



Najviac umierame na ochorenia srdca a ciev. Kardiochirurg vysvetľuje príčiny 2

Online, tvnoviny.sk, 13. 8. 2025, 9:03

Košicko, číslo 33/2025; str. 7 4

Tlač, Košicko, 15. 8. 2025

Najviac umierame na ochorenia srdca a ciev. Kardiochirurg vysvetľuje príčiny

13. 8. 2025, 9:03, Zdroj: [tvnoviny.sk](https://www.tvnoviny.sk), Vydavateľ: MARKÍZA - SLOVAKIA, spol. s r.o., Autor: Tamara Eliašová, Sentiment: Pozitívny, Téma: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Kľúčové slová: UPJŠ

Dosah: 210 890 GRP, 4,69 OTS, 0,05 AVE, 1073 EUR

Najviac umierame na ochorenia srdca a ciev. Kardiochirurg vysvetľuje príčiny

Srdce môže zlyhať ticho a náhle, často bez varovania. Renomovaný košický kardiochirurg Adrian Kolesár, ktorý denne operuje pacientov s najťažšími ochoreniami obehového systému, vysvetľuje, čo je za tým, že celosvetovo i na Slovensku najviac zomierame na kardiovaskulárne ochorenia. Príbehy z operačných sál, ktoré lekára sprevádzali počas takmer troch dekád praxe, ukazujú, že každý moment môže rozhodnúť o živote, a že srdce si zaslúži našu pozornosť skôr, než nastane kríza.

Pri káve vznikol nápad, ktorý sa neskôr zapísal do lekárskeho žurnálu ako svetový unikát. Kardiochirurg z Košíc a jeho tím ako prví na svete spojili dve zdánlivo nezlúčiteľné metódy, čím vznikla unikátna modifikácia Rossovej operácie. Nešlo však len o náhodný záblesk geniality, ale o dôsledok dlhoročnej praxe a neustáleho hľadania lepšieho riešenia pre pacienta.

Pri Rossovej metóde sa nahrádza aortálna chlopňa pľúcnou, avšak od zosnulého darcu. V tomto prípade počas výmeny aortálnej chlopne vytvorili lekári pacientovi novú pľúcnu chlopňu z jeho vlastného tkaniva, čím použili Ozakiho metódu.

Za týmto príbehom stojí Adrian Kolesár, prednosta Kliniky srdcovej chirurgie Lekárskej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika (UPJŠ) a Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb (VÚSCH, a. s.) v Košiciach. V tomto roku si za svoj prínos prevzal ocenenie Vedec roka SR 2024 v kategórii Inovátor roka.

Jeho pracovné dni sa niekedy končia pocitom víťazstva, inokedy s ťažobou, že ani všetky vedomosti a skúsenosti nestačili na záchranu pacienta. Za takmer 30 rokov praxe na operačnej sále má za sebou tisíce zákrokov, od bežných výmen chlopní až po komplikované rekonštrukcie.

V rozhovore sa dočítate:

Prvú operáciu ako hlavný operátor ste robili v roku 2001. Ako sa odvtedy zmenila na Slovensku kardiochirurgia?

Na Slovensko som prišiel až v roku 2008, do tej doby som pracoval v Prahe, v rámci stáže som bol aj v Lipsku. Môžem teda povedať, ako sa u nás zmenila kardiochirurgia za posledných 17 rokov – výrazne. Čo sa týka VÚSCH, mimoriadne sme pokročili v miniinvasive a na Slovensku sme v tomto smere lídrom. Za tie roky sme sa tiež zlepšili v opravách všetkých chlopní, čiže namiesto náhrad preferujeme a častejšie vykonávame opravy, ktoré sú vždy výhodnejšie. Treba dodať, že pacienti majú dnes viac možností. V minulosti sa robili základné a štandardné výkony ako bajpas či náhrady chlopní, dnes existuje viac chirurgických prístupov a postupov, ktoré sa zintenzívnili a skombinovali s invazívnou kardiologiou. No v neposlednom rade sa zmenili aj samotní pacienti. Ak hovoríme o tých mladších, sú viac erudovaní, viac si načítajú, pýtajú sa. Čo sa týka ich prístupu, ten sa celkovo zlepšil.

