

Půlstoletí v medicíně, půlstoletí s Českou kardiologickou společností

František Kölbel

Interní klinika, Fakultní nemocnice v Motole a 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Česká republika

Adresa: prof. MUDr. František Kölbel, DrSc., Interní klinika, FN v Motole a 2. LF UK, V úvalu 84, 150 18 Praha 5-Motol, Česká republika, e-mail: frantisek.koelbel@lfmotol.cuni.cz

Dne osmého července 2007 tomu bylo padesát let od doby, kdy jsem ve Velké aule Karolina složil Hippokratovu přísahu, obdržel diplom tehdejší Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy a stal se lékařem. Umístěnkou jsem byl přidělen do „čtyřprimariátové“ tehdejší okresní nemocnice v Čáslavi, kde jsem rychle získal velmi reálný obraz možnosti i omezenosti tehdejší medicíny. Mým prvním šéfem na interním oddělení byl pan primář Kába, velmi vzdělaný a moudrý pán; na všech pracovištích nemocnice ještě pracovaly řádové sestry. Spektrum našich nemocných se diametrálně lišilo od nynějšího. Vždy jsem toužil po tom, stát se jednou kardiologem, a proto si zejména pamatuji možnosti kardiologie v Čáslavi. Nemocný s akutním infarktem myokardu byl vzácností, zato jsme se starali o mnoho nositelů porevmatických chlopenních vad, které postihovaly většinou více chlopní, s obrovským cor bovinum, kteří umírali na srdeční nedostatečnost ve věku 30–35 let. Nutno zdůraznit, že v diagnostice neexistovala echokardiografie, v elektrokardiografii jsme pracovali se záznamem tří končetinových svodů a se sumačním svodem hrudním; srdeční katetrizaci se vyšetřovalo jen pravé srdce, a to na několika (odhadem na pěti) pracovištích v celé tehdejší Československé republice. Nebyla známa technika mimotělního oběhu ani kardiochirurgických výkonů v něm provedených, léčba našich nemocných tedy byla pouze konzervativní. Měli jsme sice bohatou paletu digitalisových přípravků od strofantinu až po digitoxin, ale také jen jediné diuretikum – Salyrgan obsahující rtuť, který bylo nutno aplikovat parenterálně, optimálně do žíly. Je pochopitelné, že za této neradostné situace bylo naprostou samozřejmostí vlídné zacházení s nemocnými, umocněné přítomností hodného pana primáře i řádových sester, ale připouštím, že velmi často jsme optimistický výraz obličeje v kontaktu s nemocným udržovali jsem s námahou.

V roce 1958 jsem v konkursním řízení získal místo sekundárního lékaře III. interní kliniky (nynější Všeobecné fakultní nemocnice), a stal jsem se nejmladším spolupracovníkem pana profesora Charvátka. Na klinice, která

