

REHABILITACJA PO UDARZE MÓZGU – AKTUALNE WYTYCZNE

REHABILITATION AFTER STROKE – CURRENT GUIDELINES

¹Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY”, Tarnowskie Góry

Dyrektor: dr n. med. Krystian Oleszczyk

²Pracownia Naukowej Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kiejna

Streszczenie

Artykuł jest próbą całościowego opracowania zagadnienia postępowania rehabilitacyjnego w udarze mózgu (UM) według aktualnych zaleceń European Stroke Organization oraz Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Zadanie to przeprowadzono w trzech etapach, w których nakreślono kolejno: 1/ najważniejsze zmiany demograficzne w Polsce i Europie oraz dane epidemiologiczne dotyczące zapadalności i śmiertelności z powodu udaru mózgu, 2/ wybrane praktyczne informacje oraz zalecenia odnośnie rehabilitacji poudarowej i 3/ podsumowanie oraz kierunki dalszych działań. Wykazano, że rehabilitacja jest integralnym i nieodzownym elementem leczenia u pacjentów po udarze mózgu, a prezentowane najnowsze algorytmy usprawniania są przedsięwzięciami horyzontalnymi, odnoszącymi się do szeroko rozumianych potrzeb pacjentów dotkniętych tym schorzeniem.

SŁOWA KLUCZOWE: wytyczne, udar mózgu, rehabilitacja.

Abstract

This article shows a comprehensive rehabilitation process in patients after stroke according to the latest recommendations of European Stroke Organization and Polish Neurological Society – Section of Vascular Disease. This task was carried out in three stages in which authors presented consecutively: 1/ major demographic changes in Poland and Europe, incidence and case fatality rates of stroke, 2/ selected practical information and guidelines for rehabilitation management of stroke and 3/ summary and directions for the future. It has been shown, that rehabilitation is an integral and essential component of treatment for stroke patients. The latest recommendations are holistic projects, that relate to the comprehensive needs of patients suffering from this disease.

KEY WORDS: guideline, stroke, rehabilitation.

Wprowadzenie

Medycyna i fizjoterapia przestały być sztuką. Dzięki postępowi w technice i pogłębianiu wiedzy o fizjologii i patologii ludzkiego organizmu leczenie stało się evidence-based, czyli oparte na rzetelnych, naukowych faktach, wytycznych, zaleceniach, najlepszych dostępnych dowodach dotyczących skuteczności, efektywności, bezpieczeństwa postępowania klinicznego oraz kosztów z nim związanych. Lekarze i fizjoterapeuci zmuszeni są zatem uwzględniać – z jednej strony – własne doświadczenie kliniczne, a z drugiej – dostępne standardy postępowania, jednocześnie mając w polu widzenia pacjenta jako osobę, psychofizyczną jedność [1–3].

Niniejszy artykuł jest próbą całościowego opracowania zagadnienia postępowania rehabilitacyjnego w udarze mózgu (UM) według aktualnych zaleceń. Zadanie to zostanie przeprowadzone w trzech etapach, w których nakreślone zostaną kolejno: 1/ najważniejsze zmiany demograficzne w Polsce i Europie oraz dane epidemiologiczne dotyczące zapadalności i śmiertelności z powodu udaru mózgu, 2/ wybrane praktyczne informacje oraz zalecenia odnośnie rehabilitacji poudarowej wg aktualnych dokumentów Euro-

pean Stroke Organization oraz Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, koncentrując się na danych o dużej sile zaleceń i 3/ podsumowanie – a w nim porównanie obydwu dokumentów – oraz kierunki dalszych działań. Praca nie obejmuje organizacji leczenia, przesiewowych badań, profilaktyki wtórnej, czy postępowania w ostrej fazie udaru mózgu.

Należy podkreślić, że same dowody nie wystarczają do podejmowania decyzji. Prezentowane wytyczne nie mają stanowić standardu postępowania narzuconego poszczególnym placówkom i pracownikom opieki zdrowotnej, a jedynie wskazówki przy wyborze racjonalnych opcji terapeutycznych, korzystnych dla pacjentów. Stosowanie zaleceń przez lekarza i innych pracowników medycznych nie zmniejsza znaczenia indywidualnej oceny danej sytuacji klinicznej. Zawsze konieczne jest również uwzględnienie woli pacjenta co do wyboru postępowania, po uprzednim poinformowaniu go o wszelkich ważnych konsekwencjach podjęcia określonych decyzji.

