

PRZEWODNIK PACJENTA

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 7-8 (67-68) lipiec-sierpień 2018



Dr med. Marta Swarowska-Skuza
Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym
i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej

• Stwardnienie rozsiane

Stwardnienie rozsiane (SM-sclerosis multiplex) to przewlekła, nabyta choroba neurologiczna.

SM charakteryzuje się obecnością w układzie nerwowym licznych, nieprawidłowych ognisk, w których dochodzi między innymi do uszkodzenia osłonki włókien nerwowych tzw. mieliny, stąd ogniska te nazywane są demielinizacyjnymi. W opisach rezonansu magnetycznego głowy często spotykamy sformułowanie „ogniska demielinizacyjne”, ważne jest by pacjenci wiedzieli, że nie jest to równoznaczne z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego. Istnieją bowiem ściśle kryteria rozpoznania SM, które muszą zostać spełnione, aby móc rozpoznać tę chorobę. **Rozpoznanie SM ustala się na podstawie:** obrazu klinicznego, czyli objawów neurologicznych występujących u pacjenta, obrazu badania rezonansu magnetycznego oraz wyniku badania płynu mózgowo – rdzeniowego. Diagnostyką i leczeniem tej jednostki chorobowej zajmują się neurologi.

Etiologia stwardnienia rozsianego pozostaje nieustalona, najpewniej jest to etiologia wieloczynnikowa, w której rozwoju istotną rolę odgrywają procesy autoimmunologiczne, brany jest również pod uwagę wpływ czynników genetycznych i środowiskowych. **Wyodrębniono kilka czynników, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia SM.** Są to:

- czynniki niemodyfikowalne, takie jak płeć żeńska, młody wiek, czynniki genetyczne, infekcje wirusowe, szczególnie zakażenie wirusem Epsteina – Barr.
- czynniki modyfikowalne: niedobór witaminy D, palenie papierosów, nadmierne spożywanie soli, otyłość.

Na SM choruje 2,5 miliona osób na całym świecie. Choroba rozpoczyna się najczęściej między 20, a 40 rokiem życia, rzadko pierwsze objawy występują przed 10 i po 60 roku życia. Choroba częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn.

Istnieje niesłuszne przekonanie, że SM to zawsze ciężka choroba, która w szybkim czasie skazuje na dużą niepełnosprawność i przedwczesną śmierć. Tymczasem stwardnienie rozsiane może mieć różny przebieg. Większość pacjentów choruje na łagodną postać SM, są to młodzi ludzie, aktywni zawodowo, których choroba nie ogranicza. Rzadziej przebieg choroby jest agresywny i szybko prowadzi do dużej niesprawności.

Objawy choroby mogą być rozmaite, często chorzy mają odczucia trudne dla nich do opisanego. SM nie ma typowego obrazu klinicznego, ale choroba ta częściej zajmuje pewne rejony układu nerwowe-

go. Zmiany patologiczne lokalizują się najczęściej w nerwach wzrokowych, pniu mózgu, mózdzku i rdzeniu kręgowym, co wiąże się z wystąpieniem określonych objawów neurologicznych, takich jak zaburzenia widzenia, równowagi, koordynacji, nieprawidłowego czucia.

Postaram się pokrótce przedstawić najczęściej zgłaszane przez pacjentów dolegliwości:

1. Zaburzenia widzenia. Mogą mieć charakter podwójnego widzenia, pogorszenia ostrości wzroku, utraty widzenia jednym lub obojgiem oczu, zaburzeń pola widzenia. Często pierwszym objawem SM jest tzw. pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, najczęściej objawia się bólem gałki ocznej nasilającym się podczas ruchów gałką oczną, trudnościami w rozpoznawaniu barw, zwłaszcza koloru czerwonego i zielonego, osłabieniem ostrości wzroku. Należy pamiętać, że pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego może, ale nie musi być objawem SM. Czasami jest to izolowana jednostka chorobowa, na którą cierpią osoby nie chorujące na SM.

