

CREȘTEREA INDEPENDENȚEI ÎN EFECTUAREA ACTIVITĂȚILOR CURENTE, ÎMBUNĂȚIREA ECHILIBRULUI ȘI RECUPERAREA MERSULUI, LA PACIENTUL CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

THE IMPROVEMENT OF INDEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING, BALANCE AND GAIT REHABILITATION, IN PATIENT WITH STROKE

Ciobanu Doriana⁴, Botz Levente⁵

Keywords: stroke, balance, walking, trunk control, daily activities, integration

Cuvinte cheie: accident vascular cerebral, echilibru, mers, controlul trunchiului, activități zilnice, integrare

Abstract

Introduction. Stroke is an acute, severe neurological disorder resulting from blockage of blood brain irrigation or cerebral haemorrhage.

Aim. The present paper aims to demonstrate that physical therapy intervention, regardless of the duration of the disorder, can speed the patient's reintegration into normal life by: improving day-to-day activities, balance improvement and gait rehabilitation.

Means. The study was conducted at the Medical Rehabilitation Clinic in Băile Felix and at the Multiple Sclerosis Foundation Oradea, on 14 subjects with stroke, mean age $52.6 \pm 12.7 \pm 7.7$, 57% were women and 43% were men. As assessment means were used: the Stroke Impact Scale, the ADL assessment, the Berg Balance Scale and the Trunk Control Test. Physical therapy intervention consisted of exercises for reducing the spasticity of the upper limb, the Kabat diagonals, exercises for increasing motor control and trunk stability, promoting movements in the lower trunk, pelvis and limbs, proprioceptive and transfer training, exercises for gait rehabilitation.

Conclusions. In conclusion, we can say that rigorous physical therapy, regardless of the duration of the disorder, can speed up the patient's reintegration into normal life by: increasing independence in performing daily life activities, improving balance, and restoring gait.

Rezumat

Introducere. Accidentul vascular cerebral (AVC) este o afecțiune neurologică acută, gravă, rezultată în urma blocării irigației cu sânge a unei zone cerebrale sau prin hemoragie cerebrală.

Scop. Lucrarea de față dorește să demonstreze că intervenția kinetică riguroasă, indiferent de durata afecțiunii poate grăbi reintegrarea pacientului în viața normală prin: îmbunătățirea activităților vieții de zi cu zi, echilibrului și recuperarea mersului.

Mijloace. Studiul s-a desfășurat în cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix și Fundația de Scleroză Multiplă Oradea, pe un eșantion de 14 subiecți cu accident vascular cerebral, vârsta medie $52.6 \text{ ani} \pm \text{ab. std } 12.7$, 57% erau femei, iar 43% bărbați. Ca mijloace de evaluare s-au folosit: Scala de Impact a accidentului vascular cerebral, evaluarea ADL, Scala Berg pentru evaluarea echilibrului, Testul de control al trunchiului. Intervenția kinetoterapeutică a constat în: exerciții pentru reducerea spasticității membrului superior, diagonalele Kabat, exerciții pentru creșterea controlului motor al trunchiului și stabilității trunchiului, promovarea mișcărilor la nivelul trunchiului inferior, pelvis și membre, antrenarea transferurilor, exerciții pentru reeducarea mersului.

Concluzii. În concluzie, putem spune că intervenția kinetică riguroasă, indiferent de durata afecțiunii poate grăbi reintegrarea pacientului în viața normală prin: creșterea independenței în efectuarea activităților vieții de zi cu zi, îmbunătățirea echilibrului și recuperarea mersului.

⁴ conf.univ.dr., Universitatea din Oradea, Facultatea de Geografie, Turism și Sport, Departamentul de Educație Fizică, Sport și Kinetoterapie

Autor corespondent: tel. 0722187589, e-mail: doriana.ciobanu@yahoo.com

⁵ kinetoterapeut

Introducere

„Accidentul vascular cerebral (AVC) este o afecțiune neurologică acută, gravă, rezultată în urma blocării irigației cu sânge a unei zone cerebrale sau prin hemoragie cerebrală. Cu alte cuvinte, AVC este un sindrom clinic produs prin leziunile substanței cerebrale ca urmare a unor evenimente vasculare de natură ischemică sau hemoragică”. [1]

