

Po úspěšném zákroku lidé rozkvetou

S neurochirurgem Radimem Lipinou o léčbě hydrocefalu, osvětě a vzdělávání



Co byste dělal, kdybyste nebyl doktor?

Víte co? Asi bych dělal v bance, nejspíš ředitele (smích). Ale doktorem jsem chtěl být asi od dvanácti let, takže jsem opravdu o ničem jiném nepřemýšlel.

„Neurochirurgie mi učarovala“

Jak jste se dostal k neurochirurgii?

Chtěl jsem dělat chirurgický obor, ale že to bude neurochirurgie, to jsem zjistil až při setkání s praxí. Málo z těch, kteří začnou studovat medicínu, má hned jasnou představu o tom, co chce dělat. Já jsem na tom byl stejně. Jako medik jsem se chtěl hlásit na gynekologii a porodnictví. V té době mohli medici sami vést porody a to mě lákalo. Žádost o přijetí na gynekologicko-porodnickou kliniku jsem už měl napsanou, ale pak jsem se v rámci stáže dostal na neurochirurgii. Ta mi učarovala a už jsem u ní v ostravské fakultní nemocnici zůstal.

A zůstal jste u ní dvacet let.

Letos to bude jednadvacátý rok. Z Ostravy pocházím a měl jsem štěstí na nadřízené, kteří mi umožnili v mém oboru vyrůst, tak proč bych odcházel?

„Systém postgraduálního vzdělávání je nestálý, a to je špatně“

Když už jsme u odborného růstu, Vy sám přednášíte na univerzitě, vedete postgraduální kurzy...

Co říkáte na systém postgraduálního vzdělávání u nás?

Po odborné stránce ten systém není špatný. Problémem je, že se často mění. Mladý lékař netuší, zda to, co se dnes schválí, nebude za dva roky jinak. Systém je nestálý a to je špatně.

Dotýká se to i neurochirurgie?

Protože je dnes neurochirurgie základní obor, systém vzdělávání v ní je propracovaný. Každé pracoviště posílá mladé lékaře na stáže po republice nebo do zahraničí, což funguje dobře. Můžu říct, že z mediků se u nás stávají dobří neurochirurgové. Navíc je většina doktorů, kteří se chtějí věnovat nebo se už věnují neurochirurgii, velice ambiciózních. Neurochirurgie je výjimečný obor, zabývá se krásnými věcmi. Ale stejně tak je opravdu těžké se jej naučit.

Jak dlouho trvá, než se z medika stane neurochirurg?

Prvních deset let je nejhorších (smích). To nám říkali s oblibou starší kolegové, ale samo-

zřejmě to je do jisté míry pravda. Samotné vzdělávání trvá sedm let, po těch můžete v neurochirurgii začít praktikovat. Ale dá se říct, že po deseti letech už neurochirurg většinu zákroků zvládne a může provádět, může se začít specializovat a stát se v něčem opravdu dobrým. Dobrý neurochirurg tedy může být okolo pětatřiceti let.

„Když řeknete čerstvému neurochirurgovi, že už může samostatně operovat, nespí, jak se na to těší“

Vzpomenete si na svoji první operaci?

Nastoupil jsem do nemocnice, která byla ten rok nově postavena. Personálu nebylo mnoho. Zažil jsem doby, kdy jsme byli celý den na sále, pak jsme se museli probírat administrativní práci a domů jsme chodili v devět večer bez nároku na honorář. První operaci jsem prováděl cca po měsíci a půl od nástupu, myslím si, že to bylo krvácení do mozku.

Byl jste nervózní?

Naopak, těšil jsem se. Když řeknete čerstvému neurochirurgovi, že už může samostatně operovat, nespí, jak se na to těší.

Jak jste se začal specializovat na problematiku hydrocefalu?

Po dvou nebo třech letech, už v rámci přípravy, jsem se začal věnovat dětské neurochirurgii. Kolem roku 2001 jsem na ni zůstal sám. Padesát

procent operací, které provádí dětský neurochirurg, souvisí právě s hydrocefalem. A protože jsem se věnoval hydrocefalu u dětí, začal jsem se mu věnovat i u dospělých, až se to stalo jedním z hlavních témat, kterým jsem se následně zabýval jak v praxi, tak po stránce vědeckých prací a vymýšlení nových metod.

Jaké nové metody jste vymyslel?

Byli jsme první v České republice a jedni z prvních na světě, kteří začali řešit hydrocefalus endoskopicky u nezralých novorozenců. Čili u malíčkových, dříve narozených dětí, u kterých mezi časté poporodní komplikace patří právě krvácení do mozku, tedy hydrocefalus. Ve většině případů se to řešilo shuntem se všemi jeho nevýhodami. My jsme vytvořili systém, který nám pomáhal rozhodnout se, u kterých dětí, jak a kdy provádět endoskopickou léčbu.

