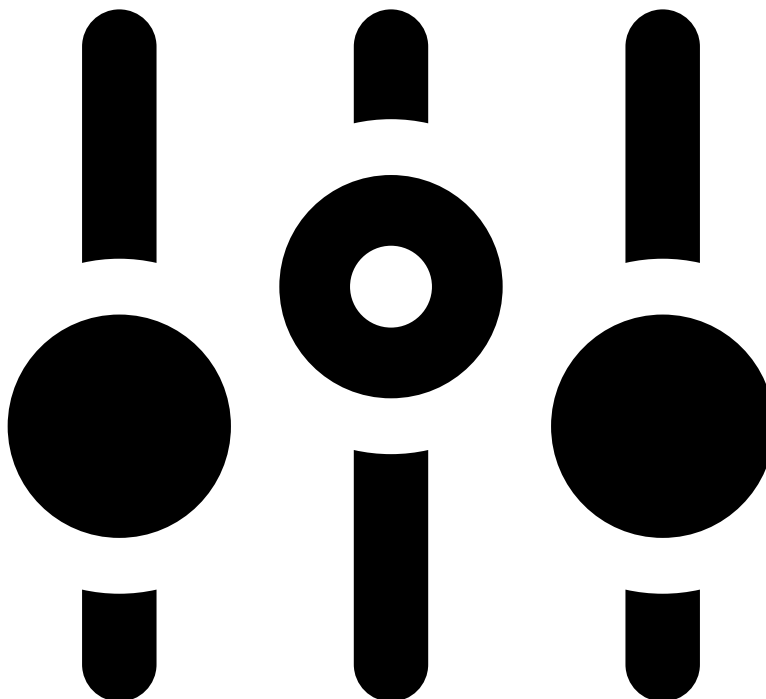


Rozhovor s osobnosťou mesiaca

MUDr. Karolom Trejbalom

MUDr. Karol Trejbal vyštudoval Lekársku fakultu UPJŠ v Košiciach. Po ukončení štúdia nastúpil v rámci dlhodobej predatestačnej stáže na I. Internú kliniku UN LP v Košiciach. Počas tohto obdobia úspešne absolvoval spoločný internistický kmeň. Potom nastúpil na III. Internú kliniku UN LP v Košiciach, ktorá sa dlhodobo profilovala ako kardiologická klinika a kde úspešne ukončil špecializačné štúdium v odbore vnútorné lekárstvo. O rok neskôr prijal ponuku práce vo Východoslovenskom ústave srdcových a cievnych chorôb, najprv na klinike kardiológie a potom pracoval päť rokov na klinike anesteziológie a intenzívnej medicíny, kde tiež úspešne absolvoval špecializačnú skúšku v odbore kardiológia. Od roku 2018 pracuje na poliklinike ProCare Prešov ako lekár-špecialista v kardiologickej ambulancii.



Čo vás priviedlo k medicíne a špeciálne ku kardiológii?

Pochádzam z lekárskej rodiny, lekársku *hantírku* som mal v ušiach od malička. Pamätám si, ako som v 2. ročníku základnej školy dostal za úlohu vymenovať choroby, ktoré poznám. Ako prvá odved' mi napadol *hemolyticko-uremický syndróm*, čím som súdružku učiteľku dostal do nemalých rozpakov. Môj otec mi často po večeroch rozprával o histórii medicíny či o zaujímavých pacientoch, ktorých počas svojej kariéry liečil. Namiesto rozprávkových knížiek som neraz tajne listoval v medicínskom atlase. Napriek tomu som však nevyrastal s túžbou stať sa lekárom či nebodaj konkrétne kardiológom. V 4. ročníku na gymnáziu som v prihláške na vysokú školu ako prvú uviedol ekonomickú fakultu – čo bolo po revolúcii dosť moderné. Až na druhé miesto som dal medicínu. No rýchlo som zistil, že učiť sa na dve rôzne školy

nezvládnem, k ekonómii ma nič neťahá a navyše doučovania z matematiky boli pre mňa utrpením. Čiže medicína zvíťazila *de facto* vyradovacím spôsobom. Po skončení školy som chcel byť internistom, čo v mojom chápaní predstavovalo schopnosť nazerať na pacienta čo najviac komplexne, nielen prostredníctvom jedného orgánu. Preto som po postupovej skúške pokračoval v postgraduálnom štúdiu v odbore vnútorné lekárstvo v štýle *starých internistov*. Špecifickejší záujem o kardiológiu sa objavil až niekoľko rokov po skončení lekárskej fakulty, keď som pracoval na III. internej klinike v Košiciach, ktorá sa dlhodobo profilovala ako kardiologická.