Demografia i epidemiologia udaru mózgu

Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, w tym rehabilitacyjne, można szacować na podstawie sytuacji de-

mograficznej, dynamiki zachodzących zmian w populacji ludności i danych statystycznych dotyczących liczby osób niepełnosprawnych.

W Europie obserwowany jest proces zmiany struktury demograficznej, którego cechą jest stale rosnący udział osób starszych w ogólnej populacji. W 2010 r. w państwach członkowskich UE-27 żyło nieco ponad 87 mln osób w wieku 65 lat i starszych, co stanowiło ok. 17,4% ludności Europy. Szacuje się, że w roku 2050 r. liczebność tej populacji wzrośnie do ok. 35%, [4]. Choć prognozy demograficzne przewidują niewielką zmianę w całkowitej liczbie obywateli UE-27 w latach 2010–2050, to społeczeństwo ma się jednak starzeć przy wyraźnej zmianie w profilu wiekowym ludności ze względu na fakt, że osoby starsze będą stanowić coraz większy odsetek w całkowitej liczbie mieszkańców.

Warto podkreślić, że – według prognoz – Polska będzie najszybciej starzejącym się państwem Europy. Całkowita liczebność populacji wzrośnie z 14% w 2012 r. do 24% w 2035 r. [5]. Coraz częściej mówi się w naszym kraju o „starzeniu 3D”, które wynika z malejącego współczynnika przyrostu naturalnego, procesu migracji zagranicznej oraz tzw. efektu kohortowego, czyli wejścia w fazę starości osobników z wyżu demograficznego z lat 50., którzy w znacznej mierze zasilą grupę 75+, natomiast osoby z wyżu z lat 80. wejdą w wiek niemobilny. Po tych dwóch najliczniejszych grupach nie ma kolejnych, młodszych, które byłyby zbliżone pod względem liczebności.

Przewidywane zmiany mają charakter bezprecedensowy, gdyż w historii nie odnotowano przypadków struktury wiekowej ludności w kształcie odwróconej piramidy, gdzie to najstarsze grupy wieku są liczniejsze od najmłodszych [4]. Szacuje się, że w ślad za tym zwiększy się zapadalność na choroby, których rozpowszechnienie istotnie związane jest z wiekiem, w tym udar mózgu.

Udar mózgu to zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa [6]. Determinantą ok. 80% UM jest zwężenie naczynia pochodzenia zakrzepowo-zatorowego. Współczynnik zapadalności na pierwszy w życiu udar mózgu wynosi w USA i Europie od 110 do 190/100 000 populacji ogólnej, w Polsce wynosi on w przybliżeniu 171/100 000 u mężczyzn i 93/100 000 u kobiet, czyli rocznie ok. 60 000 nowych zachorowań [7]. Jedna osoba na sześć dozna udaru w ciągu swojego życia. U ok. 8% pacjentów w okresie roku wystąpi ponowny udar [8].

Analizując dynamikę kształtowania się w latach 1945–1987 zapadalności na udar mózgu w czasie odnotowuje się spadek nowych zachorowań [7]. Jednak w związku z opisanymi powyżej zmianami sytuacji demograficznej w Europie, przewiduje się zahamowanie tej korzystnej tendencji spadkowej, gdyż liczba nowych przypadków UM w tej grupie wiekowej jest największa. Proporcja dotycząca populacji w wieku 65+ zwiększy się z 20% w 2000 r. do 35% w 2050 r., statystyczny wiek

zachorowania przesunie się odpowiednio z 37,7 do 47,7 lat [9], a całkowita zapadalność wzrośnie z 1,1 mln w 2000 r. do 1,5 mln w 2025 r. [7].

Już teraz udar mózgu stanowi trzecią w kolejności, po chorobach serca i nowotworach, przyczynę zgonów w populacji osób dorosłych [10]. Wskaźniki śmiertelności poudarowej w Polsce są wyższe niż w innych krajach europejskich i USA. Szczególnie wysoki odsetek zgonów obserwuje się we wczesnym okresie poudarowym. W czasie do 14 dni od wystąpienia incydentu naczyniowego wynosi on 13% (w innych krajach średnio 9,6% [11]). Całkowita przeciętna śmiertelność z powodu UM w Polsce w ciągu roku wynosi 40% u mężczyzn i 44% u kobiet, przy czym większy odsetek chorych umiera w wyniku udaru krwotocznego (60%) niż niedokrwienego (38%) [7].

