

ŚLINOTOK

Schorzenie, które można z powodzeniem leczyć

DEPRESJA

Jak skutecznie walczyć z chorobą?

UDAR MÓZGU

Jak możemy ustrzec się przed udarem?

NEUROLOGIA I PSYCHIATRIA

liczy się czas



Malina Wieczorek

„Ze stwardnieniem rozsianym żyję już ponad 20 lat. Szybko wdrożyłam leczenie, wiedziałam też, że dużo zależy od mojego nastawienia i woli walki.



Istota rehabilitacji poudarowej



Jednym z poważnych problemów na jakie napotykają pacjenci po udarze mózgu w ostatnich dwóch latach to zmniejszona dostępność do rehabilitacji.

Dr Sebastian Szyper

Specjalista Fizjoterapii

Prezes Stowarzyszenia Udarowcy – Liczy się Wsparcie

Liczne fluktuacje w zakresie zachorowalności na udar mózgu w ostatnich kilkunastu miesiącach w Polsce oraz zmniejszenie zgłoszeń pacjentów z udarem mózgowym (w kilku województwach) do ośrodków referencyjnych z pewnością nie są wywołane poprawą stanu zdrowia Polaków. W ostatnich dwóch latach w kilku województwach widoczny był spadek ilości hospitalizowanych osób z powodu udaru mózgu. Z pewnością należy uwzględnić w tym aspekcie bardzo dużą komponentę strachu jaką odczuwa społeczeństwo, która związana jest z pandemią Covid-19 na świecie. Uwzględniając istotę czasu w leczeniu udaru mózgu w kontekście możliwości zastosowania leczenia trombolitycznego i trombektomijnego powinniśmy szczególnie w ostatnich miesiącach dołożyć więcej uwagi na kwestię edukacji i wzmocnionego przekazu do społeczeństwa związanego z szybkością reakcji w momencie zaobserwowania pierwszych objawów udarowych.

Pamiętajmy, że leczenie ostrej fazy udaru mózgu to tylko jeden z etapów całego procesu rekonwalescencji. Jednym z poważnych problemów na jakie napotykają pacjenci po udarze mózgu w ostatnich dwóch latach to przede wszystkim zmniejszona dostępność do rehabilitacji. Po pierwsze jest to konsekwencja przekształcenia wielu oddziałów rehabilitacji działających w trybie stacjonarnym na oddziały covidowe, co znacznie wpłynęło na ograniczenie rehabilitacji neurologicznej wczesnej. Po drugie niekorzystne wyceny świadczeń wszystkich zakresów fizjoterapeutycznych dotyczących rehabilitacji po udarze mózgu. Zmiany wyceny rehabilitacji domowej i ambulatoryjnej jakie zostały przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia wraz z jednym z ostatnich zarządzeń, które weszło w życie z dniem 1 lutego jeszcze bardziej podkreślają problem niedoszacowania kosztów leczenia w tym obszarze. Po trzecie wciąż brak rozwiązań długofalowych dotyczących kontrolowania i nadzorowania wielomiesięcznej rehabilitacji osób po przebytych udarach mózgu.

Musimy mieć na uwadze, że rehabilitację poudarową bardzo często rozpoczynamy od pierwszej doby od incydentu naczyniowego i jest to dużym plusem, niemniej jednak wielu pacjentów potrzebuje zdecydowanie więcej czasu na powrót do samodzielności niż 8-12 tygodni leczenia, a ich celem nie może być uzyskanie częściowego wyniku założonych celów terapii tylko dążenie do optymalnej sprawności.

Alzheimer – choroba, o której nie możemy zapomnieć



Jak na razie nie mamy skutecznego lekarstwa, by wyleczyć chorobę. Nie znaleźliśmy też jeszcze sposobu na zatrzymanie jej postępu.

Dr Anna Zimny-Zajac

Redaktorka Naczelna Medonet.pl, biotechnolożka

Boimy się zapominać słów. Boimy się gubić rzeczy. Bo co, jeśli to pierwsze objawy Alzheimerera?

Szacuje się, że obecnie na Alzheimerera choruje od 15 do 21 milionów ludzi na świecie, w Polsce ponad 350 tysięcy. Alzheimer odpowiedzialny jest nawet za 70 proc. przypadków demencji, a ta znajduje się obecnie wśród 10 najczęstszych przyczyn zgonów na świecie.

Alzheimer budzi lęk, bo należy do chorób neurodegeneracyjnych, czyli takich, w których dochodzi do uszkodzenia neuronów w mózgu. Neuronów zwykle nie mają zdolności do regeneracji czy wymiany, więc jeśli ulegną uszkodzeniu lub obumrą, nie mogą zostać zastąpione innymi. To dlatego Alzheimerowi towarzyszy demencja, czyli utrata funkcji poznawczych (myślenia, zapamiętywania i rozumowania) oraz zdolności behawioralnych do tego stopnia, że zakłóca codzienne życie i czynności danej osoby i przyczynia się do niepełnosprawności.

Choroba Alzheimerera jest przedmiotem badań wielu naukowców. Wiemy już, że zmiany w mózgu mogą rozpocząć się dekadę lub nawet wcześniej przed pojawieniem się jej objawów. Wiemy też, że choć Alzheimer dotyczy zwykle osób po 60 r.ż., u niektórych pierwsze symptomy choroby pojawiają się już po 30 r.ż.. Na szczęście choroba Alzheimerera o wczesnym początku dotyczy mniej niż 10 proc. wszystkich osób z tą chorobą.

A jakie są pierwsze objawy Alzheimerera? Choć mogą różnić się w zależności od osoby, wśród pierwszych symptomów znajdziemy m.in. zapominanie o rzeczach, o których wcześniej pamiętaliśmy, jak płacenie na czas rachunków, utrata orientacji w przestrzeni, częste gubienie przedmiotów. Niestety są one na tyle niespecyficzne, że wielu chorych jest diagnozowanych dopiero w znacznie bardziej zaawansowanym stadium choroby. A w przypadku Alzheimerera wczesna diagnoza jest niezwykle ważna. Dlaczego?

Jak na razie nie mamy skutecznego lekarstwa, by wyleczyć chorobę. Nie znaleźliśmy też jeszcze sposobu na zatrzymanie jej postępu. Możemy jednak opóźnić progres choroby, a także w pewnym stopniu łagodzić jej objawy.

Liczba osób żyjących z chorobą Alzheimerera gwałtownie rośnie. National Institute on Aging wskazuje, że częstość występowania choroby Alzheimerera podwaja się co pięć lat wśród osób powyżej 65 roku życia. Dlatego ważne jest, byśmy mieli jak największą wiedzę o chorobie, która może dotknąć każdego z nas.



VII KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEUROLOGICZNEGO

LUBLIN / 14-17 WRZEŚNIA 2022

Zeskanuj KOD QR
I DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ



PARTNERZY KAMPANII



Teksty i opracowanie redakcyjne: redakcja@healthdirectionmedia.pl / Projekt i skład: Małgorzata Poniatowska: info@av-mal.com / Fotografie: Krzysztof Opaliński, zasoby własne.
Kontakt z Health Direction Media: redakcja@healthdirectionmedia.pl / Wydawca: Health Direction Media ul. Gradowa 10, 61-680 Poznań

Jesteśmy dla Ciebie:

 [Facebook.com/pacjentilekarz](https://www.facebook.com/pacjentilekarz)

 [pacjentilekarz](https://www.instagram.com/pacjentilekarz)

 Please recycle

Depresja i zaburzenia poznawcze – jak skutecznie walczyć z objawami choroby?



Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejda
Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Szacuje się, że obecnie na depresję w Polsce choruje nawet 1,5 mln osób. Rozpoznaje się ją coraz częściej u pacjentów w podeszłym wieku, w przebiegu innych schorzeń przewlekłych, depresja współistnieje często z objawami choroby otępiennej czy zaburzeniami poznawczymi.



Prof. dr hab. n. med. Piotr Galecki
Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii

Depresja bardzo często towarzyszy schorzeniom neurologicznym m.in. takim jak udar mózgu, stwardnienie rozsiane czy parkinson, jaka jest rola lekarza, aby rozpoznać depresję u pacjenta neurologicznego?

Zdrowie psychiczne to ważny temat, szczególnie w aspekcie rekonwalescencji i odzyskiwania funkcji neurologicznych, w schorzeniach, w których dochodzi do poważnego i nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Takie schorzenia dziś są niestety bardzo powszechne, jednym z nich jest np. udar niedokrwienny mózgu. Wystąpienie udaru mózgu, to nie tylko zmiany w jego strukturze, ale także zmiany w codziennym życiu chorego – zmienia się sytuacja zawodowa, rodzinna, społeczna chorego, co może także stać się czynnikiem wywołującym zaburzenia depresyjne. W takiej sytuacji mamy zatem dwa aspekty mogące odpowiadać za występowanie depresji: zaburzenia strukturalne mózgu i dysfunkcja wybranych okolic, które mogą mieć udział w wywołaniu objawów depresji, jak i świadomość pacjenta co do jego sytuacji zdrowotnej i poczucie choroby. Specjalista diagnozując takiego pacjenta i rozpoczynając leczenie neurologiczne, już na wstępie powinien założyć, że wspomniane zaburzenia depresyjne mogą się u chorego pojawić. Pacjent zatem powinien zostać objęty obserwacją lekarza, tak aby jak najszybciej zdiagnozować zaburzenia depresyjne. Wczesne postawienie diagnozy to możliwość wprowadzenia skutecznego postępowania terapeutycznego, którego jednym z elementów jest farmakoterapia.

Jak wóczas wygląda proces terapeutyczny takiego pacjenta?

Na postępowanie terapeutyczne składają się trzy elementy. Pierwszym elementem jest psychoterapia. Drugim zachowanie otoczenia i najbliższych. Rodzina pacjenta, zdając sobie sprawę z problemu chorego, powinna angażować go w codzienne czynności, tak aby chory czuł się potrzebny. Bardzo ważne jest to, aby nie izolować pacjenta z życia codziennego, zawodowego czy społecznego, tylko z uwagi na fakt, że jest on chory. Kiedy choremu zabiera się jego dotychczasową codzienność, ogranicza kontakt z ludźmi pogarsza się jego stan psychiczny. Trzecim elementem terapii pozostaje leczenie farmakologiczne.

W chorobach neurologicznych często dochodzi do zaburzeń funkcji poznawczych, jakie miejsce w przypadku ich wystąpienia zajmuje sertralina?

Zaburzenia poznawcze są rzeczywiście częstym powodem zgłaszania się pacjentów neurologicznych do lekarzy. Zaburzenia poznawcze to typowe objawy demencji związane najczęściej z zaburzeniami pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia czy posługiwania się mową. W takich chorobach niezwykle użyteczne są leki wspomagające transmisję mózgową, takim lekiem jest właśnie wspomniana sertralina. Leki te mogą wspomagać transmisję serotonergiczną, a więc ważny przekaźnik zawiadujący naszymi emocjami. Dzięki ich zastosowaniu można uzyskać dwa uzupełniające się efekty terapii farmakologicznej: leczenie depresji w celu poprawy funkcji poznawczych oraz poprawę funkcji poznawczych w celu ograniczenia objawów depresji.

Czy depresja to choroba, w której liczy się czas? Jak istotne jest szybkie postawienie diagnozy?

Szybkość rozpoznania decyduje o skuteczności zastosowanego leczenia. Im mniej nasilone objawy choroby występują u pacjenta w momencie rozpoczęcia terapii, tym większe prawdopodobieństwo, że zastosowane leczenie zadziała szybciej. W depresji niezwykle istotne jest także, że pełną poprawę stanu psychicznego chorego osiąga się dopiero między drugim, a trzecim miesiącem od początku zastosowania leczenia.

Jakie konsekwencje dla pacjenta może przynieść późne rozpoznanie choroby?

Późne rozpoznanie depresji skutkuje przede wszystkim dużym dyskomfortem psychicznym dla pacjenta. Kolejne ryzyko, które niesie za sobą późne rozpoznanie, to prawdopodobieństwo lekooporności choroby. W takiej postaci depresji może dochodzić nawet do takiej sytuacji, że zastosowanie kilku kolejnych schematów terapeutycznych nie przyniesie oczekiwanej poprawy. Problem późnego rozpoznania depresji, analogicznie jak w innych ciężkich chorobach przewlekłych, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy choroby nowotworowe, zwiększa ryzyko występowania trudności terapeutycznych, powikłań choroby, a także śmierci pacjenta. Powikłania, które mogą wystąpić u pacjenta, to cukrzyca, kolejny epizod udaru mózgu czy alkoholizm. Także rokowanie, dotyczące szybkiego osiągnięcia znaczącej poprawy zdrowia psychicznego jest mniej optymistyczne.

W chorobach psychicznych często dochodzi do zaburzeń funkcji poznawczych, jakie miejsce w przypadku ich wystąpienia zajmuje sertralina?

W dużej grupie pacjentów cierpiących na depresję dochodzi do zaburzeń pamięci świeżej i zaburzeń koncentracji. Wszystkie leki przeciwdepresyjne niwelując globalnie objawy depresji i nasilenie jej objawów, poprawiają funkcjonowanie poznawcze chorych. Istnieje jednak, pewna grupa leków, która jest bezpośrednio dedykowana dla pacjentów, u których zaburzenia poznawcze są dominującymi objawami. Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, częścią którą stosujemy powszechnie w tej grupie chorych jest właśnie sertralina, która jest lekiem bezpiecznym, dobrze tolerowanym przez pacjentów, rzadko wchodzi także w interakcje z innymi lekami.

Co można zrobić, jeśli osoba chora na depresję nie pozwala sobie pomóc? Jaka w tym aspekcie jest rola osób bliskich, a jaka personelu medycznego?

Podobnie jak w innych dziedzinach medycyny tak i w depresji, pacjent często jest niechętny do podjęcia leczenia lub z jakichś przyczyn obawia się wdrożenia farmakoterapii. W takiej sytuacji wsparcie rodziny i najbliższych powinno polegać na rzetelnej rozmowie, w której wytłumaczone zostanie choremu, że podjęcie leczenia farmakologicznego jest ważne i niezbędne do osiągnięcia poprawy stanu psychicznego. Ponadto chory musi wiedzieć, że leki przeciwdepresyjne nie uzależniają, a ich stosowanie w depresji poprzez redukcję nasilenia jej objawów, u pacjenta z innymi chorobami współistniejącymi, może przyczynić się do polepszenia efektów leczenia chorób współistniejących. Rolą lekarza, szczególnie jeśli pacjent nie jest chętny do podjęcia terapii, jest także wytłumaczenie na czym polega proces leczenia i jakie jest jego bezpieczeństwo. Chory musi wiedzieć, że leczenie przeciwdepresyjne jest bezpieczne, skuteczne i nie powoduje żadnych wczesnych, jak i odległych negatywnych skutków, które mogłyby zmieniać jego jakość życia.



