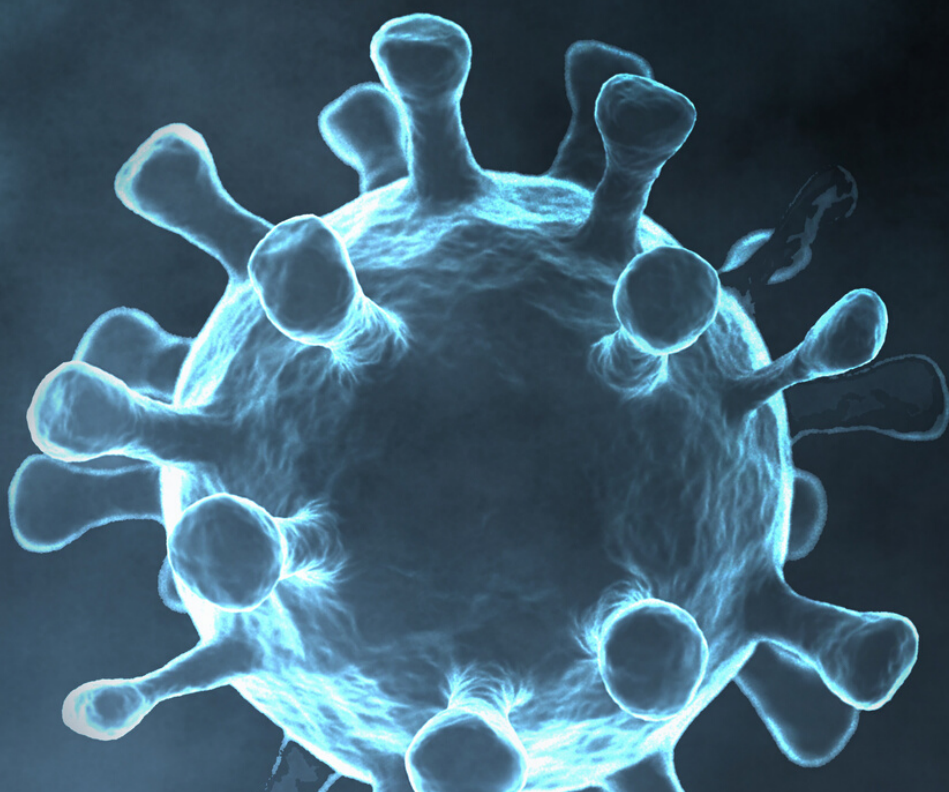


#NIETRAĆSZANSYNAŻYCIE

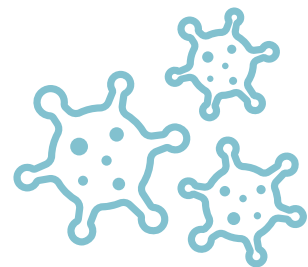


PANDEMIA COVID-19 A UDAR MÓZGU

PRAKTYCZNY PORADNIK W PYTANIACH I ODPOWIEDZIACH
DLA OSÓB BĘDĄCYCH W GRUPIE RYZYKA WYSTĄPIENIA
UDARU MÓZGU ORAZ WSZYSTKICH ZAINTERESOWANYCH

MATERIAŁ ZREALIZOWANY W RAMACH KAMPANII
INTERWENCYJNO-INFORMACYJNEJ #NIETRAĆSZANSYNAŻYCIE

ZAGROŻENIE COVID-19 A RYZYKO UDARU MÓZGU



Wyzwaniem wobec globalnej pandemii COVID-19 stało się zapewnienie bezpieczeństwa i zdrowia Polakom, realizowane m.in. poprzez wprowadzenie obostrzeń i ograniczeń w kontaktach międzyludzkich, które ostatecznie przybrały formę narodowej kwarantanny. Realne zagrożenie ze strony koronawirusa i groźba zakażenia okazały się niekiedy znaczącą barierą przy podejmowaniu odpowiednich działań i właściwej reakcji wobec nagłych sytuacji zagrażających życiu.

Pandemia dotknęła systemy opieki zdrowotnej i pacjentów na całym świecie, ale nie ograniczyła występowania innych schorzeń, w tym stanów nagłych, zagrażających zdrowiu i życiu, takich jak udar mózgu.

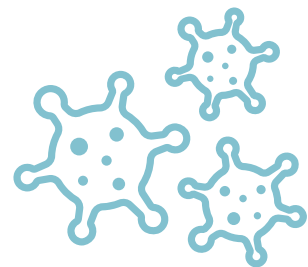
Mimo to w zdecydowanej większości krajów odnotowano drastyczne zmniejszenie liczby pacjentów leczonych z powodu udarów mózgu. Najbardziej prawdopodobną przyczyną problemu było to, że pacjenci z łagodniejszymi objawami udaru mózgu ignorowali je, świadomie rezygnując z kontaktu ze służbami medycznymi w obawie przed narażeniem na zakażenie COVID-19, albo po prostu nie mieli wystarczającej i aktualnej wiedzy o tym jakie obszary ochrony zdrowia

i w jaki sposób podczas pandemii funkcjonują.

Udar mózgu może wystąpić nagle i zaskoczyć nas w najmniej spodziewanej sytuacji. Schemat postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu pozostaje niezmienny, pomimo panującej epidemii koronawirusa i wprowadzonych rygorów sanitarnych.

Absolutnie kluczowy jest czas reakcji – rozpoznanie objawów mogących sugerować udar mózgu i natychmiastowe wezwanie pogotowia ratunkowego. Należy bez obaw dzwonić pod numer 999 lub 112, gdyż tylko szybko udzielona pomoc zwiększa szansę pacjenta na przeżycie i powrót do pełnej sprawności sprzed zachorowania. Brak podjęcia odpowiedniej reakcji nie tylko zwiększa ryzyko trwałej, istotnej niepełnosprawności, ale i zagraża życiu.

Sytuacja epidemiczna związana z pandemią koronawirusa wzbudziła wiele pytań i wątpliwości związanych z właściwym postępowaniem w przypadku wystąpienia udaru mózgu. Nasi Eksperti przygotowali zestaw najważniejszych pytań wraz z odpowiedziami, które nakreślą właściwy kierunek i pozwolą podejmować odpowiednie działania.



KAMPANIA #NIETRAĆSZANSY NAŻYCIE

#NieTraćSzansyNaŻycie to akcja informacyjno-edukacyjna, zainicjowana w odpowiedzi na aktualną sytuację epidemiczną i związane z nią potrzeby społeczne. Jej główne zadanie, to zwrócenie uwagi na chorobę jaką jest udar mózgu, czyli stan nagłego, bezpośredniego zagrożenia życia i, co należy z całą mocą podkreślić, sprawności Pacjenta. Dostrzegając wagę problemu, pragniemy zapewnić dostęp do rzetelnej edukacji społecznej dotyczącej tego zagadnienia w dobie epidemii koronawirusa. #NieTraćSzansyNaŻycie podkreśla przestanie, aby nie bagatelizować, „nie przeczekiwać” objawów udaru mózgu w obawie przed kontaktem z personelem medycznym i zarażeniem koronawirusem i dostarcza aktualnej, zweryfikowanej wiedzy medycznej potrzebnej do ratowania życia.

Kampania **#NieTraćSzansyNaŻycie** zwraca uwagę Polaków na fakt, że nawet w czasie epidemii koronawirusa, w przypadku wystąpienia objawów chorób zagrażających życiu – takich jak udar mózgu – należy bezzwłocznie skontaktować się z pogotowiem ratunkowym.

Mimo że większość z nas ma uzasadnione obawy związane z epidemią, nie możemy zapominać, że udar mózgu jest chorobą częstą, powszechną i wobec braku szybkiej, zdecydowanej reakcji w postaci wezwania pogotowia ratunkowego, może w sposób istotny upośledzić dalsze samodzielne funkcjonowanie, a także uniemożliwić pełnienie dotychczasowych ról społecznych.

Eksperci kampanii apelują, by w trudnym czasie epidemii nie lekceważyć objawów chorób, które dotyczą tysięcy Polaków. Unikanie kontaktu z personelem medycznym nie jest właściwym rozwiązaniem, gdyż należy pamiętać, że szpitale/jednostki systemu ochrony zdrowia w sposób nieprzerwany gwarantują pacjentom skuteczną diagnostykę i leczenie. Dzięki wysiłkom grup eksperckich powołanych w tym celu, zaplanowano i wdrożono rozwiązania systemowe umożliwiające tak samo skuteczną ścieżkę postępowania w kontekście pacjentów z rozpoznaną infekcją COVID-19 lub będących w trakcie kwarantanny - mowa o tzw. szpitalach jednoimiennych, które również, z uwagi na istniejące ku temu zaplecze, mają możliwość diagnostyki i leczenia pacjentów z udarem mózgu.

Kampania #NieTraćSzansyNaŻycie została zainicjowana przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju i Promocji Nauk Neurologicznych. Projekt wsparły także dwie największe w Polsce organizacje pacjenckie, działające w obszarze udaru mózgu: Fundacja Udaru Mózgu oraz Stowarzyszenie „Udarowcy - Liczy się Wsparcie!”.

Kampanię wsparli partnerzy strategiczni - Boehringer Ingelheim i Medtronic.

JEŻELI ZAUWAŻYSZ NASTĘPUJĄCE OBJAWY UDARU MÓZGU

- ASYMETRIA TWARZY
- BEZWŁADNA RĘKA I LUB NOGA
- ZABURZENIA MOWY
- ZABURZENIA WIDZENIA

NATYCHMIAST WEZWIJ POGOTOWIE RATUNKOWE

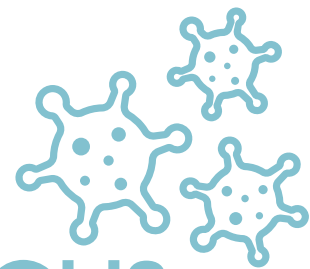
- ZADZWOŃ NA POGOTOWIE
- POTRZEBNY NUMER TO 112 LUB 999
- NIE ZWLEKAJ, LICZY SIĘ CZAS
- PRZEKAŻ POTRZEBNE INFORMACJE

NIE BÓJ SIĘ WEZWAĆ KARETKI, GDY ZAUWAŻYSZ OBJAWY UDARU MÓZGU

#NIETRAĆSZANSYNAŻYCIE

CO JEŚLI MASZ PODEJRZENIE BĄDŹ JESTEŚ ZARAŻONY KORONAWIRUSEM?

- NIE OBAWIAJ SIĘ KONTAKTU ZE SŁUŻBĄ MEDYCZNĄ I PILNIE WEZWIJ POGOTOWIE
- NIE ZATAJAJ INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I POTENCJALNYM ZARAŻENIU
- PRZYGOTUJ SIĘ NA WYWIAD MEDYCZNY I EPIDEMIOLOGICZNY
- ZACHOWUJ WSZELKIE OGÓLNE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI



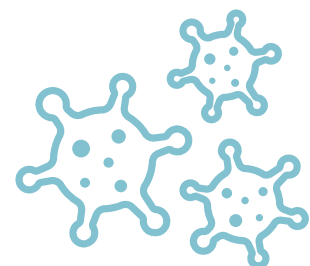
CZYM JEST UDAR MÓZGU?

Udar mózgu możemy definiować jako zaburzenie funkcji mózgu (przejściowe lub utrwalone) wynikające z patologii naczyń doprowadzających tlen i substancje odżywcze. Stanowi bezpośrednio zagrożenie zdrowia i życia pacjenta i wymaga natychmiastowego podjęcia działań zmierzających do zastosowania odpowiedniego leczenia.

