

1^{na}6

PROFILAKTYKA

TERAPIA

POMOC

MAGAZYN UDAROWY

ISSN 2544-0616

WWW.MAGAZYNUDAROWY.PL

NR 3 -2018 / NAKŁAD: 2000 egz.

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

BIEG PO WSZYSTKO

Rozmowa z Kamilem Bernackim, któremu przebyty udar nie odebrał zapału do sportu. Biegacz opowiedział nam o kamieniach milowych walki z chorobą i o tym co było dla niego najważniejsze.



REHABILITACJA PO UDARZE KIEDY, ILE I DLA KOGO?

Czego należy spodziewać się w ramach refundowanej rehabilitacji i gdzie jej szukać.

PIJ WODĘ NA ZDROWIE

O tym dlaczego picie wody, to jeden z elementów zdrowego trybu życia i wracania do zdrowia w chorobie.

LUDZIE SĄ SERCEM SYSTEMU

Profesor Agnieszka Słowik opowiada o wdrożeniu w Krakowie nowoczesnej metody leczenia udaru

Sama obecność to za mało...

Chorzy po udarze mózgu w Polsce to jedna z najciężiej dotkniętych niepełnosprawnością grup pacjentów. Ich walka o codzienność trwa niekiedy latami. Choroba często zabiera możliwość pracy i samodzielnego życia.

**Dlatego tak ważne dla nas jest
Państwa wsparcie.**

**Pomóż nam pomagać osobom
po udarze mózgu**

32 2030 0045 1110 0000 0416 5970

Fundacja Udaru Mózgu posiada status
Organizacji Pożytku Publicznego.

Możesz przekazać nam swój jeden procent podatku,
a my prześlemy go na pomoc bezpośrednią.



SŁOWEM WSTĘPU

A życie życiem... 4

Jakość czy ilość? 4

AKTUALNOŚCI

6 mln Polaków cierpi z powodu
niepełnosprawności 6

E-papierosy uszkadzają DNA komórek ust 7

Informator o Terminach Leczenia 7

Ułatwienia w dostępie do rehabilitacji 8

ZMAGANIA

Bieg po wszystko 14

Rozmowa z Kamilem Bernackim, któremu
przeżyty udar nie odebrał zapału do sportu

SYSTEM

Ludzie są sercem systemu 18

O Centrum Interwencyjnych Terapii Ostrego Udaru Mózgu
w Krakowie, mówi jego koordynatorka, neurolog,
prof. Agnieszka Słowik

KAMPANIE SPOŁECZNE

Akcja Ablacja 22

PROFILAKTYKA

Pij wodę na zdrowie 23

Jak picie wody wpływa na nasze zdrowie?

TAJEMNICE MÓZGU

Mózg pod lupą 31

DIAGNOSTYKA

Badanie czynne całą dobę! 36

Monitorowanie serca za pomocą Holtera

FELIETON

Kiedy przestaliśmy rozmawiać? 35

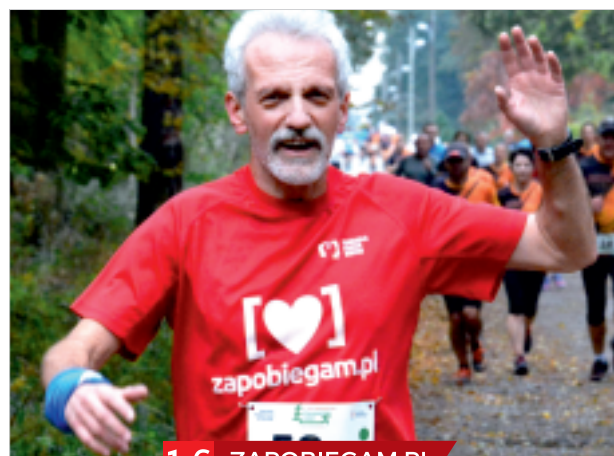


1^{na}6 TEMAT NUMERU

REHABILITACJA PO UDARZE MÓZGU

Kiedy, ile i dla kogo?

strona: 9



1^{na}6 ZAPOBIEGAM.PL

MOŻE TO DZIĘKI BIEGANIU JESTEM SZCZĘŚLIWYM CZŁOWIEKIEM

Adam Kubka - ambasador kampani Zapobiegam.pl
mówi nam, jak zacząć przygodę z bieganiem.

strona: 28



Adam Siger

REDAKTOR NACZELNY



dr n. med.

Włodzimierz Dłużyński

PREZES FUNDACJI UDARU MÓZGU

A życie życiem...

Dwa lata temu zostałem zaproszony na konferencję poświęconą udarowi mózgu do jednego z Urzędów Marszałkowskich na północy kraju. Jakże wielkie było moje zdziwienie, gdy podczas jednej z prezentacji pracownika NFZ dowiedziałem się, że w tym województwie pacjenci po udarze mózgu nie mogą skorzystać z rehabilitacji domowej.

Mówiąc wprost, regionalny oddział NFZ nie podpisał żadnej umowy na świadczenia rehabilitacji domowej dla pacjentów po udarze mózgu. Chwalono się dostępem do nowoczesnego leczenia w oddziałach udarowych, ale dostęp do rehabilitacji był wstydliwie przemilczany.

Parę tygodni później podobny fakt stwierdziliśmy w jednym z województw południowo zachodniej Polski, próbując zorganizować pomoc dla jednego z podopiecznych Fundacji Udaru Mózgu.

Z roku na rok sytuacja wydaje się poprawiać, ale nadal szanse na powrót do zdrowia po udarze zależą od tego, gdzie mieszkamy. Bez wątpienia, o wiele większy dostęp do świadczeń posiadają mieszkańcy dużych miast. W małych miastach dostęp do rehabilitacji jest bardzo utrudniony, a przypadku wsi praktycznie nie możliwy. Wynika to z dwóch powodów: zbyt małej ilości placówek świadczących takie usługi oraz zbyt niskiej wyceny tych świadczeń przez NFZ.

W bieżącym numerze wykazujemy, że problem braku równomiernego dostępu do świadczeń medycznych dla osób po udarze mózgu nie dotyczy tylko rehabilitacji. Piszemy o tym jak duże mogą być różnice w czasie oczekiwania na przyjęcie do oddziału rehabilitacji neurologicznej na tzw. rehabilitację wtórną. Mówimy także o kłopotach związanych z możliwością korzystania z usług poradni żywieniowych oraz logopedycznych. W związku z ogromnymi dysproporcjami w dostępie do świadczeń, uważamy za zasadne powtórne przelizowanie kontraktów zawieranych przez lokalne oddziały NFZ z placówkami medycznymi, tak by każdemu choremu zapewnić dostęp do świadczeń medycznych przez cały rok.

Niezwykle ważne powinno być stworzenie systemu kontraktowania usług rehabilitacji domowej tak, by była dostępna na terenie całego kraju. Mieszkańcy małych miast i wsi zasługują na taką samą opiekę i wsparcie jak mieszkańcy metropolii.

Artykuł 62 Konstytucji Rzeczypospolitej w punkcie 1. mówi: Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Zaś w punkcie 2.: Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Sytuacja musi się zmienić. Dotychczas bowiem konstytucja konstytucją, a życie życiem...

Jakość czy ilość?

Od pewnego czasu decydenci medyczni w naszym kraju dyskutują nad tym czy system ochrony zdrowia rozwijać w oparciu o tzw. Value-Based Medicine (VBM). Pojęcia te oznaczają model świadczenia opieki zdrowotnej i leczenia „na bazie wartości”, w ramach którego świadczeniodawcy, w tym szpitale i personel medyczny, otrzymują wynagrodzenia w oparciu o wyniki zdrowotne pacjentów. W ramach systemu zdrowia opartego na VBM placówki medyczne są wynagradzane za poprawę zdrowia pacjentów, ograniczanie występowania chorób przewlekłych oraz propagowanie zdrowego trybu życia. Piękne ale bardzo trudne do wprowadzenia, egzekwowania i oceniania nie tylko w Polsce, ale chyba w każdym kraju na świecie.

System oparty o wartości znacznie różni się od obecnie panującego podejścia opartego o zasadę „płatności za usługę”. W chwili obecnej w systemie zdrowia usługodawcy medyczni opłacani są na podstawie ilości świadczeń medycznych, które wykonają. O efektywność tych usług i ich przełożenie na jakość życia pacjenta nikt nie pyta. Przy starzejącym się społeczeństwie i rosnących wydatkach na leczenie chorób wieku podeszłego, konieczna jest zmiana modelu opieki zdrowotnej z promującego płatność za usługę, na promujący płatność za wynik.

W 2017r. wydano z budżetu państwa o 8 miliardów złotych więcej niż rok wcześniej na system ochrony zdrowia. Jednocześnie, jak pokazują dane Głównego Urzędu Statystycznego, w ubiegłym roku zmarło o 16 tys. Polaków więcej. Zdaniem ekspertów to nie tylko efekt starzenia się społeczeństwa, ale także słabej opieki medycznej. Dane te pokazują, że z roku na rok wydajemy więcej na ochronę zdrowia. Nie przekłada się to jednak na zwiększenie jej efektywności. Czy wprowadzenie modelu VBM mogłoby zmienić tę sytuację? Wydaje się, że mogłoby znacząco wpłynąć na polepszenie obecnego systemu organizacji służby zdrowia.

Abyśmy mogli odejść od systemu, w którym obecnie płacimy za ilość i przejść do systemu, w którym zaczniemy płacić za jakość terapii i jej efektywność, muszą zostać wprowadzone rejestry kliniczne, które posłużą do analizy zebranych danych co do efektywności terapii oraz monitorowania i poprawy jakości leczenia. W podejściu medycyny opartej na wartości (ang. value based medicine, VBM) chodzi nie tylko o porównanie wydatków z wynikami leczenia, ale również, a może przede wszystkim, o zestawianie rzetelnych danych z badań i analiz z korzyściami, jakie osiągają pacjenci dzięki podjęciu interwencji medycznej. Pozwoliłby to na zwiększenie efektywności leczenia przy jednoczesnym obniżeniu jego kosztów. Równie ważne w tym modelu jest branie pod uwagę doświadczeń własnych pacjenta. To pacjent i jego własne odczucia związane z systemem zdrowia powinny być najważniejsze dla świadczeniodawcy ponieważ to jego odczucia, sposób informowania o terapii, miara stresu wpływa na wczesne i późniejsze wyniki leczenia. Wydawać by się mogło, że wprowadzenie w naszym kraju standardów medycznych opartych na VBM oznaczałoby prawdziwą rewolucję. Może wszyscy jej potrzebujemy?

Prawda czy Fałsz?

UDAR MÓZGU

Udarowi mózgu nie można zapobiec.

Nieprawda. Udarom można skutecznie zapobiegać. Rzucenie palenia, obniżenie wysokiego ciśnienia krwi, zrzućcie zbędnych kilogramów, regularne ćwiczenia fizyczne – wszystko to znacznie zmniejsza ryzyko udaru. Badania na 20000 respondentów, przeprowadzone w 2009 roku, ujawniły, że osoby, które paliły, spożywały zbyt dużo alkoholu, prowadziły mało aktywny tryb życia lub jadły niewiele owoców i warzyw, były ponad 2 razy bardziej narażone na udar mózgu.

Nie ma skutecznej metody leczenia w wypadku udaru mózgu.

Nieprawda. Dlatego właśnie lekarze zalecają jak najszybsze udanie się do szpitala. Jeżeli chodzi o najczęściej występujący udar mózgu, spowodowany zakrzepem krwi, zastosowanie leków trombolitycznych w ciągu 4 godzin (im szybciej, tym lepiej) może znacznie zmniejszyć prawdopodobieństwo zgonu lub trwałego kalectwa.

Udary mózgu występują wyłącznie u ludzi w podeszłym wieku.

Nieprawda. Około 20% udarów dotyka ludzi do 60. roku życia. Udary mogą mieć nawet dzieci, choć zdarza się to rzadko.

Udar mózgu jest uwarunkowany genetycznie.

Nieprawda. Ryzyko udaru rośnie, jeżeli Twój dziadkowie, rodzice i rodzeństwo doznali udaru, zwłaszcza jeśli mieli wysokie ciśnienie krwi.

Powrót do zdrowia po wystąpieniu udaru jest niemożliwy po upływie kilku tygodni.

Nieprawda. Większość znaczących zmian na lepsze występuje w prawdzie w ciągu pierwszych tygodni, ale rekonwalescencja może trwać miesiącami, a nawet latami.

ZAWAŁ SERCA

Jeżeli nie odczuwasz bólu w klatce piersiowej, nie może być to zawał serca.

Nieprawda. Podczas zawału serca dopływ krwi do mięśnia sercowego jest zakłócony i komórki zaczynają obumierać, co może wywoływać ból w klatce piersiowej, ale nie musi. Średnio jedna na 3 osoby, które trafiają do szpitala z powodu zawału serca, nie odczuwa silnego bólu.

Zawał serca objawia się nagłym, intensywnym bólem.

U niektórych osób tak właśnie jest. Większość prawdziwych zawałów serca przebiega jednak wolniej, a ból jest zazwyczaj słabszy.

Jeżeli obawiasz się, że właśnie masz zawał serca czy udar mózgu, musisz zadzwonić do swojego lekarza.

Nieprawda. Natychmiast zadzwoń na pogotowie.

U kobiety zawały serca są rzadkością.

Nieprawda. W rzeczywistości więcej kobiet umiera na skutek zawału serca niż nowotworu piersi, a po okresie menopauzy kobiety częściej umierają z powodu zawału serca niż mężczyźni.

Zawałowi serca nie można zapobiec.

Nieprawda. Zawałom można skutecznie zapobiegać. Rzucenie palenia, obniżenie wysokiego ciśnienia krwi, zrzućcie zbędnych kilogramów, regularne ćwiczenia fizyczne – wszystko to znacznie zmniejsza ryzyko zawału.

 **zapobiegam.pl**

więcej informacji na www.zapobiegam.pl

Trombektomia



SŁOWNIK UDAROWY

Trombektomia to jedna z metod leczenia udaru niedokrwiennego mózgu.

Jest to zabieg, który polega na dotarciu cewnikami do wnętrza tętnicy mózgowej, zlokalizowaniu skrzepliny powodującej udar i mechanicznym usunięciu jej. Lekarz wkłada się przez pachwinę

pacjenta do tętnicy udowej i wprowadza do niej cewnik. Następnie systemem tętnic prowadzi go aż do mózgu, lokalizuje skrzeplinę i „zasysa” ją odpowiednim instrumentem wprowadzonym przez światło cewnika. Trombektomie można przeprowadzić nawet do 6 godzin od wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu.

UŁATWIENIA

6 mln Polaków cierpi z powodu niepełnosprawności

Nowoczesne technologie pomogą im w kontaktach z urzędami.



Z problemem niepełnosprawności boryka się co czwarta polska rodzina. Dla większości osób niepełnosprawnych, każda wizyta w urzędzie oznacza konieczność zwalniania się z pracy lub proszenia o pomoc opiekunów bądź sąsiadów. Z pomocą przychodzą nowoczesne technologie, takie jak platforma cyfrowa PFRON. Umożliwia ona złożenie wniosków przez Internet, samodzielnie lub przy wsparciu pracownika socjalnego, który w tym celu odwiedza osobę z niepełnosprawnością.

Według informacji GUS, z powodu niepełnosprawności cierpi w Polsce 16 proc. społeczeństwa, czyli ok. 6 mln osób. Z danych PFRON wynika natomiast, że problem ten dotyka co czwartą polską rodzinę. Większość z nich jest wykluczona z normalnego życia ze względu na bariery architektoniczne. Znaczna część polskich instytucji i urzędów nie jest bowiem przystosowana do ich potrzeb. Dotyczy to zarówno możliwości w miarę swobodnego przemieszczania się, jak i komunikacji werbalnej z innymi ludźmi. Z pomocą osobom niepełnosprawnym przychodzą nowe technologie, przywracające im możliwości podejmowania decyzji.

– Osoby z różnego typu dysfunkcjami często są wyłączone z kręgu podejmowania decyzji, nie mogą podjąć decyzji, bo nie mają dwóch opcji, mają jedną opcję albo zero opcji, więc ich wolność jest zawieszona. Nowe technologie mogą poszerzyć ich pole działania poprzez dodanie im dostępu do większej liczby opcji – mówi agencji informacyjnej Newseria Lifestyle Szymon Hołownia, dziennikarz i publicysta.

Innowacyjne rozwiązania technologiczne pomagają również zaoszczędzić czas, energię i siły, których chorym osobom często brakuje. Obecnie osoby z niepełnosprawnościami lub ich opiekunowie muszą się zwalniać z pracy lub korzystać z dobrej woli sąsiadów, aby móc załatwić sprawę urzędową. W przypadku niepełnosprawnych wizyta w urzędzie może wymagać poświęcenia nawet kilku godzin. Aby ograniczyć bądź całkowicie wyeliminować konieczność osobistego stawiania się osób niepełnosprawnych lub ich opiekunów w urzędach, powstał System Obsługi Wsparcia

finansowanego ze środków PFRON, to nowoczesna platforma informatyczna dająca możliwość złożenia wniosku o dofinansowanie drogą elektroniczną.

– Pójście do urzędu, załatwianie sprawy, wyjście z domu, zorganizowanie opieki na ten czas, a wykonanie kilku kliknięć i wypełnienie wniosku przez Internet to diametralna różnica. To godzina poświęconego czasu i niewielki wysiłek w porównaniu z ośmioma godzinami, które trzeba poświęcić na podróż, dojechanie, zrobienie – mówi Szymon Hołownia.

System Obsługi Wsparcia to nowoczesna platforma, za pomocą której osoby niepełnosprawne będą mogły składać wnioski o dofinansowanie ze środków PFRON będących w gestii Jednostek Samorządu Terytorialnego, bez wychodzenia z domu. Posiadanie dostępu do Internetu nie będzie stanowiło bariery, PFRON planuje bowiem przeszkolenie ponad tysiąca dwustu pracowników Jednostek Samorządów Terytorialnych w

całej Polsce i wyposażyc Asystentów Rodzin w tablety. Będą oni mogli odwiedzić osobę niepełnosprawną w jej domu i pomóc w złożeniu wniosku.

