

PNEUMOLOGIE SE MĚNÍ PŘED OČIMA

Judita Bednářová
Snímky Jaroslav Jiříčka

Profesní úspěchy v medicíně se dají měřit různě: počtem vyléčených pacientů, množstvím provedených zákroků, počtem článků publikovaných v prestižních odborných médiích, také tituly před a za jménem. Pneumolog **prof. MUDr. Milan Sova, Ph.D.**, disponuje všemi atributy, přičemž nejvyšší akademický titul získal už v pouhých osmatřiceti letech. Nyní, ve svých čtyřiceti, je přednostou Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy FN Brno, která patří mezi evropské špičky v oboru.



› Kolik cigaret jste v životě vykouřil?

Tak do dvaceti...

› Ve všem jste byl tak vzorný? Vyhodili vás třeba někdy na medicíně od zkoušky?

Musím zaklepat, že ne. Jen jsem jednou opakoval test z latiny.

› Čím vás přilákala právě pneumologie?

Věděl jsem jedno, že chci dělat interní, nikoliv chirurgický obor. Zároveň jsem potřeboval pracovat i rukama. Pneumologie je v tom-

to ideální, protože jde opravdu o interní zaměření, ale také je v ní prostor pro endoskopie, což krásně splňovalo moje představy. V posledních ročnících medicíny jsem už měl jasno. Navíc je to obor nesmírně zajímavý a dynamický. Mění se před očima.

› Chápu. Ještě z dětství si například pamatuji, že pneumologie byla takřka synonymem tuberkulózy.

Právě. I proto šlo kdysi, s trochou nadsázky řečeno, o nejstrašidelnější budovu někde v zadním traktu nemocnice. Už je pravdou

úplný opak. Obor se posouvá nesmírně kupředu.

› Po studiu jste nastoupil na plicní oddělení v olomoucké nemocnici a zároveň jste vedl tamní spánkovou laboratoř. Jak to souvisí s plíci?

Docela hodně, především s ventilační léčbou. My se i v rámci pneumologie hodně zabýváme spánkovou apnoí, tedy stavem, během něhož pacienti v noci přestávají dýchat, a my je léčíme pomocí přetlakové ventilace. Spánková medicína je multidisciplinární zá-

...A NAD NÁMI JE UŽ JEN BŮH

10

Představujeme
špičkové české lékaře,
jejichž práce je vysoce
oceňována i daleko
za našimi
hranicemi.

cí, ale na druhou stranu už sem třeba nezasahuje politika.

› Jaká byla vaše cesta k titulu?

A k a d e m i c -
ká dráha spočívá v tom, že musíte publikovat, nasbírat určitý počet článků, které jsou zveřejňovány v zahraničních časopisech a mají jistý impakt faktor, absolvovat stáže, zahraniční spolupráce...

› Tohle vše?

Tohle vše vás dovede do fáze docenta. Pak píšete další práce, splňujete další kritéria, a pokud jich nasbíráte dost a předložíte vědecké radě fakulty dané univerzity, tak vás třeba schválí.

› Bylo to pro vás velké zadostiučinění? V minulých letech šlo přece jen o naprosté maximum, jehož lze v kariéře dosáhnout. Dalo by se možná říci, že na akademické cestě už ve svých čtyřiceti nemáte další metu...

Beru to spíš jako jeden z kroků ve své profesi. Nechci, aby moje slova zněla nějak nabubřele, ale pneumologie se opravdu vyvíjí, a pokud se mi podaří pomoci tomu, aby se vyvíjela správným směrem, abychom pacientům dokázali poskytnout lepší péči, budu moc rád.

„Věděl jsem jedno, že chci dělat interní, nikoliv chirurgický obor. Zároveň jsem potřeboval pracovat i rukama. Pneumologie je v tomto ideální.“

I ten titul беру jako nástroj k tomu, aby se to povedlo. Profesura přináší výhody, jak v kontextu domácím, tak zahraničním, na druhou stranu vás však nijak nespasí, abyste si řekli, že už do konce života nic nemusíte dělat. Je ale dobrým prostředkem k tomu

posunout věci tam, kde chceme, aby byly.