Čo je podľa vás najdôležitejšie v prístupe k pacientovi, ktorý prekonal kardiovaskulárnu príhodu a má potvrdenú hypercholesterolémiu, aby ste získali jeho dôveru a motivovali ho k spolupráci?

Získať si dôveru pacienta je absolútne kľúčové. Pacient predovšetkým nesmie mať pocit, že ma otravuje, že naňho nemám čas, že je pre mňa len diagnóza. Pacienti vnímajú naše verbálne aj neverbálne prejavy oveľa viac, než si myslíme. Ak je to možné, rád občas prehodím výhybku na nemedicínske témy, na pacientove záľuby, súčasné či minulé zamestnanie, rodinu, spoločných známych a podobne. Ani pri medicínskej problematike nepovažujem za hanbu na prekérnu otázku pacienta odpovedať: "Nie som si úplne istý, ale poradím sa so skúsenejším kolegom a pozriem si posledné štúdie". Skutočný záujem lekára pacienti rýchlo vycítia a vedia ho oceniť. To je základ získania vzájomnej dôvery a predpokladom trvalej spolupráce. Takéhoto pacienta potom oveľa ľahšie presvedčíte, že tie *hrozné lieky* na cholesterol, ako sa v súčasnosti neraz píše na internete, v skutočnosti zachraňujú životy a výrazne znižujú riziko ďalšieho infarktu či porážky. Kokrétno pri statínoch vopred upozorním na možné svalové problémy s tým, že ak sa aj dostavia, riziko vážneho poškodenia zdravia je už pri dnešných preparátoch extrémne nízke a pacienta poučím, aby sa mi v taký čas ozval a dohodneme inú modalitu liečby. Za veľmi dôležité považujem pacienta pochváliť – ak schudol, pravidelne sa hýbe, prestal fajčiť, zdravo sa stravuje, pravidelne si meria tlak a pulz, užíva predpísané lieky a podobne. V opačnom prípade nemám problém ani s konštruktívnou kritikou, ktorá však musí byť podaná citlivo, aby pacientovi neznechutila ďalšiu spoluprácu.

Kardiológia zaznamenala za posledných desať rokov obrovský rozvoj. Ako by ste charakterizovali vaše možnosti dnes v porovnaní so situáciou pred desiatimi rokmi? Ako vidíte budúcnosť kardiológie?

Posledná dekáda zaviedla do kardiologickej praxe niekoľko zásadných objavov, ktoré zmenili naše možnosti liečby a zlepšili prognózu pacienta. Katetrizačné (nechirurgické) ošetrenia chlopňových chýb umožnili riešiť závažné chlopňové chyby aj u mnohých dovtedy inoperabilných pacientov, resp. u pacientov s veľmi vysokým operačným rizikom. S postupným získavaním nových technológií a zručností sa dokonca indikácie na ich použitie postupne presúvajú aj k mladším a menej rizikovým pacientom. Spolu s ďalším rozvojom intervenčnej kardiológie pri ischemickej chorobe srdca to predznamenáva nový trend, keď bude pacient oveľa častejšie ako na kardiochirurgii riešený na katetrizačnej, prípadne hybridnej sále. V invazívnej kardiológii aj kardiochirurgii bude pribúdať stále viac miniinvazívnych výkonov.

Ďalším prelomom je medicínske využitie našich smartfónov, smart hodínok a ďalších inteligentných technológií, ktoré nám už dnes pomáhajú so včasnou diagnostikou fibrilácie predsiení a ďalších závažných porúch rytmu. V blízkej budúcnosti bude zrejme možné rozšíriť monitoring aj na iné oblasti činnosti srdcovocievneho systému, čo bude nesmierne dôležité pre prevenciu a včasnú diagnostiku. V dlhodobejšom horizonte bude zrejme možný obdobný spôsob monitorovania všetkých orgánových systémov v tele. Budúcnosť sa v tomto smere už začala, napríklad kontinuálny monitoring glykémii pomocou senzorov pomáha diabetikom už niekoľko rokov dramaticky zlepšiť kompenzáciu diabetu.

Z hľadiska farmakologickej liečby nám za poslednú dekádu pribudli veľmi účinné preparáty na liečbu chronického srdcového zlyhávania, vo výhľade je konečne aj účinná liečba pre pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním so zachovanou systolickou funkciou ľavej komory.

Monoklonálne protilátky PCSK9 nám umožnili dosiahnuť hodnoty LDL-cholesterolu, ktoré sa predtým nepovažovali za reálne. Postupne získavame čoraz viac dôkazov nielen o ich laboratórnom, ale najmä

klinickom efekte v zmysle pozitívneho ovplyvnenia morbidity a mortality u pacientov v primárnej a sekundárnej prevencii kardiovaskulárnych ochorení.