Udar mózgu jest najczęstszą przyczyną trwałej niepełnosprawności ludzi dorosłych na świecie i jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Aż

80% wszystkich udarów mózgu stanowią udary niedokrwienne – powodowane zamknięciem lub krytycznym zwężeniem tętnicy doprowadzającej tlen i substancje odżywcze do komórek nerwowych, co w konsekwencji prowadzi do ich obumierania. Pozostałe 20% udarów stanowią udary krwotoczne (potocznie nazywane wylewami) – krwawienia śródczaszkowe (wynaczynienie krwi z uszkodzonej tętnicy do mięszu mózgu) i krwotoki podpajęczynówkowe (najczęściej spowodowane pęknięciem tętniaka).

JAKA JEST SKALA ZJAWISKA?



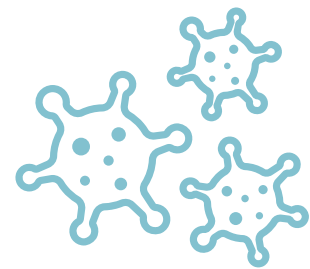
W Polsce co 6,5 minuty jedna osoba doznaje udaru mózgu, co daje ok. 80 000 przypadków rocznie, z czego 30 000 osób umiera. To trzecia, po chorobach serca i nowotworach, przyczyna śmierci i główna przyczyna trwałej niepełnosprawności wśród dorosłych.

Co drugi pacjent po przebytych udarze mózgu będzie osobą trwale niepełnosprawną (tym samym niesamodzielną), wymagającą pomocy w czynnościach codziennych,

a nawet (dotyczy do 15% pacjentów) opieki instytucjonalnej, 24-godzinnej.

Udar mózgu może dotyczyć każdego, bez względu na wiek czy płeć, choć statystycznie większy odsetek pacjentów w tej grupie stanowią mężczyźni i osoby starsze. Od pewnego czasu obserwuje się wzrastającą wykrywalność udarów mózgu w populacji ludzi młodych. W Stanach Zjednoczonych co dziesiąty pacjent z udarem mózgu nie skończył 45 lat.

JAKIE SĄ PRZYCZYNY WYSTĘPOWANIA?



W grupie największego ryzyka znajdują się osoby obciążone schorzeniami układu sercowo-naczyniowego tj.:

- nadciśnieniem tętniczym,
- chorobą niedokrwienną serca,
- miażdżycą tętnic,
- migotaniem przedsionków,
- cukrzycą.

Najczęstszym zaburzeniem rytmu serca jest migotanie przedsionków, odczuwane jako szybkie, nieregularne bicie serca i określane jako kołatanie lub palpacje serca. Migotanie przedsionków aż pięciokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu. W czasie migotania przedsionki kurczą się nieefektywnie, co powoduje ruch turbulentny krwi w obrębie przedsionka i tylko częściowe przedostawanie się krwi do komór. W takich warunkach

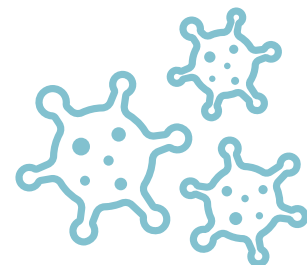
hemodynamicznych tworzą się w przedsionku skrzepliny. Jeśli taka skrzeplina wydostanie się z serca i znajdzie w krwiobiegu, może dotrzeć do mózgu, zablokować przepływ krwi w tętnicy i spowodować udar (niedokrwienie mózgu).

Prawdopodobieństwo wystąpienia udaru podnosi także szereg zaniechań związanych ze stylem życia: brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, niewłaściwa dieta. Zagrożenie udarem zwiększają również stres i depresja.

Prawdopodobieństwo wystąpienia udaru podnosi także szereg zaniechań związanych ze stylem życia: brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, niewłaściwa dieta. Zagrożenie udarem zwiększają również stres i depresja.



JAK ROZPOZNAĆ?



Podstawowe objawy udaru mózgu są charakterystyczne i łatwe do rozpoznania. To przede wszystkim:

- opadnięcie kącika ust po jednej stronie twarzy,
- osłabienie, niedowład ręki lub nogi,
- zaburzenia mowy – dotyczące zarówno artykulacji, jak i rozumienia,
- rozmazane widzenie.

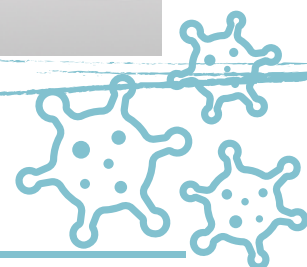
Udaru mózgu nie można przewidzieć. To „wróg”, który atakuje zniemacka i trzeba go rozbroić przez bezzwłoczne wezwanie pogotowia ratunkowego. Tylko szybko udzielona pomoc daje pacjentowi szansę na uniknięcie trwałej, złożonej niepełnosprawności i uratowanie życia. Kluczowe dla skutecznego leczenia

pacjentów z udarem mózgu jest wczesne rozpoznanie objawów mogących sugerować udar i natychmiastowe wezwanie pogotowia ratunkowego.

OBJAWY UDARU MÓZGU:

- ASYMETRIA TWARZY**
niedowład lub porażenie mięśni po jednej stronie twarzy (m.in. opadanie kącika ust)
- BEZWŁADNA RĘKA I/LUB NOGA**
utrata siły lub kontroli nad kończynami
- ZABURZENIA MOWY**
bezwładna, niezrozumiała mowa
- ZABURZENIA WIDZENIA**
rozmazane, nieostre widzenie

JAK REAGOWAĆ?



Pamiętajmy, że w skutecznym leczeniu udaru mózgu czas od wystąpienia objawów do zastosowania leczenia jest jednym z najważniejszych czynników determinujących powodzenie terapii. Tu liczy się refleks, a każda sekunda jest na wagę złota. Im szybciej chory trafi do szpitala dysponującego oddziałem udarowym, tym większe ma szansę na

zachowanie pełnej sprawności i przeżycie. Dlatego też zawsze, gdy zauważymy charakterystyczne objawy udaru mózgu u siebie bądź osoby z otoczenia, musimy jak najszybciej wezwać pogotowie ratunkowe, dzwoniąc pod numer 999 lub 112. Następnie, jeśli pacjent nie wymaga podjęcia czynności reanimacyjnych i swobodnie oddycha, powinniśmy

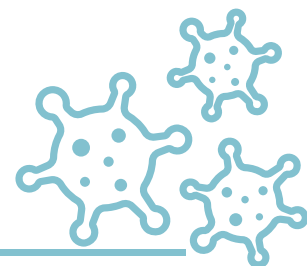
ułożyć go w pozycji bocznej ustalonej. To bezpieczna pozycja stosowana w trakcie udzielania pierwszej pomocy, którą każdy z nas powinien znać.

W obecnej sytuacji epidemicznej dyspozytor pogotowia ratunkowego podczas rozmowy telefonicznej może zadać

dodatkowe pytania związane z infekcją COVID-19, by ocenić, do którego szpitala chory powinien trafić. Jeśli istnieje podejrzenie, że chory może mieć infekcję COVID-19, będzie leczony na oddziale udarowym tzw. szpitala jednoimiennego, wyspecjalizowanego w hospitalizacji chorych zakażonych koronawirusem.



JAK ZAPOBIEGAĆ?



Naukowcy są zgodni co do tego, że konsekwentne stosowanie się do pięciu zasad zdrowego stylu życia pomogłoby wyeliminować połowę wszystkich udarów mózgu. Są to tzw. modyfikowalne czynniki ryzyka udaru, czyli:

- zaprzestanie palenia tytoniu,
- utrzymywanie prawidłowej masy ciała,
- unikanie alkoholu,
- regularna aktywność fizyczna (min. pół godziny dziennie umiarkowanej intensywnej aktywności fizycznej przez pięć dni w tygodniu),
- zdrowa dieta (przede wszystkim zmniejszenie spożycia soli, unikanie przetworzonej żywności, smażonych potraw, ograniczenie spożycia czerwonego mięsa, stosowanie diety śródziemnomorskiej).

W przypadku występujących już schorzeń sercowo-naczyniowych tj.: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków, cukrzyca, miażdżyca tętnic, wysoki poziom cholesterolu, ważne jest aby samodzielnie nie przerywać terapii i systematycznie przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza, a także regularnie, okresowo kontrować stan zdrowia. Taka ścieżka leczenia pomaga ustabilizować chorobę i mieć nad nią kontrolę – np. poprzez regularne stosowanie doustnych antykoagulantów

w terapii migotania przedsionków.

Systematyczne pomiary ciśnienia tętniczego (dedykowane aparaty, w dzisiejszych czasach w pełni automatyczne), a także puls (przy okazji pomiaru ciśnienia tętniczego lub samodzielnie - badając tętno na nadgarstku), pozwalają w sposób prosty i powtarzalny dokumentować funkcję układu krążenia i, w przypadku stwierdzenia nieregularności, skłaniają do wizyty u lekarza. Szybkie rozpoznanie choroby jest szansą na skuteczniejsze leczenie.

JAK ZMNIJSZYĆ RYZYKO UDARU MÓZGU?

KONTROLA CZYNNIKÓW RYZYKA I MODYFIKACJA STYLU ŻYCIA
#NIETRAĆSZANSYNAŻYCIE

- ŚCISŁA KONTROLA CIŚNIENIA TĘTNICZEGO**
Wartość graniczna <140/90 mmHg, zaś u chorych na cukrzycę dążymy do wartości <140/85 mmHg
- PROFILAKTYKA PRZECIWKRAZEPŁOWA**
Leczenie doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi w terapii migotania przedsionków, a także lekami przeciwkrzepliwymi (przeciwkrzepliwymi i przeciwplytkowymi) w różnego rodzaju trombofilach
- KONTROLA I UTRZYMYWANIE ODPOWIEDNIEJ WAGI CIAŁA**
Nadwagę rozpoznaje się, gdy wyliczony wskaźnik masy ciała (BMI, body mass index) wynosi $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, zaś otyłość gdy wynosi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- ODPOWIEDNIA DIETA**
Duże ilości warzyw i owoców, jedzenie ryb. Optymalna jest dieta śródziemnomorska. Ponadto - ograniczenie spożycia soli i czerwonego mięsa, unikanie przetworzonej żywności, suplementacja wit. D
- WDROŻENIE I UTRZYMYWANIE ZDROWEGO STYLU ŻYCIA**
Regularne podejmowanie aktywności fizycznej (pół godz. dziennie przez pięć dni w tyg.). Zaprzestanie palenia papierosów i spożywania alkoholu

NAJCZĘSTSZE ZABURZENIE RYTMU SERCA TO MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW

STWIERDZANE U 1-2% POPULACJI

#NIETRAĆSZANSYNAŻYCIE

MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW

odczuwane jest zwykle jako szybkie, nieregularne bicie serca (kołatanie lub palpacje serca)

pięciokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu

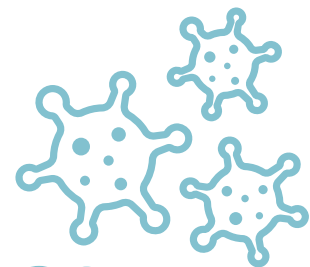
SPRAWDZAJ REGULARNIE SWOJE TĘTNO

jeżeli tętno wyczuwalne np. na tętnicy promieniowej jest nieregularne, niemiernowe - zgłoś się do lekarza

szybsze rozpoznanie choroby stwarza szansę na jej skuteczne leczenie

JAK MIERZYĆ SWOJE TĘTNO?





GDZIE ZNALEŹĆ POMOC?