› Dříve se rozhodně nestávalo, aby se rodiče dožívali profesury vlastních dětí. Co na to říkala vaše maminka, mimochodem také lékařka – kardioložka?

To víte, že byla šťastná.

› Vás kardiologie nelákala?

Je to zajímavý obor, ale plicní vyhrálo. Dodnes vůbec nepochybují o tom, že jsem udělal dobře.

› Vyprávějte mi o plicích...

Je to nesmírně důležitý orgán zajišťující pravidelnou výměnu krevních plynů. To, co bezpodmínečně potřebujeme k přežití, je samozřejmě dostat do sebe kyslík a zbavit se kyslíčnicku uhličitého.

Vedle toho mají bezpočet dalších funkcí. Mohou zasahovat do imunity, protože dochází k mnoha situacím, kdy vdechneme nějaký bacil nebo virus a tělo se s ním musí nějak vypořádat. Pro mě jsou plice velmi zajímavé tím, že mají neuvěřitelnou rezervu. My třeba odresekujeme a odejmeme jejich obrovskou část, přesto pacient dále vede plnohodnotný život.

› V čem jsou specifické oproti jiným orgánům?

Pokud to vezmeme třeba z hlediska diagnostického, pak při vyšetření plic a průdušek používáme více metod, například funkční plicní vyšetření, kdy jsme schopni měřit plicní objemy, funkce ve smyslu toho, jak dobře pacient dýchá a jakou má plicní kapacitu.

Máme zobrazovací metody, kdy se dokážeme na jednotlivé části plic podívat dopodrobna a zhodnotit, zda jsou v pořádku, či nikoliv. Trochu složitější je diagnostika endoskopická, kterou se já hodně zabývám.

› Tam jde hlavně o nádory?

Velmi často, ale nejenom. Změřujeme se i na choroby další. Ta specifika spočívají v tom, že »

ležitost, takže tam samozřejmě hrají roli třeba i neurologové, ale v tomhle konkrétním ohledu sehrává gró právě pneumologie.

› Vaše kariéra rychle nabírala na obrátkách. Krátce nato jste získal titul docenta a zanedlouho i profesora... Co vede k tomu, že člověk před čtyřicítkou získá titul, který dříve náležel takřka výhradně sedmdesátníkům a osmdesátníkům?

Ta kritéria se nyní přece jen trochu změnila. Na jednu stranu se podmínky velmi ztěžují ve smyslu například impaktovaných publika-

» plíce jako takové jsou v podstatě jakási houba, a jejich bronchy se v ní stále rozdělují na menší a menší.

Takže třeba na rozdíl od kolegů gastroenterologů, kteří mají trávicí trubici dost přehlednou a dobře dostupnou, hladce z ní odebírají vzorečky, tak pro nás je v rámci bronchoskopie nezhřídkou velice obtížné lokalizovat nádor v plicí, protože se zkrátka do některých míst už bronchoskopem nedostaneme. Částečně se tak pohybujeme naslepo, částečně nám naštěstí pomáhají nové diagnostické metody typu různých navigačních systémů.

» CT nádor neukáže?

Ukáže, jenže my v moderní pneumologii potřebujeme také odebrat vzorek. Zobrazovací metoda lokalizuje tumor, ale endoskopem už je složité se k němu dostat. Víme sice, kde přesně je, ale někdy jde o místo anatomicky hůře přístupné, takže je to pro nás opravdu výzva.

» To je asi i velká výzva pro pacienta...

Pacient naštěstí v těchto případech většinou spí. Složitější bronchoskopie provádíme v celkové narkóze.

» Posouvá se nějak běžná bronchoskopie, která se v narkóze nedělá, i co se týče snesitelnosti pro pacienta? Do jaké míry záleží na šikovnosti lékaře? Někdo říká, jak moc nepříjemné to bylo, jiný o zákroku takřka neví...

Samozřejmě budete-li mít šikovného endoskopistu – a je jedno, zda bronchologa, či gastroenterologa – je snesitelnost pro pacienta, ale třeba i výtěžnost větší. U běžných flexibilních bronchoskopií platí, že lékař s větší praxí či zručností obvykle provede zákrok rychleji, takže pacient má výkon rychleji za sebou.

