

# Chory po udarze

## — rehabilitacja ruchowa i zaburzeń mowy

**Tomasz Pałka, Marlena Puchowska-Florek**

Katedra i Klinika Neurologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

### REHABILITACJA RUCHOWA

W przebiegu udaru mózgu dochodzi do uszkodzenia ośrodków mózgowych, odpowiedzialnych za sprawność poznawczą i ruchową. **Zadaniem rehabilitacji poudarowej** jest minimalizacja dysfunkcji — odzyskanie sprawności w zakresie wykonywania codziennych czynności: samodzielności w przemieszczaniu się, samoobsłudze, kontaktach z otoczeniem i podejmowaniu decyzji, przywrócenie aktywności zawodowej i społecznej.

**Poudarowa niesprawność poznawcza** wiąże się z utrudnieniem lub brakiem możliwości komunikacji chorego z otoczeniem z powodu:

- zaburzeń przytomności;
- zaburzeń mowy o typie afazji;
- otępienia;
- zespołów psychotycznych (niekiedy).

**Poudarowa niesprawność ruchowa** wiąże się z utrudnieniem lub niemożnością wykonania czynnego ruchu celowego, upośledzeniem równowagi i pionizacji ciała. Za pomocą badania neurologicznego stwierdza się:

- niedowłady lub porażenia jedno- lub obustronne;
- zaburzenia równowagi;
- niemożność przyjęcia oraz utrzymania pozycji siedzącej i stojącej.

Wszystkie wymienione objawy prowadzą do **zaburzeń lokomocji**.

Przyczyną zaburzeń są uszkodzenia ośrodków ruchowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, w wyniku których dochodzi do utraty sterowalności.

#### Adres do korespondencji:

dr Tomasz Pałka  
Katedra i Klinika Neurologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu  
ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz  
tel./faks: 0 52 585 40 32

Aparat wykonawczy (układ mięśniowo-kostno-stawowy) pozostaje nieuszkodzony.

**Rehabilitacja poudarowa wymaga współdziałania rehabilitanta z:**

- **lekarzem prowadzącym** — ocena stanu układu nerwowego i układów pozamózgowych, zwłaszcza wydolności krążeniowo-oddechowej chorego;
- **pielęgniarką** — współpraca w zakresie poprawy komfortu życia osoby rehabilitowanej, zapobiegania powikłaniom poudarowym;
- **specjalistami konsultantami** — psychiatrą, logopedą i psychologiem — udział w terapii zaburzeń układu poznawczego.

**Podział chorych po udarze mózgu z zaburzeniami motoryki ogólnej ciała** na 3 podgrupy pozwala orientacyjnie ocenić stopień trudności i intensywność planowanej rehabilitacji:

- **grupa I** — pacjent samodzielnie siedzący, prawie pełna niezależność w zakresie samoobsługi, zachowany dobry kontakt z otoczeniem;
- **grupa II** — pacjent leżący, bez możliwości zmiany pozycji ciała z boku na bok, znaczne utrudnienia w zakresie samoobsługi, często zaburzony kontakt z otoczeniem;
- **grupa III** — chory z zaburzeniami przytomności.

**Zakres rehabilitacji chorych po udarze mózgu w zależności od ciężkości zaburzeń motoryki ogólnej ciała**

**Grupa I** — celem wszystkich działań rehabilitacyjnych jest przywrócenie prawidłowych wzorców ruchowych, jak najszybsza pionizacja, usprawnienie samodzielnej lokomocji i samoobsługi. Ćwiczenia powinny uwzględniać następujące czynności dnia codziennego:

- ubieranie/rozbieranie;
- spożywanie posiłków;
- wykonywanie toalety itp.

W przypadku stwierdzenia zaburzeń mowy o typie afazji należy dołączyć ćwiczenia manipulacyjne i gestowe ręki wiodącej. U chorych z tej grupy można wykorzystywać różne formy zadaniowe.

**Grupa II** — głównym celem ćwiczeń jest odzyskanie sprawności typowej dla grupy I: przywrócenie umiejętności samodzielnej zmiany pozycji ciała podczas leżenia, a następnie trening siedzenia i pionizacja. Pacjenci z tej grupy wymagają współpracy pielęgniarsko-rehabilitacyjnej, której zadaniem jest przeciwdziałanie odleżynom, zakrzepicy żyłnej i przykurczom przez prawidłowe ułożenie kończyn niedowładnych, częste przekładanie z боку na bok i ćwiczenia bierne. Pacjenci powinni spędzać część dnia w pozycji siedzącej, w odpowiednio zabezpieczonych fotelach. Równocześnie należy prowadzić ćwiczenia przygotowujące ich do wykonywania codziennych czynności.

**Grupa III** — działania rehabilitacyjne obejmujące przeciwdziałanie przykurczom, zakrzepicy żyłnej i odleżynom są takie same, jak w grupie II. Rehabilitacja polega na stosowaniu odpowiednio dobranych ćwiczeń biernych, pozwalających utrzymać prawidłowy zakres ruchów w poszczególnych stawach oraz stymulujących aparat mięśniowo-więzadłowy.

