

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE

...od nemoci ke zdraví...

Spektrum neurologických onemocnění je velmi široké, říká primář Neurologického oddělení ÚVN

MUDr. JIŘÍ KASÍK, Ph.D. 2. část



■ **Věnujme se dnes podrobněji problematice cévních mozkových onemocnění. Jaká je charakteristika cévních mozkových příhod?**

Rozlišujeme dva typy cévních mozkových příhod: hemoragické - krvácivé a ischemické - z nedokrvenosti, jejichž výsledným obrazem je mozkový infarkt. U obou typů dochází k poškození mozku s poruchou mozkových funkcí. Krvácivé příhody tvoří 20% mozkových příhod. Jejich nejčastější příčinou je prasknutí cévní stěny při neléčeném vysokém krevním tlaku, méně je zastoupeno krvácení z cévních abnormit jako jsou aneurysmata, cévní malformace apod. Až 80% cévních mozkových příhod je ischemického původu, tzv. ikty. Vznikají náhlým nebo postupným uzavřením mozkové cévy, čímž dochází k zastavení průtoku krve a přísunu živin k mozkovým buňkám, které odumírají.

■ **V první části našeho rozhovoru jste uvedl, že u cévních mozkových příhod velmi záleží na rychlosti poskytnutí odborné péče. Proč tomu tak je?**

Hovořili jsme o čase vzniku a době trvání klinických příznaků. Především u iktů vedle dalších diagnostických nálezů je přesné vymezení času od začátku prvních klinických příznaků do doby možného zahájení léčby zásadní informací. Tento časový interval - tzv. terapeutické okno - nesmí přesáhnout 4,5 hodiny, aby byla splněna podmínka intravenózní aplikace přípravku Actilyse k rozpuštění krevní sraženiny. Obnovení krevního průtoku uzavřenou mozkovou cévou v tomto období snižuje riziko nevratného odumření mozkové tkáně a zvyšuje pravděpodobnost úplného uzdravení. V některých případech

se provádí lokální farmakologická léčba nebo mechanické odstranění uzávěru, tj. krevní sraženiny. Tyto endovaskulární techniky mají terapeutické okno až do 8 hodin. Nutno podotknout, že i přes významný pokrok v léčbě iktů jsou všechny uvedené metody spojené s rizikem mozkového krvácení. Je to jen velmi zjednodušené vysvětlení problematiky trombolytické léčby, jelikož existuje řada faktorů, které mohou ovlivnit její výsledek.

Jinak je tomu u krvácivých příhod. U nich časový faktor v zahájení léčby nemá takový význam jako u iktu. Nejčastější příčinou krvácení je postižení mozkových tepen aterosklerózou a hypertenzí. Tato krvácení, zvláště ta rozsáhlá, mají obvykle nepříznivý průběh a ani neurochirurgická intervence podstatně nezmění velmi špatnou prognózu. Je-li krvácení menšího rozsahu, lze postupovat konzervativně: stabilizovat krevní tlak, ovlivnit otok v okolí hematomu (krevní podlitiny) a krevní srážlivost farmakologickými přípravky. Utlačuje-li hematom okolní tkáň, může být prognosticky příznivý neurochirurgický výkon.

■ **Jak postižený nebo jeho okolí pozná, že jej atakuje iktus, jaké jsou jeho prvotní příznaky?**

Příznaky jsou velmi rozmanité a závislé na lokalizaci postižené mozkové tkáně. U obou typů mozkových příhod jsou příznaky velmi podobné. Začátek a průběh příhody může být však odlišný. Při krvácení jsou častější stavy bezvědomí, epileptické záchvaty, intenzivní bolesti hlavy s nauseou a zvracením a často vyžadují chirurgickou léčbu. Bouřlivý začátek a nepříjemné projevy přivádí pacienty do nemocničního zařízení daleko dříve, než je tomu u iktů, u kterých naopak první projevy příhody jsou většinou zcela nenápadné nebo přechodného trvání, a proto je pacienti zpravidla podcení. Pozdní příchod významně omezuje léčebné možnosti.

Náhle vzniklá porucha hybnosti horní či dolní končetiny nebo celé poloviny těla, citlivosti tváře (pacient se nemůže usmát, zapískat apod.), porucha řeči (vyjadřování, hledání slov, nepochopení mluvené řeči), neschopnost psát a číst, rozmazané vidění, výpadek zorného pole, ztráta zraku, porucha rovnováhy, závratě a bolesti hlavy bez zjevné příčiny tvoří výčet nejčastějších příznaků, které se mohou objevit na začátku cévní mozkové příhody a vyžadují včasnou návštěvu lékaře specialisty.