Spośród tych, którzy przeżyli 44–75% pacjentów pozostaje zależnych od otoczenia (Skala Rankin ≥ 3) w momencie wypisu z oddziału udarowego [12]. Schwamm i współautorzy dowiedli, że grupa od 15% do 30% chorych po tego typu incydencie naczyniowym na zawsze pozostaje niepełnosprawna, a ok. 20% w trzy miesiące po udarze wymaga pomocy instytucjonalnej [13]. Ponadto UM jest drugą pod względem częstości przyczyną otępienia i najczęstszą przyczyną padaczki u osób w podeszłym wieku [14].

Wobec powyższego schorzenie to będzie w przyszłości poważnym problemem nie tylko medycznym, ale i społecznym. Wzrosną materialne i niematerialne koszty opieki. Kluczowym wydaje się być zatem zagadnienie całościowo, holistycznie sprawowanej opieki szpitalnej i pozaszpitalnej, w której istotną rolę odgrywa kompleksowo realizowany proces rehabilitacji.

Aktualne wytyczne

Z algorytmami dotyczącymi postępowania rehabilitacyjnego po udarze mózgu można zapoznać się w oficjalnych dokumentach różnych towarzystw i organizacji, m.in. Deklaracji Helsińgorskiej (1995 r. i 2006 r.), European Federation of Neurological Societies Task Force (1997 r.), European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management (2003 r.), American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems (2005 r.), American Heart Association, Heart and Stroke Statistical Standards of Physiotherapy in Neurology (2007 r.), Locomotor Experience-Applied Post-Stroke Trial (2007 r.). W przyszłości celem narodowych i regionalnych towarzystw udarowych powinna stać się harmonizacja wytycznych dotyczących UM.

Najnowsze zalecenia odnośnie leczenia udaru mózgu, w tym postępowania rehabilitacyjnego, można znaleźć w artykułach sygnowanych przez 1/ European Stroke Organization (ESO, 2008 r.) [15, 16] oraz 2/ Polskie Towarzystwo Neurologiczne – Sekcja Chorób Naczyniowych (SCN PTN, wersja ostateczna listopad 2011 r., pod redakcją zbiorczą prof. Anny Członkowskiej i dra Macieja Niewady) [17].

1/ Rehabilitacja po udarze mózgu wg wytycznych ESO¹

Wytyczne są aktualizacją zaleceń European Stroke Initiative (EUSI) i obejmują zarówno udar niedokrwieny mózgu, jak i napad przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).

- Zaleca się przyjęcie na oddział udarowy w celu umożliwienia chorym z udarem otrzymania skoordynowanej i wielodyscyplinarnej rehabilitacji (A²). Poprawia to wyniki leczenia wszystkich chorych, niezależnie od wieku i płci lub nasilenia objawów. Wielodyscyplinarny zespół wspierający wczesne wypisanie ze szpitala, doświadczony w leczeniu udaru, świadczący (co najmniej) opiekę lekarską, pielęgniarską, fizjoterapię i terapię zajęciową, może znacząco zmniejszyć liczbę dni spędzonych w łóżku u wybranych chorych z udarem mózgu, którzy wyjściowo mieli niewielkie lub umiarkowane upośledzenie.
- Zaleca się fizjoterapię, ale optymalne warunki jej prowadzenia nie zostały ustalone (A).
- Proponuje się wczesne podjęcie rehabilitacji, (C). Optymalny czas na wdrożenie usprawniania nie jest jasny, ale wiadomo, iż jest to kluczowy składnik opieki na oddziale udarowym. Jest to postępowanie dobrze tolerowane i nie powoduje zwiększonej częstości działań niepożądanych [18].
- W celu poprawienia nastroju zaleca się stosowanie leków i metody nefarmakologiczne (A).
- Należy rozważyć leczenie farmakologiczne nieprzyjęcia afektu po udarze mózgu (B).
- Zaleca się stosowanie leków trójpierścieniowych lub przeciwdrgawkowych w leczeniu poudarowego bólu neuropatycznego u wybranych chorych (B).
- Obserwuje się zależność odpowiedzi od dawki, gdzie bardziej intensywna rehabilitacja wiąże się z lepszymi czynnościowymi wynikami leczenia. Jednak niejednorodność badań uniemożliwia formalny pomiar wielkości tego wpływu.
- U osób, które nie są w stanie uczestniczyć aktywnie w rehabilitacji, zaleca się wykonywanie ruchów biernych w celu zapobiegania przykurczom i odleżynom.
- Organizacja i jakość opieki mogą być ważniejsze, niż bezwzględna liczba godzin terapii. Porówna-

