

Specializovaná ambulance srdečního selhání

v Nemocnici Na Homolce v Praze

Podle evropských statistických údajů trpí srdečním selháním každý čtvrtý nemocný hospitalizovaný na interním oddělení. Moderní medicína dokáže zajistit nemocným s kardiální insuficiencí relativně kvalitní a dlouhý život. Světovým trendem v péči o pacienty se srdečním selháním je zřizování specializovaných ambulancí srdečního selhání (tzv. Heart Failure Clinics). V České republice funguje již několik let ambulance srdečního selhání při Kardiologickém oddělení v pražské Nemocnici Na Homolce. Vedoucí této ambulance je MUDr. Marcela Schejbalová.

Ambulance srdečního selhání

Ve světě jde o specializovaná ambulantní zařízení, která se věnují diagnostickým a léčebným postupům u pacientů se srdečním selháním různé etiologie (ischemická choroba srdeční, stavy po infarktu myokardu, kardiomyopatie, hypertenze, chlopenní vady apod.). Většina práce spočívá na bedrech vyškolených a vysoce erudovaných zdravotních sester (tzv. Heart Failure Nurses), které provádějí rutinní vyšetření pacientů a ordinují medikamenty. Lékař v těchto zařízeních funguje jako supervizor sesterské práce a řešitel složitých případů. Ambulance srdečního selhání velmi dobře fungují např. ve skandinávských zemích.

Paní doktorko, kdy vznikl nápad zřídit specializovanou ambulanci srdečního selhání ve vaší nemocnici?

Od roku 2001 byla vyčleněna v Nemocnici Na Homolce samostatná ambulance srdečního selhání, kde zpočátku prováděly dvě vyškolené zdravotní sestry v častějších intervalech ambulantní kontroly. Týkaly se několika nemocných s chronickým srdečním selháním, tehdy pod vedením přednosta našeho oddělení, profesora Niederleho. Ten byl také otcem myšlenky založit takovou specializova-

nou ambulanci v naší nemocnici. V letech 2002 až 2003 byla ambulance postupně přeměněna na Jednotku srdečního selhání a tehdy jsme rozšířili její provoz. Rozšíření se týkalo jak prostorových úprav, tak i začlenění spiroergometrie a spolupráce s klinickým psychologem naší nemocnice.

Od roku 2002 jsem se ujala vedení této ambulance.

Kde jste se inspirovali při založení specializované Jednotky srdečního selhání?

Ambulance pro chronické srdeční selhání vedené samostatně pracujícími sestrami-specialistkami, fungují převážně ve státech severní Evropy, ale také v Anglii a Austrálii. Inspiraci jsme čerpali z literárních zdrojů a hlavně v prezentacích o těchto ambulancích, přednesených na několika kardiologických setkáních v zahraničí. Velmi nás inspirovaly praktické poznatky z univerzitního pittsburského pracoviště, kde jsme se školili v roce 2003. Samozřejmě, že model fungující ambulance jsme postupně dotvářeli do dnešní podoby, která, jak doufáme, stále ještě není konečná a pracujeme na jejím dalším zkvalitnění a rozšíření. Prozatím nás totiž omezuje legislativa, která nedovoluje zcela samostatnou práci sester-specialistek. Supervize lékaře je u nás tedy samozřejmá.

Kolik lékařů a sester ve vaší ambulanci pracuje?

Trvale zaměstnána je vedoucí lékařka a dvě zdravotní sestry.

Jakým způsobem se pacient dostane do vaší ambulance?

Nejčastěji na základě hospitalizace na Kardiologickém oddělení naší nemocnice, jelikož jsme prozatím zvolili tzv. uzavřený systém preferující nemocné po hospitalizaci. Kontaktovat nás ale mohou lékaři z celé nemocnice, především z interního oddělení. Sestra v těchto případech navštíví nemocného ještě během hospitalizace, vysvětlí mu systém ambulantních kontrol a předá mu informační materiál. První kontakt s nemocným považujeme za důležitý prvek v navázání důvěry v další spolupráci. Jde totiž často o starší nemocné, polymorbidní, u nichž je často snižená „compliance“ k léčbě i k pravidelným ambulantním kontrolám. Na druhou stranu jsme otevřeni i lékařům z terénu, kteří by rádi nechali sledovat nemocné v naší ambulanci. V tomto případě se domluvíme na první návštěvě telefonicky nebo cestou e-mailu. Provádíme i konzultační činnost při zvažování případné indikace k resynchronizační léčbě.

Jak vypadá typické plánované vyšetření pacienta se srdečním selháním ve vaší Jednotce srdečního selhání?

Pacient se dostaví v určený den a hodinu k ambulantnímu vyšetření, kdy je kompletně fyzikálně vyšetřen, při každé návštěvě sledujeme EKG, krevní tlak, pulsovou frekvenci, nemocného vážíme a vypočítáme Body Mass Index. Preferujeme objednávání „na čas“, aby nedocházelo k hromadění pacientů v čekárně.

Provádíme zápis o případných potížích nemocného s následnou úpravou příslušné medikace (ACE-inhibitory, beta-blokátory), doporučíme vhodnou dávku diuretik. Při každé návštěvě nemocnému vysvětlujeme možnosti drobných úprav diuretické léčby doma. Doporučíme případně vhodnou fyzickou aktivitu, úpravy jídelníčku a apelujeme na pravidelné sledování hmotnosti. V určitých časových obdobích provádíme kompletnější vyšetření nemocného zahrnující laboratorní odběry včetně NT-proBNP, echokardiografii či rtg srdce a plic. V rámci komplexního sledování provádíme i spiroergometrické vyšetření.

Ambulantní kontroly jsou u nás vzhledem ke komplexnímu pohledu na nemocného, časově náročnější a vyžadují

mnohdy značnou dávku trpělivosti a empatie. Víme ale, že opakovaná edukace nemocných i jejich rodinných příslušníků je nesmírně důležitá.

Jak jsou pacienti zajištěni v běžném životě pro případ zhoršení klinického stavu. Mají například k dispozici telefonní číslo na mobil na sestry, či možnost přenosu EKG přes telefon?

Všichni nemocní mají průkaz „Nemocného s chronickým srdečním selháním“ s uvedením základní diagnózy a léčby, zaznamenanými posledními hodnotami krevního tlaku, pulsovou frekvencí a hmotností. Je v něm uvedena telefonní linka do ambulance, na kterou mohou nemocní v době od 7,30 do 16,00 hod. zatelefonovat. Snažíme se motivovat nemocné, aby nás kontaktovali již při úvodních známkách zhoršení klinického či subjektivního stavu a mnohdy stačí již telefonické doporučení k úpravě medikace. Jindy zveme nemocného k urychlené kontrole. Nemocným, kteří jsou ve vyšším stádiu srdečního selhání, sami aktivně telefonujeme a zjišťujeme jejich současný zdravotní stav. V případě akutní progresse srdečního selhání se naši pacienti obrací na lékařskou službu našeho Kardiologického oddělení či přímo na linku koronární jednotky. Sledování nemocných s implantovanými kardiovertery umožňujícími „home monitoring system“ probíhá na arytmiologickém pracovišti Nemocnice Na Homolce, v tomto směru právě rozšiřujeme naši spolupráci s antiarytmickou jednotkou a tyto nemocné budeme mít možnost sledovat pomocí přenosu dat i v naší ambulanci. Do budoucna plánujeme zavedení metod neinvazivní telemonitorace i návštěvní „home-care“ službu.

Kolik pacientů máte v registraci, kolik jich přibýlo třeba za poslední rok?

V trvalé registraci máme v současnosti okolo sto osmdesáti nemocných, počet trvale sledovaných pacientů narůstá každým týdnem a letos jsme zatím nově registrovali více než 40 nemocných. Tento počet se na první pohled nezdá příliš veliký, ale je třeba si uvědomit, že tato ambulance má svá specifika pro výběr nemocných. Svou roli hraje i fakt, že na našem lůžkovém oddělení ošetřujeme nemocné z celé republiky a pro mnohé

z nich není únosné dojíždět na poměrně frekventní kontroly mimo oblast jejich trvalého bydliště.

Jedním z cílů této specializované ambulance je předcházet opakovaným hospitalizacím pro progresi srdečního selhání, snižovat tak náklady na hospitalizační péči a léčbu, což ale samozřejmě předpokládá, že pacient dochází na poměrně časté pravidelné ambulantní kontroly.

Kolik pacientů denně ošetříte?

Denně okolo deseti nemocných s chronickým srdečním selháním, do naší ambulance nicméně docházejí navíc i nemocní s jinými kardiologickými diagnózami a nemocní se špatně kompenzovatelnou hypertenzí, jelikož i této problematice se již mnoho let věnuji. Jak jsem již uvedla, v případě nemocných s chronickým srdečním selháním jde o časově náročnější ambulantní kontroly, proto by se mohl počet nemocných zdát poměrně nízký.

V jakém stádiu srdečního selhání se pacienti nacházejí?

Převážná většina nemocných přichází ve stádiu NYHA III. Při kompenzaci a titraci léčby se mnozí dostávají do NYHA II klasifikace a naopak někteří při zhoršení oscilují v NYHA III-IV.

Pacienty v NYHA IV klasifikaci v současnosti neošetřujeme, v těchto případech je právě obtížné jejich pravidelné dojíždění k ambulantním kontrolám. Máme ale i dva pacienty v NYHA I, kteří docházejí jen dvakrát ročně na kontrolu poté, co u nich došlo téměř k restituci funkce levé srdeční komory po předchozí proběhlé akutní myokarditidě v prvním případě a kardiopulmonální resuscitaci pro elektronestabilitu komorového myokardu při idiopatické dilatační kardiomyopatii v druhém případě. Tento mladý nemocný je zajištěn implantací kardioverteru-defibrilátoru a naše kontroly probíhají současně s jeho návštěvou v kardiostimulační ambulanci.

Kolik procent vaší klientely tvoří muži a ženy?

Odhaduji, že tři čtvrtiny našich pacientů tvoří muži. Věkový průměr se pohybuje kolem šedesáti sedmi let u mužů a sedmdesáti šesti let u žen. Věkové roz-

mezi je ale poměrně široké, od čtyřiceti do devadesáti tří let.

Co je nejčastější příčinou srdečního selhání vašich pacientů?

Podkladem chronické srdeční nedostatečnosti je v naprosté převaze ischemická choroba srdeční, ať už stav po infarktu myokardu či bez, máme několik nemocných po aorto-koronárním bypasu. Druhou největší skupinou jsou nemocní s dilatační kardiomyopatií - idiopatickou, postinfekční etiologie či způsobenou zvýšenou konzumací alkoholu. V menší míře jsou sledováni nemocní s chlopenními vadami či takzvaným diastolickým srdečním selháním, respektive stavem chronické kardiální insuficience při zachovalé systolické funkci levé srdeční komory. Toto je případ i naší nejstarší nemocné. Několik nemocných jsme zařadili do kategorie kombinace ICHS/ kardiomyopatie, to je v případě, že přítomné postižení věnčitých tepen neodpovídá přítomné výrazné dysfunkci levé srdeční komory.

S jakým transplantačním centrem spolupracujete? Kolik pacientů už „došlo“ až k transplantaci pro srdeční selhání?

Naše spolupráce se týká Transplantačního centra v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny, kde v současnosti máme na čekací listině čtyři nemocné. Jeden nemocný hospitalizovaný na našem Kardiologickém oddělení byl již úspěšně transplantován, jiný, který zákrok odmítl, již bohužel zemřel.

Spolupracujete s nějakým zahraničním centrem?

V úvodu naší existence jsme čerpali podněty z univerzitního pittsburského pracoviště, nicméně jsme takto získané informace museli v mnohém přizpůsobit podmínkám v České republice.

Dosud jsou některé aktivity tamního pracoviště inspirací pro naši další činnost.

Oslovil vás někdo z České republiky žádající o konzultaci nebo odbornou praxi při zřízení ambulance srdečního selhání?

Na návštěvě v naší ambulanci byli kolegové z interní kliniky v Olomouci, naše poznatky jsme prezentovali na semináři ve Fakultní nemocnici Plzeň, plánu-



Vedoucí Jednotky srdečního selhání Nemocnice Na Homolce MUDr. Marcela Schejbalová

jeme prezentaci ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně. Na různých setkáních kardiologů z celé republiky si vyměňujeme neformální cestou naše zkušenosti a poznatky s kolegy z mnoha dalších pracovišť a doufáme, že naše úsilí bude inspirací pro zakládání podobných ambulaní v širším měřítku. Příští měsíc je k nám ohlášen na stáž kolega ze Slovenské republiky.

Proč podle vašeho názoru není takových ambulaní srdečního selhání v ČR víc?

To si zaslouží širší vysvětlení. V první řadě, v České republice zatím neexistuje legislativní a odborné povolení zcela samostatné práce sester-specialistek. V naší nemocnici jsme přistoupili k vlastnímu vyškolení sester, které pracují v této ambulanci. Musely projít školením na koronární jednotce, získat zkušenosti s kardiopulmonální resuscitací (provádíme totiž zátěžové testy - spiroergometrii), vzdělávat se v problematice srdečního selhání, naučit se hodnotit základy EKG, musely být přítomné na primářských vizitách a musely zvládnout základní fyzikální vyšetřování nemocných se srdečním selháním a rozpoznat příznaky zhoršení (zvýšená náplň krčních žil, městnavé chrůpky na plicích, zvětšení jater, otoky nohou a podobně). Jak již bylo řečeno, supervize vedoucího lékaře je tedy samozřejmá.

Není také vyřešena úhrada zdravotních pojišťoven za častější ambulantní

kontroly. Zde bych mohla zahrnout i možnost případného častějšího monitoringu laboratorních parametrů, včetně NT-proBNP. Musíme zohlednit i skutečnost, že zatím u nás není zcela běžné zapojit zdravotní sestry nebo i laboranty a techniky do procesu aktivních kontrol nemocných.

Zmínila jsem se o spolupráci se zdravotními pojišťovnami. Jak je to s úhradou vašich vyšetření ze strany zdravotních pojišťoven?

Vzhledem k tomu, že celosvětovým trendem je nárůst počtu nemocných s chronickým srdečním selháním a modelem „heart failure“ klinik ve světě již úspěšně existují a byla navíc prokázána jejich efektivita ve snížení nákladů na opakované hospitalizace nemocných s chronickým srdečním selháním, bylo by vhodné podporovat zakládání takových ambulaní i u nás. Vždyť přece trend současné medicíny směřuje od léčby následků k prevenci a tím myslíme v našem případě prevenci opakovaných hospitalizací, zkvalitnění života nemocných a prodloužení délky jejich života. V současnosti jsme samozřejmě limitováni počty specializovaných vyšetření i laboratorních testů, které můžeme provádět, ale v budoucnosti, pokud tento trend bude akceptován, věříme i v užší a cílenou spolupráci se zdravotními pojišťovnami.