

УТИЦАЈ ЕМОТИВНИХ ПОРЕМЕЋАЈА НА ОПРАВАН БОЛЕСНИКА НАКОН МОЖДАНОГ УДАРА

Томашевић С.¹, Филиповић Д.², Наумовић Н.², Мишолић М.³

¹Клиника за медицинску рехабилитацију, Клинички центар Нови Сад

²Завод за физиологију, Медицински факултет, Нови Сад

³Институт за физиологију, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

INFLUENCE OF EMOTIONAL DISORDERS ON THE RECOVERY OF PATIENTS AFTER THE STROKE

Томашевић С.¹, Филиповић Д.², Наумовић Н.², Мишолић М.³

¹Clinic for rehabilitation, Clinical centre Novi Sad

²Department of Physiology, Medical faculty, Novi Sad

³Institute of Physiology, Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica

SUMMARY

The patients after the stroke besides impaired motor functions, often have cognitive and emotional disorders which can endanger the successful carrying out of the rehabilitation treatment. The objective of this study was to estimate the functional capability and to determine the cognitive and emotional disorders of the patients after the stroke. The research has encompassed 40 patients after the stroke of specified age and gender structure, treated in the Clinic for Rehabilitation, of the Clinical Center in Novi Sad. The data have been gathered from the anamnesis, clinical and neurological check, test of the activity in everyday life, the findings of the psychologist on the emotional status, as well as from the available medical documentation about the patient. The average values of the Barthel's index are increased for 14.86% after the rehabilitation treatment. The results show a strong presence of the emotional disorders with 57.5% of the patients. The increased values of Barthel's index and Mini Mental test at the end of the treatment show the undoubted importance of the rehabilitation treatment in the recovery of the patients. The emotional disorders cause the worse recovery of the patients.

Key words: Stroke, Emotional disorders, Barthel's index

САЖЕТАК

Болесници након можданог удара често имају осим моторичких оштећења, когнитивне и емотивне поремећаје који могу компромитовати успешно спровођење рехабилитационог третмана. Циљ рада је био процена функционалне оспособљености и утврђивање когнитивних и емотивних поремећаја код болесника након можданог удара. Истраживање је обухватило 40 болесника након можданог удара, одређене старосне и полне структуре лечених у Клиници за медицинску рехабилитацију, Клиничког Центра у Новом Саду. Подаци су сакупљани из анамнезе, клиничког и неуролошког прегледа, теста активности дневног живота, налаза психолога о емотивном статусу, као и из доступне медицинске документације о болеснику. Просечне вредности Barthelovog индекса су након рехабилитационог третмана повећане за 14,86%. Резултати показују високо присуство емотивних поремећаја код 57,5% болесника. Побољшање вредности Barthelovog индекса и Mini Mental теста на крају третмана указују на несумњиви значај рехабилитационог третмана у оспособљавању оболелих. Емотивни поремећаји узрокују лошији опоравак болесника.

Кључне речи: Мождани удар, Емотивни поремећаји, Barthel индекс.

УВОД

Рехабилитација особа са оштећењем централног нервног система представља велики изазов за медицину и за друштво у целини. Интензиван развој базичних наука је задњих деценија отворио нове могућности функционалног оспособљавања у медицинској рехабилитацији. У току рехабилитационог третмана пацијент се учи не само да максимално користи преостале функције у оспособљавању, већ се врши ресторација изгубљених и оштећених функција ради што успешнијег функционалног оспособљавања. При функционалном оспособљавању са мобилизацијом треба почети што раније, већ сутрадан после исхемичног инzulта, а након три недеље код хеморагичног (1). Новија истраживања указују да се

највиши степен опоравка постиже у првих шест недеља по настанку инzulта, мада се функционално побољшање и даље континуирано одвија. (2,3,4). За процену оспособљености болесника након можданог удара у активностима дневног живота користи се Barthel indeks (BI) (5). Barthel indeks представља десетостепену скалу, једноставну за извођење, којом се добија збир оцена од 0 до 100. Болесник са збиром 100 је самосталан је у трансферима, хода најмање 300 метара без пратње, савлађује степениште, сам се храни, облачи, самосталан је у тоалету, контролише сфинктере. Моторички опоравак се процењује по Signe Brunnstromu (оцена од I до VI). Болесници након можданог удара осим оштећења мотори-

ке имају когнитивне и емотивне поремећаје који могу компромитовати успешно спровођење рехабилитационог третмана. Johnston и сарадници указују на присуство емотивних поремећаја код 60% болесника. Кауханен и Kelly-Hayes депресију повезују са афазичким поремећајем код левостраних лезија, а Smusin и Spalletta налазе веће присуство депресије код десностраних лезија (9,10).

