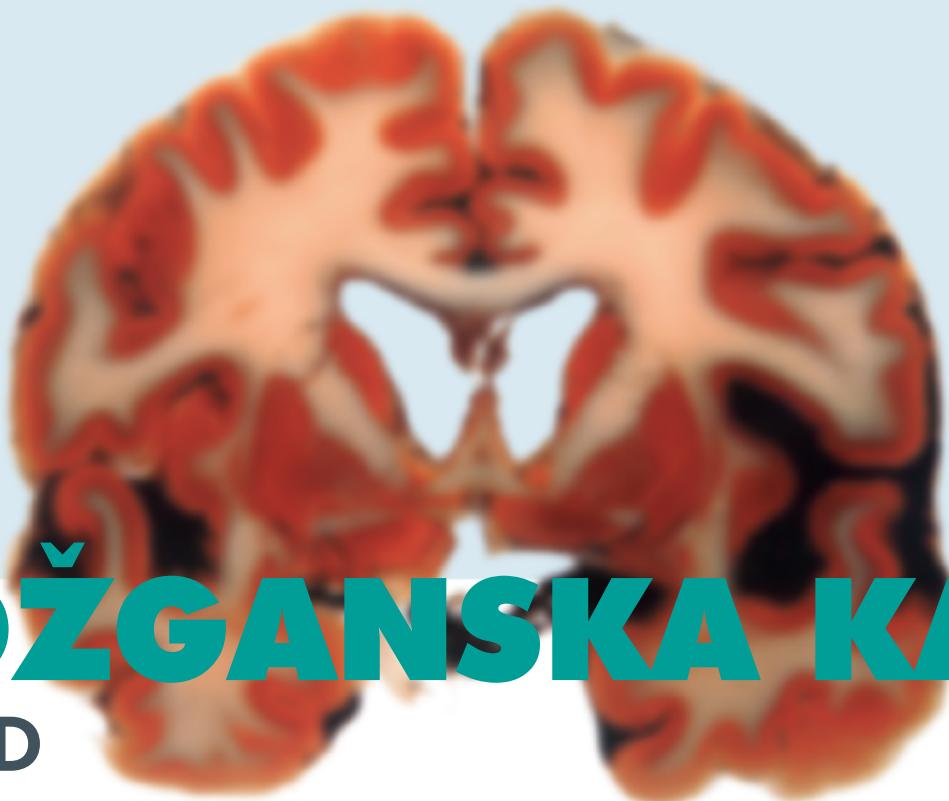


ZA
SRCE

AVTORICI • BOJANA ŽVAN IN VLASTA ZUPANC



MOŽGANSKA KAP



DA NAS

NE BI MOŽGANSKA KAP



Kako

enostavno se je gibati? Kako enostavno je govoriti? Če imamo začrtano pot in jasno misel, bomo preprosto prišli do cilja ali našli pravo besedo. Vendar samo do tedaj, ko imamo zdrave možgane. Možgani so majhen, vendar pomemben organ. Tu se porajajo vse misli in vsa čustva, ohranja spomin, zbirajo vsi podatki iz telesa in okolja, od tod prihajajo vsa povelja, po katerih se ravna naš razum in naše telo. Vse do nekega dne...Vemo, da se med delovnim tednom ne spočijemo dovolj ali to zanemarjamo. Vemo, da imamo povišan krvni tlak, pa nikakor ne najdemo časa, da obiščemo zdravnika. Vemo, da smo preobilni, da se prepogosto tolažimo s hrano, da se premalo gibljemo in da si vse pogosteje prižgemo cigaretto. Temu se pridruži razdražljivost, stalna utrujenost in včasih glavobol. Naštetim znakom pa ne posvečamo dovolj pozornosti. Nekega jutra se nam lahko zgodi, da se ne moremo dvigniti s postelje, ne moremo niti spregovoriti. Ne moremo vprašati domačih, ali so dobro spali.

Ali je to možganska kap

KAJ JE MOŽGANSKA KAP?

Le kratkotrajna prekinitev dotoka krvi v možgane, ali razpok že majhne žile ima tako hudo posledico, kot je možganska kap! Možganska kap je bolezen možganov, ki je posledica žilne okvare. Zato lahko v širšem smislu govorimo o možgansko-žilnih bolezni, ki so ene vodilnih vzrokov zbolevnosti in umrljivosti v svetu in pri nas ter prvi vzrok invalidnosti.

Možganskih kapi je več vrst:

1. **možganska kap brez kliničnih znakov,**
2. **možganska kap z žariščnimi znaki,**
3. **subarahnoidna krvavitev,**
4. **žilna demenca in**
5. **okvara možganov zaradi zvišanega krvnega tlaka.**

Možganska kap brez kliničnih znakov

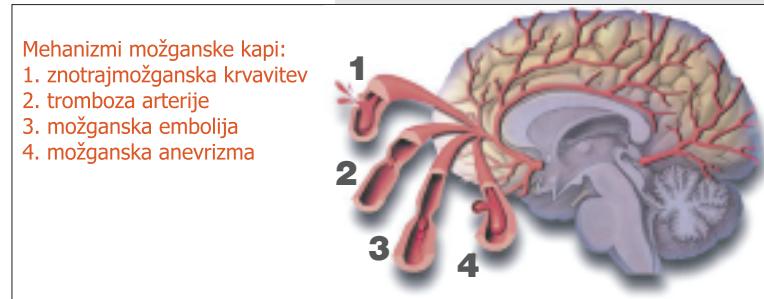
Gre za slučajno odkrito zaporo ali zožitev znotrajmožganskih arterij in/ali arterij v vratu ter s slikovnimi diagnostičnimi metodami dokazano okvaro možganov, ki je nastala zaradi motnje prekrvitve. Pri teh bolnikih lahko sčasoma opažamo pozabljivost, upočasnjeno gibanje, motnje odmerjanja gibov, omotice in druge znake žilne demence.

Žariščna možganska kap

a) Ishemična možganska kap

Ta oblika je izmed vseh možganskih kapi najpogostejsa. Opazujemo nenadne žariščne nevrološke izpade, zaradi zapore ene ali več možganskih žil. Okoli zamašene žile možgansko tkivo propade, pri čemer govorimo o možganskem infarktu.

slika 1



slika magnetne rezonance možganov prikazuje možganski infarkt



b) Znotrajmožganska krvavitev

Pri tej vrsti možganske kapi se žila razpoči, pri čemer se kri razlije v možgane in uniči možgansko tkivo. Znotrajmožganske krvavitve nekateri dodatno delijo na krvavitve v možgansko snov in na krvavitve v možganske prekate.

c) Prehodni ishemični možganskožilni napad ali TIA (tranzitorna ishemična ataka)

O TIA govorimo, kadar pride do prehodne žariščne nevrološke motnje žilnega izvora, ki se kaže kot klinični znak možganske kapi, vendar traja manj kot 24 ur.

Mehanizmi ishemične možganske kapi

a) Trombotična možganska kap pomeni zamašitev možganske arterije na licu mesta zaradi aterosklerotičnega strdkha (tromba).

b) Možganska embolija nastane zaradi zamašitve možganske arterije s krvnim strdkom (embolom), ki prileti iz druge arterije ali srca.

c) Hemodinamsko možgansko kap povzroči nenaden večji padec sistemskega krvnega tlaka, ki zmanjša prekrvitev možganov v predelih, kjer se stikajo različni arterijski žilni sistemi in jih imenujemo zadnje livade.

Glede na lokalizacijo delimo možgansko kap na:

a) Karotidno možgansko kap, ki nastane zaradi zožitve ali zamašitve karotidne arterije. Vsakdo ima dve karotidni arteriji. To sta veliki arteriji, ki izhajata iz loka prsne aorte in potečata na vsaki strani sprednjega dela vratu v možgane in prekrljata sprednji dve tretjini možganov. Arteriji se v vratu cepita na dve veji, zunanjio in notranjo.

b) Vertebrobazilarno možgansko kap, kjer gre za prizadetost vertebralnih arterij. Človek ima dve vertebralni arteriji, ki tečeta skozi loke hrbtničnih vretenc na vsaki strani zadajšnjega dela vratu in dovajata kri v možgansko deblo, male možgane in zadnjo tretjino možganov.

c) Lakunarno možgansko kap, ki nastane zaradi zamašitve drobnih možganskih arterij kjer koli v možganih.

