



Medexpress, 2020-12-07 09:41

## Kongres Zdrowia Publicznego: Pacjent udarowy nie może czekać



**Kongres Zdrowia Publicznego, współorganizowany od 2013 roku przez Instytut Ochrony Zdrowia, w tym roku odbył się - z powodu pandemii - całkowicie online. I nie można się dziwić, że SARS-CoV-2, pandemia, zdominowały zdecydowaną większość dyskusji panelowych.**

Pandemia zamroziła wiele obszarów systemu ochrony zdrowia, stwarzając niebezpieczeństwo dla pacjentów, których leczenie jest odkładane - nie wiadomo na kiedy. Są jednak takie dziedziny, w których nie może być mowy o zamrożeniu, choć i one podlegają pandemicznym turbulencjom. Przykładem są udary. Rocznie doznaje ich 90 tysięcy Polaków, 30 tysięcy - umiera.

Eksperti podkreślają: **udary można skutecznie leczyć**, jeśli pacjent w ciągu pierwszych kilku godzin otrzyma pomoc. - Przez wiele lat pokutowało przekonanie, że jeśli jest udar, to nic nie można zrobić. To jest nieaktualne. Zastosowana w ciągu 4,5 godzin od wystąpienia objawów tromboliza dożylna a także, w przypadku części pacjentów trombektomia mechaniczna, dla której okno terapeutyczne to 6 godzin, radykalnie zwiększają szansę pacjentów - przekonywał prof. Konrad Rejdak, prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii oraz prodziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Zmieszczenie się w tym oknie jest możliwe, jeśli pacjent lub jego najbliższe otoczenie nie będzie zwlekać z wezwaniem zespołu ratownictwa medycznego i jednocześnie poda dyspozytorowi precyzyjnie zaobserwowane objawy. – Wczesna diagnoza umożliwi przewiezienie do właściwego szpitala dysponującego oddziałem udarowym, których w Polsce mamy 170. Złoty standard to przy udarach niedokrwiennych to tromboliza, zastosowana w tzw. złotych godzinach udarowych daje bardzo dobre wyniki. Pod tym względem nie odbiegamy od poziomu światowego. To, co trzeba doskonalić, to system transportu i właśnie wdrażanie leczenia w pierwszych godzinach trzeba doskonalić – mówił dr hab. med. Dariusz Gąsecki z Katedry Neurologii GUM.

Prof. Robert Gałązkowski, dyrektor Lotniczego Pogotowia Ratunkowego podkreślał, że w kwestii transportu pacjentów i szerzej – postępowania z pacjentem udarowym – są opracowane algorytmy postępowania. Jednak oprócz problemu z brakiem wiedzy na temat objawów udaru i konieczności szybkiej reakcji, w dobie pandemii sami pacjenci i ich bliscy, z obawy przed zakażeniem odwlekają moment wezwania karetki. Dodatkowym problemem, przynajmniej do końca listopada, kiedy do karetek trafiły testy antygenowe, była niechęć szpitali do przyjmowania pacjentów bez negatywnego, aktualnego wyniku na obecność SARS-CoV-2. – W takich sytuacjach ZRM są kierowane do szpitali covidowych, żeby zrobić test. Dopiero potem pacjent trafia do szpitala udarowego – mówił.

Efekt? Pacjenci z udarem trafiają do szpitali w znacznie cięższym stanie klinicznym. Od 17 marca do 30 listopada 2020 do szpitali trafiło więcej pacjentów udarowych niż rok wcześniej. Mniej było jednak udarów krwotocznych i niedokrwiennych, znacząco większa była natomiast liczba niesklasyfikowanych. – Czas dotarcia był istotnie dłuższy również z braku dostępności zespołów ratownictwa medycznego, braku miejsc w szpitalach, odmów przyjęcia pacjenta. Stan pandemii doprowadził do krytycznej sytuacji, jeśli chodzi o udzielanie pomocy pacjentom z podejrzeniem udaru – podsumował szef LPR.

Eksperti zastanawiali się też, jak skrócić czas od przyjazdu pacjenta do wdrożenia leczenia. Podkreślali, że chory powinien trafić do najbliższego oddziału. Powinien mieć wykonaną TK angiotomografię, co pozwala poznać przyczynę i ewentualnie zakwalifikować do trombektomii. Leczenie trombolityczne powinno być rozpoczynane już w pracowni tomograficznej. Z tym są jednak problemy, bo w wielu szpitalach nie ma zagwarantowanego ciągłego dostępu do angiotomografii. Problemem jest też transport międzyszpitalny, jeśli pacjent wymaga przewiezienia do innego ośrodka. Małych szpitali nie stać na utrzymywanie stałego transportu, co skutkuje opóźnieniami w przewożeniu pacjentów. – Jeżeli szpital ma kontrakt, którego elementem jest zapewnienie transportu, nie może się tłumaczyć, że go nie stać. To powinno eliminować szpital z systemu ochrony zdrowia, jeśli nie jest w stanie zapewnić optymalnych rozwiązań dla pacjenta. Tacy pacjenci trafiają do LPR, bo nie ma możliwości zapewnienia transportu karetką – argumentował jednak prof. Gałązkowski. Jego zdaniem warto byłoby zastosować, przynajmniej w niektórych przypadkach, rozwiązanie, które stosuje się na świecie: transport specjalistów do szpitala, w którym znajduje się pacjent. – Tak jest w tej chwili z ECMO. Transport stwarza ryzyko dla pacjenta. Powinniśmy działać dla dobra pacjenta, a nie ułatwiać sobie życia – ocenił.

### WARTO PRZECZYTAĆ



[Kongres Zdrowia Publicznego 2020 - pełny zapis wideo](#)