tehdy měla odbornou pověst pracoviště endokrinologického, jsem pracoval již jako student – fiškus (volontér). Kliniku i její pracovníky jsem znal a profesor Charvát věděl o mém zájmu o kardiologii. Byl jsem proto zařazen do kardiologické pracovní skupiny, což v klinické části znamenalo vedle práce u lůžka možnost účastnit se katetrizačních vyšetřování pravého srdce; výsledky vyšetření jsme prezentovali na meziklinických seminářích, na nichž zejména dominoval pan profesor Herles. Nemocné s mitrální stenózou, tehdy častou, jsme posílali k operaci na zavřeném srdci na kliniku profesora Navrátila v Brně – letecky, sanitním letadlem, s doprovodem lékaře. V té době neexistoval totiž ani kilometr dálnice, a na tehdejších silnicích, a v tehdejších sanitních vozech Škoda Tudor, do kterých se nemocný vyšší postavy prostě nevešel, byla cesta do Brna celodenní a pro nemocného vysilující záležitostí. Bylo ovšem jasné, že přítomnost lékaře na palubě letadla měla pro nemocného především psychologický, uklidňující význam – většinu z nich jsme dobře znali z pobytu na klinice i z katetrizačních vyšetření. Psychologie fungovala dokonale, nikdy jsme neměli žádnou nežádoucí příhodu, a také operace rukou prof. Navrátila byly vesměs velmi úspěšné. Jako doprovázející lékař jsem létal opakovaně a rád. Jednak proto, že mne cestování letadlem vždy velmi přitahovalo, a na přelomu padesátých a šedesátých let 20. století k němu bylo opravdu velmi málo příležitostí, ale také (snad především) pro vyhlídku setkávání s panem profesorem Navrátilem. Pokud byl v době našeho příjezdu přítomen na klinice, vždy osobně přivítal nemocnou či nemocného, probrali jsme nálezy v dokumentaci, a pak přicházelo to krásné: „Kolego, chcete vidět, co jsme dnes operovali“? Cesta na předšálí operačního sálu, operační kniha, a v ní rukou pana profesora schéma vady – často vrozené vady srdeční před operací, a zakreslený výkon s jeho komentářem. Zážitky, na které nelze zapomenout.

Měla-li klinická medicína na oddělení vysokou klinickou úroveň, měla jí i lékařská etika a humanita v jednání s nemocnými. Bylo to dáno především osobností profesora

Charvát, který by byl nepřipustil jakékoli hulvátství v kontaktu s nemocnými. Pokud se občas – velmi vzácně – někdo takového jednání dopustil, na klinice prostě skončil. Rovněž péče o vzhled i osobní kultura lékaře byla jasně definována: lékař vždy musel svým vzhledem a vystupováním vzbuzovat důvěru nemocných. Chodit ve firemním tričku by bylo nemyslitelné, stejně tak jako neoholený lékař na pracovišti, při vizitě. Pamatuji se, jak profesor z vizity vykázal vedoucího oddělení, protože nebyl oholen. Sílu osobnosti profesora Charváta bylo znát nejen při „přešlapech“ spolupracovníků – těch bylo naštěstí málo. Bylo ji znát především v každodenním životě kliniky a při vizitách. Ty dělal profesor Charvát zcela pravidelně. Vždy, když byl v Praze (často cestoval do zahraničí, zejména v souvislosti se svou činností ve Světové zdravotnické organizaci), viděl všechny pacienty kliniky. Všichni, lékaři kliniky i četní hosté, s napětím sledovali, jak skvěle pan profesor zvládal psychologii nemocných. Byl schopen pohovořit vždy na správné úrovni s akademickým malířem, s babičkou z vesnice, i s vysoškolským profesorem. Byl schopen rychle udělat správné rozhodnutí, uklidnit ustrašeného, i přivést k pořádku pacienta, kterému „bylo všechno jasné, a nikdo mu nebude nic vykládat“. Pochopitelně, vizita byla vždy pečlivě připravena, všechny nálezy jsme znali z paměti (typicky jsme referovali o patnácti, někdy i dvaceti nemocných), a nebylo myslitelné dnes časté úporné listování v dokumentaci ve snaze najít výsledek. Profesorova „velká“ vizita měla občas ještě jeden výstup: profesorovy zásahy do medikace. Jakmile jsme informovali, že pacient užívá více než 2–3 léky, profesor výrazně zpozorněl, zejména když předtím slyšel o nechutenství či apatii pacienta. Jeho vstup začínal žádostí „půjč mi volůvku“, podaným perem rázně škrtl celou medikaci, vybral jeden, nejvýše dva přípravky, podepsal se a bylo. Pacientovi se téměř vždy ulevilo.