Pamiętaj! DEPRESJA to poważna choroba. Wczesne jej rozpoznanie i właściwe leczenie może uchronić przed jej negatywnymi skutkami.





Dr hab. n. med. Marek Grygier

Prof. UM, I Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Pracowni Hemodynamiki Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Jeden zabieg zamykania uszka lewego przedsionka rozwiązuje problem profilaktyki udaru mózgu do końca życia



Dr hab. n. med. Anetta Lasek Bal

Profesor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, neurolog z Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach

Podstawą leczenia chorych z migotaniem przedsionków i zapobiegania udarowi mózgu jest stosowanie doustnych leków przeciwkrzepliwych. Jednak wielu chorych nie może ich stosować. Dla nich rozwiązaniem jest zabieg zamykania uszka lewego przedsionka. Niestety, choć refundowany, wykonywany jest w Polsce zdecydowanie za rzadko.

Co to jest migotanie przedsionków i z jakim ryzykiem sercowo-naczyniowym się wiąże?

Migotanie przedsionków (atrial fibrillation, AF) to jedno z najczęstszych zaburzeń rytmu serca. Dotyczy ono 1-2 proc. dorosłej populacji. Częstość wzrasta z wiekiem tak, że po 80. r.ż. osób z miotaniem przedsionków jest już, według niektórych badań, od 10 do 15 proc. Migotanie przedsionków jest drugą pod względem częstości przyczyną udarów mózgu. Ocenia się, że mniej więcej 15-20 proc. niedokrwiennych udarów mózgu jest spowodowanych AF. Co więcej, ok. 35 proc. pacjentów z migotaniem przedsionków będzie miało udar jako powikłanie tej arytmii. Należy podkreślić, że udary będące wynikiem AF są często bardziej rozległe i wiążą się z gorszym rokowaniem niż udary niedokrwiennie powstałe z innej przyczyny.

Aby zabezpieczyć chorych z migotaniem przedsionków przed udarem wykonuje się u nich zabieg zamknięcia uszka lewego przedsionka. U kogo może on być zastosowany?

Podstawą leczenia chorych z migotaniem przedsionków i zapobiegania udarowi mózgu jest stosowanie doustnych leków przeciwkrzepliwych, popularnie nazywanych lekami na rozrzedzenie krwi. Każdy chory z AF powinien je przyjmować. Jednak pomimo istnienia wskazań do takiej terapii, nie jest ona stosowana u mniej więcej 1/3 chorych z powodu zwiększonego ryzyka powikłań krwotocznych lub nietolerancji takiego leczenia. Wtedy ci pacjenci nie są kompletnie zabezpieczeni przed udarem mózgu. I to im są dedykowane zabiegi zamykania uszka lewego przedsionka.

Wykonuje się go u trzech grup pacjentów. Pierwszą stanowią chorzy, którzy mają przeciwwskazania do stosowania leków przeciwkrzepliwych, bo np. mają ciężką niewydolność nerek, poważne zaburzenia krzepnięcia lub już przeżyli krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego, np. udar krwotoczny. Druga grupa to osoby z wysokim ryzykiem krwawienia, które już miały jakieś krwawienie – najczęściej z przewodu pokarmowego, ale też układu moczowego, do gałki ocznej, czy nawet nawracające krwawienia z nosa w trakcie stosowania doustnych leków przeciwkrzepliwych. Trzecia grupa to chorzy, którzy stosowali doustne leki przeciwkrzepliwce i pomimo ich systematycznego przyjmowania, mieli kolejny udar niedokrwienny mózgu. Również w tej grupie można rozważyć zabieg zamknięcia uszka lewego przedsionka.

Na czym polega zabieg zamknięcia uszka lewego przedsionka?

Jest to stosunkowo prosty zabieg, który jest wykonywany w ośrodku kardiologicznym. Nie wymaga otwarcia klatki piersiowej, wykonuje go kardiolog interwencyjny, w niektórych miejscach kardiolog elektrofizjolog. Ten zabieg nie wymaga użycia skalpela. Do serca docieramy przez małe nakłucie w okolicy pachwinowej w żyłę udową. Przez żyłę udową wprowadza się do serca cewnik i przez ten cewnik do uszka lewego przedsionka wprowadza się specjalną zapinkę nazywaną okluderem. Umieszczona tam zapinka zabezpiecza chorego przed kolejnymi udarami mózgu związanymi z migotaniem przedsionków.

Dlaczego tak ważne jest zamknięcie uszka lewego przedsionka?

W sprzyjających okolicznościach skrzeplina może się urwać z uszka i z prądem krwi dostać do różnych naczyń, najczęściej mózgowych. W ten sposób dochodzi do udaru mózgu. Opublikowane badania wskazują, iż u chorych z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawki mitralnej skrzeplina w

90 proc. przypadków jest obecna właśnie w uszku lewego przedsionka. Obecność skrzepliny w uszku lewego przedsionka została także zidentyfikowana, jako niezależny marker zwiększonego ryzyka ponownego udaru.

Dlaczego uszko lewego przedsionka jest takie strategiczne?

Wiemy z badań z końca XX w. i początku XXI w., że jak chory ma migotanie przedsionków, to właśnie w obrębie uszka lewego przedsionka powstają skrzepliny. Jeżeli one stamtąd się urwą, mogą się przemieszczać w układzie krążenia i docierając do naczyń mózgowych stając się przyczyną niedokrwiennego udaru mózgu.

Zamykając, czy wyłączając, uszko lewego przedsionka tą metodą, zabezpieczamy główne źródło potencjalnego materiału zatorowego, który może być przyczyną udaru mózgu.

Jak kwalifikowani są chorzy do tego zabiegu?

Oficjalnie do zabiegu kwalifikuje kardiolog, ale my często działamy w teamach składających się z kardiologa, neurologa, kardiochirurga. Wspólnie oceniamy, który chory jest odpowiednim kandydatem do zabiegu zamknięcia uszka lewego przedsionka. Natomiast do zabiegu kierują lekarze różnych specjalności. Począwszy od lekarzy rodzinnych, przez kardiologów, neurologów, gastroenterologów, okulistów. Nie jest istotne, kto kieruje, ważniejsza jest wiedza wśród lekarzy, że taki zabieg istnieje i że winni być do niego kierowani ci pacjenci, którzy nie mogą stosować doustnych leków przeciwkrzepliwych.

Zabieg zamykania uszka jest wykonywany w Polsce od kilku lat. Jest refundowany. Jak pan ocenia wiedzę lekarzy na jego temat?

To pytanie jest zasadnicze. Problemem jest brak świadomości o tym, że taka metoda istnieje. Zabiegi te wykonuje się już w blisko 30 ośrodkach. Czekają na pacjentów. Niestety, zbyt mała liczba chorych jest kierowana do tych zabiegów. Powód: brak świadomości, brak edukacji lekarzy w tym zakresie.

Ile takich zabiegów jest wykonywanych rocznie, a ile powinno być wykonywanych?

W Polsce wykonuje się rocznie kilkaset zabiegów zamykania uszka lewego przedsionka. Według mojej oceny, biorąc pod uwagę liczbę chorych z migotaniem przedsionków i liczbę tych, którzy nie mogą przyjmować leków przeciwkrzepliwych, kandydatów do zabiegu jest co najmniej kilkanaście tysięcy każdego roku. Więc ta liczba kilkuset wykonywanych zabiegów jest, moim zdaniem, powodem do wstydu. Populacja chorych, którym moglibyśmy pomóc, jest zdecydowanie większa. I mówimy na razie tylko o populacji chorych, którzy mają przeciwwskazania do stosowania leków przeciwkrzepliwych.

Na świecie toczą się obecnie dwa badania, uczestniczą w nich niektóre polskie ośrodki, gdzie chorych z AF przydziela się albo do stosowania leków przeciwkrzepliwych, albo do zamykania uszka lewego przedsionka. Jeżeli te badania okażą się pozytywne dla zabiegu, a jestem przekonany, że tak będzie, to za parę lat staniemy przed sytuacją, że nasz pacjent z migotaniem przedsionków ma alternatywę: biorę dalej leki przeciwkrzepliwce, albo mam wykonywany jednorazowy zabieg trwający 30 min, który rozwiązuje problem profilaktyki udaru mózgu do końca życia. Warto też pamiętać, że skuteczność zabiegu zamykania uszka lewego przedsionka sięga 99 proc. Odsetek powikłań to jest zaledwie ok. 1,5 proc. Odsetek poważnych powikłań, a jest nim krwawienie do worka osierdziowego, nie przekracza 0,3 proc.

Jaki jest związek migotania przedsionków z udarem niedokrwiennym mózgu? Jak dochodzi do udaru?

Jedną z ważnych przyczyn udaru mózgu są choroby serca. Odpowiadają nawet za ¼ wszystkich przypadków udaru niedokrwiennego mózgu. Spośród tych chorób najważniejszą rolę odgrywa zaburzenie rytmu serca – migotanie przedsionków. Ta arytmia zwiększa ryzyko udaru mózgu od pięciu do siedmiu razy.

Podczas migotania przedsionków dochodzi do formowania się skrzepliny w sercu. Najczęściej pojawia się ona w uszku lewego przedsionka. Może dojść do fragmentacji tej skrzepliny. Fragment zwany zatorem wraz z prądem krwi dostaje się do układu krążenia, do tętnic doprowadzających krew do mózgu. Najczęściej jest to tętnica szyjna wewnętrzna. Zator płynie z prądem krwi do miejsca, gdzie za sprawą rozmiaru zamknie tętnicę w obrębie mózgu i dochodzi do udaru niedokrwiennego mózgu.

Udar spowodowany migotaniem przedsionków ma najcięższy przebieg.

Tak. Dzieje się tak z kilku powodów. Jednym z nich jest rozmiar materiału zatorowego powstającego w sercu. Za sprawą dużych rozmiarów może zamknąć tętnicę o dużej średnicy doprowadzające krew do większych obszarów mózgu.

Pacjenci z migotaniem przedsionków doznają rozległego uszkodzenia mózgu, są w gorszym stanie neurologicznym w ostrym okresie choroby, częściej wymagają opieki instytucjonalnej oraz częściej dochodzi u nich do zgonu. Niestety, ten rodzaj udaru mózgu charakteryzuje się dużym ryzykiem nawrotu.

Udar występuje nagle i może mieć trwałe skutki. Mówi się, że w udarze czas to mózg, czyli ogromnie ważne jest podjęcie jak najszybciej interwencji medycznej.

Jakie objawy udaru powinien znać każdy z nas?

Udar mózgu rzeczywiście najczęściej rozpoczyna się nagle. Ta nagłość jest wpisana w naturę tej choroby. Najczęściej dochodzi do nagłego osłabienia siły mięśniowej kończyn, w naszej populacji z reguły po stronie prawej, z towarzyszącą asymetrią twarzy, czyli opadnięciem kąćka ust, zaburzeniami mowy lub bez nich. Inne możliwe objawy towarzyszące wymienionym lub niezależne od nich, to np. zaburzenia widzenia, połykania, zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia świadomości. Objawy udaru mózgu mogą występować w różnej konstelacji. Jednak najczęstszy obraz kliniczny to niedowład kończyn, opadnięcie kąćka ust po stronie niedowład, towarzyszące temu zaburzenia mowy.

Jak szybko osoba z objawami udaru mózgu powinna otrzymać leczenie?

Czas wdrożenia leczenia, podobnie jak rodzaj terapii mają znaczenie dla konsekwencji udaru mózgu czyli dla stopnia niepełnosprawności poudarowej. Zatem powinniśmy dążyć do tego, żeby czas od pierwszego objawu do rozpoczęcia le-

czenia był jak najkrótszy. W przypadku leczenia trombolitycznego możemy podać lek dożylnie do 4,5 godz. od początku udaru mózgu. Inna, nowoczesna metoda, czyli trombektomia mechaniczna, może być zastosowana u większości pacjentów do szóstej godziny od początku zachorowania. Istnieją sytuacje, kiedy możemy opóźnić wdrożenie tej metody. Trzeba przy tym pamiętać, że szanse chorego na powrót do zdrowia, u którego rozpoczniemy leczenie w ciągu pierwszej godziny, są znacząco większe niż tego pacjenta, u którego rozpoczniemy to samo leczenie np. w trzeciej godzinie.

W jaki sposób można uchronić chorych przed udarem? Jak działają leki przeciwkrzepliwce?

Istnieją ustalone zasady profilaktyki pierwotnej i wtórnej udaru mózgu, które znacząco redukują ryzyko tej choroby. W profilaktyce udaru związanego z migotaniem przedsionków najlepszym sposobem jest stosowanie leku antykoagulacyjnego. Mamy dostępne leki antykoagulacyjne starej i nowej generacji. Ich działanie polega na hamowaniu powstawania bądź też blokowaniu aktywności różnych czynników układu krzepnięcia. W ten sposób powstrzymuje się proces generowania trombiny i formułowania się zakrzepów.

Uznaną od lat metodą stosowaną w prewencji udarów jest zamknięcie uszka lewego przedsionka serca. U których chorych się ją stosuje?

Z neurologicznego punktu widzenia ta metoda jest dedykowana chorym z migotaniem przedsionków, u których doszło już do udaru mózgu i mają oni wysokie ryzyko ponownego udaru oraz jednocześnie przeciwwskazania do długotrwałej antykoagulacji doustnej. Nie jest to więc metoda, po którą my neurologi sięgamy z wyboru. Ważnym elementem jest sytuacja kliniczna polegająca na tym, że pacjent ma przeciwwskazania do przewlekłej antykoagulacji.

Czy wiadomo z badań, w jakim stopniu zamknięcie uszka lewego przedsionka zmniejsza ryzyko udaru?

