

Cévní mozková příhoda, lidově řečeno mrtvice, je stále druhou nejčastější příčinou úmrtí. Je ale fascinující poslouchat, co už dnešní medicína dokáže, když proti vám nehraje čas. S empatickou Zuzanou Eichlovou, vedoucí lékařkou iktové jednotky KNL, se dá lehce podlehnout dojmů, že mrtvička „nic není“. Ale je – a proto byste měli číst dál. Dozvíte se třeba, že ji na sobě často vůbec nemusíte poznat.

JDE O ČAS

Ptala se Jana Patková
Foto Jan Škvára
a archiv Zuzany Eichlové

Cévní mozková příhoda se už z dávných dob nazývá iktus (iktus – úder, tzn. že mrtvice udeří nečekaně) a od toho je odvozena iktová jednotka. Čím to je, že jen málokdo ví, co to znamená? Je to novinka v péči o pacienty?

Úplná novinka to není, u nás funguje už asi patnáct let. Asi se do povědomí lidí tolik nedostala. Na oddělení samozřejmě máme i jednotku intenzivní péče, tedy neurologickou jipku, a její součástí iktová jednotka je.

Co se tam odehrává?

Snažíme se tu léčit pacienty s cévní mozkovou příhodou. Mají buď uzávěr mozkové tepny, tudíž nedochází vlastně k průtoku krve mozkovými tkáněmi a mozková tkáň selhává a přestává fungovat. Nebo naopak dojde ke krvácení z nějaké mozkové tepny nebo mozkové výdutě a ta krev se rozlije do mozkové tkáně. Opět přestává fungovat.

Jak se to léčí, co se s tím dá vůbec dělat?

Každá z těch mozkových příhod má trochu jinou léčbu. 80 % všech mozkových příhod jsou příhody ischemické, což znamená, že se krev do mozku nedostává, že je uzavřena nějaká mozková nebo přírodní tepna. A my se snažíme tu tepnu zprůchodnit. Na to máme různé možnosti. Buď můžeme do žilního systému podat nějakou látku, která má za úkol rozrušit tu sraženinu, anebo zasahujeme přímo v postižené tepně. Naši radiologové se z třísla dostanou až k danému uzávěru a tepnu prostě zprůchodní, odstraní sraženinu.

Abychom byli kompletní, pojďme ještě zmínit, jak se léčí druhý typ CMP.

Při krvácivých, my říkáme hemoragických cévních mozkových příhodách, se musíme pokusit to krvácení nějakým způsobem zastavit. Nejčastější příčinou vzniku je neléčená hypertenze, tedy vy-

soký krevní tlak, takže naším úkolem je především snížit krevní tlak. Podáváme léky na snížení tlaku systémově do žíly. Ta krvácení dost často vznikají na podkladě užívání nějakého léku na ředění krve, takže musíme to ředění krve nějakým způsobem zastavit, na to máme různé speciální preparáty. To umí neurolog. Pomoci může také radiolog, který zastaví krvácení z výdutě tím, že tu výdut' vyplní takovými speciálními spirálkami. A nebo neurochirurg, který otevřenou operací na tu výdut' nasadí takový speciální klip, tím ji vyřadí a zastaví krvácení.

Mezi lidmi je stále rozšířený strach, že mrtvice je neřešitelná. Buď to přežijete s nějakým následkem, nebo to nepřežijete, ale nic moc se s tím nedá dělat. To už tedy není pravda?

Já jsem v nemocnici šestnáct let a už když jsem nastoupila, byla rozjetá specifická terapie. To, co říkáte, si určitě



pamatuje mnoho lidí – že pacient, který najednou ochrnl nebo nemluvil, přijel do nemocnice, která mnohdy ani neměla žádnou metodu, jak mozek zobrazit a zjistit, co se v něm děje. Dost často to končilo tím, že pacient dostal nějakou podpůrnou terapii, třeba ve formě léků, které trochu pomohly nějakou cestu rozšířit, aby se do mozku dostalo víc krve. Ale až v roce 1995 první studie prokázala efekt tromboolytických látek. Opravdu fungovaly a sraženinu mohly rozpustit. V Liberci se s tím začalo zhruba v roce 1999 a pak se to postupně dostávalo do všech nemocnic a vytvářely se nějaké standardy.

Tuším, že přesná diagnostika je u cévní mozkové příhody základem úspěchu?

