

NEUROLOGIA

Udary mózgu – nowy plan działania

Debata „Kuriera Medycznego” i „Menedżera Zdrowia” pod tytułem „Udary mózgu – nowy plan działania w obliczu walki z czasem – proponowane zmiany systemowe”.

Eksperti, pamiętając, że liczy się czas, zastanawiali się nad skuteczną i sprawną współpracą lekarza medycyny ratunkowej, neurologa i kardiologa, aby pacjentowi z udarem pomóc szybko i skutecznie.

W Polsce co roku na udar mózgu zapada 80, 90 tys. osób. Jest on trzecią przyczyną zgonów na świecie. U dorosłych pacjentów jest też najczęstszą przyczyną niepełności. Udar dotyczy głównie osób starszych, ale coraz częściej obserwuje się go u pacjentów poniżej 65. roku życia. Szacuje się, że już ok. 30 proc. udarów występuje u osób młodych. Częstszą postacią jest udar niedokrwienny, natomiast 10, 15 proc. stanowią udary krwotoczne. Prognozy pokazują, że co szósta osoba dozna udaru niedokrwiennego mózgu. – *Choroba jest dużym wyzwaniem i obciążeniem nie tylko medycznym, lecz także społecznym i ekonomicznym* – zauważył dr hab. n. med. Adam Kobayashi, kierownik Klinicznego Oddziału Neurologii i Centrum Interwencyjnego Leczenia Udaru Mózgu Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu.

Profesor dr hab. n. med. Agnieszka Słowik, konsultant krajowa w dziedzinie neurologii, podkreśliła, że w ostatnich latach nastąpił postęp w leczeniu udarów. W przypadku udaru niedokrwiennego jedną ze skutecznych terapii przyczynowych stanowi trombektomia mechaniczna, która w Polsce jest stosowana u 6 proc. pacjentów z udarami. Chorzy niekwalifikujący się do trombektomii otrzymują terapię farmakologiczną. Udar krwotoczny, który jest efektem pęknięcia naczyń albo krwotoku pod wpływem działania antykoagulantów, w zależności od przyczyny leczy się objawowo, między innymi podając antidotum na antykoagulanty.

Prewencja sercowo-naczyniowa ma znaczenie

Podczas debaty podkreślano ogromne znaczenie prewencji udarów mózgu. Profesor dr hab. n. med. Piotr Pruszczyk, prorektor do spraw nauki i transferu technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żyłnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej UCK WUM, podkreślał, że zdrowe serce i naczynia to mniejsze ryzyko udaru. Omawiając czynniki ryzyka udaru, zaznaczył, że jednym z największych jest miażdżycę, co dotyczy szczególnie osób ze źle kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, inne to hiperlipidemia, cukrzyca, palenie papierosów i brak aktywności fizycznej. Czynnikiem ryzyka udaru jest również migotanie przedsionków; co czwarty, a nawet co trzeci Europejczyk w wieku 50 lat dozna w trakcie dalszego życia tej choroby. Jak tłumaczył ekspert,



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik**, konsultant krajowa w dziedzinie neurologii
- **dr hab. n. med. Adam Kobayashi**, kierownik Klinicznego Oddziału Neurologii i Centrum Interwencyjnego Leczenia Udaru Mózgu Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu
- **prof. dr hab. n. med. Piotr Pruszczyk**, prorektor ds. nauki i transferu technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żyłnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej UCK WUM
- **Michał Dziegielewski**, dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia
- **prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny**, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej
- **Magdalena Władysiuk**, prezes HTA Consulting, prezes stowarzyszenia CEESTAHC

dlatego tak ważnym elementem prewencji udaru jest właściwe rozpoznanie i leczenie migotania przedsionków, jednak przedawkowanie leków przeciwkrzepliwych może stanowić czynnik ryzyka udarów krwotocznych. – *Każdy pacjent z migotaniem przedsionków, który spełnia kryteria, powinien być leczony przeciwkrzepliwie, gdyż to zmniejsza ryzyko powikłań zatorowych. Nowoczesne leki przeciwkrzepliwie są bezpieczniejsze i skuteczniejsze w porównaniu z terapią antagonistami witaminy K; w tym wypadku najbardziej boimy się krwawień śródczaszkowych* – mówił prof. Piotr Pruszczyk. Jak zaznaczyła prof. Agnieszka Słowik, migotanie przedsionków nie tylko kilkukrotnie zwiększa ryzyko udaru, lecz także powoduje cięższy przebieg choroby. Dlatego należy wyważyć stosowanie tych leków. – *W porównaniu z antagonistami witaminy K krwotoki spowodowane nowoczesnymi lekami występują o 50 proc. rzadziej. W Polsce z 10 tys. krwotoków mózgowych rocznie, do których do-*



Mimo postępów w organizacji opieki nad pacjentem z udarem oraz terapii udarów krwawienia śródczaszkowe u osób leczonych przeciwkrzepliwie to nadal duże wyzwanie

chodziło przed erą nowych antykoagulantów, ok. 2 tys. powstawało pod wpływem antagonistów witaminy K. Obecnie szacujemy, że takich przypadków jest ok. 1 tys., czyli 2 razy mniej, ale jednak to ryzyko wciąż istnieje – stwierdziła konsultant krajowa.

