

W prewencji udaru mózgu terapię dobieramy indywidualnie



Fot. Archiwum prywatne

Rozmowa z dr. hab. n. med. Adamem Kobayashi, prof. UTH, kierownikiem Klinicznego Oddziału Neurologii i Centrum Interwencyjnego Leczenia Udaru Mózgu Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

Co roku ok. 80 tys. Polaków doznaje udaru mózgu. Jak Pan ocenia postęp w leczeniu tej choroby w Polsce?

Postęp w leczeniu udarów mózgu na świecie, ale też w Polsce jest olbrzymi. Kiedy 20 lat temu zaczynałem pracę, mogliśmy zaproponować pacjentom jedynie leczenie na oddziale udarowym. Wtedy utworzenie miejsca, gdzie pracuje specjalistyczny zespół składający się z lekarza, odpowiednio wyszkolonych pielęgniarek i rehabilitantów, a do tego pacjent ma dostęp do pełnej diagnostyki, było świeżym spojrzeniem na tę chorobę. Natomiast leczenie przeciwzakrzepowe pozostawało na bardzo podstawowym poziomie – lekarze mogli zalecić tylko kwas acetylosalicylowy. Dzisiaj jesteśmy w zupełnie innym miejscu, jeśli chodzi o leczenie udarów. W Polsce od ponad 15 lat na wszystkich pododdziałach udarowych stosujemy trombolizę dożylną, która jest bardzo dobrą metodą ratującą życie. Od roku w naszym kraju jest też refundowana trombektomia, która polega na usuwaniu skrzepliny za pomocą specjalnych stentów lub jej wysysaniu z użyciem cewników pod kontrolą RTG. Im wcześniej pacjent trafi do szpitala, tym lepiej. Dla trombolizy okno czasowe wynosi 4,5 godziny, dla trombektomii 6 godzin. Jeśli chory trafi do szpitala później, to również ma szansę na leczenie, ale efekt może być gorszy.

Jakie są czynniki ryzyka udaru mózgu i na ile możemy je modyfikować?

Do najczęstszych czynników ryzyka należą choroby sercowo-naczyniowe: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca,

wysoki poziom cholesterolu, choroby serca, szczególnie migotanie przedsionków, które wielokrotnie zwiększa ryzyko udaru. Poza tym palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta i otyłość, brak aktywności fizycznej, stres czy depresja. Wiemy też, że ryzyko udaru rośnie wraz z wiekiem. Jednocześnie z roku na rok obserwujemy zwiększenie odsetka udarów u osób młodych. W tej grupie częstym powodem choroby jest nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz rozwarstwienie tętnic domózgowych w konsekwencji urazów, w tym urazów związanych z intensywnym uprawianiem sportu. Warto pamiętać, że część czynników ryzyka należy do grupy modyfikowalnych. Nie mamy wpływu na wiek, ale pacjenci mogą zapobiegać udarom poprzez odpowiednią dietę, aktywność fizyczną oraz leczenie nadciśnienia i chorób serca. Dla części pacjentów zmiana trybu życia okazuje się jednak bardzo trudna.

Jak ważne jest leczenie przeciwzakrzepowe w profilaktyce udaru mózgu?

Z pewnością taką terapię powinna otrzymać większość pacjentów z migotaniem przedsionków. A coraz częściej pojawia się opinia, że bezwzględnie każdego pacjenta z migotaniem przedsionków należy leczyć przeciwzakrzepowo. Chorym, szczególnie po przebytych udarach, którzy mają miażdżycowe podłoże choroby, najczęściej zaleca się leki przeciwplatekcyjne, czyli głównie kwas acetylosalicylowy. Jeśli chodzi o pacjentów z migotaniem przedsionków, wcześniej mieliśmy do dyspozycji tylko leki z grupy antagonistów witaminy K, które są dosyć uciążliwe w stosowaniu, ponieważ trzeba monitorować wskaźniki krzepnięcia, a od ich wyniku zależy dawkowanie. Taka metoda leczenia obciążona jest większym ryzykiem krwotoku pozamózgowego lub udaru krwo-



„ Im wcześniej pacjent trafi do szpitala, tym lepiej. Dla trombolizy okno czasowe wynosi 4,5 godziny, dla trombektomii 6 godzin ”

tocznego w przypadku zbyt dużego rozrzedzenia krwi. W prewencji udaru mózgu w ostatnich latach dokonała się jednak rewolucja. Mamy doustne antykoagulanty, które są znacznie wygodniejsze w stosowaniu i wiążą się z mniejszym ryzykiem krwawień, a część z nich jeszcze bardziej zmniejsza ryzyko udaru niedokrwiennego. Dzisiaj możemy już dobrać leki indywidualnie dla pacjenta, tak żeby terapia była możliwie najbezpieczniejsza i najskuteczniejsza.

Co można zrobić w sytuacji, kiedy osoba przyjmująca leki przeciwzakrzepowe wymaga nagłej operacji?

Osoby przyjmujące leki przeciwzakrzepowe mają większe ryzyko krwawienia. Zakłada się, że po 48 godzinach od odstawienia tej grupy leków można bezpiecznie

operować. Nie zawsze jednak lekarze mają tyle czasu. Wtedy możemy podawać dożylnie mrożone osocze, masę płytkową, czynniki krzepnięcia oraz uzupełniać ubytek czerwonych krwinek. Natomiast dla osób leczonych dabigatranem jest dostępny idarucyzumab – swoiste przeciwciało przeciwko dabigatranowi, które szybko odbudowuje mechanizm krzepnięcia krwi. W przypadku innych leków przeciwzakrzepowych antidota są w fazie badań i na razie nie mamy do nich dostępu. Dlatego pod tym względem z pewnością bezpieczniejsze jest stosowanie dabigatranu, ponieważ już teraz dostępny jest czynnik odwracający jego działanie. Jest to szczególnie ważne w przypadkach nagłych, takich jak nieplanowana operacja czy nagłe krwawienie.

Rozmawiała Monika Stelmach