– Różnie wygląda to w różnych miejscach, czasami ludzie przyjeżdżają pomóc wypełnić wnioski, natomiast cała ta elektroniczna kontakty człowieka z urzędem, z miejscem, które może udzielić mu pomocy jest ważna – mówi Szymon Hołownia.

System Obsługi Wsparcia został wyposażony w narzędzie ułatwiające składanie wniosków, czyli webinaria, kreator oraz infolinię. Jego obsługa jest intuicyjna i dostosowana do potrzeb osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Zdaniem Szymona Hołowni nowe technologie stanowią niezwykle istotne wsparcie systemu opieki nad osobami niepełnosprawnymi, nie należy jednak zapominać o tym, że równie ważny jest w tym przypadku czynnik ludzki. Niepełnosprawni zawsze powinni mieć możliwość kontaktu z drugim człowiekiem. Zapraszamy do zapoznania się z Portalem Informacyjnym Systemem Obsługi Wsparcia na stronie:

www.portal-sow.pfron.org.pl





BADANIA

E-papierosy uszkodzają DNA komórek ust

W ślinie osób palących e-papierosy znaleziono rakotwórczą akroleinę, która uszkodza komórki i może doprowadzić do pojawienia się nowotworu. To kolejny argument przemawiający za całkowitym rzuceniem palenia.

Obecne na rynku e-papierosy przedstawiane są często jako bezpieczniejsza alternatywa dla tradycyjnych „dymków”. Częściowo ma to swoje uzasadnienie w badaniach, ale systematycznie przybywa dowodów na to, że e-papierosy również są bardzo niebezpieczne.

– Jest jasne, że więcej substancji rakotwórczych pochodzi ze spalania tytoniu w normalnych papierosach, niż z palenia e-papierosa. Jednak tak naprawdę nie wiemy, jaki jest rezultat wdychania kombinacji składników produkowanych przez to urządzenie. E-papierosy nie są całkowicie bezpieczne tylko dlatego, że zagrożenie jest inne – mówi dr Silvia Balbo

z Masonic Cancer Center University of Minnesota.

Co naukowcy znaleźli w ślinie e-palaczy?

Zespół dr. Balbo przeprowadził badania substancji powstających w trakcie palenia e-papierosów oraz ich wpływu na DNA komórek w ustach palaczy.

W sumie do badania zrekrutowano 20 osób, z których połowa paliła e-papierosy (drugą połowę stanowiły osoby niepalące). Przed i 15 minut po paleniu pobierano od nich próbki śliny, które porównywano z próbkami drugiej, niepalącej dziesiątki. Na celowniku naukowców znalazły się substancje, znane ze swoich rakotwórczych właściwości, związanych ze zdolnością do uszkodzania DNA.

Okazało się, że po paleniu e-papierosa w ślinie palaczy znajdują się: formaldehyd, metyloglioksal i akroleina. Następnie

naukowcy sprawdzili w jaki sposób te substancje wpływają na DNA komórek znajdujących się w ustach. Okazało się, że czterech na pięciu palaczy (80 proc.) ma rozległe uszkodzenia DNA związane z obecnością akroleiny w ślinie. Na skutek reakcji tej substancji z materiałem genetycznym, komórki nie są w stanie się naprawiać, co może zaowocować pojawieniem się nowotworu.

Nie ulega wątpliwości, że wprowadzone na rynek kilkanaście lat temu e-papierosy dzięki sprytnemu marketingowi, są powszechnie przedstawiane jako zdrowsza alternatywa tradycyjnych „dymków”. Stąd ich popularność, zwłaszcza wśród młodzieży. Amerykańskie badanie z 2016 roku pokazuje, że 37,7 proc. licealistów i 35,8 proc. młodych dorosłych (18-24 lata) paliło e-papierosy, w porównaniu do 16,4 proc. osób powyżej 25 roku życia.

W świetle najnowszych badań ta popularność może więc niepokoić. Teraz zespół dr Balbo planuje powtórzyć swoje eksperymenty na większej grupie osób. Uчени chcą też porównać ilość i skład substancji rakotwórczych obecnych w ślinie po paleniu tradycyjnych i e-papierosów.

– Porównywanie obydwu tych rzeczy jest jak porównywanie jabłek i pomarańczy. Ryzyka są kompletnie inne. Wciąż nie wiemy dokładnie, w jaki sposób działają te urządzenia i jaki wpływ mogą mieć na ludzkie zdrowie. Nasze ustalenia dowodzą, że potrzeba bliższego przyjrzenia się temu problemowi jest uzasadniona – podsumowuje dr Silvia Balbo.

Anna Piotrowska, zdrowie.pap.pl



UŁATWIENIA

Informator o Terminach Leczenia

Informator o Terminach Leczenia – Narodowy Fundusz Zdrowia uruchamia nowe narzędzie – funkcjonalną i przyjazną wyszukiwarkę, w której możemy sprawdzić, gdzie najszybciej uzyskamy pomoc lekarza. W bazie adresów i telefonów informatora znajduje się blisko 14 tys. placówek medycznych, które udzielają świadczeń w ramach umowy z NFZ.

Korzystając z nowej wyszukiwarki

sprawdzimy przede wszystkim:

- gdzie i kiedy najszybciej uzyskamy pomoc lekarza,
- ile osób oczekuje aktualnie na leczenie w placówce, którą wybraliśmy,
- czy w szpitalu lub poradni znajdują się udogodnienia dla pacjentów takie jak: parking, podjazd dla wózków, winda czy specjalnie dostosowana łazienka dla osób niepełnosprawnych.



www.terminyleczenia.nfz.gov.pl

Znajdziemy tam również adresy, numery telefonów do poszczególnych poradni i szpitali. Możemy również sprawdzić na mapie, gdzie znajduje się dany szpital czy poradnia.

Informator o Terminach Leczenia powstał z myślą o pacjentach oraz przy ich współpracy. Jest odpowiedzią na zgłaszane przez pacjentów potrzeby. Zastąpił funkcjonującą poprzednio wyszukiwarke: kolejki.nfz.gov.pl. Zmianie uległa nie tylko szata graficzna, ale również sposób prezentowania danych. Dodano nowe funkcjonalności dedykowane osobom

niepełnosprawnym, takie jak kontrast, powiększanie strony czy dostosowanie informatora do obsługi przez czytniki ekranu.

Warto przypomnieć, że informacje o terminach leczenia są przekazywane do NFZ bezpośrednio przez placówki medyczne. Szpitale i poradnie są zobowiązane do przekazywania co tydzień do Oddziału Wojewódzkiego NFZ informacji o prowadzonych listach osób oczekujących na leczenie. Jeżeli zdarzy się sytuacja, że termin, który usłyszymy umawiając się na wizytę w poradni jest inny od terminu

zaprezentowanego w informatorze - można to zgłosić bezpośrednio poprzez stronę informatora w polu: zgłoś uwagę. Każde takie zgłoszenie będzie wyjaśnione z placówką medyczną.

Informator NFZ jest jednym z najpopularniejszych źródeł pozyskiwania informacji o terminach leczenia. Dotychczas średnio w miesiącu korzystało z niego ponad 53 tys. użytkowników. Dziennie, to ok. 8 tys. zapytań. Najczęstsze wyszukiwania dotyczą świadczeń rezonansu magnetycznego, poradni okulistycznej czy oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej. Osoby po udarze mózgu mogą znaleźć w Informatorze o Terminach Leczenia pełen wykaz placówek świadczących usługi rehabilitacyjne w danym regionie wraz z przybliżonym okresem oczekiwania na realizację świadczenia.

Biuro Komunikacji Społecznej NFZ

REHABILITACJA

Ułatwienia w dostępie do rehabilitacji dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności

Od 1 lipca 2018 r. osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności mogą poza kolejnością skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej. Dotyczy to świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, szpitalach i aptekach. W placówkach, które mają umowy z NFZ bez limitu dostępna będzie także rehabilitacja.

Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności określa zakres wsparcia osób, które posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, usług farmaceutycznych oraz wyrobów medycznych.

Jedną z kluczowych zmian jest zwiększenie dostępności do rehabilitacji.

W przypadku osób o znacznym stopniu niepełnosprawności ustawa znosi limit finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej w ramach umów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Rehabilitacja osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności

i finansowanych z jego budżetu. Dla pacjenta oznacza to możliwość prowadzenia zindywidualizowanej i lepiej dostosowanej do jego potrzeb terapii. Po danym cyklu terapeutycznym, którego długość została określona w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji medycznej (Dz.U. z 2018 poz. 465), pacjent będzie mógł wystąpić o dalsze usprawnianie na podstawie orzeczenia i nowego skierowania.

Poza kolejnością

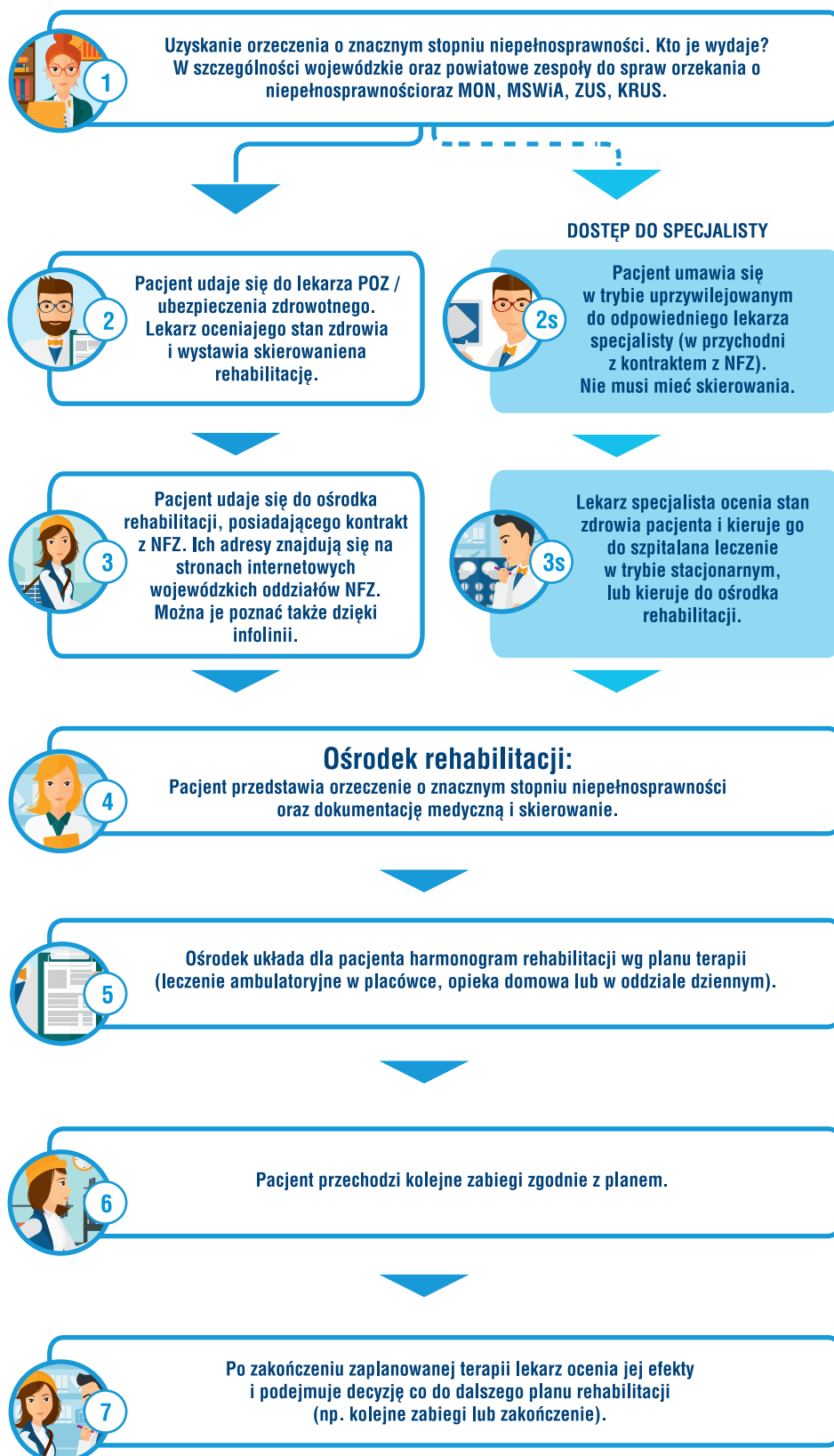
Świadczenia opieki zdrowotnej dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności udzielane są poza kolejnością, co oznacza, że:

- placówka medyczna udziela świadczeń opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia,
- w przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, poradnia wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez nią listy oczekujących,
- świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Należy pamiętać, aby mieć przy sobie dokument potwierdzający przysługujące uprawnienie, tj. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Informacja przez telefon

W każdym oddziale wojewódzkim NFZ działa specjalny numer telefonu, pod którym osoby zainteresowane mogą uzyskać pełną informację na temat szczególnych uprawnień dla osób niepełnosprawnych. Numery telefonów są dostępne na stronach oddziałów wojewódzkich oraz w Centrali NFZ.



CYKL



REHABILITACJA PO UDARZE MÓZGU

Kiedy, ile i dla kogo?

Według Deklaracji Helisingborskiej podpisanej w 2006r. przez przedstawicieli większości krajów Europy, każdy pacjent po udarze mózgu, powinien mieć dostęp do kompleksowej opieki w fazie ostrej oraz odpowiedniej rehabilitacji i prewencji we wtórnej fazie choroby. Jakże są realia i na jaki dostęp do rehabilitacji może liczyć pacjent po udarze mózgu w naszym kraju?



Rehabilitacja w oddziale udarowym

Powszechnie uważa się, że rehabilitacja ruchowa powinna być rozpoczęta jak najwcześniej po wystąpieniu udaru, jednak o tym, kiedy faktycznie zostanie wdrożona, decyduje lekarz prowadzący chorego. Przy podejmowaniu takiej decyzji bierze pod uwagę wiele czynników, m.in. występowanie poważnych zaburzeń krążeniowo-oddechowych lub stan psychiczny chorego. Jeżeli lekarz uzna, że stan pacjenta jest ustabilizowany i nie ma przeciwwskazań do podjęcia rehabilitacji, zleca rozpoczęcie usprawniania przez fizjoterapeutę. W przypadku zaburzeń mowy lub wystąpienia zaburzeń poznawczych lekarz już na tym etapie może poprosić o rozpoczęcie terapii także neurologopedę lub neuropsychologa. Pacjent po udarze przebywa w oddziale udarowym średnio od 7 do 12 dni. Po tym okresie, jeżeli stan pacjenta jest stabilny i nie ma przeciwwskazań do wypisu, lekarz może

poprosić rodzinę o przejęcie dalszej opieki nad chorym. W praktyce oznacza to, że jeżeli w szpitalu nie ma oddziału rehabilitacyjnego, do którego można bezpośrednio przenieść chorego, to właśnie rodzina musi zorganizować przeniesienie do oddziału rehabilitacyjnego w innym szpitalu. Szpital, do którego trafia chory bezpośrednio po udarze, nie ma obowiązku zapewnienia choremu dalszej rehabilitacji. Lekarz prowadzący wypisuje choremu skierowanie do oddziału rehabilitacyjnego, ale to rodzina chorego musi znaleźć ten oddział i ustalić wszelkie szczegóły związane z przeniesieniem. W znalezieniu oddziału, gdzie będzie kontynuowana rehabilitacja pomocny jest internetowy portal NFZ:

www.terminyleczenia.nfz.gov.pl. Po wybraniu w wyszukiwarce portalu hasła: "Oddział Rehabilitacji Neurologicznej", zaznaczeniu określenia „przypadek pilny” oraz wskazaniu województwa, w którym szukamy oddziału rehabilitacyjnego,

otrzymamy pełną listę oddziałów z przybliżonym czasem oczekiwania na przyjęcie.

Kwalifikacja do oddziału rehabilitacji neurologicznej. Czy wszyscy pacjenci po udarze mogą być zakwalifikowani?

Jeżeli w szpitalu, w którym przebywa pacjent po udarze, jest oddział rehabilitacyjny, przeniesienie chorego do tego oddziału może odbyć się bezpośrednio po zakończeniu terapii w oddziale udarowym. Optymalna sytuacja to taka, w której pacjent trafia na rehabilitację bezpośrednio po wyjściu z oddziału udarowego. Niestety zdarza się, że musi on czekać na wolne miejsce. W sytuacji, gdy oddział rehabilitacji neurologicznej nie ma możliwości przyjęcia pacjenta z powodu braku miejsc, nie powinniśmy oczywiście rezygnować z rehabilitacji. Dobrze jest szukać wolnego miejsca w innym oddziale.

Czas oczekiwania na rehabilitację jest określony zapisami rozporządzeń Prezesa NFZ. Pacjent w stanie ciężkim – z dużym deficytem neurologicznym, który ocenia się w skali Barthel lub na podstawie skali deficytów funkcji poznawczo-behawioralnych, musi trafić do oddziału rehabilitacji najpóźniej w ciągu 14 dni od dnia wypisania z oddziału udarowego. Jeśli deficyt neurologiczny jest mniejszy, musi trafić do takiego oddziału w ciągu 30 dni od daty wypisu.

Skierowanie na rehabilitację neurologiczną mogą wystawić lekarze oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, neurologicznego, neurochirurgicznego, chirurgicznego, ortopedii i traumatologii, wewnętrznego, pediatricznego i chorób zakaźnych; lekarze poradni: neurologicznej, neurochirurgicznej, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, urazowo-ortopedycznej lub poradni rehabilitacyjnej; w przypadku dzieci do ukończenia 18 roku życia skierowanie na rehabilitację neurologiczną mogą wystawić lekarze oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, neurologii i neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, chirurgii dziecięcej, chorób zakaźnych, pediatrii lub poradni specjalistycznej: neurologicznej, neonatologicznej, neurochirurgicznej, pediatrii, urazowo-ortopedycznej, chirurgii dziecięcej, rehabilitacyjnej.

