

Tisícovka transplantací srdce v České republice

Transplantace srdce, které nedávno oslavily již čtyřicet let své existence (první provedl Christian Barnard na konci roku 1967), zahájil jako klinický program IKEM v roce 1984 a brněnské centrum v roce 1992, a právě v letošním roce se podařilo dosáhnout první tisícovky výkonů – v IKEM 700, v Brně 300 (jestliže v celosvětovém měřítku se dnes uskutečňuje během jednoho roku kolem tří tisícovek těchto výkonů, v Česku se jich uskutečňuje padesát až šedesát).

Při té příležitosti shrnuli dva kardiologové (prof. Jan Pirk z IKEM a doc. P. Němec z CKTCH v Brně) a dva kardiologové (doc. I. Málek z IKEM a prof. L. Špinarová z CKTCH v Brně) v přehledných sděleních možnosti chirurgické léčby srdečního selhání obecně a konkrétně pak chirurgickou techniku vlastní transplantace srdce, jakož i i zkušenosti s organizací a výsledky programu transplantace srdce v IKEM Praha v letech 1984 až 2008 a v CKTCH Brno v letech 1992 až 2008.

S rozvojem invazivní kardiologie v posledních letech a také se zavedením ve světě ojedinělého programu léčby akutního infarktu myokardu v České republice se zcela zásadně snížila úmrtnost na akutní infarkt, nicméně řada těchto nemocných přežívajících akutní fázi prvního i dalších infarktů myokardu se postupně dostává do stadia chronického srdečního selhání, a navíc existuje mnoho pacientů se srdečním selháním na podkladě jiných onemocnění. A právě v těchto dvou oblastech, tedy v léčbě akutního i chronického srdečního selhání, které představuje významnou potenciální příčinu morbiditu a mortality, má kardiologie své nezastupitelné místo.

Z přehledu výsledků obou center vyplývá, že dokonale organizovaný program odběrů i vlastních transplantací a předoperační i pooperační péče, spolu s pokroky v chirurgické technice a taktice, v možnostech imunosuprese i prevence rejekcí a komplikací, jako je selhání štěpu, renální selhání či koronární nemoc štěpu, přinášejí zásadní zlepšení kvality života i jeho prodloužení, a to nejen u dospělých, ale stále častěji i u dětských pacientů. V jednoročním i dlouhodobějším přežívání pacientů se přitom obě česká pracoviště pohybují nad celosvětovým průměrem, jak ho ukazuje registr ISHLT (International Society for Heart and Lung Transplantations) – ročního přežití dosahuje 80 až 90 %, pětiletého kolem 70 % a desetiletého stále ještě přes 50 % pacientů (nejdelší přežívání je 24 let).

Lze shrnout, že transplantace srdce je nadále jedinou metodou léčby v terminálním stadiu srdečního selhání po vyčerpání všech ostatních možností, která zlepšuje prognózu i kvalitu života pacientů, jejíž dlouhodobý efekt je však nadále ovlivňován toxicitou imunosuprese a rozvojem renálního selhání či koronární nemoci štěpu. Musí nicméně být součástí komplexní péče o nemocné se srdečním selháním a navíc platí, že systém péče o pacienty na čekací listině je de facto modelem optimální péče, který by měl být zaveden obecněji.

Pokud jde o vlastní transplantace, navzdory významným pokrokům v této oblasti zůstává stále jeden hlavní a v České republice dosud téměř neřešený problém – nedostatek dárcovských orgánů.

Důsledkem je prodlužující se doba, kterou pacient stráví na čekatelské listině (dnes v průměru 124 dnů), a samozřejmě i skutečnost, že řada nemocných se svého orgánu nedočká. Jen částečným, byť velmi účinným řešením je možnost překlenout toto období pomocí mechanické srdeční podpory. Vzhledem k tomu je nutno často volit místo ideálních i tzv. marginální dárcovské orgány, tedy orgány od dárců ve věku vyšším než 50 let, s hraničními funkčními parametry i s velikostním nepoměrem mezi dárcem a příjemcem.

V diskusi zaznělo, že na rozdíl např. od Španělska, které se může pochlubit poměrem 40 dárců na milion obyvatel, dosahujeme u nás nejvýše poloviny tohoto počtu, a že v uplynulých letech ani ministerstvo zdravotnictví ani Koordinační centrum transplantací orgánů, ani Česká transplantální společnost bohužel pro zlepšení této situace nedokázaly udělat prakticky nic. V tomto smyslu a v současných pohyblivých píscích české zdravotnické reformy je téměř neuvěřitelné, že široký zdravotnický terén se nadále na odběrové aktivitě i péči o nemocné před transplantací a po ní podílí v takové míře. Vzhledem k tomu, že materiální a finanční zainteresovanost je prakticky nulová, nelze to vysvětlit jinak než vysokou motivací těchto pracovišť a jejich lékařů i ostatních zdravotníků, a dobrými vztahy mezi transplantačními centry a jejich zázemím.

Autor: Jaroslav Hořejší