KAJ JE VZROK ZA NASTANEK MOŽGANSKE KAPI?

Vzrok za večino možgankih kapi pri starejših bolnikih je ateroskleroza. To je bolezen žil odvodnic, ki z leti napreduje in je zato še posebej izražena pri starejših. Pojavlja se skoraj pri vseh ljudeh, osnovni vzrok bolezni pa še ni povsem znan. Razvoj ateroskleroze spodbujajo zvišan krvni tlak, sladkorna bolezen, povečane maščobe v krvi, kajenje, nezdrava prehrana z veliko živalskih maščob in soli in premajhna telesna dejavnost. Močan dejavnik tveganja za možgansko kap je ponovna TIA ali prebolela možganska kap. Pomemben vzrok so tudi srčne bolezni, zlasti trepetanje preddvorov, bolezni srčnih zaklopk in srčni infarkt. V teh primerih se v srcu tvorijo krvni strdki, ki po velikih žilah odvodnicah potujejo do možganov in tam zaprejo eno ali več možganskih žil. Pojav imenujemo srčna embolija. Pri mlajših bolnikih so med dejavniki tveganja bolj v ospredju motnje v strjevanju krvi, vnetne bolezni žilja in razvojne napake srca in žilja. Včasih se lahko pojavi tudi pri bolnikih z vnetjem notranje srčne stene (endokarditis). Nekateri teh dejavnikov so dedni. Možganska kap se pri članih nekaterih družin pojavlja pogosteje. Verjetno gre pri takih družinah za splet dednih dejavnikov in zdravju škodljivih navad/razvad. Življenski slog pripadnikov iste družine je namreč pogosto podoben. Imajo podobne zdravju škodljive navade oziroma razvade.

Ateroskleroza velikih arterij v vratu - karotidna bolezen

Karotidna bolezen je v zadnjem času postala skorajda sinonim za napreovalo aterosklerozo razcepišča velikih arterij v vratu, kjer pride do zožitve ali zapore zunajlobanjskega dela notranje karotidne arterije (slika 2). Drugi vzroki bolezni zunajlobanjskega dela karotidnih arterij so mnogo redkejši, mednje pa prištevamo balonasto razširitev arterij (anevrizmo), poškodbo notranje arterijske ovojnice (disekcijo) in vnetje arterijske stene (arteritis).

Začetni dogodek v nastanku možgansko-žilnega ishemičnega dogodka je najpogosteje raztrganje vezivne ovojnici aterosklerotične lehe, ki leži v steni karotidne arterije. Sledi nastanek tromba na mestu raztrganja aterosklerotične lehe, klinični znaki pa so najpogosteje posledica

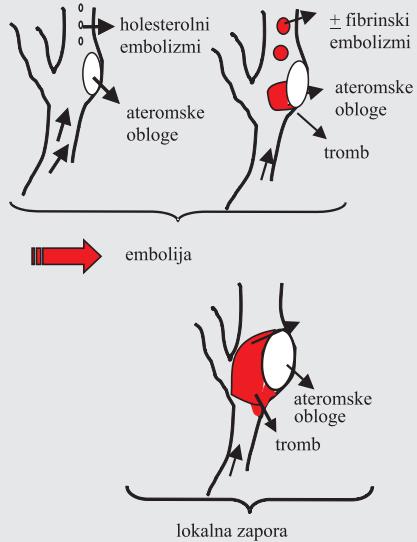
slika 2
maščobna karotidna leha



ultrazvočni prikaz zožene karotidne arterije

slika 3

shematski prikaz nastanka ishemične možganske kapi



odkrušenja (sprostitve) krvnih strdkov (embolov) v znotrajlobanjske arterije. Emboli lahko izvirajo iz maščobnega jedra raztrgane aterosklerotične lehe ali pa iz tromba, ki se odkrhne. Redkeje so klinični znaki posledica takojšne trombotične zapore notranje karotidne arterije (slika 3).

KAKŠNA JE MOŽNOST, DA BOMO DOŽIVELI MOŽGANSKO KAP?

Pojavnost bolezni karotidnih arterij je večja pri moških, pri obeh spolih pa narašča s starostjo. Tesno je povezana z bolezni venčnih srčnih žil in arterijsko bolezni udov, saj se napredovala ateroskleroza pogosto pojavlja v več kot enem žilnem sistemu. Tveganje za možgansko kap zmerno narašča s stopnjo zožitve notranje karotidne arterije. Kadar pomembna zožitev notranje karotidne arterije povzroča simptome, kot so različne oblike TIA ali manjša možganska kap, znaša tveganje za istostransko možgansko kap 26 %. Prebolela ishemična možganska kap poveča tveganje ponovne kapi za 10-20 % v prvem letu, 5-8 % v naslednjih letih, v prvih petih letih pa za 30-40 %. Dodatno 15 % teh bolnikov utripi srčni infarkt, 15 % pa jih umre zaradi drugih žilnih bolezni. Tveganje za ponovno ishemično možgansko kap zaradi srčne embolije je 2-5 % v prvem letu in 32 % v petih letih. Izzid ponovne možganske kapi je z 22 % smrtnostjo pomembno slabši kot izvid prve kapi.

V Evropi je umrljivosti zaradi možganskih kapi najnižja v Švici, kjer znaša 64/100.000 prebivalcev za moški spol in najvišja v državah nekdanje Sovjetke zveze, kjer je umrljivost 273,4/100.000 prebivalcev za ženske. Podatki Inštituta za varovanje zdravja republike Slovenije kažejo, da se pri nas pojavnost in umrljivost zaradi možganske kapi v letih od 1999 do 2003 ne spreminja bistveno. Pojavnost znaša približno 200 zbolelih/100.000 prebivalcev, umrljivost zaradi možganske kapi pa je 23 %. Statistični podatki torej kažejo, da predstavlja možganska kap tako v svetu kot v Sloveniji velik ekonomski, zdravstveni in socialni problem (slika 4).

Klinični znaki ishemične možganske kapi ali znotrajmožganske krvavitve

Zaradi možganske kapi lahko zbolijo ljudje vseh starosti. Simptomi nastopajo nenadoma. Ob prvih znakih možganske kapi je potrebno nemudoma ukrepi, če naj bo okvara možganov čim manjša.

Pomembno je poznati znake možganske kapi!

Znaki in simptomi ishemične možganske kapi in znotrajmožganske krvavitve so lahko različni, najpogosteji pa so nenadna:

- miščna oslabelost ali ohromelost, odrevenelost, omrtvičenost ali mravljinčenje polovice obraza in udov, navadno na eni polovici telesa,
- motnja govora, predvsem izgovorjava in/ali razumevanje govora ter drugih višjih živčnih dejavnosti,
- težave z vidom v enim ali obeh očesih, pogosto slabši vid po polovici vidnega polja,
- vrtoglavost, bruhanje, izguba sluha, motnja požiranja, kolcanje, izguba ravnotežja ali koordinacije gibov.

Za subarahnoidno krvavitev je značilna

- nenadna, močna bolečina v glavi z otrplim tilnikom brez drugega jasnega vzroka.