2. Niedowład kończyn. Nazywany przez pacjentów uczuciem osłabienia. Może dotyczyć jednej kończyny np. dolnej lub górnej, może być połowiczny i wtedy obejmuje kończynę górną i dolną po tej samej stronie, często jest to parapareza czyli osłabienie obu kończyn dolnych.

3. Zawroty głowy, zaburzenia równowagi, niezdolność chodu. Pacjent skarży się, że „chodzi jak pijany”. Brak koordynacji ruchów tułowia i kończyn, zwykle pacjent skarży się na trudności z trafieniem ręką do celu, np. podczas podnoszenia szklanki z wodą nie może trafić do ust.

4. Zaburzenia czucia. Mogą mieć charakter niedoczulicy, czyli słabszego odczuwania bodźców (dotyku, bólu, temperatury) lub przeczulicy, czyli nadmiernego odczuwania, np. zwykły dotyk czujemy jako coś bardzo nieprzyjemnego, bolesnego, piekącego. Zaburzenia czucia mogą dotyczyć jednej kończyny, mogą być połowiczne, czyli obejmować jedną stronę ciała, mogą też przybierać postać tzw. „ciętych zaburzeń czucia”, czyli pasa przeczulicy lub niedoczulicy, który jak obręcz obejmuje tułów.

5. Zaburzenia w oddawaniu moczu, np. nietrzymanie moczu, nagłe parcie na mocz, trudności w rozpoczęciu oddawania moczu. Nietrzymanie stolca lub nagłe parcie na stolec występują rzadziej niż zaburzenia w oddawaniu moczu, natomiast zaparcia są częste, zwłaszcza w zaawansowanych stadiach choroby.

6. Zaburzenia funkcji seksualnych.



U około 85% chorych SM przebiega początkowo pod postacią okresowego pogorszenia stanu neurologicznego czyli tzw. rzutów choroby, po których następuje ustąpienie objawów. Taki przebieg określa się jako **rzutowo – remisyjny**. Po około 10-15 latach trwania choroby u około 50 % pacjentów przebieg zmienia się na postępujący, w którym obserwuje się stopniowe narastanie niesprawności – przebieg **wtórnie postępujący**. W około 10% przypadków choroba ma od początku charakter postępujący i taki przebieg określany jest jako **pierwotnie postępujący**.

Stwardnienie rozsiane jest jedną z najintensywniej badanych chorób układu nerwowego. Na przełomie ostatnich lat powstało wiele leków, które skutecznie modyfikują przebieg choroby. Preparaty te łagodzą przebieg choroby, powodują, że rzuty występują rzadziej i mają łagodniejszy przebieg, nie dopuszczają do wystąpienia niepełnosprawności, lub znacznie odraczają w czasie jej pojawienie się. Są to leki bardzo drogie, ale aktualnie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Oznacza to, że jeżeli pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia, leki te otrzyma bezpłatnie. **Należy pamiętać, że skuteczność leczenia jest tym wyższa im szybciej je rozpoczniemy.** Bardzo ważne jest szybkie rozpoznanie choroby i szybkie wprowadzenie leczenia. Dlatego zachęcam pacjentów, aby nie bagatelizowali swoich dolegliwości, nawet jeśli samoistnie ustąpią i w razie wystąpienia niepokojących objawów znaleźli czas na konsultację neurologiczną. ■



mgr Dorota Boćwińska
Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym
i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej

• UDAR MÓZGU

Pacjent po udarze wychodzi ze szpitala do domu i co dalej?

Udar mózgu jest poważnym stanem chorobowym, jest drugą po zawale serca przyczyną zgonu, ale pierwszą przyczyną niepełnosprawności wśród dorosłych. W Polsce rocznie zapada na tę chorobę 60-70 tysięcy osób. Wystąpienie poważnych, często zagrażających życiu objawów udaru mózgu jest nagłe i niespodziewane zarówno dla chorego jak i dla jego rodziny. Ponad połowa chorych po udarze mózgu jest w różnym stopniu niepełnosprawna, a około 20% to chorzy leżący, całkowicie zależni od pomocy innych. U niektórych pacjentów dochodzi do zaburzenia kontaktu z otoczeniem (zaburzenia mowy, rozumienia, pamięci) oraz utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi.