Olbrzymią rolę odgrywa czas

Profesor dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej, ocenił, że w ostatnich latach wiele zmieniło się na lepsze w ratowaniu życia osób z udarem mózgu. Ekspert wymienił kamienie milowe: 20 lat temu pojawił się w powszechnym użyciu pierwszy lek trombolityczny – alteplaza; w 2008 r. wydłużył się okres, kiedy można go zastosować (do 4,5 godziny od wystąpienia objawów); a w 2018 r. wprowadzono trombektomię mechaniczną.

– *Obserwujemy olbrzymi postęp medycyny, ale nie zmienia się jedno: w przypadku udarów olbrzymią rolę odgrywa czas. Nasze działania zmierzają do tego, żeby maksymalnie skrócić okres od*

wystąpienia pierwszych objawów do wszczęcia leczenia, czyli zawiadomienia służb ratunkowych, przetransportowania pacjenta na oddział ratunkowy oraz przekazania chorego na oddział neurologiczny – mówił prof. Jerzy R. Ładny. Ekspert przekonywał, że kampania medialna na temat pierwszych objawów udaru przyniosła dobre efekty. Do 2015 r. 47 proc. chorych z udarem było przywożonych do szpitala transportem prywatnym, ponieważ symptomy oceniano jako niezagrażające życiu.

– *Między innymi wskutek nasilonej kampanii medialnej nauczyliśmy społeczeństwo, jakie są te objawy. Coraz więcej pacjentów jest świadomych, że w razie ich wystąpienia należy szybko zadzwonić pod numer alarmowy. W tej chwili tylko 7 proc. pacjentów ze świeżym udarem jest przywożonych transportem własnym, a 93 proc. przez zespoły ratownictwa medycznego* – mówił prof. Jerzy R. Ładny.

Poza tym opracowywano i zaktualizowano dobre praktyki postępowania w przypadku udarów dla zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorów i szpitali. Wytyczona ścieżka pozwala na precyzyjne i szybkie podejmowanie decyzji w sprawie pacjenta. Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej zapowiedział ich aktualizację, ponieważ rośnie liczba przypadków udarów w grupie pediatrycznej, co nie jest uwzględnione w tych rekomendacjach.

Wiele udało się osiągnąć

Michał Dziegielewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, omówił potrzebne zmiany systemowe. Podkreślał, że w tym przypadku należy działać szybko. Ekspert podał przykład zawałów serca, gdzie odpowiednia ścieżka postępowania, a także nielimitowana oraz stosunkowo wysoka wycena procedur przyniosły bardzo dobre efekty i Polska stała się jednym z przodujących krajów w Europie w efektach leczenia zawałów serca.



Ważnym elementem prewencji udaru jest właściwe rozpoznanie i leczenie migotania przedsionków, jednak przedawkowanie leków przeciwkrzepliwych może stanowić czynnik ryzyka udarów krwotocznych

– *Podobne zmiany udało się wprowadzić w przypadku udarów, które również są wycenione w sposób nielimitowany poza ryczałtem. Ponadto bardzo ważne jest, by pacjenci trafiali do wyspecjalizowanych ośrodków* – stwierdził. Podsumowując debatę, eksperci podkreślali znaczenie wdrożenia procedur pozwalających na szybkie reagowanie. Zwracali uwagę na czas wprowadzania nowych leków, który w Polsce jest dosyć długi. Postulowali o informatyzację umożliwiającą prześledzenie historii leczenia pacjenta, w tym przyjmowanie leków. Podkreślali też sukces sieci udarowej.

– *Obserwujemy olbrzymi postęp, jeśli chodzi o nowe technologie medyczne. Ważna jest dostępność nowych leków, w tym przeciwkrzepliwych, w których przypadku mniejsze jest ryzyko udaru krwotoczego. W Polsce procesy refundacyjne trwają zbyt długo* – oceniła.

Eksperti przyznali, że mimo postępów w organizacji opieki nad pacjentem z udarem oraz terapii udarów krwawienia śródczaszkowe u osób leczonych przeciwkrzepliwie to nadal duże wyzwanie. Profesor Jerzy R. Ładny zapowiedział, że będzie się starał umieścić w karcie medycznej czynności ratunkowej informację, czy pacjent przyjmuje doustne antykoagulanty. – *Nie boimy się już tak*

przedawkowania i skutków przyjmowania doustnych antykoagulantów, bo mamy antidotum. Ważne jest jednak, żeby lekarz miał informację, jakie leki pacjent przyjmuje – podsumował prof. Jerzy R. Ładny.

Monika Stelmach

Nagranie debaty można obejrzeć po zeskanowaniu kodu QR:

