

**Zdzisław Legwant, Dorota Kulińska, Rafał Kaczmarzyk,  
Mirośław Janiszewski**

Zakład Fizjoterapii

Instytutu Kształcenia Medycznego Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Ośrodek Praktyk Klinicznych Sanatorium „Włókniarz” w Busku Zdroju

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Janiszewski

Dyrektor: prof. dr hab. W. Dutkiewicz

Oddział Wewnętrzny Szpitala MSWiA w Kielcach

Ordynator: lek. med. M. Rakowska-Szewczyk

**USPRAWNIANIE CZYNNOŚCIOWE CHORYCH  
PO UDARACH MÓZGU**

**STRESZCZENIE**

Udar mózgu stanowi poważny problem leczniczy, szczególnie jego faza przewlekła ze wszystkimi implikacjami wynikającymi z uszkodzenia tkanki mózgowej. Skuteczność farmakoterapii w tej fazie choroby jest nadal niezadowalająca. Stąd też kompleksowe postępowanie usprawniające staje się jedynym sposobem pozwalającym na poprawę stanu zdrowia tych chorych. W artykule przedstawiono wiele metod usprawniania, ukierunkowanych na rehabilitację zarówno stanu somatycznego, psychicznego, jak i funkcji mowy.

**Słowa kluczowe:** udar mózgu, rehabilitacja, depresja poudarowa.

**SUMMARY**

Apoplexy is a serious medical problem, especially its lengthy phase with all the implications resulting from damaging brain tissue. Effectiveness of pharmacotherapy in this stage of a disease is still unsatisfactory. As a result a complex rationalization procedure is becoming the only way allowing to improve the state of health of those patients. In the article a range of rationalization methods for rehabilitation of both somatic and psychological states and functions of speech are presented.

**Key words:** apoplexy, rehabilitation, post-traumatic depression.

Udarem mózgu (*insultus cerebri*, *ictus cerebri*, *apoplexia cerebri*) nazywa się nagłe wystąpienie mniej lub bardziej nasilonych objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu w wyniku zaburzeń krążenia mózgowego. Zespół kliniczny zależy od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia tkanek mózgu. Udary mózgu dzieli się tradycyjnie na krwotoczne oraz niedokrwienne [1].

Udar jest jedną z najczęstszych przyczyn śmierci i poważną przyczyną inwalidztwa. Na ok. 600 tys. nowych i nawracających przypadków udarów rocznie, 160 tys. kończy się zgonem. Obecnie żyje 4 mln osób po udarze mózgu, z których wiele ma w znacznym stopniu ograniczoną sprawność [2].

W ciągu kilku ostatnich lat leczenie ostrego udaru niedokrwiennego zrewolucjonizowało wprowadzenie terapii trombolitycznej za pomocą tkankowego aktywatora plazminogenu, czyli tPA. Niestety, wielu pacjentów nie może z niej skorzystać ze względu na wąskie 3-godzinne okno terapeutyczne, w trakcie którego należy rozpocząć podawanie leku, oraz na koszty tak prowadzonej terapii. Doraźne leczenie farmakologiczne nie spełnia nadziei, dlatego postępowanie w udarach ogranicza się do ogólnej opieki, zwalczania powikłań, prewencji wtórnej, eliminacji czynników ryzyka oraz szeroko pojętej rehabilitacji, obejmującej przede wszystkim kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię oraz terapię mowy i pamięci. Objawy kliniczne udaru to najczęściej niedowład połowiczny, afazja w przypadku uszkodzenia półkuli dominującej oraz stosunkowo częste, nie zawsze trafnie diagnozowane, zaburzenia w sferze psychicznej [1, 3, 4].

Wymogi tak rozumianej rehabilitacji spełnia rehabilitacja uzdrowiskowa ze względu na możliwość kompleksowego stosowania metod leczniczych, realizowanych w odmiennych warunkach klimatycznych i środowiskowych. Oferuje ponadto naturalne tworzywa lecznicze występujące w miejscowościach uzdrowiskowych. Z uwagi na fakt, że po udarze mózgu następuje zazwyczaj dysfunkcja narządu ruchu – celowym wydaje się prowadzenie rehabilitacji w uzdrowiskach o profilu leczniczym tego narządu.