Udar mózgu to nie wyrok – istnieją skuteczne metody leczenia przyczynowego, ale tylko pod pewnymi warunkami. Najważniejszy z nich to wczesne rozpoznanie objawów, wezwanie pogotowia ratunkowego i przyjęcie pacjenta do wyspecjalizowanego szpitalnego oddziału udarowego, gdzie możliwe będzie wdrożenie odpowiedniej terapii przyczynowej chroniącej przed trwałą złożoną niepełnosprawnością i ratującej życie.

W przypadku wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu (80% wszystkich udarów mózgu) wdrażana jest tzw. terapia przyczynowa w postaci leczenia trombolitycznego, które polega na dożylnym podaniu leku, którego zadaniem jest rozpuszczenie skrzepliny, która zablokowała dopływ krwi do mózgu. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest szybkie dotarcie pacjenta do szpitala, w tzw. „oknie terapeutycznym”, tj. do 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu.

Inną ze stosowanych metod leczenia przyczynowego udaru niedokrwiennego mózgu jest

trombektomia mechaniczna, która przeprowadzana jest zwykle przed upływem 6 godzin od wystąpienia pierwszych objawów i polega na mechanicznym usunięciu skrzepliny przy użyciu systemu dedykowanych cewników.

Po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu pacjent musi podjąć leczenie - zastosować profilaktykę wtórną, mającą na celu zminimalizowanie ryzyka kolejnego udaru. Profilaktyka polega na kontroli istniejących czynników ryzyka, np. zastosowaniu doustnych antykoagulantów (leków przeciwkrzepliwych) w terapii migotania przedsionków, leczeniu operacyjnym zmienionych miażdżycowo tętnic szyjnych, regularnych pomiarach glikemii (poziomu cukru we krwi) i terapii lekowej w leczeniu cukrzycy. Ponadto, absolutnie konieczna jest interwencja polegająca na zmianie stylu życia poprzez ingerencję w tzw. modyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu (brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, niewłaściwa dieta, stres i depresja). W tym czasie chory pozostaje pod stałą opieką lekarską.



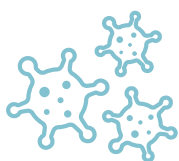
UDAR MÓZGU W DOBIE PANDEMII COVID-19

WYBRANE PYTANIA I ZAGADNIENIA Z KOMENTARZEM EKSPERCKIM

Pandemia COVID-19 wywołała potężny szum medialny, a wraz z nim ogromne społeczne poruszenie. Wiarygodna i rzetelna informacja medyczna stała się towarem deficytowym. Aby pomóc odnaleźć się w nowej dla wszystkich pandemicznej rzeczywistości, w ramach kampanii #NieTraćSzansyNaŻycie, stworzono możliwość kontaktu z Ekspertami

i skierowania zapytania na najbardziej nurtujące kwestie związane z udarem mózgu.

Efektom tej interakcji z Ekspertami jest powstały poniżej zestaw wybranych pytań i odpowiedzi, który stanowi dodatkowo, powstały w ramach kampanii, cenny materiał merytoryczny.



CZYM JEST UDAR MÓZGU? JAKIE SĄ JEGO OBJAWY?

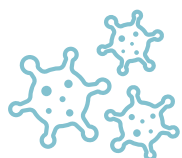
Udar mózgu możemy definiować jako zaburzenie funkcji mózgu (przejściowe lub utrwalone) wynikające z patologii naczyń doprowadzających tlen i substancje odżywcze. Stanowi bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia pacjenta i wymaga natychmiastowego podjęcia działań zmierzających do zastosowania odpowiedniego leczenia. W ciągu roku w Polsce około 80 tys. osób doznaje udaru mózgu, z czego 30 tys. umiera. Dane dotyczące zachorowalności, tj. liczby rejestrowanych nowych przypadków udaru mózgu, są na poziomie stałym, również w czasie trwania pandemii COVID-19.

Aż 80% wszystkich udarów mózgu stanowią udary niedokrwienne - powodowane zamknięciem lub krytycznym zwężeniem tętnicy doprowadzającej tlen i substancje odżywcze do komórek nerwowych, co



w konsekwencji prowadzi do ich obumierania. Pozostałe 20% udarów stanowią udarykrwotoczne (potocznie nazywane wylewami) - krwawienia śródczaszkowe (wynacznienie krwi z uszkodzonej tętnicy do mięszu mózgu) i krwotoki podpajęczynówkowe (najczęściej spowodowane pęknięciem tętniaka).

Objawy neurologiczne, jakie mogą wystąpić w efekcie zachorowania na udar mózgu, zależą m.in. od rozległości oraz lokalizacji uszkodzenia mózgu. Objawy tzw. „podstawowe”, charakterystyczne i łatwe do rozpoznania przez osoby niebędące pracownikami systemu ochrony zdrowia to m.in. opadnięcie kącika ust po jednej stronie twarzy (niekiedy z wyciekaniem płynu, śliny), osłabienie kończyny górnej, dolnej (gorsza sprawność ręki, utykanie), zaburzenia mowy (zarówno artykulacji, jak i rozumienia przekazywanych przez inne osoby treści), zaburzenia widzenia (chory może niedowidzieć fragmentu pola widzenia, obrazy mogą być rozmazane, widziane nieostro), zawroty głowy, czy zaburzenia równowagi. Również ostry ból głowy, zwłaszcza w kontekście udarów krwotocznych (potocznie - wylewy) stanowi istotny objaw patologii naczyń mózgowych.

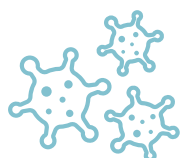


CZY STRES ZWIĄZANY Z KWARANTANNĄ ALBO EPIDEMIAŁ MOŻE MIEĆ KONSEKWENCJE ZDROWOTNE?

Stres i depresja stanowią modyfikowalne czynniki ryzyka zachorowania na udar mózgu. Lęk, jaki odczuwają pacjenci, a wiązany z możliwością zakażenia koronawirusem, może stwarzać ryzyko obawy przed zawiadomieniem pogotowia ratunkowego w sytuacji realnego zagrożenia zdrowia i życia - jak to ma miejsce przy zachorowaniu na udar mózgu. Kluczowe dla skutecznego leczenia pacjentów z udarem mózgu jest wczesne rozpoznanie objawów mogących sugerować udar, a dalej jak najszybszy transport pacjenta do szpitala dysponującego oddziałem udarowym. Każda minuta jest na wagę złota w myśl zasady „czas to mózg”. Również w kontekście leczenia przyczynowego udaru mózgu - możliwość wdrożenia leczenia trombolitycznego („rozpuszczanie” skrzepliny) obejmuje czas do 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu (tzw. „okno terapeutyczne”).

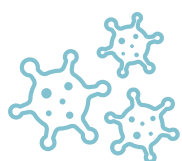


Szybka reakcja, wezwanie pogotowia ratunkowego, transport do szpitala i zastosowanie odpowiedniego leczenia to szansa dla pacjenta na zminimalizowanie następstw udaru mózgu, tj. zmniejszenie ryzyka trwałej niepełnosprawności, a nawet zgonu.



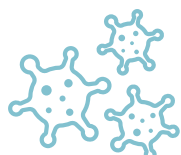
CO ROBIĆ W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA OBJAWÓW UDARU MÓZGU W DOBIE COVID-19?

Postępowanie w przypadku podejrzenia udaru mózgu w dobie pandemii COVID-19 nie różni się od podejścia „klasycznego”, tj. nakierowanego na szybkie rozpoznanie objawów sugerujących udar mózgu i wezwanie pogotowia ratunkowego (tel. 999 lub 112). Obecnie dyspozytor może zadać dodatkowe pytania związane z COVID-19, które pomogą w podjęciu decyzji, do którego szpitala chory powinien trafić. W leczeniu udaru mózgu liczy się czas – im szybciej chory trafi do szpitala dysponującego oddziałem udarowym tym ma większe szanse na otrzymanie odpowiedniego leczenia, przeżycie i zmniejszenie ryzyka trwałej niepełnosprawności.



CO POWINNA ZROBIĆ OSOBA PRZEBYWAJĄCA NA KWARANTANNIE GDYBY POJAWIŁY SIĘ U NIEJ OBJAWY UDARU MÓZGU? PRZEDZWONIĆ DO SANEPIDU? NFZ? NA POGOTOWIE? POJECHAĆ DO SZPITALA?

Należy reagować w sposób „klasyczny”. Postępowanie powinno być nakierowane na szybkie rozpoznanie objawów sugerujących udar mózgu i wezwanie pogotowia ratunkowego (tel. 999 lub 112). Pamiętajmy o zasadzie „czas to mózg”, każda minuta straty zmniejsza szansę na pozytywny efekt leczenia i zwiększa ryzyko trwałej niepełnosprawności (włącznie z ciężkim inwalidztwem), a nawet zgonu. Chory lub obserwator zdarzenia powinien wezwać pogotowie ratunkowe niezależnie od tego w jakim jest statusie epidemicznym, czy przebywa na kwarantannie, czy też jest zdrowy i nie wykazuje objawów infekcji lub ma rozpoznaną infekcję COVID-19 i przebywa w domu dlatego, że przebiega ona z niewielkimi objawami (lub bezobjawowo).

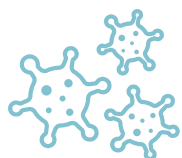


CZY JEŚLI DOZNAŁEM LEKKIEGO UDARU MÓZGU TO CZY MOGĘ ZOSTAĆ W DOMU, CZY MUSZĘ ZGŁOSIĆ SIĘ DO SZPITALA? TRWA EPIDEMIA, MOŻE PRZY LEKKIM UDARZE LEPIEJ ZOSTAĆ W DOMU ABY ZMINIMALIZOWAĆ RYZYKO ZARAŻENIA SIĘ KORONAWIRUSEM?

Szpitala, mimo trudnych warunków epidemiologicznych, pracują zapewniając ciągłość diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentami. Chory powinien, niezależnie od epidemii, w przypadku wystąpienia któregoś z tzw.

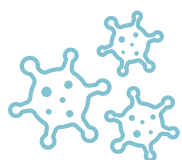
„podstawowych” objawów udaru wezwać pogotowie ratunkowe tak szybko, jak to tylko możliwe. Dyspozytor pogotowia weźmie pod uwagę sytuację epidemiczną. Każdy udar mózgu, bez względu na aktualne „nasilenie” objawów, stanowi stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Wymaga bezwzględnej hospitalizacji w warunkach oddziału udarowego.

Osobnego wyjaśnienia wymaga pojęcie „przemijającego ataku niedokrwienia”, tzw. TIA (ang. Transient Ischemic Attack), czyli stanu przejściowych zaburzeń funkcji mózgu (ustępujących zwykle w ciągu kilku-kilkunastu minut), bez ewidentnych cech uszkodzenia mózgu w badaniach neuroobrazowych. Stan taki jest szczególnie niebezpieczny, gdyż często przez pacjentów bagatelizowany (objawy ustąpiły, chory czuje się dobrze). Przemijający atak niedokrwienia świadczy o pewnej predyspozycji do udaru, który w istocie wystąpi u 7-12% takich pacjentów w ciągu roku, z czego u ponad połowy w ciągu 48 godz. Chorzy z TIA wymagają nie mniejszej uwagi niż pacjenci z udarem, gdyż podjęcie diagnostyki, wdrożenie profilaktyki i kontroli czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (migotanie przedsionków, miażdżycy tętnic, cukrzyca) może w tym wypadku uchronić pacjenta przed pierwszym incydentem udarowym.



MAM 68 LAT. W POŁOWIE 2016 R. DOZNAŁEM NIEDOKRWIENNEGO UDARU MÓZGU, CHORUJĘ RÓWNIEŻ NA MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW. CZY JESTEM W GRUPIE SZCZEGÓLNEGO ZAGROŻENIA ZAKAŻENIA WIRUSEM?