Díky prozíravosti, širokému rozhledu a mezinárodním kontaktům profesora Charváta, zachytila klinika všechny moderní směry diagnostiky a léčby v endokrinologii, metabolických chorobách, a především také v kardiologii. Neúnavný tlak profesora Charváta i jeho nástupce profesora Pacovského nás vedl k pátrání po každé „medicínské novince“ a snažili jsme se o její provedení. Tak se stalo, že na klinice provedl rentgenolog asistent Vančura historicky první koronarografii v Praze i v Československé republice, že klinika měla po Institutu klinické a experimentální medicíny druhou koronární jednotku v Praze. Dnešní profesor, tehdejší asistent Michael Aschermann na ní provedl historicky první endomyokardiální biopsii v Československu; klinika získala i jeden z prvních echokardiografických přístrojů a přístrojů pro Holterovo monitorování EKG. To vše způsobilo, že v osmdesátých letech 20. století byla klinika – stále endokrinologická – jedním z předních kardiologických pracovišť ve státě.

Specifikem práce na III. interní klinice byla možnost kombinovat práci u lůžek s prací v laboratoři. Klinika měla velké laboratoře biochemické, v nichž se odborníci zabývali především problematikou metabolismu steroidů, úzce spolupracovala s ústřední biochemickou laboratoří nemoc-

nice, vedenou přítelem pana profesora, profesorem Jaroslavem Hořejším; měla i experimentální laboratoř, která umožňovala práci se zvířaty. Vedl ji profesor Vratislav Schreiber. Kombinace klinické a laboratorní práce byla pochopitelně náročná na organizaci času lékaře, protože nesměla utrpět úroveň péče o nemocné; ale byla odpoledne a byly večery, volné chvíle při nočních službách, prostě každá chvíle byla využita. Steroidy v kardiologii byly prvními tématy mých vystoupení na půdě kardiologické společnosti již za rok po příchodu na kliniku (v květnu 1959), tedy přesně před padesáti lety jsem přednesl jako koreferát na Kardiologickém sjezdu v Luhačovicích sdělení „Použití kortikoidů u městnaného selhání srdečního“. V říjnu téhož roku následovalo na sjezdu nazvaném Kliniký význam poruch vodního a minerálního hospodářství v Karlových Varech sdělení „Použití triamcinolonu u městnaného selhání srdečního“. V této době nastoupil na kliniku dřívější asistent 2. ústavu lékařské chemie MUDr. Josef Šobra, pozdější zakladatel moderní československé a české lipidologie; rozhodnutím profesora Charváta jsme se sešli na stejném lůžkovém oddělení. V té době začaly probleskovat první informace o familiární hypercholesterolemické xantomatóze a bylo přirozené, že po záchytu první postižené rodiny se biochemik Šobra začal zajímat o biochemické nálezy, později i o genealogii, a mne zajímaly nálezy a změny kardiiovaskulárního ústrojí. Po sérii přednášek na tato témata na seminářích kliniky jsme vystoupili na 1. československém kardiologickém dni v Olomouci v listopadu 1961 – Šobra s biochemickými nálezy a já s referátem „Změny oběhového ústrojí při familiární hypercholesterolemické xantomatóze“.

Nutno říci, že vedení Československé kardiologické společnosti bylo ve svých názorech v té době značně konzervativní. Aničkovovy pokusy s králíky krmenými cholesterolem byly uznávány, ale rodinný výskyt hypercholesterolemie? Vzpomínám na velmi skeptický komentář k vystoupení nás – dvou mladých lékařů, navíc z endokrinologické kliniky, např. ze strany pana profesora Havíara. Nicméně, další vývoj názorů vše uvedl na pravou míru. Se steroidy v klinice arteriální hypertenze souviselo i mé vystoupení na 4. evropském kardiologickém kongrese v Praze (v budově Rudolfiny) dne 21. 8. 1964. Spolu s Inge Gregorovou a Jiřím Šonkou jsem přednesl sdělení „The Defect of Urinary Dehydroepiandrosterone Excretion in Hypertensive Patiens“. V té době mě ovšem už začaly velmi zajímat i otázky, na které klinický výzkum nedovedl dát odpověď. Tu základní formuloval profesor Schreiber: „Hele, a proč to srdce vlastně hypertrofuje?“ Bylo zřejmé, že je třeba sledovat syntézu bílkovin myokardu, a napadla mne otázka izolace ribosomů z myokardu a studia jejich vlastností v systému *in vitro*. Nápad pana profesora Charváta zaujal, a on využil přítomnosti svého přítele, kterým byl prominentní světový kardiolog Paul Dudley White, na evropském kardiologickém sjezdu k tomu, že mne panu profesoru představil a dal mi tím možnost představit svůj projekt. I u profesora Whitea jsem se svým plánem uspěl, v roce 1965 jsem získal jednoroční stipendium International

