

Internista a pacient po ischemické CMP

Téma ischemické cévní mozkové příhody je internistům velmi blízké. V rámci hospitalizační péče o pacienty s iktem bývají součástí ošetřujícího týmu, dnes už častěji jako konzultanti než ošetřující lékaři. V současné době by pacienti s akutní CMP měli být preferenčně hospitalizováni v iktových centrech, případně na vyšších pracovištích poskytujících komplexní cerebrovaskulární péči. Nicméně i v tomto systému se internisté často podílejí na péči o pacienty v akutním stadiu mozkové příhody, konziliárně řeší přidružená onemocnění u mnohdy polymorbidních pacientů, a spolu s kardiology přispívají k došetřování etiologie ischemické CMP. Už v průběhu hospitalizace jsou zahajována opatření v sekundární prevenci iktu, a na doporučení následné terapie se internista významně podílí. Hospitalizační péče je tedy multioborová a komplexní, a probíhá nejčastěji v sekvenci neurologie – rehabilitace, případně lůžko následné péče.

Zcela zásadní je však úloha ambulantního internisty v další péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Neurologická dispenzarizace u těchto pacientů je většinou zaměřena na dílčí specializovanou problematiku (sledování nálezu na magistrálních mozkových tepnách, hodnocení případného reziduálního deficitu, případně řešení dalších neurologických diagnóz). Pro osud pacienta jsou v tuto chvíli nejdůležitější komplexní opatření v sekundární prevenci dalšího iktu. Diagnóz, které můžeme s tímto cílem intervenovat, je celá řada, a v mnoha případech je jejich přítomnost u pacienta zjištěna až během hospitalizace pro ischemickou CMP, kdy dosud „zdravý“ pacient odchází z nemocnice domů s diagnózou hypertenze, dyslipidemie, poruchy glycidového metabolismu, případně i s nově zjištěnou fibrilací síní. Nutnost zastřešujícího přístupu k sekundární prevenci je často nad rámec zkušeností či možností praktického lékaře, a vyžaduje komplexní přístup internisty. U mladších pacientů, v situacích, kdy je cévní mozková příhoda primomanifestací aterosklerotického onemocnění, je význam sekundární prevence nejnáléhavější. Toto jsou pacienti, u kterých je nejvíce „o co bojovat“. Požadavek na sledování internistou je v tuto chvíli logický – a následná dlouhodobá erudovaná sekundární prevence další ischemické příhody (nejen v cerebrovaskulárním povodí) je pro pacienta jednoznačným přínosem – s pozitivním dopadem na jeho budoucnost, práceschopnost, rodinu apod. Mnoho pacientů s prodělanou CMP však v péči interních ambulancí již je – cévní mozkové příhody jsou onemocněním spíše vyššího věku, a řada pacientů s nově prodělaným iktem je v interní ambulanci dispenzarizována z minulosti pro další onemocnění.

Úlohy internisty v následném sledování pacientů po ischemické CMP jsou následující. Musí se zamýšlet nad etiologií iktu, a navázat na vyšetřovací algoritmus zpravidla stanovený za hospitalizace. Internista (či kardiolog) bude tím, kdo zhodnotí výsledky provedených vyšetření, kdo bude reagovat na závěr z dlouhodobé EKG monitorace, a rozhodovat o antikoagulační léčbě, resp. o volbě medikace. S přesunem NOAC do první linie léčby u pacientů s fibrilací síní (alespoň některého z NOAC – současná situace na poli indikací a úhrad je velmi turbulentní) je úloha internisty zřejmá – praktický lékař zatím nemá oprávnění k preskripci této medikace, a dlouhodobé vedení této léčby neurologem je sice možné, ale běžné rozhodně není. Další úlohou internisty je intervence rizikových faktorů u pacientů po CMP. Tento přístup zahrnuje především léčbu hypertenze, dyslipidemie, a poruch glycidového metabolismu, nezbytnou součástí je kromě předpisu medikace také vytrvalý tlak ze strany lékaře na dodržování režimových opatření, redukci hmotnosti, případně zanechání kouření. Jak je zmíněno výše, největší význam pro budoucí morbiditu má sekundární prevence u mladších pacientů s nově zjištěným cévním onemocněním. Toto jsou pacienti, kteří by měli být v péči zkušených lékařů se znalostí cílových hodnot krevního tlaku, cholesterolu, glykemie a glykovaného hemoglobinu, a s rozsáhlými zkušenostmi s farmakoterapií. Dosahování terapeutických cílů v této skupině nemocných po ischemickém iktu je jednoznačným požadavkem. Na druhou stranu řada pacientů po iktu je ve vysokém věku, s řadou komorbidit a orgánových dysfunkcí. Zde je internista tím, kdo umí zohlednit i ostatní onemocnění svého pacienta, posoudí celkový stav a prognózu, a kvalifikovaně rozhodne o optimálním terapeutickém plánu. Farmakoterapii (antitrombotickou, antihypertenzní, hypolipidemickou) je v těchto případech často nutné přizpůsobit komorbiditám pacienta po iktu.

Z výše uvedeného vyplývá, že ambulantní internisté mohou být optimálními lékaři pro vedení dlouhodobé komplexní péče o pacienta po ischemické cévní mozkové příhodě. Je proto je nutné, aby byli dobře seznámeni s možnými příčinami tohoto onemocnění, a také se všemi aspekty následné péče.

MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

Interní oddělení Nemocnice Znojmo, p. o.

zdenek.monhart@nemzn.cz