Szacuje się, że ryzyko wystąpienia kolejnego udaru mózgu w ciągu pierwszego roku od zachorowania wnosi aż 10-12%, a w każdym następnym roku 5-8%. Przedstawione dane statystyczne świadczą o wadze problemu opieki nad chorym po udarze mózgu.

Czy można temu zapobiegać? Tak, można!!!

Sukces leczenia udaru mózgu w fazie szpitalnej w dużym stopniu zależy od samych pacjentów. Czynniki ryzyka udaru można podzielić na dwie grupy: niemodyfikowalne i modyfikowalne, my możemy mieć wpływ na czynniki modyfikowalne.

1. Trzeba zmienić styl życia:

- Nie palić papierosów
- Nie nadużywać alkoholu
- Zmodyfikować dietę
- Prowadzić aktywny tryb życia

2. Należy systematycznie kontrolować i leczyć choroby sprzyjające udarowi mózgu:

- Kontrola ciśnienia krwi i utrzymanie na właściwym poziomie
- Kontrola poziomu glukozy
- Kontrola poziomu cholesterolu
- Leczenie chorób serca
- Zwalczanie otyłość

3. Należy systematycznie przyjmować leki przeciwkrzepliwie lub przeciwplatekcyjne

Obecnie uważa się, że regularny wysiłek fizyczny korzystnie modyfikuje czynniki ryzyka chorób naczyniowych, w tym udaru mózgu, poprzez: obniżenie ciśnienia tętniczego, spadek masy ciała i korzystny wpływ na tolerancję glukozy. Zalecane jest wykonywanie ćwiczeń fizycznych o średnim nasileniu powyżej 30 min dziennie (np. szybki spacer, jazda na rowerze, taniec).

Postępowanie pielęgnacyjne nad pacjentem po udarze mózgu

Na przebieg rehabilitacji i stan zdrowia chorego ogromny wpływ ma również prawidłowa pielęgnacja, zapobiega powikłaniom i staje się elementem wtórnej profilaktyki udarowej. Wystąpienie powikłań ogranicza i opóźnia prowadzenie intensywnej rehabilitacji.

U osób po udarze mózgu należy zwrócić szczególną uwagę na następujące aspekty:

1. Zadbać o prawidłową wentylację płuc,
2. Zapobiegać zachłyśnięciu podczas jedzenia,
3. Zapobiegać infekcji dróg moczowych,
4. Zapobiegać powikłaniom zakrzepowo – zatorowym,
5. Wdrożyć profilaktykę odleżyn i odparzeń,
6. Zapobiegać przykurczom i zanikom mięśniowym powstającym z powodu wzmożonej spastyczności oraz na skutek niedostatecznej aktywności,
7. Zapewnić odpowiedni stan odżywienia,
8. Utrzymać prawidłowy rytm wypróżnień.
9. Zadbać o właściwą higienę i toaletę ciała.

Przygotowanie mieszkania na przyjęcie chorego

Uzależnione jest od stanu funkcjonalnego w jakim się chory znajduje oraz od możliwości lokalowych i finansowych opiekunów:

- Przygotowanie pokoju chorego, w miarę możliwości najbliższej sanitariatów. Łóżko z możliwością regulacji wezgłowia — ewentualnie z materacem przeciwoleżynowym, zapewnienie dostępu z obu stron.
- Dostosowanie pomieszczeń sanitarnych: założenie uchwytów przyściennych, podpór i barier, dostosowanie sanitariatów i kabiny prysznicowej.
- Likwidacja barier architektonicznych (ułatwienie choremu przemieszczania się): usunięcie progów, poszerzenie otworów drzwiowych, budowa podjazdów— ewentualnie instalacja windy (umożliwienie wychodzenia na zewnątrz mieszkania).