Cardiology Foundation k pobytu v laboratoři tehdejšího světového odborníka laboratorního výzkumu myokardu Wilfrieda F. H. M. Mommaertse na University of California v Los Angeles v USA.

Po dlouhé řadě komplikací se mi podařilo na toto stipendium skutečně vyjet; největším minusem této cesty bylo to, že moje žena, aby mohla alespoň na kratší dobu přijet za mnou, musela zanechat v Praze naši malou dcerku jako „zástavu“, že nebudeme emigrovat. Předpokládám, že nemusím nikoho přesvědčovat o tom, jak pozitivně na mladého pracovníka zapůsobilo přátelské, skutečně internacionální obsazení Mommaertsovy laboratoře – téměř neomezené pracovní možnosti, bohaté možnosti návštěv zajímavých laboratoří v celém USA (např. prof. Rabinowich v Chicagu) i v Kanadě (tam zejména profesorka Margaret Beznak). Po návratu do Prahy v roce 1967 jsem ještě pokračoval v práci zahájené v USA. Po roce 1968 se začal projevovat restriktivní režim v nákupu chemikálií i ostatních potřeb; v politice mi negativní názor na vstup „spřátelených armád“ v roce 1968 znemožnil po dobu čtyř let vyjet někam do zahraničí, včetně symposia do Polska. Začal jsem se zabývat myšlenkou organizovat mezinárodní symposium z oblasti experimentální i klinické kardiologie v Praze. Tehdejší prezident Československé kardiologické společnosti profesor Reiniš mne podpořil, stejně tak i profesor Fejfar, v té době ředitel kardiovaskulární divize Světové zdravotnické organizace (WHO) v Ženevě, a také prof. Pierre Moret z WHO. Spolupořadatelem s Československou kardiologickou společností byla i Univerzita Karlova a European Study Group for Research in Heart Metabolism (EGRHM). Název symposia byl tehdy zcela originální a nový (od té doby byl mnohokrát v různých spojitostech obměňován) – Adaptability of Cardiac Muscle. Symposium bylo velmi úspěšné, přijeli na něj kromě našich odborníků pracovníci z oblasti tehdejšího východního bloku (zejména prof. Meerson z Moskvy a prof. Oganessjan z Jerevanu); symposia se účastnila řada vynikajících světových odborníků (prof. A. Fleckenstein, P. Harris, S. Gudbjarnason, P.-Y. Hatt a další). Příjezd Lionela Opie z Kapského Města např. zachránila skutečnost, že měl vedle jihoafrického pasu i pas Spojeného království Velké Británie a Severního Irska. Jako Jihoafričan byl naprosto nepřijatelný. Jako Brit, no prosím, sice s velkou nechutí, ale směl přijet. Historicky první symposium experimentální a klinické kardiologie přivedlo do Prahy kolem 400 účastníků. Vznikla na něm přátelství a kontakty, jež namnoze trvají dodnes. Jistě, sám bych takový podnik nikdy nemohl zorganizovat, a tak musím připomenout jména alespoň některých mých spolupracovníků – Michael Aschermann, Bohuslav Ošťádal, Marie (Mia) Wachtlová, Ladislav Kümmel, i již nežijící Jan Hammer. Úspěch symposia měl příznivý vliv na pořádání dalších setkání tohoto druhu v zahraničí (symposia a konference EGRHM) i v Československu. Upevnilo to zejména strukturu konferencí sekce teoretické a experimentální kardiologie (konference „KEK“), jako sice velmi přátelských setkání, kde však byla vždy velmi tvrdá opONENTURA všeho přednášeného. Publikum tvořili klinici (např. i prof. Herles,