O przyjęciu pacjenta po udarze mózgu do oddziału rehabilitacji neurologicznej decyduje lekarz specjalista rehabilitacji leczniczej. Może on odmówić przyjęcia do oddziału, gdy podczas badania wstępnego stwierdza występowanie u chorego następujących schorzeń:

- nasilony zespół psychoorganiczny, brak kontaktu z chorym,
- odleżyny,
- czynne procesy zapalne lub choroby zakaźne,
- niewydolność oddechowa, nierówna niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa,
- arytmie prowokowane wysiłkiem,
- tętniak rozwarstwiający aorty,

- nadciśnienie niepoddające się leczeniu farmakologicznemu,
- niewyrównane zaburzenia endokrynologiczne,
- nowotwory wymagające pilnego leczenia,
- zespół otępienny o średnim lub ciężkim nasileniu.

Bardzo istotne jest, by pacjent który zostaje przyjęty do oddziału rehabilitacji neurologicznej mógł w pełni wykorzystać ten czas, biorąc aktywny udział w procesie rehabilitacji. Wszelkie stany infekcji lub ograniczonej wydolności krążeniowo-oddechowej mogą znacząco obniżyć efektywność prowadzonych terapii rehabilitacyjnych. Okres pobytu pacjenta bezpośrednio po udarze mózgu w oddziale rehabilitacji neurologicznej nazywa się rehabilitacją pierwotną lub wczesną. Szacuje się, że około 30% wszystkich pacjentów, którzy są leczeni w oddziałach neurologicznych z powodu udaru mózgu, powinno trafić na dalszą rehabilitację.

Pacjent w stanie ciężkim – z dużym deficytem neurologicznym, (...) musi trafić do oddziału rehabilitacji najpóźniej w ciągu 14 dni od dnia wypisania z oddziału udarowego. Jeśli deficyt neurologiczny jest mniejszy, musi trafić do takiego oddziału w ciągu 30 dni od daty wypisu.

Czas pobytu w oddziale rehabilitacji neurologicznej

Czas pobytu w oddziale rehabilitacji neurologicznej nie jest ustalany „z góry” przy przyjęciu chorego. Powszechnie panuje przekonanie, że wszystkim pacjentom po udarze należy się maksymalny 16 tygodniowy pobyt w oddziale rehabilitacji neurologicznej. To nie prawda. Czas hospitalizacji w oddziale rehabilitacji neurologicznej, tzn. to czy chory będzie mógł korzystać z takiej pomocy przez 6, 9, 12, czy 16 tygodni, zależy od stanu chorego, dynamiki jego poprawy funkcjo-

nalnej oraz kolejki oczekujących na przyjęcie. Decyzję o tym jak długo pacjent będzie przebywał w oddziale rehabilitacji neurologicznej, podejmuje lekarz prowadzący chorego z tego oddziału.

Rehabilitacja wtórna

Chory po udarze mózgu może być przyjęty do oddziału rehabilitacji neurologicznej tylko raz w roku. Po wypisaniu z oddziału może ubiegać się o kolejny pobyt dopiero w następnym roku kalendarzowym. Wtedy musi stracić się o przyjęcie do oddziału w ramach tzw. rehabilitacji wtórnej. W naszym kraju czas oczekiwania na kolejne przyjęcie do oddziału stacjonarnego bywa niestety bardzo długi. W lipcu 2017 roku, w niektórych rejonach Polski średni czas oczekiwania wynosił 17 miesięcy.

Po zakończeniu wczesnej rehabilitacji neurologicznej pacjent może skorzystać z innych form rehabilitacji: w trybie ambulatoryjnym, domowym i stacjonarnym.

Rehabilitacja domowa

Rehabilitacja w warunkach domowych przeznaczona jest dla pacjenta, który nie porusza się samodzielnie i nie ma możliwości dotarcia do placówki rehabilitacyjnej, udzielającej świadczeń w trybie ambulatoryjnym (poradnia rehabilitacyjna, gabinet rehabilitacji, ośrodek/oddział dzienny rehabilitacji). Skierowanie na rehabilitację domową może być wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistę (rehabilitacji, fizjoterapii, reumatologii, neurologii, chirurgii i pokrewnych). Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych jest ważne 30 dni od daty wystawienia. W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja.

Procedura wygląda następująco. Najpierw skierowanie na zabiegi wypisuje lekarz, następnie pacjent wybiera placówkę, umawia się na termin i dopiero wtedy do pacjenta przychodzi fizjoterapeuta. Zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych są udzielane chorym po udarze mózgu przez okres do 12 miesięcy od dnia wystąpienia



ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA NA PRZYJĘCIE DO ODDZIAŁU REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ. PRZYPADEK TZW. STABILNY. REHABILITACJA WΤÓRNA

Według strony: www.kolejki.nfz.gov.pl. Stan na dzień 20 lipca 2018r.

udar. NFZ finansuje do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W rehabilitacji domowej wykonywanych jest do 5 zabiegów dziennie. W uzasadnionych przypadkach czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Poradnie rehabilitacyjne oferujące rehabilitację domową refundowaną ze środków NFZ możemy znaleźć na stronie: www.terminyleczenia.nfz.gov.pl wpisując w wyszukiwarkę hasło „zespół rehabilitacji domowej” lub „dział (pracownia) fizjoterapii” oraz wybierając region.

Rehabilitacja w ośrodku /oddziale dziennym

Przysługuje pacjentowi, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent

nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego. Pacjenci przychodzą codziennie rano na zajęcia fizjoterapeutyczne do oddziału dziennego, a po zabiegach wracają do domu. Transport na zabiegi rehabilitacyjne w oddziale dziennym oraz powrót do domu pozostaje w gestii chorego lub jego rodziny.

Czas trwania rehabilitacji w oddziale dziennym wynosi od 15 do 30 dni zabiegowych, obejmuje średnio 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie. W przypadku uzasadnionych względów medycznych i konieczności osiągnięcia celu leczniczego, rehabilitacja może zostać przedłużona decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału NFZ. Istnieje możliwość powtórznego przyjęcia do oddziału dziennego w tym samym roku kalendarzowym.

Skierowanie do oddziału dziennego wystawia:

- lekarz oddziału: urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, neurologicznego, reumatologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, urologicznego pediatrii, endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej, ginekologicznego, rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej, kardiologicznej

- lekarz poradni: rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej, poradni wad postawy, endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej - w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych

Ośrodki rehabilitacyjne oferujące usprawnianie chorego po udarze w ramach tzw. dziennego pobytu refundowane ze środków NFZ możemy znaleźć na stronie www.terminyleczenia.nfz.gov.pl wpisując w wyszukiwarkę hasło „zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej” oraz wybierając region.

Szacuje się, że około 30% wszystkich pacjentów, którzy są leczeni w oddziałach neurologicznych z powodu udaru mózgu, powinno trafić na dalszą rehabilitację do oddziału rehabilitacji neurologicznej. W praktyce na dalszą rehabilitację po opuszczeniu oddziału neurologicznego trafia tylko około 15% chorych. 60% osób dzwoniących na Infolinię Udarową prowadzoną przez Fundację Udaru Mózgu zwraca się o pomoc w uzyskaniu dostępu do rehabilitacji. Dostęp do zorganizowanej opieki rehabilitacyjnej jest ciągle jednym z głównych problemów osób po udarze oraz ich rodzin i opiekunów. ☹

Adam Siger

[❤️]zapobiegam.pl

Nowy portal internetowy poświęcony chorobom sercowo-naczyniowym.

BAZA WIEDZY | PROFILAKTYKA | TEST RYZYKA

80% czynników ryzyka, które wywołują choroby sercowo-naczyniowe, to czynniki modyfikowalne, czyli takie, na których występowanie mamy wpływ.

Odpowiedni styl życia oraz zdrowa dieta, mogą znacznie zredukować ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych.

Nie pozwól abyś zachorował na jedną z chorób sercowo-naczyniowych. Pomyśl o sobie i swoich bliskich!

Już dzisiaj zdecyduj się na wprowadzenie w życie swojego PLANU DLA ZDROWIA!!!



pobierz ze strony

www.zapobiegam.pl



BIEG PO WSZYSTKO

„Musimy przenosić góry i biec pod wiatr. Nie mamy nic do stracenia” – głosi tekst popularnej piosenki. Myślimy – to tylko słowa. Zdrowemu łatwo powiedzieć. A co gdyby odrzucić obawy? Podźwignąć się z choroby, aby spełniać marzenia? O swojej walce z udarem opowiedział nam Kamil Bernacki – uczestnik biegów przełajowych w Pieninach i Tatrach, współzałożyciel Stowarzyszenia Biegowego „Ostro Biec”.

Ostrowiec Świętokrzyski, 16 czerwca, sobota, godz. 9.30. Nad terenem Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji wisi poranne słońce. Odbite od tafli sztucznego jeziora, połyskuje na falach, na barierkach pomostów, oświetla burty łódek i rowerów wodnych. Szumi pobliski las. Na ciągnącej się wzdłuż brzegu asfaltowej alejce można dostrzec, mrużąc oczy, sylwetki biegaczy. Poruszają się rytmicznie, z siermiężną precyzją, jak wskazówki zegara po srebrzystej tarczy.

Kamil na spotkanie przybywa w koszulce biegowej. Emanuje energią i żywym optymizmem, jakby wpadł na trening, a nie na redakcyjną rozmowę. Tu jest pięknie, tu biegamy – od razu opowiada, jak to często czynią ludzie owładnięci pasją. – Na terenie MOSiR-u prowadzą trasy biegów na dystansach od 5 do 10 km. By zostać sklasyfikowanym, zaliczyć półmaraton, należy wystartować w czterech z sześciu edycji.

Patrząc na jego ruchy, aż trudno uwierzyć, że trzy lata temu był jeszcze w szpitalu. Że niedokrwienny udar pnia mózgu posadził go na wózku, wycofując z życia, odbierając wszystko.

Mówisz, że straciłeś świat z dnia na dzień. Jak to się stało?

To osobliwa historia. Udaru dostałem 5 października 2015 roku. Poszedłem jak co dzień do pracy. Wykonywałem tam swoje obowiązki, aż o 9.00 zrobiło mi się dziwnie, błogo. Myślałem, że to osłabienie. Wykombinowałem sobie, że o 11.00 pójść na przerwę, wypiję kawę i wszystko mi przejdzie. Niestety było inaczej. Wypiłem kawę, zjadłem kanapkę, a tu coraz gorzej. Nie myślałem wtedy, że to może być udar. Zresztą nawet jeśli miałby go kiedyś ktoś z moich bliskich, a ja znałbym objawy, to wtedy nie dopuściłbym możliwości, że może mnie to spotkać. Przecież całe życie jestem za pan brat ze sportem. Ja!? Długodystan-

sowiec? Prędzej przypuszczałbym, że mogę dostać zawału serca, albo co najwyżej zapalenia płuc. Teraz żartujemy z żoną, że myślałem o sobie „Nieśmiertelny”.

Na koniec dniówki, o 15.00, kiedy brałem kąpiel mowa zaczęła mi się zmieniać i czułem, że mam słabszą prawą stronę ciała. Ale wróciłem do domu. Po powrocie poszedłem jeszcze z młodszym synem do lekarza pierwszego kontaktu. Popołudnie spędziliśmy na zabawie, między innymi grając w piłkę, przy której to czynności pojawiły się problemy z koncentracją i zaburzenia równowagi. Wieczorem, kiedy po powrocie do domu żona zobaczyła mnie w tym stanie natychmiast wezwała karetkę. Nie chciała słuchać wymówek.

**Ja!? Długodystansowiec?
Prędzej przypuszczałbym,
że mogę dostać zawału serca,
albo co najwyżej zapalenia płuc.
Teraz żartujemy z żoną,
że myślałem o sobie
„Nieśmiertelny”**

Aż trudno uwierzyć, że można tyle czasu chodzić z udarem...

Co ciekawe, sanitariuszem który przyjechał karetką był mój kolega z grupy biegowej. Kiedy mnie zobaczył, złapał się za głowę. Zapytał mnie: Kamil, dlaczego ty jeszcze w domu jesteś?! Powiedziałem mu wtedy, że nic się nie dzieje, niech wraca do szpitala, a mnie zostawi w spokoju, bo jutro mam bieg. Przygotowywałem się wówczas do ogólnopolskiego „Biegu Niepodległości”, który miał się odbyć u nas w Ostrowcu. To był niezwykle ważny dla mnie start. Byłem przekonany, że przez noc mi przejdzie i jak zawsze pobiegnę. Oczywiście obiecywałem, że jeśli rano poczuje się źle, sam przyjadę. Ale nie posłuchał. Wsadzili mnie na krzesło, choć się opierałem (bo przecież nikt nie będzie

mnie nosił) i znieśli do karetki. Podłączyli pod kroplówkę i pojechałem. Teraz wiem, iż takie są procedury, że tak trzeba było. No i że to był ostatni dzwonek, by pojechać do szpitala.

A tam czekał prawdziwy długodystansowy trening. Byłeś na to gotowy?

Były to dla mnie ciężkie chwile – wiadomo – wcześniej uprawiałem sport. Pierwsze siedem dni spędziłem na wózku inwalidzkim. Prawa strona mojego ciała została właściwie wyłączona. Rękę miałem w łokciu podkurczoną, a noga była niewładna – jakby ciągnęła się za mną. Opadł mi także prawy kącik ust i wystąpiły poważne kłopoty z mową.

Świat mi się wtedy zawalił. To był moment załamania. Nie chciałem nikogo widzieć, nie odbierałem telefonów od rodziny, znajomych. Zabroniłem przychodzić do szpitala moim synom. W końcu zawsze się starałem być dla nich sportowym wzorem do naśladowania. Myślałem jakby to wyglądało? Tata na wózku – nie przystoi. Jedynie żona mnie odwiedzała.

Poruszałem się o kuli, potrzebowałem pomocy w najprostszych czynnościach. Na szczęście, w moim przypadku, następstwa choroby dość szybko ustępowały. W oddziale neurologii spędziłem 3 tygodnie, a potem rozpocząłem dwumiesięczny okres rehabilitacji. Dla mnie – sportowca, przyzwyczajonego do dużych obciążeń fizycznych – proponowane zestawy ćwiczeń wydawały się śmieszne. Jednak szybko zrozumiałem, że przekładanie kubeczków, przepychanie piłeczek jest konieczne i muszę się temu podporządkować. Postanowiłem zaufa rehabilitantom, terapeutom, lekarzom i to się opłaciło. Będę im za to wdzięczny do końca życia.

I zaowocowało przyzwyczajanie do długotrwałych treningów

Na sali ćwiczeń mogłem przebywać 8 godzin

dziennie. Szczególnie ceniłem czas spędzony na rowerku wysiłkowym. Ustawiali mi go na 10 minut. Ja przesuwalem do 20-30 minut, ale rehabilitanci nie pozwalali, abym się zbyt męczył. Mierzyli mi często ciśnienie, proponując dużo zajęć stabilizujących i wzmacniających, na poduszkach, piłkach, równoważni. Jako sportowiec miałem mocne mięśnie. Ale udar odebrał im funkcjonalność i to ją należało przywrócić do normy.

W szpitalu było dużo starszych osób. Ćwiczenia wykonywaliśmy wspólnie, bo tam jak się potocznie mówi „wszyscy jechaliśmy na jednym wózku”. Każdy walczył z chorobą: sportowiec, ksiądz, robotnik. Wszyscy tak samo potrzebowaliśmy wsparcia i ciepła. Atmosfera była miła, niekiedy nawet wesoła. Poznałem wielu interesujących ludzi. Otworzyłem się też na osoby starsze, których wiele spotkałem w okresie choroby, na ich problemy, sposób odbierania świata. Wielu z nich, z racji wieku, ma dużo mniejsze szanse na wyjście z choroby, i to jest smutne.

Ale rehabilitacja na szpitalu się nie zakończyła?

Oczywiście, że nie, chociaż zrzędzeniem losu trafiałem na samych sportowców. Jak już wspominałem sanitariuszem, który mnie wiozł do szpitala, był kolega z grupy biegowej. Rehabilitantem, kolejny kolega – triathlonista, Konrad Sulik, któremu pragnę serdecznie podziękować. Do Konrada uczęszczałem przez półtora roku, 3 razy w tygodniu. Były to zajęcia żmudne i wymagające. Bardzo dużo serca włożył w moje przygotowanie do powrotu do zdrowia i biegania. I myślę, że dzięki temu, iż sam jest sportowcem, łatwiej mu było wczuć się w moją sytuację, samopoczucie, lepiej dopasować ćwiczenia.

Jedyne czego nie musiał robić, to mnie motywować. Jestem silnym człowiekiem i postanowiłem, że żadna choroba nie może zburzyć mi życia. Nie ma takiej możliwości.

Pamiętam jak Konrad pewnego dnia spytał: „Kamil, a gdybyś jednak wylądował na wózku inwalidzkim? Gdybyś w takim stanie opuścił szpital? Przecież mogłeś.” „Jaki to problem – powiedziałem wtedy. Jest mnóstwo imprez biegowych na wózkach. Zrobiłbyś dla mnie kwestę w Ostrowcu. Wszyscy biegacze by się zrzucili i kupilibyście mi wypasiony wózek. Mało tego. Jeździłbym z wami na imprezy biegowe. I wiesz co – nie dogonilibyście mnie... (śmiech). Bo tak jest. Ci na wózkach wygrywają wszystko. I taki byłby finał.”

Uważam, że trzeba brać świat takim, jaki jest. Ja dziękuję za to, że jestem w takim miejscu dzisiaj – że mi się udało.

Uważam, że trzeba brać świat takim, jaki jest. Ja dziękuję za to, że jestem w takim miejscu dzisiaj – że mi się udało.

Zatem możemy powiedzieć, że wszyscy biegacze żyją w przyjaźni?

Dosłownie. Sport bardzo zbliża. Wspólne cele, wspólna pasja, podejście do zdrowia, życia. Poza tym w najtrudniejszych zmaganiach towarzyszą nam nasze rodziny. Niektóre małżeństwa biegają wspólnie. Po imprezach biegowych często spędzamy czas razem, np. na sobotnich ogniskach. Choć dzieje się tak od niedawna, wróży nam dobrą przyszłość..

Pamiętam jak zaczynałem biegać, a było to dawno temu, mało ludzi wtedy w Ostrowcu biegało. Zawsze chciałem, żeby w naszym mieście zorganizowała się taka „brać biegowa”, żeby ktoś coś takiego założył. I w listopadzie zeszłego roku, na zajęciach MOSiR-owskich spotkało się kilka osób, powstała śmiała inicjatywa. Poszło nam bardzo szybko. Wybranie zarządu, omó-

wienie spraw administracyjnych, zgłoszenie do KRS-u. Tak założyliśmy Stowarzyszenie Biegowe „Ostro Biec”.