niu zespołów wielodyscyplinarnych ukierunkowanych na leczenie udaru i zwykłej rehabilitacji na oddziale szpitalnym, ukierunkowane zespoły osiągały lepsze wyniki leczenia przy znacznie mniejszej liczbie godzin prowadzonej terapii.

- Terapia mowy i języka może optymalizować bezpieczne połykanie i pomóc w porozumiewaniu się, gdyż afazja i dyszartria są częstymi objawami wpływającymi niekorzystnie na jakość życia. Stwierdzono jednak niewystarczającą liczbę danych dobrej jakości dla zalecenia formalnych lub nieformalnych interwencji.
- Niewystarczające udzielanie informacji jest czynnikiem rokowniczym złej jakości życia chorych z udarem i ich rodzin. W miarę przechodzenia pacjenta z rehabilitacji, w warunkach szpitalnych do społeczności, zaangażowanie opiekunów i ich formalne szkolenie zmniejszają koszty osobowe i poprawiają jakość życia.
- W zależności od celów indywidualnych dla danych pacjentów właściwe może być uczestnictwo różnych innych terapeutów (dietetyków, ortoptystów i pracowników socjalnych), tzw. „wzbogacone otoczenie”, w procesie leczenia [15, 16].

2/ Rehabilitacja po udarze mózgu wg wytycznych Grupy Ekspertów SCN PTN

Wytyczne powstały na bazie poprzednich zaleceń opracowanych przez Grupę Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD (2008 r.) i dotyczą tak udaru niedokrwienego, jak i krwotocznego mózgu. Przygotowując aktualizację polskiego algorytmu autorzy uwzględnili w nim, z jednej strony, odrębności panujące w naszym kraju (jak np. organizacja służby zdrowia, tradycje, dostęp do leków i procedur medycznych), a z drugiej własne doświadczenia.

- Każdy pacjent z udarem mózgu powinien być hospitalizowany na oddziale udarowym, zapewniającym kompleksową opiekę i rehabilitację (A).
- Pacjenci z umiarkowanym i lekkim udarem (stan funkcjonalny wg Wskaźnika Barthel powyżej 9 pkt., przy wartości maksymalnej 20 pkt.) powinni być objęci programem wczesnego wypisu (Early Supported Discharge – ESD) ze wsparciem środowiskowym jako uzupełnienie konwencjonalnej rehabilitacji szpitalnej, jako czynnik redukcji ryzyka zgonu lub ciężkiej niepełnosprawności (A).
- Interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny (lekarze neurologzy i specjaliści rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuci, neuropsycholodzy, logopedzi, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki i pracownicy socjalni) powinien na bieżąco wymieniać informacje i opinie o pacjentach i w okresie podostrym na oddziale rehabilitacji co najmniej raz w tygodniu spotykać się na formal-

¹ Wszelkie zmiany w wytycznych są w sposób ciągły aktualizowane w wersji elektronicznej: www.eso-stroke.org

² A, B, C oznaczają odpowiednią siłę zaleceń. Zależy ona m.in. od wiarygodności danych, na podstawie których sformułowano dane zalecenie, gdzie poziom A – dane z badań z randomizacją spełniające rygorystyczne kryteria metodologiczne, których wyniki są zgodne, potwierdzona skuteczność lub nieskuteczność danej metody leczenia; poziom B – dane z badań z randomizacją, z istotnymi ograniczeniami, prawdopodobna skuteczność lub nieskuteczność; poziom C – dane z badań obserwacyjnych, możliwa skuteczność lub nieskuteczność. Poziom U oznacza sytuację, kiedy nie można sformułować zaleceń ze względu na brak dostatecznie wiarygodnych danych.