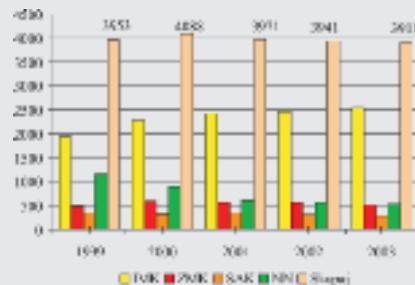
Klinični znaki in simptomi žariščne možganske kapi

Miščna oslabelost ali ohromelost (pareza, paraliza)

Lahko je prizadet katerikoli del telesa. Najpogostejsa in tudi najbolj opazna je prizadetost udov, t. j. zgornjega ali spodnjega uda ali obeh hkrati na isti strani (hemipareza) in ohromelost obraza. Včasih prizadeti udi niso šibki, ampak le okornejši in jih prizadeti teže obvladuje. Miščna oslabelost po desni strani pomeni, da je okvara na levi strani možganov, levostranska oslabelost pa pomeni okvaro v desni možganski polobli. V primeru, da bolnik teže obvladuje ude, so lahko prizadeti tudi mali možgani na isti strani, kjer so se pojavili simptomi in/ali znaki.

slika 4

Število zbolelih za možgaskožilnimi boleznimi v Sloveniji v letih 1999 do 2003 (v grafu ni navedeno število bolnikov s prehodnim ishemičnim napadom in asimptomatični bolniki).



IMK - Ishemična možganska kap

ZMK - znotrajmožganska krvavitev

SAK - subarahnoidna krvavitev

NN - možganska kap neznanega vzroka

Skupaj - vse možganske kapi

Izguba občutkov

Pri možganski kapi se lahko pojavijo motnje občutkov, najpogosteje po polovici telesa in sicer v obliki spremenjenega zaznavanja dotika, bolečine in temperature. Namesto običajnih občutkov lahko bolnik ob dotiku prizadetega dela telesa navaja neprijetno mravljinčenje, omrtvičenost ali odrevenelost. Nenavadei občutke mravljinčenja in gomazenja po delu telesa lahko bolnik občuti tudi brez dotika.

Motnje višjih živčnih dejavnosti

Pojavi se lahko nerazločna govorica (dizartrija). Bolnik ima lahko težave pri izgovorjavi besed, pri tvorbi stavkov, ali poimenovanju predmetov (disfazija), ali pa sploh ne zmore govoriti (afazija). Včasih bolnik ne razume govora drugih ljudi in se mu zdi, kot bi poslušal tujo, nerazumljivo govorico (senzorična afazija). Tak bolnik se lahko tudi sam izraža v drugi, povsem nerazumljivi govorici. Ima lahko tudi težave pri pisanju (agrafija), branju (aleksija) ali obojem ter pri računanju (akalkulija).

Motnje vida

Pojavi se lahko izguba vida po polovici vidnega polja, npr. izpad vidnega polja na levi ali desni polovici (hemianopsija). Ta motnja lahko zajame celo polovico ali le del vidnega polja. Nekateri bolniki prehodno popolnoma izgubijo vid na eno oko prehodna slepota (amaurosis fugax). Včasih se pojavi dvojni vid (diplopija), izguba ostrine vida ali redko celo dolgotrajna popolna izguba vida.

Vrtoglavica

Pogosto je vrtoglavica znak bolezni ravnotežnega organa, ki je v notranjem ušesu. Vrtoglavico zaradi možganske kapi navadno spremlja še kak dodaten simptom in/ali znak, kot so dvojni vid, šumenje v ušesu, izguba vida, motnja požiranja, kolcanje, motnja ravnotežja in nesposobnost pravilnega odmerjanja gibov.

Drugi znaki možganske kapi

Možganska kap lahko povzroči tudi izgubo zavesti, včasih epileptični napad. Praviloma ishemična možganska kap ne povzroča bolečin, lahko pa jo spremiļja lažji glavobol. Hujši glavobol je pogosto znak znotrajmožganske krvavitve. Nenaden, izredno močan glavobol je značilen za subarahnoidno krvavitve, ki je večinoma posledica razpoka možganske anevrizme.

Katere sposobnosti so zaradi možganske kapi še prizadete

Prizadetost drugih sposobnosti je odvisna od področja, ki ga preskrbuje s krvjo prizadeta žila, oziroma od razporeditve poškodovanih žil. Zelo pogoste so težave s pozornostjo, spominom, sistemom izvršitvenih sposobnosti in zaznavnih sposobnosti. Možganska kap lahko povzroči tudi spremembe v čustvovanju in vedenju.

MOTNJE VIŠJIH ŽIVČNIH DEJAVNOSTI

Višje živčne dejavnosti so tiste lastnosti, zaradi katerih prištevamo človeka med višje razvita živa bitja. Mednje prištevamo sposobnost govora, pisanja, branja in računanja, ki so lahko zaradi možganske kapi lahko okvarjene.

Afazija je pridobljena govorna motnja, ki je ponavadi posledica možganske kapi ali druge možganske poškodbe. Motnja vpliva na sposobnost izražanja z govorom, gibi in pisanjem. Afazija v osnovi prizadene izključno področja jezikovnih modalitet, vendar pomembno posega s svojimi posledicami tudi na druga področja, predvsem čustvovanje. Velik del svojih čustev izražamo preko jezika in tudi sami smo pod nenehnim čustvenim vplivom tega, kar sprejemamo iz okolja. Zato afazija spremeni način komunikacije z okolico. Večina bolnikov z afazijo ima prizadeto levo stran možganov, kjer so govorni centri. Osebe z afazijo se lahko normalno spomnijo dogodkov iz svojega življenja, vedo, kje so, ne pozabijo splošnega znanja, ki so ga imeli prej, ob tem se njihova osebnost ne spremeni. Afazija se lahko pojavi nenadno ali pa se postopno razvija, na primer pri možganskem

tumorju. Strokovnjaki pričakujejo, da se bo zaradi staranja ljudi v prihodnjih letih povečal odstotek bolnikov z afazijo.

Dizartrija je motnja govora, kjer pride do slabosti oblikovanja besed zaradi poškodb živčnih poti ali mišic, ki so odgovorne za govor. Vsebina govora je neokrnjena. Dizartričen bolnik je sposoben razumeti napisano in izrečeno besedo ter nima težav pri branju in pisanju. Glas je hripav, večkrat sta motena tudi žvečenje in požiranje. Bolniki potrebujejo govorno terapijo, ki jo je potrebno pričeti z vajami za izboljšanje mišičnega tonusa in močjo govornih mišic. Šele potem sledi artikulacijska terapija, katera se izvaja z vajami za izboljšanje in normalizacijo izgavarjanja glasov.

Apraksija v govoru je artikulacijska motnja, ki se odraža z motnjo v sposobnosti programiranja položaja govornih mišic in zaporedja mišičnih gibov, ki so nujni za govor. Govorna motnja ne nastane zaradi mišične oslabelosti in upočasnjenosti, temveč kot rezultat motnje tistih delov osrednjega živčevja, ki so odgovorni za programiranje hitrih gibov mišic ust in žrela. Apraksija lahko prizadene katerikoli del telesa, ob tem pa bolnik enostavno ne more izvajati že najpreprostejših gibov, npr. zapenjanja gumbov, česanja, umivanja zob in drugega, ker jih ne zna načrtovati.

Agnozija je motnja sposobnosti prepoznavanja, razumevanja in označevanja čutnih dražljajev. Kaže se z nesposobnostjo prepoznavanja predmetov z vidom, sluhom ter občutki za dotik, bolečino in položaj sklepov.

Oblike in značilnosti agnozij so:

- Taktilna agnozija je nesposobnost prepoznavanja predmetov s tipom. Bolnik s taktilno agnozijo ni sposoben prepoznati predmeta z dotikom. Vendar bo predmet prepoznal, ko ga vidi ali o njem sliši.
- Slušna agnozija je nesposobnost prepoznavanja zvočnih vsebin, ki se pojavljajo pri bolnikih z ohranjenim sluhom.
- Vidna agnozija je motnja prepoznavanja predmetov s pomočjo vida, ki ni povezan z okvaro vida in

intelektualnim odstopanjem. Ločimo več oblik vidne agnozije: agnozijo za predmete, barve, prostor, obraz in povezovanje dogodkov.

