

 Medexpress, 2020-10-29 15:00

Debata: Udary mózgu - wyzwania i rozwiązania

Jaka jest skala pacjentów z udarem mózgu w Polsce? Jakie są standardy leczenia udarów mózgu? Jakie powinny nastąpić zmiany systemowe, aby pacjent otrzymał jak najszybciej pomoc?

W debacie Medexpressu wzięli udział: prof. Agnieszka Słowik, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii, kierownik Oddziału Klinicznego Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, prof. Adam Kobayashi, Wydział Medyczny Colgium Medicum, Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, dr Michał Karliński, II Klinika Neurologiczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Udary mózgu na całym świecie zaliczane są do chorób, które powodują wysoką śmiertelność.
- Zgodnie z danymi NFZ od początku stycznia do lipca na udar mózgu zachorowało 50 585 osób. W 2019 roku było 54 520 pacjentów. Pandemia pokazała, że jest spadek o 4 tys. przypadków.
- Skala problemu jest duża, bo rocznie na udar mózgu choruje 90 000 Polaków. Śmiertelność szpitalna to ok 10-15 %. Bardzo dużo pacjentów jest niesprawnych po udarze.
- Leczenie przyczynowe, które można zastosować to leczenie farmakologiczne i jest ono wykorzystywane u 14 % pacjentów.
- Leczenie farmakologiczne oraz trombektomia mechaniczna to jedyne sposoby, które mogą odwrócić konsekwencje udaru. Mamy dużo do zrobienia i możemy podwoić liczbę pacjentów leczonych farmakologicznie i powinniśmy to zrobić jak najszybciej.
- Na całym świecie udary pojawiają się też u ludzi młodych, zdecydowanie mniej niż u osób starszych, gdyż jest to choroba związana z wiekiem, ale są osoby w wieku 20, 30 lat, które również chorują na udar mózgu.
- W 2003 została wprowadzona w Polsce tromboliza dożylna, natomiast dwa lata temu został wprowadzony program pilotażowy z trombektomii. Są to kamienie milowe w leczeniu udarów mózgu. Są to najskuteczniejsze metody leczenia udaru niedokrwiennego. O skuteczności trombolizy wiedzieliśmy już wcześniej. Pierwsze pozytywne badanie z trombolizą pojawiły się już w 1996 roku.
- Jeśli chodzi o diagnostykę obrazową, mamy tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny, znane od lat 70. ub wieku. Mamy coraz lepsze aparaty, które pokazują coraz więcej.
- Za pomocą rezonansu z dużą dokładnością możemy zobrazować naczynia, gdzie jest niedrożność.
- Od 20 lat złotym standardem leczenia udaru, ostrego udaru niedokrwiennego mózgu jest leczenie trombolityczne do 4,5 godz. od wystąpienia objawów, czyli dożylnie podanie leku, które ma na celu ułatwienie rozpuszczenia skrzepliny blokującej przepływ przez zamknięte naczynie. Powinno być zastosowane, kiedy wystąpiły objawy lub kiedy pacjent był ostatni raz widziany bez objawów. Im wcześniej wdrożymy leczenie, tym skuteczność tego leczenia będzie wyższa.
- Leczenie trombolityczne polega na rozpuszczaniu zakrzepów w naczyniach mózgowych, podawane dożylnie w ciągu jednej godziny.
- Skuteczność leczenia zależy od czasu. Jeżeli pacjent otrzyma lek do 90 minut po

zachorowaniu na udar mózgu, to taka osoba ma szansę 1/4 wyjść z tej choroby bez szwanku. Jeżeli pacjent otrzyma leczenie w ostatnich minutach okna terapeutycznego, które trwa 4,5 godz. to szansa na wyleczenie wynosi 1/14. Na sto leczonych pacjentów, stan zdrowia zaledwie kilku osób poprawi się spektakularnie.