„Accidentele vasculare cerebrale reprezintă în momentul de față una dintre cauzele principale de deces ale populației adulte, atât la noi în țară, cât și pe plan mondial, cuprinzând vârstă tânără sau relativ tânără până la vârstele cele mai înaintate. Gravitatea acestei patologii este exprimată prin procentul ridicat de mortalitate, cât și morbiditate, care se soldează cu un handicap motor, reprezentat printr-o hemiplegie sau hemipareză, cât și prin tulburări de limbaj, mai mult sau mai puțin grave, incluse în așa numită „afazie” sau „disartrie”, prin tulburări de praxie, grafie, lexie sau gnozie. [2]

Reabilitarea după un accident vascular cerebral nu presupune doar recuperarea unor disfuncții motorii, senzitive sau emoționale, ci și asigurarea unei reintegrări familiale și sociale corespunzătoare desfășurării unei vieți cât mai normale. Metodele de reabilitare după un accident vascular cerebral diferă de la o persoană la alta, însă au aceleași scop și anume:

- dobândirea unui status funcțional care să ofere independență și ajutor minim din partea celorlalte persoane;
- acomodarea fizică și psihică a persoanei cu schimbările determinate de accidentul vascular cerebral;
- integrarea corespunzătoare în familie și comunitate.

Așa cum arată Kory Ștefania Calomfirescu și Moș Adela: incidența bolilor cerebro-vasculare se pot reduce prin aplicarea corectă a principiilor de profilaxie primare, care constau în:

- depistarea precoce a factorilor de risc în accidentele vasculare cerebrale;
- limitarea acțiunii unor factori de risc, ca spre exemplu, fumatul, obezitatea, sedentarismul etc., care nu au un risc crescut de producere a accidentelor vasculare cerebrale, decât numai în asociere cu alți factori de risc;
- dispensarizarea unor afecțiuni ce reprezintă factori de risc majori: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, bolile cu hematocrit crescut etc. [3]

„Severitatea AVC-ului la momentul inițial dă informații importante cu privire la pronosticul recuperării. Evaluarea pacienților în urma unui AVC va cuprinde evaluarea medicală funcțională și a factorilor de risc. În urma terapiilor de recuperare, 80% dintre bolnavi se recuperează parțial, 10% se recuperează complet, iar 10% rămân în stadiul vegetativ. În timp ce recuperarea post AVC poate înainta spre obținerea unor rezultate cât mai bune, impactul acesteia asupra recuperării funcției motorii rămâne modestă, indiferent de metoda aplicată în timpul recuperării. Unul dintre cele mai discutate caracteristici ale recuperării mersului este faptul că pacientul trebuie să se implice cât mai activ. Implicarea activă a pacientului în programul de reabilitare are drept scop final o mai bună învățare a procesului motor, dar poate reduce și incidența complicațiilor secundare, cum ar fi bolile cardiovasculare sau osteoporoza. Incapacitatea de deplasare este un factor de handicap pe termen lung, fiind considerat un obiectiv cheie în vederea reabilitării”. [4]

Studiile recente sugerează că 1/4, 1/3 dintre pacienții cu accident vascular cerebral prezintă dependență persistentă în una sau mai multe activități ale vieții cotidiene la 6 luni după accident vascular cerebral. În ciuda dovezilor contradictorii, pacienții vârstnici se pare că se confruntă cu o pierdere funcțională mai mare decât omologii lor mai tineri, cu mai mult de jumătate dintre aceștia suferind o pierdere funcțională permanentă”. [5]

„Paralizia membrelor este semnul accidentului vascular cerebral cel mai vizual, care va cauza dificultăți în ortostatism și mers. Echilibrul unei persoane, poate fi de asemenea afectat după AVC, ducând la dificultăți în ortostatism și în mers”. [6]

Conform studiului efectuat de către autorul Hans Haring bolile cerebrovasculare sunt un risc major pentru afectarea funcțiilor cognitive. Aproximativ un sfert dintre pacienți rămân cu demență 3 luni după AVC. Dacă sunt luate în considerare în mod selectiv deficiențele funcțiilor cognitive, 50-75% dintre pacienții cu AVC sunt dovediți a fi afectați în funcție de vârstă. Chiar și printre pacienții care rămân cognitiv intacti, studiile după scorul indicelui pe baza evaluării în cadrul spitalului și pe baza populației au dezvăluit un risc semnificativ să dezvolte demență amânată acești pacienți. Drept concluzie, disfuncțiile cognitive legate de AVC sunt înconjurate de o mulțime de probleme cu respect pentru eterogenitate, relevanță, răspândire și unicitate. [7]