- nym posiedzeniu, by omówić problemy, wyznaczyć cele, monitorować postępy, planować wypisy (B).
- Informacje dotyczące udaru i rehabilitacji powinny być rutynowo dostępne dla pacjentów, a ich zakres dostosowany do indywidualnych potrzeb (A).
 - Rehabilitacja czynna powinna być rozpoczęta tak szybko, jak to możliwe, natychmiast po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego pacjenta (A), gdyż nie ma dowodów na szkodliwość bardzo wczesnej mobilizacji (poniżej 24 godzin), w tym pionizacji u pacjentów zarówno z udarem niedokrwiennym, jak i krwotocznym (B)³. Optymalny czas usprawniania chorego to pierwsze 3–6 miesięcy od momentu zachorowania, dlatego powinno się dążyć do maksymalnego wykorzystania tego czasu.
 - Przystępując do rehabilitacji poza oddziałem udarowym należy określić, czy stan ogólny pacjenta jest dostatecznie stabilny, tzn. ocenić wydolność układu krążenia i oddechowego oraz wątroby i nerek, czy nadciśnienie tętnicze jest właściwie leczone, czy pacjent ma wyrównaną glikemię, czy nie ma aktywnego procesu zapalnego oraz czy pacjent toleruje pozycję siedzącą. Ponadto należy oszacować, czy chory jest w stanie – przynajmniej częściowo – uczyć się i brać czynny udział w procesie rehabilitacji. Jeżeli nie może sprostać powyższemu, zaleca się wypisanie pacjenta do domu lub rozważenie umieszczenia go w ośrodku opiekuńczym do czasu spodziewanej poprawy.
 - Należy dążyć do stworzenia wielospecjalistycznych zespołów rehabilitacji środowiskowej wyspecjalizowanych w opiece udarowej. Takie zespoły – działające lokalnie – powinny przejmować opiekę nad pacjentami wypisywanymi z oddziałów udarowych i rehabilitacji udarowej, którzy tego potrzebują (A).
 - Fizjoterapeuci nie powinni ograniczać swojej interwencji do jednej koncepcji, czy metody, ale dobierać środki terapeutyczne najbardziej przydatne dla danego pacjenta (B).
 - Kinezyterapia jest jednym z czynników zmniejszających ryzyko wystąpienia powtórnego udaru, a prowadzona w niepełnym zakresie zwiększa ryzyko wtórnych powikłań – przede wszystkim zakrzepowo-zatorowych i zapałnych.
 - Fizykoterapia nigdy nie może być stosowana kosztem zmniejszenia zabiegów kinezyterapii. Ma ona jedynie wartość uzupełniającą.
 - Wskazane jest, aby reedukacja ruchowa pacjenta odbywała się głównie w pozycjach wysokich, tzn. siedzącej i stojącej. Jeżeli to możliwe należy unikać ćwiczeń w pozycji leżącej, zwłaszcza w pierwszym okresie choroby.
 - Stały – 24 godzinny – pobyt pacjenta na oddziale neurologicznym czy rehabilitacyjnym sprawia, że szczególną rolę w stymulacji ruchowej pełni personel pielęgniarski.
 - Chorzy nieprzytomni oraz z nasilonym niedowładem lub porażeniem muszą mieć zapewnioną fizjoterapię obejmującą: zmiany pozycji w łóżku (min. co 2–3 godziny, z poprawnym ułożeniem wszystkich części ciała); bierne obracanie na boki, brzuch, bierne sadzanie i stawanie; ruchy bierne we wszystkich stawach; układanie kończyn w neutralnych pozycjach stawów oraz takich, które zapobiegają zastojowi żylnemu i limfatycznemu.
 - Wszyscy pacjenci, którzy nie są samodzielni w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego powinni być objęci terapią zajęciową w szpitalu (B), a w środowisku zalecany jest trening indywidualny (A). Brakuje szerszych badań co do wyboru optymalnej metody pracy w ramach terapii zajęciowej.
 - U wszystkich pacjentów z udarem, przed podaniem płynów lub pokarmów drogą doustną, należy wykonać przesiewowy test zdolności połykania (C). W przypadku stwierdzenia objawów wskazujących na ryzyko aspiracji lub dysfagii, nie powinno się podawać pacjentowi pokarmów ani płynów doustnie do czasu pełnej diagnostyki przeprowadzonej przez logopedę lub lekarza.
 - U wszystkich chorych z ostrym udarem mózgu zaleca się ocenę funkcji pęcherza moczowego poprzez pomiar częstości i objętości oddawania moczu, ocenę zalegania moczu po mikcji oraz ocenę objętości zalegającej w pęcherzu w przypadku bezmoczności (C).
 - Zakładanie cewnika do pęcherza moczowego powinno być ograniczone tylko do niezbędnych sytuacji, takich jak: zatrzymanie moczu, ocena wydalania moczu, względy pielęgnacyjne, np. odleżyny), a nie rutynową procedurą (B).
 - Należy dążyć do usunięcia cewnika Foleya w ciągu 48 godzin lub najszybciej jak to możliwe, aby uniknąć podwyższonego ryzyka infekcji dróg moczowych (B).
 - U pacjentów z niedowładem kończyny górnej, u których istnieje ryzyko rozwinięcia podwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego, należy rozważyć elektrostymulację m. nadgrzebieniowego i m. naramiennego jako uzupełnienie konwencjonalnej terapii jak najwcześniej po udarze (A).
 - Nie zaleca się stosowania ćwiczeń w systemie ciężarkowo-bloczkowym w celu zapobiegania lub leczenia zespołu bolesnego barku (A).