tehdejší dr. Štefja a řada dalších, včetně mne); s nimi i fyziologové, anatomové a biochemici; bylo tedy výrazně víceoborové, ale o to kritičtější. Nicméně na konference KEK dosud s láskou vzpomínám.

Úspěšná organizace symposia přispěla i k tomu, že se na mne obrátil profesor Reiniš jako předseda Československé kardiologické společnosti i jako člen – Fellow – American College of Cardiology (pokud si správně vzpomínám, spolu s prof. Fejfarem to byli v té době z Československa pouze oni dva) se žádostí o organizaci návštěvy přednáškové skupiny American College of Cardiology (ACC) v Praze v roce 1975 a 1977 i přednáškové skupiny British Cardiac Society. U všech těchto akcí byla spolu s Československou kardiologickou společností (ČKS) pořadatelem i Univerzita Karlova (UK). Přednášky se konaly v Modré posluchárně UK v Celetné ulici, která patřila v té době k jedné z moderních a dobře vybavených, a i tyto akce byly velmi úspěšné. Po druhé návštěvě kolegů z ACC jsem byl americkou stranou vyzván, abych se ucházel o členství v této organizaci, což dosud chápu jako velkou poctu. Realizace byla opět složitá, protože svou žádost musel každý uchazeč doložit doklady o svém vzdělání, které v roce 1978 nebylo možno bez povolení úřadů do západní země odeslat, a o souhlas jsem žádat nechtěl. Ale, povedlo se to; v roce 1979 jsem byl přijat za řádného člena (Fellow ACC) a jsem jím dosud.

V odborné činnosti na klinice jsem trvale pracoval jako klinik i v laboratoři. Řadu let jsme se s prof. Schreiberem zabývali otázkou hormonální u humorální podmíněnosti účinku isoproterenolu na myokard (stále v souvislosti s citovanou otázkou prof. Schreibera, „proč to srdce hypertrofuje“). K této problematice jsme v roce 1983 zorganizovali symposium „Hormony a srdce“, jež bylo společnou akcí ČKS i Československé endokrinologické společnosti. Po pravdě nutno konstatovat, že odpověď na Schreiberovu otázku jsme nenalezli, ale jako první na světě jsme zjistili, že v podmínkách srdečního přetížení vzniká v organismu endogenní faktor, podobný digitalisu, jehož existence byla později potvrzena v experimentálních modelech i v klinice.

Přišel rok 1989 a s ním celá řada hlubokých změn. Nehovořím o změnách politických, i když ty byly zásadní. Z pohledu kardiologa bylo zejména důležité, že se uvolnila omezení invazivních vyšetření, hlavně koronarografie i intervenčních výkonů. Obrovský nárůst všech těchto vyšetření i ošetření, který následoval, vypovídá o velikém potenciálu, který se mohl po uvolnění restrikce realizovat. Pro mne osobně je toto období dobou, kdy jsem byl zvolen za člena výboru ČKS, Spolku lékařů českých i do předsednictva Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČLS JEP). Na podzim roku 1990 jsem získal v konkursu místo přednosta Interní kliniky (tehdy I. interní kliniky) 2. lékařské fakulty UK v Praze-Motole a po třiceti dvou letech ve Všeobecné fakultní nemocnici jsem přešel do Fakultní nemocnice Motol. Klinika byla sice umístěna v „barákovém provizoriu“, ale měli jsme perspektivu přechodu do nové budovy „Modrého pavilonu“, což se nám skutečně v letech 1997–1998 podařilo. Ve vedení kliniky jsem měl

