

Lek. Ewa Chlebuś

Rozprawa doktorska: „*Porównanie stanu funkcjonalnego chorych po udarze niedokrwiennym i krwotocznym z zastosowaniem klasyfikacji ICF*”,
promotor dr hab. Przemysław Lisiński, prof. UM.

Streszczenie

Wstęp:

W powszechnej praktyce klinicznej wczesna rehabilitacja chorych po udarze niedokrwiennym i krwotocznym jest realizowana podobnie. Diagnoza ICD-10 nie zapewnia wystarczającej ilości informacji na temat stanu funkcjonalnego oraz upośledzenia sprawności i samodzielności pacjenta po udarze. Udar niedokrwienny i krwotoczny z uwagi na różnice patofizjologiczne mają różne długoterminowe konsekwencje mózgowe i funkcjonalne.

Cel pracy:

Celem badania była ocena stopnia niepełnosprawności, zaburzeń neurologicznych i funkcjonalnych z wykorzystaniem arkusza oceny według klasyfikacji ICF w odniesieniu do 8 tygodniowego okresu wczesnej rehabilitacji poudarowej realizowanej według tego samego algorytmu dla chorych po udarze niedokrwiennym i krwotocznym.

Material i metodyka:

Badania miały charakter retrospektywny, obejmowało analizę historii chorób pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Kliniki Rehabilitacji w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi w Poznaniu od stycznia 2012 roku do grudnia 2017 roku. Analizie poddano 94 chorych z niedowładem połowicznym po udarze mózgu. Niedokrwienie mózgu było powodem niedowładu u 47 chorych, u pozostałych 47 chorych niedowład był efektem wylewu krwi. Wszyscy pacjenci byli poddani 8 tygodniowej rehabilitacji neurologicznej wczesnej. Analizowano stopień niepełnosprawności (według kryterium Jorgensena) oraz samodzielność w czynnościach samoobsługowych (według kryterium Quina) w zależności od typu klinicznego udaru. Ponadto analizowano deficyty neurologiczne (według skali NIHSS), zaburzenia poznawczo-behawioralne oraz komunikacji werbalnej, a także deficyty funkcjonalne według skali Barthel. Następnie rekodowałam wyniki uzyskane przez chorych

w powyższych skalach na kategorie ocen według kwalifikatorów ICF. Opracowano autorski kwestionariusz oceny ICF uwzględniający zaburzenia funkcji i struktury ciała, aktywności i uczestniczenia dla dwóch typów udaru.

Wyniki:

W badanej grupie chorych udar krwotoczny częściej diagnozowano u młodych mężczyzn (średnia wieku 67,3 lat), natomiast na udar niedokrwienny częściej chorowały starsze kobiety (średnia wieku 71,7 lat). Rehabilitacja po udarze krwotocznym była wdrażana średnio o 2 tygodnie później niż u chorych po udarze niedokrwiennym. W trakcie rehabilitacji w obu grupach chorych diagnozowano równie często migotanie przedsionków i bezsenność. U chorych po udarze krwotocznym częściej występowały napady padaczkowe w trakcie rehabilitacji, natomiast u chorych po udarze niedokrwiennym częściej diagnozowano miażdżycę tętnic szyjnych i cukrzycę typu II.

Grupy badane istotnie różniły się stopniem niepełnosprawności przed i po rehabilitacji. Po leczeniu rehabilitacyjnym w grupie chorych po udarze krwotocznym dominował lekki stopień niepełnosprawności – aż 8 osób odzyskało pełną sprawność, natomiast w grupie chorych po udarze niedokrwiennym tylko 3 osoby odzyskały pełną sprawność. Ponadto po rehabilitacji zaobserwowano u 50% chorych po udarze krwotocznym i 30% chorych po udarze niedokrwiennym odzyskanie samodzielności w czynnościach samoobsługowych.

Utworzony arkusz oceny ICF przedstawia zbiorczo poziom deficytów chorych po udarze, co ułatwia ustalenie celów rehabilitacyjnych globalnych i szczegółowych realizowanych przez poszczególnych członków zespołu rehabilitacyjnego. Przed rehabilitacją u chorych po udarze krwotocznym największy procent upośledzenia określanego jako skrajnie duży zidentyfikowano w obszarze funkcji artykulacji mowy, funkcji proprioceptywnych, funkcji nerwu twarzowego, koordynacji ruchowej, chodzenia, oraz czynności samoobsługowych. Poszczególne obszary dysfunkcji opisywane w kategoriach ICF nakładają się na siebie co w sposób logiczny przyporządkowuje działania rehabilitacyjne. U chorych po udarze niedokrwiennym zaobserwowano znacznie większy odsetek dysfunkcji pola widzenia, odruchów źrenicznych, ruchów gałek ocznych w porównaniu do chorych po udarze krwotocznym.

Wnioski:

Kliniczny typ udaru wpływa na efektywność usprawniania. Arkusz oceny funkcjonalnej ICF powinien być złotym standardem w diagnostyce funkcjonalnej, planowaniu programu rehabilitacyjnego oraz ewaluacji leczenia usprawniającego dla chorych po udarze.

Należy opracować zróżnicowane algorytmy usprawniania chorych w zależności od typu klinicznego udaru.