³ Ponieważ *strata czasu, to strata mózgu* (*time lost is brain lost*, American Stroke Association), już w ostrej fazie udaru należy jak najszybciej rozpocząć kompleksową rehabilitację dostosowaną do potrzeb i możliwości pacjenta. Postępowanie usprawniające w tym okresie 1/udaru niedokrwiennego zmniejsza ryzyko zakrzepicy żył głębokich, zatorowości płucnej oraz innych powikłań poudarowych, a 2/udaru krwotocznego wskazane jest u wszystkich chorych z deficytami neurologicznymi bez cech wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego.

- Zaleca się przesiewowe badanie w kierunku depresji u wszystkich pacjentów rehabilitowanych z powodu udaru mózgu (B).
- W farmakologicznym leczeniu spastyczności stosuje się baklofen i tizanidynę, natomiast w terapii bólu neuropatycznego trójcykliczne leki przeciwdepresyjne i leki przeciwpadaczkowe. Inne zespoły bólowe (ból nocycyptywny) leczy się w sposób typowy, z uwzględnieniem ich przyczyny (np.: NLPZ).
- W celu zapobiegania zakrzepicy żył głębokich zaleca się podawanie małych dawek heparyn drobnocząsteczkowych lub heparyn w dawce profilaktycznej podawanych podskórnym (A) oraz możliwie wczesne uruchamianie pacjentów (C). Pończochy przeciwzakrzepowe nie są skuteczne w profilaktyce tego powikłania u pacjentów po udarze mózgu [17].

Podsumowanie

W artykule przedstawiono najważniejsze informacje europejskich (zaktualizowanych przez European Stroke Initiative) oraz polskich (opracowanych pod auspicjami Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego) wytycznych dotyczących rehabilitacji po udarze mózgu.

Na uwagę zasługuje fakt, że algorytmy polskie i europejskie powstały niezależnie od siebie, ale ich twórcy w podobny sposób definiują siłę zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych, stąd obserwuje się zgodność w głównych punktach zasad postępowania. Nowsze, polskie wytyczne poruszają jednak więcej istotnych z punktu widzenia rehabilitacji kwestii (wskazują np. na zasadnicze elementy procesu usprawniania, czy monitorowanie jego postępów), jak również są bardziej konkretne. Brak szczegółów w zaleceniach europejskich może wynikać z różnic w postępowaniu w UM w poszczególnych krajach i systemach opieki zdrowotnej. Stanowi to ograniczenie tej pracy, a czytelnik zmuszony jest do poszukiwania informacji w innych źródłach.

Liczne grono autorów algorytmu ESO stanowią neurologi. Bardziej pragmatyczne podejście widoczne jest w polskich wytycznych, w których opracowaniu brali udział także specjaliści z dziedziny rehabilitacji medycznej, fizjoterapii, czy neuropsychologii, które wydaje się być w pełni uzasadnione ze względu na interdyscyplinarny charakter problemu.

