

Необходимостта от интензивна кинезитерапия за двигателното възстановяване след мозъчен инсулт

Ивелина Стефанова

Need for intensive physical therapy for motor recovery after stroke Rehabilitation is a multidimensional process, which aims at facilitating the recovery or adjustment to the loss of function, thereby improving the quality of life of the patient. The possibility of motor recovery depends crucially on early, intensive, long enough and affordable rehabilitation

Key words: Stroke rehabilitation, Increasing the Intensity of Rehabilitation.

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчният инсулт (МИ) е една от водещите причини за болестност и смъртност по света. Между Източна и Западна Европа се наблюдават съществени различия по отношение на заболяемостта, разпространението и смъртността от МИ. Различия в разпространението на някои рискови фактори, по-висока честота на артериалната хипертония и други, биха могли да бъдат причина за по-тежките мозъчни инсулти в Източна Европа. МИ е най-важната причина за заболяемост и дълготрайна нетрудоспособност в Европа и демографските промени се очаква да доведат до повишаване, както на заболяемостта, така и на болестността поради застаряването на населението. МИ е също така втора по честота причина за деменция, най-честата причина за епилепсия при възрастни и честа причина за депресия. (По данни на Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт) [12]

След стабилизиране на хемодинамиката прекаралите острия мозъчносъдов инцидент могат да бъдат лекувани в специализирана болница или отделения за рехабилитация, където се работи по клинични пътеки за рехабилитация след мозъчен инсулт. От средствата на физикалната терапия кинезитерапията има най-голямо значение за оптималното функционално възстановяване, вторичната профилактика на рисковите фактори и постигане на максималната възможна самостоятелност и по-добро качество на живот на пациентите, прекарали мозъчен инсулт.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Повече от половината пациенти преживяли мозъчен инсулт имат намалена функция на засегнатите крайници шест и повече месеца след инсулта. Ето защо те изискват дългосрочна рехабилитация, която има за цел да подобри и да предотврати по-нататъшното влошаване на функцията и да се подобри физическата и социалната независимост на болните. Ранната рехабилитация, която започва в болнични условия е важна и трябва да продължи в следващия етап от възстановяването. Ефективната рехабилитация трябва да бъде интензивна и продължителна, изискваща извършване на повтарящи се задачи свързани с движения и действия. Пациента трудно се мотивира да провежда тази интензивна терапия, особено когато има тежки двигателни увреди. [11]

Има значителни доказателства в подкрепа на ползите от координирани мултидисциплинарни грижи за хората, преживели инсулт в посока намаляване на смъртността и нивата на инвалидност. Необходимо е както адекватно и своевременно медикаментозно лечение, така и достатъчно продължителна и интензивна кинезитерапия. На практика голяма част от пациентите имат ограничен достъп до дългосрочна рехабилитация, тъй като предвиденият болничен престой от 7 дни според Националния рамков договор (от 2010 година до днес) е крайно недостатъчен. [3,4] Другата възможност за рехабилитация е в извънболничната

помощ, достъп до който имат ограничен контингент пациенти заради тежкото си двигателно състояние. В резултат на това много хора остават без специализирани грижи и рехабилитация, което довежда до инвалидизиране и усложняване на състоянието им. Липсата на позиционно лечение, смяна на положението на тялото през деня, неупражняването на засегнатите крайници, ненавременната вертикализация води до развиване на декубитални рани, застойна белодробна пневмония, повишаване тонуса на мускулите и контрактури, което прави реадaptацията на тези хора невъзможна.

Неврорехабилитацията е основен терапевтичен подход за подобряване качеството на живот на болните. Тя е най-резултатна през първите шест месеца от началото на заболяването, макар че и до първата година могат да се очакват положителни промени относно двигателния дефицит, придвижването и самообслужването на болните. След този период поддържащата роля на кинезитерапията е от не по-малко съществено значение. Тя е насочена към повлияване на начина на живот на болните чрез изработване на компенсаторни поведенчески реакции в условията на наличния неврологичен дефицит. Особено внимание изисква рехабилитацията на горния крайник, който в повечето случаи се възстановява по-бавно и по-трудно, особено на фините движения, в сравнение с това на долния крайник. [1,8,9]