Czyli idea staje się czynem

Dokładnie. Działamy bardzo prężnie. Staramy się organizować różnego rodzaju biegi. W tym roku odbyły się już trzy biegi charytatywne. Pierwszy to „Policz się z cukrzycą” pod szyldem Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Drugi był „Bieg dla Olesia”, chłopca, który ma rzadką chorobę mózgu i mieszka ze swoją mamą we Lwowie. Wtedy udało nam się zebrać ok. 6000 zł. A trzeci z biegów wspomógł odnowienie Domu Dziecka w Ostrowcu. Obecnie stowarzyszenie liczy 60 członków, z których 50 wykupiło nasze koszulki. Wszyscy biegają w nich (na terenie Polski i poza granicami kraju) i występują w naszych barwach. Nasze Stowarzyszenie „Ostro Biec” jest bardzo widoczne. I to jest fajne.

Trzeba przyznać, że to trafna nazwa.

O tak. Nasza rodzima. Ostrowiecka. Ale i motywująca, a może nawet zobowiązująca. Ma bardzo rodzinny charakter.

A skoro mowa o rodzinie, jaką odegrała rolę w twoim powrocie do zdrowia?

Udar mnie nauczył, że rodzina jest najważniejsza. Bo jak człowiek zapadnie na ciężką chorobę i nie ma wsparcia najbliższych, to naprawdę trudno jest mu się z niej podźwignąć. Byli przy mnie przez cały czas, podporządkowali na okres rekonwalescencji pode mnie swoje życie. To dla nich ćwiczyłem, dla nich się starałem, aby znów być mężem i tatą, jakiego znali. Teraz czasem żartujemy, że jak mężczyzna ma katar i leży w łóżku, a żona mu herbaty nie poda, to on z tego kataru nie wyjdzie. Sam się z tego łóżka nie podniesie. (śmiech)

A poważnie, w trakcie choroby wiele zrozumiałem i zmieniłem sposób patrzenia na świat. Kiedyś, jak byłem w okresie

To tylko część trofeów zdobytych przez Kamila Bernackiego na zawodach biegowych.



przygotowawczym, startowym, jeździłem na treningi w góry, na zajęcia biegowe, domowy świat kręcił się wokół mnie. Ja miałem weekend, rodzina nie. Teraz wszystkie chwile staramy się spędzać razem. Żona i dzieci jeżdżą ze mną na imprezy biegowe. Ja biegam, oni zwiedzają. Ale też kibicują mi. Inaczej pokonuje się trasę wiedząc, że będą czekać na mecie. Jest to naprawdę mega przeżycie.

W ogóle jesteśmy rodziną usportowioną. Nie lubimy nudy, stagnacji. Z niecierpliwością czekamy na weekend. Starszy syn ćwiczy taekwondo, młodszy lubi jeździć na rowerze. Moja żona zaczęła biegać, widząc jaką kondycja fizyczna odegrała rolę w walce z chorobą. Zatem robimy sobie wycieczki rowerowe, albo my z małżonką biegamy, a młodszy syn wozi nam picie rowerem. Bywa zdrowo i zabawnie.

Powiedziałeś, że zmieniles

perspektywę patrzenia na świat. Co to oznacza?

Po udarze doszedłem do wniosku, że nic nie muszę. Cieszę się ze wszystkiego. Biorę to, co daje mi świat. Kiedyś biegałem z nastawieniem na wynik, goniłem za rekordami. A mogę się pochwalić, że mam 50 biegów zaliczonych w Polsce. Teraz po asfalcie nie biegam. Tam jest nudno. Nic się nie dzieje. Biegam w górach. Pięknie. Mam czas podziwiać krajobraz, zatrzymać się, zrobić zdjęcie, by uwiecznić to piękno i biec dalej. Cieszę się jak stanę na mecie, ukończę trasę.

Kiedyś musiałem wyjść na trening. Nie mogłem bez tego wytrzymać. Teraz bywa, że nie trenuję nawet 10 dni, bo rodzina mnie wtedy potrzebuje, ale też dlatego, że staram się oszczędzać organizm.

Ale masz swoje osiągnięcia.

Z czego jesteś szczególnie dumny?

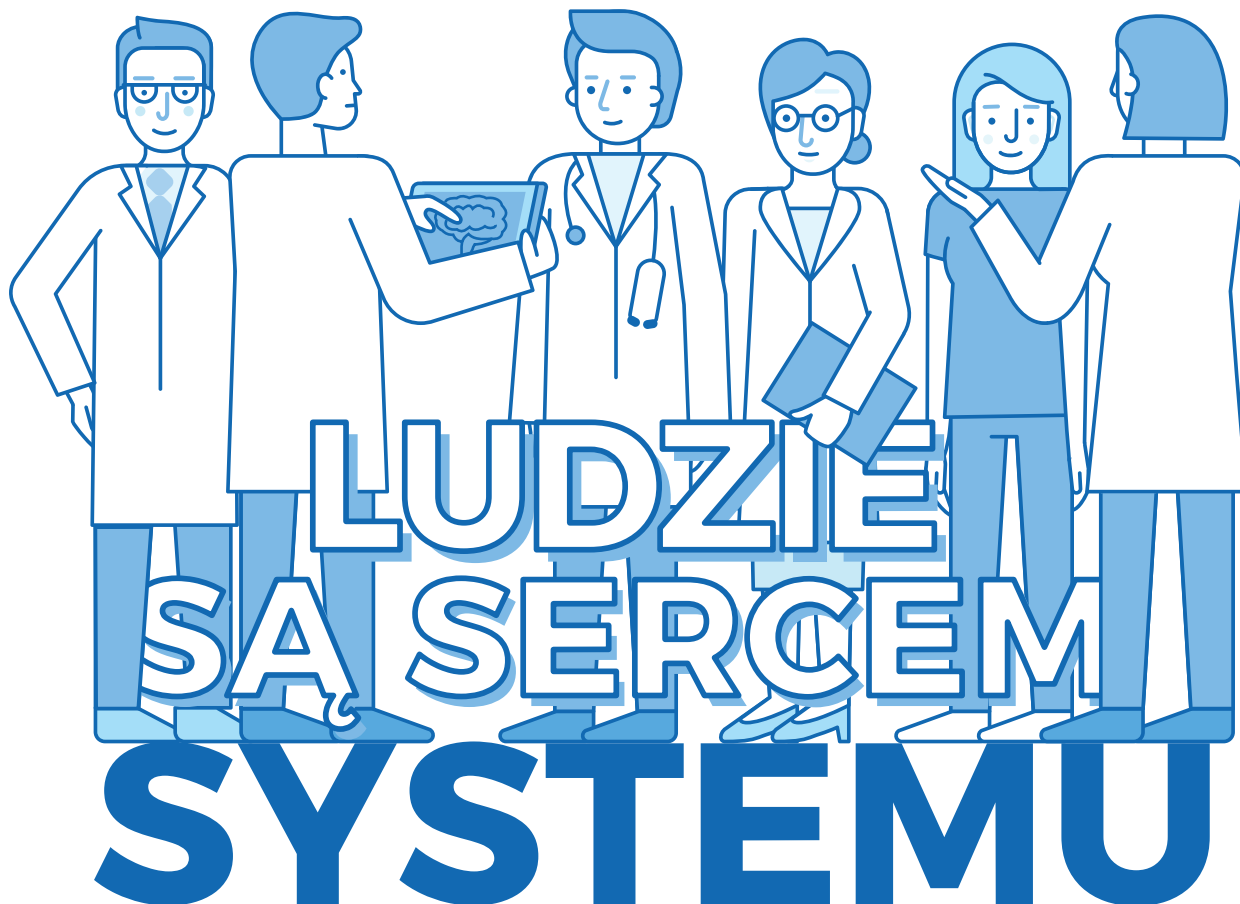
Brałem udział w 20 km biegu „Chyża Durbażka” w Pieninach. Jeżdżę na odbywające się cyklicznie biegi w Szczawnicy. Ukończyłem 15 km bieg w Zakopanem, a teraz zapisany jestem na 28 km przełaj w Bieszczadach.

Ale największe osiągnięcie to 105 km czerwonym szlakiem w Górach Świętokrzyskich. Po lesie. Start był w Gołoszcach, a meta w Skrawczyńku. Był to bieg nocny. Dystans pokonałem w 17 godzin. Biegliśmy wspólnie z kolegą.

Imponujący dystans. Nie dałbym rady.

Zapewniam cie, że dałbyś, każdy by dał. Trzeba tylko spróbować. Ja kiedyś spróbowałem, no i tak do tej pory – próbuję.

rozmawiał: **Tomasz Wojtczak**



Tak o Centrum Interwencyjnych Terapii Ostrego Udaru Mózgu (CITO) w Krakowie, mówi jego koordynatorka, neurolog, prof. Agnieszka Słowik. CITO to wspólne przedsięwzięcie Profesor Agnieszki Słowik i Profesora Tadeusza Popieli – neuroradiologa interwencyjnego zatrudnionego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Przygotowywana właśnie przez Ministerstwo Zdrowia pilotażowa procedura trombektomii dla całego kraju, w Małopolsce skutecznie działa od 2013 roku.

W związku z pilotażem o trombektomii mówi się coraz częściej. Jak wygląda organizacja tej procedury?

Leczenie udaru niedokrwinnego za pomocą trombektomii mechanicznej odbywa się w tzw. Nadrzędnych Centrach Udarowych. Szacuje się, że w Polsce potrzeba 1 do 2 takich ośrodków w województwie. Wynika to z faktu, iż chorzy, którzy kwalifikują się do trombektomii mechanicznej muszą się znaleźć w Centrum w bardzo krótkim czasie – do 6 godzin po zachorowaniu. Nasze Centrum obsługuje 14 oddziałów neurologicznych z oddziałami udarowymi, 8 neurologii bez oddziałów udarowych oraz szpitale, w których nie ma oddziałów neurologicznych.

Czego w praktyce potrzeba szpitalowi, żeby mógł leczyć pacjentów w ten sposób?

Centrum musi zatrudniać wysokiej klasy specjalistów z zakresu neuroradiologii interwencyjnej, neuroobrazowania mózgu i neurologii naczyniowej, musi być wyposażone w odpowiedni sprzęt obsługiwany 24 godziny na dobę oraz musi mieć opracowane protokoły diagnostyczno-terapeutyczne.

Kluczowym elementem systemu leczenia udaru za pomocą trombektomii mechanicznej są dyspozytorzy Pogotowia Ratunkowego, ratownicy medyczni oraz pracownicy SOR, którzy wymieniając po kolei, muszą postawić diagnozę, dowieźć pacjenta jak najszybciej do właściwego szpitala oraz bardzo szybko rozpocząć procedury potrzebne do kwalifikacji do leczenia już na miejscu, w szpitalu. System leczenia za pomocą trombektomii mechanicznej wymaga wobec tego przede wszystkim woli współpracy i zaufania wszystkich zaangażowanych.

Jak udało się Państwu stworzyć tak dużą, sprawnie działającą sieć?

Najważniejsze są osobiste kontakty, rozmowy i dyskusje. W Krakowie co pół roku organizujemy spotkania ordynatorów z całego regionu, rozmawiamy o aktualnych potrzebach, o tym jak udoskonalić naszą współpracę. W ramach CITO przeprowadziliśmy między innymi cykl szkoleń dla Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego. Przyznaję, że szczególnie budujące były dla mnie spotkania z dyspozytorami. To ludzie, którzy pod ogromną presją czasu muszą podejmować życiowe decyzje,

często na poziomie lekarskim. Jestem pod wielkim wrażeniem ich inteligencji i intuicji. I tak wracamy do sedna sprawy, do ludzi – to oni są sercem systemu. W odniesieniu do udaru mózgu wszystkie decyzje trzeba podejmować bardzo szybko. Upływ czasu jest zawsze wrogiem pacjenta. A za decyzjami zawsze stoją ludzie.

Pacjent, żeby zakwalifikować się na zabieg trombektomii musi zmieścić się w oknie czasowym 6 godzin. Jak wygląda czas z perspektywy zespołu wykonującego zabieg?

Zespół wykonujący zabieg to sześciu specjalistów: neurolog, radiolog interwencyjny, technik radiologii, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna i pielęgniarka radiologiczna. Wszyscy dyżurują pod telefonem całą dobę i w ciągu 45 minut od wezwania koordynatora stawiają się w szpitalu gotowi do pracy. Nie jest łatwo stworzyć i utrzymać taki zespół. Miesięcznie jest to średnio do obstawienia 180 dyżurów, co jak sądzę, stanowić będzie główne wyzwanie dla każdego organizatora tejże procedury.

Jak więc sobie z tym radzić?

W Krakowie ten sam zespół wykonuje wszystkie zabiegi interwencyjne na naczyniach mózgowych, to znaczy nie tylko leczy udary niedokrwienne, ale także zaopatruje tętniaki i naczyniaki naczyń mózgowych.

Niemniej to właśnie trombektomia to dla niektórych pacjentów priorytet

Trombektomia mechaniczna to przede wszystkim szansa dla pacjentów, których rokowania są najgorsze – zakrzepy wyciąga się z naczyń o największym kalibrze. Bez zabiegu ich szansa na przeżycie znacząco spada, o powrocie do sprawności nie wspominając. To także nadzieja dla tych, u których tromboliza (farmakologiczne rozpuszczanie skrzepu) nie zdała egzaminu. Rocznie wykonujemy kilkadziesiąt trombektomii mechanicznych.

Z czego wynika liczba zabiegów? Takie są potrzeby, czy tylko tyle przypadków trafia do oddziału?

Na chwilę obecną, szacując, że rocznie w Polsce 80 tys. osób doznaje udaru niedokrwinnego mózgu, trombolizie dożylniej poddawanych jest 8 tysięcy, zaś trombektomii mechanicznej – ok 500 osób. To nadal niewielki odsetek. Wynika to z różnych przyczyn, jednak bardzo istotną jest niewielka wiedza pacjentów na temat objawów udaru mózgu. Udar z reguły nie boli, dlatego jego objawy wydają się być nieistotne. Drętwiejąca ręka czy noga nie są tak oczywiste jak ból w klatce piersiowej. Często pacjenci nie docierają na czas do szpitala i w związku z tym nie kwalifikują się do żadnej z procedur przyczynowego leczenia udaru mózgu (tromboliza 4,5 godziny, trombektomia 6 godzin).

Na świecie mówi się już o możliwym wydłużeniu okna terapeutycznego dla trombektomii

aż do 16 godzin. Jak to możliwe?

Owszem. Opublikowane niedawno badania (DEFUSE 3 i DAWN) wskazują na możliwość wydłużenia czasu do włączenia leczenia. Potrzeba jednak do tego odpowiedniego oprogramowania: i-rapid, które jest w stanie ocenić ilościowo objętość martwicy i objętość odwracalnego niedokrwienia (penumbry) w obrazowaniu mózgu. Obecnie wielkość udaru i wielkość penumbry oceniamy jakościowo, szacujemy. Program ten dałby możliwość jednoznacznej oceny i rzeczywiście w praktyce wydłużył czas, w którym może być podjęta decyzja o bezpiecznym leczeniu przyczynowym. Na chwilę obecną takie oprogramowanie nie jest w Polsce dostępne. Bez wątpienia wydłużony czas do wykonania zabiegu przyczyniłby się do zwiększenia liczby osób, którym można pomóc, jednak bez zwiększonej świadomości społecznej nadal nie byłby to pożądany efekt.

Świadomość objawów to jedno, drugim jest świadomość przyczyn. W ramach Międzynarodowego Konsorcjum Badań Genetycznych w Udarze Mózgu szuka Pani także genów udaru mózgu, czy są ludzie „zaprogramowani na udar”?

Badania wskazują na istnienie genetycznych czynników ryzyka wystąpienia udaru mózgu, szczególnie w przypadku migotania przedsionków, jednak ich znaczenie nie jest kluczowe. Nadal głównymi przyczynami są nadciśnienie, cukrzyca, palenie papierosów czy hipercholesterolemia. Odpowiadając na pytanie, geny są istotne, jednak każdy z nas (nawet nieobciążeni genetycznie) może znaleźć się w grupie ryzyka. O tym należy pamiętać myśląc o udarze mózgu. Jako specjalistka w zakresie chorób neurologicznych czuję pewien niedosyt komunikowania o tych chorobach w przestrzeni publicznej – bez wątpienia w ciągu ostatnich lat świadomość społeczna wzrosła, jednak wiele jest jeszcze w tej dziedzinie do zrobienia. ☺

OGLĄDAJ ►

youtube.com/MedyczneWykładyDlaPacjentow



prof. Agnieszka Słowik
profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ordynator Oddziału Udarowego Kliniki Neurologii Collegium Medicum UJ w Krakowie i kierownik Zakładu Neurogenetyki, Katedry Neurologii UJ CM.

rozmawiała: **Magdalena Tomczak**

Organizacja leczenia ostrego udaru mózgu w Małopolsce koordynowana przez Uniwersyteckie Centrum Leczenia Ostrego Udaru Mózgu, CITO w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie: 5-letnie doświadczenie

Agnieszka Słowik

Katedra i Klinika Neurologii UJ CM | Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Streszczenie

Udar niedokrwienny mózgu to ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego spowodowana zamknięciem naczyń mózgowych. Jest to druga co do częstości przyczyna zgonu i najważniejsza przyczyna nieprawności osób dorosłych. Współcześnie wyróżnia się dwa sposoby leczenia przyczynowego udaru mózgu: tromboliza dożylna za pomocą jednorazowego wlewu rt-PA oraz trombektomia mechaniczna. Tromboliza dożylna może być stosowana w oddziałach lub pododdziałach udarowych; natomiast trombektomia mechaniczna powinna być stosowana tylko w tzw. Nadrzędnych Centrach Udarowych. Centra te dysponują odpowiednim potencjałem ludzkim i sprzętowym do wykonywania zabiegów trombektomii mechanicznej oraz innych zabiegów na naczyniach mózgowych i są dedykowane pacjentom kierowanym z sąsiadujących oddziałów lub pododdziałów udarowych.