Dostępne dane naukowe dotyczące przebiegu infekcji COVID-19 wskazują, że w grupie pacjentów obciążonych czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (m.in. nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, migotanie przedsionków, przebyty udar mózgu), często z wyjściowo już obniżoną odpornością ustroju, przebieg choroby jest cięższy, a śmiertelność wyższa niż w grupie chorych bez tego typu obciążeń. Również wiek chorego stanowi niezależny rokowniczo czynnik wpływający na przebieg zakażenia, możliwe powikłania choroby, jak i efekt ostateczny leczenia.



CZY MOŻNA ZMNIJSZYĆ RYZYKO WYSTĄPIENIA UDARU MÓZGU?

Zdecydowanie tak. Ryzyko wystąpienia udaru mózgu możemy zmniejszyć poprzez modyfikację istniejących czynników ryzyka (tzw. czynniki modyfikowalne). Do najważniejszych czynników ryzyka udaru mózgu zaliczamy:

- Czynniki ryzyka niemodyfikowalne:
 - **wiek** (ponad 70% udarów w grupie pacjentów > 65 r.ż.)
 - **płeć** (ryzyko wystąpienia udaru mózgu jest 1,2 razy wyższe u mężczyzn do 75 r.ż., później wyższe w populacji kobiet)
 - uwarunkowania genetyczne (udary mózgu w rodzinie, dziedziczne choroby predysponujące do udaru mózgu)
- Czynniki ryzyka modyfikowalne:
 - **stres** – w warunkach przewlekłego stresu dochodzi do nadmiernej aktywacji osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, dysregulacji autonomicznego układu nerwowego (unerwiającego narządy wewnętrzne) z następczym niekontrolowanym wzrostem i zmiennością ciśnienia tętniczego krwi, a także zwiększeniem stężenia osocznego kortyzolu (hormon stresu, zwiększającego stężenie glukozy we krwi), ilości

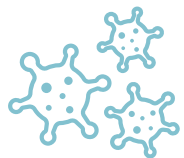


do mikrouszkodzeń wyściółki naczyń krwionośnych i następczego tworzenia blaszek miażdżycowych i upośledzenia przepływu krwi w ważnych życiowo obszarach. Mając na uwadze powyższe - należy stosować odpowiednie techniki relaksacyjne, podejmować regularną aktywność fizyczną, stosować higienę snu, a być może również skorzystać z pomocy psychologa lub lekarza psychiatry

- **nadciśnienie tętnicze** - najsilniejszy modyfikowalny czynnik ryzyka udaru mózgu, zwiększający ryzyko udaru nawet 9-krotnie. Istotne jest wczesne rozpoznanie (regularne pomiary ciśnienia tętniczego w warunkach domowych!), a także odpowiednio dobrana terapia (duża potrzeba indywidualizacji, regularnej oceny, również - w kontekście epidemii COVID-19 - w warunkach teleporady). Bardzo istotne jest, aby nie przerywać leczenia i zachować ciągłość terapii
- **migotanie przedsionków** - zwiększa ryzyko udaru pięciokrotnie, jest przyczyną tzw. udarów sercowo-zatorowych, tj. gdy skrzeplina powstająca w jamie przedsionka (wskutek zaburzeń hemodynamicznych towarzyszących migotaniu) zostaje „wyrzucona” z serca i z prądem krwi dociera do naczyń mózgu powodując ich zamknięcie. Aby zapobiec opisanej sytuacji stosujemy m.in. leczenie doustnymi antykoagulantami (leki przeciwkrzepliwe), jak również inne metody - np. kardiowersja elektryczna (próba przywrócenia „normalnego” rytmu serca). Bardzo istotne jest, aby nie przerywać leczenia i zachować ciągłość terapii
- **palenie tytoniu** - stanowi najpoważniejszy czynnik ryzyka rozwoju zmian miażdżycowych w naczyniach. Nawet kilka papierosów wypalanych dziennie zwiększa ryzyko udaru mózgu dlatego należy zaprzestać całkowicie palenia papierosów
- **nadużywanie alkoholu** - powoduje wzrost ryzyka zarówno udaru niedokrwienego, jak i krwotocznego (tzw. wylewu) otyłość - należy utrzymywać masę ciała na odpowiednim poziomie, tj. zgodnie ze wskaźnikiem BMI pomiędzy 18,5 a 24,9
- **nieprawidłowa dieta** - należy podjąć następujące działania zmierzające do zmiany nawyków żywieniowych - ważne jest spożywanie dużych ilości warzyw i owoców oraz jedzenie ryb co najmniej raz w miesiącu, ograniczenie soli w diecie, w miarę możliwości preferowana jest dieta śródziemnomorska

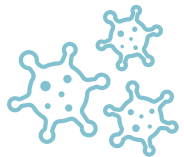


- **mała aktywność fizyczna** - co prawda w obecnej sytuacji są zalecenia pozostania w domu ale należy pamiętać, że można uprawiać sport w warunkach domowych
- **zaburzenia gospodarki lipidowej** - podstawowym warunkiem skutecznego leczenia zaburzeń lipidowych jest przede wszystkim zmiana stylu życia, tj. właściwa dieta, zmniejszenie masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia papierosów
- **cukrzyca** - zwiększa ryzyko udaru mózgu nawet trzykrotnie. Osoby z cukrzycą są wybitnie narażone na rozwój miażdżycy tętnic oraz współwystępowanie innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (nadciśnienie tętnicze, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej). Wskazane (i wydaje się, że kluczowe dla odpowiedniej kontroli choroby) jest ściśle kontrolowanie cukrzycy poprzez regularne pomiary glikemii (poziomu cukru we krwi), stosowanie się do zaleceń lekarza i odbywanie częstych kontroli (również w warunkach teleporady).



CZY OSOBA, KTÓRA PRZESZŁA INFEKCJĘ COVID-19 JEST BARDZIEJ NARAŻONA NA UDAR MÓZGU?

Aktualnie nie dysponujemy danymi naukowymi, które wskazywałyby na większą zachorowalność na udar mózgu w grupie pacjentów, którzy przechorowali infekcję COVID-19 w sposób objawowy lub bezobjawowo.

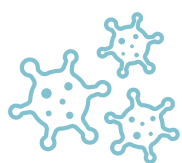


JAK INFEKCJA COVID-19 WPŁYWA NA RYZYKO WYSTĄPIENIA CHORÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH?

Na podstawie dostępnych danych można stwierdzić, że w toku infekcji COVID-19 w grupie najciężej chorych mogą wystąpić objawy niewydolności oddechowej (zapalenie płuc, a w skrajnych przypadkach tzw. ARDS - zespół ostrej niewydolności oddechowej), niekiedy z objawami ostrej niewydolności nerek, zaburzeniami rytmu pracy serca i tendencją do niskich wartości ciśnienia tętniczego (tzw. wstrząs septyczny, tj. powodowany stanem zapalnym jako odpowiedzią na ogólnoustrojową infekcję). Warto odnotować, że tak jak każda infekcja dotycząca populacji ludzi starszych > 65 r.ż., infekcja powodowana koronawirusem SARS-CoV-2 może potencjalnie zaostrzyć przebieg chorób



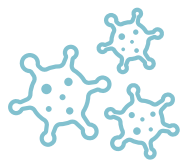
przewlekłych (w tym migotania przedsionków) i w efekcie doprowadzić do groźnych powikłań, włącznie z udarem mózgu.



CZY OSOBA, KTÓRA PRZESZŁA INFEKCJĘ COVID-19 I DOZNAŁA UDARU MÓZGU POWINNA BYĆ LECZONA INACZEJ ANIŻELI TA, KTÓRA INFEKCJI NIE PRZESZŁA?

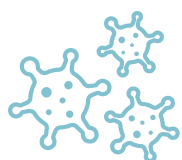
W kontekście tzw. „ozdrowieńców” i wystąpienia udaru mózgu - postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne winno przebiegać w sposób „klasyczny”, tj. zawsze powinno być nakierowane na szybkie rozpoznanie objawów sugerujących udar mózgu i wezwanie pogotowia ratunkowego (tel. 999 lub 112).

W przypadku pacjentów z rozpoznaną chorobą COVID-19, którzy w trakcie trwania infekcji zachorują na udar mózgu, postępowanie zależy m.in. od rozległości udaru mózgu (tzn. w jakim stopniu udar upośledza funkcjonowanie pacjenta), a także stopnia nasilenia objawów infekcji (pacjent bezobjawowy, skąpoobjawowy, hospitalizowany z powodu ciężkiego zapalenia płuc).



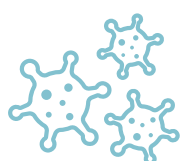
CZY COVID-19 MOŻE POWODOWAĆ UDAR MÓZGU?

Dostępne dane epidemiologiczne stanowią, że u 5,9% pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 wystąpił udar mózgu. Warto podkreślić, że w tej grupie znajdowali się pacjenci już wyjściowo mający klasyczne czynniki ryzyka zachorowania na udar mózgu, tj. starszy wiek, choroby sercowo-naczyniowe (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, miażdżyca tętnic, migotanie przedsionków), a także (w kontekście infekcji COVID-19) chorujący na zapalenie płuc. Dodatkowo pamiętajmy, że każda infekcja, nie tylko powodowana koronawirusem, u osób predysponowanych zwiększa ryzyko udaru mózgu, ponieważ wzmacnia tendencje prozakrzepowe (czyli predysponuje do nadmiernego tworzenia zakrzepów blokujących przepływ krwi, w tym do mózgu).



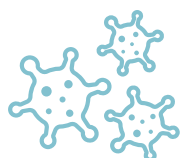
CO ŁĄCZY COVID-19 Z UDAREM MÓZGU?

Każda infekcja, nie tylko powodowana koronawirusem, u osób predysponowanych zwiększa ryzyko udaru mózgu. Ogólnoustrojowy stan zapalny wywołany przez wirusa wyzwała u osób predysponowanych, obciążonych wieloma czynnikami ryzyka (główna grupa pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19), tendencje prozakrzepowe (tzw. koagulopatia związana z COVID-19 - czyli predyspozycja do nadmiernego tworzenia zakrzepów w świetle naczyń krwionośnych).



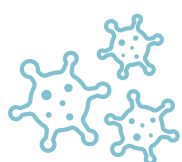
STRACIŁEM RÓWNOWAGĘ I PRZEZ KILKA MINUT WIDZIAŁEM NIEWYRAŹNIE, ALE TE OBJAWY JUŻ MINĘŁY. CZY TO MÓGŁ BYĆ UDAR? CZY SZUKAĆ POMOCY I GDZIE, SKORO JUŻ NIE MAM TYCH OBJAWÓW?

Wymienione objawy – zaburzenia równowagi (również zawroty głowy), a także niewyraźne widzenie mogą wynikać z uszkodzenia, bądź „czasowej” dysfunkcji układu nerwowego. W wymienionym przypadku (zwłaszcza przy współistnieniu czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, tj. nadciśnienia tętniczego, migotania przedsionków, cukrzycy, itp.) zawsze należy brać pod uwagę incydent przemijającego ataku niedokrwienia, tzw. TIA (ang. Transient Ischemic Attack). Stan taki charakteryzuje się „odwracalnością objawów”, które trwają zwykle kilka-kilkanaście minut i nie skutkują uszkodzeniem mózgu w badaniach neuroobrazowych. Pomimo tej odwracalności i braku „dowodów” neuroobrazowych na uszkodzenie tkanki nerwowej, stan ten jest szczególnie niebezpieczny, gdyż stanowi o predyspozycji do zachorowania na udar mózgu. Konieczne jest pilne wdrożenie działań diagnostyczno-terapeutycznych, zastosowanie odpowiedniej profilaktyki i modyfikacja istniejących czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Reasumując, pacjent z wymienionymi objawami, nawet jeśli trwały kilka-kilkanaście minut, a następnie całkowicie wycofały się, powinien zgłosić się do lekarza, najlepiej neurologa.