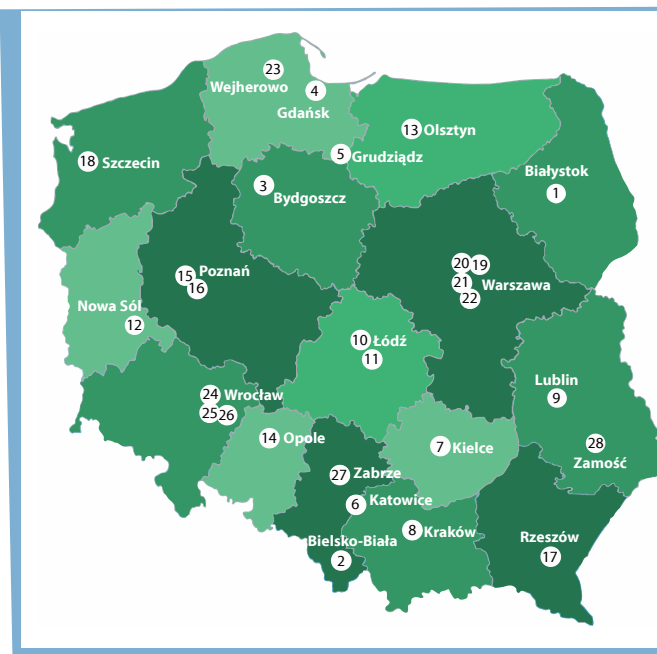
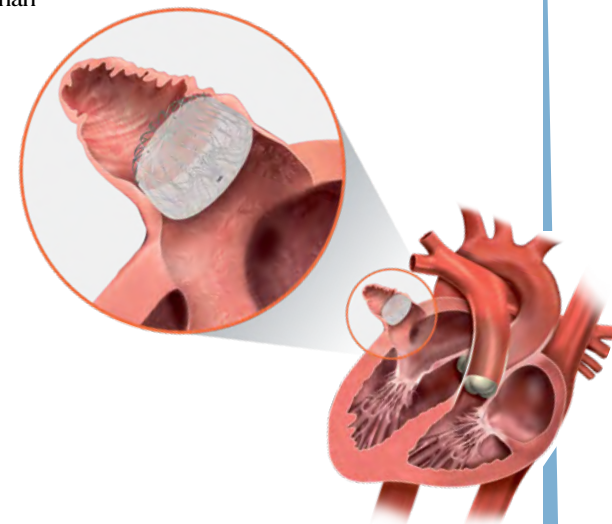
Mamy zaledwie kilka badań z randomizacją (losowy rozdział uczestników do grup porównawczych – przyp. red.) porównujących skuteczność zamknięcia uszka lewego ze stosowaniem leków antykoagulacyjnych. Obecnie więc wiedzę czerpiemy głównie z badań obserwacyjnych. Wynika z nich, że zamknięcie uszka lewego przedsionka nie likwiduje całkowicie ryzyka udaru mózgu u chorych z niezastawkowym migotaniem przedsionków lecz je redukuje. Redukcja ryzyka jest możliwa nawet w granicach czterdziestu kilku procent, w stosunku do oszacowanego na podstawie odpowiedniej skali biorącej pod uwagę wiek pacjenta i obecne choroby. Z zamknięcia uszka lewego przedsionka szczególne korzyści kliniczne mogą odnieść pacjenci, u których w przeszłości wystąpił już jakiś incydent zakrzepowo-zatorowy, w tym udar mózgu.

Ośrodki w Polsce przeprowadzające zabieg

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Białystok
2. Polsko- Amerykańskie Kliniki Serca, Bielsko-Biała
3. Szpital Uniwersytecki im. dr Antoniego Jurasza, Bydgoszcz
4. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk
5. Regionalny Szpital Specjalistyczny, Grudziądz
6. SPSP Nr 7 Śląskiego UM w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne, Katowice
7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Kielce
8. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków
9. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4, Lublin
10. Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego, Łódź
11. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital, Łódź
12. Wielospecjalistyczny Szpital, Nowa Sól
13. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn
14. Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Opole

15. Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań
16. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski, Poznań
17. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej, Rzeszów
18. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM, Szczecin
19. Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa
20. Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny, Warszawa
21. Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa
22. Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa
23. Szpital Specjalistyczny, Wejherowo
24. 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław
25. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza- Radeckiego, Wrocław
26. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław
27. Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze
28. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im Jana Pawła II, Zamość

Widok serca z okluderem w uszku lewego przedsionka



Ślinotok należy i można leczyć



Problem ślinotoku jest często bagatelizowany, uznawany za naturalne powikłanie w chorobie Parkinsona, po udarze i w innych schorzeniach neurologicznych, a przez to nie jest leczony. Dla chorych może być powodem do wstydu, wycofania z życia społecznego. Czy tak musi być? Czy możemy to zmienić i pomóc osobom cierpiącym na nadmiar produkcji śliny? Może po prostu trzeba o tym rozmawiać. To schorzenie można skutecznie leczyć.

Dr hab. n. med. Marta Banach

Neurolog z Kliniki Neurologii CMUJ w Krakowie,
kierownik Pracowni Neurofizjologii

Kiedy dochodzi do zaburzeń w wydzielaniu śliny?

Musimy mieć świadomość, że ślinotok może występować fizjologicznie, np. podczas spożywania kwaśnych potraw, owoców, soków. Również występuje fizjologicznie u małych dzieci, szczególnie w trakcie ząbkowania. Towarzyszy chorobie lokomocyjnej. Takie sytuacje nie powinny nas niepokoić, bo jest to reakcja tymczasowa, która ustępuje sama.

Choroby w obrębie jamy ustnej – afty, opryszczka, stan zapalny także sprzyjają ślinotokowi. Nowotwory jamy ustnej – języka, policzka – często dają pierwsze objawy w postaci zaburzeń w wydzielaniu śliny.

Następna grupa przyczyn to choroby neurologiczne. Należą do nich choroba Parkinsona i różne zespoły parkinsonowskie, stwardnienie zanikowe boczne, choroba Wilsona, padaczka, udar mózgu, mózgowie porażenie dziecięce. Tu często powikłaniem jest ślinotok.

Nadmierne wydzielanie śliny może występować po niektórych lekach, np. przeciwpsychotycznych.

Ślinotok powinien być traktowany jedynie jako defekt estetyczny, czy jest to na tyle poważna przypadłość, że należy ją leczyć?

Pominiemy w tym miejscu ślinotok fizjologiczny. Jeżeli mimo odpowiedniej prewencji, czyli właściwej higieny jamy ustnej, wykluczeniu przez stomatologa zmian w jej obrębie po wykluczeniu nowotworu, anomalii anatomicznych, wad zgryzu, ślinotok nadal się utrzymuje pozostaje diagnostyka neurologiczna. I często długotrwałe leczenie.

Jakie są możliwości leczenia ślinotoku towarzyszącego chorobom neurologicznym?

Generalnie leczenie jest wielokierunkowe. Oczywiście podstawę stanowi właściwe leczenie choroby podstawowej. Jeśli chodzi o sam ślinotok, to do tej pory wykorzystywano terapię mowy, ćwiczenia usprawniające motorykę jamy ustnej, usprawniające połykanie. Nie były to jednak szczególnie skuteczne metody, a tylko nieznacznie zmniejszały problem.

W farmakoterapii ślinotoku wykorzystywane są leki przeciwcholinergiczne. Niestety dają one bardzo dużo objawów niepożądanych, co ogranicza ich stosowanie. Powodują zaburzenia funkcji poznawczych, senność, zatrzymanie moczu. Wspominałam tylko niektóre z działań niepożądanych, w rzeczywistości jest ich dużo więcej. Trzeba też pamiętać, że leki te nie zostały zarejestrowane do leczenia ślinotoku, a zatem ich stosowanie jest poza wskazaniem. Niekiedy w skrajnych przypadkach ślinotok możemy leczyć radioterapią, od której się jednak odstępujemy ze względu na liczne objawy niepożądane. Czasami stosuje się interwencję chirurgiczną, ale jest to bardzo inwazyjna i nieodwracalna metoda, dlatego powinna być stosowana w ostateczności.

Czy są inne skuteczne i bezpieczne możliwości leczenia ślinotoku?