Pri disfoniji je vsebina govorice normalna in tudi artikulacija je ohranjena. Manjka pa mehanizem za produkcijo glasu, glasilke in rezonančni sistem. Nosljajoča govorica pri nahodu in hripav glas zaradi vnetja grla sta najpreprostejša primera disfonije.

Aleksija in agrafija je stanje, ko bolnik ne more več glasno črkovati, brati, pisati ali razumeti črkovane besede. Nekateri lahko še prepoznavajo posamezne črke. Spontani govor, imenovanje, razumevanje in ponavljanje je ohranjeno, včasih je govor tekoč z motnjami imenovanja.

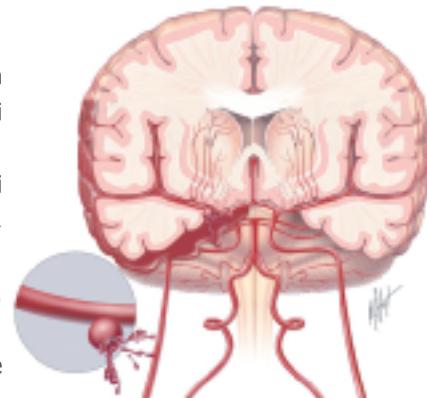
Aleksija brez agrafije je stanje, ko bolnik ne more brati, lahko pa piše. Prepozna izgovorjene besede. Govor, razumevanje in ponavljanje je normalno.

Površinska disleksijska je stanje, ko bolnik lahko bere, vendar ne razume prebranega. Laže razume pogoste besede, težje pa tiste, ki niso pogoste v vsakdanjem pogovoru. Zna brati izmišljene besede.

Diskalkulija ali akalkulija je računska motnja, ki prizadene sposobnost uporabe številk, sposobnost, da bi številke prebrali in napisali. Motnja lahko obstaja tudi pri računanju, kljub temu, da bolnik številke prepozna.

SUBARAHNOIDNA KRVAVITEV (slika desno)

Najpogosteje pride do subarahnoidne krvavitve zaradi razpoka anevrizme znotrajmožganskih arterij na bazi lobanje, drugi vzrok pa je krvavitev iz arteriovenske malformacije. Anevrizma je patološko balonasto razširjenje arterije. Ta mesta so zaradi zmanjšane elastičnosti posebej izpostavljena nihanju krvnega tlaka. Ob nenadnem zvišanju krvnega tlaka anevrizma poči, kri pa se razlije v subarahnoidni prostor, ki ga pri zdravih osebah izpolnjuje bistra tekočina, v kateri plavajo možgani. Pogostnost subarahnoidne krvavitve je 5-10/100 000 prebivalcev letno. Približno 1/3 bolnikov umre, približno 1/3 ima trajne nevrološke posledice, 1/3 pa je brez nevroloških izpadov.



subrahnoidna krvavitev zaradi razpoka anevrizme

slika 5
operacija anevrizme



slika 6
endovaskularno zdravljenje anevrizme



Leta 1997 je bilo v Sloveniji bilo bolnišnično zdravljenih 283 bolnikov s takšno krvavitojvo. Subarahnoidna krvavitev se najpogosteje pojavi v starosti od 40-60 let, lahko pa se pojavi kadarkoli od otroštva do visoke starosti. Ženske zboljo 1,6 x pogosteje kot moški. Dejavni tveganja so, skupaj z aterosklerozo, zvišan krvni tlak, kajenje in prekomerno uživanje alkohola. Ob razpoku anevrizme bolnik začuti nenaden izredno močan glavobol, pogosto bruha, za kratek čas lahko izgubi zavest, ob pregledu pa zdravnik ugotovi otrepel tilnik oziroma pozitivne meningealne znake.

Diagnostični postopki za odkrivanje anevrizem

Ob kliničnem sumu na subarahnoidno krvavitev pacienta napotimo na pregled z računalniško tomografijo možganov, ki krvavitev potrdi. Naslednja stopnja je računalniškotomografska angiografija, s katero prikažemo morebitno anevrizmo. Če anevrizme ne moremo jasno prikazati, naredimo še rentgensko digitalno subtraktijsko angiografijo znotrajmožganskih arterij.

Zdravljenje anevrizem

Ko odkrijemo anevrizmo, se odločimo za način zdravljenja, za operativni ali novejši, endovaskularni način. Prvi zahteva operativni poseg v splošni anesteziji, kjer nevrokirurg izključi anevrizmo iz krvnega obtoka s pomočjo posebne sponke, ki jo postavi na »vrat« anevrizme (slika 5). Pri endovaskularni metodi anevrizme ni potrebno operirati, temveč jo »zlepimo« s posebnimi platinastimi zankami (slika 6). Zanke privedemo v anevrizmo s katetrom, ki ga uvedemo skozi femoralno arterijo v dimljah. Embolizacija je manj invazivna kot operativna tehnika, zato ji danes v svetu namenjajo vse več pozornosti.

ZNOTRAJMOŽGANSKA KRVAVITEV

Znotrajmožgansko krvavitev prištevamo med žariščne možganske kapi in je najpogosteje posledica bolezni manjših znotrajmožganskih žil v globokih predelih velikih možganov, v malih možganih in možganskem deblu. Vzrok za nastanek bolezni teh žil je ponavadi zvišan krvni tlak. Krvavitev je najpogosteje pri bolnikih srednjih let in starejših. Vzrok za znotrajmožgansko krvavitev je lahko tudi sprememba žil zaradi nalaganja posebnega pigmenta na žilno steno, kar je značilno za starejše bolnike. Vzrok so tudi nepravilno odmerjana antikoagulacijska zdravila, ki jih bolniki prejemajo zaradi drugih bolezni, kot so trepetanje preddvorov, umetna srčna zaklopka, stanje po globoki venski trombozi ali po pljučni emboliji. V zadnjem času je vse pogostejši vzrok za krvavitev pri mladih bolnikih zloraba drog, še posebno amfetaminov in kokaina.

Poslabšanje klinične slike po znotrajmožganski krvavitvi nastane zaradi učinka razširitve krvavitve in razvoja možganske otekline. Zdi se torej, da je preprečevanje večanja krvavitve pomemben cilj pri zdravljenju. Čas, ki ga imamo na razpolago za tako zdravljenje je kritičen, saj pride do povečevanja krvavite zelo hitro. Po zadnjih raziskavah je ugoden čas zdravljenja najkasneje 4 ure po jasnem nastanku simptomov in znakov krvavitve.

KAKŠNE PREISKAVE NAREDI ZDRAVNIK ZA DIAGNOZO MOŽGANSKE KAPI?

Zdravnik se za vrstni red preiskav odloči glede na stopnjo in trajanje bolnikove prizadetosti. Glavna in največkrat za ozdravitev najbolj pomembna preiskava je klinični pregled ter ocena stopnje in vrste bolnikove prizadetosti. Zdravnik ocenjuje predvsem prizadetost živčevja, srca in žilja. Bolnik ali bolnikovi svojci naj posredujejo zdravniku podatke o prizadetosti in boleznih vseh organov, podatke o morebitni poškodbi glave in o morebitnih družinskih boleznih.

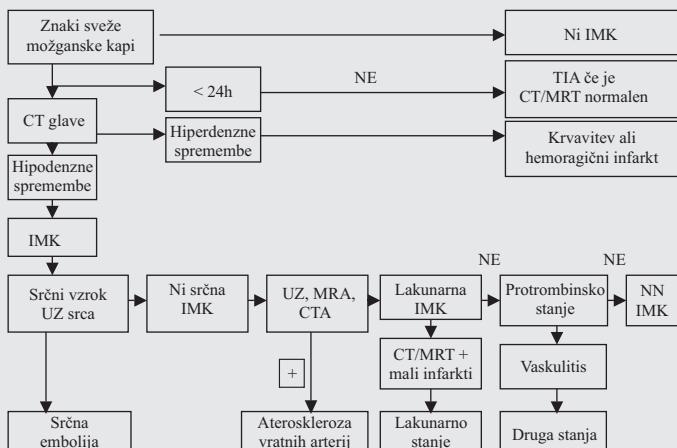
Krvne preiskave

Opravimo vse osnovne hematološke in biokemične preiskave krvi, zlasti tiste v zvezi z določanjem dejavnikov tveganja za možgansko-žilne bolezni in za izključevanje srčnega infarkta.