Sme tiež veľmi blízko začatia liečby na podklade interferencie messenger RNA prekursora PCSK9, ktorý bude vzhľadom na subkutánne podávanie dvakrát ročne pripomínať akúsi *vakcináciu* proti cholesterolu a ateroskleróze.

Kardiovaskulárne ochorenia sa často manifestujú dramaticky. Ste svedkami životných príbehov vašich pacientov. Ktorý pacient bol pre vás najväčšou výzvou?

Na túto otázku sa mi odpovedá ťažko, vybrať jediného konkrétneho pacienta je zložité. Hlboko sa mi však vryl do pamäti jeden mimoriadne inteligentný a vzdelaný pacient s ťažkou aortálnou stenózou, ktorého som nebol schopný presvedčiť o nevyhnutnosti operačného riešenia. Napokon súhlasil až v štádiu refraktérneho srdcového zlyhávania, keď sa mu už pomôcť nedalo. Neraz rozmýšľam nad tým, či som niečo nemohol urobiť inak, či bol môj naliehavý prístup správny. Na druhej strane však mám viacerých pacientov, ktorých stav bol pri mojom prvom vyšetrení veľmi dramatický, zverili sa však s dôverou do mojich rúk a do rúk ďalších zdravotníkov a dnes ku mne chodia na pravidelné kontroly a užívajú si vnúťkatá. Tu sa vrátim k vašej druhej otázke – aj prítomnosť závažných symptómov pacienta môže byť pre budúcu spoluprácu určitou výhodou. Pacient, ktorý sa dusí, sa skôr vloží do rúk lekára ako pacient, ktorému nič nie je, len od vás stále počúva, čo všetko mu hrozí. Je to taký medicínsky koncept neveriaceho Tomáša. Predstavte si napríklad dvoch pacientov po infarkte myokardu. Jeden mal extrémne silnú bolesť na hrudníku, nevládal dýchať, bál sa o život ako nikdy, sanitka ho brala so sirénou priamo na katetrizačný sál, kde mu spriechodnili cievu a strávil pár dní na JISke. Druhý pacient prechodil infarkt bez akýchkoľvek príznakov a ja mu diagnózu oznámim po ECHO vyšetrení. Je druhý pacient menej rizikový? Určite nie. Ale v prístupe oboch bude pravdepodobne značný rozdiel. Našich neveriacich Tomášov teda musíme presviedčať, aby uverili, skôr ako uvidia a zažijú, lebo to už môže byť neskoro.

Práca lekára, kardiológa je veľmi náročná a stresujúca. Prezradte nám niečo zo svojej životnej filozofie. Čo vás naplňa šťastím, ako relaxujete a kde dobíjate baterky?

Moje rozhodnutie na poslednú chvíľu zmeniť výber vysokej školy na lekársku fakultu bolo nepochybne jedno z najlepších, aké som v živote urobil. Mám to šťastie, že ma moja práca nesmierne baví a naplňa. Niekedy mám dokonca pocit, že svojich pacientov potrebujem viac, ako oni potrebujú mňa. Často to nie je len o satisfakcii z dobrej diagnostiky a liečby. Fascinujú ma ľudské príbehy, ktoré so svojimi pacientmi zažívam. Fascinujú ma ťažké osudy viacerých mojich pacientov, a to, ako im dokážu čeliť. Čerpám silu z ich dobra, vytrvalosti a pokory.

Ako relaxujem? Po mojom otcovi som zdedil vášeň pre šach, žiaľ, nie jeho talent. Som tiež vášnivým fanúšikom tenisu a futbalu. Počas zápasov ligy majstrov je u nás doma *zelená obrazovka*. Po operácii kolena už rozhodne nie som príkladným rekreačným športovcom, ale keď si potrebujem vyplaviť endorfíny, chytím do ruky činky. V posledných rokoch som začal s otužovaním. Nie som ani vyslovený knihomol, ale dobrou knihou určite nepohrdnem. Tiež rád pasívne relaxujem pri filmoch, pokojne aj pri hollywoodských blockbusteroch, ak teda nepresiahnu určitú únosnú mieru stupidity.

S pribúdajúcimi rokmi ma však najviac naplňa šťastím moja rodina. Možno si ako lekár trochu viac uvedomujem krehkosť a pominuteľnosť našej ľudskej schránky, preto si čoraz viac vážim chvíle s mojimi najbližšími.

Ďakujeme vám za rozhovor

Odborná redakcia KARDIO News