

Ateroskleróza aneb Výběr z „interního kmene“



Milí čtenáři speciálního čísla časopisu Vnitřní lékařství věnovaného ateroskleróze!

Podle nového zákona č. 67 o vzdělávání lékařů, který platí od 1. července 2017, na „společný interní kmen“ navazuje celkem 20 (!) oborů. To je skutečně mnoho, a když si uvědomíme, kolik mladých lékařů bude mít zase „1. atestaci z interny“ ☺, vyjde nám opravdu velmi vysoké číslo: několik set atestantů ročně! Co se vlastně budou učit? Na jakých odděleních se budou připravovat? (Samozřejmě na standardních interních odděleních kdekoliv: na „okrese“, v nemocnicích městských, krajských i fakultních.) A proč o tom všem píšu v úvodníku „aterosklerotického čísla“ časopisu Vnitřní lékařství? No přeci právě proto, že ti, kteří se potkají ve své praxi s nemocnými s aterosklerózou, mají velkou část praxe interního kmene splněnu. Ateroskleróza, tak jak je vnímána jako problematika cévní a problematika poruch tukového metabolismu, totiž naplní problematiku (spočítám až na konci editoriale) „n“ oborů navazujících na interní kmen. Zkusme si nyní projít oblasti (dokonce

nejen oficiálně uznaných navazujících oborů), do kterých společně zasahuje ateroskleróza, lipidy a interna jako zaštrešující obor:

1. Asi nikdo nebude pochybovat o spojení aterosklerózy (ať už nestabilního plátu při akutním koronárním syndromu či hyperlipoproteinemii jako rizikového faktoru kardiovaskulárních onemocnění) s **kardiologií**, o významu kardiovaskulární prevence jak primární, tak sekundární se asi také moc diskutovat nebude.
2. Kardiovaskulární prevence se ale z několika hledisek dostává i do centra zájmu **sportovní medicíny** nebo tělovýchovného lékařství.
3. Ale zpět k dalším velkým oborům. **Diabetologie**. Diabetes mellitus typu 2 představuje jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro kardiovaskulární onemocnění. Uplatňuje se jako součást metabolického syndromu a jako takový působí na rozvoj aterosklerózy společně s hypertenzí a dalšími, kompenzace či dekompenzace diabetes mellitus ovlivňuje samozřejmě i hladiny lipidů a lipoproteinů.
4. **Endokrinologie** nám poskytuje hned několik příkladů vzájemných interakcí a propojení, sekundární hyperlipoproteinemii při hypotyreóze budiž příkladem, samozřejmě že k sekundární hyperlipoproteinemii vede i hyperkortikalismus a další.
5. **Revmatická onemocnění** a ateroskleróza – to je jedno z „nejžhavějších“ témat současného studia rozvoje aterosklerózy, zánět tady hraje klíčovou roli!
6. O úloze zánětu „běžného“ (bakteriálního, virového, mykoplazmatického a dalších) v aterogenezi by jistě mohla přinést nové pohledy **lékařská mikrobiologie**.
7. Význam **klinické biochemie** ve vztahu k ateroskleróze, lipidům, hyperlipoproteinemii a dyslipidemii se opravdu zpochybnit nedá, byli to právě kliničtí biochemici, kteří jako první začali studovat vztahy hyperlipoproteinemii a dyslipidemie k rozvoji kardiovaskulárních onemocnění, mnohé lipidové poradny jsou i v současnosti vedeny klinickými biochemiky, kteří ale mají dostatečnou (i formální) erudici v klinické medicíně, především v interně.
8. Za neopominutelné (a kriticky významné!) musíme rovněž považovat propojení lipidů, aterosklerózy a **genetiky**, problematika familiární hypercholesterolemie se stala příkladem, který nám poskytla sama příroda ke studiu vztahu: molekulární defekt, jeho přenos, klinická manifestace, vyhledávání nemocných, diagnostika a léčba.
9. Oborem, u kterého asi nemusíme vzájemnou provázanost s aterosklerózou příliš obhajovat, protože je prostě zřejmé, je **angiologie**.
10. To u **nefrologie** je situace trochu komplikovanější. Samozřejmě bychom mohli využít sekundární hyperlipoproteinemii u nefrotického syndromu, mnohem podstatnější ale je to, že renální postižení představuje tak významný rizikový faktor pro kardiovaskulární onemocnění, že mění stratifikaci rizika a posunuje nemocné mezi vysoce ohrožené z hlediska rozvoje aterotrombotických komplikací.
11. Jako následující bod se v souvislosti s aterotrombózou nabízí spojení našeho oboru i s **hematologií** a problematikou hemostázy.
12. **Klinická farmakologie**.
13. **Gerontologie**.
14. **Gastroenterologie**.
15. **Hepatologie**.
16. Je jistě běžnou každodenní činností **všeobecného praktického lékaře** starat se o polymorbidního nemocného s aterosklerotickým postižením, navíc, jako rodinný lékař bude vyhledávat vysoce rizikové nemocné, třeba včetně nemocných s familiární hyperlipoproteinemii.

17. Pokud praktický lékař sezná, že nemocný vyžaduje specializovanou péči, odešle jej k **internistovi**, který pak poskytne co nejširší, komplexní péči, navíc s kompletním armamentáři hypolipidemik i dalších léků, navíc mnohý internista se rád stane i internistou s „lipidovou“ specializací a bude se věnovat nemocným v lipidové poradně nebo ambulanci preventivní kardiologie.

Kdo si tedy pročte (nejen) toto číslo Vnitřního lékařství, bude se účastnit „aterosklerotických“ kongresů a konferencí a především si bude všimát všeho, co připravuje na toto i další témata Česká internistická společnost, má 90 % studia ke zkoušce po absolvování „kmene“ v zásadě hotovo ☺.

Praha, prosinec 2017



prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM
předseda České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně
spolueditor tohoto vydání časopisu Vnitřní lékařství