Poměrně rozšířené bylo už v 90. letech „cétéčko“ (CT – počítačový tomograf, pozn. red.). Vyfotil se mozek a lékař buď nic neviděl – mozek se zdál v pořádku a nevěděl, jestli se tam něco děje, anebo tam viděl krev, což znamenalo nějaké krvácení. Postupně se přidalo vyšetření mozkových tepen s podáním kontrastní látky, kde už bylo možné zobrazit, že je mozková tepna uzavřená a krev tam neteče. Řeklo se dobrá, tady je potřeba zprůchodnit tepnu. Posledním vylepšením je tzv. multimodální CT vyšetření, což je CT vyšetření, při kterém za pomoci speciálního software zjistíte, jaký je průtok dané mozkové tkáně. Neboli jaká část mozku už nejde zachránit a jaká část ano. Podle určitých poměrů si pak můžeme říci, zda pacienta ještě léčit, protože je šance, že mu pomůžeme, nebo už bychom mohli způsobit nějakou škodu.

Jak smrtelná vlastně cévní mozková příhoda je?

Hodně, je to druhá nejčastější příčina úmrtí. U CMP ale není smrtnost jediným kritériem, které se u léčby hodnotí, důležité je také to, že pacienti mohou být ochrnutí, nemluvit a prakticky okamžitě být vyřazeni z normálního fungování.

A šance, že vyvážnu bez následků?

Když se dělaly první studie na trombolýzu, na tu systémovou léčbu, bylo vidět, jak velký efekt má. Jde ale o čas. Procentuálně to vypadá asi takto: když podáme dvěma pacientům do hodiny od vzniku potíží správnou léčbu, tak jednoho zachráníme. Tedy úspěšnost je 50 %. Když ale posuneme zahájení léčby třeba na tři hodiny od vzniku potíží, tak se zlepši neurologický deficit u jednoho pacienta z devíti až deseti. Takhle prudce šance klesají.

Takže by člověk vůbec neměl váhat a ihned volat záchranku?

Rozhodně. Opravdu není dobré jít si lehnout s tím, že do rána to přejde. Ztratíme celou noc, osm hodin, a jsme v pytli. Ráno už třeba nevyлéčíme nic, protože mozek už je prakticky vyřazený z funkce. Každou minutou ztrácíme poměrně velký počet mozkových buněk a čím dříve pacienta budeme léčit, tím jsou lepší výsledky. Není ani rozumné transportovat se po vlastní ose, prostě sanitky jsou tady od toho. Oni už vědí, že mají spěchat. Máme se záchranou službou Libereckého kraje skvěle nastavený systém. Pacientům uděláme krevní odběr už na místě a rovnou se jede na cétéčko.

Jak poznáme, že se jedná o cévní mozkovou příhodu?

Nejtypičtější u těžké mrtvice je ochrnutí na polovinu těla. Nebo jeho částí – nehýbu jednou rukou, jednou nohou, polovinou tváře.

Proč tomu tak je?

Mozek má dvě hemisféry, pravou a levou. Každá řídí jednu půlku těla a mozkové dráhy se kříží. To znamená, že máte-li postiženou pravou půlku mozku, jste ochrnutá na levou polovinu těla, a naopak. Jakmile jsou postižené třeba obě dolní končetiny, už je to problém míchy. Dalším častým příznakem je pokles koutku. Lidé přitom špatně artikulují a vy opravdu vidíte tu křivou hubu, když to řeknu takhle na syrovo. K tomu se mohou přidat různé poruchy řeči, buď si postižený divně šlape na jazyk, patlá, šišlá, nejdou mu sykavky... nebo říká úplné nesmysly, vytváří si neologismy, někdy se tomu říká slovní salát. Někdy ale mluví úplně normálně, ovšem nerozumí, co se mu říká. Například mu řeknete, aby zvedl ruku, a on si ji strčí do kapsy. Neboli produkuje řeč úplně dobře, ale nerozumí. Je to dáno tím, že jsou dvě centra řeči. Jedno je zodpovědné za její produkci, druhé za porozumění. Záleží na tom, které je postiženo.

Člověk tedy sám na sobě nemusí mrtvici poznat?

