

Rozhovor s osobnosťou mesiaca, primárom oddelenia všeobecnej kardiológie v SÚSCCH a. s. Banská Bystrica MUDr. Ivanom Rybárom

MUDr. Ivan Rybár sa narodil v Brezne. Po absolvovaní gymnázia v Banskej Bystrici a štúdiu na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave nastúpil v NsP Ružomberok ako lekár na onkologickom oddelení. Od roku 1997 do roku 2002 pracoval v FNŠP F. D. Roosevelta Banská Bystrica, ako lekár na kardiologickom oddelení a od roku 2003 pracuje v Stredoslovenskom ústave srdcových a cievnych chorôb Banská Bystrica. Po absolvovaní atestácie z vnútorného lekárstva pracoval na oddelení arytmií a kardiostimulácie, kde atestoval v odbore kardiológia. Počas pôsobenia na tomto oddelení sa venoval hlavne kardiostimulácii, elektrofyziológii a manažmentu rytmologických pacientov. Od roku 2013 pracoval ako vedúci lekár oddelenia všeobecnej kardiológie a posledné tri roky ako primár oddelenia kardiológie. Okrem toho od roku 2001 pracuje v ambulancii pre poruchy srdcového rytmu a kardiostimuláciu.



Vážený pán primár, čo vás priviedlo k medicíne a špeciálne ku kardiológii?

Často si kladiem túto otázku a musím sa úprimne priznať, že jednoznačnú odpoveď na ňu nepoznám. Asi sa mi len páčila práca lekára. Čo sa týka kardiológie, tam to bola jasná voľba od chvíle, keď som sa po prvýkrát ako študent snažil pochopiť princípy EKG.

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?

Pacientov po kardiovaskulárnej príhode by som rozdelil na 2 skupiny. Prvú tvoria pacienti, ktorí si uvedomujú závažnosť svojho ochorenia a po rozhovore a poučení, že príhoda sa môže opakovať, sú schopní akceptovať naše odporúčania ohľadom liečby, vrátane hypolipidemickej. Táto skupina pacientov nám dôveruje a je ochotná „na seba pracovať“, lebo, ako im často hovorím, len ten liek, ktorý užijú, môže fungovať a keď ho nebudú užívať, neoklamú mňa, ale samých seba. Druhú skupinu tvoria pacienti, ktorí napriek opakovaným kardiovaskulárnym príhodám a koronárnym intervenciám naďalej ignorujú naše odporúčania, indikovanú liečbu neužívajú, a to už ani nehovorím o dodržiavaní režimových opatrení (napr. pravidelný pohyb, zmena stravovacích návykov, zanechanie fajčenia). My im napriek tomu musíme urobiť v prípade ťažkostí ďalší výkon, čo považujem za úplne zbytočné mrhanie finančnými zdrojmi. U týchto pacientov vidím jedinú motiváciu, a to finančnú spoluúčasť na liečbe.

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

Máte pravdu. Aktuálne žijeme v dobe „intervenčnej kardiológie“. V priebehu niekoľkých rokov sa zvýšila účinnosť a bezpečnosť intervenčných metód a zároveň sa stále zavádzajú nové metódy liečby. Vďaka zdokonaleniu intervenčných postupov a zavádzaním nových typov intrakoronárných stentov je možné intervenčne riešiť aj také koronárne postihnutia, ktoré boli v minulosti doménou kardiochirurgie, napr. stenóza hlavného kmeňa ľavej koronárnej artérie. Máme tu už niekoľko rokov hlavne u vysoko rizikových pacientov metódu transkatérovej implantácie aortálnej chlopne (TAVI), rozširujú sa metodiky na intervenčné riešenie mitrálnej chlopne (MitraClip, Tendyne) u inak neoperabilných pacientov so sekundárnym postihnutím mitrálnej chlopne pri závažnej systolickej dysfunkcii ľavej komory. Do budúcnosti plánujeme rozšíriť podobné riešenie aj na trikuspidálnu chlopňu. Čo sa týka rytmologických pacientov, ablácia fibrilácie predsiení sa u určitej podskupiny pacientov stala rutinnou metódou liečby. Výrazné pokroky sa dosiahli v ablačnej liečbe komorových arytmií a podobne aj v implantácii elektroimpulzogenerátorov, napr. implantácia tzv. bezelektrodových stimulačných systémov (*leadless* stimulácia). Výrazne sa zlepšilo aj diaľkové monitorovanie pacientov s implantovanými prístrojmi.