Elektrokardiogram (EKG)

S to preiskavo bo zdravnik ocenil delovanje bolnikovega srca, predvsem srčni utrip. Dobil bo pomembne podatke o tem, ali je bolnik morda prebolel srčni infarkt in če ima motnjo srčnega ritma, npr. trepetanje preddvorov.

tabela 1- Kriteriji za diagnozo možganske kapi



* razlaga kratic na strani 15

Računalniška tomografija glave (CT)

Računalniška tomografija možganov (CT) je rentgenska preiskava možganov, s katero zdravnik lahko vidi morebitno okvaro možganov, kolikšen del je poškodovan, kje v možganih je okvara in sklepa na vrsto poškodbe. Pri bolnikih s prehodno pretočno motnjo ta preiskava ne pokaže nobene možganske poškodbe. Preiskava je hitra in neboleča, med njo pa mora bolnik ležati povsem negibno.

Magnetno- resonančna tomografija možganov (MRT)

Magnetno-resonančna tomografija možganov (MRT) nam omogoči zelo natančen prikaz možganov in s tem tudi zelo majhnih možganskih okvar. Uporabljamo jo pri sumu na manjšo možgansko kap v nekaterih predelih možganov, ki so s CT težje dosegljivi, npr. mali možgani in možgansko deblo. Bolnik med

preiskavo mirno leži, preiskava ni boleča, je nenevarna, včasih bolnika moti hrup ali pa se med snemanjem počuti utesnjen. V primerjavi s CT gre torej za natančnejšo preiskavo, ki ima tudi nekaj

slabosti: je hrupna, traja dlje časa, teže jo izvedemo pri nemirnem bolniku, predvsem pa je ne moremo opraviti pri bolnikih, ki imajo v telesu kovinske tujke, npr. šibre, šrapnele, opilke, kovinske proteze, srčni spodbujevalnik. Pred preiskavo mora bolnik izpolniti vprašalnik o morebitnih kovinskih delcih v telesu.

Ultrazvočna preiskava vratnih žil (barvna doplerska preiskava)

Običajno imenujemo to preiskavo dopplerska preiskava ali na kratko Doppler. Zdravniku omogoči vpogled v stanje velikih žil na vratu, ki dovajajo kri možganom in očem. Pokaže morebitna zoženja in stopnjo zoženja arterij. Zaradi boljšega stika ultrazvočne sonde s kožo in boljše preglednosti nanese zdravnik na mesto preiskave poseben kontaktni gel. Zdravnik se na osnovi izvida lahko odloči za najboljši način zdravljenja zožitve notranje karotidne arterije, bodisi za operativno zdravljenje ali karotidno angioplastiko z vstavitvijo žilne opornice.

Ultrazvočna preiskava srca (ehokardiografija)

Preiskava srca z ultrazvokom omogoči zdravniku dodaten vpogled v delovanje srca. Pomembna je pri mlajših bolnikih, pri katerih posumimo na prirojene srčne okvare, pri tistih, ki so pred kratkim preboleli srčni infarkt; pri bolnikih s sumom na okvaro srčnih zaklopk ali imajo razširjeno srce. Preiskava je neboleča ker deluje na osnovi ultrazvoka. Tudi pri tej preiskavi zdravnik uporabi kontaktni gel.

Rentgenska digitalna subtrakcijska angiografija (DSA)

Za digitalno subtrakcijsko angiografijo (DSA) se zdravnik navadno odloči, kadar na osnovi ultrazvočne preiskave vratnih arterij posumi na hudo zožitev, možgansko anevrizmo ali kakšno drugo znotrajmožgansko žilno okvaro. Pri tej preiskavi zdravnik v žilo vbrizga kontrastno sredstvo in slika arterijsko, če je potrebno pa tudi vensko žilje z rentgenskim aparatom.

maščobna leha



ultrazvočni prikaz maščobne lehe v notranji karotidni arteriji

*** legenda k tabeli 1**

CT - računalniška tomografija,

MRT - magnetno-rezonančna tomografija,

CTA - **CT** angiografija,

MRA - **MR** angiografija,

IMK - ishemična možganska kap,

UZ - ultrazvočna dopplerska preiskava vratnih arterij,

UZ srca - ultrazvočna preiskava srca,

NN - neznan vzrok, hipodenzne spremembe na računalniškem tomogramu pomenijo možganski infarkt, hiperdenzne spremembe na računalniškem tomogramu pomenijo možgansko krvavitev

ALI BI SEDAJ VEDELI, ČE BI ZBOLELI ZARADI MOŽGANSKE KAPI? KAJ MORATE STORITI, KADAR VAS PRESENETI MOŽGANSKA KAP?

Tromboliza zdravljenje sveže ishemične možganske kapi

Nemudoma pokličite zdravniško pomoč. Časa za uspešno zdravljenje je zelo malo! Bolnike, pri katerih posumimo na svežo ishemično možgansko kap (možganski infarkt), ki je nastopila pred manj kot 2 urama, obravnavamo urgentno. Pri vsakem sumu na svežo

možgansko kap je zato potreben takojšen prevoz bolnika z rešilnim avtomobilom v ustrezno zdravstveno ustanovo. Tem bolnikom lahko koristi fibrinolitično zdravljenje, pri čemer poskušamo krvni strdek, sestavljen iz fibrina, raztopiti s posebnim zdravilom za raztapljanje fibrina. Zdravilo imenujemo rekombinantni, tkivni, aktivator plazminogena (rtPA). Pred raztapljanjem krvnega strdka z načinom zdravljenja, ki ga imenujemo tromboliza, moramo s CT možganov izključiti možgansko krvavitev, ali že viden možganski infarkt. Zdravljenje moramo pričeti znotraj treh ur!

Zdravnik ali reševalec naj ob pomoči bolnika ali bolnikovih svojcev že ob telefonskem klicu izpolni vprašalnik (tabela 2), na osnovi katerega se odločita za urgentni prevoz v bolnišnico in zdravljenje s trombolizo.

Čas so možgani! Časa je manj kot 3 ure! Ukrepajte hitro!

Zdravljenje dejavnikov tveganja za ishemično možgansko kap

Za stabilizacijo aterosklerotičnih leh v vratnih arterijah, znotrajmožganskih arterijah in zmanjševanje koronarne ogroženosti moramo pri vseh bolnikih energično zmanjševati učinke dejavnikov tveganja. Med dejavniki tveganja, ki so tesno povezani z nastankom možganske kapi, so v prvi vrsti zvišan krvni tlak, sladkorna bolezen, zvečan holesterol v krvi, kajenje, prekomerno uživanje alkohola in debelost. Evropsko združenje za preprečevanje možgansko-žilnih bolezni (EUSI) in Slovenske smernice priporočajo ustrezno zdravljenje arterijske hipertenzije do meje 140/90 mmHg pri bolnikih brez sladkorne bolezni in 135/80 mmHg pri bolnikih s

tabela 2- Protokol za hitro identifikacijo bolnikov, ki bi jih lahko zdravili s trombolizo.