**Utrudnienia w rehabilitacji poudarowej** wynikają z:

- ciężkości stanu chorego (np. zaburzeń przytomności, niewydolności krążeniowo-oddechowej, zawału serca, infekcji itp.);
- otępienia;
- afazji;
- zaburzeń napędu — współpracy chorego (tab. 1).

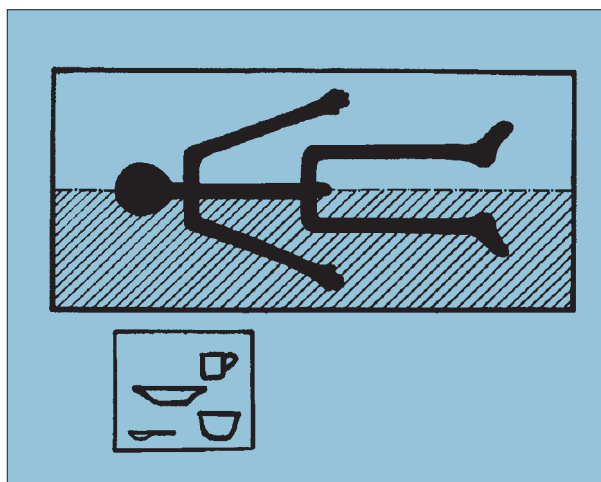
Trudności w nawiązaniu kontaktu z chorym, którego ponadto nie można zmobilizować do współpracy, sprowadzają rehabilitację do działań biernych, bez udziału pacjenta, co źle wpływa nie tylko na przebieg rehabilitacji, ale na cały proces leczenia. Pogorszenie się stanu ogólnego chorego, wynikające z powikłań poudarowych, na przykład zapalenia płuc lub zakrzepicy żyłnej, może zniweczyć dotychczasowe osiągnięcia rehabilitacyjne.

### Poudarowa rehabilitacja w domu

W późnej fazie rehabilitacja polega głównie na utrwalaniu odzyskanej sprawności. Celem działań rehabilitacyj-

**Tabela 1. Ocena napędu (skala EX)**

0	— CAŁKOWITY BRAK NAPĘDU Brak współpracy z rehabilitantem, możliwość tylko biernych ćwiczeń. Brak możliwości wykorzystania form zadaniowych
1	— ZNACZNE OSŁABIEŃ NAPĘDU Współpraca w ograniczonym zakresie, motywacja do ćwiczeń szybko się wyczerpuje. Brak możliwości wykorzystania form zadaniowych
2	— NIEZNACZNE OSŁABIEŃ NAPĘDU Prawidłowa współpraca z rehabilitantem, jednak widoczne spowolnienie psychoruchowe, momenty dezorientacji ruchowej i zaburzenia pamięci ruchowej. Możliwość wykorzystania form zadaniowych
3	— BRAK ZABURZEŃ NAPĘDU Pełna współpraca z rehabilitantem i pełne zaangażowanie w ćwiczenia (nawet bez nadzoru)



**Rycina 1.** Ustawienie łóżka u chorych z niedowładem połowicznym

nych powinno być dążenie do dalszego usamodzielniania się chorego i poprawienia komfortu życia.

Aby rehabilitacja domowa przyniosła pozytywne efekty i działała stymulująco na chorego, wymaga adaptacji pomieszczeń. Powinna ona obejmować wszystkie pomieszczenia, z których pacjent korzysta (pokój dzienny, sypialny, kuchnia, łazienka, toaleta, ciągi komunikacyjne) i być dostosowana od stwierdzonej niesprawności ruchowo-koordynacyjnej chorego. Sprzęty domowe, oprócz wymogów bezpieczeństwa, powinny spełniać warunek zwiększonej, stałej kontroli strony ciała o mniejszej sprawności (ryc. 1). Zapobiega to występującej u chorych tendencji do pomijania strony niedowładnej, co powoduje mniejsze zaangażowanie w proces rehabilitacyjny.

## REHABILITACJA ZABURZEŃ MOWY

Mowa to jeden z najdoskonalszych sposobów porozumiewania się z otoczeniem. Dzięki niej możliwe jest przekazywanie myśli, odczuć, zadawanie pytań. Komunikacja może się również odbywać za pomocą symboli pozawerbalnych: czytania, pisania, gestów. Udar mózgu jest jedną z przyczyn zaburzeń w mówieniu. Mogą one mieć charakter **afazji** lub **dyzartrii**. Utrudniają one albo uniemożliwiają porozumiewanie się chorego z otoczeniem.

W przypadku dyzartrii zakłóceniu ulega wypowiedzanie słów, ale pacjent może się porozumiewać, pisząc. Poważniejszym problemem jest afazja, która występuje u 21–38% chorych w ostrym okresie udaru. W przypadku afazji pacjenci mają trudności z wypowiadaniem słów, rozumieniem mowy, nazywaniem przedmiotów oraz pisanie, czytaniem i liczeniem. Część z nich jest pozbawiona możliwości nawiązania kontaktu werbalnego z otaczającym światem. W związku z tym u wielu chorych występuje depresja, która niekorzystnie wpływa na proces zdrowienia i funkcjonowania.