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је био процена функционалне способности и утврђивање емотивних поремећаја код болесника након možданог удара.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА

Клинички део истраживања је обухватио 40 болесника након možданог удара, са доминантним десном руком, лечених на Клиници за медицинску рехабилитацију, Клиничког центра у Новом Саду током 2000, 2001 године. Узорак је конструисан поштујући критеријуме укључивања:

- болеснике оба пола, различитог занимања, одређене старосне структуре (од 40-70 година),
- лакши моторички дефицит (V и VI степен моторичког опоравка за руку по S. Brunnstromu).

Критеријуми искључивања болесника из истраживања су:

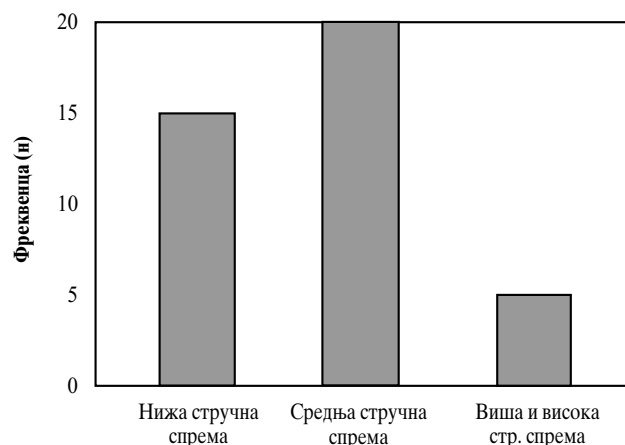
- тежи моторички дефицит руке (I до V степен опоравка за руку по S. Brunnstromu),
- афазиа,
- тежи психоорганични синдром.

Код болесника су праћени старост, пол, дистрибуција možданог удара по месецима у току године, вредности Barthelovog indeksa (BI), Mini Mental testa (MMS) на почетку и на крају рехабилитационог третмана, који је у највећем броју случајева трајао око три недеље. Подаци су сакупљени из анамнезе, клиничког и неуролошког прегледа, теста активности дневног живота, налаза психолога о емотивном статусу, као и из доступне медицинске документације о болеснику. За реализацију циљева истраживања коришћена је метода упитника који је садржавао и Упитник за одређивање доминантне руке, који узима обзир и амбидекстерије (Briggs i Nebes, 1975 према Annett-u). На основу афективних поремећаја који се јављају као последица možданог удара, сви болесници су сврстани у 4 категорије. 0-емотивно адекватан, уравнотеженог афекта и увида у сопствено стање, уз постојање мотивације за оспособљавање. 1-депресиван- присуство више од два симптома депресије 2-емотивно инконтинентан-емотивна лабилност 3-анозогнозичан-реакција индиферентности која обухвата губитак мотивације и непризнавање сопствених дефицита.

РЕЗУЛТАТИ

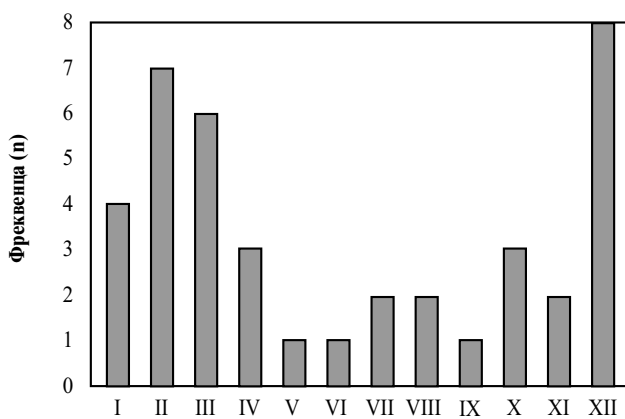
Према стручној спреми највећи број испитиваних болесника су биле особе са средњом стручном спремом 20 (50%), те особе са нижом стручном спремом 15

(37,5%), док су особе са вишом и високом стручном спремом биле заступљене у знатно мањем броју 5 (12,5%) (Графикон 1). У групи испитаника је било заступљено 19 пензионера (47,5%), а међу њима је било 7 испитаника са нижом стручном спремом, 10 са средњом стручном спремом, а 2 са вишом и високом стручном спремом.



Графикон 1. Сирруктура сиручне спреме испитаника

Анализа времена појаве možданог удара код групе испитаника је показала да се највећи број možданог удара јављао у децембру месецу 8 случајева (20%), затим у фебруару 7 (17,5%), док је најмањи број регистрован у мају, јуну, септембру по 1 болесник (2,5%). Дистрибуција фреквенције možданог удара код групе испитаника је приказана на графикону 2.