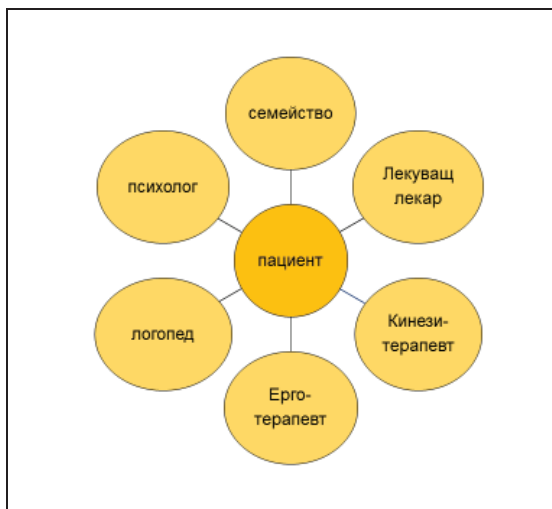


Фиг.1 Предиизвикателства пред пациентите с инсулт

Напоследък все повече функционалното възстановяване след инсулт се свързва с анатомична и функционална реорганизация на ЦНС, която се наблюдава на две функционални нива: сензоромоторна кора (корова пластичност) и невронална мрежа (невронална пластичност). Направените през последните години изследвания показват, че макар и лимитирана, възможността на човешкия мозък да се реорганизира продължава през целия му живот, което определя неговия капацитет за обучение и възстановяване след мозъчна увреда. Показано е, че интензивното обучение и специфичната рехабилитация повишават мозъчната пластичност и обуславят по-добри терапевтични резултати [10]. Установено е, че в хода на възстановяването на двигателните функции след инсулт – болните с по-добро възстановяване в първите седмици от инсульта, оценявано с индекса на Barthel,

показват значимо по-добро възстановяване в следващите месеци. Очевидно двигателната функция на болен, преживял мозъчен инсулт, е комплексен феномен, резултат от взаимодействието между морфологичната увреда и настъпилата структурна и функционална мозъчна реорганизация. [5]

Прилагането на доказалите се вече в практиката специализирани кинезитерапевтични методики от проприоцептивното нервно мускулно улесняване (ПНМУ), подходящо подобрени терапевтични упражнения, обучение в ходене с помощни средства и набираща популярност робототерапия, могат значително да подобрят нарушените функции. В този процес важна роля има социалната адаптация и успешната реинтеграция на пациента в обществото чрез промяна на качеството му на живот, активното ангажиране на семейството му и лекуващия го екип в процеса на изграждане на относителна независимост и самочувствие. [6]



Фиг.2 Взаимодействието между пациента, семейството му и лекуващия го екип

Тъй като липсва статистическа информация за броя на тежко засегнатите пациенти, е необходимо преразглеждане на продължителността на клиничната пътека, която да бъде определяна от тежестта на заболяването, а не административно наложена. Изхождайки от опита на най-добрите международни практики и базирайки се разработеният вече „Рехабилитационен алгоритъм за поведение при мозъчни инсулти“ – приет на Национален консенсус за профилактика, диагноза, лечение и рехабилитация на мозъчносъдовите заболявания през 2011 година, да се разработят и апробират протоколи и стандарти за рехабилитация на пациенти, преживели мозъчен инсулт според техните двигателни, сетивни, говорни, гностични и психични нарушения.[2,7]

Необходима е промяна в превенцията – увеличаване на информираността на населението за рисковите фактори, информираност относно първите симптоми и признаци на заболяването, информираност по отношение на спешността на лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рехабилитацията е многоизмерен процес, който има за цел улесняване на възстановяването или адаптация към загубената функция, като по този начин подобри качеството на живот на болния. Възможността за двигателно

възстановяване зависи изключително от ранната, интензивна, достатъчно продължителна и достъпна рехабилитация.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Любенова, Д., А. Димитрова, Д. Ганчев. Особенности на кнезитерапията при болни с агнозия след исхемичен мозъчен инсулт в недоминантната хемисфера, Сп. Кинезитерапия, 2008, с. 12-20

[2] Национален консенсус за профилактика, диагноза, лечение и рехабилитация на мозъчносъдовите заболявания, сп. „Българска Неврология“ том 11, брой 4, 2011.

[3] Национален рамков договор, 2003. Приложение №9, КП №80

[4] Национален рамков договор, 2015. Приложение №16, КП № 237.

[5] Титянова Е., Реорганизация на двигателния контрол след едностранен мозъчен инсулт, Невросонография и мозъчна хемодинамика, Том 3/Бр.1, 2007, с.42-47.

[6] Титянова, Е. Невропластичност и мозъчна реорганизация, сп. Health, бр.3, 2015, с.27-29.

[7] Canadian Stroke Network. Canadian best practice recommendations for stroke care. Section 5.3: Delivery of inpatient stroke rehabilitation 4th edition, 2013

[8] Dickstein R., S. Hocherman, T. Pilar et al. Stroke unit treatment improves quality of life: a randomized controlled trial, Stroke 315:895-899, 1998

[9] Juby, L., N.Lincoln, P. Berman. The effect of a stroke rehabilitation unit of functional and psychological outcome: a randomized controlled trial. Cerebrovasc. Dis. 6:106-110, 1996

[10] Liepetz J. et al., Treatment induced cortical reorganization after stroke in humans. Stroke, 2000

[11] Lo AC et al. Robot-assisted therapy for long-term upper-limb impairment after stroke. N Engl J Med. 2010

[12] www.zdravenmediator.net/pic/articles/Socialnoznachimi-zaboliavania.pdf.

За контакти:

гл. ас. д-р Ивелина Стефанова, Катедра “Обществено здраве и социални дейности”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 082/ 585 024, e-mail: istefanova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.