Nicméně ze Západu k nám přicházejí nové trendy, včetně moderních navigačních metod. Ty

umožňují, že při zákroku už takové rozdíly mezi jednotlivými specialisty nemusí být. Tomu šikovnému lékaři navigace trochu pomůže, o něco zlepši jeho výtěžnost, ale tomu méně zkušenému nebo ne tak šikovnému pomůže opravdu hodně, takže skoro dorovná toho mnohem erudovanějšího.

» Mění se třeba i vlastní bronchoskopy? Jsou pro vyšetřovaného pohodlnější než dříve?

Ty se mění hodně. Jen za posledních 15 let můžeme pozorovat výrazné změny ve smyslu vývoje nových bronchoskopů či jednorázových bronchoskopů pro pacienty s těžkými infekcemi. Přístroje jsou také stále ohebnější a kvalitnější.

» Vzpomínáte si na svoji první bronchoskopii?

Dobře si vybavuji období, kdy jsem začal bronchoskopovat, ale na úplně první bronchoskopii bych si už asi nevzpomněl. Časem vám všechny výkony tak nějak splynou. Spíše si pamatujete na situace, které byly nějakým způsobem nestandardní. Třeba když jsem poprvé spatřil nález... Poprvé zavedl sten do průdušky...

„Pro mě jsou plíce velmi zajímavé tím, že mají neuvěřitelnou rezervu. My třeba odresekujeme a odejmeme jejich obrovskou část, přesto pacient dále vede plnohodnotný život.“

» Měl jste trému v těchto začátcích?

Trému, nebo spíš respekt k tomu, co děláte, máte stále. Teď mají mladí lékaři výhody v simulátorech, že to, co my mohli odpozorovat od starších kolegů, si oni mohou vyzkoušet nanečisto. Na druhou stranu můžete si to stokrát nacvičit na simulátoru, ale když přijdete k živému člověku, je to přece jen vždycky o něčem jiném.

» Jak se vyrovnáváte s tím, když je pacient neklidný, bojí se, má třeba



1985

Narodil se v Olomouci.

2011

Promoval na
Lékařské fakultě
Univerzity Palackého
v Olomouci.

vysoce bolestivou reakci a vy potřebujete, aby při zákroku naopak spolupracoval?

Záleží na situaci. Obvykle stačí nějaká domluva ve smyslu, že ani pro něj není dobré se s námi prát. Na druhou stranu v současné medicíně opravdu nebývá problém aplikovat anestetika nebo nechat pacienta maličko přispat.

» Stále jsme konfrontováni se zprávami, že stoupá počet případů rakoviny plic. Nezasvěcený si řekne: Dobře, za posledních deset let



Profesor Milan Sova patří k našim nejzkušenějším pneumologům, přičemž mu pomáhají současné převratné možnosti diagnostické i terapeutické

jsme vymýtili kouření z veřejných prostor, cigarety jsou drahé, kouří zlomek z počtu kuřáků třeba před třiceti, padesáti lety. Proč tedy rakovin přibývá? Dobiňají nás staré hříchy, nebo narůstají příčiny způsobující plicní karcinomy?

Má to několik důvodů. Jednak nás opravdu dobiňají ty staré hříchy, protože k vysokému riziku rakoviny plic přispívá alespoň dvacet tzv. balíčkoroků. Kluci klasicky začali kouřit na vojně, pak kouřili tu svoji krabičku denně dalších třicet let. Nakonec přestali, ale následky se u nich projeví v trošku vyšším věku. To je jedna věc.

Další je zpřesňování diagnostiky. Dříve jsme neznali CT, dnes je pro každého samozřejmostí. Třetím důvodem je stárnutí populace. Před rokem 1989 značná část oby-

vatel umírala na kardiovaskulární nemoci, teď člověk sice s pomocí moderní medicíny přežije infarkt, ale dožije se rakoviny.

› Hodně dlouho jsme měli pocit, že skoro synonymem rakoviny plic je kouření. Ještě stále udivuje, že karcinom plic se objeví u nekuřáka. Jenže ono je těch rizikových faktorů vedle kouření asi více...