W prezentowanej pracy przedstawiono system leczenia ostrego udaru niedokrwiennego mózgu za pomocą trombektomii mechanicznej działający nieprzerwanie od 1 stycznia 2013 na terenie województwa Małopolskiego i koordynowany przez Uniwersyteckie Centrum Leczenia Ostrego Udaru Mózgu, CITO, w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

Wstęp

Udar mózgu jest drugą co do częstości przyczyną zgonu i najważniejszą przyczyną niesprawności osób dorosłych (1). Według Map Potrzeb Zdrowotnych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia w Polsce na udar niedokrwienny mózgu choruje rocznie ok. 80 000 osób (http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/05/neurologia_podeszle_20180531-druk.pdf). Śmiertelność 30-, 90-, 180-dniowa oraz roczna w udarze niedokrwiennym mózgu zarejestrowana w 2007r. w Krakowskim Rejestrze Udarowym wynosi odpowiednio 9,8%, 19,0%, 21,6% oraz 31,2% (2). Połowa osób, która przeżyje, wymaga całodobowej opieki w zakresie wszystkich codziennych czynności (1).

Prognozy demograficzne na najbliższe 15 lat zakładają, że w związku z przewidywanym powiększeniem się populacji osób po 65 roku życia liczba nowych przypadków udaru wzrośnie o 37% wśród mężczyzn i 38% wśród kobiet (3). Szacuje się, że w 2005r. na świecie z powodu udaru mózgu zmarło 5,7 miliona osób, a przy braku wdrożenia odpowiednich działań prewencyjnych przewiduje się, że liczba ta może wzrosnąć nawet do 7,8 miliona w 2030r. (3).

Dostępne od kilkunastu lat leczenie przyczynowe udaru niedokrwiennego polegające na jednorazowym dożylnym podaniu leku rozpuszczającego zakrzep w tętnicy mózgowej (rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu, rt-PAIV) stosowane jest w Polsce zaledwie u 10% chorych. Podanie tego leku znacząco, bo o 30%, zwiększa odsetek osób, u których objawy udaru ustępują całkowicie. W najlepszych ośrodkach na świecie odsetek chorych leczonych w ten sposób wynosi ok. 30% (4).

Głównym czynnikiem ograniczającym liczbę osób leczonych za pomocą rt-PAIV jest krótki czas (4,5 godzinne okno terapeutyczne), w którym lek można podać. Od kilku lat leczenie rt-PAIV odbywa się w Polsce w tzw. Oddziałach lub Pododdziałach Udarowych zlokalizowanych przy Oddziałach Neurologicznych (5).

Drugim sposobem leczenia przyczynowego ostrego udaru niedokrwiennego mózgu jest leczenie wewnątrz tętnicze (trombektomia mechaniczna). Jego skuteczność w czasie 6 godzin po zachorowaniu została udokumentowana ostatecznie w 2015r. po opublikowaniu wyników pięciu badań klinicznych, Mr CLEAN (5), REVASCAT (7), ESCAPE (8), SWIFT RRIME (9), EXTEND IA (10), wykorzystujących do usuwania materiału zakrzepowego z naczyń mózgowych specjalnie zaprojektowane nowoczesne urządzenia, tzw. trombektomie.

Bardzo istotnym krokiem milowym w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu za pomocą trombektomii mechanicznej, zwiększającym liczbę potencjalnych beneficjentów tej metody, stało się udokumentowanie w 2018r. skuteczności

trombektomii mechanicznej w znacznie wydłużonym oknie terapeutycznym, do 16 (11), a nawet do 24 godzin (12).

Trombektomia mechaniczna przeznaczona jest dla zaledwie dla kilku procent chorych na udar mózgu, ale są to osoby o najgorszym rokowaniu co do przeżycia i jakości życia, ponieważ w tych przypadkach zakrzep jest zlokalizowany w naczyniach mózgowych o największej średnicy. Leczenie udaru niedokrwiennego za pomocą trombektomii mechanicznej jest uznane za przełomowe w neurologii światowej. Znalazło miejsce w najnowszych zaleceniach europejskich (13) i amerykańskich (14).

Dostępność do trombektomii mechanicznej jest nadal jeszcze niewielka, ponieważ może być ona wykonywana tylko w specjalnie do tego celu dedykowanych ośrodkach, tzw. Nadrzędnych Centrach Udarowych, działających 24 godziny 7 dni tygodni (15).

Tylko w takich Centrach można przeprowadzić wysokospecjalistyczną diagnostykę neuroradiologiczną niezbędną do kwalifikacji do zabiegu oraz wykonać zabiegi trombektomii mechanicznej przez wysoko wyspecjalizowany zespół.

Przeszkodą do organizowania takich ośrodków są niedobory specjalistów w zakresie leczenia wewnątrznacyniowego udaru mózgu, bardzo wysokie wymagania organizacyjne oraz wysokie koszty. W Polsce leczenie za pomocą trombektomii mechanicznej nie jest aktualnie refundowane i jest wykonywane tylko u pojedynczych pacjentów.

Organizacja systemu leczenia udaru niedokrwiennego mózgu za pomocą trombektomii mechanicznej w Małopolsce

Zorganizowanie skutecznego systemu leczenia udaru niedokrwiennego mózgu za pomocą trombektomii mechanicznej wymaga skoordynowanego działania w bardzo krótkim czasie różnych niezależnych służb medycznych, tworzących tzw. „łańcucha przeżycia”. Te służby muszą ściśle ze sobą współpracować, mimo ogromnego stresu wynikającego z sytuacji ratowania życia. Każda minuta zwłoki, od momentu zachorowania do rozpoczęcia trombektomii działa na niekorzyść pacjenta i zmniejsza szanse na jego powrót do zdrowia.

Tworzenie systemu leczenia udaru mózgu na terenie Małopolski jest procesem ciągłym, trwającym od kilku lat, ukierunkowanym przede wszystkim na ustawiczną edukację poszczególnych służb medycznych, które ten system tworzą. W tym systemie uczestniczą po kolei:

Dyspozytorzy Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego

Dyspozytorzy Pogotowia Ratunkowego są systematycznie szkoleni na temat objawów udaru mózgu oraz na temat możliwości leczenia przyczynowego tej choroby. Mają też przekazaną informację o działalności CITO i znają numer telefonu do Koordynatora CITO.

Ratownicy medyczni

Ratownicy medyczni są systematycznie szkoleni na temat objawów udaru, na temat możliwości leczenia przyczynowego tej choroby oraz zasad postępowania przedszpitalnego u chorych na udar mózgu. Ratownicy medyczni otrzymali również dedykowaną dla projektu tzw. Kartę Udarową. Mają też przekazaną informację o działalności CITO i znają numer telefonu do Koordynatora CITO.

Lekarze SORów i neurologów w oddziałach rejonowych.

Lekarze zatrudnieni w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych oraz neurologów na terenie Województwa Małopolskiego mają systematyczne szkolenia na temat objawów udaru mózgu, możliwości leczenia przyczynowego udaru mózgu oraz nowoczesnych kryteriów kwalifikacji do leczenia przyczynowego tej choroby. Mają też informację o działalności CITO i znają numer telefonu do Koordynatora CITO.

Koordynator CITO.

Koordynatorem CITO jest neurolog, specjalista w zakresie postępowania w ostrym udarze mózgu, a szczególnie w zakresie kryteriów kwalifikacji do trombektomii i dyskwalifikacji od zabiegu, z umiejętnością postępowania w przypadku wystąpienia powikłań, a także z umiejętnością analizy wyniku obrazowania ostrego udaru mózgu.

Koordinator CITO przyjeżdża na wezwanie telefoniczne do każdego pacjenta, u którego rozważane jest wykonanie trombektomii mechanicznej. Jest odpowiedzialny za wykonanie diagnostyki umożliwiającej podjęcie decyzji o zabiegu, powiadamia zespół CITO o konieczności zgłoszenia się do zabiegu, razem z radiologiem interwencyjnym podejmuje decyzję o zabiegu i jeśli zabieg jest wykonywany to jest odpowiedzialny za monitorowanie stanu neurologicznego pacjenta aż do momentu zakończenia zabiegu i przewiezienia chorego do Oddziału Udarowego.

W Centrum Leczenia Udaru Mózgu jako Koordynator CITO dyżuruje minimalnie 6 neurologów w miesiącu. Pozwala to utrzymać ciągły 24-godzinny dyżur pod telefonem 7 dni w tygodniu.

Zespół CITO

W skład zespołu CITO, czyli zespołu, który wykonuje zabieg wchodzi: neuroradiolog interwencyjny, który wykonuje zabieg, pielęgniarka radiologiczna, która asystuje neuroradiologowi interwencyjnemu podczas zabiegu, anestezjolog, który decyduje o rodzaju znieczulenia, oraz prowadzi chorego anestezjologicznie podczas zabiegu, pielęgniarka anestezjologiczna, technik elektroradiologii, który jest odpowiedzialny za pracę angiografu i wykonywanie zdjęć radiologicznych podczas zabiegu. Każde stanowisko w zespole CITO jest osadzone dyżurnymi 24 godziny 7 dni w tygodniu.

Zespół CITO jest ustawicznie szkolony w zakresie najnowszych zaleceń dotyczących kwalifikacji do zabiegu, możliwości technicznych przeprowadzania zabiegu oraz o najnowszym sprzęcie.

Kierownictwo CITO:

Kierownictwo CITO ma następujące kompetencje: nadzór nad prawidłowym procesem przekazywania chorego przez poszczególne służby do CITO, nadzór nad procesem kwalifikacji do zabiegów, konsultacje trudnych przypadków, analiza bazy danych pod kątem skuteczności terapii i powikłań, nadzór nad ustawicznymi szkoleniami wszystkich służb wchodzących w skład systemu leczenia udaru, aktualizacja protokołów diagnostycznych, kwalifikacji do leczenia i dyskwalifikacji od leczenia zgodnie z najnowszymi standardami.

Bardzo ważnym zadaniem kierownictwa CITO jest monitorowanie jakości. Dane demograficzne, kliniczne, neuroobrazowe, a także dane na temat wczesnej i późnej prognozy są wprowadzane do specjalnie utworzonej bazy danych. W dobie 90. po zachorowaniu ze wszystkimi leczonymi lub ich rodzinami przeprowadzany jest wystandaryzowany wywiad telefoniczny na temat samodzielności poudarowej (skala Rankina), jakości życia po udarze (skala Barthel), przeżycia i powikłań.

Strukturalnie system organizacyjny na terenie Małopolski, który umożliwia dostęp wszystkich potrzebujących do leczenia udaru mózgu za pomocą trombektomii mechanicznej obejmuje 28 jednostek:

• Nadrzędne Centrum Udarowe, które stanowi Uniwersyteckie Centrum Leczenia Ostrego Udaru Niedokrwiennego Mózgu, CITO w skład, którego wchodzi:

Kierownictwo CITO, Koordynator CITO oraz Zespół CITO, wszyscy wymienieni dyżurują pod telefonem.

• 18 Szpitali na terenie Małopolski (oddziały SOR i Oddziały Neurologii):

- 14 szpitali z Oddziałami Neurologii, które w swojej mają w swojej strukturze organizacyjnej Oddziały Udarowe;

- 4 szpitale z Oddziałami Neurologii, które w swojej w swojej strukturze organizacyjnej nie mają Oddziałów Udarowych.

• 8 Szpitali na terenie Małopolski bez oddziałów neurologicznych w swojej strukturze organizacyjnej

• Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

Numer telefonu do koordynatora CITO mają dyspozytorzy Pogotowia Ratunkowego, ratownicy medyczni, lekarze SOR szpitali na terenie Małopolski i neurologi wszystkich 18 Oddziałów Neurologii w Małopolsce.

Bardzo istotne miejsce w Małopolskim systemie leczenia ostrego udaru mózgu ma działalność edukacyjna skierowana do społeczeństwa. Są to informacje prasowe, telewizyjne programy edukacyjne, imprezy plenerowe, filmy na temat objawów i leczenia udaru dostępne w internecie

(<https://www.youtube.com/watch?v=6Wrb4q57EIY> ponad 58 800 odsłon; <https://www.youtube.com/watch?v=1X06uPOKSew> ponad 30 000 odsłon).

W roku 2017 prof. Agnieszka Słowik wraz z zespołem otrzymała finansowanie z programu operacyjnego „Wiedza, Edukacja, Rozwój” na realizację projektu pt. „Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu”. Projekt ma na celu edukację mieszkańców Małopolski oraz lekarzy POZ z tego regionu na temat czynników ryzyka, objawów udaru oraz możliwości leczenia.

Koncepcja organizacyjna i wdrożenie działania Uniwersyteckiego Centrum Leczenia Ostrego Udaru Mózgu (CITO) zostały dofinansowane przez Grant Fundacji Naukowej Polpharma 2014-2016 przyznany prof. Agnieszce Słowik za projekt „Czy wdrożenie nowatorskiej struktury organizacyjnej dedykowanej terapii ostrego udaru mózgu (Centrum Interwencyjnej Terapii Ostrego Udaru Mózgu) poprawi skuteczność leczenia tej choroby?”

Małopolski system organizacyjny leczenia ostrego udaru niedokrwiennego mózgu za pomocą trombektomii mechanicznej koordynowany przez Uniwersyteckie Centrum Leczenia Ostrego udaru niedokrwiennego mózgu, CITO, działający nieprzerwanie od 1 stycznia 2013r. pozwolił na leczenie za pomocą trombektomii mechanicznej 195 osób, znakomitą większość z nich chroniąc od nieuchronnego kalectwa lub śmierci.

Piśmiennictwo:

- Hasan TF, Rabinstein AA, Middlebrooks EH, Haranhalil N, Silliman SL, Meschia JF, Tawk RG. Diagnosis and management of acute ischemic stroke. *Mayo Clin Proc* 2018;93:523-538.
- Słowik A, Turaj W, Zwolińska G, Róg T, Dziedzic T, Pera J i wsp. Stroke attack rates and case fatality in the Krakow Stroke Registry. *Neurol Neurochir Pol* 2007;41:291-5.
- Strong K, Mathers C, Bonita R. preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol* 2007;6:182-7.
- Demaerschalk BM, Kleindorfer DO, Adeoye OM, Demchuk AM, Fugate JE, i wsp. American Heart Association Stroke Council and Council on Epidemiology and Prevention Scientific Rationale for the inclusion and exclusion criteria for intravenous alteplase in acute ischemic stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2016;47:581-641.
- Wisniewska M, Kobayashi A, Członkowska A. Postępowanie w udarze mózgu. Skróć Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku. *Pol Przegl Neurol* 2012;8:161-175.
- Mr CLEAN (Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, van den Berg LA, Lingsma HF, Yoo AJ, et al. A randomized trial of intrarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372:11-20)
- REVASCAT (Jovin TG, Chamorro A, Cobo E, de Miquel MA, Molina CA, Rovira A, et al. Thrombectomy within 8 h after symptom onset in ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372:2296-306)
- ESCAPE (Goyal M, Demchuk AM, Menon BK, Eesa M, Rempel JL, Thornton J, et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. *N Engl J Med* 2015;372:1019-30.)

9. SWIFT RRIME (Saver JL, Goyal M, Bonafe A, Diener HC, Levy EI, Pereira VM, et al. Stent-retriever thrombectomy after intravenous t-PA vs t-PA alone in stroke. *N Engl J Med* 2015;372:2285-95),

10. EXTEND IA (Campbell BC, Mitchell PJ, Kleinig TJ, Dewey HM, Churilov L, Yassi N, et al. Endovascular therapy for ischemic stroke with perfusion-imaging selection. *N Engl J Med* 2015;372(11):1009-18)

11. Albers GW, Marks MP, Kemp S, Christensen S, Tsai JP, Ortega-Gutierrez S i wsp. Thrombectomy for stroke at 6-16 hours with selection by perfusion imaging. *N Engl J Med*. 2018;378:708-718.

12. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, Bonafe A, Budzik RF, Bhuva P i wsp. Thrombectomy 6-24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *N Engl J Med*. 2018;378:11-21.

13. Wahlgren N, Moreira T, Michel P, Steiner T, Jansen O, Cognard C, i wsp. Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke: Consensus statement by ESO-Karolinska Stroke Update 2014/2015, supported by ESO, ESMINT, ESNR and EAN. *Int J Stroke*. 2016;11:134-47.

14. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, i wsp. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49:e46-e110.

15. Alberts MJ, Latchaw RE, Selman WR, Shepherd T, Hadley MN, Brass LMI i wsp. Recommendations for comprehensive stroke centers: a consensus statement from the Brain Attack Coalition. *Stroke*. 2005;36:1597-616.

akcja
ABLACJA

Działaj właściwie
od samego początku



Weź udział w programie i poznaj przyczyny, objawy i sposoby leczenia migotania przedsionków



Leczenie zaburzeń rytmu serca **w pigułce**



Prawdziwe historie **pacjentów**



Atrakcyjna forma materiałów video



Serce
dla arytmii

Zapisz się do bezpłatnego programu edukacyjnego!
Wejdź na: **www.akcjaablacja.pl**

Biosense Webster.
Polska Dystrybucja


Stowarzyszenie „Serce dla Arytmii” zajmuje się edukacją pacjentów w zakresie profilaktyki schorzeń układu krążenia, a w szczególności zaburzeń rytmu serca.

W ramach naszej działalności od wielu lat prowadzimy spotkania edukacyjne dla pacjentów, na których lekarze w przystępny sposób opowiadają o chorobach serca. Zorganizowaliśmy również informacyjno-edukacyjną kampanię społeczną skierowaną do osób zmagających się z arytmią serca i migotaniem przedsionków „AKCJA ABLACJA”.

Kampania Edukacyjna „Akcja Ablacja” skierowana jest zarówno do pacjentów już dotkniętych zaburzeniami rytmu serca, w szczególności migotaniem przedsionków, jak i tych,

którzy mają w rodzinie takie osoby jak i wszystkich, którzy chcieliby wiedzieć więcej o tej arytmii. Kampania ta w sposób interaktywny i przyjazny dla pacjenta przedstawia symptomy, sposoby leczenia oraz rehabilitacji. Prowadzi przez cały proces diagnostyki i leczenia, już od momentu zaobserwowania pierwszych objawów. Jednocześnie przekazuje wiele wartościowych informacji m.in. to na co pacjent ma zwrócić uwagę, jak obserwować objawy oraz jakie dokumenty zabrać ze sobą na wizytę do lekarza pierwszego kontaktu. Prowadzi przez cały proces diagnostyki i leczenia.

Więcej informacji na temat możliwości diagnostycznych i terapeutycznych dla pacjentów znajduje się na stronie **www.akcjaablacja.pl**



PIJ WODĘ NA ZDROWIE

Woda, zaraz po tlenie, jest podstawowym czynnikiem, którego dostarczanie warunkuje prawidłowe funkcjonowanie naszego organizmu. Ilu z nas może powiedzieć z ręką na sercu, że wypija odpowiednią ilość wody każdego dnia? Czy wiemy jak ważne jest systematyczne spożywanie odpowiedniej ilości płynów dla naszego zdrowia i samopoczucia? Czy aby nie lekceważymy tego faktu? Czy zdajemy sobie sprawę z poważnych konsekwencji jej niedoboru?

Człowiek w ~ 70% składa się z wody. Mózg ma jej ponad 80%, we krwi jest około 83%, a w sokach żołądkowych znajduje się jej aż 97%! Woda bierze udział w najważniejszych procesach życiowych jakie zachodzą w organizmie człowieka. Dzięki niej żyjemy. Bez jedzenia możemy przetrwać nawet miesiąc, bez wody jedynie kilka dni. Nasz organizm nie potrafi magazynować większych ilości wody, dlatego stale musimy uzupełniać jej ilość. Woda jest potrzebna do oddychania, nawilża wdychane powietrze. Woda umożliwia krążenie krwi. Jest niezbędna do normalnego przebiegu procesów trawiennych. Formowanie kęsów, ich przełykanie oraz dalszy transport w przewodzie pokarmowym zależy od odpowiedniej zawartości wody w ślinie, soku żołądkowym, jelitowym oraz w żółci. Brak wody sprawia, że przebieg wszystkich tych procesów zostaje zaburzony. Woda pełni rolę smaru w naszym organizmie. Jako składnik śluzu zapobiega tarcia organów wewnętrznych i kości w stawach. Woda pomaga oczyszczać organizm ze zbędnych substancji i toksyn. Końcowe produkty przemiany materii są bowiem usuwane z niego wraz z moczem. Woda jest także najważniejszym termoregulatorem. Kiedy temperatura otoczenia staje się wyższa niż temperatura naszego ciała, z powierzchni skóry zaczyna parować woda w postaci potu. Właściwe nawodnienie pomaga zatem zapobiegać przegrzaniu ciała.

Ile powinniśmy pić wody każdego dnia?

Zgodnie z najnowszymi zaleceniami Europejskiej Agencji ds. Bezpieczeństwa Żywności EFSA dorosły człowiek w zależności od płci i wieku winien wypijać około 2-2,5 litra wody dziennie, z czego 20% pochodzi z pokarmów stałych, tak więc do wypicia pozostaje 1,5-2 litry. Gdy zwiększa się temperatura, zmienia stan fizjologiczny, zapotrzebowanie na wodę również ulega zwiększeniu. Minimalna ilość spożywanych płynów powinna wynosić 1,5l na dobę. Nie musi to być oczywiście tylko woda, niemniej jednak jest ona najbardziej wskazana (nie dostarcza kalorii i jest bardzo dobrym rozpuszczalnikiem niewchodzącym w interakcje z pożywieniem czy lekami). Warto sięgać także po naturalne soki owocowe i zielone herbaty. Najbardziej wskazane jest częste picie niewielkich ilości. Organizm nie musi wtedy pozbywać się nadmiaru wody, a może dokładnie ją zagospodarować.

Kobiety w ciąży powinny zwiększyć spożycie wody do ok. 2,3-2,5 litra. Jest to spowodowane zwiększoną objętością krwi krążącej, wymianą składników odżywczych między mamą a dzieckiem, produkcją płynu ododniowego, w którym rozwija się dziecko, oraz zwiększonym ryzykiem wystąpienia zakażenia dróg moczowych.

Także osoby starsze powinny zwrócić szczególną uwagę na ilość

wypijanych płynów każdego dnia, ponieważ ze względu na wiek odczuwają pragnienie znacznie słabiej. Kolejną grupę zwiększonej podaży wody stanowią osoby chore (gorączkujące). Woda pomaga bowiem schładzać organizm w gorączce i stwarzać odpowiednie środowisko do obrony przed infekcją. Zwiększone zapotrzebowanie na wodę dotyczy także sportowców, którzy ilość wypijanych płynów powinni dostosować do długości i intensywności treningu.

Picie wody poprawia samopoczucie, wpływa na wydolność organizmu, nastrój oraz funkcje poznawcze

Mózg ludzki składa się w 83% z wody. Stan odwodnienia organizmu może zatem znacząco wpłynąć na jego funkcjonowanie. W kilku badaniach przeprowadzonych z udziałem zdrowych osób obserwowano wpływ odwodnienia na sprawność umysłową i funkcje motoryczne: zmęczenie, nastrój psychiczny, czas reakcji z wyborem, pamięć krótko- i długotrwałą, zdolność uwagi, zdolność przeprowadzania obliczeń arytmetycznych. Ryzyko wystąpienia zaburzeń poznawczych (koncentracji, czujności oraz pamięci krótkotrwałej) wskutek odwadniania organizmu może w szczególności dotyczyć dzieci i młodzieży, ponieważ ich organizmy są bardziej wrażliwe na wszelkie niedobory płynów.

Jaką wodę wybrać?

Woda mineralna to woda podziemna naturalnego pochodzenia, która charakteryzuje się bardzo zróżnicowaną zawartością składników mineralnych oraz stabilnym składem. Niektóre wody mineralne mogą zawierać w znacznych ilościach substancje mające znaczenie fizjologiczne dla organizmu, takie jak: wapń, magnez, siarczany, wodorowęglany, fluorki, jodki, sól czy chlorki. W związku z tym wody wysoko zmineralizowane nie powinny być stosowane do stałego spożycia w większych ilościach.

Woda źródłana to woda podziemna naturalnego pochodzenia o składzie mineralnym i właściwościach wymaganych dla wody przeznaczonej do stałego spożycia. Nie zawiera ona w znacznych ilościach składników, które powinny być limitowane przez niektóre osoby w codziennej diecie, takich jak: chlorki, sól, potas, siarczany, fluorki oraz jodki. Najczęściej jest to woda niskozmineralizowana, odpowiednia do stałego stosowania bez ograniczeń dotyczących wieku i stanu zdrowia. Można ją wykorzystywać zarówno do bezpośredniego spożycia jak i przyrządzania innych napojów i potraw.

Woda stołowa to woda źródłana lub nisko zmineralizowana woda mineralna, do której w procesie produkcji dodawana jest woda mineralna wysoko zmineralizowana lub wybrane składniki mineralne po to, by uzyskać skład odpowiedni do określonego sposobu wykorzystania wody. Wody takie przeznaczone są głównie dla osób pracujących w uciążliwych warunkach termicznych oraz sportowców.

Woda lecznicza to woda, która ze względu na swój specyficzny skład, może być stosowana jako środek wspomagający leczenie niektórych schorzeń. Może ona mieć bardzo wysoką mineralizację (nawet 34 tys. mg/l) i powinna być stosowana według wskazań lekarza.

Woda – przyjaciel Twojego serca

Nie wszyscy zdają sobie sprawę, że oprócz odpowiedniej diety oraz systematycznej aktywności fizycznej również spożywanie odpowiedniej ilości wody, jest bardzo ważne dla prawidłowego funkcjonowania serca oraz układu krążenia. Serce składa się aż w 79 % z wody i jest jednym z najbardziej zasobnych w wodę ludzkich organów. Obniżona zawartość wody w organizmie, powoduje że spada ciśnienie krwi i jej objętości w organizmie maleje. Powoduje to sytuację, w której serce musi bić szybciej, aby utrzymać odpowiednie krążenie krwi. Z sześcioletniego badania przeprowadzonego na grupie ponad 20 tys. osób wynika, że u osób które spożywają powyżej 5 szklanek wody (około 2l) dziennie, zachorowalność na choroby sercowo- naczyniowe jest niższa niż w porównaniu do osób, które na co dzień wypijają mniej wody.

Picie wody może pomóc w odchudzaniu

Woda nie dostarcza kalorii, jest więc naj-lepszym płynem zapewniającym równo-wagę wodną organizmowi w terapii odchudzającej. Wypełniając żołądek pomaga hamować uczucie głodu. Regularne picie wody prowadzi do zmniejszenia energii całkowitej i zwiększenia stopnia utleniania tłuszczu w porównaniu z innymi napojami. Przejście z płynów słodzonych na wodę może w szybkim czasie przyczynić się do spadku masy ciała o kilka kilogramów.

Należy pić wodę przed wysiłkiem fizycznym i w jego trakcie

Wodę należy pić w ciągu całego dnia małymi porcjami, aby uzupełnić ją w tempie podobnym do jej utraty. O odpowiednie nawodnienie powinniśmy szczególnie dbać zarówno przed jak i w trakcie oraz po wysiłku fizycznym, gdyż podczas ćwiczeń pełni ona szczególną rolę – chroni organizm przed przegrzaniem oraz transportuje składniki odżywcze będące paliwem dla mięśni. Odwodnienie jest najczęstszą przyczyną spadku wydajności i wytrzymałości podczas ćwiczeń fizycznych. Utrata płynów w ilości 5% masy ciała ograniczana wydolność pracy o 30%.



Każde 1% odwodnienia organizmu przyspiesza pracę serca o 5 uderzeń. Utrata wody podczas ćwiczeń powoduje zmniejszenie objętości osocza i przepływu krwi przez mięśnie, co prowadzi do narastania zmęczenia mięśni, układu nerwowego oraz spadku przewodnictwa nerwowego.

Istnieją choroby, w których należy kontrolować spożycie wody i innych płynów

Ograniczenie lub ścisła kontrola wszystkich przyjmowanych płynów są konieczne w niektórych jednostkach chorobowych, takich jak niewydolność układu krążenia (ograniczenie w podaży płynów do 1,5l-2l na dobę), w chorobach przebiegających z obrzękami, wodobrzuszem. W takich sytuacjach organicznie w dobowym spożyciu płynów ustala indywidualnie lekarz. Ograniczenie w spożyciu płynów jest konieczne także u pacjentów dializowanych, u których są one najbardziej restrykcyjne – konieczne jest zapisywanie ilości wypitych płynów oraz spożywanych produktów i potraw zawierających znaczną ilość wody. Nerki są w stanie przefiltrować ok

1 litra płynów na godzinę. Jeżeli wypilibyśmy np. 5 litrów płynów w tym czasie to mogłoby to skutkować niewydolnością nerek i zagrożeniem zdrowia. Każdy płyn może zaburzyć pracę układu krążenia, gdy jest wypity w bardzo dużych ilościach i w bardzo krótkim czasie. U osób z chorobami nerek i układu krążenia niewskazane jest nadmierne nawodnienie.

Leki najlepiej popijać wodą

Woda jest najlepszym napojem do popijania większości leków. Jest neutralna, nie wchodzi w interakcje z substancjami leku oraz ułatwia rozpuszczenie i wchłanianie. Odpowiednie nawodnienie w czasie przyjmowania leków gwarantuje prawidłowe usuwanie z organizmu jego metabolitów. Przyjmowanie odpowiedniej ilości wody jest niezbędne w przypadku przyjmowania leków o działaniu wykrztuśnym. Niektóre specyficzne leki wymagają innych rozpuszczalników niż woda. Zawsze warto więc czytać ulotki dołączone do lekarstw lub zapytać o to lekarza, ale większość leków należy popijać wodą, zwłaszcza że niektóre napoje mogą wchodzić w niebezpieczne interakcje z lekami, np. sok grejfrutowy.

Czy picie dużych ilości wody mineralnej jest niezdrowe?

W nadmiarze wszystko może być niekorzystne. Bardzo dużo zależy od rodzaju wody i indywidualnych potrzeb organizmu. Picie wody mineralnej z dużą zawartością sodu może być niewskazane np. u osób z nadciśnieniem. Osoby z kamicą nerkową nie powinny pić wody

mineralnej o wysokiej zawartości wapnia, który jest głównym składnikiem kamieni nerkowych. Niektóre wody mają podaną informację na opakowaniu, że nie powinny być spożywane w ilości większej niż 1,5 litra dziennie. Nie każda woda jest odpowiednia dla każdego, więc jeśli mamy wątpliwości najlepiej skonsultować się z lekarzem lub specjalistą ds. żywienia. Niezależnie od stanu zdrowia czy wieku, odpowiednie dla każdego do picia na co dzień będą wody niskozmineralizowane, mineralne i źródłane.

Kiedy odczuwasz pragnienie jesteś już odwodniony

Uczucie pragnienia pojawia się, gdy organizm jest już odwodniony i może oznaczać nawet 2% odwodnienia. Nawet taki niewielki niedobór wody zmniejsza objętość i zwiększa gęstość krwi, zaburza procesy pamięci krótkotrwałej, obniża koncentrację, wydłuża czas reakcji na bodziec, może powodować uczucie zmęczenia i znużenia, bóle głowy, osłabienie apetytu. Najlepszą formą kontroli nawodnienia jest kolor moczu. Jasnożółty mocz zwykle oznacza, że wypijamy wystarczającą ilość płynów, natomiast ciemniejszy żółty oznacza, że należy spożywać więcej wody, gdyż organizm jest już lekko odwodniony.

Gazowana czy niegazowana?

Jedyną różnicą pomiędzy wodą niegazowaną a gazowaną jest zawartość dwutlenku węgla. Woda gazowana może rozpychać żołądek pod warunkiem, że zaraz po jej wypiciu zjemy obfity posiłek. Szklanka wody gazowanej między posiłkami nie musi mieć wcale takiego wpływu, może natomiast hamować apetyt, jeżeli po niej nic nie zjemy. Obecność gazu może dawać szybsze odczucie ugazowania pragnienia. Nie należy jednak kierować się uczuciem nasycenia/napojenia tylko wypitą ilością wody w ciągu doby. Picia wody gazowanej powinny unikać osoby z problemami gastrycznymi, mające kłopoty z krztanią czy cierpiące na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP), kobiety w ciąży i karmiące piersią oraz małe dzieci. Czysta woda gazowana jest natomiast korzystniejszym wyborem, niż inne gazowane napoje, nie zawiera bowiem kalorii oraz innych dodatków.

Im więcej składników mineralnych w wodzie tym lepiej?

Woda, którą pijemy nie stanowi dla nas jedynie źródła nawodnienia, ale również wielu niezbędnych do życia jonów takich jak: fluorkowe, chlorkowe, wapniowe, magnezowe, potasu, sodu oraz pierwiastków śladowych: żelaza, miedzi, cynku, manganu, seleniu i krzemu. Wszystkie odgrywają bardzo ważną rolę w naszym organizmie i zarówno ich niedobór jak i nadmiar może być niekorzystny dla naszego organizmu. Biorąc pod uwagę niedobory i nadmiar poszczególnych składników mineralnych w dietach ludności zaleca się wybieranie




wody o wysokiej zawartości wapnia i magnezu (składniki o właściwościach protekcyjnych w chorobach układu krążenia i osteoporozie) oraz niskiej zawartości sodu (co chroni przed nadciśnieniem tętniczym i chorobami nerek). Optymalny poziom wapnia w spożywanej wodzie to według WHO 50mg/l (min.20mg/l). Optymalny poziom magnezu wynosi natomiast 20-30 mg/l. Zaś woda niskosodowa to taka, której poziom zawartości sodu nie jest większy niż 20mg/l. ©

Pamiętaj

Pij szklankę wody po przebudzeniu i przed snem.

Nie należy dopuszczać do powstania uczucia pragnienia, gdyż jest ono pierwszą oznaką odwodnienia

Pij wodę

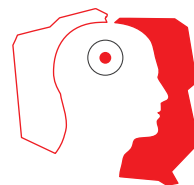
-  **regularnie przez cały dzień**
-  **o temperaturze pokojowej**
-  **małymi porcjami**

Adam Siger

Na podstawie: Raport: fakty i mity o wodzie

Badanie eksploracyjne opinii dotyczące spożycie wody wśród polskich internautów

Przygotowane we współpracy z Żywiec Zdrój S.A



Pomagaj za darmo na codzień!

Rób zakupy przez internet
i wspieraj Fundację Udaru Mózgu

1

Robisz zakupy w ponad 900 sklepach internetowych **przez FaniMani.pl**

2

Płacisz **tyle, co zawsze**
i ani grosza więcej!

3

Średnio **2,5% wartości zakupów**
wspiera naszą działalność



Dołącz do FaniMani.pl
i pomagaj nam przy okazji zakupów!



Odwiedź nasz profil na FaniMani.pl i zacznij wspierać nas bezpłatnie przy okazji zakupów

www.fanimani.pl/fundacjaударумозгу



MOŻE TO DZIĘKI BIEGANIU jestem szczęśliwym człowiekiem

O swojej pasji, o tym że każdy z nas może biegać oraz o pozytywnym wpływie tego sportu na zdrowie opowiada Adam Kubka – instruktor lekkiej atletyki, pasjonat biegania oraz ambasador kampanii Zapobiegam.pl

BIEGANIE WPŁYWA NA TWOJE SERCE

Osoby aktywne fizycznie rzadziej zapadają na choroby wieńcowe.

Panie Adamie, kończy Pan 60 lat i jest aktywnym biegaczem. Jak to się zaczęło?

Bieganie było moją pasją od najmłodszych lat. Uprawiałem biegi długodystansowe w szkole średniej. To wtedy wykielkowała we mnie pasja biegania. Później, z powodu natłoku obowiązków odłożyłem biegi na drugi plan. Do regularnego biegania wróciłem 4 lata temu.

Od razu z dużymi osiągnięciami

Po prostu staram się być sumienny i stawiać przed sobą wyzwania. W tamtym roku przebiegłem maraton, a w tym uczestniczyłem w kilku półmaratonach i innych, pomniejszych biegach.

Mówi Pan jakby to była „butka z masłem”, a przecież nie każdy to osiągnie. I chyba nie każdy może?

Według mnie bieganie to sport prawie dla każdego. Oczywiście mam tu na myśli bieganie rekreacyjne. Jeśli jesteś osobą zdrową i regularnie się badasz to na 99 procent możesz zacząć biegać rekreacyjnie. Jeżeli natomiast nie jesteś osobą, która interesuję się stanem swojego zdrowia i nie badasz się regularnie to doradzam przed rozpoczęciem biegania wizytę u lekarza. Po zleceniu badań kontrolnych zadecyduje, czy może rekomendować bieganie rekreacyjne. Chorób, które są bezwzględnym przeciwskazaniem do biegania jest bardzo niewiele, ale zawsze warto skonsultować się w takiej sytuacji z lekarzem.

Skoro wiemy, że każdy może biegać, zastanówmy się, dlaczego powinien?

Powodów może być mnóstwo. Zaryzykuję stwierdzenie, że każdy może mieć inny. Dla niektórych to potrzeba zgubienia zbędnych kilogramów, zaimponowania dziewczynie, żonie, mężowi, koledze z pracy, potrzeba poznania nowych ludzi, pozbycia się kompleksów czy redukcja


stresu. Myślę jednak, że każdy powód jest dobry, ponieważ finalnie pozytywnie wpływa na stan naszego zdrowia. Ważne, by motywację połączyć z konkretnym celem. Załóżmy: chcę schudnąć 3 kg, więc będę biegać minimum 2 razy w tygodniu. Dzięki konkretnemu celowi łatwiej wytrwać w postanowieniu.

Jakiego sprzętu potrzebuje pocztujący biegacz?

Bieganie to jeden z najtańszych sportów. Nie wymaga na początku żadnego specjalistycznego sprzętu. Najważniejsze są buty. Nie musimy od razu wydawać majątku, w sklepach dostępne niedrogie modele, które spokojnie wystarczą na początek. Najlepiej udać się do sklepu sportowego i poprosić sprzedawcę o pomoc w wyborze butów najlepszych dla początkującego biegacza rekreacyjnego. Musimy znać rozmiar i rodzaj stopy. Buty do biegania powinny być ok. 1 rozmiar większe od tych, w których chodzimy na co dzień. Zanim kupimy buty, sprawdźmy, jaki mamy rodzaj stopy: neutralną, pronującą czy supinującą. Żeby ustalić to

MIAŻDŻYCA
 Uprawiając sport pozbywamy się niebezpiecznych dla układu krążenia i serca tłuszczów

LEPSZA WYDOLNOŚĆ
 Wytrenowane serce jest silniejsze i nieco większe. Dzięki swojej zwiększonej wydolności „łatwiej” mu przepompowywać krew.

CIŚNIENIE TĘTNICZE
 Umiarkowany wysiłek fizyczny nie tylko reguluje pracę serca i naczyń krwionośnych, ale również pomagają wydalic z organizmu wraz z potem nadmiar sodu, co pomaga regulować ciśnienie tętnicze.

możemy przeprowadzić tzw. test mokrej stopy.

Jak zacząć?

Na początek należy rozpoznać swoje możliwości. Jeżeli do tej pory nigdy nie biegaliśmy to przede wszystkim zalecam umiar. Pierwsze biegowe próby mogą być trudne. Nie powinniśmy się nimi zniechęcać. Początkowo treningi powinny przypominać intensywne spacerzy niż szybkie biegi. Pamiętajmy, że ważniejsza niż dystans i tempo jest systematyczność. Kiedy organizm przyzwyczai się już do nowego rodzaju wysiłku, możemy podjąć próbę przebiegnięcia lekkim truchtem 15 minut. Kolejnym razem możemy zwiększyć czas do 30 minut. Jeśli po jakimś czasie okaże się, że jesteśmy w stanie przebiec 30 minut bez zatrzymania, powinniśmy raz w tygodniu spróbować wydłużyć bieganie o kilka minut.

O czym należy pamiętać w trakcie treningu?

W trakcie biegu musimy oddychać regularnie, miarowo. Będziemy wtedy mieli sporoj sił. Każdy trening powinien

test mokrej stopy

Zmocz bosą stopę, a następnie odbij jej ślad na kartce papieru.

STOPA SUPINUJĄCA jest przechylona na zewnętrzną krawędź, a więc zostawimy tylko ślad przedniej części stopy i pięty, ewentualnie wąski i przerywany ślad zewnętrznej krawędzi.

STOPA O NADMIERNEJ PRONACJI jest przechylona do środka, do wewnętrznej krawędzi - nie zobaczymy łuku, zostawimy duży ślad. Stopa neutralna pozostawia ślad łuku - odbijają się palce, przednia część stopy, dość wąska zewnętrzna krawędź i pięta. W wielu sklepach sportowych są specjalne bieżnie na których można wykonać test rodzaju stopy.

być rozpoczęty lekką rozgrzewką, która pozwala przygotować mięśnie do wysiłku i pomoże przeciwdziałać kontuzjom. Powinna ona składać się z lekkiego truchtu, skłonów, rotacji tułowia, ruchów rotacyjnych stóp. Po treningu nie zapominajmy o rozciąganiu.

Dodatkowe ćwiczenia po wymagającym treningu to wyzwanie. Dlaczego rozciąganie jest tak istotne?

Podczas każdego treningu w pracujących mięśniach wzrasta napięcie, a co za tym idzie skraca się ich długość. Z biegiem czasu, kiedy nasze treningi będą coraz dłuższe, a my nie będziemy się rozciągać, nasze mięśnie będą pogłębiać swoje skrócenie. To w efekcie może doprowadzić do tzw. dysbalansu mięśniowego, czyli sytuacji, w której przeciążone są niektóre mięśnie. W rezultacie nie będą one wydajne, co może prowadzić do różnego rodzaju kontuzji. Dlatego tak ważne jest rozciąganie się po każdym treningu.

Czy istnieje dobra pora do biegania?

Trudno mi ocenić, czy lepiej biegać rano, po południu czy wieczorem. Nie ma tutaj chyba jednoznacznych wytycznych. Najważniejsze, by bieganie dopasować do naszego planu dnia i połączyć z obowiązkami. Myślę, że każdy z nas musi samodzielnie określić kiedy bieganie przynosi mu największą przyjemność i w tym czasie najczęściej biegać.

Czy powinniśmy zwracać uwagę na to co jemy przed biegiem i po biegu?

Zdecydowanie tak. Jeśli biegamy rano, powinniśmy przed treningiem zjeść mały posiłek, który dostarczy organizmowi energii. Może to być banan, płatki owsiane, lub bułka z dżemem. Jeśli biegamy po południu pamiętajmy, by unikać ciężkich potraw na 2-3 godziny

przed biegiem. Odradzam bieganie godzinę po zjedzeniu ciężkostrawnego obiadu. Bieganie z obciążonym żołądkiem to katorga nie przyjemność.

Po bieganiu trzeba uzupełnić węglowodany. Dobrze jest tuż po treningu zjeść owoc lub baton musli, a w ciągu godziny pełnowartościowy posiłek. Jeśli biegaliśmy rano, może to być kanapka z białym serem i konfiturą lub owsianka. Jeśli pierwszy posiłek po bieganiu to obiad, bardzo dobrym wyborem będzie makaron, który dostarcza węglowodanów i białka. Kolacja po bieganiu powinna być jak najbardziej lekkostrawna. Nie zapominać także, że podczas biegania tracimy sporo wody. Pamiętajmy więc, aby wypijać w ciągu dnia nie mniej niż 2 litry wody.

Jaka nawierzchnia jest najlepsza do biegania? Asfalt, leśne ścieżki czy bieżnia?

Przed wszystkim starajmy się biegać na zewnątrz. Bieganie na bieżni, w klubie fitness zostawmy na późną jesień i ciężką zimę. Wiosną i latem nie warto korzystać z klubów fitness i bieżni mechanicznych. Badania dowodzą, że bieganie na łonie natury, bardziej niż to w czterech ścianach, rozładowuje napięcie i stres. Co do nawierzchni zdania są podzielone, ale według mnie nieprawdą jest, że bieganie po asfalcie może spowodować wiele kontuzji. Wystę-

powanie kontuzji wywołują różne czynniki, nie tylko twarda nawierzchnia. Dobrze dobrane obuwie zredukuje ryzyko wystąpienia kontuzji. Prawdą jednak jest to że bieganie po leśnej, miękkiej nawierzchni jest zdecydowanie bardziej przyjazne dla naszych stawów. Warto więc co jakiś czas wybrać się do lasu czy parku, aby dać naszym nogom odpocząć od twardych nawierzchni.

Jakie pułapki czekają na początkujących biegaczy?

Według mnie ludzie biegają za często i za szybko. Jeżeli przez ostatnie kilka lat prowadziliśmy statyczny tryb życia i nagle zaczniemy szybko biegać to szybko dopadnie nas zadyszka, zmęczenie oraz myśl, że nie tak to naszej bieganie powinno wyglądać. Trzeba być cierpliwym i mądrze planować aktywność biegową, a przede wszystkim nie spodziewać się szybkich rezultatów. Początkujący biegacze powinni zacząć od marszobiegów, stopniowo zwiększając wysiłek.

Czy bieganie może stać się życiową pasją?

Każdemu życzę takiej pasji. Biegam od wielu lat. Spotkałem już setki, jak nie tysiące biegaczy. Podobnie jak ja, są to osoby pogodne i pełne życiowej energii. Uważam, że systematyczne bieganie zmienia człowieka na lepsze. Ja nie pamiętam kiedy ostatnio chorowałem na gripę. Sądzę, że to właśnie zasługa systematycznego biegania, które znacznie wzmacnia reakcje odpornościowe organizmu. Dzięki udziałowi w imprezach biegowych odwiedziłem wiele pięknych miejsc w naszym kraju i poznałem wielu fantastycznych ludzi. Kto wie, może to właśnie dzięki bieganiu jestem szczęśliwym człowiekiem. ☺

rozmawiał: **Adam Siger**

MÓZG POD LUPĄ

Ludzki mózg waży średnio jedynie 1,5kg, a jednak jego kora mieści od 15 do 33 miliardów neuronów.

To najbardziej zaawansowany komputer świata, warto wiedzieć o nim jak najwięcej.

Zapraszamy do odkrywania tajemnic mózgu w naszym nowym dziale: Mózg pod lupą.

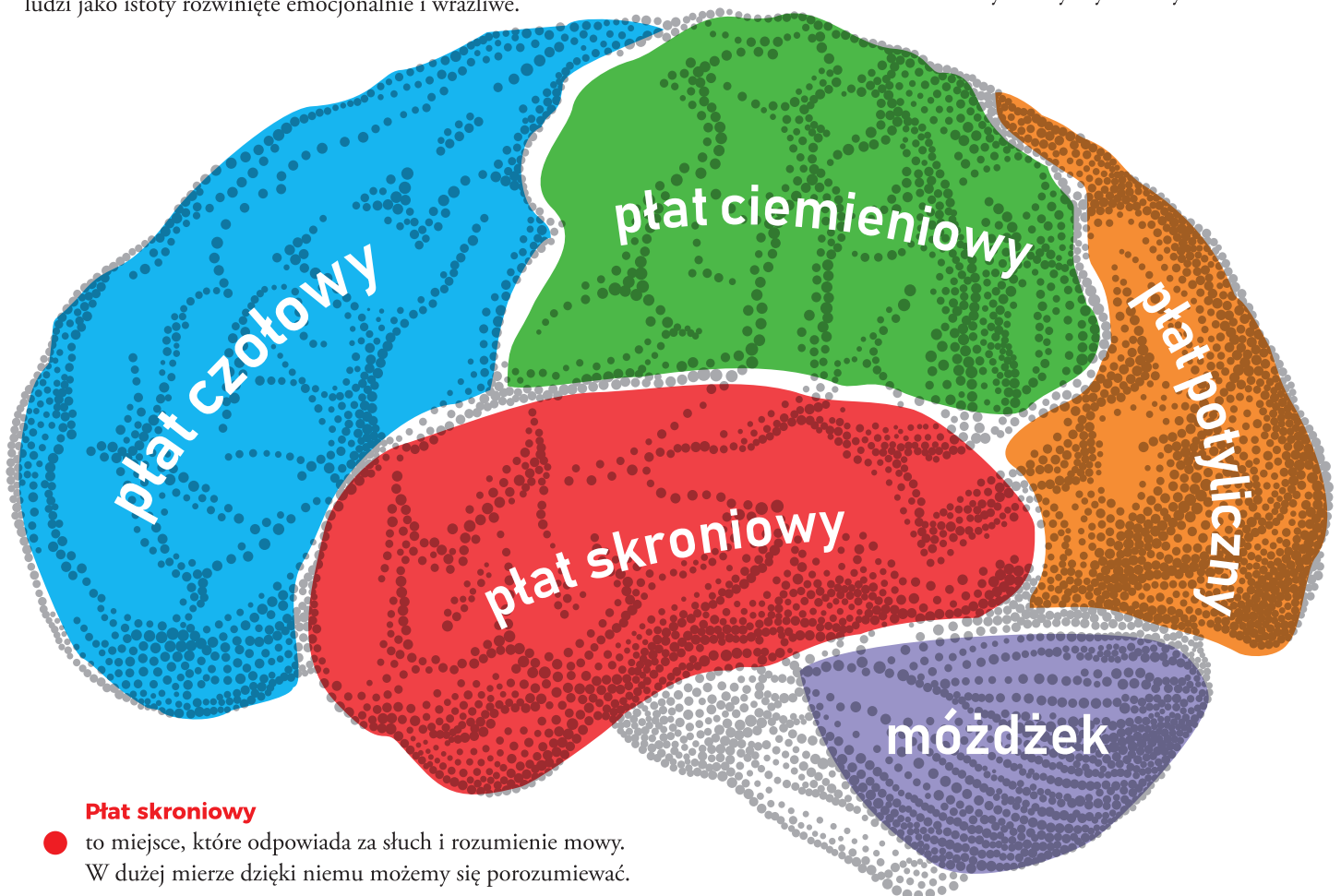
Płat ciemieniowy
przetwarza informacje z receptorów dotyku

Płat czołowy

to centrum dowodzenia emocjami, tu także dochodzi do przetwarzania abstrakcyjnych pojęć. Właśnie ta część wyróżnia ludzi jako istoty rozwinięte emocjonalnie i wrażliwe.

Płat potyliczny

dzięki niemu przetwarzamy widzane obrazy, rozróżniamy kolory czy kształty.



Płat skroniowy

to miejsce, które odpowiada za słuch i rozumienie mowy. W dużej mierze dzięki niemu możemy się porozumiewać.

Mózdzek

odpowiada za koordynację ruchów, dzięki niemu możemy płynnie chodzić i wykonywać różne czynności.

Powyższe opisy to oczywiście duże uproszczenie. W każdym kolejnym numerze postaramy się poszerzać tę wiedzę i stopniowo zgłębnimy mózg i jego zagadki. Zapraszamy!

PO UDARZE – WAŻNE WSPARCIE I REHABILITACJA



Udar mózgu jest obecnie główną przyczyną zgonów w populacji ludzi dorosłych i główną przyczyną trwałej niepełnosprawności na całym świecie. Choroba ta skutkuje koniecznością zapewnienia choremu długotrwałej opieki oraz kosztownej rehabilitacji. Szacuje się, że całkowity roczny koszt leczenia jednego pacjenta z udarem mózgu w Polsce wynosi około 60 000 PLN. Udar mózgu stanowi nie tylko poważny problem medyczny, ale także społeczny i ekonomiczny. W naszym kraju ponad 70 000–80 000 osób rocznie doznaje udaru mózgu.

Rozmowa z Sebastianem Szyper – prezesem Stowarzyszenia „Udarowcy – liczy się wsparcie”.

Jak wygląda sytuacja chorych po udarze mózgu w Polsce?

W ostatnich latach, dzięki profilaktyce oraz dynamicznemu rozwojowi leczenia chorób układu krążenia, a także coraz lepszej opiece nad pacjentami z udarem, w wielu krajach świata notuje się regularny spadek wczesnej śmiertelności i niepełnosprawności spowodowanej udarem mózgu. Niestety w Polsce nadal ta tendencja nie spada. Dlatego jest potrzeba prowadzenia systematycznych i ciągłych działań profilaktycznych i edukacyjnych na rzecz zwiększania świadomości na temat udaru mózgu oraz pracy w kierunku poprawy niechlubnych statystyk. Udar mózgu jest pierwszą przyczyną trwałej niepełnosprawności w Polsce.

Co wg Pana jest najważniejsze w profilaktyce?

Profilaktyka i edukacja, dotycząca udaru mózgu, powinna opierać się m.in. na zwracaniu uwagi na znajomość czynników ryzyka, które możemy podzielić na modyfikowalne (na które mamy wpływ – 90%) oraz niemodyfikowalne (niezależne od nas – 10%).

Profilaktyka polega na modyfikacji czynników ryzyka i wpływa nie tylko na obniżenie zapadalności na udar mózgu, ale również zasadniczo na przebieg choroby i dalsze rokowanie pacjenta. Jeżeli udaru mózgu doznał pacjent z prawidłowo leczonym nad-

ciśnieniem tętniczym czy cukrzycą, to przebieg choroby jest zwykle łagodniejszy, a prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań znacznie mniejsze.

Ważnym i nieodzownym elementem profilaktyki i fizjoterapii jest odpowiednia aktywność fizyczna, która wpływa korzystnie na układ krążenia, normalizuje masę ciała i reguluje ciśnienie krwi. Badania kliniczne wykazały, iż każdy człowiek powinien poświęcić ok. 30 minut 5 razy w tygodniu na aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia udaru mózgu oraz chorób sercowo-naczyniowych.

Należy pamiętać, że poza farmakoterapią dużą wagę w profilaktyce udaru przywiązuje się do poprawy stylu życia pacjentów. Do najważniejszych czynników ryzyka udaru, które można modyfikować w tym zakresie, należą m.in.: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna, zła dieta oraz otyłość.

Najważniejszą kwestią dla osób z grupy ryzyka jest świadomość tego, że jeżeli nie wyeliminują czynników wpływających na potencjalne wystąpienie udaru mózgu, narażają siebie na cięższy przebieg choroby niż osoby, u których te czynniki nie występują.

Jak wygląda rehabilitacja chorych po udarze mózgu?

Z analizy danych statystycznych wynika, że 60% chorych po udarze ma trwałe objawy ogniskowego uszko-



dzenia mózgu, dlatego wczesną rehabilitacją należy objąć każdego pacjenta już od pierwszej doby hospitalizacji. Powinna ona obejmować fizjoterapię, terapię zajęciową, terapię mowy, wsparcie psychologiczne oraz odpowiednią opiekę pielęgnacyjną.