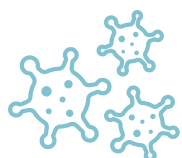
MAM MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW. CZY RZECZYWIŚCIE MOGĘ MIEĆ Z TEGO POWODU UDAR MÓZGU? CO MOGĘ ZROBIĆ, ŻEBY NIE ZACHOROWAĆ NA UDAR?

Bezpośrednią przyczyną ponad 20% udarów niedokrwiennych mózgu jest zatorowość sercowo-tętnicza, czyli sytuacja, gdy skrzeplina „wyrzucona” z jam serca dociera z prądem krwi do naczyń mózgowych powodując ich zamknięcie. Takie skrzepliny najczęściej tworzą się u pacjentów z migotaniem przedsionków (wskutek zaburzeń hemodynamicznych towarzyszących migotaniu), które zwiększa ryzyko udaru pięciokrotnie. Aby zminimalizować ryzyko udaru mózgu w przypadku migotania przedsionków, konieczne jest podjęcie leczenia tzw. doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi (leki klasyczne - tzw. antagoniści witaminy K, tj. Warfaryna, Acenokumarol, a także nowe, doustne antykoagulanty niebędące antagonistami witaminy K, tj. Rywaroksaban, Dabigatran, Apiksaban). Terapia doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi u chorych z migotaniem przedsionków zmniejsza ryzyko udaru mózgu, a zatem redukuje ryzyko trwałej niepełnosprawności, o ponad 80%.



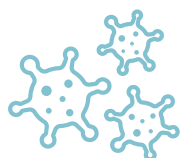
JESTEM PO UDARZE. LEKARZ PRZEPISAŁ MI LEKI PRZECIWKRZEPLIWE I CAŁY CZAS JE BIORĘ, ALE CZUJĘ SIĘ JUŻ DOBRZE. CZY MOGĘ PRZESTAĆ JE BRAĆ?

Istotne jest ustalenie przyczyny, dla której taka terapia została zastosowana. W przypadku chorych, u których w toku diagnostyki przyczyn udaru niedokrwiennego mózgu, rozpoznano migotanie przedsionków i wdrożono leczenie doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi przerywanie terapii jest przeciwwskazane, nawet pomimo braku subiektywnych objawów choroby. Terapia lekami przeciwkrzepliwymi u chorych z migotaniem przedsionków istotnie redukuje ryzyko zachorowania na udar mózgu (szacunkowo nawet o 80%). Bardzo ważne jest regularne stosowanie leków (i kontrole wartości INR w przypadku stosowania doustnych leków przeciwkrzepliwych będących antagonistami witaminy K) a przez cały czas trwania terapii, wizyty kontrolne u kardiologa i neurologa.



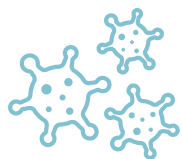
W OSTATNICH BADANIACH WYSZEDŁ MI WYSOKI CHOLESTEROL - CZY JESTEM BARDZIEJ NARAŻONA NA UDAR?

Zaburzenia gospodarki lipidowej - wysokie stężenie cholesterolu całkowitego, zwłaszcza LDL, trójglicerydów, a także niskie stężenie cholesterolu HDL, są czynnikami ryzyka rozwoju miażdżycy tętnic. Rozwój blaszki miażdżycowej w świetle naczynia powoduje postępujące zwężenie jego światła, ograniczenie przepływu krwi, a w końcu zamknięcie tętnicy doprowadzającej tlen i substancje odżywcze do komórek nerwowych. Miażdżycy dużych tętnic doprowadzających krew do mózgu odpowiada za 30-40% udarów niedokrwiennych.



JESTEM PALACZEM I ZDAJĘ SOBIE SPRAWĘ, ŻE JESTEM BARDZIEJ PODATNY NA CHOROBY PŁUC, ALE OSTATNIO SŁYSZAŁEM, ŻE RÓWNIEŻ NA UDAR - CZY TAK JEST FAKTYCZNIE I DLACZEGO PALENIE PAPIEROSÓW MA NA TO WPŁYW?

Palenie tytoniu stanowi najpoważniejszy czynnik ryzyka rozwoju zmian miażdżycowych w naczyniach tętniczych doprowadzających krew do mózgu. Zawarte w dymie tytoniowym substancje powodują uszkodzenie i utratę funkcji przez komórki tzw. śródbłonna naczyniowego (jest to cieniutka warstwa komórek wyściełających wnętrze naczynia krwionośnego), stan zapalny ściany naczynia, a także wywołuje tendencje prozakrzepowe (zwiększenie lepkości krwi, aktywacja krążących płytek krwi i czynników krzepnięcia). Szacuje się, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko udaru mózgu nawet 4-krotnie.



CZY UDAR POWODUJE STAŁE USZKODZENIE MÓZGU? CZY DOTYCZY JAKIEJŚ KONKRETNEJ CZĘŚCI W MÓZGU?

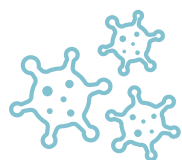
Komórki nerwowe są niezwykle wrażliwe na niedostatek tlenu i substancji odżywczych dostarczanych do mózgu przez naczynia tętnicze. Już po kilku minutach od ustania mózgowego przepływu krwi (na przykład wskutek zamknięcia naczynia przez skrzeplinę, jak w migotaniu przedsionków)



rozpoczynają się procesy prowadzące do utraty funkcji bioelektrycznej, zmniejszenia, a następnie ustania pobudliwości neuronu, a w końcu utraty integralności błony komórkowej i rozpadu komórki nerwowej.

Opisane wyżej procesy są niestety nieodwracalne: tkanka nerwowa nie ma właściwości regeneracji, tzn. komórki, które ulegną martwicy nie będą odtworzone, co – w zależności od lokalizacji uszkodzenia – będzie skutkowało określonym ubytkiem funkcji neurologicznych. Stopień tego ubytku – a w praktyce, stopień niepełnosprawności poudarowej – zależy od rozległości uszkodzenia, a także od tego, czy zostało podjęte leczenie specyficzne udaru mózgu – leczenie trombolityczne, polegające na dożylnym podaniu leku, którego zadaniem jest rozpuszczenie skrzepliny, która zablokowała dopływ krwi do mózgu, a także trombektomii mechanicznej, która polega na mechanicznym usunięciu skrzepliny przy użyciu systemu dedykowanych cewników.

Uszkodzenie mózgu powodowane udarem może dotyczyć praktycznie każdego obszaru, co wynika ze skomplikowanego unaczynienia ludzkiego mózgowia, bardzo licznych wariantów anatomicznych tegoż, a także różnych, odmiennych mechanizmów uszkodzenia (nieco inne obszary ulegną uszkodzeniu w udarze spowodowanym migotaniem przedsionków, a inne w udarze spowodowanym w głównej mierze miażdżycą tętnic).



CZY PO UDARZE MOŻNA CAŁKOWICIE WRÓCIĆ DO ZDROWIA - A JEŚLI TAK TO JAK SZYBKO? JAK WYGLĄDA REHABILITACJA CHORYCH PO UDARZE MÓZGU?

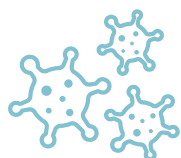
Skala ubytku funkcji neurologicznych, korespondująca ze stopniem niepełnosprawności poudarowej, zależy od rozległości uszkodzenia, a także od tego, czy zostało podjęte leczenie specyficzne udaru mózgu w pierwszych godzinach od wystąpienia udaru mózgu.

Proces odzyskiwania sprawności jest skomplikowany i dalece indywidualizowany, związany z prowadzeniem wielotorowej terapii



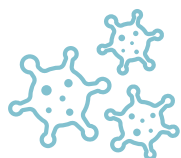
usprawniającej – ruchowej, neurologopedycznej, behawioralnej – dostosowanej do ubytku określonego rodzaju funkcji, czy to trudności w poruszaniu się, gorszej sprawności ręki, trudności z mówieniem, czy połykaniem.

Celem prowadzonej terapii jest uzyskanie takiego stanu sprawności funkcjonalnej, aby chory po przebytym udarze mózgu mógł wrócić do pełnienia funkcji społecznych, zawodowych sprzed zachorowania i pozostawał osobą samodzielną.



PONOĆ NADCIŚNIENIE ZWIĘKSZA RYZYKO UDARU, ALE JAK BIORĘ STAŁE LEKI NA NADCIŚNIENIE, TO ROZUMIEM, ŻE NIE DOTYCZY MNIE TO RYZYKO?

Nadciśnienie tętnicze jest najsilniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka udaru mózgu, zwiększającym ryzyko udaru nawet 9-krotnie. Kluczowe dla odpowiedniego leczenia jest wczesne rozpoznanie choroby (regularne pomiary ciśnienia tętniczego w warunkach domowych!), a także odpowiednio, indywidualnie dobrana terapia. Czas odgrywa tu bardzo ważną rolę: optymalnie należy rozpocząć terapię jeszcze przed wystąpieniem tzw. powikłań narządowych, tj. uszkodzenia mięśnia sercowego, pogorszenia wydolności nerek, rozwoju miażdżycy tętnic (stąd, w przypadku pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym konieczność regularnej, wielodyscyplinarnej oceny pod kątem powyższych patologii). Bardzo istotna jest ciągłość terapii - dotyczy to w zasadzie wszystkich chorób przewlekłych, nie tylko nadciśnienia tętniczego, ale i cukrzycy, czy migotania przedsionków.

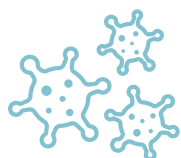


PÓŁ ROKU TEMU MIAŁEM UDAR. CZUJĘ SIĘ JUŻ CAŁKIEM DOBRZE, ALE ZASTANAWIAM SIĘ CZY JESZCZE RAZ MOGĘ TEŻ MIEĆ UDAR? CZY TERAZ JAK SIĘ LECZĘ PO UDARZE TO MI SIĘ NIE PRZYTRAFI PONOWNIE?

Ryzyko kolejnego udaru niedokrwiennego mózgu wynosi 10-12% w pierwszym roku i 20-30% w ciągu pięciu lat od przebytego incydentu. Bardzo istotne jest, aby to ryzyko zminimalizować poprzez skuteczną profilaktykę wtórną - kontrolę



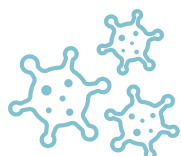
istniejących czynników ryzyka, np. zastosowanie doustnych antykoagulantów (leków przeciwkrzepliwych) w terapii migotania przedsionków, leczenie operacyjne zmienionych miażdżycowo tętnic szyjnych, regularne pomiary glikemii (poziomu cukru we krwi) i terapię lekową w cukrzycy. Ponadto, nie mniej istotna jest ingerencja w zmianę stylu życia - podjęcie aktywności fizycznej, redukcja masy ciała, zaprzestanie palenia papierosów, ograniczenie spożycia alkoholu, wdrożenie zaleceń dietetycznych, czy przeciwdziałanie skutkom nadmiernego stresu.