Poglądy dotyczące celowości terapii w ostrym okresie udaru mózgu nie są jednoznaczne. Według niektórych autorów należy ją rozpocząć w pierwszych dniach od zachorowania, według innych — dopiero po ustąpieniu ostrych objawów. Zadaniem terapeuty w pierwszych dniach jest poznanie możliwości komunikacji werbalnej: chorego i nawiązanie z nim kontaktu: wzrokowo-emocjonalnego, gestowego i, jeżeli to możliwe, werbalnego.

Należy pamiętać, że leczenie w pierwszym okresie powinno być ukierunkowane na nawiązanie kontaktu pozawerbalnego lub werbalnego i jego poprawę, a nie na korektę artykulacji, ponieważ chory, który nagle utracił umiejętność mówienia, szuka sposobu nawiązania kontaktu z najbliższymi i z otoczeniem. Działania neurologopedy muszą być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

**Terapia afazji** nie jest zadaniem wyłącznie logopedy, ale również pozostałych członków zespołu udarowego i rodziny chorego.

**Terapia afazji motorycznej** (trudności w wypowiedzaniu słów) we wczesnym okresie udaru mózgu:

- zachęcanie chorego do podejmowania prób nawiązania kontaktu z otoczeniem;

- pobudzanie chorego do spontanicznych wypowiedzi;
- wywoływanie mowy zautomatyzowanej, na przykład:
  - liczenie do 10,
  - wymienianie dni tygodnia,
  - wymienianie nazw miesięcy;
- wywoływanie pojedynczych głosek, słów;
- powtarzanie;
- nauka budowania zdań.

**Terapia afazji sensorycznej** (zaburzenia rozumienia wypowiedzi) we wczesnym okresie udaru mózgu:

- nawiązanie kontaktu emocjonalnego z pacjentem;
- zahamowanie potoku słów;
- nauka słuchania wypowiedzi;
- poprawa rozumienia:
  - prostych poleceń popartych gestem,
  - kontekstu,
  - zdań,
  - wyrazów,
  - związków logiczno-gramatycznych w zdaniu.

Terapia w późniejszym okresie — w domu — jest nastawiona na maksymalną poprawę funkcji poznawczych, tak by chory mógł współuczestniczyć w życiu społecznym i, jeżeli to możliwe, wrócić do pracy zawodowej. Terapeuta powinien ułożyć program rehabilitacji indywidualnie dostosowany do możliwości pacjenta i realizować go przy współudziale rodziny.

**Cele rehabilitacji mowy w późniejszym okresie — w domu:**

- właściwa rehabilitacja zaburzonych czynności, czyli odbioru i nadawania mowy, czytania, pisania, liczenia itp.;
- przywrócenie lub usprawnienie możliwości komunikowania się chorego z otoczeniem;
- przy braku efektów — wytworzenie komunikacji zastępczej (porozumiewanie się z otoczeniem za pomocą pisma lub symboli);
- poprawa jakości życia.

Innym, często występującym zaburzeniem mowy jest **dyzartria**, której podłożem są zaburzenia funkcjonowania aparatu wykonawczego mowy: języka, warg, podniebienia, gardła i krtani. Dyzartrii często towarzyszą zaburzenia połykania. Mowa najczęściej jest niewyraźna, bełkotliwa, niekiedy wybuchowa lub monotonna. Chory mówi z reguły wolno, nierytmicznie, nie ma natomiast trudności w rozumieniu, myśleniu czy układaniu wypowiedzi. Pisanie i czytanie nie są zaburzone.

### Cele terapii dyzartrii:

- usprawnienie aparatu artykulacyjnego;
- usprawnienie aparatu oddechowego;
- usprawnienie aparatu fonacji;
- poprawa akcentu, intonacji, barwy głosu itp.;
- poprawa wyrazistości wypowiedzi.

### Terapia dyzartrii:

- nauka prawidłowego oddychania;
- poprawa koordynacji oddychania i fonacji;
- korygowanie wysokości głosu i napięcia mięśni artykulacyjnych;
- ćwiczenie mięśni artykulacyjnych itp.

Bez względu na rodzaj zaburzeń mowy każdy chory potrzebuje wsparcia, zarówno ze strony personelu medycznego, jak i rodziny, tym bardziej że terapia jest procesem długotrwałym.

### PIŚMIENNICTWO

1. Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O. Diagnostyka i terapia afazji i dysfazji. W: Logopedia. Galkowski T., Jastrzębowska G. red. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1999.
2. Tarkowski Z. Dysartria. W: Diagnostyka i terapia zaburzeń mowy. Galkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T. red. UMCS, Lublin 1993.
3. Rehabilitacja Medyczna. Milanowska K., Dega W. red. PZWL, Warszawa 2003.
4. Fizjoterapia. Weiss M., Zembaty A. red. PZWL, Warszawa 1983.
5. Laidler P. Rehabilitacja po udarze mózgu. PZWL, Warszawa 2004.