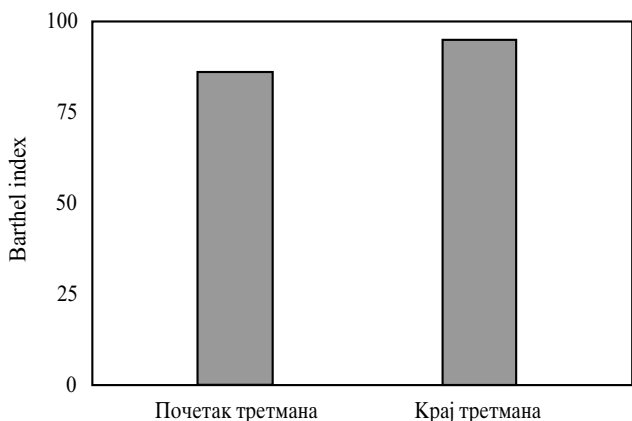


Графикон 2. Дистрибуција možданог удара по месецима у току године.

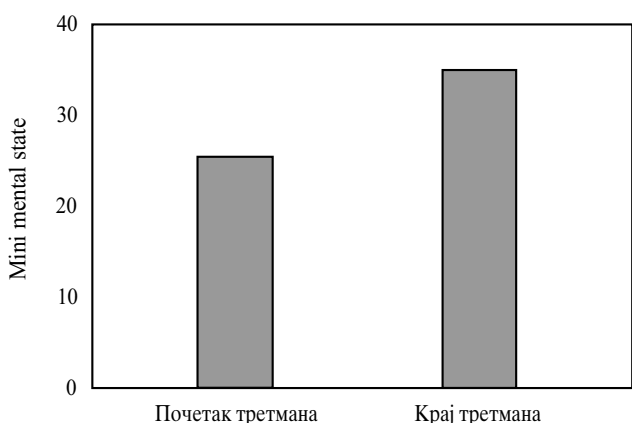
Функционални опоравак болесника је мерен Barthelovim indeksom (BI). Просечне вредности у групи испитаника су износиле на почетку третмана 82,37, а на крају рехабилитационог третмана 96,75. Све просечне вредности BI које су обрачунаване су показале хомогеност (Графикон 3).

Код болесника након možданог удара који су обухваћени истраживањем за откривање поремећаја когнитивних функција коришћен је Mini Mental test (Графикон 4).

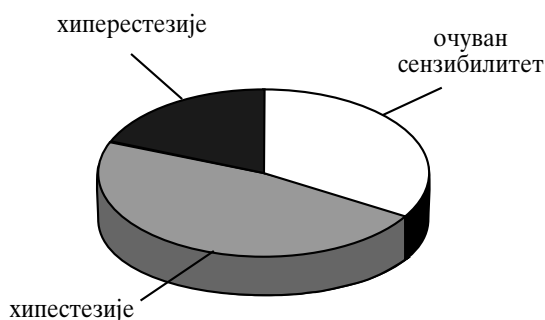
Резултати испитивања површног сензибилитета показују да је 65% болесника имало измењен површни сензибилитет. Хипестезије су нађене код 45% болесника, а хиперестезије код 20%. Није установљен статистички значајан утицај површног сензибилитета на вредности Barthelovog indeksa ($p=0,100, F=2,130$).



Графикон 3. Вредности Barthelovog indeksa у току њрејмана.



Графикон 3. Вредности Mini mental testa у току њрејмана.



Графикон 5. Површни сензибилитет код болесника након можданог удара.

Резултати показују високо присуство емотивних поремећаја након можданог удара. Присуство емотивних поремећаја се не разликује значајно у односу на латерализацију лезије. (Табела 1).

Табела 1. -Емотивни стаиус болесника након можданог удара.

Емотивни статус	Левострана хемиопареа	Деснострана хемиопареа	Укупан број болесника
0	9	8	17
1	9	5	14
2	2	3	5
3	2	2	4

ДИСКУСИЈА

Мождани удар се код болесника најчешће јављао у децембру, јануару, фебруару и марту месецу. Већина аутора се слаже са уопштеном формулацијом да је атеросклерозом оштећени организам неспособан да се адаптира промена атмосферског притиска, влажности и температуре, те се због тога дешава учесталија појава инzulта у неким од временских ситуација (14).

Степен едукације је првенствено контролисан због вредновања резултата на неуропсихолошким тестовима. Постигнућа на тестовима корелирају са вишим степеном образовања.

Вредности Barthelovog indeksa од око 80 на почетку рехабилитације увек указују на добру прогнозу опоравка оболелих, што је потврђено и овим радом. Просечне вредности Barthelovog indeksa су након рехабилитационог третмана повећане за 14,86%. Ова скала не садржи мере за когнитивне функције, што представља озбиљан проблем. Обзиром да литетарурни подаци говоре о бољем исходу рехабилитације уколико се на време уоче когнитивни поремећаји, треба ставити акценат на њихово откривање, селекцију.