Jakiś czas temu zupełnie przypadkowo odkryto, że toksyna botulinowa stosowana w leczeniu innych schorzeń, m.in. dystonii ogniskowej i kręczy karku, może być alternatywną metodą leczenia ślinotoku. Wykazuje przy tym wysoki profil bezpieczeństwa. Jednym z działań niepożądanych była jedynie przemijająca suchość w jamie ustnej. W ostatnich latach zostały wykonane badania oceniające skuteczność i bezpieczeństwo wstrzyknięć toksyny botulinowej do gruczołów ślinowych w leczeniu ślinotoku zarówno u dorosłych jak i dzieci. Okazało się, że jest to leczenie bardzo skuteczne, do tego powodujące niewielką liczbę objawów niepożądanych. I tak też toksyna botulinowa została zatwierdzona do leczenia ślinotoku u dorosłych przez FDA w Stanach Zjednoczonych w 2018 r., natomiast w Europie rok później. Dzisiaj w Polsce mamy jeden preparat toksyny zarejestrowany do leczenia ślinotoku. Po wynikach uzyskanych w badaniach wieloośrodkowych zarejestrowano toksynę botulinową do leczenia ślinotoku również u dzieci.

Czy ta metoda jest absolutnie bezpieczna?

Tak. Mogę powiedzieć ze swojego doświadczenia, a podaję toksynę botulinową w wielu wskazaniach, że leczenie jest bardzo skuteczne i powoduje naprawdę niewiele zdarzeń niepożądanych. Najczęstsze takie zdarzenia w trakcie leczenia ślinotoku to dysfagia, (zaburzenia połykania), czasem suchość w ustach. Te objawy są bardzo niewielkie, przejściowe i całkowicie ustępują bez leczenia.

Bardzo ważna jest odpowiednio dobrana dawka toksyny. Jak każdy lek w zbyt dużych dawkach może być toksyczny. Przy większej dawce może być lepszy efekt, ale mogą się pojawić objawy niepożądane, dlatego w trakcie leczenia dobieramy pacjentowi optymalną dawkę. Jeżeli prawidłowo zakwalifikujemy pacjenta, odpowiednio dobierzemy dawkę oraz precyzyjnie podamy do ślinianki, ryzyko jakichkolwiek działań niepożądanych jest minimalne. To bezpieczna metoda. Aby aplikacja była bardziej precyzyjna ja podaję toksynę botulinową pod kontrolą ultrasonografii.

Czy pacjenta przed podaniem leku trzeba specjalnie przygotować?

Zawsze bardzo ważna jest rozmowa z pacjentem, wyjaśnienie jego wątpliwości. Od tego rozpoczynam każdą terapię. Pacjentów niepokoi już sama nazwa „toksyna botulinowa”. Zawsze informuję o mechanizmie działania tego leku, jakie mogą być objawy niepożądane i co ważne jakich efektów leczenia można oczekiwać. Takie podejście daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i możliwość świadomego wyboru. Po zabiegu z reguły pacjent jest mile zaskoczony, bo efekt terapeutyczny jest niezaprzeczalny.



Pacjenci z chorobą Parkinsona, po udarze mózgu, urazach ośrodkowego układu nerwowego i z innymi schorzeniami neurologicznymi nie muszą zmagać się z przewlekłym ślinotokiem.

Czy toksyna botulinowa jest standardem światowym w leczeniu ślinotoku?

Międzynarodowe wieloośrodkowe badania, o których wspominałam, wykazały, że jest to obecnie najlepsze leczenie ślinotoku zalecane także przez światowe autorytety w neurologii. Nie ma lepszej alternatywy. Jak mówiłam, wszystkie leki antycholinergiczne choć może skuteczne, dają ogromną liczbę działań niepożądanych. W związku z tym z pełną odpowiedzialnością mogę powiedzieć, że toksyna botulinowa jest obecnie standardem w leczeniu ślinotoku.

Jakich efektów pacjent może się spodziewać po toksynie botulinowej? Czy wystarczy jedno wstrzyknięcie, czy trzeba je powtarzać?

Na pewno jest zdecydowana poprawa. Zmniejszenie ilości wydzielanej śliny, w związku z tym poprawa jakości życia. Ślinotok utrudnia jedzenie, powoduje macerację skóry, daje poczucie dyskomfortu, co w konsekwencji prowadzi do obniżenia samooceny, izolacji i depresji. Zabieg ostrzykiwania ślinianek powinien być powtarzany.

Jaki jest schemat podawania toksyny botulinowej?

Schemat podawania też jest istotny, lek podajemy co 16 tygodni. Leki doustne pacjent musi przyjmować codziennie, co może być problematyczne u starszych pacjentów z utrudnionym połykaniem. Dochodzi wówczas do zakrzuszeń, a w konsekwencji unikania przyjmowania przez pacjenta leków. W przypadku leczenia toksyną uzyskujemy efekt długotrwały, co jest w mojej ocenie wartością dodaną.

Czy chciałaby pani Profesor na koniec coś przekazać pacjentom i ich rodzinom, opiekunom?

Bardzo się cieszę, że problem ślinotoku poruszany jest tak szeroko. Jest on często bagatelizowany przez opiekunów chorych, a nawet lekarzy. Musimy obalić mit. Pacjenci z chorobą Parkinsona, po udarze mózgu, urazach ośrodkowego układu nerwowego i z innymi schorzeniami neurologicznymi nie muszą zmagać się z przewlekłym ślinotokiem. Dzisiaj możemy go skutecznie leczyć.

Jak uniknąć drugiego udaru?



Stosowanie się do zaleceń lekarskich, w tym przyjmowanie zapisanych przez lekarza leków oraz zmiana trybu życia, to najważniejsze czynniki, które zmniejszają ryzyko wystąpienia kolejnego udaru mózgu.

Prof. dr hab. n. med. Jacek Roźniecki

Katedra i Klinika Neurologii UM w Łodzi,
prezes Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy

Udar mózgu zmienia życie pacjenta i jego rodziny. W jaki sposób?
Udar mózgu zabiera pacjentowi jego dotychczasowe życie i każe żyć zupełnie inaczej, krok po kroku ucząc się od nowa wielu codziennych czynności. Część chorych po udarze, jeśli jest jeszcze aktywna zawodowo, jest zmuszona zrezygnować z pracy. Są także takie przypadki, kiedy przez udar mózgu chory nie może wstać z łóżka. Czasem po udarze chory traci mowę i możliwość porozumiewania się. Rehabilitacja po takim zdarzeniu kardiologicznym potrafi być długa i wymaga dużej cierpliwości, jednak w wielu przypadkach chory wraca w dużej mierze do samodzielności. Warunkiem jest tu również stosowanie się do zaleceń terapeutycznych i regularne przyjmowanie przepisanych leków. Jeśli jednak pomoc nie nadejdzie na czas osoba, która przeszła udar mózgu, przestaje być samodzielną, wymaga opieki najbliższych lub trafia do specjalnej placówki opiekuńczej. Udar wpływa na chorego i jego najbliższych, każe w kilka godzin przeorganizować życie całej rodziny, tak aby zapewnić choremu opiekę, często także pomoc finansową.

Jakie czynniki przyczyniają się do kolejnych epizodów udaru mózgu?

