

# Udary mózgu — nowy plan działania.

## Debata „Kuriera Medycznego” i „Menedżera Zdrowia”



W redakcyjnej debacie „Kuriera Medycznego” i „Menedżera Zdrowia” pod tytułem „Udary mózgu – nowy plan działania w obliczu walki z czasem – proponowane zmiany systemowe” udział wzięli:

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

Moderatorem był redaktor **Bartosz Kwiatek**.

Nagranie debaty do obejrzenia, po zeskanowaniu kodu QR:



Eksperci, 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. To trzecia przyczyna zgonów na świecie. U dorosłych pacjentów jest też najczęstszą przyczyną niesprawności. Udar dotyczy głównie osób starszych, ale coraz częściej obserwuje się go u pacjentów poniżej 65. roku życia. Szacuje się, że już około 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, ale 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.

Prof. Agnieszka Słowik, konsultant krajowa w dziedzinie neurologii, podkreśla, że w ostatnich latach nastąpił postęp w leczeniu udarów. W przypadku 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 naczynia albo krwotoku pod wpływem działania antykoagulantów, w zależności od przyczyny leczy się objawowo, m.in. podając antidotum na antykoagulanty.

### Prewencja sercowo-naczyniowa ma znaczenie

Podczas debaty podkreślano ogromne znaczenie prewencji udarów mózgu. Prof. Piotr Pruszczyk, prorektor ds. spraw nauki i transferu technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki Leczenia Żylnej 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 miażdżycy, co dotyczy szczególnie osób ze źle kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, inne to m.in. hiperlipidemia, cukrzyca oraz 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 podkreślał ekspert, 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. Pruszczyk.

Jak zaznaczyła prof. Słowik, migotanie przedsionków nie tylko kilkukrotnie zwiększa ryzyko udaru, ale też 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 dochodziło przed erą nowych antykoagulantów, około 2 tys. pacjentów dostawało krwotoku mózgowego pod wpływem antagonistów witaminy K. Obecnie szacujemy, że w Polsce tych pacjentów jest około 1 tys., czyli 2 razy mniej, ale jednak to ryzyko wciąż istnieje – stwierdziła konsultant krajowa.

### Olbrzymią rolę odgrywa czas

Prof. Jerzy Robert Ładny, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej, podkreślał, 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 trombolityczny lek – 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 moment od wystąpienia pierwszych objawów do wszczęcia leczenia, czyli zawiadomienia służb ratunkowych, przetransportowania pacjenta na oddział ratunkowy oraz przekazania chorego na oddział neurologiczny – mówił prof. 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 udaru były oceniane 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. świeżych udarów jest przywożonych transportem własnym, a 93 proc. przez zespoły ratownictwa medycznego – mówił prof. Ładny.

Poza tym opracowywano i zaktualizowano dobre praktyki postępowania w przypadku udarów dla zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorów i szpitali. Wytoczona ścieżka pozwala na precyzyjne i szybkie decyzje 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 Dzięgielewski, 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.

– 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.

Michał Dzięgielewski ocenił, że najważniejsze zmiany systemowe zostały wprowadzone, a udary są leczone coraz skuteczniej.

Magdalena Władysiuk, prezes HTA Consulting, prezes stowarzyszenia CEESTAHC, zwracała uwagę na rozwój medycyny związany ze stanami nagłymi. Przyznała, że coraz szybciej i coraz skuteczniej umiemy pomagać pacjentom. Poprawiają się metody diagnostyczne i świadomość społeczna na temat udarów.

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

Ekspert przyznał, że mimo postępów w organizacji opieki nad pacjentem z udarem oraz terapii udarów krwawienia śródczaszkowe u osób leczonych przeciwkrzepliwie to nadal duże wyzwanie.

Prof. Ładny zapowiedział, że będzie starał się umieścić w karcie medycznej czynności ratunkowych 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 – podsumowuje prof. Jerzy Robert Ładny.

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 przesłanie historii leczenia pacjenta, w tym przyjmowanie leków. Podkreślali też sukces sieci udarowej.

Monika Stelmach