

Практични насоки на неврорехабилитацијата после мозочен инсулт

Данче Василева, Доц. д-р Даниела Љубенова

Факултет за медицински науки – Универзитет "Гоце Делчев" - Штип

Факултет за кинезитерапија, туризам и спортска анимација, Национална спортска академија "Васил Левски" - Софија, Бугарија

Неврорехабилитацијата се базира на ориентирано дефинирање на целите и обезбедување на интервенции за враќање на изгубената функција или за компензирање на изгубена функција, кога таа неможе да биде вратена, но најважно е да се помогне на поединецот да одржува оптимален квалитет на живот.

За жал, до скоро неврорехабилитацијата се основаше повеќе на прагматизам, отколку на невронаучни основи. И покрај тоа, значителните промени во неврологијата започнуват да ја придвижуваат неврорехабилитацијата на поздрави научни основи, особено во последниве години. Водечки принцип е дека неврорехабилитацијата треба да се стреми да ги основа своите третмани и практики во областа на научната логика. Таквите принципи во моментот секогаш не се остварливи. И покрај тоа, бавното расплетување на сложеноста на невралната пластичност и неврорехабилитацијата би било од корист за специјалноста во иднина.

Широко прифатено е дека моторното тренирање и вежбање се од суштинско значење ("користете ги или никогаш нема да се повратите") за различни пациенти со невролошки проблем. Правилата за вежбање се исти за секој вид на метода, но мора да бидеме реални во своите очекувања (поради присуството на мозочно оштетување и намалените нивоа на добра состојба). Од истата причина не треба да ги потценуваме напорите кои се неопходни, за повторно да се научат пациентите на моторна активност и да се адаптираат на зачестеноста и времетраењето на вежбите и периодите на возобновување на соодветен начин [Dietz V, Ward N, 2015].

Во однос на вежбањето, акцентот е на општите принципи на неврорехабилитација и моторно учење и на механизмите за функционално возобновување [Lubenova D, Titianova E, 2015]. Еден од најважните делови од основните студии е дека учењето зависи од контекстот. Поради тоа се препорачува да се користи "ориентирано вежбање кон задачата" содржана во контекст на средината на поединецот (на пример, да се споредат барањата на задачата за одење во средина на сообраќај или тивок ходник). Како дополнување на ова, "задачата" треба да се толкува доволно широко. Ако задачата се сведува на повторно учење, на пример на одењето, вежбањето треба да вклучува не само движења на долните екстремитети, но и придружно нишење на рацете, одење со различна брзина, на различни терени и со или без носење на предмети.

Неврорехабилитацијата никогаш неможе да се гледа како независна од природната средина на пациентите и затоа информациите за овие ограничувања е задолжителна во планирањето на третманот. Клинички симптоми, како спастицитет, не треба да бидат основен фокус на третманот. Наместо тоа е важно да се истражуваат последиците од овие клинички симптоми за вежбањето и активностите кои треба да бидат научени. Во овој поглед, важно е да се разгледа "позитивната" вредност на некои од овие симптоми (на пример спастицитет, кој се користи за помагање и ко-активирање како средство за зголемување на точноста). Во праксата, пациентите понекогаш можат да користат од својот спастицитет, за да им помогнат на своите моторни активности. Непризнавањето на оваа околност може да доведе до разочарувачки функционални резултати од медицинскиот третман, кои се фокусирани главно на клиничките симптоми (хирургија,

ботулински токсин). Затоа се препорачува да се направи целосна анализа на движењата пред овие интервенции. Внимателната евалуација базирана на модерни 3D записи, може да помогне во донесувањето на правилни одлуки во врска со планираните интервенции, насочени кон олеснување на некои клинички симптоми како спастичитет. Во случаите кога спастичитетот се користи во полза на функциите на пациентот, тоа треба да биде земено во предвид пред извршувањето на антиспастични интервенции.

Како да се процедуира во фокусот на истражување – Евиденција од светски систематски преглед

Интердисциплинарната соработка е од клучно значење за рехабилитацијата при мозочен инсулт [Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2007] и се смета дека е важно секоја дисциплина да ја превземе одговорноста за понатамошното ширење на специфичниот принос на различните видови терапии во интердисциплинарните грижи, од гледна точка на доказите и исполнувањето. Оттука е неопходна комплексна програма, за да се даде приоритет на научните истражувања во областа на неврорехабилитацијата. При определување на приоритетите за научни истражувања, различните гледни точки треба да се имаат во предвид, слично на тие, за пациентите и нивните семејства, клиницистите, истражувачите и политичарите [Pollock A, et al, 2012].