Zakoupil jsem periskop od Aesculapu, který byl na trhu ojedinelý tím, že měřil jen tři milimetry. Umožňoval tak operaci u předčasně narozených dětí, které vážily třeba kilo a půl. Fungovalo to výborně. Ten systém po nás přejala i některá další česká pracoviště.

Jak se liší diagnostika hydrocefalu u dětí a u dospělých?

V první řadě se liší jeho příčina. U malých dětí hydrocefalus poznáte, protože jim roste hlava. Navíc můžete použít jako neinvazivní metodu diagnostiky ultrazvuk. Ale pokud chcete vědět, o jaký typ hydrocefalu se jedná a jak jej máte léčit, musíte využít magnetickou rezonanci. Ta je zásadní a to platí jak u dětí, tak u dospělých.

Pacienti mohou mít hydrocefalus po úrazu, infekci či krvácení. Velkou část dospělých pacientů ale tvoří lidé s idiopatickým normotenzním hydrocefalem, tedy s hydrocefalem, u kterého neznáme příčinu. V době, kdy jej diagnostikujeme, už tlak v komorách není zvýšený a diagnostika je tak výrazně těžší. U dítěte vidíte, že se mu zvětšuje hlavička, a po rezonanci se tak můžete hned rozhodnout, jestli mu zavedete shunt, nebo endoskopii. Paradoxně je tedy diagnostika jednodušší.

A u dospělých?

U těch je to těžší. Jsou to starší lidé, kteří mohou mít příznaky zaměnitelné s něčím jiným. Mají například hydrocefalus, ale jsou léčeni pro

Parkinsonovu chorobu, pro nějakou formu demence, pro mnoho dalších diagnóz a na hydrocefalus se nemyslí. To platí samozřejmě i naopak. Diagnostika musí být propracovaná. Proto je v podstatě na všech českých neurochirurgických pracovištích sofistikovaný systém diagnostiky.

Kolik pacientů léčíte pomocí gravitačních shuntů?

Většina pacientů s normotenzním hydrocefalem se nakonec léčí pomocí shuntu. Cca třetinu řešíme endoskopicky. Ventil je nesmírně důležitý, potřebujeme udržet určitý tlak v mozkových komorách a v likvorových cestách. Pokud svádíme tekutinu směrem do břicha, tvoříme určitý hydrodynamický systém trubiček, které jsou závislé na spoustě věcí, například na tom, v jaké poloze se pacient nachází. Tlak musíme udržet pořád optimální. Používáme k tomu programovatelné ventily, které představují určitou výhodu. Při operaci nikdy nevíte, který tlak bude ideální.

Jak to fungovalo dříve?

Dřív, když jsme pacientovi aplikovali špatný ventil, například středotlaký, když pacient potřeboval vyšší, byla nutná operace. To už teď není potřeba. Ale samo o sobě to nestačí. Potřebujeme mechanismus, který reguluje tlak při různých polohách pacienta. A přesně tak funguje gravitační jednotka. Zvyšuje tlak, když pacient například vstává, a snižuje, když leží.

Jak dlouho pak trvá rehabilitace?

To záleží, jak dlouho měl pacient před operací potíže a v jakém je celkovém stavu. Například kognitivní rehabilitaci doporučujeme provádět dlouhodobě, je třeba dobré luštit doma křížovky. Je to ale individuální. Obecně vidíme výrazné zlepšení přibližně po třech měsících.

Jakou změnu pozorujete u pacientů po operaci?

Ti lidé skutečně rozkvetou. Začnou chodit, přestanou se pomočovat, postupně se jim zlepši paměť. Je to samozřejmě také odvislé od následné péče.

Dáte mi nějaký příklad?

Občas za námi přijde někdo v opravdu velmi špatném stavu, skutečně třeba není schopen chodit. Pokud člověk dlouho leží, má svalové kontraktury a rehabilitace je u něj obtížnější. I takový

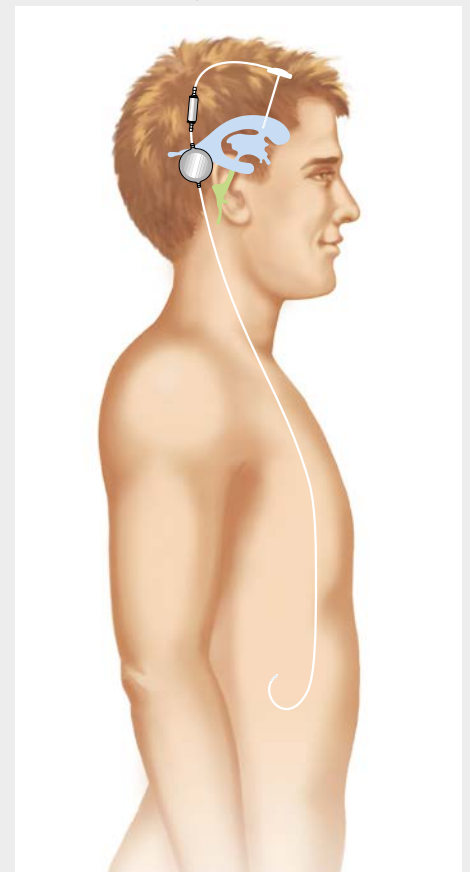
pacient se ale může neuvěřitelně zlepšit. Tento rok jsme například měli jednoho pacienta, který přijel ležící. Uvažovali jsme, zda je vůbec vyšetření vhodné a jestli má smysl jej vzhledem k vyššímu věku léčit. Nevzdali jsme to ale ani my, ani on, a tento pacient tak po půl roce zase chodí a je aktivní.

