

Mgr Agata Zdrowowicz

„Nadaktywność strony pośrednio zajętej u pacjentów w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu”

Streszczenie

Wstęp

Obserwacja pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu w okresie od początku hospitalizacji do momentu pionizacji do pozycji wysokich pozwoliła wytypować grupę chorych, których spontaniczna aktywność ruchowa wyróżniała się na tle osób prezentujących typowy dla zespołu połowiczego obraz kliniczny. Zauważono, że pacjenci z tej grupy niechętnie obciążają stronę nieobjętą zespołem neurologicznym, przez co trudniej wypracować u nich stabilną pozycję siedzącą, a potem – stojącą. Dodatkowym objawem utrudniającym reedukację funkcji postawy, zauważonym u tych pacjentów, była tendencja do poruszania kończyna górną i/lub kończyną dolną pośrednio zajętą (nieobjętą zespołem neurologicznym). Wedle najlepszej wiedzy badaczy nie powstała jeszcze praca z takim ujęciem problematyki niestabilności tułowia w ostrej fazie UM.

Cele pracy

W niniejszej pracy postawiono następujące cele:

- opisać i scharakteryzować zjawisko nadaktywności strony pośrednio zajętej (NSPZ) u pacjentów w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu,
- wytypować objawy predykcyjne dla wystąpienia typowej asymetrii i niestabilności tułowia w pozycji siedzącej,
- ustalić, czy terapia próbna może być kryterium diagnostycznym NSPZ,
- wytypować objawy neurologiczne współistniejące z nadaktywnością strony pośrednio zajętej,
- opracować własny kwestionariusz oceny pacjenta.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w latach 2020-2021 w Klinice Neurologii Wydziału Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mieszczącej się w Szpitalu Bielańskim. W procesie badawczym zebrano dane od N = 222 osób, w tym 125 kobiet (56%) i 97 mężczyzn (44%). Wiek pacjentów wynosił średnio $71,82 \pm 14,27$ lat i mieścił się w zakresie od 29 do 99 lat. Pacjentów, którzy trafili do Oddziału Neurologii, z rozpoznaniem pierwszorazowego UNM, w zależności od objawów, podzielono na 3 grupy.

- Do grupy A zakwalifikowano 77 pacjentów, którzy w pierwszej dobie oceny fizjoterapeutycznej wykazywali zespół neurologiczny o śladowym lub łagodnym nasileniu.
- Do grupy B zakwalifikowano 109 pacjentów, którzy w pierwszej dobie oceny fizjoterapeutycznej zaprezentowali wyraźną lateralizację zespołu neurologicznego dotyczącą osłabienia siły mięśniowej, zaburzeń czucia powierzchownego i/lub głębokiego, zmian napięcia mięśniowego.
- Do grupy N+ zakwalifikowano 36 pacjentów, u których – poza lateralizacją zespołu neurologicznego dotyczącą osłabienia siły mięśniowej, zaburzeń czucia powierzchownego i/lub głębokiego, zmian napięcia mięśniowego, w pierwszej dobie oceny fizjoterapeutycznej – obserwowano przynajmniej jedno charakterystyczne dla NSPZ zachowanie ruchowe po stronie nieobjętej zespołem neurologicznym lub typową asymetrię.

Schemat badania i metodyka badania

Pacjentów oceniano przy pomocy autorskiego kwestionariusza oceny. Ocenie podlegały między innymi parametry takie jak: osłabienie siły mięśniowej mięśni tułowia i kończyn, czucie głębokie i powierzchowne kończyn objętych niedowładem, napięcie mięśniowe mięśni kończyn, niedowidzenie połowicze. Oznaczano także informacje na temat wystąpienia cech typowych dla NSPZ. Ponadto odnotowywano w której dobie hospitalizacji po raz pierwszy pionizowano pacjenta do pozycji siedzącej i stojącej. Pacjentów poddawano terapii standardowej. W momencie, kiedy pacjent zademonstrował cechy NSPZ w pozycji wyższej (minimum pozycja siedząca) przeprowadzano terapię próbną (w oparciu o zasady neurofizjologicznej koncepcji NDT-Bobath). Jeśli taka stymulacja spowodowała odzyskanie symetrii przez pacjenta, oznaczono go jako pacjenta z NSPZ.