To se děje dost často. Mrtvice totiž, až na jeden její podtyp, nebolí. Samozřejmě, když ochrnete, tak si toho asi všimnete. Ale jedním z příznaků mrtvice je i to, že ji ignorujete. Mnoho pacientů k nám přijde, že je všechno v pohodě. Řekneme, ať



Na pracovní cestě v Kyoto, březen 2024



Cestou na chajdu v Proseči pod Ještědem



V Yokohamě, březen 2024

zvednou levou ruku, oni odpoví – vždyť ji zvedám. Ale nic se neděje. Oni třeba ignorují celou levou půlku těla nebo levou půlku zorného pole. Mrtvice má různorodé spektrum divných neurologických příznaků.

To ale laik těžko pozná a vyhodnotí.

Jasně. Proto se snažíme do povědomí dávat takovou zkratku, která se jmenuje FAST, v překladu z angličtiny to znamená rychle. A jednotlivá písmena připomínají nejčastější příznaky: F znamená face, tedy obličej, čímž se myslí spadlý koutek, ztuhlá polovina tváře. A znamená arm, tedy horní končetina, což připomíná, že nejde zvednout. S znamená speech, tedy řeč a její poruchy. T zname-

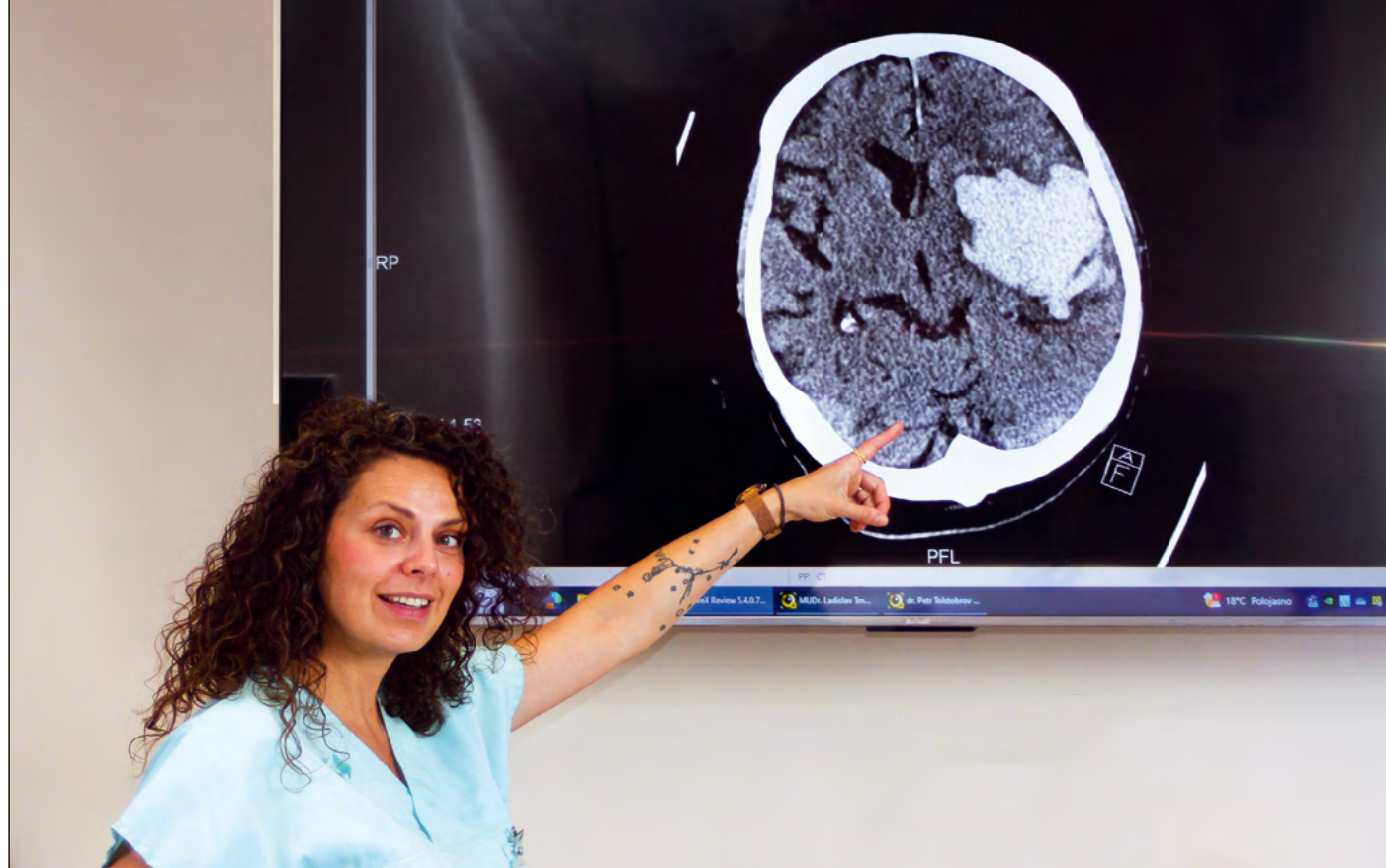
ná time, tedy čas. Připomíná, že čas rychle utíká a je třeba volat pomoc.