Czynniki te możemy podzielić na takie, na które nie mamy wpływu i na takie, na które wpływ mamy. Te pierwsze to przede wszystkim wiek, częściej na udar mózgu zapadają osoby starsze, płeć – udar częściej doświadczają kobiety, szczególnie w populacji osób po 70 r.ż., uwarunkowania genetyczne. Czynniki modyfikowalne, to takie, na które mamy wpływ i tę grupę czynników znów możemy podzielić na dwie podgrupy. Pierwsza grupa to czynniki związane ze stanem zdrowia pacjenta i chorobami, na które cierpi. To, czy podejmiemy się ich rozpoznania i leczenia, decyduje o ryzyku wystąpienia kolejnego udaru. Druga podgrupa czynników modyfikowalnych to czynniki, które są zależne od samego pacjenta i jego sumienia. Kiedy pacjent zastanawia się co może zrobić, aby nie przeżyć kolejnego udaru, powinien zwrócić uwagę na czynniki, na które ma wpływ – przede wszystkim przyjmować zalecone przez lekarza leki, do których należą kwas acetylosalicylowy, statyny czy betablokery. Należy dopilnować leczenia takich chorób jak cukrzyca, nadciśnienie, ale też pomyśleć o rzuceniu palenia, redukcji masy ciała, czy włączeniu aktywności fizycznej, jeśli tego ruchu jest u niego za mało. Jeśli pacjent nie przyjmuje zaleconych leków, jest otyły, pali papierosy, nie rusza się, ryzyko udaru jest większe.

Czy pacjenci, u których w przeszłości wystąpił udar mózgu, chętnie stosują się do zaleceń lekarskich? Które z tych zaleceń stanowią największe wyzwanie dla chorych?

Niestety pacjenci w Polsce mają poważny problem z przestrzeganiem zaleceń wydanych przez lekarza. A przecież przede wszystkim regularne przyjmowanie leków, ale także ak-

tywność fizyczna, np. w formie spacerów czy wreszcie zrzućenie zbędnych kilogramów przynoszą pacjentowi same korzyści. To nie jest tak, że dzięki wprowadzeniu zmian, o których wspominałem, tylko my lekarze widzimy poprawę w wynikach badań laboratoryjnych. Chory wprowadza te zmiany dla siebie. To przede wszystkim pacjent zauważa efekty, on zwyczajnie czuje się lepiej z każdym dniem, ma więcej energii, ale także jest sprawniejszy, bardziej samodzielny. Dlatego jeszcze raz przypominam, że kluczowe dla lepszego samopoczucia pacjentów po udarze i uniknięcia ponownego epizodu jest przyjmowanie zapisanych leków, to niewątpliwie podstawa. Dalej na tej liście jest dieta, ruch i najważniejsze – rzucenie palenia tytoniu. Tak, niestety w praktyce zdarza nam się jeszcze opiekować chorymi, którzy pomimo doświadczenia udaru nadal palą! To ogromne zagrożenie dla ich zdrowia i życia.



... chorzy, którzy stosują się do zaleceń lekarskich sprawiają o wiele mniej problemów samym sobie, najbliższym i lekarzom

Jak stosowanie lub niestosowanie się do zaleceń lekarskich wpływa na rokowania pacjentów, u których w przeszłości stwierdzono udar mózgu?

Pracuję z pacjentami na oddziałach i widzę, że chorzy, którzy stosują się do zaleceń lekarskich sprawiają o wiele mniej problemów samym sobie, najbliższym i lekarzom. Regularne przyjmowanie leków gwarantuje im rzadsze wizyty u lekarza, nie pojawiają się kolejne problemy zdrowotne, które wymagają prowadzenia diagnostyki, leczenia w szpitalu. Ponadto mówiłem na początku o tym, że pacjenci po udarze wymagają opieki drugiej osoby i jeśli pacjent stosuje się do zaleceń, korzysta z rehabilitacji, może więcej działań podjąć samodzielnie, odciążając rodzinę i najbliższych.

REKLAMA

Acard[®]
Acidum acetylsalicylicum

Lek, któremu zaufały miliony Polaków*

Pozostań przy swojej tabletki z kwasem acetylosalicylowym (ASA), która chroni przed zawałem serca i udarem niedokrwiennym mózgu.**

Polfa Warszawa S.A. GRUPA polpharma



Acard, Acard 150 mg. Skład i postać: Każda tabletki dojelitowa zawiera odpowiednio 75 mg (Acard) lub 150 mg (Acard 150 mg) kwasu acetylosalicylowego. **Wskazania:** Choroba niedokrwienna serca oraz wszelkie sytuacje kliniczne, w których celowe jest hamowanie agregacji płytek krwi: zapobieganie zawałowi serca u osób dużego ryzyka, świeży zawał serca lub podejrzenie świeżego zawału serca, niestabilna choroba wieńcowa (Acard 150 mg: po przebytym epizodzie niestabilnej choroby wieńcowej), profilaktyka wtórna u osób po przebytym zawałowi serca, stan po wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych, angioplastyce wieńcowej, zapobieganie napadom przejściowego niedokrwienia mózgu (TIA) i niedokrwienne udaru mózgu u pacjentów z TIA, po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu u pacjentów z TIA, u osób z zrostową miażdżycą tętnic obwodowych, zapobieganie zakrzepicy naczyń wieńcowych u pacjentów z mnogimi czynnikami ryzyka, zapobieganie zakrzepicy żyłnej i zatorowi płuc u pacjentów długotrwale unieruchomionych, np. po dużych zabiegach chirurgicznych jako uzupełnienie innych sposobów profilaktyki. Decyzję o rozpoczęciu leczenia kwasem acetylosalicylowym i stosowanej dawce powinien podjąć lekarz. **Przeciwwskazania:** Produktu Acard nie należy stosować: w przypadku nadwrażliwości na substancję czynną – kwas acetylosalicylowy, inne salicylany lub na którąkolwiek substancję pomocniczą produktu leczniczego; u pacjentów ze skazą krwotoczną, u pacjentów z czynną chorobą wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy; u pacjentów z ciężką niewydolnością nerek; u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby; u pacjentów z ciężką niewydolnością serca; u pacjentów z napadami tzw. astmy aspirynowej w wywiadzie, wywołanymi podaniem salicylanów lub substancji o podobnym działaniu, szczególnie niesteroidowych leków przeciwzapalnych; jednocześnie z metotreksatem w dawkach 15 mg na tydzień lub większych; w ostatnim trymestrze ciąży; u dzieci w wieku do 12 lat w przebiegu infekcji wirusowych ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a – rzadko występującej, ale ciężkiej choroby powodującej uszkodzenie wątroby i mózgu. Produktu Acard 150 mg nie należy stosować: w przypadku nadwrażliwości na kwas acetylosalicylowy, inne salicylany lub na którąkolwiek substancję pomocniczą produktu leczniczego; u pacjentów z ciężką niewydolnością nerek; u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby; u pacjentów z ciężką niewydolnością serca; u pacjentów z napadami tzw. astmy aspirynowej w wywiadzie, wywołanymi podaniem salicylanów lub substancji o podobnym działaniu, szczególnie niesteroidowych leków przeciwzapalnych; jednocześnie z metotreksatem w dawkach 15 mg na tydzień lub większych; w ostatnim trymestrze ciąży; u pacjentów z dną moczaniową; u pacjentów z niedoborem dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej; u dzieci i młodzieży w wieku do 16 lat w przebiegu infekcji wirusowych ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a – rzadko występującej, ale ciężkiej choroby powodującej uszkodzenie wątroby i mózgu. **Podmiot odpowiedzialny:** Polfa Warszawa S.A. ChPL Acard: 2020.03.13. Acard 150: 2019.06.05.

