

SOUČASNÝ STAV PÉČE O AKUTNÍ ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY V ČR

MUDr. Daniel Václavík

Neurologické oddělení, Nemocnice Ostrava-Vítkovice

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou svou incidencí 300 / 100 000 (30 000 nových pacientů ročně v České republice) druhou největší příčinou mortality a největší příčinou invalidity. V terapii cévních mozkových příhod se objevila řada nových trendů výrazně zlepšujících naději pacientů jak na přežití, tak na zvýšení procenta nezávislých pacientů po CMP. Na počátku 90. let to bylo ve vyspělých zemích zavádění IKTOVÝCH JEDNOTEK. Na iktových jednotkách je poskytována komplexní péče o pacienta s CMP, kdy základem úspěchu je tým lékařů a SZP, v němž má integrující roli neurolog specializovaný na léčbu CMP. Dále je nezbytnou součástí kardiolog, internista, rehabilitační pracovníci, logoped a střední ošetrovatelský personál zaměřený na péči nemocného s cévní mozkovou příhodou. Cílem obecné terapie na iktové jednotce je zabránění dalšímu rozvoji mozkového poškození a prevence komplikací CMP.

Interní Med. 2006; 3: 134

Hlavní body terapie

- Monitorace a léčba hypertenze, kdy v prvních dnech po CMP tlak snižujeme jen ve speciálních případech (hypertenzní krize, kardiální nebo renální selhávání či disekce tepen).
- Terapie hyperglykémie
- Terapie febrilních stavů a prevence bronchopneumonie
- Péče o dostatečnou hydrataci pacienta
- Prevence flebotrombózy a plicní embolie
- Započetí sekundární prevence: antitrombotická terapie u většiny nemocných
- Antikoagulační terapie u kardiogenních embolizací
- Včasná rehabilitace a logopedická péče

Cíle terapie na iktových jednotkách

Tato opatření umožňují snížení mortality a morbidit. Pacienti s CMP by měli být léčeni na těchto speciálních jednotkách. Metaanalýza vypracovaná na základě společné práce „Stroke Unit Trialist's Collaboration“ (Langhorne a Dennis, 1993) prokázala 18% snížení mortality, 29% snížení mortality nebo závislosti a 25% snížení mortality či potřeby ústavní péče u pacientů léčených na speciálních jednotkách ve srovnání s pacienty léčenými na standardních odděleních. Ve velké randomizované studii, provedené v Norsku na pacientech s CMP léčených v akutním a subakutním stavu, byla snížena úmrtnost u pacientů léčených na speciálních jednotkách o 46 % ve srovnání se skupinou pacientů léčených na standardních odděleních (Rønning a Guldvog, 1998).

V našich podmínkách se jedná o jednotky neurologické intenzivní péče zaměřené na léčbu akutních cévních mozkových příhod. Snahou všech neurologů zabývajících se terapií CMP je vytvoření sítě iktových jednotek pokrývajících celé území České republiky a učinit tak dostupnou výše uvedenou terapii všem obyvatelům ČR.

Současná situace

Z incidence CMP vyplývá, že aby mohlo být alespoň 70 % nemocných s iktem hospitalizováno na iktové jednotce, měla by být alespoň 4 iktová lůžka na 100 000 obyvatel, což je 400 lůžek na ČR. V současné době je 221 neurologických intenzivních lůžek, která částečně slouží jako iktové jednotky, což znamená, že téměř polovina iktových lůžek chybí.

Jiné možnosti léčby

Další v 90. letech rozvíjenou možností léčby je léčba trombolytická podobně jako desetiletí předtím u infarktu myokardu. V neurologii je používán tkáňový aktivátor plasminogenu a od roku 2003 je schválen jako lék volby i SUKLeM. Z metaanalýz randomizovaných studií je prokázáno, že snižuje procento postižených, kteří jsou závislí na péči druhé osoby, o 30 %. Tato terapie je v současné době indikována při terapii akutních mozkových ischemií do 3 hodin od vzniku postižení. Má řadu vylučujících kritérií; je závislá mimo jiné na kvalitní interpretaci počítačové tomografie mozku, proto je určena do rukou neurologů na iktových jednotkách.

Od roku 2003 bylo u nás trombolýzou léčeno 371 nemocných, což nás v počtu trombolýz na 1 000 000 obyvatel řadí na 6. místo v Evropě. Problémem je, že více než polovina pacientů byla léčena v 6 nemocnicích v ČR a to svědčí o vysoké aktivitě některých oddělení zejména na Moravě, ale zároveň o nerovnoměrnosti poskytované péče.

Přestože počet nově léčených pacientů roste velmi výrazně, stále je v Evropě léčeno průměrně 2 % nemocných a u nás asi 0,5 %. Ale data z vyspělých center ukazují, že je možno léčit až 30 % pacientů.

Jedním z důvodů je kromě u nás výše uvedené nerovnoměrnosti a nedostatku iktových lůžek také velmi krátké terapeutické okno. Pacient musí začít s léčbou do 3 hodin od vzniku příhody. Zde je nutné především zlepšit informovanost pacientů o příznacích cévní mozkové příhody, informovat je, že se jedná o neodkladný stav, pro který je nutné volat RZP. Dále rozšiřovat povědomí mezi lékaři záchranné služby, praktické lékaře informovat o nutnosti dopravit pacienta co nejdříve na nejbližší dostatečně vybavenou iktovou jednotku.

Další perspektivy

Přestože současná terapie znamená průlom do současné péče o ikty, jedná se teprve o začátek cesty ke zmírnění utrpení nemocných.

Rozvíjejí se nové diagnostické metody schopné rozlišit mezi postiženou, ale zachránitelnou tkání, a nektrózou (difúzní MRI, perfúzní CT) a tím prodloužit terapeutické okno.

Vyvíjejí se nová trombolytika, která lze v kombinaci s novými diagnostickými možnostmi bezpečně používat až do 9 hodin od příhody. Jsou vyvíjena nová neurotropika potencionálně schopná zabránit nektróze mozkových buněk. Vyvíjejí se kombinované přístupy terapie – systémové podání terapie spolu s intervenčními neuroradiologickými zákroky přímo intrakraniálně v mozkových tepnách, potenciace trombolýzy ultrazvukem.

Závěrem lze říci, že nové možnosti terapie přinášejí novou naději lékařům i nemocným na poli, které se dlouho jevílo terapeuticky beznadějné, ale zároveň velkou řadu úkolů, které je třeba splnit a překonat.

MUDr. Daniel Václavík

Neurologické oddělení, Nemocnice Ostrava-Vítkovice

Zálužanského 1192/15, 703 84 Ostrava, e-mail: daniel.vaclavik@vnbma.cz

Literatura u autora