opět štěstí, že se mým primářem stal doc. MUDr. Josef Osten, CSc., člověk zkušený, charakterní, výborný lékař, a nade vše detailní znalec poměrů ve FN Motol. Vděčně a rád na něj vzpomínám. Vzhledem k tomu, že klinika měla tradici výzkumu vrozených srdečních vad dospělých, uspořádali jsme v roce 1998 s mými spolupracovníky z kliniky (doc. J. Popelovou, MUDr. P. Dostálovou) i dalšími mezinárodní symposium Vrozené srdeční vady dospělých. Opět ve spolupráci ČKS – Univerzita Karlova, opět v Modré posluchárně, a opět, bohudíky, velmi úspěšně.

Moje členství ve výboru ČKS bylo hned v prvním funkčním období velmi zajímavé, diskutovali jsme o tom, zda má ČKS setrvat jako jedna z odborných společností a Spolků lékařů v Československé lékařské společnosti (ČLS), nebo se osamostatnit. Pečlivě jsme zvažovali všechno pro a proti osamostatnění, vážili jsme historii ČKS jako jedné z nejstarších kardiologických společností Evropy i hmotný stav ČLS v období před druhou světovou válkou, a nakonec jsme se rozhodli pro osamostatnění. Nemusím jistě zdůrazňovat, že pro mne, jako pro člena předsednictva ČLS JEP (byl jsem jím ovšem jako delegát Spolku lékařů českých), to nebyla vždy jednoduchá situace, ale časem se vše vyrovnalo. Vzpomínám na dobu, kdy jsme s prof. Čerbákem pracovali na návrhu nových Stanov ČKS, a úporně se přeli někdy o každé slovo proto, aby Stanovy byly nejlepšími možnými stanovami skutečně demokratické kardiologické společnosti. Dnes mám výhodu patnáctiletého i víceletého pohledu zpět a vidím, jak správné bylo toto

rozhodnutí výboru, jehož jsem byl členem. Všeestranně se rozšířila činnost ČKS, zvýšila se úroveň jejích akcí, ČKS výrazně podporuje mladé kardiology nejen morálně, ale i hmotně; prostě, chová se i ve složitých ekonomických podmínkách jako skutečně moderní odborná lékařská společnost. Jsem rád, že se nicméně udržely tradice z minulosti, včetně činnosti pracovních skupin, a že je aktivní i Komise experimentální kardiologie, tedy KEK.

Co říci závěrem? Především připomenu názor jednoho z velkých lékařů moderní doby Elliota Cordaye: „*Learning is like rowing up stream. To stop means to drop back.*“ Díky neustálému studiu a často úporné snaze se medicína za poslední půl století změnila všestranně a naprosto zásadně. Možnosti vyšetřování i léčby jsou dnes ve všech jejích oborech, i v kardiologii, nesrovnatelně účinnější a technicky vyspělejší, než tomu bylo na konci padesátých let. To, co se ale z medicínské praxe vytrácí, jsou etické aspekty medicíny: vlídné zacházení s nemocným a často i komunikace mezi lékaři. V posledním půlstoletí se změnila i Česká kardiologická společnost a trvale se mění, vyvíjí. Jsem rád, že jsem se mohl účastnit obojího, vývoje medicíny i života ČKS, nejen jako pasivní pozorovatel, ale i jako aktivní účastník. A jsem rád, že dosud mohu alespoň o některých oblastech medicíny a kardiologie přednášet posluchačům 2. LF UK. Medicíně přát nemohu, ta je příliš neosobní. České kardiologické společnosti přeji úspěšná příští léta, a sobě i jí, aby vedle vývoje diagnostických i léčebných metod rozvíjela i etiku medicíny se vším, co k ní patří.