

Během čtyř hodin je ještě šance

Cévní mozková příhoda, lidově mrtvice, se nevyhýbá ani mladším ročníkům.

Pokud k ní dojde, čas je zásadní. Pacienta je nutné dostat rychle do nemocnice.

JANA BRUNCLÍKOVÁ

Dříve obávaná „pepka“, která přicházela „klepnout“ v drtivě většině ty nejstarší. Její útok také obvykle končil smrtí, případně doživotním ochrnutím či ztrátou řeči. Dnes je cévní mozková příhoda, jinak nazývaná také mozkový infarkt, stále častější také u lidí v mladém nebo středním věku. Už ale nemusí jít o fatální diagnózu a s dnešními možnostmi léčby se lze z cévní mozkové příhody zotavit dokonce bez následků. K tomu je ale nutné, aby pacient nebo lidé v jeho okolí ro-

zeznavi příznaky, uvědomili si, že jde o mrtvici, a bezodkladně dopravili postiženého do nemocnice.

Snadno se to napíše, ale v praxi je mnohem obtížnější adekvátně zareagovat. Mrtvice totiž alespoň v počátečním stadiu často nijak nebolí a postižení si příznaky často nevnímají, ale dokonce je svému okolí popírají nebo zlehčují. Zpozorněte tedy, když u svých blízkých zaregistrujete jakékoli nesrovnalosti v pohybu nebo v komunikaci. Často bývá prvním nenápadným příznakem zapomínání i často používaných jmen nebo frází (například vlastní adresa nebo denně používaná modlitba), pletení hlásek a slabik, neschopnost se vyjádřit nebo naopak porozumět jednoduchým pokynům.

Máte podezření na mrtvici u sebe nebo u někoho blízkého? Dobrým indikátorem je vyzvat daného člověka k úsměvu a k předpažení obou paží. Při cévní mozkové příhodě obvykle poklesne jeden

koutek úst, případně i koutek oka, a postižený nedokáže udržet obě ruce ve stejné výšce – jedna paže sklesne dolů, případně ji není schopna udržet nad hlavou, například uchopit předmět. Mezi další symptomy může patřit i silná bolest hlavy, závrať, poruchy vidění a potíže s udržením rovnováhy.

Pokud některý z testů ukazuje na mrtvici, ale i tehdy, když si nejste jisti, raději volejte záchrannou službu a poraďte se na dispečinku. Člověka, u kterého máte podezření, že prodělal mozkovou příhodu, může odvézt do nemocnice i někdo z jeho okolí, sám by ale v žádném případě neměl sedat za volant. Klíčové je přitom dostat pacienta do nemocnice pokud možno do čtyř, maximálně šesti hodin od prvních projevů. Mozkové buňky začínají odumírat už po pěti minutách bez přívodu kyslíku.

Mladší, ale méně časté oběti

O mrtvici je nutné v případě přítomnosti příznaků uvažovat

i u mladých lidí. Přestože nejčastěji stále postihuje osoby ve středním a vyšším věku, není výjimkou ani její výskyt u třicátníků a čtyřicátníků. V této věkové kategorii je riziková například skupina žen-kuřeček, které užívají hormonální antikoncepci.

Kromě těchto případů ale obecně platí, že muže postihuje cévní mozková příhoda v nižším věku více než ženy. U žen jsou mrtvice obvykle vážnější, což může být způsobeno i pozdější a obtížnější diagnostikou – ženy totiž vykazují spíše netypické symptomy, jako nevolnost, zmatenost, bolestí končetin, a dokonce i velmi atypické příznaky, například bolest na hrudi, potíže s polykáním nebo dušnost.

Pozor také na příznaky, které jsou jen lehké a do několika hodin odezní. Mohou signalizovat „varovnou“ tranzitorní ischemickou ataku. Ta sice nemusí mít trvalé následky, může se však během několika dnů či týdnů opakovat, tentokrát už mnohem závažněji.

Po cévní mozkové příhodě, ale i po úrazu, navíc často pacientům zůstávají trvalé následky. Některé z nich jde napravit v rámci neurorehabilitace, jiné ale mohou zůstat v téměř neměnném stavu doživotně. Je těžké rozhodnout, zda jsou pro pacienty a jejich nejbližší větší komplikací fyzické následky, nebo psychické potíže a změny osobnosti.

„Poruchy osobnosti jsou velmi závažnou komplikací postižení mozku,“ upozorňuje docentka Yvona Angerová z Kliniky rehabilitačního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Po mrtvici, stejně jako v případě jiného poškození mozku, se může pacientova osobnost posunout až k apatii a emoční oploštělosti na straně jedné, nebo naopak k vysoké dráždivosti, hádavosti a agresivním výbuchům na straně druhé.

Bez pečujících by se neobešli

Osoby, které pečují o pacienty pro mrtvici, mohou významně

ovlivnit rychlost a rozsah rehabilitace. Nejde přitom jen o předepsaná cvičení. „Důležité je dodávat jim nové vjemy. Motivovat je k činnosti, povzbuzovat je,“ zdůrazňuje Evelína Milfortová, ředitelka asociace Cerebrum, sdružující osoby po poranění mozku a jejich blízké.

„Otázka pečujících je velmi zanedbávána. Rodinní příslušníci pečující o těžce postiženého člověka bývají vyčerpáni. Není výjimkou, že se u nich časem objeví zdravotní potíže, a někdy mohou i umírat dříve než ti, o které pečují. Musí mít možnost využít tzv. respitní péče, tedy svěřit občas postiženého do péče někoho jiného a odpočnout si,“ vysvětluje docentka Angerová.

K respitní neboli odlehčovací péči Evelína Milfortová, ředitelka asociace Cerebrum, podotýká: „Takových institucí je málo, protože jejich zaměstnanci jsou nedostatečně ohodnoceni. Zatím jsou na ně dlouhé pořadníky.“

Jak poznat mrtvici?

Při cévní mozkové příhodě je zásadní dostat pacienta co nejdříve do nemocnice. Laikům může usnadnit rozhodování jednoduchá pomůcka. Jednotlivé příznaky shrnuje do anglického slova **FAST** (rychle), případně ještě v rozšířené verzi **BE FAST** (buď rychlý).



B (Balance, rovnováha): Pacient nedokáže rovně stát či chodit, případně se chvěje



E (Eyes, oči): Pacient má potíže se zrakem, někdy vidí dvojmo



F (Face, obličej): Jedna strana tváře pacienta vypadá jinak než druhá. Koutek úst je pokleslý. Mohou z něj téct sliny.



A (Arm, ruka): Pacient má necitlivou paži, nedokáže v ní udržet předměty, nedokáže ji zvednout, případně neudrží se zavřeným očima předpažené obě ruce



S (Speech, řeč): Řeč pacienta je nesrozumitelná



T (Time, čas): Pokud zaznamenáte některý z výše uvedených příznaků, okamžitě zavolejte tísňovou linku. Čím dříve se pacient dostane do nemocnice, tím lépe.

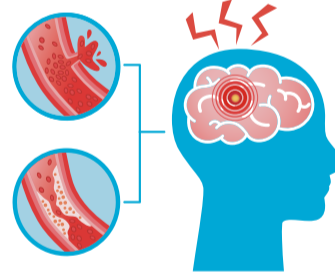


Foto Shutterstock / Šk

Počet úmrtí stoupá na celém světě

Už dnes je cévní mozková příhoda druhou nejčastější příčinou úmrtí na světě. Podle studie vědců ze Světové organizace pro cévní mozkovou příhodu a komise časopisu The Lancet Neurology se má situace navíc do budoucna zhoršovat. Do roku 2050 by mohla mrtvice zabít až 9,7 milionu lidí ročně. Dnes jí přitom podlehne zhruba 6,6 milionu lidí za rok. Výskyt mrtvice stoupá především v zemích s nízkými a středními příjmy nebo na územích s velkým znečištěním vzduchu, alarmující je však především nárůst počtu mozkových příhod u pacientů pod 55 let.

Snížit riziko mrtvice je možné pomocí zdravé stravy, omezení konzumace alkoholu, pravidelné fyzické aktivity a zdržení se kouření. Neméně důležité je ale i poznat příznaky mrtvice a při pozorování jejich projevů dopravit člověka, u kterého se projevují, co nejdříve do nemocnice. V tomto případě hraje roli opravdu každá minuta. jbr

Stav pacienta může zlepšit třeba koncert

Následky poškození mozku je možné zmírnit rehabilitací.

„Na začátku neumíme stoprocentně určit, jakou má ten či onen člověk šanci,“ říká doc. Yvona Angerová, přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství VFN v Praze a 1. LF UK.

EVA MARTÍNKOVÁ

LN Mají dnes lidé po poranění mozku větší naději na návrat do normálního života než v minulosti?

Pokud jde o pohyb a motoriku, byla u nás rehabilitace vždy na vysoké úrovni. Co ale stále zůstává, je rehabilitace kognitivních funkcí, jako je paměť, pozornost, prostorová orientace, vnímání či řečové schopnosti. V důsledku poranění mozku dochází i k závažným změnám v chování, osobnost postiženého se může proměnit. Právě to bývá největší překážkou v začlenění

do jeho původního prostředí. Ale i zde jsme výrazně pokročili. Pacienti dostávají šanci na intenzivní neurorehabilitaci, bohužel ale ještě ne všichni.

LN Je včasná neurorehabilitace provozována v každé nemocnici?

Máme specializovaný pracoviště, kde sledují pacienta se získaným poškozením mozku nejen rehabilitační lékaři nebo neurologové, ale celý interprofesní tým, který se skládá i z nelékařských disciplín – zejména z fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa a klinického logopeda. Tato centra jsou však zaměřena především na pacienty po cévních mozkových příhodách a jejich kapacita pro umístění opravdu těžkých pacientů po poranění mozku s dlouhodobou poruchou vědomí je nízká.

Bylo by ideální, kdyby každý pacient po těžkém poranění mozku mohl takovým centrem projít. V tomto směru vedeme dlouhodobá jednání s ministerstvem zdravotnictví.

LN Jak vlastně k poranění mozku dochází?

Nejčastěji je mozek poškozen v důsledku cévních mozkových příhod. Ty postihují zhruba 30 tisíc pacientů ročně, převážně starších. Naštěstí ale celkově těchto mozkových příhod ubývá, zřejmě proto, že lidé volí zdravější způsob života. Varující však je, že se začínají posouvat do mladších věkových kategorií.

Druhou nejčastější příčinou jsou úrazy hlavy. Ty bývají důsledkem rizikových sportů nebo autonehod a týkají se mladších věkových kategorií, častěji mužů. Většina pacientů se dokáže po hospitalizaci vrátit do života, jen asi desetina z nich přežívá s těžkými následky, o nichž hovoříme.

LN Ovlivňuje délka bezvědomí celkovou prognózu?

Sama o sobě délka bezvědomí nehovoří o tom, v jakém stavu bude pacient z nemocnice odcházet a zda vůbec. My neumíme na začátku stoprocentně určit, jakou má ten či onen člověk šanci. Dů-

ležité je sledovat vývoj v jeho mozku od počátku bezvědomí. Už v tomto okamžiku začíná neurorehabilitace. Máme způsoby, jak poznat reakce mozku ve chvílích, kdy mozek zdánlivě nereaguje. Pokud zaregistrujeme vývoj, pak je situace nadějná, i když bezvědomí trvá déle.

LN Jakými fázemi pacient, který utrpěl vážné poškození mozku, prochází?

Z bezvědomí se často probouzí do tzv. vegetativního stavu, kdy má sice otevřené oči, ale není schopen fixovat pohled, nereaguje na vnější podněty. Rodina má sice radost, že se probral a otevřel oči, ale bohužel, struktury kůry mozkové zůstávají odpojeny.

LN Co se děje dál?

Potom se může měnit v pacienta s tzv. minimálním stavem vědomí, který již fixuje očima nebo například stiskem ruky navazuje krátkodobě kontakt s okolím. Při intenzivní neurorehabilitaci pak často následují další posuny k lepšímu. Jsou fáze, kdy pacient je již při vědomí, ale nechápe, co



se s ním děje, nemůže mluvit, nikomu nerozumí a nikdo nerozumí jemu. V té bezmoci se často dostávají agresivní podrážděné reakce. Je to pro něj horší než skutečnost, že nemůže pohnout končetinami. Pokud však několik měsíců i přes intenzivní rehabilitaci k žádným změnám objektivního stavu nedochází, je nutné smířit se s tím, že další intenzivní léčba velký efekt nepřinese a rodina pa-

cienta musí využít jeho zbytkového potenciálu a pokusit se ho s ním zapojit do života.

LN Co je pro rodiny nejhorší?

Poruchy osobnosti jsou jednou z nejsložitějších komplikací postižení mozku. To je pro rodinu nejtěžší. Motorickou poruchu si každý dokáže vysvětlit, ale nedokáže pochopit, proč má před sebou na jedinou úplně jiného člověka, který reaguje jinak, nic si nepamatuje a zdá se, že dělá schválnosti. Nebo celý den sedí a kouká, protože má poškozenou část mozku, kde se nachází schopnost motivace. Bývají depresivní a deprese ještě zhoršuje výkon kognitivních funkcí.

Stále ještě se rodina často stydí chodit mezi lidi s člověkem, který má psychické postižení. Čekají, až se to zlepší. Ale stav pacienta může zlepšit právě to, že změní prostředí, vidí společnost, má nové stimuly. Fotbalový zápas, koncerty v parku, vlaky, cokoli, co mívá dříve rád. Pokud nebude mít nové vjemy, nezlepší se.

Autorka je manažerka z organizace Cerebrum