Ráda bych tady ještě zdůraznila, že na nic nečekat a volat záchranku by měli i ti, kterým příznaky sami odezní. Může se jednat o tranzitní ischemickou ataku, takovou přechodnou mrtvičku. Ta ale přijde právě proto, aby varovala, že něco hrozí. Takového člověka vyšetříme úplně stejně, jako kdyby přijel s akutní mrtvicí. Nastavíme léčbu do budoucna tak, aby se nic podobného neopakovalo, nebo včas odoperujeme nějaké zúžené tepny.

Nějaká prevence proti mrtvicí asi neexistuje?

Existují rizikové faktory, které ovlivnit mů-

žeme. Je to samozřejmě kouření, přísun cholesterolu, stres a podobně. Dále hladina cukru, tlak. To vše by měl v rámci pravidelných lékařských prohlídek praktik vyšetřit, a pokud je něco špatně, tak zaléčit. Pak jsou rizikové faktory, které neovlivníte, což je třeba rasa, pohlaví a genetická výbava. Tedy pokud víme, že v rodině se něco takového někomu v mladém věku stalo, je dobré nechat se vyšetřit a případně nasadit preventivní medikaci. Po čtyřicátém roce věku by každý měl mít ultrazvukové vyšetření krkavic, krčních tepen a i mozkových tepen, aby se zjistilo, jestli už se tam něco neusazuje. Ale to se tedy málokdy dělá.



■ Doktorka Eichlová ukazuje snímek mozku postiženého mrtvicí – světlé místo je výron krve

Vy jste zmínila mezi rizikovými faktory pohlaví a rasu. Jakou roli to hraje?

Historicky se udává, že určité rasy mají jiné typy mrtvic, než na jaké jsme zvyklí my. U pohlaví to víc směřovalo k mužům, ale teď se to podle mě docela vyrovnává.

Dá se říci, že mladým lidem mrtvice nehrozí?

To se rozhodně nedá! Mrtvice je problém každého věku a je důležité vědět, že se týká i dětí. Ano, dětské mrtvice existují a je potřeba na to myslet. Samozřejmě riziko stoupá s věkem a nad šedesát let je častější.

Nedávno jste již počtvrté získali

Diamantový status péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou, což je nejvyšší možné uznání v této oblasti péče o pacienty. V čem jste lepší než podobná oddělení v jiných nemocnicích?

Letos jej získalo poměrně dost nemocnic, takže už nehrajeme takový prim. Na druhou stranu to je dobře, protože to ukazuje, že standard péče se zvyšuje ve všech těch nemocnicích. Znamená to, že jsou splněna určitá kritéria, asi dvanáct parametrů, na kterých se hodnotí, jak rychle, aktivně a dobře dokážeme pacienty léčit.

Kolika pacientů se to v Libereckém kraji vůbec týká?

Na iktové jednotce nám za rok leží zhruba

500 pacientů. Jsme centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče, což je centrum, které má nepřetržitě k dispozici neurochirurga, radiologa a neurologa. V kraji ještě máme trošičku nižší centrum v České Lípě, kde mohou podat tu systémovou trombolýzu, ale už nedělají mechanickou embolektomii. To je ten zárok, který dělá radiolog. Někteří pacienti s mrtvicí samozřejmě leží v České Lípě a k nám už nedoputují.

Proč jste se specializovala na neurologii?

Já jsem studovala druhou lékařskou fakultu v Motole, což prapůvodně byla dětská klinika. Nastupovala jsem s tím, že budu dělat pediatrii, ale po prvním roce

mi bylo jasné, že to určitě moje cesta nebude. Začala mě velmi bavit roztroušená skleróza, takže jsem v pátém a šestém ročníku začala chodit na kurzy, na kroužky do ambulancí roztroušené sklerózy. To bylo to hlavní, co jsem chtěla dělat.