Ważnym problemem terapeutycznym u pacjentów po udarze jest spastyczność. Praktyczne postępy rehabilitacji są możliwe, gdy uda się ją usunąć bądź przynajmniej zmniejszyć. W tym celu stosujemy różne metody i techniki lecznicze. Wykorzystuje się magnetoterapię (leczenie zmiennym polem magnetycznym niskiej częstotliwości); elektrostymulacja jest skutecznym sposobem zastosowania elektroterapii w schorzeniach O.U.N.

Z dobrym skutkiem terapeutycznym wykorzystywana jest tonoliza. Dwukanałowa stymulacja metodą tonolizy jest jedną z metod torowania proprioceptywnego z wykorzystaniem prądów małej częstotliwości. Zdziałanie pojedynczym impulsem trójkątnym na mięśnie spastyczne wywołuje ich silny skurcz, a następnie rozluźnienie. W momencie ich rozkurczu stymuluje się serią modulowanych impulsów w kształcie połowkowej sinusoidy grupę mięśni antagonistycznych [5, 6].

Obserwujemy, że chorzy z depresją po udarze, widząc uzyskaną poprawę po pierwszych stymulacjach, chętniej oddają się dalszym zabiegom i ćwiczeniom, dzięki czemu osiągają lepsze efekty terapeutyczne. Istotne znaczenie dla obniżenia spastyczności ma krioterapia. Utrzymujące się przez 30–60 minut po zabiegu zmniejszone napięcie mięśniowe ułatwia wykonywanie ćwiczeń usprawniających.

Kinezyterapia wykorzystuje możliwości rezerwowych mechanizmów adaptacyjnych i wyrównawczych, a jej zadaniem jest zmniejszenie spastyczności w celu prawidłowego leczenia i pielęgnacji chorego oraz nauczenie go specjalnych ćwiczeń, by sam mógł osłabić narastającą spastyczność [7, 8].

Zasadniczymi celami tak stosowanej kinezyterapii są:

- unikanie wyzwalania spastyczności (ułożenie bierne),

– osłabienie już istniejącej spastyczności (działanie czynne).

W dużym stopniu korzysta się z następujących metod usprawniania: PNF, NDT, M. Johnstone, M. Rood, E. Jacobson. W praktyce dąży się do integracji istniejących metod lub stosowania wybranych ćwiczeń w różnych zestawach i kombinacjach.

Dobre efekty przynoszą ćwiczenia w basenie rehabilitacyjnym – uzyskuje się rozluźnienie, odciążenie i zmniejszenie bólu [7, 9, 10]. Skutecznym uzupełnieniem programu zwalczania spastyczności są kąpiele siarczkowo-siarkowodorowe (najczęściej półkąpiele), kwasowęglowe i jodobromowe.

Kolejne zagadnienie związane z usprawnianiem pacjentów po udarach mózgu stanowią zaburzenia w sferze psychicznej, przyjmujące postać depresji. Według doniesień wielu autorów można mówić o powszechności występowania depresji poudarowej. Konsekwencją depresji jest głównie brak motywacji do leczenia i w rezultacie większa śmiertelność.

Rozpoznanie depresji powinno być zawsze brane pod uwagę, jeśli u pacjentów występują: przedłużająca się płaczliwość, apatia, nasilające się postawy rezygnacyjne, przygnębienie, ucieczka od przyszłości, myśli samobójcze.

Złożoność problematyki postępowania poudarowego i skuteczność leczenia implikuje interdyscyplinarny charakter zespołu terapeutycznego. Wzajemny podział ról i zadań w oparciu o posiadaną wiedzę i doświadczenie personelu są nieodzownym warunkiem polepszenia wyników leczniczych. W zespole tym istotną rolę pełni psycholog kliniczny, którego wiedza neuropsychologiczna znacznie wykracza poza tradycyjne postrzeganie umiejętności, obejmujące – ogólnie biorąc – posługiwanie się metodami testowymi, oceniającymi sprawność intelektualną oraz nasilenie zaburzeń psychicznych. Wiedza i umiejętności pozwalają psychologowi dokonać diagnostyki zaburzonych czynności psychicznych oraz opracować program ich rehabilitacji. Diagnostyka neuropsychologiczna obejmuje wszystkie funkcje poznawcze: uwagę, spostrzeganie, pamięć, uczenie się, język (mowa, czytanie, pisanie, liczenie), myślenie, oraz sprawności manualne.

Ważną rolę odgrywa nawiązanie kontaktu z pacjentem, którego podstawowym obowiązkiem było dotąd tylko ćwiczyć. Wielu pacjentów wielokrotnie ujawnia wręcz wrogość i agresję lub też bierność i rezygnację.