Simptomi in znaki možganske kapi?	DA	NE
Simptomi so se zanesljivo začeli pred manj kot 2 urama?	DA	NE
Bolnik je imel dobro kvaliteto življenja?	DA	NE
Starost 18 - 80 let?	DA	NE
Ali se simptomatika hitro popravlja?	NE	DA
Ali gre za lažjo, izolirano prizadetost (zatikanje pri govoru, minimalna prizadetost, npr. prstov roke, zanašanje)?	NE	DA
Krvavitev iz prebavil / sečil v zadnjih 3 tednih?	NE	DA
Možganska kap ali težja poškodba glave v preteklih 3 mesecih?	NE	DA
Znotrajlobanjska krvavitev kadarkoli v preteklosti?	NE	DA
Večja operacija v preteklih 3 tednih?	NE	DA
Božastni napad ob začetku simptomov?	NE	DA

Če v prvem stolpcu bolnik ali svojec na prva štiri vprašanja odgovori z DA in na vsa preostala z NE, bolnik ustreza kriterijem za fibrinolitično zdravljenje.

sladkorno boleznijo, strogo uravnavanje krvnega sladkorja, krvnega holesterola, opustitev kajenja in prekomernega uživanja alkohola, dopuščajo pa zmerno pitje. Priporočljiva je fizična dejavnost vsaj 30 minut dnevno in prehrana z malo soli in nasičenih maščob, bogata s sadjem in vlakninami. Hormonska nadomestna zdravila niso učinkovita pri preprečevanju možganske kapi pri ženskah, zato jih ne priporočamo.

Preprečevanje prve ali ponovne ishemične možganske kapi z antiagregacijskimi zdravili

Antiagregacijska zdravila predpisujemo vsem bolnikom z zožitvijo ali zaporo karotidnih arterij, z ishemično možgansko kapjo zaradi tromboze ali embolije iz arterije v arterijo in lakovarno možgansko kapjo, če ne obstaja izrecna prepoved ali indikacija za antikoagulacijsko zdravljenje. S temi zdravili zmanjšamo tveganje za ponovno možgansko kap povprečno za 25 %. Antiagregacijska zdravila, ki jih uporabljamo pri nas, so acetilsalicilna kislina aspirin, kombinacija aspirina in dipiridamola ter klopidoogrel. Antiagregacijsko zdravilo izberemo glede na bolnikove značilnosti.

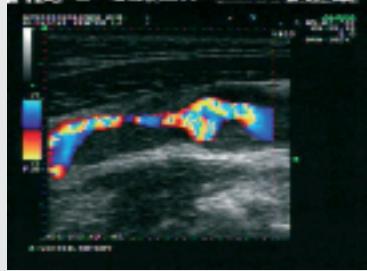
Priporočilo slovenskih smernic antiagregacijskega zdravljenja

- 1** Zdravilo prvega izbora za osnovno preprečevanje možgansko-žilnih bolezni aterotrombotičnega porekla je aspirin 100 mg 1 tableta dnevno, nadaljevalni ukrep za preprečevanje je kombinacija zdravil aspirin 25 mg in dipiridamol 200 mg 2 krat dnevno 1 tableto.
- 2** Bolniki, ki aspirina ne prenašajo, so nanj alergični ali je zdravilo prepovedano zaradi drugih vzrokov, jemljejo klopidoogrel 75 mg 1 tableto.

- 3** Klopidoogrel prejemajo tudi bolniki z visokim tveganjem za srčni in možgansko-žilni ishemični dogodek, ali če zdravljenje z aspirinom ni bilo učinkovito.

Bolniki z velikim tveganjem so tisti s ponovnim katerimkoli ishemičnim žilnim dogodkom, s sladkorno boleznijo ter bolniki s koronarno in/ali periferno obliterativno boleznijo, ki so kandidati za

maščobna leha



ultrazvočni prikaz maščobne lehe neravne površine v notranji karotidni arteriji

perkutani radiointerventni poseg ali operativni poseg koronarnih in/ali perifernih arterij vključno s karotidnimi arterijami.

- 4 Bolniki, ki niso kandidati za aspirin niti klopidogrel, jemljejo dipiridamol 75 mg 2 x 2 tableti dnevno. To so bolniki s svežo krvavitvijo iz prebavil, svežo razjedo na dvanajstniku ali želodcu, svežim vnetjem želodčne sluznice ter alergijo in neprenašanjem drugih antiagregacijskih zdravil.
- 5 Bolnikom s TIA ali ishemično možgansko kapjo in nestabilno angino pektoris ali miokardnim infarktom Q priporočamo kombinacijo dveh antiagregacijskih zdravil, klopidogrel 75 mg 1 tableto in aspirin 100 mg 1 tableto.
- 6 Pet dni pred in vsaj mesec dni po angioplastiki karotidne arterije z vstavitvijo žilne opornice jemljejo bolniki aspirin 100 mg tableto in klopidogrel 75 mg 1 tableto. Po mesecu dni preidemo v večini primerov, razen pri tistih, ki aspirina ne prenašajo, na antiagregacijsko zdravljenje z aspirinom 100 mg 1 tableto pri nesimptomatičnih in kombinaciji aspirina in dipiridamola 2 x 1 tbl pri simptomatičnih pacientih.

Preprečevanje prve ali ponovne ishemične možganske kapi z antikoagulacijskimi zdravili

Preprečevanje prve ishemične možganske kapi

Z antikoagulacijskimi zdravili zdravimo bolnike, ki imajo veliko verjetnost embolije iz srca. Takšni bolniki sicer niso doživelji možganske kapi ali TIA, vendar je možnost za to tako velika, da je smiselna in pravilna takojšnja uvedba antikoagulacijskih zdravil. Najbolj jasna je indikacija za uvedbo pri bolnikih po vstavitvi umetne srčne zaklopke.

Pri bolnikih s kroničnim trepetanjem srčnih predvorov (atrijska fibrilacija KAF) takojšnja uvedba antikoagulacijskih zdravil ni vedno indicirana. Bolniki s KAF so različni, zato antikoagulacijsko zdravljenje, ki je tudi tveganio in zahtevno, ni smiselno pri vsakem bolniku. Zdravnik se za uvedbo zdravljenja z antikoagulatnimi zdravili odloči individualno, glede na starost bolnika, dejavnike tveganja in tudi glede na možnosti vodenja takšnega zdravljenja.

Preprečevanje ponovne ishemične možganske kapi

Po preboleli možganski kapi ali TIA je antikoagulacijsko zdravljenje priporočljivo pri bolnikih s KAF in/ali drugimi srčnimi boleznimi, kjer je možnost ponovne embolije iz srca velika. Takšne najpogostejše bolezni so stanje po miokardnem infarktu, srčno popuščanje, revmatska bolezen zaklopk in odprto ovalno okno.

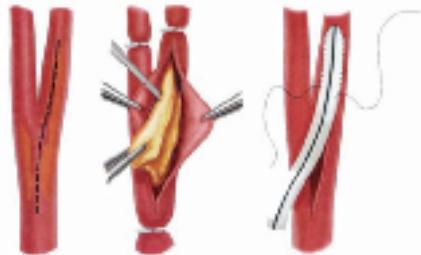
Optimalen začetek uvajanja antikoagulacijskih zdravil po ishemični možganski kapi ni povsem znan. Zaradi možnosti krvavitve v možganski infarkt priporočamo uvajanje antikoagulacijskih zdravil po možgansko-žilnem dogodku najhitreje po 72. urah. Pred pričetkom zdravljenja je potrebno z nevroradiološkimi metodami izključiti morebitno možgansko krvavitev.

Antikoagulacijska zdravila, ki jih uporabljamo pri nas, spadajo v skupino heparinov in kumarinov, pri čemer najpogosteje uporabljajo varfarin.