MAM 35 LAT I JESTEM OSOBĄ OTYŁĄ. ZNAJOMY TWIERDZI, ŻE MOGĘ MIEĆ UDAR, ALE PRZECIEŻ TA CHOROBA DOTYCZY OSÓB STARSZYCH. CZY JAK MAM 35 LAT TO FAKTYCZNIE MOGĘ MIEĆ UDAR MÓZGU ZE WZGLĘDU NA OTYŁOŚĆ?

Zarówno nadwaga, otyłość, jak i zaburzenia gospodarki lipidowej (wysokie stężenie cholesterolu całkowitego, zwłaszcza LDL, trójglicerydów, a także niskie stężenie cholesterolu HDL) stanowią istotne czynniki ryzyka zachorowania na udar mózgu. Otyłość, wysokie stężenie cholesterolu są czynnikami ryzyka rozwoju miażdżycy, która w sposób postępujący ogranicza przepływ krwi, a w końcu może spowodować zamknięcie tętnicy doprowadzającej tlen i substancje odżywcze do ważnych życiowo obszarów, jak mózg.

Błędne jest założenie, że udar mózgu dotyczy osób starszych, gdyż 10% udarów mózgu dotyczy populacji poniżej 45 roku życia. Jeżeli u osoby „młodej”, występują czynniki ryzyka zachorowania na udar mózgu, należy jak najszybciej podjąć interwencję terapeutyczną, gdyż może to uchronić pacjenta przed pierwszym incydentem i niepełnosprawnością poudarową.

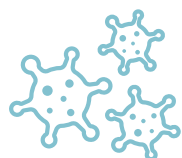


CZY JAK MA SIĘ UDAR TO TRZEBA UDAĆ SIĘ DO JAKIEGOŚ SPECJALNEGO SZPITALA, CZY WSZYSTKIE SZPITALY LECZĄ UDAR?

Nie wszystkie szpitale dysponują oddziałem udarowym. Postępowanie w przypadku podejrzenia udaru mózgu winno być nakierowane na szybkie rozpoznanie objawów sugerujących udar mózgu (patrz: zakładki niniejszej strony internetowej) i wezwanie pogotowia ratunkowego (tel. 999 lub 112).

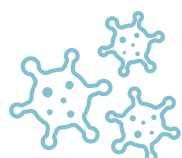


Dyspozytor pogotowia ratunkowego zbierze podstawowy wywiad i podejmie decyzję, do którego szpitala chory powinien trafić. Zgodnie z przyjętymi zasadami leczenia pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu, chory z podejrzeniem zachorowania powinien trafić w możliwie najkrótszym czasie do najbliższego oddziału udarowego. Bardzo ważne jest uświadomienie sobie, osobom bliskim, że w leczeniu udaru mózgu, strata każdej minuty do wezwania pogotowia ratunkowego oznacza zmniejszenie szansy pacjenta na uniknięcie ciężkiej, trwałej niepełnosprawności.



W BADANIU DOPPLERA WYSZŁO MI ZWĘŻENIE TĘTNIC SZYJNYCH - CZY TO FAKTYCZNIE OZNACZA, ŻE JESTEM BARDZIEJ NARAŻONA NA UDAR?

Miażdżycza tętnic szyjnych stanowi samodzielny czynnik ryzyka udaru mózgu. Czynniki predysponujące do rozwoju miażdżycy to wiek, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, palenie papierosów i cukrzyca. W kontekście rokowania istotne jest w jakim stopniu, tzn. w jakim procencie tętnica szyjna jest zwężona, a także czy występowały „objawowe” incydenty ostrych zaburzeń krążenia mózgowego, wynikające z choroby danej tętnicy (innymi słowy, czy w wywiadzie chorobowym znajdujemy przebyty incydent udarowy bądź przemijającego ataku niedokrwienia, TIA). Na podstawie powyższych, w łącznie z innymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego, lekarz(neurolog, kardiolog, chirurg naczyniowy) podejmuje decyzję o sposobie leczenia - zachowawczym (farmakoterapia - leki przeciwplatekcyjne i statyny) lub inwazyjnym (endarterektomia lub stentowanie tętnicy szyjnej).



MOJA MAMA MIAŁA UDAR, ALE JEST JESZCZE PRZED EMERYTURĄ - CZY BĘDZIE MOGŁA WRÓCIĆ DO PRACY, CZY PO UDARZE ZUPEŁNIE NIE BĘDZIE DO TEGO ZDOLNA?

Stopień niepełnosprawności poudarowej zależy między innymi od rozległości uszkodzenia, a także od tego, czy zostało podjęte leczenie specyficzne udaru mózgu w pierwszych godzinach od wystąpienia udaru mózgu. Na tak

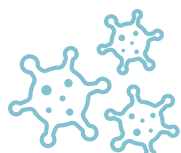


postawione pytanie trudno odpowiedzieć w sposób kategoriyczny - dużo zależy od aktualnego stopnia sprawności funkcjonalnej pacjenta (służą do tego specjalne skale, np. zmodyfikowana skala sprawności Rankina) - tj. w jakim stopniu pacjent jest w stanie zadbać o siebie, załatwić wszystkie swoje sprawy, podjąć na nowo funkcje społeczne, zawodowe, które pełnił przed zachorowaniem na udar mózgu.

Każdy deficyt wynikający z uszkodzenia mózgu w przebiegu udaru wymaga podjęcia leczenia usprawniającego, niekiedy wielodyscyplinarnego (rehabilitacja ruchowa, terapia neurologopedyczna, behawioralna), trwającego dni, tygodnie, a nawet miesiące.

Istotny jest również charakter wykonywanej dotychczas pracy i aktualne możliwości pacjenta w kontekście sprostania zadaniom z tejże pracy wynikającym. Sam przebyty incydent ostrego niedokrwienia mózgowia nie stanowi bezwzględnie przeciwwskazania do podejmowania pracy. Jednakże - każdorazowo taki chory wymaga indywidualnej oceny aktualnego stanu neurologicznego i sprawności funkcjonalnej w korelacji z realną oceną możliwości podjęcia na nowo dotychczasowej aktywności zawodowej.

Celem prowadzonej terapii jest uzyskanie takiego stanu sprawności funkcjonalnej, aby chory po przebytych udarze mózgu mógł wrócić do pełnienia funkcji społecznych, zawodowych sprzed zachorowania i pozostawał osobą samodzielną.



PRZYJMUJE WARFARYNĘ I MUSZĘ STAWIAĆ SIĘ W LABORATORIUM NA POMIAR INR. BOJĘ SIĘ. CZY JEST JAKĄS ALTERNATYWA?

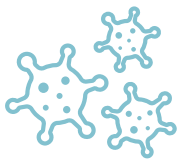
Niezwykle istotne jest ustalenie przyczyny, dla której zdecydowano o konieczności włączenia terapii przeciwkrzepliwej, w tym wypadku w postaci warfaryny (lek klasyczny, tzw. antagonistą witaminy K).

W kontekście migotania przedsionków o etiologii niezastawkowej (najczęstsza postać), konieczne jest podjęcie leczenia tzw. doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi w postaci jak powyżej, tj. leki klasyczne lub alternatywnie:



podjęcie terapii tzw. nowymi antykoagulantami niebędącymi antagonistami witaminy K (NOAC) - w tej grupie wyróżniamy kilka substancji czynnych - Rywaroksaban, Dabigatran, Apiksaban. Wdrożenie terapii w postaci NOAC zmniejsza ryzyko udaru mózgu, a zatem redukuje ryzyko trwałej niepełnosprawności, o ponad 80%. Co więcej, zastosowanie tzw. nowych antykoagulantów (NOAC) nie wiąże się z koniecznością regularnego monitorowania aktywności leku we krwi, tj. nie wymaga wizyt w laboratorium w celu pomiaru parametru układu krzepnięcia INR.

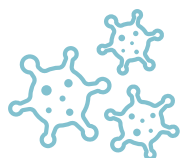
CZY JEŚLI JA BĄDŹ KTOŚ Z MOICH BLISKICH TRAFI NA SOR Z OBJAWAMI UDARU, NIE BĘDZIE MUSIAŁ PRZEJŚĆ CZASOCHŁONNEJ PROCEDURY WERYFIKACJI POD KĄTEM EWENTUALNEGO ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM? CZY ISTNIEJE OBECNIE JAKAŚ PROCEDURA W SZPITALNYCH ODDZIAŁACH UDAROWYCH, KTÓRA NADAJE PIERWSZEŃSTWO W UDZIELANIU POMOCY TAKIM PACJENTOM?



Udar mózgu jest stanem nagłego i bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Postępujemy w myśl zasady - czas to mózg lub inaczej: strata czasu to strata mózgu – priorytetem jest szybkie rozpoznanie objawów sugerujących udar mózgu, wezwanie pogotowia ratunkowego i transport pacjenta do szpitala dysponującego oddziałem udarowym.

W dobie pandemii COVID-19 systemy ratownictwa medycznego i szpitalnych oddziałów ratunkowych wypracowały odpowiednie schematy postępowania, aby zminimalizować ryzyko zakażenia innych pacjentów oraz personelu medycznego. Wykonuje się szybkie testy wykrywające materiał genetyczny koronawirusa SARS-CoV-2 metodą PCR, których wynik dostępny jest w ciągu kilkudziesięciu minut, zaś pracownicy medyczni są wyposażeni w środki ochrony indywidualnej, które minimalizują ryzyko zakażenia.

Należy podkreślić - w związku z realnym, istotnym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjenta - diagnostyka i leczenie udaru mózgu odbywają się równolegle z badaniami w kierunku ew. zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. W związku z tym, w mocy pozostaje zasada „czas to mózg”.



JAKIŚ CZAS TEMU LEKARZ NEUROLOG STWIERDZIŁ U MNIE MIGRENY Z AURĄ. KIEDY CZYTAM O PRZEMIJAJĄCYM ATAKU NIEDOKRWIENNYM OBJAWY SĄ NIEMAL IDENTYCZNE. CZY W TAKIEJ SYTUACJI PROFILAKTYCZNIE POWINIENEM STOSOWAĆ LEKI PRZECIWZAKRZEPOWE?

Należy uporządkować pewne istotne klinicznie informacje. Typowo rozwój aury migrenowej to odcinek czasu ok. 5-20 min, zaś całkowity czas trwania zjawisk opisywanych wspólnie jako aura to ≤ 60 min. Wśród typowych objawów aury migrenowej wymienia się: jednoimienne zaburzenia widzenia, zaburzenia czucia, objawy językowe (trudności z mówieniem, rozumieniem mowy).

Tzw. „udar migrenowy” to atak migreny z aurą, która trwa > 60 min, zaś w neuroobrazowaniu (badanie MRI wykonane w trakcie ataku) stwierdza się cechy ostrego uszkodzenia mózgowia w obszarze istotnym klinicznie.

Na podstawie dostępnych danych naukowych, przeprowadzonych analiz danych, uważa się że migrena z aurą wiąże się z niewielkim wzrostem ryzyka zachorowania na udar mózgu, jednak są to wartości nieistotne statystycznie.

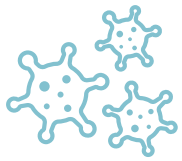
W tym miejscu warto zwrócić uwagę w sposób szczególny na populację kobiet chorujących na migrenę z aurą, u których dodatkowe, współistniejące czynniki ryzyka udaru mózgu, jak palenie papierosów, doustne środki antykoncepcyjne zawierające estrogeny, wiek < 45 r.ż., mogą zwiększać to ryzyko.

Odpowiadając na pytanie - objawy aury migrenowej mogą „przypominać” te występujące w trakcie incydentu przemijającego ataku niedokrwienia lub udaru mózgu. Kryterium różnicującym jest, w przypadku aury migrenowej, pełen kontekst kliniczny przytoczony powyżej (czas trwania, ból głowy, powtarzalność). Jednakże, należy zachować czujność, gdyż wystąpienie „innego” niż dotychczas rodzaju aury, przedłużająca się aura > 60 min mogą stanowić swoiste objawy alarmowe wymagające wizyty na oddziale ratunkowym.