Dokonano zmian w porównaniu do obu poprzednich wersji wytycznych, przy czym wg zaleceń ESO nowości dotyczą przede wszystkim opieki w ostrej fazie udaru mózgu i farmakoterapii w prewencji wtórnej, natomiast uaktualnienia Grupy Ekspertów SCN PTN obejmują organizację opieki udarowej i rehabilitację.

Ogółem oba dokumenty postępowania rehabilitacyjnego, po udarze mózgu, są przedsięwzięciami kompleksowymi, zintegrowanymi, odnoszącymi się do szeroko rozumianych potrzeb (nie tylko podstawowych i zdrowotnych, lecz także funkcjonowania, socjalnych, niezależności, informacji i satysfakcji życiowej) pacjentów dotkniętych tym schorzeniem. Oryginały prac godne są polecenia każdemu

zainteresowanemu podejmowanym w nich tematem. Czytelnik znajdzie tam nie tylko analizę dotyczącą szeroko pojętego leczenia – w tym rehabilitacji – pacjentów dotkniętych UM, ale także przegląd aktualnego stanu wiedzy.

Mimo iż dotąd nie ma rzetelnych badań określających efekty postępowania przywracającego sprawność chorych cierpiących z powodu udaru mózgu oraz brakuje zgodności co do tego, która z zastosowanych metod fizjoterapeutycznych jest najskuteczniejsza, to jednak omawiane dokumenty ułatwiają zaplanowanie i osiągnięcie celu głównego, jakim jest uzyskanie możliwie najlepszej sprawności psychofizycznej i samodzielności w czynnościach samoobsługi. Według Deklaracji Helsingborgskiej z 2006 r. priorytetem rehabilitacji, jaki powinien zostać osiągnięty do 2015 r. jest uzyskanie w 3 miesiące po udarze niezależności w podstawowych czynnościach życia codziennego przez ponad 70% chorych [19].

Informacje zawarte w przedstawionych materiałach mogą okazać się przydatne w codziennej praktyce tak lekarza i fizjoterapeuty, jak i pozostałych członków zespołu rehabilitacyjnego, zarówno na poziomie specjalistycznej, jak i podstawowej opieki zdrowotnej⁴.

Kierunki dalszych działań

W ramach działalności Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003–2005 (POLKARD) określono możliwości rehabilitacji poudarowej w Polsce. Wykazano, że tylko niewielki odsetek oddziałów neurologii (14%) i rehabilitacji (10%) w naszym kraju zapewnia dostęp do kompleksowej rehabilitacji poudarowej. Wówczas istniało tylko 20,8% z potrzebnych łóżek na oddziałach rehabilitacji przeznaczonych dla pacjentów dotkniętych UM [20]. I choć patrząc z perspektywy badania POLKARD widać poprawę poziomu i dostępności do rehabilitacji, jak również systematycznie powstają nowe placówki specjalizujące się w leczeniu pacjentów z UM⁵, a ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu udarów mózgu jest jednym z celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2008–2015, to jednak potrzeby w tym zakresie są znacznie większe.

⁴ Zaprezentowane w artykule informacje prezentują jedynie w zarysie postępowanie rehabilitacyjne po UM. Oba te dokumenty poruszają przy tym wiele innych aspektów szczegółowych (jak świadomość społeczna i edukacja, działanie przedszpitalne, system kierowania i transport chorych, postępowanie wczesnoszpitalne, czy profilaktykę wtórną) i zasługują na odrębne opracowanie.

⁵ Na przykład od 2013 r. w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie rozpoczęło działalność Uniwersyteckie Centrum Interwencyjnych Terapii Ostrego Udaru Mózgu „CITO”, które jest jednym z pierwszych ośrodków, gdzie możliwa jest terapia wewnątrznaczyniowa (endowaskularna) ostrego udaru mózgu. Przyjmuje chorych, wobec których tradycyjne metody leczenia nie są możliwe do zastosowania oraz tych, którzy zgłosili się za późno. Tego typu leczenie przedłuża okienko terapeutyczne z 4,5 do 8 godzin od momentu zdarzenia. Zwiększa to szansę na dobry wynik wczesnego leczenia i skuteczną rehabilitację.