Испитивањем површног сензибилитета, није се установила статистички значајна разлика у вредностима Barthelovog indeksa између болесника са очуваним и оштећеним сензибилитетом. чињеница да површни сензибилитет не утиче на исход рехабилитације болесника, може се искористити у процесу прављења програма рехабилитације.

Присуство емотивних поремећаја се не разликује значајно у односу на латерализацију лезије, што је у складу са налазима других аутора (11,15,16,17,18). Болесници са емотивним поремећајима су имали ниже вредности Mini Mental testa и Barthelovog indeksa у односу на болеснике који су били емотивно адекватни.

По наводима de Nappa и сар. емотивни проблеми доводе до лоше интеракције у социјалним односима, активностима дневног живота (13). У самозбрињавању, мобилности и ходу, болесници са емотивним поремећајима постижу знатно лошије резултате. Депресиони и анозогнозични болесници имају лошије резултате на почетку третмана, јер показују изражен негативизам према терапијским поступцима, незаинтересовани су и пасивни. Емотивно инконтинентни болесници су ометени у функционалности својим наступима неконтролисаног плача или смеха, али ипак завршавају елементарне активности. Робинсон истиче да емотивна инконтиненција нарушава функционалност, али у мањој мери од депресије (12).

ЗАКЉУЧАК

Побољшање вредности Barthelovog indeksa и Mini Mental testa на крају третмана указује на несумњиви позитиван ефекат адекватног рехабилитационог третмана у функционалном оспособљавању оболелих. Емоционални поремећаји доводе до мањег функционалног опоравка болесника након могућег удара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tiebin Z., Haihui Z., Lirong H. Effectiveness of Early Rehabilitation on patients with First Stroke; Arch Phys Med Rehabil Sep. 2000; Vol 81.
2. Ferrucci L, Bandinelli A, Guralink JM. Recovery of functional status after stroke: a postrehab follow-up study. Stroke 1993, 24: 200-5.
3. Werner RA, Kessler S. Effectiveness of an intensive out-patient rehabilitation program for postacute stroke patients. Am J Phys Med Rehabil 1996, 75: 114-20.
4. Dam M, Tonin P, Casson S. The effects of long-term rehab. therapy on post. stroke hemiplegic patients. Stroke 1993; 24: 1886-91
5. Collin C, Wade S, Davies S and Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. 1987; Int Disabil Studies, 10, 61-63.
6. Grabowska A., Herman A., Nowicka A., Szatkowska I., Szlag E. Individual differences in the functional asymmetry of the Human Brain, 1994.
7. Hedges L.V., Nowel A. Sex differences test scores, variability and numb. of high scoring individ., Science, 1995; 269, 41-45.
8. Wexler B., Lipman. Sex differences in change over time in perceptual ergometry, neuropsychologia 1998; 26(6), 943-946.
9. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Brusin E, Mononen H, Maatta R. et al. Poststroke depression correlates with cognitive impairments and neurological deficits. Stroke 1999; 30: 1875-80.
10. Spalletta G, Pasini A., Costa A, De Angelis D, Ramundo N, Paolucci S. Alexithymic features in stroke: Effects of laterality and gender. Psychosom Med 2001; 31: 637.
11. Gordon WA, Hibbard Mr. Poststroke depression: an examination of the literature. Arch Phys Med Rehabil 1997; 78: 658-63.
12. Robinson Rg. Neuropsychiatric consequences of stroke. Annu Rev med 1997; 48: 217-29.
13. De Haan RJ, Limburg M, Van der Meulen JHP, Jacobs HM, Aaronson NK. Quality of life after stroke. Stroke 1995; 26: 402-8.
14. Reić P. Učestalost cerebralne tromboze i hemoragije u zavisnosti o odredjenim vremenskim pojavama. Medjunarodni naučni skup o cerebralnoj apopleksiji, Beograd, 1997; 234-239.
15. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke. Results of the finnstroke study. Stroke 1998; 29: 368-72.
16. Herrmann N, Black SE, Lawrence J, Szekely C, Szalai JP. The sunnibrook stroke study. A prospective study of depressive symptoms and functional outcome. Stroke 1998; 29: 618-24.
17. Singh A, Black Se, Herrmann N, Leibovitch FS, Ebert PL, Lawrence FS. et al. Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression. Stroke 2000; 31: 637.
18. Kim JS, Choi-Kwon S. Poststroke depression and emotional incontinence. Neurology 2000; 54: 1805-10.