- Cały czas uczymy pacjentów, jakie są objawy udaru mózgu oraz uczymy, że powinni bardzo szybko szukać pomocy. Należy szybko reagować bo czas to mózg.
- Towarzystwa naukowe publikują wytyczne dotyczące leczenia udarów mózgu.
- Każdy oddział udarowy ma podpisany kontrakt z NFZ na leczenie udarów. Są ośrodki, które leczą bardzo dużo pacjentów, ok 20-30 %, są też ośrodki, które leczą pacjentów 10 razy mniej. W części ośrodków jest potencjał poprawy.
- Od kilku lat prowadzone są szkolenia z zakresu leczenia udarów mózgu, uświadamiamy, że leczenie trombolityczne jest leczeniem bezpiecznym.
- Jednym ze słabych punktów jest czas transportu pacjenta ze szpitala na obwodzie do centrum leczącego za pomocą trombektomii mechanicznej. Wg ustawy transport może odbywać się drogą lotniczą. Ok 30-40% jest przewożonych lotniczym pogotowiem ratunkowym, ale nie zawsze jest to możliwe. W takich sytuacjach wykorzystywane są karetki przynależne do szpitali. Nie wszystkie karetki są przystosowane do transportu pacjentów chorujących na udar mózgu lub nie mają odpowiedniej załogi.
- Mamy dwa etapy przedszpitalny, w którym zdecydowana większość zespołów ratownictwa medycznego wyjeżdża do pacjenta w kodzie pierwszym. Czas spędzony na miejscu zdarzenia i poprzedzający przyjazd do szpitala nie jest długi.
- To na co mamy wpływ, to moment kiedy pacjent przekracza próg szpitala, oddziału udarowego oraz szukanie rozwiązań jak pomóc pacjentowi, czy to za pomocą trombolizy czy trombektomii. Maksymalne skrócenie czasu oraz niewykonywanie rzeczy niekoniecznych.
- Mając pacjenta, którego objawy wynikają z udaru mózgu, wiedząc kiedy doszło do zachorowania, posiadając obrazowanie, które wyklucza że nie doszło do krwotoku wewnątrzczaszkowego, czyli badanie tomografii, możemy już przystąpić do leczenia trombolitycznego oraz kwalifikować do trombektomii. Dwa procesy powinny przebiegać równolegle. W momencie kiedy decydujemy się na leczenie trombolityczne, od razu musimy wiedzieć czy tego chorego chcemy kierować na trombektomię i uruchamiać ścieżkę leczenia w ośrodku nadrzędnym.
- Sytuacja na Mazowszu jest bardzo zła. Większość oddziałów ma pacjentów zainfekowanych covid-19. Nie wiemy czy tych pacjentów przekazywać do szpitali jednoimiennych. Problemem jest leczenie w ostrej fazie. Nie wiemy czy pacjenci, którzy przyjeżdżają są chorzy na koronawirusa. Jeżeli karetka z pacjentem czeka sześć godzin pod szpitalem, leczenie ostrej fazy udaru nie wchodzi już w grę. W takich przypadkach, powinny być jasne procedury, jaka powinna być ścieżka dla pacjenta, wytyczne przekazywania takiego pacjenta z udarem.
- W kwietniu oraz maju liczba pacjentów udarowych była dużo niższa o 20 %, natomiast liczba wykonywanych tromboliz cały czas utrzymuje się na tym samym poziomie 14%, a liczba trombektomii rośnie. Mimo trudnych warunków, staramy się aby pacjenci mieli dostęp do terapii.
- Bardzo ważna jest kampania społeczna oraz edukacja pacjentów. Jeśli 5 minut po wystąpieniu objawów udaru one nie ustąpią, należy zadzwonić po pomoc. Należy leczyć w taki sposób, aby korzyść jednostkowa dla pacjenta była jak największa. Objawy są tak oczywiste, ale warto je przypominać stale: asymetria twarzy, opadająca ręka czy ramię i zaburzenia mowy.
- Nowoczesne metody leczenia udarów, są dostępne na oddziałach udarowych. Ratownicy medyczni mają informację o pododdziałach udarowych, wiedzą gdzie mogą zawieść pacjenta. Lekarz dyżurny posiada informację o pacjencie, który jest w karetce i jest gotowy na przyjęcie takiego pacjenta.
- 14% pacjentów z udarem jest leczonych trombolitycznie. W skali całego kraju 20 % jest to takie

minimum, które jest stosunkowo łatwo osiągalne, przy spełnieniu wszystkich założeń. Aby osiągnąć to minimum niezbędne są działania edukacyjne, które zmniejszą czas od momentu zachorowania

- do włączenia leczenia.
- Najważniejsze w systemie jest odpowiednia ilość zasobów ludzkich. Nastawienie personelu medycznego, ratownictwa medycznego aby pomóc konkretnemu pacjentowi.
- W społeczeństwie musi się utrwalić świadomość, że udar mózgu jest chorobą, którą można leczyć i trzeba ją leczyć szybko. Następnie pozostaje diagnostyka i rehabilitacja, co również jest bardzo ważne.