

Úvodní slovo předsedy České internistické společnosti J. E. Purkyně profesora MUDr. Richarda Češky, CSc., FACP, FEFIM

Interna a ateroskleróza: Více rozdílů nebo pojítek?



Toto číslo časopisu Vnitřní lékařství je věnováno problematice aterosklerózy. Existují nějaké racionální důvody pro spojení problematiky aterosklerózy (vnímané v současné medicíně především jako oboru spojeného s poruchami lipidového metabolismu a přeci jen méně s aterotrombózou a zářetem) a vnitřního lékařství?

Problematika hyperlipoproteinemií a dyslipidemií (HLP a DLP) byla ještě v začátku 2. poloviny 20. století vnímána spíše jako libůstka podivínů, kteří slévají zkumavky v tajemných až mystických laboratořích. Posléze však začala získávat navrch klinická medicína, které se na počátku věnovali především kliničtí biochemici (mnozí, zejména starší, s atestací z interny) a jen málo „ryzích kliniků“, ale prakticky výlučně internisté. Nelze opomenout snahy vybudovat obor „klinická lipidologie“, které však u nás, na rozdíl od USA, kde National lipid association (NLA) spojuje biochemiky, internisty, praktiky, ale i kardiology angiologů a třeba i gynekologů, příliš neuspěly.

A pak přišla éra statinů. HLP a DLP se po prezentaci výsledků intervenčních studií s těmito léky dostaly do centra pozornosti. Pozornosti mnoha oborů, především ale kardiologie, posléze všeobecného lékařství, později pak diabetologie a dalších. Trochu v pozadí (jak je bohužel téměř zvykem) stála interna a internisté, kteří předepisovali statiny často, ale zabývali se současně i problematikou komplexní prevence kardiovaskulárních onemocnění, využívali kombinační léčby, snažili se ovlivnit i smíšenou DLP a zabývali se i genetikou HLP a DLP. Stali se tak skutečnou oporou současné „lipidologie“.

Co je dnes centrálním mottem, onou červenou nití, která spojuje problematiku lipidů, aterosklerózy a prevence kardiovaskulárních onemocnění? Je to komplexní pohled. Na rozvoji aterosklerózy se podílí samozřejmě HLP (nejdůležitějším rizikem je LDL-cholesterol, který je současně i primárním cílem terapie), ale i DLP (charakte-

rizovaná zvýšením triglyceridů a nízkým HDL-cholesterolem). Zmíněná DLP je typická pro nemocné s diabetes mellitus 2. typu, dokonce je často nazývána diabetickou dyslipidemií (detaily typu „význam malých denzních LDL-částic“ přesahují rámec tohoto úvodníku). Je studována genetická podmíněnost vysokého procenta HLP, i když samozřejmě tak ideální příklad nabídnutý přírodou k výzkumu, jako je monogenní familiární hypercholesterolemie, není mnoho. Jestli se zabýváme problematikou HLP a DLP v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, nelze přehlížet hypertenzi a rovněž obezitu centrálního typu. Jestli hledáme společného jmenovatele pro vše výše zmíněné, nemůžeme nezmínit pojem metabolického syndromu, nebo možná přesněji kardiometabolického rizika.

Jako klinický lékař, internista bych na tomto místě rád uvedl doporučení pro terapii, které rád opakuji medikům i kolegům na postgraduálních přednáškách: „Nikdy neléčme lipidy! Nikdy neléčme hypertenzi! Nikdy neléčme glykémii! Vždy léčíme PACIENTA!“

Péče o nemocného ale není pouze terapie. Je třeba ocenit komplexní riziko nemocného, je třeba pátrat po manifestaci aterosklerózy, po přítomnosti aterosklerózy asymptomatické a preklinické.

Jaký obor je schopen komplexního přístupu k diagnostice, prevenci a léčbě aterosklerózy? I když nechci a nemohu podceňovat spolupráci s dalšími obory (kardiologie, diabetologie, genetika, klinická biochemie a další), je opravdu jen jeden obor, který problematiku aterosklerózy (nebo chceme-li „klinické lipidologie“) může řešit skutečně komplexně: interna, nebo chceme-li vnitřní lékařství.

Právě proto raději nebudu hledat odpověď na otázku položenou v názvu tohoto úvodníku. Nebudu hledat rozdíly ani pojítka mezi internou a aterosklerózou. Mezi internu a klinickou problematiku aterosklerózy totiž patří rovnítko.