Szczegółowe wskazówki i porady jak opiekować się pacjentem po udarze mózgu można uzyskać od personelu pielęgniarskiego pracującego na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, oraz na stronie internetowej Szpitala: www.szpitaljp2.krakow.pl w zakładce „Dla Pacjenta”. ■

TEST ROZPOZNANIA UDARU MASZ UDAR!



MOWA
ZMIENIONA

trudności z mówieniem
lub rozumieniem mowy

ASYMETRIA
TWARZY

np. opadnięty kącik ust

SŁABSZA
RĘKA, NOGA

zdrętwienie, osłabienie
albo paraliż ręki lub nogi

ZABURZENIA
WIDZENIA

nagła utrata wzroku w jednym oku,
dwojenie obrazów lub połowiczny
ubytek w polu widzenia

UDAR!



DZWOŃ
NATYCHMIAST



AMBULANS



RATUNEK
W SZPITALU
Z ODDZIAŁEM UDAROWYM



**Udar jest coraz częstszą przyczyną
niepełnosprawności lub zgonu.**

**NIGDY NIE LEKCEWAŻ NIEPOKOJĄCYCH SYMPTOMÓW!
SZYBKIE ROZPOZNANIE = SZANSA NA SKUTECZNE LECZENIE
I UNIKNIĘCIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI!!!**



**CZAS jest najważniejszy!
Leczenie TRZEBA podjąć w ciągu 4,5 GODZ.
od wystąpienia pierwszych objawów!**

Wykorzystano za zgodą Boehringer Ingelheim Marketing Sp. z o.o.

NIE SIEDŹ W DOMU, PRZYJDŹ NA WYKŁAD!

KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II SERDECZNIE ZAPRASZA NA **SZKOLENIA OTWARTE**
W BUDYNKU CENTRUM KONFERENCYJNO-SZKOLENIOWEGO – A V PRZY UL. PRĄDNICKIEJ 80 (WJAZD OD UL. FIELDORFA NILA).

4 września (wtorek) 2018

- 12:00-12:45 Społeczna pozycja osób starszych w czasach zmiany społecznej - mgr Katarzyna Białożył UP
- 13:00-13:45 Osoby starsze w polskim filmie - prof. Joanna M. Łukasik UP

18 września (wtorek) 2018

- 12:00-12:45 Kalendarz badań Seniora- dr Izabela Górkiewicz-Kot
- 13:00-13:45 Promocja życia seksualnego osób starszych - dr Anna Mirczak UP

2 października (wtorek) 2018

- 12:00-12:45 Zasady prawidłowego żywienia w zależności od ryzyka sercowo-naczyniowego - prof. UJ Maria Olszowska
- 13:00-13:45 Do czego służy USG Doppler ? - dr Tadeusz Wilkosz

16 października (wtorek) 2018

- 12:00-12:45 Edukacja do sensu życia osób starszych - prof. Norbert G. Pikuła UP
- 13:00-13:45 Profilaktyka demencji w wieku starszym - dr Anna Mirczak UP

6 listopada (wtorek) 2018

- 12:00-12:45 Jakość życia w starości - dr Katarzyna Jagielska UP
- 13:00-13:45 Aktywność edukacyjna osób starszych - mgr Katarzyna Białożył UP

20 listopada (wtorek) 2018

- 12:00-12:45 Refleksyjność w życiu osób starszych - prof. Joanna M. Łukasik UP
- 13:00-13:45 Religijność osób starszych - prof. Norbert G. Pikuła UP

4 grudnia (wtorek) 2018

- 12:00-12:45 Profilaktyka Chorób Układu Krążenia- prof. dr hab. med. Piotr Podolec

U W A G A:

ZE WZGLĘDÓW ORGANIZACYJNYCH OSOBA PROWADZĄCA I TEMAT MOGĄ ULEC ZMIANIE.

Aktualizacje znajdziecie Państwo na stronie internetowej Szpitala: www.szpitaljp2.krakow.pl



Ciepło,
które łączy

- Komfort
- Bezpieczeństwo
- Niezawodność
- Ekologia
- Oszczędność

www.mpec.krakow.pl