Kouření je sice nejsilnější faktor, ale skutečně není jediný. Cigarety jsou karcinogenní, a tak jejich vlivem může snadno dojít ke vzniku nádorové buňky, která unikne imunitnímu dohledu. Rozvoj rakoviny je několikastupňový, rodí se v nás tisíce rakovinných buněk, které imunitní systém obvykle zdárně likviduje. Nepodaří se to však pokaždé.

kají: Můj dědeček celý život kouřil 40 cigaret denně a dožil se 90 let. Ano. Měl štěstí. Na druhou stranu jsou kuřáci, co těch cigaret vykouřili za život mnohem, mnohem méně a rakovina je zabila v mladém věku.

› Jak vypadá karcinom plic? Poznáte ho na první dobrou?

Záleží, v jakém je stadiu. Pokud jde o brzkou fázi a na CT vidíme centimetrovou, dvoucentimetrovou kuličku, nemusíme vědět s jistotou, zda jde o maligní, nebo benigní nádor. Můžeme postřehnout nějaké nepřímé známky, jestli třeba už nádor někde prorůstá, nebo zda v důsledku akumulace glukózy svítí... Bez histologie ale nemáme stoprocentní jistotu nikdy.

„Před rokem 1989 značná část obyvatel umírala na kardiovaskulární nemoci, teď člověk sice s pomocí moderní medicíny přežije infarkt, ale dožije se rakoviny.“

Existuje však skupina pacientů, kteří nikdy nekouřili, nejčastěji jde o mladé ženy, u nichž má velký vliv genetika. Dokonce už víme, které geny stojí za tím, že se rakovina plic u někoho objeví v mladém věku. Nicméně přesnější rozklíčování ještě máme před sebou.

Na druhou stranu můžete mít pacienta s nádorem plic, který se primárně objevil v průduškách nebo do nich prorostl, a tam i endoskopicky vidíte granulace a na první pohled je zřejmé, že jde o takřka stoprocentní malignitu.

› Takže hraje roli rodinná dispozice? Vzorce à la matka x dcera?

Ano. Vztah matka x dcera sice hraje roli spíše u karcinomu prsu, ale rodinná zátěž i v tomto případě existuje. Pokud třeba rodiče či prarodiče měli rakovinu plic, šance, že se vyvine i u jejich potomka, je relativně velká.

› Byť rodiče a prarodiče byli kuřáci a on ne?

I tak. Musíme si uvědomit, že rakovina plic postihuje třeba pět procent těžkých kuřáků. Rozhodně ne všechny. Tenhle fakt má laická veřejnost tendenci velmi podceňovat nebo zlehčovat. Často lidé ří-

› Jaké jsou „nové“ plicní nemoci? Jsou CHOPN a různé fibrózy novými chorobami, nebo je to věc lepší diagnostiky?

Jsme lepší v diagnostice, a hlavně v léčbě. Astma, CHOPN, to vše bývalo vždy. Možná se trochu mění a budou se vyvíjet i nadále s tím, jak se vyvíjí populace a jejich zvyky. Terapie je ale nyní převratná. Taková biologická léčba pomáhá při spoustě onemocnění a pacienty díky ní vracíme zpátky do života.

Krásným příkladem jsou astmatici. Dokud nebyla inhalační a biologická léčba, leželi v léčebnách a dostávali vysoké dávky kortikoidů s mnohými nežádoucími účinky. Teď léčíme 95 % **›**

2021

Byl jmenován docentem pro obor vnitřní lékařství. Stal se přednostou Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy Fakultní nemocnice Brno.

2024

Byl mu udělen titul profesor pro obor vnitřní nemoci.

» nemocných bez použití kortikoidů. To je neuvěřitelný pokrok.

Nemyslím si, že jsou v pneumologii vysloveně nové nemoci. Spíš je to o vývoji nemocí tradičních. Nový byl samozřejmě covid-19, nicméně šlo o infekci, a i když novou, v principu byla stále klasickou infekční chorobou.

» Jak plíce současníků poznamenal covid-19?

Naštěstí moc ne, i když jsme se toho nejdříve báli. Zpočátku epidemie nebylo jasné, jak plíce zareagují. Obávali jsme se plicních fibróz, zjizvení plic, ale pacientů s těžkými postcovidovými změnami na plicích je minimum.

» Je to díky dobré regenerační schopnosti plic?

