11 listopada 2020

Udar mózgu u osób w starszym wieku

Udar mózgu to zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy uogólnionego zaburzenia czynności mózgu (potwierdzonego w badaniach obrazowych, głównie tomografii komputerowej, TK), którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa. Zajmuje trzecie miejsce na liście najczęstszych przyczyn zgonów ludzi – po chorobach serca i nowotworach. Jest też najczęstszą przyczyną niepełnosprawności, utraty samodzielności osób po 40. roku życia. Często prowadzi, choć nie każdy udar, do demencji, inaczej otępienia naczyniowego. Objawy zależą od lokalizacji i rozmiaru uszkodzenia mózgu. Jeden duży udar może przyczynić się do niepełnosprawności z dnia na dzień. Można mieć bardzo mały udar, mikroudar i nawet o tym nie wiedzieć. Kilka mikroudarów w różnych odstępach czasu powoduje, że sprawności funkcjonalne, emocjonalne, poznawcze mocno się zmieniają. To wcale nie oznacza naturalnej starości. Objawy demencji naczyniowej mogą zacząć przypominać chorobę Alzheimera. Obie formy demencji często występują razem. Jak je odróżnić. W chorobie Alzheimera podopieczny ogląda film, ale mózg nie może tego zapamiętać, „zapisać". Może go oglądać kilka razy i za każdym razem jakby oglądał go po raz pierwszy. W demencji naczyniowej zdarzają się dobre i złe dni (raz podopieczny tak, jak w chorobie Alzheimera może mówić, że nie widział tego filmu, a innym razem dobrze go pamiętać), towarzyszy temu duża zmienność nastrojów (np. płacz bez powodu) oraz nagłe zmiany zachowania (np. jednego dnia podopieczny włoży klucze do lodówki zamiast położyć je na szafce, w chorobie Alzheimera takich nagłych zmian nie ma, chyba, że współwystępuje demencja mieszana). W demencji naczyniowej mogą pojawiać się zmiany nastroju. Trudności ze skupieniem uwagi, wycofanie z życia towarzyskiego, co przypomina objawy depresji. Jeśli w demencji naczyniowej dojdzie do uszkodzenia płatów czołowo-skroniowych w mózgu, pojawia się tzw. demencja czołowo-skroniowa, w której zmienia się zachowanie, osobowość podopiecznego, zaczyna mieć trudności z podejmowaniem racjonalnych decyzji. Staje się wulgarny, obsceniczny, impulsywny bądź agresywny, zaniedbuje codzienne obowiązki. Pojawiają się problemy z czytaniem, mówieniem i rozumieniem tego co podopieczny mówi, bądź podopieczny nie rozumie, co inni do niego mówią.

Przyczyny

Głównymi czynnikami ryzyka wystąpienia udaru są: nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, cukrzyca, zaburzenia lipidowe, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, otyłość. Udar mózgu może być spowodowany niedokrwieniem mózgu (85%) lub krwawieniem do mózgu (15%). Mianem wylewu (termin często używany przez chorych i opiekunów) określa się udar krwotoczny, czyli udar spowodowany krwawieniem śródmózgowym lub podpajęczynówkowym.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Znacznie częściej powstaje udar niedokrwienny, czyli zawał mózgu.

Objawy

Objawy są różne w zależności od tego, w jakim rejonie mózgu doszło do „katastrofy naczyniowej". Najczęściej dochodzi do uszkodzenia jednej z półkul mózgowych. Pojawia się niedowład, czyli osłabienie (*paresis, paraliż*), lub porażenie, czyli całkowity brak ruchu (*plegia*) połowy ciała. Objawom tym mogą towarzyszyć zaburzenia czucia (niedoczulica) połowy ciała oraz ubytek połowy pola widzenia, po stronie odpowiadającej stronie z zaburzeniami ruchowymi. Większość szlaków nerwowych w mózgu krzyżuje się i dlatego objawy uszkodzenia widoczne występują po stronie przeciwnej do uszkodzonej półkuli mózgowej. Jeżeli uszkodzeniu ulegną ośrodki mowy, chory ma tzw. afazję. Ma ona być ruchowa, kiedy podopieczny rozumie, co do niego mówimy, ale nie może odpowiedzieć, lub czuciowa, kiedy chory nie rozumie treści przekazywanych informacji, ale może mówić spontanicznie. Najczęściej występuje afazja mieszana. Wśród objawów udaru mózgu występują też: silne bóle i zawroty głowy, zaburzenia równowagi z nudnościami i wymiotami, dwojenie obrazu, nagłe zaniewidzenie na jedno oko, zaburzenia połykania. Przy dużym uszkodzeniu mózgu pojawiają się zaburzenia przytomności, od lekkich do głębokiej śpiączki.

Leczenie

W ostrej fazie udaru chory wymaga leczenia szpitalnego, które w przypadku udarów niedokrwiennych trwa około 10 dni, w krwotocznym dłużej. Jeżeli chory z udarem niedokrwiennym trafi do szpitala w ciągu trzech godzin, w większości przypadków otrzyma dożylne leki trombolityczne (rozpuszczające skrzepliny i zatory). W czasie pobytu w szpitalu jest odpowiednio nawadniany, terapia polega na uregulowaniu ciśnienia tętniczego, poziomu glukozy. W przypadku zaburzeń przytomności chory otrzymuje dożylne leki zmniejszające obrzęk mózgu. Po ustabilizowaniu się stanu chorego, rozpoczyna się rehabilitację, która powinna być kontynuowana w sanatorium lub domu chorego. Po ostrym okresie udaru, chory narażony jest na liczne powikłania, które znacznie zwiększają śmiertelność. Należą do nich zapalenie płu i dróg oddechowych, powikłania zakrzepowo-zatorowe, zachłyśnięcia, odleżyny.