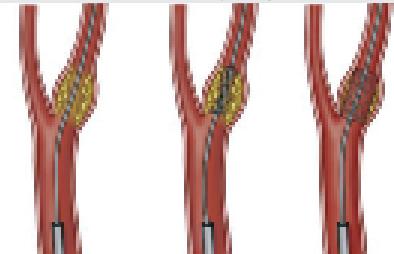
Metode zdravljenja ponovne vzpostavitve krvnega obtoka

Učinkoviti tehniki za odstranitev zožitve notranje karotidne arterije, ki jo povzročijo aterosklerotične lehe, sta kirurška metoda, trombendarterektomija in znotrajžilni kateterski poseg z vstavljivjo žilne opornice, karotidna angioplastika. Zoženo karotidno arterijo operira žilni kirurg tako da odstrani aterosklerotični del arterije, ki jo zožuje in na ta način ponovno vzpostavi krvni pretok (slika 7a). Med vstavljivjo žilne opornice v zoženo mesto s pomočjo katetra, ki ga uvedemo skozi arterijo v dimljah, vstavimo filter, ki ga nato odpremo kot dežnik (slika 7b). Ko je filter odprt, z drugo cevko uvedemo tanko mrežico iz posebne kovine, jo razpremo na zoženem mestu in jo s pomočjo balona razširimo do primerne dimenzije. Lehe se ujamejo v filter, ki ga nato zapremo in z njimi vred izvlečemo (slika 8). Uporaba filtrov za možgansko zaščito ob karotidni angioplastiki je pomembno zmanjšala pojavnost možganske kapi med posegom, tako da je postala varna metoda in vse bolj nadomešča operativno metodo zdravljenja.

V Sloveniji se lahko pohvalimo z dobrimi rezultati, saj se glede zapletov ne razlikujemo od objavljenih rezultatov vodilnih centrov drugod po svetu.



slika 7a/ Potelek karotidne operacije



slika 7b
Potelek karotidne angioplastike z vstavljivjo žilne opornice



slika 8
Filter, kamor so se ujeli delci aterosklerotične lehe med širjenjem karotidne arterije

SLOVARČEK IZRAZOV

Agnozija: motnja sposobnosti prepoznavanja, razumevanja in označevanja čutnih dražljajev. Kaže se z nesposobnostjo prepoznavanja predmetov z vidom, sluhom ter občutki za dotik, bolečino in položaj sklepov.

Amaurosis fugax: prehodna popolna izguba vida na eno oko.

Anevrizma: patološko balonasto razširjene arterije

Antiagregacijska zdravila: zdravila, ki zmanjšujejo zlepiljanje krvnih ploščic trombocitov, ki skrbijo za strjevanje krvi.

Antikoagulacijska zdravila: zdravila, ki zmanjšujejo strjevanje krvi.

Apraksija: motnja izvajanja gibov zaradi nesposobnosti programiranja in načrtovanja položaja mišic in zaporedja mišičnih gibov.

Arterija: žila dovodnica, ki oskrbuje možgane (ali druge organe) s krvjo.

Ateroskleroza: bolezen arterijske stene, ki povzroča zožitev ali zamašitev arterij.

KAJ SE DOGAJA Z BOLNIKOM V BOLNIŠNICI, KO DOŽIVI MOŽGANSKO KAP?

Če je bolnik z ishemično možgansko kapjo prišel v bolnišnico prepozno za fibrinolitično zdravljenje, ali če je bila tromboliza neuspešna, oziroma, če je bolnik zbolel z možgansko krvavitvijo, bolnika zdravimo v bolnišnici z ustreznimi zdravili, ki preprečujejo zaplete in ponovno možgansko kap. V prvi vrsti potrebuje bolnik, poleg zdravniške obravnave, ustrezno in pravilno nego, ki jo izvajajo medicinske sestre. Potrebna je vsakodnevna skrb za:

- osebno nego,
- preprečevanje nastanka preležanin,
- hranjenje,
- skrb za redno odvajanje,
- skrb za varnost,
- skrb za sporazumevanje in komunikacijo z bolnikom in
- sodelovanje s svojci.

ZGODNJA REHABILITACIJA BOLNIKOV PO MOŽGANSKI KAPI

Zgodnja rehabilitacija je dejaven, kompleksen proces, ki se prične v prvih dneh zdravljenja v bolnišnici. Uspešnost rehabilitacije je bila dolgo časa sporna, sčasoma pa so dokazali, da prispeva k izboljšanju bolnikovih funkcionalnih sposobnosti.

Bolniki imajo zaradi bolezni različno stopnjo prizadetosti: od delne do popolne ohromelosti udov, motenj govora, občutka, spomina, mišljenja, pozornosti, hranjenja, mokrenja, motenj vida, čustvovanja in bolečine. Proses zgodnje rehabilitacije je potrebno prilagoditi bolnikovemu kliničnemu stanju. Zaradi različne prizadetosti zahteva rehabilitacija sodelovanje različnih strokovnjakov: zdravnika nevrologa, medicinske sestre, fizioterapevta, delovnega terapevta, logopeda, nevropsihologa in socialnega delavca. Zelo pomembno je dejavno sodelovanje bolnika in njegovih najbližjih.

Cilji zgodnje rehabilitacije:

- zmanjšati stopnjo prizadetosti bolnika po možganski kapi,
- doseči večjo samostojnost pri osnovnih dnevnih opravilih in gibanju,
- omogočiti funkcionalni govor in razumevanje,
- vrniti bolniku stopnjo samozavesti ,
- pripraviti svojce za življenje z bolnikom po preboleli možganski kapi.

Za uspešen potek zgodnje rehabilitacije je potreben dober program, sodelovanje znotraj rehabilitacijskega tima ter sodelovanje bolnika in njegovih najbližnjih. Načela zgodnje rehabilitacije temeljijo na pravilnem nameščanju bolnikov v postelji, spodbujanju procesa učenja, treningu moči, treningu izvajanja usmerjenih gibov in vertikalizacije. Na ta način se skušamo osredotočiti na popravljanje oziroma kompenziranje funkcionalnih izpadov, s ciljem, da bolniku zmanjšamo prizadetost in omogočimo čim večjo samostojnost pri osnovnih dnevnih opravilih in gibanju.

KAM Z BOLNIKOM PO PREBOLELI MOŽGANSKI KAPI PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE?

Okrevanje po možganski kapi je dolgotrajno. Traja lahko celo nekaj let. Odvisno je predvsem od mesta in velikosti možganske okvare. K uspešnemu izboljšanju pripomore tudi ustrezna rehabilitacija. Z dobro načrtovano rehabilitacijo si prizadevamo izboljšati ali nadomestiti sposobnosti, ki so jih bolniki zaradi možganske kapi izgubili ali so se zmanjšale. Več kot polovica bolnikov po preboleli možganski kapi potrebuje nadaljnjo rehabilitacijo, ki je lahko organizirana na domu, ambulantno v zdravstvenih domovih, v domovih za starejše občane, zdraviliščih ali v specializirani rehabilitacijski ustanovi. Najpomembnejši dejavniki pri uvrščanju bolnikov v rehabilitacijski program so vrsta in stopnja prizadetosti, sposobnost za učenje in telesna vzdržljivost.

Med rehabilitacijo skušamo prispevati k obnovi čim bolj samostojnega in kakovostnega življenja ne samo z vadbo, pač pa tudi s pripomočki, svetovanjem in prilagajanjem okolja. Tehnične pripomočke

SLOVARČEK IZRAZOV

Ateroskleroza: bolezen arterijske stene, ki povzroča zožitev ali zamašitev arterij.

Digitalna subtrakcijska angiografija - DSA: tehnika rentgenskega slikanja žilja s pomočjo kontrasta, ki ga vbrizgamo v veno.

Disartrija: nerazločna govorica.

Disekcija: poškodba notranje arterijske ovojnice, ki se odluči.

Disfazija, afazija: motnja razumevanja ali tvorbe besed, govora.

Disleksija, aleksijska: motnja razumevanja pisanih besed.

Disgrafija, agrafija: zmanjšana sposobnost ali nesposobnost pisanja.

Diskalkulija ali akalkulija: motnja prepoznavanja števil in računanja.

Diplopija: dvojni vid.

Endokarditis: vnetje notranje srčne opne, ki jo imenujemo endokard.

Epileptični napad: napad izgube zavesti, običajno povezan s krči.

Hemianopsija: izguba vida v delu, običajno polovici vidnega polja.a zdravilo za fibrinolizo.

SLOVARČEK IZRAZOV

Hemipareza, hemiplegija: delna ali popolna mišična oslabelost, ki prizadene eno (levo ali desno) stran telesa.