* IQVIA Poland Pharmascope 10/2021; Units, YTD/10/2021

** Acard wskazany jest m.in. w: zapobieganiu zawałowi serca u osób dużego ryzyka; w prewencji wtórnej po przebytym zawałowi serca; w zapobieganiu napadom przejściowego niedokrwienia mózgu (TIA) i niedokrwienne udaru mózgu u pacjentów z TIA; po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu u pacjentów z TIA.

PRZED UŻYCIEM ZAPOZNAJ SIĘ Z ULOTKĄ, KTÓRA ZAWIERA WSKAZANIA, PRZECIWWSKAZANIA, DANE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH I DAWKOWANIE ORAZ INFORMACJE DOTYCZĄCE STOSOWANIA PRODUKTU LECZNICZEGO, BĄDŹ SKONSULTUJ SIĘ Z LEKARZEM LUB FARMACEUTĄ, GDYŻ KAŻDY LEK NIEWŁAŚCIWIE STOSOWANY ZAGRAŻA TWOJEMU ŻYCIU LUB ZDROWIU.

ŻYĆ DOBRZE Z SM – TO MOŻLIWE!



Rozmowa z Maliną Wieczorek, założycielką „Fundacji SM – walcz o siebie!”, zraszającą i wspierającą osoby chore na SM oraz ich rodziny, pacjentką chorą na stwardnienie rozsiane, właścicielką agencji marketingu społecznego, laureatką wielu prestiżowych nagród i wyróżnień, malarką, absolwentką krakowskiej ASP.

Pani może być przykładem, że można dobrze żyć z SM, być aktywnym, spełnionym, osiągać sukcesy prywatne i zawodowe.

Aktywność w dużej mierze zależy od szybkości zdiagnozowania i wprowadzenia leczenia. Im wcześniej – tym lepiej. Ja choruję już ponad 20 lat, ale szybko wdrożyłam leczenie, choć nie było łatwo z uwagi na brak refundacji w czasie, kiedy zachorowałam. Wiedziałam, że dużo zależy od mojego nastawienia i woli walki. Ale też sporo od postaci choroby, wieku podczas diagnozowania, itd. Obok innych aktywności zawodowych założyłam „Fundację SM – walcz o siebie”, takie szczególne miejsce zraszające osoby z SM i ich najbliższych, w którym mogą przede wszystkim uzyskać najświeższe informacje. Stawiam na wiedzę i dialog na linii pacjent-lekarz. Ale są też osoby, którym jest bardzo trudno – są starsi, mniej sprawni, choroba postępuje, bo nie mogą być w żadnym programie lekowym, cierpią fizycznie i psychicznie. I to też jest rzeczywistość chorych na SM, z którą się spotykamy na co dzień. Ja, dzięki wczesnej interwencji, mam to szczęście, że choroba nie przeszkadza mi intensywnie działać, być prezeską fundacji, pracować i prowadzić działalność edukacyjną, być matką, działać na polu sztuki, czuć się dobrze i spełniać się w życiu, w którym choroba mnie nie ogranicza. Wszystko zaczyna się od szybkiej diagnozy i terapii, bo dobre życie z SM jest możliwe! Najważniejsze jest to, by każdy chory miał równy start w terapii i miał tę możliwość wybrać, co chce w życiu dalej robić i mógł to robić bez poczucia krzywdy, że gdyby nie choroba, gdyby nie czyjeś decyzje dotyczące leczenia, gdyby nie finanse, to jego życie mogłoby być lepsze, pełniejsze, bardziej jakościowe i satysfakcjonujące. Ja staram się z niego korzystać, jak tylko mogę i inspirować do takiego podejścia inne osoby z SM.

Ukazały się właśnie wyniki, przeprowadzonego przez „Fundację SM – walcz o siebie”, badania opinii publicznej na grupie blisko 1000 osób chorych na stwardnienie rozsiane. Jakich wniosków dostarczyła tak duża analiza?

Badanie, które nazwaliśmy „Współczesna diagnostyka i leczenie SM w Polsce” było częścią kampanii społeczno-edukacyjnej realizowanej pod hasłem „SM w czasach pandemii COVID-19”. Chcieliśmy przede wszystkim zbadać różne aspekty związane z diagnostyką i leczeniem stwardnienia rozsianego. To bardzo ważny i trudny temat, a opinia blisko tysiąca osób bezpośrednio dotkniętych tą chorobą jest nieocenionym źródłem informacji – przede wszystkim dla nas, bo stanowi swego rodzaju diagnozę rzeczywistości chorych w Polsce, ale także dla naszych partnerów z ośrodków akademickich. Zaskoczenia nie było – wg badanych nadal zbyt długi jest tzw. proces diagnostyczny, czyli czas między wystąpieniem pierwszych objawów a postawieniem diagnozy. I choć pacjenci lepiej niż jeszcze rok temu odnajdują się w warunkach pandemicznej rzeczywistości i dostrzegają pozytywne zmiany w dostępności do opieki zdrowotnej, to nadal wskazują na konieczność wprowadzenia zmian czy skutecznych rozwiązań na poziomie systemu.

Wspomniała Pani, że jeden z problemów, na który wskazują respondenci to długi czas, jaki upływa od zauważenia pierwszych objawów do postawienia diagnozy.

Jak w praktyce wygląda w Polsce ten proces?

Przede wszystkim – za długo. W Polsce czeka się na postawienie diagnozy średnio ok. 7,5 miesiąca. Ale to średnia, bo są przypadki – wcale nieodosobnione – które czekają nawet 2 lata. Dla porównania dodam, że eksperci wskazują, żeby ten czas nie przekraczał 4 miesięcy, a docelowo został skrócony do 2 miesięcy. Ale zdiagnozowanie SM to jedno – drugie to rozpoczęcie leczenia. Często to ponad rok życia ze świadomością diagnozy i w napięciu, w oczekiwaniu na pomoc, która nie nadejdzie z dnia na dzień. Nie dziwi więc, że ten argument powtarzał się bardzo często w badaniu opinii chorych, bo to właśnie oni ponoszą konsekwencje tak długiego oczekiwania na specjalistyczne wsparcie. Z czego to wynika? Pacjenci wymagają konsultacji neurologicznej, a terminy wizyt są odległe, bo brakuje personelu, brakuje neurologów, muszą więc czekać. Potem czekają na wykonanie badań specjalistycznych, bo nie ma tzw. szybkiej ścieżki diagnostycznej dla chorych, u których podejrzewa się SM. Nie bez znaczenia jest też brak edukacji i świadomości społecznej. Chorzy nie zgłaszają się do lekarza, bo nie znają objawów i nie potrafią ich połączyć ze stwardnieniem rozsianym, a lekarze pierwszego kontaktu nie zawsze od razu potrafią rozpoznać objawy SM, które czasami są niespecyficzne. Na to wszystko nałożyła się pandemia, która mocno utrudniła i skomplikowała sytuację.

SM
WALCZ O SIEBIE

STWARDNIENIE ROZSIANE
Obserwujesz u siebie niepokojące objawy? **Problemy ze wzrokiem, równowagą i drętwieniem kończyn? To może być SM!**
W skutecznym leczeniu stwardnienia rozsianego najważniejsza jest wczesna diagnoza i ciągłość terapii, dostępnej w programie lekowym dla różnych postaci SM. Walcz o siebie, działaj, żyj!
W SM LICZY SIĘ CZAS!

sm-walchosiebie.pl
szkola-motywacji.pl