Ako často sa stretávate s pacientmi, ktorí absolvujú preventívne vyšetrenia ešte predtým, než sa u nich objavia ťažkosti?

Je ich čoraz viac, bez ohľadu na vek. Častejšie si vyžadujú preventívne prehliadky. Ľudia sa snažia vo väčšej miere predchádzať kardiovaskulárnym príhodám.

Ak by ste mali opísať svojho typického pacienta – kto je to?

Závisí to od diagnózy, no zhruba 60 percent našich výkonov sa týka ischemickej choroby srdca. To je ako denný chlieb kardiochirurgie. Pacient s touto diagnózou má štandardne ťahkú nadváhu, fajčí a málo sa hýbe. Máme už aj mladších, ktorí k nám s týmto chodia, ale väčšinou, ak sa bavíme o mužoch, majú nad 55 rokov. U žien je to nad 60 rokov.

Prečo je medzi mužmi a ženami tento vekový rozdiel?

Súvisí to s menopauzou. Keď má žena menštruáciu, má estrogény, ktoré sú prirodzenými ochranármi kardiovaskulárneho systému. Hneď ako dôjde k menopauze, estrogény chýbajú a riziko ischemickej choroby srdca sa zvyšuje.

Viacrát ste tiež spomenuli miniinvasive zákroky. Môžete popísať, v čom spočívajú?

Štandardný prístup k srdcu v kardiochirurgii je stredná sternotómia. Je to rez v rozsahu od krku k bránici. Hrudnú kosť rozrežeme a na konci operácie ju pomocou drôtených slučiek zafixujeme, čím sa môže narušiť mechanika dýchania. Miniinvasívny zákrok znamená, že namiesto tohto klasického postupu spravíme malý rez na strane hrudníka, v dĺžke zhruba do šesť centimetrov. Pre pacienta to má mnoho výhod. Rekonvalescencia je rýchlejšia, pacient sa lepšie hýbe, lepšie spí, môže ísť skôr domov a je tu tiež menšie riziko infekcií. Druhou výhodou je kozmetický efekt, treťou finančný benefit. Keďže sú títo pacienti v nemocnici kratšie, menej zaťažujú zdravotný systém. Nedá sa to, samozrejme, pri všetkom, ale pokiaľ je to možné, preferujeme miniinvasívny prístup.



Technologické inovácie často menia spôsob, akým pracujeme. Ktoré nové metódy alebo prístroje za posledné roky najviac ovplyvnili vašu prácu?

Určite je to endoskopická veža. Tá sa využíva práve pri miniinvazívnych zákrokoch. Správime malý rez a nepozeralíme sa doň priamo, ale s okuliarmi na veľký monitor, ktorý máme nad sebou. Čiže vidíme aj hĺbku rany a to, kam idú nástroje. Ako keď ste v kine na 3D. Hovoríme tomu plne endoskopická kardiochirurgia.

Na Slovensku sú ochorenia srdca a ciev dlhodobou najčastejšou príčinou úmrtí. Čo vám táto štatistika hovorí ako lekárovi, ktorý ich denne operuje? Prečo srdce a cievy často zlyhávajú ako prvé?

Ak sa bavíme o mortalite na kardiovaskulárne ochorenia, patria tam nielen infarkty, ale aj mozgové príhody. Taktiež sem patria aj upchané tepny na dolných končatinách, ktoré musíme následne intervenovať. Je to celý komplexný systém.

A prečo to tak je? Súvisí to najmä so životou. Áno, je tam aj určité percento genetiky. Niektorí môžu byť nezdravo, piť alkohol, fajčiť a nič sa mu nestane. A niektorí môžu práve naopak nič z tohto nerobiť, športovať, a aj tak dostane infarkt. Pokiaľ ide teda o prípady spojené s genetikou, tie tvoria zhruba 30 percent. Zvyšok je epigenetika, teda to, ako tomu „pomôžeme“ my sami našou životou. Z pohľadu kardiovaskulárneho rizika teda môžeme ovplyvniť až 70 percent toho, čo sa nám stane.

Čo v rámci prevencie najviac zanedbávame? Okrem klasík ako je fajčenie a pitie alkoholu.