„80 % lidí s hydrocefalem není diagnostikováno“

Jaké jsou klinické příznaky normotenzního hydrocefalu?

Na CT jsou vidět rozšířené mozkové komory, zároveň pacienti hůře chodí, mají demenci, trpí inkontinencí. Neurochirurg provede tzv. likvorodynamické testy, psychologická vyšetření, magnetickou rezonanci, a teprve na základě toho řekneme, zda se jedná o normotenzní hydrocefalus a zavedeme pacientovi shunt. V případě jiné formy hydrocefalu provedeme endoskopickou operaci. Případně podezření na hydrocefalus prozatím vyvrátíme a testy zopakujeme za tři měsíce. Operace samotná je jednoduchá, ale diagnostika je složitá. Normotenzní hydrocefalus je přehlížený a poddiagnostikovaný.

Obr. 1. Zavedení hydro



Lidé, kteří jsou s hydrocefalem operováni, tak tvoří 20% těch, kteří by si operaci zasloužili. Na druhou stranu vyšetřujeme spoustu lidí a u poloviny z nich normotenční hydrocefalus neprokážeme.

Takže zůstává 80 % lidí s normotenčním hydrocefalem špatně diagnostikovaných?

Špatně diagnostikovaných nebo nevyšetřených. U normotenčního hydrocefalu je problém včasného zachytu. Postihuje lidi po pětasedesátce. Když člověk, kterému je pětasedmdesát, začne hůře chodit, zhorší se mu paměť, začne se pomočovat, mnoho lidí si řekne, že je prostě starý. To jsou symptomy, které k tomu věku patří. Pokud ten člověk navíc trpí dalšími zdravotními problémy, třeba potížemi s klouby nebo Parkinsonovu chorobu, dál jej nediodagnostikují.

Jakým způsobem se snažíte o osvětu ohledně normotenčního hydrocefalu?

Vstoupili jsme do projektu, který už má za sebou úspěch v Německu. V České republice se snažíme upozornit lékaře v první linii na možnost

toho, že jejich pacient, který má klinické příznaky demence, inkontinence nebo poruchy chůze, může mít normotenční hydrocefalus.

Koho tím chcete oslovit?

Smyslem osvěty je přimět lékaře, aby mysleli na to, že se pod různými diagnózami může skrývat právě normotenční hydrocefalus. Chceme v propagaci pokračovat mediální prezentací pro odbornou veřejnost.

Chceme oslovit praktické lékaře, gerontology. O hydrocefalu v rámci sympozií mluvíme a prezentujeme diagnostický set, který jsme vyvinuli ve spolupráci s B. Braunem.

Jak diagnostický set funguje?

Jedná se o krátký dotazník, který obsahuje otázky pro samotného pacienta, a pak je vyplněný lékařem. Pacient vyplní, zda má příznaky, lékař jej nechá ujit deset metrů, počítá kroky, délku kroku a čas. Hodnoty následně zapíše do dotazníku, ze kterého vyjde určitý počet bodů, jenž určí, zda je u pacienta podezření na normotenční hydrocefalus. Lékař to má vyšetřené do deseti minut.

Může pro sebe něco udělat samotný pacient?

Samotný pacient spíše ne, ale jeho rodina rozhodně ano. Může jít za praktickým lékařem s tím, že má u dědečka toto podezření. Není to samozřejmě rozšířené onemocnění, jako třeba cévní mozková příhoda, kde je osvěta mezi laickou veřejností daleko větší. I přesto je třeba znát tuto možnost a vědět, že po úspěšné operaci se kvalita života pacienta razantně zvýší.

Máte nějaký vlastní rituál před operací?

Od té doby, co jsem ve funkci přednosty, mi přibyla obrovská spousta úkolů a povinností, a tak se na sál vždy paradoxně hrozně těším. Tam vypnu. Ve dveřích sálu. Pustím si pěknou muziku a operaci si užiju.

Co posloucháte na sále?

Folk. Nohavicu, Dobeše, Plíhala. Někteří už to nemůžou ani cítit, ale já to mám rád (smích). "

Rozhovor s doc. Lipinou vedla Marie Polášková, redakce Braunovin



Doc. MUDr. Radim Lipina, Ph.D.

promoval na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a od roku 1995 působí ve Fakultní nemocnici Ostrava, kde v současné době působí jako přednosta Neurochirurgické kliniky a docent Lékařské fakulty Ostravské Univerzity. Věnuje se také léčbě a osvětě dětského i dospělého hydrocefalu.