■ **Jaké jsou nejčastější příčiny cévní mozkové příhody?**

Pokud se jedná o iktus, nejčastější příčinou jeho vzniku je ateroskleróza krčních a mozkových tepen často spojená s tvorbou krevních sraženin, tzv. trombů. Výsledkem těchto změn cévní stěny je uzavěr postižené cévy a vývoj mozkového infarktu. Další častou příčinou cévních uzávěrů jsou uvolněné a cestující krevní sraženiny ve formě embolů. Vedle poškozené cévní stěny je jejich zdrojem především srdce. Existuje celá řada dalších méně obvyklých příčin iktů.

U krvácivých mozkových příhod je nejčastější příčinou, jak bylo řečeno, ateroskleróza tepen s hypertenzí a abnormity cévní stěny.

■ **Kolik je v České republice ročně případů cévního mozkového onemocnění?**

V počtu onemocnění a v úmrtnosti na cévní mozkovou příhodu nám v Evropě patří nelichotivé přední místo. Česká republika patří spolu s ostatními státy bývalého východního bloku mezi země s nejvyšším výskytem tohoto onemocnění. Lze odhadnout, že ročně je v ČR přibližně 400 nových případů na 100 000 obyvatel. Jedná se o dvoj- až trojnásobně vyšší výskyt proti vyspělým státům Evropy, v nichž poměr činí 150 případů na 100 000 obyvatel. Také úmrtnost je v naší populaci ve srovnání s těmito zeměmi více než dvojnásobná, zejména

u mužů ve věku 49 až 65 let. Z toho vyplývá, že cévní mozkové příhody se stávají nejen závažným medicínským, ale i socioekonomickým problémem.

■ Kolik z postižených zemře a kolika zůstanou trvalé následky? Je iktus vyléčitelný i bez následků?

Některé statistiky uvádějí, že během hospitalizace umírá až 28% pacientů s cévní mozkovou příhodou, z toho 5% na ikty a 23% na krvavé příhody. Následně po proběhlém iktu umírá do jednoho měsíce 24% a do jednoho roku až 42% nemocných. Z pacientů, kteří přežijí se 1/3 vrací do původní kvality života před příhodou, tedy zcela zdraví a bez následků, další 1/3 pacientů je schopna za pomoci rodiny a sociálních služeb žít v domácím prostředí, ale poslední třetina pacientů zůstává s těžkým postižením plně odkázána na soustavou péči v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

■ S jakými trvalými následky se nejčastěji setkáváte?

Obecně lze říci, že následky po proběhlé cévní mozkové příhodě se odvíjejí od lokalizace a rozsahu postižené mozkové tkáně. U iktů souvisejí i s rychlosti obnovy průtoku krve postiženou cévou. Takže pokud pacient nepodcení prvotní příznaky mozkové příhody a dostaví se včas na specializované pracoviště, může u něj dojít k úplné úpravě neurologických příznaků. Spektrum následků mozkové příhody kolísá od úplného uzdravení až po úmrtí. Mezi nejčastější následky patří např. lehké poruchy hybnosti jedné ruky či nohy, poruchy citlivosti, těžším následkem je pak úplné ochrnutí jedné končetiny nebo úplné ochrnutí poloviny těla, porucha řeči (jak schopnost mluvit, tak schopnost rozumět), porucha schopnosti číst a psát, poruchy zraku, různé typy poruch vědomí a další. Trpí-li pacient po cévní příhodě nějakými následky, je neopominutelnou součástí léčby rehabilitace, která se zaměřuje na to, aby nepostižená část mozku co nejvíce převzala funkci postižené tkáně. Existuje řada reedukačních programů na zlepšení poruch hybnosti a řeči (logopedie), aby postižení

pacienti byli co nejvíce soběstační a mohli žít v rámci možností co nejkvalitnější život.

■ Postihuje iktus více ženy nebo muže?

Cévní mozkovou příhodou jsou ohroženy obě pohlaví, přesto existují rozdíly, které jsou závislé na věku. V mladším věku jsou více postiženi muži, kolem 60 let dochází k vyrovnání a obě pohlaví jsou zastoupena zhruba stejně a ve vyšším věku převažují cévní mozkové příhody u žen. Původní představa, že žena v období klimakteria mající hormonální substituci (doplnění ženských hormonů) je více chráněna proti cévní mozkové příhodě, se nepotvrzuje. Ba naopak, dlouhodobé užívání substituční hormonální léčby o něco zvyšuje riziko cévní mozkové příhody (1,4x).