Wyniki

Wśród 222 pacjentów z badanej grupy 77 osób (35%) stanowiło podgrupę A. U żadnego z pacjentów z podgrupy A nie stwierdzono finalnie NSPZ. Pacjenci z podgrupy B stanowili 49% wszystkich pacjentów (n = 109 osób), w tej podgrupie potwierdzono NSPZ u 11 osób (10% pacjentów z podgrupy B). Podgrupa N+ obejmowała 36 osób. W podgrupie N+ finalnie stwierdzono NSPZ u 30 pacjentów (83% tej podgrupy). Wykazano, że pacjenci z NSPZ, w porównaniu do pacjentów bez NSPZ, w punkcie wyjściowym prezentowali istotnie niższy poziom siły mięśniowej KG (Me = 0 vs Me= 5), KD (Me=2 vs Me=5), tułowia (Me=0 vs Me=87). Ponadto, najczęściej występującymi deficytami neurologicznymi wśród pacjentów z NSPZ w punkcie wyjściowym były: obniżone napięcie mięśniowe w KG (70,7% vs 35,6%), obniżone napięcie mięśniowe w KD (63,4% vs 33,6%), p=0,0006, zaburzenia czucia powierzchownego w KD (78,9% vs 18,4%) i KG (83,3% vs 34,02%) i zaburzenia czucia głębokiego w KG (61,5% vs 9,2%) i KD (61,5% vs 10,47%) p<0,000. Pozycja siedząca została osiągnięta przez 71% osób z grupy NSPZ w porównaniu do 93% osób z grupy bez NSPZ, p < 0,001. Pozycja siedząca była przyjmowana przez pacjentów z NSPZ istotnie później (Me = 6 dni) niż przez pacjentów bez NSPZ (Me = 2 dni), p < 0,001. Pozycja stojąca została osiągnięta przez 37% osób z grupy NSPZ w porównaniu do 88,5% osób z grupy bez NSPZ, p < 0,00 i była przyjmowana przez pacjentów z NSPZ istotnie później (Me = 8 dni) niż przez pacjentów bez NSPZ (Me = 4 dni). Wykonano analizę regresji logistycznej, której celem było sprawdzenie czy asymetria lub tendencja do ciągłego poruszania KG i/lub KD po stronie pośrednio zajętej w pierwszej dobie oceny fizjoterapeutycznej są istotnymi predyktorami wystąpienia wytypowanych cech NSPZ w siadzie. Analiza jednowymiarowa wskazała, że każdy z rozważanych predyktorów analizowany osobno był istotny statystycznie. Obecność asymetrii w punkcie wyjściowym zwiększała ryzyko wystąpienia zachowań typowych dla NSPZ w siadzie 21-krotnie, OR = 21,49; CI₉₅ [7,09-65,09]; Cz=0,74; Sw=0,88, PPV=0,58, p < 0,001. Tendencja do ciągłego poruszania KG po stronie pośrednio zajętej w punkcie wyjściowym zwiększała ryzyko wystąpienia zachowań typowych dla NSPZ w siadzie 32-krotnie, OR = 31,94; CI₉₅ [9,49-118,28]; PPV=0,6; Cz=0,81; Sw=0,88; p < 0,001. Tendencja do ciągłego poruszania KD pośrednio zajęta w punkcie wyjściowym zwiększała ryzyko wystąpienia cech NSPZ w siadzie 21-krotnie, OR = 21,38; CI₉₅ [4,29-105,53], Cz=0,8, Sw=0,82, PPV=0,31; p < 0,001. Następnie utworzono model wielowymiarowy metodą krokową i w finalnym modelu znalazły się 2 predyktory: tendencja do ciągłego poruszania KG i KD po stronie pośrednio zajętej prezentowane w pierwszej dobie oceny fizjoterapeutycznej.

Wnioski

1. Zdefiniowano NSPZ jako niestabilność tułowia w pozycji siedzącej z współtowarzyszącymi aktywnościami ruchowymi kończyn nieobjętych zespołem neurologicznym.
2. Najczęstszym wzorcem NSPZ w siadzie jest asymetria z przesunięciem ciężaru ciała na stronę objętą zespołem neurologicznym z współwystępującymi aktywnościami kończyny górnej i dolnej nieobjętej zespołem neurologicznym.
3. NSPZ występuje częściej u pacjentów po udarze mózgu o ciężkim przebiegu zachorowania.
4. Terapia próbna może być wykorzystywana do zdiagnozowania NSPZ.
5. Wyróżniono objawy predycyjne NSPZ: aktywności ruchowe kończyny górnej pośrednio zajętej, aktywności ruchowe kończyny dolnej pośrednio zajętej oraz asymetrię w pozycji leżącej.
6. Stworzono wielowymiarowy model predycyjny dla przewidywania wystąpienia NSPZ polegający na współwystępowaniu aktywności ruchowych kończyny górnej i kończyny dolnej pośrednio zajętej.

