proLékaře.cz | 10.11.2026

Komentář ke kontroverzím

Má být pacient s hemiplegií vezen přímo do KCC?

Should be Patient with Hemiplegia Transported Right to the Cerebrovascular Center?

V posledních letech došlo k výraznému pokroku v léčbě ischemické cévní mozkové příhody (iCMP). Prodloužilo se terapeutické okno pro podání intravenózní trombolýzy (IVT) na 4,5 hod a byla prokázána bezpečnost a účinnost mechanické trombektomie (MT) u pacientů s akutní okluzí větší mozkové tepny [1–4]. Díky tomuto pokroku došlo k výrazné změně logistiky u pacientů s akutní iCMP. V roce 2010 byla v České republice vytvořena síť iktových center (IC; Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem) a komplexních cerebrovaskulárních center (KCC; Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče) a byl vydán Metodický pokyn upravující směrování pacienta s akutní CMP z místa vzniku příhody [5–6]. Dle tohoto Metodického pokynu je pacient s příznaky akutní CMP ze spádové oblasti KCC vezen vždy do KCC, pokud doba začátku příznaků (doba, kdy byl pacient naposledy zdráv, event. byl viděn zdráv) prokazatelně nepřesahuje 24 hod. V případě pacienta ve spádové oblasti IC je telefonicky přednostně kontaktováno nejbližší KCC schopné poskytnout neurointervenční/neurochirurgické zákroky, pokud doba od začátku příznaků prokazatelně nepřesahuje 8 hod. Pokud je doba od začátku příznaků 8–24 hod, pak je pacient vezen přímo do IC. V regionech, kde je rozdíl vzdálenosti mezi KCC a IC významný, může být tento postup dále upřesněn prováděcím pokynem. Ostatní pacienti jsou vezeni do nejbližšího zdravotnického zařízení.

V současnosti pokrývá 13 stávajících KCC primárním spádem oblast s celkovým počtem 4,36 mil. obyvatel, což je téměř 50 % obyvatel České republiky. Zde tedy odpadá dilema, zda pacienta vést do bližšího IC s event. sekundárním transportem do KCC. Jedno z IC (Vítkovická nemocnice) navíc v současnosti již provádí MT, takže zde také odpadá nutnost sekundárního transportu do KCC k provedení tohoto výkonu.

Nicméně, stále polovina obyvatel České republiky žije v oblastech, které spadají primárně pod IC. Dle Věstníku MZ ČR 8/2010 by měla u těchto pacientů rychlá záchranná služba konzultovat směřování pacienta s nejbližším KCC, a to v případě, že doba od začátku příznaků nepřekročí prokazatelně 8 hod [5]. Tento způsob není zdaleka dokonalý – většinou zde dochází k časové prodlevě a navíc lékař KCC není z podaných informací schopen ve všech případech jasně rozhodnout, kam má být pacient směrován. Směřování pacienta s akutní iCMP do vzdálenějšího KCC místo spádového IC, v případě, že by zde byla účinná IVT, může vést k snížení šance na dosažení soběstačnosti kvůli časovému zpoždění podání trombolytika. Na druhou stranu směřování pacienta s akutní iCMP a uzávěrem mozkové tepny do spádového IC (pokud se zde nepodaří zrekanalizovat danou tepnu pomocí IVT a následný sekundární transport do KCC povede k výraznému zpoždění zahájení MT) může také vést k výraznému snížení šance na dosažení soběstačnosti u daného pacienta.

✉
prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D., FESO
Fakulta zdravotnických věd
UP v Olomouci

Pokud by tedy existovala jednodušší možnost, např. jednoduchý klinický test, který by vyselektoval s vysokou senzitivitou a specificitou pacienty, kteří budou mít benefit z MT oproti IVT, výrazně by to usnadnilo celou situaci urgentního rozhodování o směřování pacienta. V této publikované kontroverzi jsou rozebrány důvody pro a proti užití diagnostiky hemiplegie jako známky usnadňující rozhodnutí o směřování pacienta s akutní CMP.

Literatura

1. Volný O, Krajina A, Bar M, et al. Konsenzus a návrh k algoritmu léčby – mechanická trombektomie u akutního mozkového infarktu. Cesk Slov Neurol N 2016;79/112(1):100–10.
2. Škoda O, Herzig R, Mikulík R, et al. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou – verze 2016. Cesk Slov Neurol N 2016;79/112(3):351–63.
3. Šaňák D, Neumann J, Tomek A, et al. Doporučení pro rekanalizační léčbu akutního mozkového infarktu – verze 2016. Cesk Slov Neurol N 2016;79/112(2):231–4.
4. Roubec M, Kuliha M, Školoudík D, et al. Registr mechanických rekanalizací u akutního iktu – pilotní výsledky multicentrického registru. Cesk Slov Neurol N 2015;78/111(2):205–8.
5. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 8/2010. Praha: MZ ČR 2010.
6. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 11/2015. Praha: MZ ČR 2015.