Ano. Pacienti měli rozsáhlé plicní postižení, až jsme žasli nad tím, čím vlastně dýchají, nicméně časem se krásně zhojili. Samozřejmě, nějaké jizvy zůstanou, ale plíce mají obrovskou rezervu, jak už jsem říkal, člověk může klidně žít i bez jedné celé plíce.

» Existuje souvislost mezi kapacitou plic a tím, zda jsou zdravé, nebo nemocné? Respektive může mít člověk s malou kapacitou plic zdravé plíce?

Teoreticky ano. Pokud budeme mít skoliotika s křivou páteří, bude mít nízkou kapacitu plic jen proto, že jinak zdravé plíce utlačují záda. Samozřejmě mnoho pacientů má nízkou kapacitu plic v důsledku fibrózy nebo jiného plicního onemocnění.

» Léčba rakoviny obecně udělala v posledních letech obrovský pokrok. Na základě dostupných informací mívám občas pocit, že terapie rakoviny plic snad udělala pokrok největší.

To asi nejde úplně srovnávat. Nicméně je pravda, že v téhle oblasti jde o neuvěřitelný pokrok. Ještě nedávno pacient ve čtvrtém stadiu rakoviny plic umíral většinou do roka.



Chcete si udržet zdravé plíce? Podle Milana Sovy je ideálním tréninkem třeba běhání v lese

Ted' jsme schopni za pomoci moderních, ale velmi drahých léků, udělat i v této fázi z nemoci záležitost chronickou a nemocnému dopřát dalších pět, deset let života. Zkrátka dovolit i lidem v pokročilé fázi rakoviny žít dlouhodobě. A předpokládáme, že do budoucna se bude tento trend ještě zvyšovat.

» Čím to je, že právě plíce dostaly tuhle šanci a jsou třeba ve výhodě oproti jiným orgánům, s jejichž onkologickým onemocněním bojujeme mnohem hůře?

Objevily se nové léky, imunoterapie, hodně dopředu nás posunul nově probíhající screening plic, protože pořád platí, že nejlepší a neúčinnější léčba je chirurgická v časném stadiu. Ve čtvrtém stadiu už dokážeme nabídnout nemoc-

ným oproti minulosti obrovské benefity, na druhé straně je to už jen paliativní léčba, protože ve většině případů onemocnění nedokážeme vyléčit.

» Bývá přímá úměra mezi velikostí nádoru a prognózou onemocnění?

Částečně ano. U většího nádoru je už například pravděpodobnost metastáz. Záleží ale na histologickém typu. Můžete mít malý nádor, který je nesmírně agresivní a rychle metastazuje. Také záleží na jeho umístění. Pokud je v blízkosti velkých cév, srdce, jde také o dost negativní faktor.

» Jak nejlépe trénovat a posilovat plíce?

Jakýmkoliv aerobním cvičením. Úžasně trénujeme plíce, když se jdeme třeba proběhnout do lesa.

» Je nějaký obor, který byste nemohl dělat?

Psychiatrii. Přiznám se, že na to bych neměl dostatečnou trpělivost.

» Máte vůbec ještě nějakou profesní metu? Něco většího, než je profesura?

V rámci akademické dráhy asi ne. Zase ale řeším mnohé věci třeba v rámci kliniky. Management pacientů, flow pacientů. V současné době se hodně zabýváme tématem „cesta pacientů s karcinomem plic naším systémem“. Dali jsme si za cíl tuto cestu zkrátit.

» Je hodně dlouhá?

Je trnitá na řadě míst. Ztroskotává na nedostupnosti pneumologů v určitých oblastech, eventuálně na některých vyšetřeních. A také na tom, že pacienti ne vždy chtějí nebo mohou dojet do lepšího centra. Tohle je nutné stále vysvětlovat.

Aby lidé pochopili, že pokud někdo dostane rakovinu plic, tak to nejlepší, co může udělat, je sednout do auta a dojet sto kilometrů do zařízení, které je kvalitní a má k dispozici veškerou diagnostiku. ■

„Pokud budeme mít skoliotika s křivou páteří, bude mít nízkou kapacitu plic jen proto, že jinak zdravé plíce utlačují záda.“