jak se změnilo za vaši kariéru spektrum srdečních onemocnění?

Nezměnilo se vůbec. Největší podíl mají pořád nemocní s ischemickou chorobou srdeční – kolem šedesáti procent všech operovaných. Zato se ale změnil věk nemocných, protože populace stárne. Dříve jsme běžně operovali padesátileté pacienty a postupně jsme došli k průměrnému věku šedesát pět až sedmdesát let. U nich ovšem bývá hodně často kombinovaná porucha – chlopňová vada plus ischemická choroba srdeční. Čímž trpěl ten pán, kterého jsem operoval dnes dopoledne.

V dubnu to bude dvacet let, co jste se stal přednostou Kliniky kardiiovaskulární chirurgie. Jak byste ty dvě dekady charakterizoval?

Krásná práce. A dřina. Ale jak říká neurochirurg profesor Vladimír Beněš z vojenské nemocnice ve Střešovicích: Copak vás unavuje něco, co vás baví?! Ze začátku jsem si vůbec nebral dovolenou, ale teď už jsme si tu vchovali dostatek zkušených kardiologů. Už mohu operovat méně než dřív.

Co to znamená méně?

Dělával jsem kolem tří set třiceti operací ročně. Zhruba dvě operace denně. Loni už to byly jen dvě stovky. V průměru nyní operuji jednou denně. Zítřka mě sice zase čekají dvě, protože tu pak další den nejsem, ale to je výjimka.

Mezi pacienty je o vás pořád velký zájem. Znáám takové, kteří pyšně říkají: Já mám čtyřnásobný bypass od Pirka.

Za ta léta odhaduju, že jsem operoval něco kolem pěti tisíc lidí. Nikdy jsem nikoho neodmítl, když chtěl, abych ho operoval. Ať to byl univerzitní profesor, nebo důchodce ze Šumavy. Každý má přece právo si vybrat automechanika, kadeřníka, a tím spíš toho, komu svěří svoje srdce, svůj život. A rozhodně bych nikdy neudělal to, že bych slíbil, že budu toho člověka operovat, a pak bych to nechal udělat kolegu.

Kolik máte operačních týmů?

Čtyři. Zavedl jsem tu úplně jiný systém práce, konzultantský. Jednotliví lékaři nemají přiděleny pokoje, tak jak tomu bývá v klasickém modelu českého zdravotnictví vycházejícím ještě z rakousko-uherské podoby. Lékaři



Prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc. (*1948)

• V roce 1972 vystudoval Fakultu všeobecného lékařství UK, v roce 1988 získal titul doktor věd, v roce 2000 byl jmenován profesorem.

• Od roku 1974 do roku 1990 pracoval jako chirurg na Klinice kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze-Krči. V letech 1983–84 absolvoval stáž v Ochsner Medical Foundation v americkém New Orleansu. V letech 1990–91 pracoval na oddělení chirurgie v Odense University Hospital v Dánsku.

• Od roku 1991 dosud je přednostou Kliniky kardiiovaskulární chirurgie IKEM a od roku 1995 stojí v čele Kardiocentra IKEM.

u nás mají pacienty trvale přidělené. A ať pacient leží na kterémkoli oddělení, v kterémkoli pokoji, vždycky o něj pečuje tentýž tým. Bývá složen ze čtyř lékařů, v jejichž čele stojí atestovaný kardiolog. Ti se starají o pacienta od přijetí až do propuštění. Je to anglosaský způsob, o němž jsem přesvědčen, že je nejlepší. Také operační sály máme na kardiologii čtyři. Jeden z nich, takzvaný hybridní operační sál, představuje to nejmodernější, co v této oblasti existuje. Kombinuje invazivní kardiologickou a chirurgickou techniku. To znamená, že při jedné narkóze můžeme provést současně třeba náhradu protézou v jedné části a do další části vložit pod rentgenovou

kontrolou stentgraf. Což je pro pacienta určitě mnohem šetrnější.

Jak se dotkla Kardiocentra IKEM rozbouřená situace ve zdravotnictví?

Vůbec se nás to nedotýká. V celém IKEMu dalo výpověď v rámci akce Děkujeme, odchází me necelých šest procent lékařů, přičemž z kardiologie, z kardiologie, z preventivní kardiologie ani jeden. Z kliniky kardiologie, kde pracuje přes šedesát kardiologů, dali výpověď tři mladí doktoři. Čili na chodu kardiocentra se to absolutně neprojevovalo.

Čím si to vysvětlujete?

Pracovat v kardiocentru je zřejmě pro lékaře dobrá věc. Konkrétně třeba na kardiologii jsou mladí doktoři denně do večera, vůbec si žádné přesčasy nepíšou. Špičková medicína se nedá dělat od-do. To bych také mohl říct, že mám podle odborů nárok na svačinu, praštit se skalpelem a jít svačit. Mladí doktoři, když se chtějí něco naučit, musejí být v práci déle než osm hodin denně. Vím, co mluvím, pracoval jsem ve Spojených státech, kde se říkalo, že výcvik mladých lékařů je na úrovni otrokářství. Jednou, když jsme dělali vizitu pozdě večer, poté, co jsme skončili operační program, jsem se osmělil požádat, protože jsem měl svoje civilní kalhoty v čistírně a byl jsem nervózní, že mi tam už zavřou: Pane, já bych už potřeboval odejít. A šéf si mě změřil – To máš tak málo práce, že sis umazal civilní kalhoty? Ale co se tam člověk za rok naučil!

Podobnou zkušenost máte i z Dánska?

Tam byl pětaticetihodinový pracovní týden, na jednom operačním sále probíhala jediná operace denně a ti kluci, kteří sloužili v sobotu a v neděli, dostali pak týden náhradního volna... Ve čtyřiceti letech ještě vůbec nic neuměli. Ne každý ovšem chce tohle podstoupit, ne každý má na tohle kapacitu. Ale pokud se někdo chce vypracovat, musí dřít.

Je známo, že si potrpíte na to, aby na sále při operaci vládla přátelská atmosféra, dokonce že si k práci pouštíte jazz. Pořád to platí?

Myslím si, že když na sále panuje napětí, křičí se, nebo se hází nástroji, jen to snižuje výkon týmu. Zkušený operátor zná svoje lidi, ví, že tenhle je šikovnější, ten pomalejší, téhle instrumentálce musím říct, co potřebuji, o chvilinku dřív. Jiné zas nemusíte říkat skoro nic a ona vždy ví, co vám má podat. Důležitý je soulad. ■