Таа комплексна програма треба да ги содржи следните елементи: (1) испитување на дозираната поврзаност при терапијата со вежби, во кои експерименталните и контролните групи добиваат ист тип интервенција, но со различно дозирање; (2) проучување на ресурсно-ефективните интервенции за засилување на неврорехабилитацијата и дозволување на рано испишување, како на пример, теле-рехабилитирање и вежби со помош на болногледачи; (3) проучување на придобивките од многу пораното започнување со неврорехабилитациjsки средства после мозочен инсулт и продолжување на постинсултната терапија за време на викендите; (4) проучување на трошоците и ефективностa на интервенциите и финансите, кои се неопходни за лекувањето; (5) проучување на ефективностa на интервенциите, кои досега биле испитувани само во фаза II проучувања и од кои пациентите можат да имаат корист; (6) проучување на интервенциите, кои се користат од физиотерапевтите, но не биле истражувани во рандомизирани контролирани проучувања, како и ефективностa на програмите за превенција од паѓање и обука во физичка кондиција и подготвеност, во контекстот на секундарната профилакса. И накрај, (7) проучување на механизмите, што стојат зад моторното учење и рековалесценција после мозочен инсулт, а кои сепак не се добро разбрани. Само транслационото истражување е во состојба да ја надмине празнината меѓу ефектите на интервенцијата, кои се установени и основните механизми, кои можат да допринесат за индуцирана терапија за рехабилитација после мозочен инсулт. За да се разбере што всушност се променува за време на рековалесценцијата од мозочниот инсулт, ние треба да правиме разлика меѓу рехабилитацијата на функциите на телото (реституција) и да се научиме да користиме компензаторни стратегии при извршувањето на задачи [Buma F, et al, 2013]. Во таа насока, новите терапевтски пристапи, во кои физичките вежби се комбинираат со иновативни методи на лекување за зголемување на невропластичноста, решавачки во клучните (почетни) временски рамки, како на пример транскраниалното еднонасочно директно стимулирање [Elsner B, et al, 2012], повторувачка транскраниална магнетна стимулација [Hsu W, et al, 2012] или определени неврофармаколошки интервенции [Chollet F, et al, 2011], можат да бидат ветувачки.

Применувањето на резултатите од научните истражувања во секојдневната практика е од суштинско значење за подобрување на квалитетот на здравствените грижи, а исто така и

предизвик. На прво место, затоа што неврорехабилитацијата содржи неколку меѓусебно поврзани компоненти, кои можат да бидат насочени кон различни нивоа (т.е., на услуга, оператор, и / или ниво на лекување). Второ, неврорехабилитацијата обично води до цикличен процес, кој вклучува: (1) оценка за идентификување и определување на квантитативните потреби на пациентот; (2) поставување на цели - да се определат реалистични и остварливи цели за подобрување; (3) интервенција - да се потпомогне на постигнувањето на целите; и (4) преоценка, за да направи оценка на напредокот по поставените цели [Langhorne P, et al, 2011]. За сите овие четири стапки е на располагање широка научна база, но доказите се динамични.

Заклучок

Од краткиот преглед е важно да се истакне дека процесот на обука, активирање и применувањето на резултатите од научните истражувања во секојдневната пракса треба да се извршува преку низа од конкретни цели по патот кон една долгорочна стратешка цел. Веќе е доказано дека тоа е процес, кој може да доведе до реален бенефит во однос на функционалното подобрување, помалку непотребни компликации, како и до подобра координација на услугите за пациентите со мозочен инсулт. На рехабилитацијата во минатото е гледано од некои научници, како на нејасен и брановиден процес - често со образложение за тоа. Но, современата неврорехабилитација е комбинација од точна наука, комбинирајќи го искуството на традиционата медицина. За во иднина е потребно стратегиите за исполнување да бидат дополнително проучени, за да се оптимизира трансферот на научни знаења во клиничната пракса, преку актуелизација на сумираните докази, разгледани во контекст на неврорехабилитацијата и интердисциплинарните инсултни грижи.

Литература

1. Buma F, Kwakkel G, Ramsey N, Understanding upper limb recovery after stroke. *Restor Neurol Neurosci*, 2013; 31: 707–722.
2. Chollet F, Tardy J, Albucher J, Thalamas C, Berard E, et al. Fluoxetine for motor recovery after acute ischaemic stroke (FLAME): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*, 2011; 10: 123–130. doi: 10.1016/s1474-4422(10)70314-8
3. Dietz V, Ward N, Oxford Textbook of Neurorehabilitation, 2015. ISBN 978-0-19-967371-1
4. Elsner B, Kugler J, Pohl M, Merholz J, Transcranial direct current stimulation (tDCS) for improving function and activities of daily living in patients after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*: 2012; CD009645.
5. Hsu W, Cheng C, Liao K, Lee I, Lin Y, Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on motor functions in patients with stroke: a meta-analysis. *Stroke*, 2012;43: 1849–1857. doi: 10.1161/strokeaha.111.649756
6. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G, Stroke rehabilitation. *Lancet*, 2011;377: 1693–1702. doi: 10.1016/s0140-6736(11)60325-5
7. Lubenova D, Titianova E, Neurorehabilitation. In Titianova E, General Neurology, St.Kliment Ohridski, Sofia, 2015; 249-259. ISBN 978-954-07-3872-7
8. Pollock A, St George B, Fenton M, Firkins L, Top ten research priorities relating to life after stroke. *Lancet Neurol*, 2012; 11: 209. doi: 10.1016/s1474-4422(12)70029-7
9. Stroke Unit Trialists' Collaboration, Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev*:2007; CD000197.