Psycholog jest w stanie ustalić istotne właściwości przedchorobowe, takie jak: sprawność umysłowa, dojrzałość emocjonalna, sposoby funkcjonowania w sytuacjach trudnych, adaptowanie się do nowych warunków, dotychczasowe zachowania prozdrowotne, posiadaną motywację do osiągnięć, stałość w dążeniach, relacje interpersonalne, ewentualne nałogi itp. Ułatwi to poznanie chorego, rozpoznawanie zaburzeń i ich mechanizmów, a w konsekwencji pozwoli opracować indywidualne postępowanie psychoterapeutyczne, stanowiące najważniejszy element powodzenia kompleksowej rehabilitacji poudarowej.

Wiedzę psychologa wykorzystuje się również w relacjach z rodziną chorego. Udar jest dla pozostałych członków rodziny ogromnym przeżyciem traumatyzu-

jącym, wyzwającym różnorodne stany emocjonalne (najczęściej wymienia się rozpacz). Odpowiednie postępowanie psychologa w tej kryzysowej sytuacji pozwala ją przewyciężyć.

Zaburzenia mowy wymagają pomocy logopedy, osoby doświadczonej w terapii językowej. Z przykrością stwierdzamy, że nierzadko pierwszy kontakt pacjenta z logopedą odbywa się zbyt późno. Świadczy to o braku dostatecznego nacisku na rehabilitację mowy i małym zainteresowaniu problemem ukierunkowanej terapii mowy.

Ćwiczenia logopedyczne w afazji ruchowej mają na celu odbudowę całego systemu artykulacyjnego, zaburzona jest bowiem płynność mowy wskutek bezwładności analizatora ruchowego mowy. Występują trudności modyfikowania, artykulacji, perseweracje, skandowanie, tzw. styl telegraficzny, polegający na używaniu rzeczowników w mianowniku liczby pojedynczej, a więc nie połączonych składniowo. Zaburzona jest mowa spontaniczna.

Zazwyczaj ćwiczenia z pacjentami rozpoczynają się od uczulenia miejsc artykulacji, wywoływania samogłosek i spółgłosek, uczenia zautomatyzowanych ciągów słów, tj. liczenia, deklamacji i śpiewania znanych piosenek. Ważna jest motywacja, pozytywne nastawienie do podejmowania wysiłku, aktywizowanie chorego do nawiązywania kontaktów słownych, poprzez dowolne odbudowywanie całego systemu artykulacji. Równoległe prowadzone są ćwiczenia w pisaniu. Wszystkie ćwiczenia mowy prowadzone są indywidualnie i trwają 30–60 minut.

Jesteśmy przekonani, że leczenie uzdrowiskowe chorych po udarach mózgu, w tym leczenie w naszym uzdrowisku – spełnia ważną rolę. Nie bez znaczenia jest również czynnik ekonomiczny, co w dobie gruntownej reformy zdrowia i ciągłego niedostatku środków finansowych również nie może być sprawą obojętną.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Prusiński A.: Neurologia praktyczna. PZWL. Warszawa 1998.
- [2] 2000 heart and stroke statistical update. Dallas, American Heart Assoc, 2000.
- [3] Alberts M. J.: tPA in acute stroke: United States experience and issues for the future. Neurology.
- [4] Kwakkel G., Wagenaar R. C., Koelman T.W. i wsp. W: Effects of intensity of rehabilitation after stroke: a research synthesis. Stroke 1997.
- [5] Ponikowska I.: Medycyna uzdrowiskowa w zarysie. MATEXT S, Warszawa 1995.
- [6] Straburzyński G., Straburzyńska-Lupa A.: Medycyna fizykalna. PZWL. Warszawa 1997.
- [7] Grochmal S.: Rehabilitacja fizykalna i uzdrowiskowa chorych na stwardnienie rozsiane. Bal. Pol. 1975; 3–4.
- [8] Laidler P.: Rehabilitacja po udarze mózgu. PZWL. Warszawa 1996.
- [9] Dega W., Milanowska K.: Rehabilitacja medyczna. PZWL. Warszawa 1993.
- [10] Franek A., Gieremek K., Polak A.: Niektóre kinezyterapeutyczne aspekty postępowania z chorymi ze spastycznością. Postępy Rehab. 1996; z. 5–11.