Ishemična možganska kapi - IMK: možganski infarkt, ki nastane zaradi zamašitve žile odvodnice arterije, redkeje žile dovodnice vene.

Karotidna angioplastika - KAS: postopek širjenja zožene notranje karotidne arterije s pomočjo balončka, ki ga zdravnik napihne na mestu žilne zožitve. Širjenju sledi vstavitev žilne opornice stenta.

Kronična atrijska fibrilacija - KAF: trepetanje srčnih preddvorov pogosta motnja srčnega utripa, ki močno poveča tveganje za možgansko kap, še posebej pri starejših.

Magnetno rezonančna tomografija - MRT: tehnika slikanja organov s pomočjo močnega magnetnega polja.

potrebujejo bolniki, kadar drugače kakega opravila ne morejo izvesti, se prehitro utrudijo ali je s pripomočkom opravljeno bolj varno.

Pripomočki, ki jih bolniki po možganski kapi za večjo samostojnost največkrat potrebujejo so: pripomoček za obuvanje nogavic, žlica za obuvanje s podaljšanim ročajem, nedrseča podloga za posodo, držala nameščena na različnih mestih, različni pripomočki, ki so v pomoč pri kopanju oz. pri umivanju, razne opornice za boljši položaj stopala pri hoji, bergle in vozički.

Ker je rehabilitacija bolnikov po možganski kapi zaradi narave bolezni dolgotrajna, je del rehabilitacijskih programov treba prenesti v domače okolje in pritegniti zlasti svojce. Tako je ena od pomembnejših nalog rehabilitacijske skupine izobraževanje bolnika in njegovih svojcev.

DA NIKOLI NE BI DOŽIVELI MOŽGANSKE KAPI, UPOŠTEVAJTE NAVODILA ZA ZDRAV NAČIN ŽIVLJENJA!

Nadzirajte svoj krvni tlak!

Preverjajte, ali imate normalen krvni tlak. Če je tlak blizu zgornje meje (140/90 mmg) in če imate v družini povišan krvni tlak, povprašajte zdravnika, kako pogosto ga morate meriti. Že mejno zvišan krvni tlak predstavlja veliko tveganje za možgansko kap.

Ne kadite!

Kajenje poveča nevarnost za možgansko kap. S kajenjem se življenje skrajša za 8- 9 let. Če kadite, prenehajte! Opustitev kajenja pripelje do zmanjšanja arteroskleroznih sprememb in zmanjšanje tveganja za možgansko kap.

Prepoznejte in zdravite sladkorno bolezen!

Bolniki s sladkorno boleznijo (posebno tip II) predstavljajo skupino z visokim tveganjem za možgansko kap. Če imate sladkorno bolezen, nikoli ne prenehajte jemati zdravila brez posvetovanja z zdravnikom. Upoštevajte načela protidiabetične diete.

Ne uživajte preveč alkoholnih pijač!

Več od enega do dveh kozarcev vina ali piva na dan lahko privede do večjega tveganja za možgansko kap.

Prehranujte se zdravo!

Uživajte hrano z nizko vrednostjo nasičenih maščob, holesterola in natrija. Zaužijte veliko sadja in zelenjave, hrana pa naj bo bogata z vlakninami.

Bodite telesno dejavnici!

Telesna nedejavnost in debelost sta odvisna dejavnika tveganja. Izmerite si obseg pasu. Obseg pasu preko 80 cm pri ženskah in preko 94 cm pri moških pomeni prekomerno telesno težo. Telesna dejavnost zmanjša tveganje za možgansko kap. Poskusite z zmerno dejavnostjo 30-60 minut vsak dan. Dovolj je že hitra hoja.

Živite zadovoljno!

Danes verjamemo, da je stres ne samo močno prepletен s tradicionalnimi, splošno znanimi dejavniki tveganja, temveč ga smatramo kot samostojni dejavnik tveganja za možgansko-žilne, srčne in druge bolezni. Zaradi tega je nadzor nad stresom lahko najpomembnejši ključ pri prečevanju bolezni srca in žil. Zgodnji znaki stresa so nezanimanje, tesnoba, razdražljivost, duševni napor, izogibanje delu in odgovornosti, zanemarjanje osebne higiene, zamujanje na delo, pogosto menjavanje razpoloženja brez razloga, fizična utrujenost, glavobol, nespečnost, rejenje ali hujšanje in težave s prebavo. Najpogosteje do stresa prihaja, kadar obstaja nesorazmerje med pričakovanji posameznika in pričakovanji okolice. V vsakodnevnu življenju stresu ne moremo pobegniti, vendar je pomemben način, kako se vedemo ob problemu. Da bi zmanjšali stres, je pogosto potreben menjati življenjeske navade in pogoje ter zmanjšati svoja pričakovanja, ki so običajno previsoka.

1. Žvan B, Marjan Z. Preprečevanje ishemičnih možganskožilnih dogodkov pri bolnikih s karotidno boleznjijo. In: Tetičkovič E, Žvan B eds. Sodobni pogledi na možganskožilne bolezni. Obzorja: Maribor, 2003: p. 91-6. 2. Žvan B. Smernice antitrombotičnega zdravljenja možganskožilnih bolezni. ISIS 2003; 4: 968. 3. Meglič B, Žvan B, Zaletel M. Smernice antikoagulantnega zdravljenja možganskožilnih bolezni. In: Tetičkovič E, Žvan B eds. Sodobni pogledi na možganskožilne bolezni. Obzorja: Maribor, 2003: p. 87-90. 4. Žvan B, Zaletel M, Miloševič Z, Videčnik V, Tetičkovič E, Flis V. Smernice za odkrivanje in zdravljenje karotidne bolezni. Zdrav Vestn 2004; 73: 833-8. 5. www.internationalstroke.org 6. <http://www.eusis-stroke.com/>

SLOVARČEK IZRAZOV

Računalniška tomografija - CT:

tehnika slikanja organov z rentgenskimi žarki s pomočjo računalnika.

Subarahnoidna krvavitev:

krvavitev iz patološko balonasto razširjene možganske arterije

Tranzitorna ishemična ataka -

TIA: prehodna pretočna oziroma prekrvitvena motnja v možganih.

Traja običajno nekaj minut oziroma največ do 24 ur.

Trombendarterektomija - TEA:

operacija pri kateri kirurg odstrani krvni strdek iz arterije.

Tromboliza, fibrinoliza: način zdravljenja sveže ishemične možganske kapi, kjer krvni strdek, sestavljen iz fibrina, raztapljamamo z zdravilom za raztapljanje fibrina.

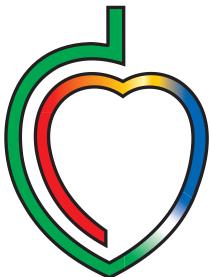
rTPA: rekombinantni, tkivni, aktivator plazminogena zdravilo za fibrinolizo.

Literatura

NAJDETE VEČ INFORMACIJ O MOŽGANSKI KAPI?

Če želite izvedeti več o tem, kako prepoznote znake možganske kapi in o tem, kaj storiti, če se to zgoditi vam, obiščite spletno stran

www.internationalstroke.org ali se pogovorite s svojim zdravnikom. Lahko dobite tudi nasvete o tem, kako lahko zmanjšate nevarnost, da bi zboleli za možgansko kapjo, tako da na preprost način spremenite način življenja.

**IZDAJATELJ:**

Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije

Dunajska 65, Ljubljana

T: 01/436 9562, F: 01/436 12 66

E: drustvo.zasrce@siol.net

W: <http://zasrce.over.net>

december 2005

Prim. doc. dr. Bojana Žvan , dr. med in dr. Vlasta Zupanc, dipl. logoped

Camera d. o. o.

Miran Januš s.p.

Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila d.o.o.

Šmartinska cesta 140, 1000 Ljubljana

tel. 01/5204-200 • fax. 01/5204-349

e mail : msd_slovenia@merck.com • www.merck.com