A čo sa týka budúcnosti kardiológie, tú vidím v rozšírení genetického testovania na väčšiu populáciu pacientov nielen na určité kardiálne ochorenia (napr. ochorenia aorty, hypertrofická a dilatačná kardiomyopatia, niektoré dedičné poruchy iónových kanálov zodpovedných za určitý typ arytmií). Príkladom môže byť ischemická choroba srdca. I keď sú dobre známe jej rizikové faktory, vyše polovica všetkých závažných srdcových príhod vrátane infarktu myokardu vzniká u doposiaľ zdravých asymptomatických jedincov a práve genetické vyšetrenie by nám mohlo pomôcť v identifikácii týchto pacientov. V súčasnej dobe je u nás táto metodika pomerne málo rozšírená a diagnostika trvá veľmi dlho.

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

Každý pacient je pre mňa výzvou, zastávam totiž filozofiu „čím zložitejší pacient, tým lepšie“, lebo sú to práve títo pacienti, ktorí nás posúvajú vpred. Vždy som sa snažil o to, aby naše pracovisko nebolo len „koronarografickým“, ale aby poskytovalo komplexnú kardiologickú diagnostiku a liečbu. Ale aby som bol konkrétny, toto je prípad 63-ročného pacienta, ktorý bol u nás hospitalizovaný pre novo diagnostikované akútne srdcové zlyhávanie s ťažkou systolicou dysfunkciou ľavej komory, pri základnej diagnóze

dilatačnej kardiomyopatie s blokom ľavého Tawarovho ramienka a významnou sekundárnou mitrálnou regurgitáciou. Počas hospitalizácie bol realizovaný PCR test na COVID-19 s pozitívnym výsledkom, a preto boli ďalšie diagnostické a terapeutické postupy odložené. 14 dní od prepustenia bol pacient vyšetrený pre ischémiu pravej DK. O dva dni neskôr bol privezený na urgentný príjem pre pálenie a bolesť na hrudníku. Diagnostikovaný anterolaterálny STEMI. Koronarografovaný s nálezom embolického uzáveru dvoch koronárnych artérií. Pri echokardiografickom vyšetrení diagnostikovaný trombus v ľavej komore. Antikoagulačná liečba nebola úspešná, navyše počas liečby sa objavil druhý trombus. Konzultovaný kardiochirurg, a keďže by išlo o výkon s vysokým rizikom, bol odporučený konzervatívny postup. Pre pozitívnu anamnézu prekonania ochorenia COVID-19 sme suponovali infekciu COVID-19 ako ochorenie zhoršujúce prokoagulačný stav so zvýšeným rizikom tromboembolizmu. Vzhľadom na neúčinnosť antikoagulačnej liečby pri vysokom riziku recidívy tromboembolizmu bol pacient ako akútny preložený na Oddelenie zlyhávania a transplantácie (OZaT) Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb (NÚSCH) Bratislava, kde bola realizovaná chirurgická extrakcia trombu a implantácia dlhodobej mechanickej podpory ako premostenie k zaradeniu na transplantáciu srdca. Pred mesiacom bol u nás znova hospitalizovaný ako lokálna infekcia vstupu kábla mechanickej podpory so septikémiou a zlyhávaním obličiek, našťastie sa nám tento stav podarilo zvládnuť konzervatívnou liečbou.

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

Ako ste správne uviedli, práca lekára, nielen kardiológa je náročná. Najväčším šťastím je pre mňa moja rodina, s ktorou sa snažím stráviť čo najviac času. V živote sa mi veľakrát potvrdilo, že rodina je to jediné, na čo sa môžete stopercentne spoľahnúť. Okrem toho veľmi rád športujem, v zime je to určite zjazdové lyžovanie a v lete rekreačne tenis.

*Ďakujeme vám za poskytnutie rozhovoru
Odborná redakcia KARDIO News*