Ale nakonec nedělala...

Do Liberce jsem nastupovala, protože odtud pocházím a chtěla jsem být doma. Centrum pro péči o pacienty s roztroušenou sklerózou tu nebylo a já měla vizi, že ho tady rozjedeme. Nakonec se ukázalo, že to pro mě je málo akutní, že potřebuju prostě víc adrenalinu, víc běhání po špitále, dril... a ty mrtvice jsou v neurologii to hlavní a akční. Takže jsem tak nějak logicky přešla na JIP a iktovou jednotku.

Zaujal mě ten výraz „začala mě bavit roztroušená skleróza“. Chápu, že jde o profesní zaujetí – čím vás ale „bavila“?

Bylo mi kolem 22 let a to je ten věk, kdy roztroušená skleróza nejvíc útočí. Bylo mi to blízké, pacienti byli v mém věku a protože se objevily nové linie biologických léků, dalo se jim docela dobře pomáhat.



Vždycky jste chtěla být lékařkou?

Ne, já jsem asi na začátku chtěla být právník a vůbec už nevím proč. Když jsem se pak na gymplu rozhodovala mezi humanitní a přírodovědnou větví, došlo mi, že chemie mě bavila vždycky víc. Takže jsem se nějak přemístila na přírodovědnou větev, a pak už to tak nějak samo vyplynulo. Nikdo z rodiny mě neinspiroval, nemáme v ní žádné doktory. Ale chtěla jsem jít na dětské lékařství, protože mi vždycky připadalo, že si s dětmi rozumím. Jednu dobu jsem pomáhala s handicapovanými dětmi, hrála jsem si s dětmi kamarádů... děti mě prostě bavily, přírodní vědy také, takže se ta pediatrie nabízela.

Co se potom stalo, že jste změnila názor?

Ukázalo se, že je trochu potíživé, protože od dětí se nic moc nedozvíte. Navíc jsem si jejich nemoci začala asi víc brát. Teď, když mám sama děti, si neumím představit, jak bych zvládala dětské špatné diagnózy a špatné konce.

Pracujete v oboru, kde smutné konce také potkáváte. Promítá se to do vašeho života?

Už ne. Samozřejmě, první úmrtí člověk prostě obreč. Nějakou dobu na to myslí a říká si, jestli něco nemělo být jinak, jestli to nešlo nějakým způsobem ovlivnit.

MUDr. Zuzana Eichlová (*1983)

Vedoucí lékařka JIP neurocentra neurologie v Krajské nemocnici Liberec je libereckou rodačkou. Vystudovala zde také gymnázium F. X. Šaldy a pak pokračovala na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Má funkční odbornost z elektroencefalografie a neurosologie a subspecializaci cévní neurologie. Je vdaná a má dva syny – osmiletého Matyáše a pětiletého Mikeše. Baví ji cestování, pěší a lyžařská turistika.

Jenomže příroda nad námi moc dobře ví, co dělá... Myslím, že si všichni zvyknou, prostě to přejde. Nikdy to není příjemné a je poměrně těžké komunikovat s pozůstalými. Říci jim, že to je většinou vlastně vysvobození. Ovšem když nečekaně zemřou mladí pacienti, je to těžké.

Jak staré máte děti?

Děti osm a pět. Kluky, šilené rošťáky.

Jak se vám daří sladit práci v nemocnici a rodinný život?

Mám obrovskou podporu hlavně v manželovi, který s dětmi tráví většinu času. Až si někdy říkáme, že máma je on. Když mám noční, tak se prostě stará on. Vozí je do školy, zařizuje kroužky. Musím také přiznat, že nemálo jezdím pryč, na konferenci a tak. Ač to není vždy úplně s radostí, tak jsem prostě takový dravý typ a baví mě to. Dozví se spoustu nových věcí, něco se snažím i předávat dál. A baví mě také poznávat místa, kam jezdím. Muž má se mnou svatou trpělivost, ale zvládá to skvěle. A máme obě babičky.

Co považujete za nejdůležitější pro šťastný život? Je to zdraví?

To jste mě doběhla. Asi to není jenom jedna věc. Samozřejmě zdraví, ale i štěstí a láska. ■