Mikroudar (mały udar, mini udar, przemijające niedokrwienie mózgu, TIA), to schorzenie związane z nagłym zaburzeniem dostarczania krwi do mózgu, problem zasadniczo mniej poważny od "klasycznego". Jakie są różnice pomiędzy typowym udarem mózgu a małym udarem? Charakterystycznymi cechami mikroudaru są jego nagłe wystąpienie, oraz to, że objawy mini udaru ustępują całkowicie samoistnie (czasami jest to kilka minut, czasami kilka godzin) oraz to, że maksymalny czas utrzymywania się dolegliwości u pacjentów nie przekracza 24 godzin. Pacjenci bagatelizują ten stan i wcale nie odwiedzają lekarza. Taka sytuacja jest skrajnie wręcz niebezpieczna - wystąpienie mikroudaru nierzadko poprzedza bowiem pełnoobjawowy udar mózgu.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Istnieją jednak pewne czynniki ryzyka mikroudaru, na które pacjenci wpływu niestety nie mają - takimi niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka mini udaru są: wiek (ryzyko małego udaru znacząco zwiększa się po przekroczeniu 55. roku życia); płeć (mężczyźni są bardziej zagrożeni wystąpieniem mini udaru); wywiad rodzinny (wtedy, gdy u któregoś członka rodziny wystąpił mikroudar lub udar mózgu, ryzyko tego, że problem pojawi się również i u innych osób z tej samej rodziny, jest znacząco zwiększone). Częstymi objawami są: paraliż połowiczy twarzy (dochodzić może np. do opadnięcia powieki czy kącika ust po jednej stronie twarzy, chorzy z mini udarem mogą mieć też trudności z uśmiechnięciem się); porażenie, a czasami niedowład mięśni kończyny górnej (prowadzące do trudności chociażby z uniesieniem kończyny, chorzy z mikroudarem mogą odczuwać również drętwienie i inne zaburzenia czucia); zaburzenia mowy (chory może bełkotać, przez co jego mowa bywa całkowicie niezrozumiała, ale i może on mieć trudności z rozumieniem mowy innych); zawroty głowy; zaburzenia równowagi; zaburzenia widzenia (np. w postaci odbierania zdwojonego obrazu, a czasami w postaci przemijającej ślepoty jednoocznej). U osoby, która doświadczyła małego udaru, konieczne jest oszacowanie tego, jak duże jest ryzyko pojawienia się u niej poważniejszych zaburzeń neurologicznych. Do tego celu służy skala ABCD2 - przyznaje się w niej punkty za: wiek (powyżej 60 lat - 1 punkt); wartość ciśnienia tętniczego (wyższe niż 140/90 mm Hg - 1 punkt); istnienie u chorego objawów ruchowych po jednej stronie ciała (2 punkty); czas występowania odchyleń neurologicznych (poniżej godziny - 1 punkt, powyżej godziny - 2 punkty); istnienie zaburzeń mowy (w razie afazji - 1 punkt); choroby współistniejące (gdy pacjent cierpi na cukrzycę - 1 punkt). Im więcej punktów w skali ABCD2 otrzyma pacjent, tym ryzyko tego, że w niedługim czasie wystąpi u niego udar mózgu, jest większe. Zasadniczo u każdej osoby, która przebyła mikroudar, rozpoczynana jest terapia lekami przeciwpłytkowymi - chorym zalecane jest dożywotnie przyjmowanie kwasu acetylosalicylowego (lub - w razie jego nietolerancji lub przeciwwskazań do stosowania - innych leków przeciwpłytkowych). W sytuacji, gdy pacjent cierpi na zaburzenia rytmu serca (szczególnie na migotanie przedsionków), wskazane jest rozpoczęcie stosowania przez niego leków zmniejszających krzepliwość krwi (antykoagulantów).W leczeniu mikroudaru u osób, które zmagają się z zaburzeniami lipidowymi, uzasadnione może być rozpoczęcie przyjmowania przez nich preparatów z grupy statyn. Niezwykle ważne jest także optymalne leczenie schorzeń, na które cierpi osoba będąca po mini udarze – mowa tutaj np. o konieczności utrzymywania właściwych wartości ciśnienia tętniczego krwi u chorych z nadciśnieniem tętniczym oraz o optymalnej kontroli glikemii u pacjentów zmagających się z cukrzycą. Całkowicie zapobiec wystąpieniu mikroudaru zwyczajnie się nie da, prawda jest jednak taka, że właściwy tryb życia znacząco może obniżyć ryzyko zachorowania. Mowa tutaj chociażby o stosowaniu zbilansowanej, bogatej w niezbędne składniki odżywcze diety z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych i tłuszczów trans (przykładem takiej korzystnej diety jest dieta śródziemnomorska), regularnym uprawianiu aktywności fizycznej czy podjęciu próby zmniejszenia nadmiernej masy ciała. Chcąc zredukować ryzyko zachorowania na mały udar, pacjenci powinni również pamiętać o szkodliwym działaniu na ich organizmy różnych używek - aby ograniczyć ryzyko wystąpienia mikroudaru, powinno się unikać nadużywania alkoholu, a także powstrzymać się od

palenia papierosów.

Źródło:

1. *Biercewicz M., Szewczyk M.T., Ślusarz R. (red.): Pielęgniarstwo w geriatrii. Wydawca BORGIS, Warszawa 2006.*
2. *Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji. Program damy radę. Fundacja TZMO Razem Zmieniamy Świat. Wydanie 1, Toruń 2019.*
3. *Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: Przewlekle chory w domu. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.*
4. *Kozubski W., Liberski P.P. (red. Nauk.): Neurologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.*

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT