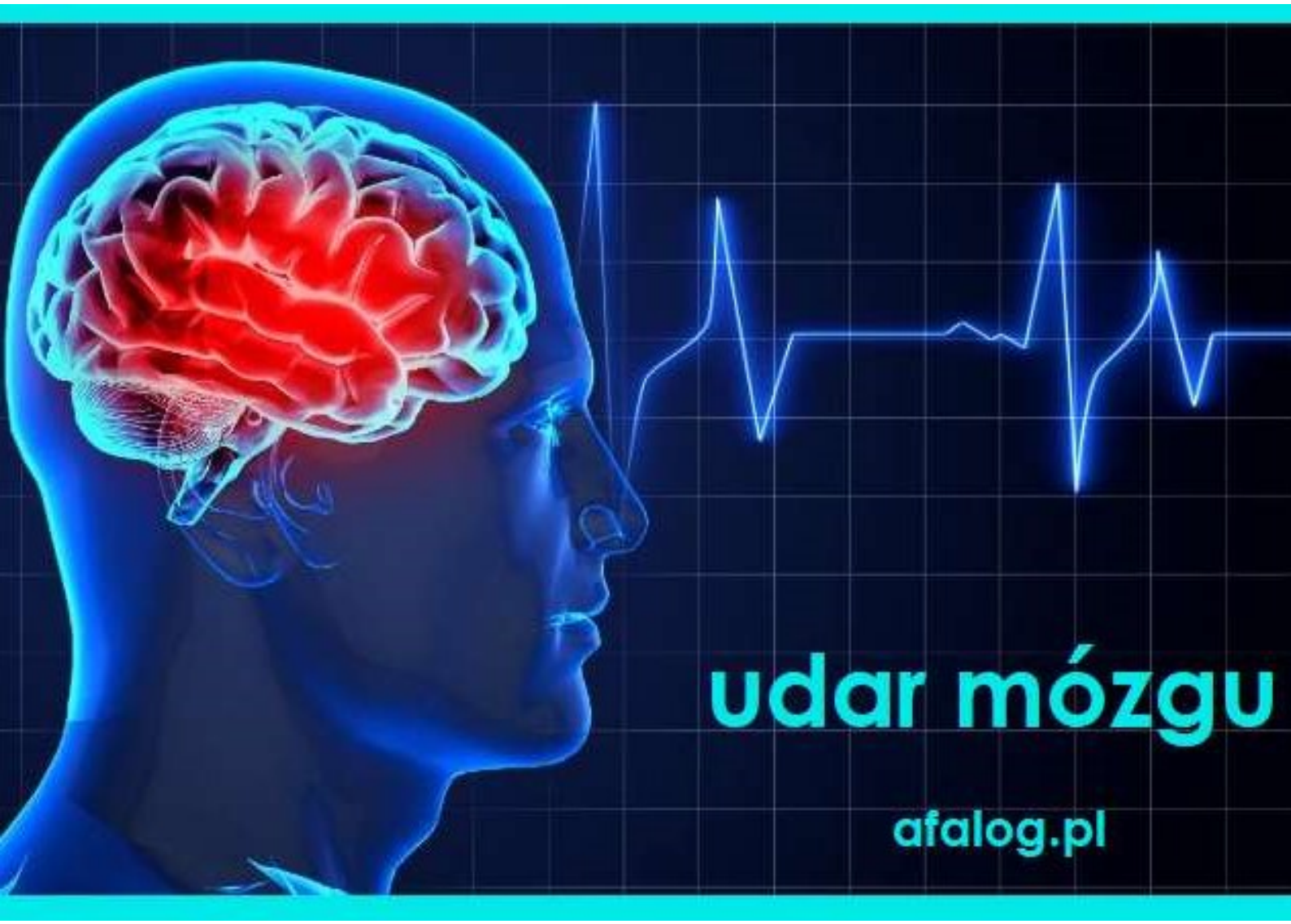
Przewodnik po udarze mózgu

pytania i odpowiedzi

Marlena Puchowska



Udar mózgu stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie.

Do niedawna udar mózgu traktowano jako jednostkę chorobową. Obecnie jest zespołem objawów a jego definicja brzmi:

Udar mózgu jest to zespół objawów klinicznych związanych z nagłym wystąpieniem ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu powstały w wyniku zaburzenia krążenia mózgowego i utrzymujący się ponad 24 godziny.

Do udaru mózgu dochodzi, kiedy:

- następuje ograniczenie przepływu krwi w tętnicy zaopatrującej dany obszar mózgu z powodu jej niedrożności (udary niedokrwienne stanowią one 80% udarów)
- lub w wyniku przedostania się krwi do mózgu z powodu uszkodzenia ściany naczynia krwionośnego (udar krwotoczny tzw. wylew krwi do mózgu).

Zarówno niedokrwienne jak i krwotoczne powodują zagrożenie życia i wymagają natychmiastowej hospitalizacji.

Pierwsze objawy udaru mózgu:

1. osłabienie kończyn po jednej stronie ciała
2. zaburzenia mowy- mowa nielogiczna, utrudniony kontakt lub bełkot
3. wykrzywienie twarzy- opadnięcie kącika ust
4. zaburzenia widzenia
5. zawroty głowy
6. zaburzenia równowagi
7. trudności z pisaniem, czytaniem, liczeniem
8. trudności z wykonaniem zwykłych czynności

Aby zminimalizować skutki udaru najważniejsze jest szybkie reagowanie!

Konsekwencje udaru są poważne, gdyż:

- 20% pacjentów umiera
- 15-30% wymaga pomocy osoby drugiej
- 40% demonstruje umiarkowaną niesprawność
- jedynie 10- 25% wraca do pełnej sprawności.

Przebieg zachorowania w początkowym, ostrym okresie może być burzliwy. Na podstawie obserwacji stanu chorego i dynamiki zmian można określić rokowanie. Należy podkreślić rolę profilaktyki, na którą częściowo mamy wpływ.

Czynniki ryzyka:

- nadciśnienie tętnicze
- choroby serca (migotanie przedsionków)
- antykoncepcja hormonalna
- zaburzenia gospodarki lipidowej
- cukrzyca
- zakażenia
- choroby naczyń
- zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej
- dysplazja włóknisto-mięśniowa
- palenie papierosów
- nadużywanie alkoholu
- otyłość
- dna moczanowa
- zespół bezdechu sennego
- zaburzenia krzepnięcia, w tym polekowe
- przebyty udar bądź przemijający atak niedokrwienny (TIA)
- niedoczynność tarczycy
- stosowanie amfetamin, kokainy.

W wyniku udaru mózgu u części pacjentów dochodzi doza burzeń mowy o typie :

- **afazji** , gdy chory ma trudności ze zrozumieniem mowy i mówieniem, mowa wydaje się wówczas nielogiczna, czasem całkowicie niekomunikatywna, z neologizmami a nawet tzw. sałatką słowną,

- **dyzartrii**, gdy mowa jest bełkotliwa.

W przypadku wystąpienia zaburzeń mowy o typie afazji można obserwować trzy dominujące **typy deficytów**:

- zaburzenia rozumienia – określane jako afazja sensoryczna – wówczas chory nie rozumie tego, co do niego mówimy,
- zaburzenia w wypowiadaniu słów, zdań – czyli afazja motoryczna,
- trudności w nazywaniu przedmiotów – afazja amnestyczna; chory zna dany przedmiot i wie do czego służy, nie potrafi jednak podać jego nazwy..

Najczęściej jednak obserwuje się postacie tzw. afazji mieszanej czyli kombinacje każdej z trzech afazji. W przypadku całkowitej utraty mowy i rozumienia mówi się o tzw. afazji całkowitej.

Mimo zaburzonego rozumienia czy trudności z wypowiadaniem się, myślenie oraz mowa wewnętrzna są znacznie lepiej zachowane. Afazja nie jest powrotem do dzieciństwa a zablokowaniem lub brakiem dostępu do pewnych funkcji w wyniku przerwania szlaków lub ośrodków odpowiedzialnych za dane czynności.
Pamiętaj! Osoba dorosła z afazją nigdy nie powinna być traktowana jak dziecko.

Jak postępować i jak komunikować się z afatykiem?
Przede wszystkim obserwuj emocje chorego – z wyrazu twarzy, mimiki można wiele odczytać, domyślić się przekazu.

10 przykazań dla rodziny afatyka

wg.Marleny Puchowskiej:

1. NIGDY nie traktuj osoby dorosłej jak dziecko, nie używaj zdrobnień. Afazja to nie nauka od początku a zablokowane funkcje, możliwości, które specjalista pomoże Wam odblokować.

2. Nie korzystaj z pomocy przeznaczonych dla dzieci – książeczek, kolorowych dziecięcych obrazków. Sam też nie chciałbyś być tak traktowany.

3. Mów nieco wolniej, ale nie przeciągając wyrazów. Pacjent odbiera nieco wolniej komunikaty i musi mieć więcej czasu, by cokolwiek w głowie przetworzyć. Zbyt szybkie tempo mowy nie pozwala choremu na prawidłowe zrozumienie słyszanego tekstu.

4. Nie przeskakuj z tematu na temat. Pamiętaj, że łącza w mózgu działają wolniej.

5. Jeśli wokół chorego jest kilka osób, mówcie pojedynczo.

6. Daj czas choremu na reakcję, czas na wypowiedzenie słowa. Pamiętaj, że chory musi najpierw zrozumieć twoje pytanie, potem wyszukać słowa, a to zajmuje więcej czasu niż przed zachorowaniem.

7. Nie podnoś głosu (chyba, że chory przed udarem miał uszkodzony słuch).

8. Nie poprawiaj chorego – ciesz się, że odważył się mówić, nieważne, że czasem przekręca słowa.

9. Nagradzaj uśmiechem za podejmowane próby mówienia; nagroda mobilizuje chorego i dodaje mu wiary w powrót do zdrowia.

10. Nie zadawaj pytań typu: „A kim jestem? Poznajesz mnie? No powiedz, kim jestem…” Jeżeli chory nie może mówić, to i tak nie odpowie, a tylko zirytuje się powtarzającymi się pytaniami.

Najczęściej zadawane pytania:

Czym jest afazja?

Afazją nazywamy zaburzenia mowy, które powstają w wyniku uszkodzenia mózgu, głównie struktur korowych lub podkorowych. Najczęściej dotyczy to półkuli dominującej dla mowy. U osób praworęcznych, dominującą półkulą dla czynności mowy w tym: rozumienia, mówienia, pisania, czytania itp. jest półkula lewa. Natomiast u osób leworęcznych, dominacja półkulowa może być różna. Udar mózgu jest główną przyczyną wystąpienia zaburzeń mowy o typie afazji lub dyzartrii. Zaburzenia mowy mogą również wystąpić w przypadku urazu czy guzów mózgu.

Na czym polegają różnice w zaburzeniach mowy o typie dyzartrii a czym afazji?

W przypadku mowy dyzartrycznej, chory nie jest pozbawiony myślenia, programowania mowy a deficyt dotyczy tylko samej artykulacji i krótszej fazy wydechu. Mowa jest bełkotliwa, niezrozumiała, oddech skrócony. Często pacjent krztusi się przy spożywaniu pokarmów, w szczególności przy piciu. Czasami jednak zaburzenia mowy mogą być nasilone do tzw. anartrii – wówczas wydobycie jakiegokolwiek dźwięku staje się niemożliwe. Pacjentom zakłada się sondę ułatwiająca podawanie pokarmów, gdyż połykanie jest niemożliwe. Chory może jednak komunikować z otoczeniem za pomocą pisma.

W przypadku afazji problem jest poważniejszy. Tu dochodzi nie tylko do trudności z mówieniem, ale także z rozumieniem, pisaniem i czytaniem. Pacjent nie może więc porozumiewać się za pomocą pisma. Komunikowanie się z otoczeniem staje się często całkowicie niemożliwe lub poważnie utrudnione. Czasami chory ma świadomość tego, co się dzieje, ale nie może się porozumieć z najbliższymi. Stanowi to poważny stres dla samego chorego. U niektórych pacjentów występuje tzw. embol czyli chory wypowiada jakąś zbitkę głosek, wielokrotnie powtarzając, która z reguły nie oznacza żadnego konkretnego słowa. W innych przypadkach mowa przybiera charakter tzw.: „sałatki słownej"- czyli mowy nielogicznej.

Czy udar mózgu różni się od wylewu krwi do mózgu?

Udar mózgu to zarówno udar niedokrwienny jaki i udar krwotoczny zwany potocznie wylewem, więc jest wylew to udar, z tym, że krwotoczny.

Udary mózgu dzielimy na:

- *niedokrwienne – gdy krew nie dopływa do struktur mózgowych, powodując ich obumarcie (najczęściej z powodu zatoru)*
- *krwotoczne czyli powszechnie określane jako wylew – gdy krew w wyniku pęknięcia naczynie wylewa się poza jego obszar, niszcząc struktury mózgowe.*

W jakim czasie od wystąpienia pierwszych objawów można rozpoznać afazję i w jaki sposób Pani diagnozuje ten problem pracując na co dzień z pacjentami po udarach mózgu?

Afazję można stwierdzić już w pierwszych chwilach udaru, gdyż zaburzenia mowy są jednym z objawów udaru. Należy jednak brać pod uwagę to, że objawy udaru mózgu mogą trwać kilka, kilkanaście minut i samoistnie ustąpić lub też nie ustępować samoistnie.

Jeżeli wycofają się w ciągu doby – mówimy o tzw. TIA (Temporary Ischaemic Atacks) czyli przemijającym atakiem niedokrwiennym. Wówczas zaburzenia afatyczne również będą miały charakter przemijający.

Z reguły jednak objawy nie ustępują, wówczas i zaburzenia mowy najczęściej się utrzymują. Objawy afazji z reguły w ostrym okresie przebiegają bardzo burzliwie- jest to czas dynamicznych zmian.

Na podstawie badania neurologopedycznego, polegającego na ocenie ilościowej i jakościowej rozumienia, mówienia i nazywania potwierdza się lub wyklucza obecność afazji. Badanie opiera się na rozmowie / wywiadzie oraz na przeprowadzeniu odpowiednich testów. Ostateczne rozpoznanie afazji możliwe jest po wykluczeniu innych przyczyn np. psychicznych czy depresyjnych.

Czy można zniwelować skutki afazji poprzez terapię z neurologopedą?

Na tym właśnie polega praca neurologopedów. Często kończąca się sukcesem. Jest to jednak proces długotrwały. Rokowanie uzależnione jest to od wielu czynników: stanu pacjenta, rozległości uszkodzenia, towarzyszących chorób, zaangażowania rodziny jak i samego pacjenta. Jednak nieumiejętnie prowadzona terapia może przynieść wiele szkód. W przypadku apraksji – uczenie chorego alfabetu, może zablokować powrót chorego do zdrowia. Również niewskazana jest praca przy lustrze. Dotyczy to większości pacjentów z afazją. Tak samo praca na podręcznikach dla dzieci często upokarza chorego i zniechęca do dalszej terapii. Terapia musi więc być dostosowana do możliwości pacjenta i specjalnie dla niego opracowana.

Czy afazja u pacjentów po udarach mózgu może przeszkadzać w rehabilitacji ruchowej?

Przeszkadza w komunikowaniu się z pacjentem. Jednak niezbędna jest współpraca neurologopedy z rehabilitantem. Ośrodki mózgowe odpowiedzialne za ruch ręki jak i za mówienie są położone w mózgu obok siebie. Usprawnianie mówienia pobudza więc ośrodki ruchowe ręki i odwrotnie – poprawa sprawności ręki przyczynia się do poprawy mówienia. Nie można jednak zastąpić terapii logopedycznej ruchową czy odwrotnie.

Niewiele rodzin zdaje sobie sprawę z istoty problemu afazji u bliskich. Czy stara się Pani wyjaśniać mechanizm tego zaburzenia?

Tak, to rzeczywiście poważny problem. Rodzina, która zgłasza się na rozmowę jest poinformowana o istocie problemu. Zawsze chętnie rozmawiamy z rodzinami, gdyż należy pamiętać, że to dzięki współpracy z rodziną możemy osiągnąć sukces terapeutyczny. Terapia trwa zwykle kilka miesięcy i im większe zaangażowanie bliskich, tym większa szansa na powrót pacjenta do zdrowia. Zapraszam więc rodziny do podejmowania rozmów.

mgr Marlena Puchowska
neurologopeda afazjolog

AFALOG Centrum Diagnozy i Terapii Afazji
& Szkoleń Neurologopedycznych
Szpital Uniwersytecki nr 1w Bydgoszczy
Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy
kontakt@afalog.pl