W związku z tym nie ma wskazań do profilaktycznego stosowania leków przeciwzakrzepowych, o ile nie istnieją inne, dodatkowe wskazania.

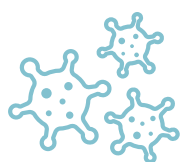


W WIEKU 39 MIAŁAM UDAR NIEDOKRWIENNY. W WYPISIE ZE SZPITALA NAPISALI „ZAWAŁ MÓZGU WYWOŁANY SKRZEPEM Z TĘNIC MÓZGOWYCH”. WSZYSTKIE BADANIA WYSZŁY DOBRZE. W BADANIU KARDIOLOGICZNYM WPISALI „NIEPRAWIDŁOWOŚCI LEWEGO PRZEDSIONKA”. CZY TO MOGŁO BYĆ PRZYCZYNĄ MOJEGO UDARU? CO TO W OGÓLE ZNACZY? CZY MAM JAKĄŚ MIAŻDŻYCĘ W MÓZGU ŻE TAM BYŁ SKRZEP? PROSZĘ O RADĘ CO DALEJ ROBIĆ - JAKIE BADANIA? Z UDARU WYSZŁAM PRAKTYCZNIE BEZ SZWANKU.



Według różnych szacunków udary mózgu o nieustalonej etiologii (tzn. takie nie udało się ustalić przyczyny zachorowania – np. miażdżyca dużych tętnic doprowadzających krew do mózgu, migotanie przedsionków, choroba małych naczyń mózgowych – pomimo wykonanej pełnej diagnostyki zalecanej każdorazowo w przypadku hospitalizacji pacjenta z udarem mózgu) stanowią ok. 20-40% z puli wszystkich udarów mózgu. W związku z młodym wiekiem zachorowania – 39 r.ż., w sposób szczególny należy skoncentrować diagnostykę na tzw. „rzadkich przyczynach udaru mózgu” - np. choroby prowadzące do nadkrzepliwości (wrodzone - tzw. trombofilie, a także nabyte), choroby tkanki łącznej (w tym rozwarstwienia tętnic), nieprawidłowe połączenia w jamach serca, inne. Każdy przypadek udaru mózgu w populacji pacjentów < 45 r.ż. jest traktowany wysoce indywidualnie, wymaga niekiedy wielomiesięcznej/letniej obserwacji, powtarzania pewnych badań laboratoryjnych, wizyt kontrolnych, nawet pomimo ustąpienia wszelkich objawów udaru.

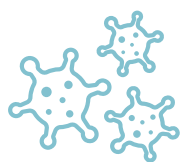
Termin „nieprawidłowości lewego przedsionka” jest na tyle szeroki, że wymaga niewątpliwie wyjaśnienia natury nieprawidłowości z lekarzem prowadzącym, być może również kardiologiem. W sytuacji „powiększenia” jamy lewego przedsionka można mówić o predyspozycji do migotania przedsionków.



JAKIE KONKRETNIE ZMIANY W DIECIE POZWOLĄ MI ZREDUKOWAĆ RYZYKO UDARU MÓZGU? CZY POWINIENEM ZREZYGNOWAĆ Z MIĘSA I WĘDLIN?

Zgodnie z dostępnymi danymi naukowymi, zarówno nadwaga, otyłość, jak i zaburzenia gospodarki lipidowej (wysokie stężenie cholesterolu całkowitego, zwłaszcza LDL, trójglicerydów, a także niskie stężenie cholesterolu HDL) stanowią istotne czynniki ryzyka zachorowania na udar mózgu, gdyż predysponują do rozwoju miażdżycy tętnic. Co do konkretnych zaleceń dietetycznych – należy spożywać duże ilości warzyw i owoców, jeść ryby co najmniej raz w miesiącu, ograniczyć spożycie soli w diecie, a w miarę możliwości wdrożyć dietę śródziemnomorską. Zdecydowanie korzystne jest zmniejszenie spożycia mięsa czerwonego, unikanie dużych ilości nasyconych kwasów tłuszczowych.

Nie można zapominać, że w kontekście zmiany stylu życia, oprócz modyfikacji nawyków dietetycznych, istotna jest również regularna aktywność fizyczna.



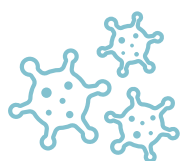
CZY SKORO JA MIAŁAM UDAR MÓZGU, TO MOJE DZIECI SĄ BARDZIEJ ZAGROŻONE JEGO WYSTĄPIENIEM? CZY SĄ JAKIEŚ UWARUNKOWANIA GENETYCZNE?

Wedle dostępnych danych naukowych – w populacji pacjentów, których jeden z rodziców doznał udaru mózgu, występuje zwiększone ryzyko zachorowania na udar mózgu. Podłoże genetyczne dla ww. zjawiska jest tylko w części poznane, znaczenie wielu wariantów genowych, mutacji wciąż wymaga wyjaśnienia i badań naukowych.

Warto odnotować choćby kilka ze znanych, uwarunkowanych genetycznie, stanów mogących skutkować zachorowaniem na udar mózgu - dziedziczne trombofilie (np. niedobór białka C, S, mutacja czynnika V Leiden, inne), choroby tkanki łącznej prowadzące do uszkodzenia tętnic (np. zespół Marfana, Ehlers-Danlos), polimorfizm genu apolipoproteiny E, czy też rzadkie choroby przebiegające z udarami mózgu - CADASIL, MELAS, choroba Fabry'ego.



Jakkolwiek czynniki genetyczne odgrywają rolę w patogenezie udaru mózgu (a ich znaczenie zapewne będzie wzrastać w miarę rozwoju wiedzy na temat genetyki chorób naczyniowych mózgu), nie wolno zapominać o kontroli czynników ryzyka udaru mózgu – zmiana stylu życia, odpowiednia diagnostyka i leczenie chorób cywilizacyjnych, sercowo-naczyniowych, w sposób znaczący zmniejszają ryzyko zachorowania na udar mózgu. W celu uzyskania pełnej informacji dotyczącej zasad profilaktyki pierwotnej i wtórnej udaru mózgu proszę zapoznać się z poszczególnymi podstronami portalu nietracszansynazycie.pl.

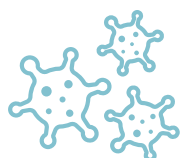


MOJA MAMA MIAŁA UDAR MÓZGU I ODBIERAM JĄ NIEDŁUGO ZE SZPITALA. W JAKI SPOSÓB TEN UDAR WPŁYNAŁ NA TO CO MOŻE ONA TERAZ ROBIĆ, A CZEGO NIE POWINNA?

Skala ubytku funkcji neurologicznych, korespondująca ze stopniem niepełnosprawności poudarowej, zależy od rozległości uszkodzenia, a także od tego, czy zostało podjęte leczenie specyficzne udaru mózgu w pierwszych godzinach od wystąpienia udaru mózgu (leczenie trombolityczne polegające na dożylnym podaniu leku, którego zadaniem jest rozpuszczenie skrzepliny, która zablokowała dopływ krwi do mózgu, a także trombektomia mechaniczna, która polega na mechanicznym usunięciu skrzepliny przy użyciu systemu dedykowanych cewników).

Celem leczenia pacjenta w ostrej fazie udaru mózgu, a także prowadzonego w warunkach oddziału udarowego leczenia usprawniającego (terapia ruchowa, neurologopedyczna, behawioralna) jest doprowadzenie do sytuacji, gdy chory po przebytych udarze mózgu będzie miał możliwość powrotu do wszystkich wykonywanych przez siebie czynności sprzed zachorowania. Oczywiście nie zawsze jest to możliwe - decyduje m.in. rozległość uszkodzenia mózgowia, przebyte w przeszłości incydenty mózgowo-naczyniowe, choroby współistniejące.

Na pewno przed wypisem ze szpitala lekarz prowadzący w porozumieniu z fizjoterapeutą, neurologopedą, psychologiem wyznaczy dalsze etapy leczenia usprawniającego – czy to w warunkach oddziałów rehabilitacji, czy też ambulatoryjnie, na zasadzie wizyt w poradni lub wizyt domowych.

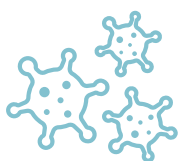


CZY PO UDARZE MOGĘ MIESZKAĆ SAMODZIELNIE CZY SĄ JAKIEŚ ZALECENIA, ŻEBY TO ZMIENIĆ?

W tym wypadku musimy opierać się na ocenie stanu funkcjonalnego pacjenta przy wypisie ze szpitala. W trakcie hospitalizacji po udarze mózgu chory uczestniczy w wielotorowym leczeniu usprawniającym, którego celem jest uzyskanie dobrego stanu funkcjonalnego, inaczej zminimalizowanie niepełnosprawności poudarowej przy wypisie.

Pytanie jest złożone - wymaga oceny nie tylko pod kątem sprawności ruchowej pacjenta, ale również oceny funkcji poznawczych. Przez funkcje poznawcze rozumiemy zdolność zapamiętywania i uczenia się nowych rzeczy, planowanie, wykonywanie złożonych czynności codziennych - płacenie rachunków, wykonywanie telefonów, robienie zakupów, czy też regularne, prawidłowe przyjmowanie zaleconych leków (bardzo ważne w kontekście seniorów, z większą liczbą dodatkowych obciążeń chorobowych).

Sam przebyty udar mózgu, jeśli nie pozostawił po sobie trwałych ubytków funkcji neurologicznych ograniczających pacjenta w zakresie ww. czynności, nie jest przeciwwskazaniem do samodzielnego mieszkania.

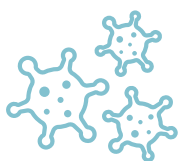


CZY RZECZYWIŚCIE UDAR MÓZGU DOTYCZY ZAWSZE JEDNEJ - PRAWEJ LUB LEWEJ STRONY CIAŁA? KTÓRY Z NICH JEST GROŹNIEJSZY? PO KTÓRYM SZYBCIEJ MOŻNA WRÓCIĆ DO FORMY?

Uszkodzenie mózgu powodowane udarem może dotyczyć praktycznie każdego obszaru, co wynika ze skomplikowanego unaczynienia ludzkiego mózgowia, bardzo licznych wariantów anatomicznych tegoż, a także różnych, odmiennych mechanizmów uszkodzenia (nieco inne obszary ulegną uszkodzeniu w udarze spowodowanym migotaniem przedsionków, a inne w udarze spowodowanym w głównej mierze miażdżycą tętnic). Kolejne incydenty udarowe mogą obejmować różne, odmiennie lokalizacyjnie obszary, z których każdy charakteryzuje się unikalną konstelacją objawów i wynikających z uszkodzenia deficytów.



Należy pamiętać, że każdy udar mózgu jest „groźny” i potencjalnie może skutkować trwałą niepełnosprawnością, a nawet zgonem. Oczywiście, nieco lepsze rokowanie obserwuje się w grupie pacjentów z udarem mózgu wynikającym z zamknięcia jednej, drobnej tętniczki zaopatrującej niewielką część mięszu mózgowia (tzw. udary lakunarny, wynikające z choroby „małych naczyń mózgowych”) niż w sytuacji zamknięcia dużej tętnicy doprowadzającej tlen i substancje odżywcze do niemalże całej półkuli mózgu - taka sytuacja stanowi bezpośrednio zagrożenie życia i tacy chorzy są kandydatami do leczenia trombektomią mechaniczną - leczenie polega na mechanicznym usunięciu skrzepliny zamykającej naczynie przy użyciu systemu dedykowanych cewników



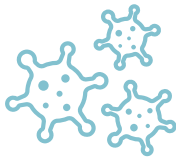
MÓJ OJCIEC BYŁ PRZED UDAREM BARDZO AKTYWNYM CZŁOWIEKIEM. TERAZ MÓWI, ŻE CAŁY CZAS JEST ZMĘCZONY, A PRZECIEŻ OBIEKTYWNIE ROBI NIEWIELE. CZY TO JEST NORMALNE PO UDARZE, CZY DZIEJE SIĘ Z NIM COŚ NIEPOKOJĄCEGO?