Pacjent, który zostaje dotknięty udarem mózgu bardzo często w konsekwencji własnej niepełnosprawności boryka się z niedowładami ruchowymi, zaburzeniami czucia powierzchownego i głębokiego, afazją, problemami z redystrybucją napięcia mięśniowego, analizą treści, obrazów, słów, poważnymi problemami z planowaniem w zakresie wykonywania zadań życia codziennego.

Najlepszą udokumentowaną formą leczenia pacjentów po udarze mózgu jest fizjoterapia. Prowadzenie indywi-

dualnej i spersonalizowanej rehabilitacji funkcjonalnej ma na celu aktywizację procesów optymalnej kompensacji, na drodze doświadczeń ruchowych prowadzonych przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów. Kształtowanie na nowo wzorców ruchowych u osoby, która w bardzo wielu przypadkach posiada znaczny stopień niepełnosprawności, jest niezwykle trudnym zadaniem, wymagającym odpowiedniej wiedzy oraz systematyczności.

Gdzie chorzy po udarze mózgu mogą uzyskać pomoc?

Chorzy mogą uzyskać wsparcie i pomoc w organizacjach pacjenckich, takich jak Fundacja Udaru Mózgu czy nasze Stowarzyszenie „Udarowcy – Liczy się wsparcie”. Warto nadmienić, iż Stowarzyszenie Udarowcy, jako organizacja pożytku publicznego, zrzesza największą ilość osób po udarze mózgu w Polsce i systematycznie od kilku lat prowadzi spotkania z podopiecznymi. Fundacja Udaru Mózgu natomiast powstała jako pierwsza w Polsce i zdecydowanie przyczyniła się do ogromnej poprawy świadomości ludzi w Polsce. Analizując powyższe organizacje należy stwierdzić, iż jest to ogromny wkład w kierunku „lepszego jutra” związanego z udarami mózgu w naszym kraju.

Stowarzyszenie działa od 2010 roku kiedy to powstał serwis

www.udarowcy.com.pl.

Celem organizacji jest edukacja w zakresie tematyki udarów mózgu, prewencji chorób układu krążenia oraz udzielanie specjalistycznej pomocy w leczeniu i fizjoterapii osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, zwłaszcza z powodu chorób neurologicznych. Nasze Stowarzyszenie może pochwalić się wieloma autorskimi ogólnopolskimi akcjami edukacyjnymi, takimi jak: „Zapobiegamy Udarom”, „Rozpoznaj Reaguj Udaromni”, „U-DAR”, które poprzez różnorodne formy komunikacji propagują wiedzę na temat tej choroby. Organizujemy cykliczne spotkania, wydarzenia kulturalne oraz inne działania aktywizujące osoby po udarze do życia w społeczeństwie. Od 2012 roku Stowarzyszenie „Udarowcy – Liczy się wsparcie” jest partnerem ogólnopolskiej kampanii edukacyjnej „STOP UDAROM”, w ramach której odbywają się m.in. bezpłatne badania profilaktyczne, akcje informacyjne dla społeczeństwa i mediów, działa też strona internetowa zawierająca najważniejsze informacje o udarze mózgu

www.stopudarom.pl.

Ponadto Stowarzyszenie, we współpracy z firmą Boehringer Ingelheim, jako pierwsze w Polsce rozpoczęło projekt



facebook.com/DoktorStroke

edukacyjny w formie interaktywnych warsztatów z zakresu wiedzy o udarze mózgu, skierowany do uczniów klas 5. szkół podstawowych w całej Polsce.



trochę kultury...

KSIĄŻKA

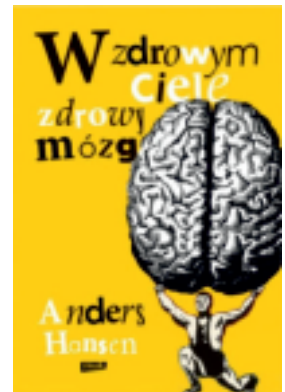
W ZDROWYM CIELE ZDROWY MÓZG

Utknęliście w pracy na jakimś problemie? Nie możecie wymyślić czegoś naprawdę dobrego do książki, którą chcecie napisać, lub koncepcji przedsiębiorstwa, które chcecie założyć? Wyjdźcie na dwór i pobiegajcie!” To cytat z książki szwedzkiego psychiatry Andersa Hansena, który dowodzi, że ruch to zdrowie – także psychiczne.

Wydawać by się mogło, że kwestię wpływu ruchu na zdrowie człowieka omówiono już z każdej perspektywy. Podejście Hansena jest jednak o tyle rewolucyjne, że wskazuje na pozytywne efekty ćwiczeń fizycznych dla funkcji psychicznych organizmu i to na wiele różnych sposobów.

Autor przekonuje, że dzięki regularnym spacerom możemy zapobiec starzeniu się mózgu, poprawić pamięć i koncentrację, a także wspomagać kreatywność. Ponadto ruch sprawia, że lepiej radzimy sobie ze stresem, tym samym chroniąc się przed wieloma ogólnymi schorzeniami. Psychiatra twierdzi, że mózg to nasze centrum dowodzenia, warto więc zapewnić mu codzienną dawkę zdrowia.

Książka Szweda jest pełna wiedzy neurologicznej, podano ją jednak przystępnie, przedstawiając skomplikowane mechanizmy działania mózgu na prostych przykładach z życia codziennego. To pozycja obowiązkowa dla każdego, dla kogo zdrowie i jakość życia są ważne. Cenne, praktyczne wskazówki znajdą tam ludzie w każdym wieku, to także źródło wiedzy dla rodziców. Autor uważa bowiem, że ruch na każdym etapie naszego życia ma dobroczynny wpływ na zdrowie mózgu, a tym samym na cały organizm. Ruszmy więc po zdrowie, a w pierwszej kolejności po poradnik Andersa Hansena.



FILM

POZORY MYŁĄ

Dotyczy to zarówno głównego bohatera filmu „Bez skazy”, Walta Koontza (Robert De Niro), jak i jego sąsiada Rusty’ego (Philip Seymour Hoffman). Walt jest emerytowanym policjantem, osobą o zdecydowanych, konserwatywnych poglądach. Mimo wieku nadal udziela się społecznie, uczestnicząc w akcjach interwencyjnych. Jedna z nich kończy się dla niego niemal tragicznie. W wyniku postrzału doznaje wylewu krwi do mózgu, który paraliżuje prawą stronę jego ciała oraz odbiera możliwość mówienia.

Lekarz zaleca mu lekcje śpiewu, które mają pomóc w kłopotach z mową. Niestety z powodu ostrej zimy, Walt zmuszony jest do pozostania w hotelu, w którym mieszka. Tam zaś sąsiedztwo nie jest takie, jakie mógłby sobie wymarzyć. Sąsiaduje bowiem z Rustym, transwestytą i drag queen. Niespodziewanie, to właśnie ten „wybryk natury”, jak zwykł nazywać sąsiada Walt, przyjdzie mu z pomocą i okaże się najlepszym z przyjaciół.

Bez wątpienia Robert De Niro i Philip Seymour Hoffman przekonują widza, że pozory mylą. Początkowa niechęć bohaterów w obliczu problemu ze zdrowiem, okazuje się drobnostką. Co więcej, pozornie nieprzewidywalne skutki udaru w miarę ćwiczeń ustępują. To pełen nadziei i kolorytu obraz, który skutecznie przekonuje, że niezależnie od wieku i doświadczeń – życie może zaskoczyć każdego.



Kiedy przestaliśmy rozmawiać?

Włączam telewizor i widzę zapłakaną kobietę na wózku. Już mam przełączyć, kiedy dociera do mnie, że kobieta choruje z powodu udaru mózgu. Zaciekawiona przysłuchuję się historii:

Pani Izabela przeszła chorobę kilka miesięcy temu. Niedokrwienie mózgu zostawiło po sobie niedowład nogi i ręki, który uniemożliwia jej samodzielne poruszanie się i wykonywanie codziennych czynności. Kobieta jest w wieku emerytalnym i nie może pozwolić sobie na prywatne zabiegi rehabilitacyjne, w związku z tym po rehabilitacji pierwotnej rodzina wystarała się dla niej o skierowanie na rehabilitację wtórną i złożyła je w najbliższym oddziale rehabilitacji neurologicznej. Termin ustalono, zgodnie z kolejką tego oddziału, na rok 2024.

W programie na zmianę pokazywana jest zapłakana, niepełnosprawna kobieta i jej zrozpaczony mąż. Przepeliniają ich złość i rozgoryczenie. Czują się oszukani, bo całe życie pracując płacili składki, które teraz nie zapewniają im godnej opieki

po udarze. Obwiniają szpital o złą wolę.

Z drugiej zaś strony przedstawiony jest dyrektor szpitala, który tłumaczy, że kolejka pacjentów oczekujących do oddziału rehabilitacji jest oficjalnie znana i nie można jej wedle woli modyfikować, a termin, który otrzymała pani Izabela odpowiada teście kolejce.

To przede wszystkim problem niewydolnego systemu i zbyt małej ilości placówek rehabilitacyjnych.

Sytuacja jest o tyle trudna, że obie strony w pewnym sensie mają rację. Pacjentka ma prawo czuć złość. Trzeba jednak pamiętać, że to nie szpital jest winien kolejce pacjentów. To przede wszystkim problem niewydolnego systemu i zbyt małej ilości placówek rehabilitacyjnych.

Stawianie naprzeciw siebie tych dwóch stron przez redaktora programu było dużym uproszczeniem i krzywdą wyrządzoną szpitalowi oraz pacjentom, którym w ten sposób nie można pomóc.

To była moja konkluzja, gdy ze złością szukałam pilota, by przełączyć kanał. Pani Izabela zdążyła jednak powiedzieć jedno zdanie:

W szpitalu przy konsultacji obecni byli lekarz, sekretarka i fizjoterapeuta – wszyscy wiedzieli o terminach tego oddziału, nikt nie powiedział mi o możliwości starania się o inny oddział, nikt ze mną nie rozmawiał.

W tej chwili dotarło do mnie, że cała złość i rozgoryczenie nie wynikają z nieświadomości czy wiary w to, że szpital ma wpływ na kolejkę. Wszystko to wina komunikacji i tego, że którymś momencie pacjent przestał być człowiekiem, a stał się przypadkiem. A z przypadkiem się nie dyskutuje. ☹

Magdalena Czech

BADANIE CZYNNIE CAŁĄ DOBĘ

Czy to boli? Czy będę mógł z tym normalnie chodzić? A używać telefonu? Wykąpać się? To bezpieczne? Nie można tego ciśnienia zmierzyć raz, trzeba całą dobę? – Pacjenci mają wiele wątpliwości dotyczących holtera ciśnieniowego i choć czasem niektóre wydają się absurdalne, to przecież nie ma głupich pytań.



Ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia krwi, częściej zwane holterem ciśnieniowym, to badanie trwające 24 godziny, służące wykrywaniu nadciśnienia. Zanim jednak o badaniu, warto powiedzieć kilka słów o samym ciśnieniu tętniczym.

Ciśnienie krwi – co to właściwie jest?

Ciśnienie krwi to siła z jaką krew napiera na ściany naczyń krwionośnych. Mierzy się je, gdy jest najwyższe (w trakcie skurczu serca) i najniższe (podczas przerwy między uderzeniami serca). Dlatego zawsze podaje się dwie wartości. Prawidłowe ciśnienie powinno wynosić mniej niż 139/89 mmHg – wyższe oznacza nadciśnienie. Oczywiście ma prawo wzrastać: w sytuacjach stresowych albo w trakcie wysiłku. Nadciśnienie to stan, w którym te wartości są stale podwyższone. Znacznie zwiększa ono ryzyko udarów, zawałów i chorób układu krążenia, dlatego tak ważne jest zdiagnozowanie go i podjęcie leczenia.

Zazwyczaj, do stwierdzenia nadciśnienia wystarczają kilkukrotne, jednorazowe pomiary u lekarza lub wykonywane w domu. Niekiedy jednak wymagana jest całodobowa rejestracja ciśnienia tętniczego. Badanie to stosuje się głównie, gdy lekarz chce wykluczyć tzw. „nadciśnienie białego fartucha”. Jest to podwyższenie ciśnienia spowodowane stresem związanym z wizytą u lekarza. Badanie holterem może łatwo wykryć taką sytuację. Holter RR stosuje się także do oceny skoków ciśnienia, nadciśnienia ukrytego (objawy wskazują na chorobę, ale w jednorazowym pomiarze nie widać nieprawidłowości), wpływu leków, wysiłku, codziennych czynności czy snu na ciśnienie. Badanie holterowskie jest także stosowane do oceny leczenia nadciśnienia, częściej wykonuje się je u osób w podeszłym wieku.

Przygotowanie do badania

Przed badaniem należy przyjąć wszystkie standardowo przyjmowane leki i ubrać się w koszulkę z krótkim lub luźnym rękawem. Ponadto powinno powstrzymać się od przyjmowania alkoholu na dobę przed badaniem. U lekarza chory ma zakładany mankiet do pomiaru

ciśnienia, który jest połączony z urządzeniem do rejestracji wyników. Aparat sam dokonuje pomiarów co 15–20 minut w dzień i co 30 minut w nocy. Zadaniem pacjenta jest zapisywanie dolegliwości, które zaobserwował u siebie podczas badania, a także pory spoczynku, zażycia leków i spożywania posiłków. Całe badanie trwa 24 godziny, po czym chory wraca do lekarza, celem zdjęcia aparatu. Następnie lekarz dokonuje oceny zapisu i informuje pacjenta o wyniku badania i dalszych działaniach.

W trakcie badania pacjent może wykonywać wszystkie typowe dla siebie czynności, musi zażywać swoje leki. Powinien jednak unikać kładzenia się na ręce z mankietem, przekładania mankieta z ręki na rękę, kąpania się z urządzeniem czy znacznego wysiłku fizycznego.

Czy coś może pójść nie tak?

Badanie nie jest inwazyjne, nie wiąże się z żadnym niebezpieczeństwem, dlatego często wykonuje się je u kobiet w ciąży. Jedyną niedogodnością może być dyskomfort związany z noszeniem urządzenia i niemożnością wykonywania gwałtownych ruchów. Gdy jednak pomiary powtarzają się częściej niż powinny lub gdy podczas pomiaru występuje ból i zasinienie, należy wrócić do lekarza i poprosić o zdjęcie urządzenia. Takie objawy, oznaczają bowiem, że mankiet został założony niepoprawnie i badanie nie będzie wiarygodne, a nawet może być szkodliwe. Lekarz poprawi ustawienie aparatu i badanie będzie mogło być kontynuowane bez przeszkód.

Holter RR jest badaniem bezbolesnym i nieinwazyjnym, a nadciśnienie, które może wykryć – podstępna i groźna choroba. Nie należy więc bać się 24-godzinnego monitorowania naszego ciśnienia, bo to bezpieczne, a czasem wręcz konieczne badanie. W dodatku, w trakcie można wykonywać wszystkie czynności, które robimy na co dzień. No, może poza kąpielą. ☺

Czy Ty lub ktoś
z Twoich bliskich
miał udar mózgu?
Jeśli tak, ta infolinia
jest dla Ciebie

Udar mózgu -wiele pytań jeden telefon!



605647600

Zadzwoń, postaramy się odpowiedzieć na Twoje pytania dotyczące udaru mózgu.



PODEJMUJEMY
2400
INTERWENCJI
ROCZNIE

Fundacja Udaru Mózgu jest organizacją pozarządową, której głównym celem jest wspieranie chorych po udarze, ich rodzin i opiekunów. Naszą misją są działania edukacyjne w zakresie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorych po udarze mózgu.

Prowadzimy **jedyną w Polsce infolinię** dla chorych po udarze mózgu i ich opiekunów.

Wiemy jak ważne jest wsparcie i pomoc dla osób po udarze mózgu.

ćwiczenia

1. Stwórz listę wyrazów, tak aby każdy kolejny zaczynał się ostatnią literą poprzedniego (np.: OWOC - CYRK - KURS - SMAR - RÓW - WNYK)

MOPS

_____	—	_____	—	_____	—	_____
_____	—	_____	—	_____	—	_____
_____	—	_____	—	_____	—	_____
_____	—	_____	—	_____	—	_____
_____	—	_____	—	_____	—	_____

2. Zmień w wyrazie jedną literę tak, aby powstał nowy wyraz (MAMA, M->P, MAPA)

MIŁA - _____	SMOK - _____	LOKÓWKA - _____
MIEŁĘ - _____	KAWA - _____	PASEK - _____
SELER - _____	FIRMA - _____	KROK - _____
KOSA - _____	TATAR - _____	LIŚĆ - _____

3. Dopisz przeciwieństwa (duży - mały)

ZABORCZY - _____	NIECHLUJNY - _____
NIEISTOTNY - _____	CICHY - _____
SMACZNY - _____	TEPY - _____
BŁYSKAWICZNY - _____	WARTOŚCIOWY - _____
GŁĘBOKI - _____	RADOSNY - _____
SZCZODRY - _____	SZTYWNY - _____

POMÓŻ NAM TWORZYĆ MAGAZYN UDAROWY!

**MAGAZYN
BEZPŁATNY**

**TYLKO DZIĘKI
TOBIE**

02 2030 0045 1110 0000 0416 5540

z dopiskiem: Magazyn Udarowy 1na6

Drodzy czytelnicy!

Magazyn udarowy to bezpłatne czasopismo, które trafia do opiekunów i bliskich osób po udarze, chorych, personelu medycznego oraz wszystkich zainteresowanych jego tematyką. To wydawnictwo pełne fachowej wiedzy, rzetelnie opisanych historii pacjentów, porad specjalistów oraz doniesień ze świata. Zależy nam, by magazyn pozostał bezpłatny oraz byśmy mieli możliwość ciągłego rozwijania go.

Dlatego prosimy i zachęcamy o wsparcie gazety.

DZIĘKUJEMY



Jesteśmy.

Każdego roku **Fundacja Udaru Mózgu** niesie pomoc chorym po udarze mózgu, ich rodzinom i opiekunom.



www.fum.info.pl

infolinia:
605647600
czynna pon-pt: 9:00 - 18:00