Zapewnienie skutecznej rehabilitacji poudarowej, jak podkreślają autorzy polskich wytycznych, wymaga w naszym kraju pilnego podjęcia wielu działań, przede wszystkim: 1/ uzupełnienia brakującej kadry medycznej oraz 2/ rozwoju szczegółowo zaplanowanego, zintegrowanego systemu obejmującego nie tylko intensywną opiekę i wczesne usprawnianie na oddziałach neurologii, ale także całościową rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych oraz sprawowanie adekwatnej do potrzeb chorego opieki domowej.

Realizacja powyższego celu, jako jednego z istotnych czynników umożliwiających redukcję ryzyka śmierci lub pobytu w zakładach opieki długoterminowej i zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych wśród pacjentów po udarze mózgu [21] w Polsce, możliwa jest jedynie przy współudziale wszystkich interesariuszy: pacjentów, lekarzy i innych pracowników medycznych, przedstawicieli płatników i wymiaru sprawiedliwości oraz pozostałych zainteresowanych stron.

Piśmiennictwo

- Mazurek J. Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjoterapia. Część I: Człowiek w filozofii bytu, czyli od monizmu, przez dualizm, do pluralizmu. *Fizjoterapia*. 2009;17(2):74-79.
- Mazurek J. Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjoterapia. Część II: Człowiek w filozofii osoby, czyli od dialogu, przez wczucie, do personalizmu. *Fizjoterapia*. 2009;17(3):69-75.
- Mazurek J. Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjoterapia. Część III: Człowiek w fizjoterapii, czyli od modelu biomedycznego przez humanistyczny do holistycznego. *Fizjoterapia*. 2009;17(4):87-93.
- Eurostat. Statistical Books. Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012.
- Central Statistical Office. Demographic Yearbook of Poland. Warsaw 2011, Statistical Publishing Establishment.
- Investigators WHO MONICA Project. The World Health Organization MONICA Project. *J Clin Epidemiol*. 1988;41:105-114.
- Grabowska-Fudula B., Jaracz K., Górna K. Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu – aktualne tendencje i prognozy na przyszłość. *Prz Epidemiol*. 2010;64:439-442.
- Hankey G.J., Warlow C.P. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations. *Lancet*. 1999;354:1457-1463.
- Truelsen T., Piechowski-Jóźwiak B., Bonita R et al. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur J Neurol*. 2006;13(6):581-98.
- Wolfe CD. The impact of stroke. *Br Med. Bull*. 2000; 56(2):275-286.
- Członkowska A., Niewada M., Saleh El-Baroni I. et al. High Early case fatality ischemic stroke in Poland: exploration of possible explanations in the International Stroke Trial. *J Neurol Sci*. 2002;202(1-2):53-57.
- Niewada M., Skowrońska M., Ryglewicz D. et al. Acute ischemic stroke care and outcome in centers participating in the Polish National Stroke Prevention and Treatment Registry. *Stroke*. 2006;37:1837-1843.
- Schwamm L.H., Pancioli A., Acker III J.E. et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care: recommendations from the American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems. *Stroke*. 2005;36(3):690-703.
- O'Brien J.T., Erkinjuntti T., Reisberg B. et al. Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol*. 2003;2:89-98.
- ESO. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis*. 2008;25:457-507.
- Postępowanie w udarze niedokrwiennym mózgu i przemijającym napadzie niedokrwienia mózgu. Wytyczne European Stroke Organization 2008. *Medycyna Praktyczna*, 1/2009, Wydanie specjalne, 41-45.
- Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Postępowanie w udarze mózgu. *Neurol Neurochir Pol*. 2012;46(1, supl. 1).
- Bernhardt J., Dewey H., Thrift A. et al. Inactive and alone: physical activity within the first 14 days of acute stroke unit care. *Stroke*. 2004;35:1005-1009.
- Kjellstrom T., Norrving B., Shatchkute A. Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. *Cerebrovasc Dis*. 2007;23:231-241.
- Członkowska A., Sarzyńska-Długosz I. Możliwości rehabilitacji poudarowej w Polsce. *Nowoczesna rehabilitacja po udarze mózgu*, Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach, Tarnowskie Góry 2006, 43-51.
- Langhorne P., Duncan P. Does the organization of post-acute stroke care really matter? *Stroke*. 2001;32:268-274.

Adres do korespondencji:

dr n.k.f., lek. Justyna Mazurek
Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „REPTY” im. Gen. Jerzego Ziętka
ul. Śniadeckiego 1, 42-604 Tarnowskie Góry
e-mail: Justyna_Mazurek@poczta.onet.pl