Máme nadbytok hojnosti a prejedáme sa, preto vo väčšej miere trpíme civilizačnými ochoreniami. Vyšším rizikom než fajčenie a alkohol je kontinuálny podprahový stres a hluk. V tomto prípade môžu pomôcť napríklad aj meditačné cvičenia. Znížite hladinu kortizolu, ktorý následne znižuje hladinu adrenalínu a dochádza k poklesu hladiny cukru. Je to taká biochemická kaskáda. Teda aby som to zjednotil, celkovým rizikom je konzumný spôsob života.

Ako súvisí zdravie obehového systému so psychikou a duševným zdravím? Napríklad v súvislosti so syndrómom zlomeného srdca.

Syndróm zlomeného srdca, známy aj ako Takotsubo kardiomyopatia, je forma stresom vyvolanej kardiomyopatie. Charakterizuje ho náhle a dočasné oslabenie srdcového svalu, často v dôsledku silného emocionálneho alebo fyzického stresu. Hoci môže napodobňovať príznaky infarktu, zvyčajne nespôsobuje blokádu koronárnych tepien a pacienti sa zvyčajne úplne zotavia.

Kardiovaskulárne ochorenia často prichádzajú bez varovania. Ktoré varovné signály, zdanlivo zanedbateľné, by sme nemali prehliadať?

Bolesť na hrudníku, to nesmieme nechať len tak. Určite aj dýchavičnosť pri minimálnej záťaži, vtedy už môže byť neskoro. Viac príznakov nie je. Máme pacientov, ktorí ich majú, a máme takých, ktorí sú asymptomatickí. A tí bývajú na tom omnoho horšie. Nemajú žiadne príznaky, až sa cieva zatvorí - vznikne silný infarkt, ktorý môže byť pre pacienta fatálny. Takže je lepšie mať príznaky, než nemať žiadne. Samozrejme, všetko závisí od typu ochorenia. Keď máme nedomykavosť chlopne, príznaky prídu neskôr a to je veľmi zradné. Keď máme zúženú chlopňu, teda stenózu chlopne, je jedno akú, symptómy sa dostavia skôr, pacient príde skôr na operáciu a výsledok je optimistický.

Okrem iného tiež vzdelávate a pripravujete mladých medikov. Aké vlastnosti by mal mať dobrý kardiochirurg?

Vypíchal by som trpezlivosť, pretože operácie sú naozaj dlhé. My máme štandardne dlhé operácie, minimum sú štyri hodiny, dĺžka sa však môže natiahnuť pokojne až nad dvadsať hodín. Treba tiež fyzickú odolnosť, lebo stále stojíme na nohách. Rovnako je zásadná technická zdatnosť či psychická odolnosť.

Čo urobíte ako prvé po náročnom zákroku, kam smerujú vaše prvé kroky?

Do pracovne napísať operačný protokol. Potom káva, voda, sadnem si alebo sa na desať minút natiahnem. Väčšinou má kardiochirurg jednu operáciu denne, výnimočne dve. So zákrokom začneme o siedmej ráno, skončíme o jednej, v práci sme do štvrtej.

Aký to je pocit, keď máte po dlhej operácii?

Pocit je výborný, keď sa to podarí. Zabúdame na to, že nás bolí celé telo, pretože nás zaplavia endorfíny z toho, že sa to skončilo dobre. A keď to dopadne zle, čo sa tiež stáva, je to príšerný pocit. Sme unavení, dobití a ešte je to celé nanič.

Ako sa vyrovnávate s tým, že nie každý pacient sa dá zachrániť?

Zle. Tak ako každý. Ale musím cez to prejsť. Potom by som to nemohol robiť. Nie sme roboti, medicína nie je matematika a nikdy ňou ani nebude. V klasickej matematike platí, že jedna a jedna sú vždy dve, v medicíne toto nemusí platiť, je to skôr štatistika a pravdepodobnosť.

Čo vo vás každý deň udržiava presvedčenie, že má táto práca zmysel? Aj napriek únave, stresu či tlakom.



Budúci rok to bude tridsať rokov, čo robím výlučne kardiochirurgiu. Nemyslím školu, ale len prax. Nič iné robiť neviem. Všetci to robíme preto, že nás to baví.

Ako ste spomínali, stres je jedným z faktorov, ktoré prispievajú ku kardiovaskulárnym ochoreniam. Predpokladám, že vyplavovanie kortizolu či adrenalínu je bežnou súčasťou vašej práce. Ako sa ako kardiochirurg vyrovnávate s tým, že ste vystavení presne tomu, pred čím často varujete svojich pacientov?