Skala ubytku funkcji neurologicznych, korespondująca ze stopniem niepełnosprawności poudarowej, zależy od rozległości uszkodzenia, a także od tego, czy zostało podjęte leczenie specyficzne udaru mózgu w pierwszych godzinach od wystąpienia udaru mózgu (leczenie trombolityczne polegające na dożylnym podaniu leku, którego zadaniem jest rozpuszczenie skrzepliny, która zablokowała dopływ krwi do mózgu, a także trombektomia mechaniczna, która polega na mechanicznym usunięciu skrzepliny przy użyciu systemu dedykowanych cewników).

Celem leczenia pacjenta w ostrej fazie udaru mózgu, a także prowadzonego w warunkach oddziału udarowego leczenia usprawniającego (terapia ruchowa, neurologopedyczna, behawioralna) jest doprowadzenie do sytuacji, gdy chory po przebytym udarze mózgu będzie miał możliwość powrotu do wszystkich wykonywanych przez siebie czynności sprzed zachorowania. Oczywiście nie zawsze jest to możliwe - decyduje m.in. rozległość uszkodzenia mózgowia, przebyte w przeszłości incydenty mózgowo-naczyniowe, choroby współistniejące.



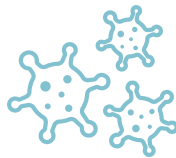
Na pewno przed wypisem ze szpitala lekarz prowadzący w porozumieniu z fizjoterapeutą, neurologopedą, psychologiem wyznaczy dalsze etapy leczenia usprawniającego – czy to w warunkach oddziałów rehabilitacji, czy też ambulatoryjnie, na zasadzie wizyt w poradni lub wizyt domowych.



ZA KILKA DNI MOJA BABCIA WRACA DO DOMU PO UDARZE MÓZGU. CZYTAŁAM, ŻE ZDARZA SIĘ, ŻE NIEDŁUGO PO PIERWSZYM UDARZE NASTĘPUJE KOLEJNY. CZY FAKTYCZNIE TAK JEST, A JEŚLI TAK, TO JAK SIĘ NAJLEPIEJ PRZYGOTOWAĆ? CO POWINNAM OBSERWOWAĆ I CO POWINNO MNIE ZANIEPOKOIĆ?

Powtórny udar mózgu jest zjawiskiem dość częstym i dotyczy nawet 30-40% pacjentów w okresie pięcioletniej obserwacji. Dla zapobiegania kolejnym incydomom mózgowo-naczyniowym (profilaktyka wtórna) kluczowa jest efektywna kontrola czynników ryzyka i leczenie chorób współistniejących, stąd konieczność wielodyscyplinarnej opieki nad pacjentem - wizyty kontrolne w poradni neurologicznej, kardiologicznej, POZ.

W kontekście monitorowania/obserwacji w warunkach domowych – postępowanie powinno być „klasyczne”, tj. nakierowane na szybkie rozpoznanie objawów sugerujących udar mózgu (szczegółowo opisane w poszczególnych pod-sekcjach niniejszego portalu) i wezwanie pogotowia ratunkowego (tel. 999 lub 112). W leczeniu udaru mózgu liczy się czas – im szybciej chory trafi do szpitala dysponującego oddziałem udarowym tym ma większe szanse na otrzymanie odpowiedniego leczenia, przeżycie i zmniejszenie ryzyka trwałej niepełnosprawności.

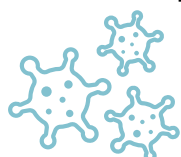


MIAŁEM LEKKI UDAR. JESTEM JUŻ ZDROWY, ALE ZAPOMNIAŁEM ZAPYTAĆ LEKARZA CZY MOGĘ PROWADZIĆ SAMOCHÓD. MOJA RODZINA TWIERDZI, ŻE NIE POWINIENEM. CZY SAM MOGĘ O TYM ZADECYDOWAĆ?

Jest to bez wątpienia trudne pytanie, wymagające szczegółowego wglądu w historię choroby, a także przeprowadzenia detalicznego badania neurologicznego w celu ustalenia stopnia ubytków neurologicznych po przebytych incydencie.

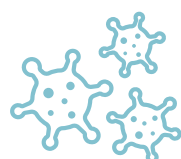


Na tak postawione pytanie niestety – przy braku powyższych, nie jestem w stanie odpowiedzieć. Zasadne byłoby odbycie konsultacji z lekarzem prowadzącym, uzyskanie pisemnej opinii dotyczącej aktualnego stanu neurologicznego, stosowanego leczenia, planowanych dalszych etapów terapii, a następnie wizyta u lekarza medycyny pracy, uprawnionego do badania kierowców i wydawania odpowiednich zaświadczeń.



CZY PO UDARZE PROFILAKTYCZNIE POWINNAM WYKONYWAĆ REGULARNIE JAKIEŚ BADANIA NEUROLOGICZNE?

Oczywiście, że tak. Udar mózgu jest chorobą, która w sposób bezpośredni zagraża zdrowiu i życiu pacjenta, jest poważnym sygnałem ostrzegawczym, wymaga wyteżonych działań nie tylko w sferze leczenia szpitalnego, rehabilitacji, zastosowania profilaktyki wtórnej, ale również skutecznego monitorowania i opieki w warunkach poradni neurologicznej. Częstotliwość wizyt kontrolnych w poradni zostanie zapewne ustalona przy wypisie ze szpitala - istotne są tutaj m.in. skala ubytku funkcji neurologicznych, etiologia udaru mózgu, a także planowane dalsze etapy leczenia.



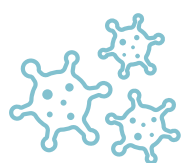
CZY PO UDARZE MÓZGU POWINNO SIĘ ZAPOBIEGAWCZO BRAĆ JAKIEŚ LEKI? TAK, ŻEBY ZMNIJSZYĆ RYZYKO WYSTĄPIENIA KOLEJNEGO?

Problem profilaktyki wtórnej po przebyłym udarze mózgu jest wysoce skomplikowany, zależy od etiologii udaru niedokrwienego mózgu, współistniejących czynników ryzyka i chorób układu sercowo-naczyniowego. Kompleksowe omówienie zasad prowadzenia takiej terapii bez wglądu w dokumentację medyczną jest niemożliwe.

Przyjmując ogólnie - stosujemy leki przeciwplatekcyjne (aspiryna), przeciwkrzepliwie (najczęściej jako terapia niezastawkowego migotania przedsionków - wyróżniamy tu leki klasyczne, a także nowe doustne antykoagulanty niebędące antagonistami witaminy K - NOAC), statyny (po przebyłym udarze mózgu o etiologii miażdżycowej), leki hipotensyjne, leki stosowane w niewydolności serca.

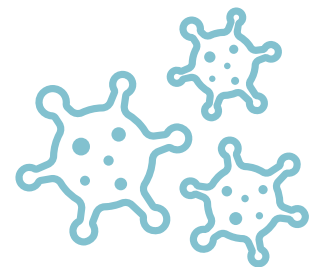


Precyzyjne ustalenie wskazań do stosowania danej grupy leków po przebytym udarze mózgu powinno być jednym z elementów karty wypisowej po zakończonym leczeniu szpitalnym.



OD JAKIEGOŚ CZASU MAM BARDZO SILNE MIGRENY. BIORĘ NA NIE ŚRODKI PRZECIWBÓLOWE, ALE CHCIAŁAM ZAPYTAĆ CZY SILNE BÓLE MIGRENOWE MOGĄ TEŻ BYĆ OZNAKĄ NADCHODZĄCEGO UDARU?

Kluczowe jest ustalenie pewnego rozpoznania migreny. Czy oprócz bólu występuje również aura migrenowa? W przypadku wystąpienia incydentu niedokrwienia mózgowia u chorego z migreną z aurą mówimy o tzw. „udarze migrenowym”. Na podstawie dostępnych danych naukowych uważa się że migrena z aurą wiąże się z niewielkim wzrostem ryzyka zachorowania na udar mózgu, jednak są to wartości nieistotne statystycznie.



PARTNERZY KAMPANII



Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju i Promocji Nauk Neurologicznych wspiera m.in. szerzenie wiedzy w zakresie nauk neurologicznych wśród profesjonalistów oraz w społeczeństwie w celu usprawniania opieki zdrowotnej w zakresie chorób układu nerwowego.



Stowarzyszenie Udarowcy – Liczy się wsparcie powstało we wrześniu 2012 roku w Bydgoszczy. Jego celem jest edukacja w zakresie tematyki udarów mózgu i prewencji chorób układu krążenia oraz udzielanie specjalistycznej pomocy w leczeniu i fizjoterapii osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, zwłaszcza z powodu chorób neurologicznych. Stowarzyszenie pragnie upowszechnić w społeczeństwie wiedzę odnośnie czynników ryzyka, objawów udaru mózgu oraz zasad udzielania pierwszej pomocy.



Fundacja Udaru Mózgu powstała w 2009 roku. Jej misją jest poprawa sytuacji chorych po udarze oraz propagowanie zachowań zapobiegających chorobom naczyniowym mózgu. W tym celu Fundacja prowadzi liczne działania o charakterze informacyjnym i edukacyjnym. Fundacja Udaru Mózgu, jako jedyna polska organizacja jest członkiem Stroke Alliance for Europe oraz partnerem World Stroke Organization.



Kampania „STOP UDAROM” została zainaugurowana w 2012 roku i jest nieprzerwanie kontynuowana. Jej celem jest budowanie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki udaru mózgu oraz ograniczania jego medycznych i społecznych skutków. Każdego roku w ramach kampanii, prowadzone są różnego rodzaju działania edukacyjne w zakresie czynników ryzyka, profilaktyki i rozpoznawania objawów udaru mózgu oraz podejmowania skutecznej interwencji w razie jego wystąpienia.



Boehringer Ingelheim jest wiodącą firmą farmaceutyczną, skoncentrowaną na badaniach naukowych. Celem firmy jest tworzenie przełomowych terapii, które zmieniają życie chorych. Ponad 51 000 pracowników firmy tworzy nowe wartości dzięki innowacjom w zakresie trzech obszarów biznesowych: leków przeznaczonych do stosowania u ludzi, zdrowia zwierząt i leków biologicznych. Co roku znacząca wartość sprzedaży netto przeznaczana jest na badania naukowe i rozwój, dzięki czemu możliwe jest opracowywanie nowej generacji leków ratujących życie i poprawiających jakość życia chorych. We wszystkich swoich działaniach firma Boehringer Ingelheim w naturalny sposób bierze odpowiedzialność za ludzkość i środowisko.



Medtronic jest jedną z największych światowych firm specjalizujących się w dziedzinach technologii oraz usług i rozwiązań medycznych. Misją firmy jest łagodzenie bólu, przywracanie zdrowia i wydłużanie życia milionów ludzi na całym świecie. Medtronic łącznie zatrudnia ponad 90 000 osób pomagając lekarzom, szpitalom i pacjentom w ponad 150 krajach.

#NIETRAĆSZANSYNAŻYCIE