■ Jaké jsou rizikové faktory pro vznik cévní mozkové příhody?

K hlavním rizikovým faktorům patří neléčený vysoký krevní tlak, cukrovka, ischemická choroba srdeční, srdeční vady, poruchy funkce levé srdeční komory, velmi časté poruchy srdečního rytmu, poruchy metabolismu tuků, kouření, alkohol, snížená pohybová aktivita a s tím spojená obezita. Významným rizikovým faktorem je i údaj o proběhlé cévní mozkové příhodě v minulosti. Uvedené rizikové faktory řadíme mezi tzv. faktory ovlivnitelné, vztahující se k životnímu stylu.

■ V jakém věku je riziko největší?

Více než 75% iktů v ČR vzniká ve věkové kategorii 60 - 79 let. V Evropě je situace odlišná, hlavní výskyt iktů je až v kategorii 85 let a výše. Můžeme konstatovat, že čím vyšší věk, tím vyšší riziko výskytu onemocnění.

■ Do jaké míry je možné riziko opakování cévní mozkové příhody u pacienta, který ji již prodělal?

Riziko opakování iktu do jednoho roku od první příhody se pohybuje kolem 10 - 12% a v následujícím pětiletém období mezi 30 až 40%. Asi 15% nemocných po mozkové příhodě je ohroženo také infarktem myokardu nebo úmrtím z jiných cévních příčin. To jsou statistické údaje. Ve skutečnosti riziko opakování příhody není u všech pacientů stejné a je závislé zejména na věku a léčbě ovlivnitelných rizikových faktorů, tedy na prevenci.

■ Nějaká prevence cévní mozkové příhody je tedy možná?

Ano, prevence iktů je možná a spočívá v ovlivnění rizikových faktorů. Ještě v době plného zdraví by každý z nás měl provést „revizi“ svého životního stylu a návyků, případně je změnit ku prospěchu svého zdraví. Omezení kouření a alkoholu, změna stravovacích návyků, redukce hmotnosti při obezitě, dodržování pitného režimu, pravidelná fyzická aktivita a léčba rizikových onemocnění (pokud existují) patří do primárních preventivních opatření s cílem zabránit vzniku cévní mozkové příhody - iktu. U pacientů, kteří již byli postiženi cévní mozkovou příhodou jsou preventivní opatření zcela zásadní a jsou nezbytnou součástí léčebného procesu. Tento typ prevence označujeme jako sekundární a vedle již uvedených režimových opatření zahrnuje i specifickou léčbu ovlivňující krevní srážlivost a chirurgické nebo endovaskulární řešení zúžení nebo uzávěru mozkových cév. Cílem této prevence je snížit riziko opakování iktu.

■ Je úroveň léčby u nás a její úspěšnost srovnatelná se zahraničím?

V porovnání se západním světem, při současném stoupajícím trendu počtu případů, vážné osvěta, primární prevence a organizace primární péče, tedy terénních lékařů a záchranné služby. Zatím systém tohoto typu péče nefunguje tak, aby se nemocný s akutní mozkovou příhodou dostal co nejrychleji na specializované pracoviště. Přesto nutno říci, že v erudici zdravotnického personálu, technickém a materiálním zabezpečení pracovišť a v počtu ošetřených iktů trombolýzou patříme do první desítky v Evropě.

■ Jednotka intenzivní péče (JIP) neurologického oddělení ÚVN splňuje kritéria tzv. iktové jednotky. Co to znamená?

To znamená, že tato vyčleněná část neurologického oddělení má personální a materiálně technické vybavení potřebné k léčbě nemocných s akutním iktem. Na iktové jednotce pracuje tým lékařů a sester se zkušenostmi v intenzivní neurologii a v urgentní medicíně. Je prokázáno, že takto organizovaná péče a léčba nemocných s akutním iktem na iktových jednotkách významně snižuje úmrtnost, následky onemocnění, dobu hospitalizace i náklady na léčbu oproti hospitalizaci pacientů na standardních lůžkách.

V blízké budoucnosti se chystá restrukturalizace péče o cévní mozkové příhody. Plánovaný vznik komplexních iktových center by měl zajistit péči na odpovídající evropské úrovni.

Jiří Hruška

Třetí závěrečnou část rozhovoru s primářem Neurologického oddělení ÚVN MUDr. Jiřím Kasíkem, Ph.D., přineseme v březnovém čísle časopisu VELESLAVÍN39.