Nepripúšťam si to. Viem, že stres a hluk sú všeobecne najväčšie rizikové faktory. No nemôžeme si to pripúšťať, inak by sme to nerobili. Dúfame, že nás sa to týkať nebude, ale to je naivná predstava. Nás to dobehne taktiež.

Modifikáciu Rossovej operácie ste spoločne s kolegami uskutočnili ako prví na svete. V našej archívnej reportáži povedal váš kolega Štefan Lukačín, že tento nápad vznikol pri neformálnom stretnutí. Ako sa z tejto myšlienky stal reálny chirurgický výkon svetového významu?

Bolo to pri káve. V Česku aj na Slovensku sme jediní, ktorí vykonávajú Rossovú aj Ozakiho operáciu v rámci jedného pracoviska. Medzi kardiochirurgami vo všeobecnosti pretrvávajú v týchto dvoch metódach veľká dišputa. Zjednodušene, ten, kto preferuje Rossovú operáciu, nemá rad Ozakiho metódu, ak hovoríme o aortálnej chlopni. No a my sme tieto dva postupy spojili. Do pľúcnej pozície, odkiaľ sme vzali pľúcnu chlopňu a dali ju na miesto poškodenej aortálnej chlopne, sme použili Ozakiho techniku. Z vlastného osrdcovníka sme vymodelovali novú pľúcnu chlopňu a tú sme implantovali. Prečo to takto urobiť mi napadlo z dôvodu, že nemáme k dispozícii homografty, čiže chlopne od zosnulých darcov uložené v tkanivových bankách, ktoré sa pri Rossovej operácii štandardne používajú.

Mávate s kolegami často takéto neformálne debaty, kde vám napadne niečo podobne inovatívne?

Debaty vedíme prakticky kontinuálne, väčšinou o operáciách, tipoch, trikoch a o tom, čo sa dá zlepšiť. Sú to len minimálne vstupy, pretože v rámci kardiochirurgie drvivá väčšina všetkého už bola vymyslená. Čo my môžeme robiť, je zlepšovať súčasné postupy a zintenzívňovať miniinvazívnosť v kardiochirurgii. Vymyslieť v tejto dobe niečo úplne nové je rarita. To bolo možné skôr v osemdesiatych a deväťdesiatych rokoch, keď bola kardiochirurgia ešte v plienkach.

Operáciu ste vykonali minulý rok v októbri. Koľkým pacientom ste ju odvtedy spravili?

Piatim, na čakacej listine máme ďalších štyroch.

Máte informácie o tom, že ju po vás už niekto zopakoval?

Pokiaľ viem, tak nie.

Čo nasledovalo po vykonaní prvej operácie, publikovali ste o nej odborné články?

Áno, publikovali. Celý proces trvá minimálne pol roka, kým to napíšeme, kým je pacient doma, kým príde na prvú, druhú kontrolu. Keď to napíšete a pošlete do časopisu, revízia a celý proces akceptácie článku môže trvať mesiace. Publikácia vyšla v Európskom kardiologickom časopise European Heart Journal CR.

Ocenenie Vedec roka SR 2024 v kategórii Mladý vedecký pracovník získal Olivier Monfort, ktorý sa zaoberá čistením odpadových vôd. Pozrite si rozhovor s mladým vedcom:

Autor: Tamara Eliašová

Košicko, číslo 33/2025; str. 7

☐ 15. 8. 2025, Zdroj: **Košicko**, Strana: 7, Vydavateľ: **REGIONPRESS, s.r.o.**, Sentiment: **Pozitívny**, Téma: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v**

Košiciach, Kľúčové slová: **Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach**

Dosah: 92 130 GRP: 2,05 OTS: 0,02

(textový prepis článku nie je k dispozícii)

...Košicko, číslo 33/2025; str. 7 KE25-33 7 KOŠICKO PONUKA TLAČE letáky vizitky plagáty etikety katalógy kalendáre spravodaje časopisy SPRAVODAJSTVO / SLUŽBY UNIVERZITA TRETIEHO VEKU **UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH** 7 CENA ZÁPISNÉHO OD 60 €/ROK...