Afectarea echilibrului este ceva comun după AVC, dar există puține informații detaliate despre aceasta. Si Sarah F Tyson și colaboratorii (2006) au studiat impactul AVC și au constatat că dintr-un eșantion de 75 de persoane, 83% din acești subiecți aveau o dizabilitate de echilibru, din care 17 (27%) puteau să stea în așezat dar nu puteau să stea în ortostatism, 25 (40%) puteau să stea în ortostatism, dar nu puteau să calce și

20 (33%) puteau să calce și să umble, dar tot aveau un echilibru limitat. Drept concluzie, subiecții cu cele mai severe dizabilități de echilibru erau subiecții cu cele mai severe accidente vasculare și dizabilități". [8]

Autorul Pahlman U și colaboratorii (2011) au susținut că abilitatea de echilibru nu mai este automată după accident vascular cerebral la pacienții cu deficiențe motorii și acestea trebuie reinvățate. [9]

Benedetta Bodinia și colaboratorii (2004) care au studiat impactul AVC asupra emoției au ajuns la concluzia că depresia este foarte frecventă în faza acută (pana la 40 %), dar aceasta poate să apară în același procentaj la 3 luni, 1 an sau 2 ani după AVC. De asemenea conținutul ideții depresive poate fi foarte diferită, cea din faza acută și cea din faza cronică. [10] Funcția mersului după AVC este un factor important pentru a determina abilitatea pacientului de a-și îndeplini activitățile cotidiene zilnice (ADL).

Majoritatea accidentelor vasculare cerebrale afectează fibrele motorii conectate la mers. Un AVC poate determina o slăbiciune într-o parte a corpului sau o paralizie care poate să îngreuneze sau să facă mersul imposibil. Conform autorului Maquire C și colaboratorii (2012) în studiul privind: „*Modul de îmbunătățire a mersului, echilibrului și participarea socială după AVC*, anual, în Elveția între 9000 de oameni suferă un AVC pentru prima oară. Dintre aceștia, 60% rămân cu dizabilități moderate sau severe". [11]

Activitățile vieții cotidiene sunt activități în care oamenii se implică în fiecare zi, inclusiv muncă, școală, agrement și activități de auto-îngrijire. Activitățile de auto-îngrijire includ: îmbrăcarea, toaletarea și efectuarea transferului la duș și toaletă. Inițial, este evident că pacientul nu poate să lucreze sau să se întorcă la activități mai complexe, însă el sau ea de asemenea poate să nu fie capabil de auto-îngrijire de bază datorită unei combinații de factori cognitivi și fizici.

Mulți investigatori au observat diferențe între sexe în ceea ce privește prezentarea și recuperarea accidentului vascular cerebral. Conform studiului, efectuat de S. M. Lai și colaboratorii femeile, comparate cu bărbații, era mai puțin probabil să obțină independență în activități zilnice (ADL), și mai puțin probabil să obțină independență în 8 din cele 9 activități zilnice instrumentale (IADL) la 6 luni după AVC. [12]

Ipoteza cercetării

Intervenția kinetică riguroasă, indiferent de durata afecțiunii poate grăbi reintegrarea pacientului în viața normală prin: creșterea independenței în efectuarea activităților zilnice, îmbunătățirea echilibrului și recuperarea mersului.

Material și metodă

Locul de desfășurare a studiului și subiecți

Studiul s-a desfășurat pe perioada: ianuarie - mai 2015, în cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix și Fundația de Scleroză Multiplă Oradea, pe un eșantion de 14 subiecți cu accident vascular cerebral, 64% din pacienți aveau AVC pe partea dreaptă și 36% pe partea stânga, 36% au avut AVC hemoragic și 64% AVC ischemic. Media de vârstă a fost de 52.6 ani \pm ab.std 12.7, vârsta minimă este de 26 ani și cea maximă de 65 ani, 57% femei și 43% bărbați, 57% erau din mediul urban, iar 43% rural, 36% dintre subiecți erau sedentari, 43% îndeplineau muncă fizică, 7% ortostatism prelungit, iar 14% îndeplineau activități gospodărești (munca câmpului, animale etc). Durata afecțiunii este în medie de 19 luni \pm ab.std 17.8, durata minimă fiind de 2 luni, iar maximă 60 luni. Pacienții au prezentat în medie 1.5 episoade \pm ab.std 1.1. AVC, minim de 1 episod, iar numărul maxim de episoade a fost de 5.

În cadrul chestionarelor s-au notat următoarele boli asociate: dislipidemie, diabet zaharat, hipertensiune arterială (gradul I-II-III), hepatită, epilepsie Jacksoniană, nevroză anxios depresivă, osteoporoză, trombofilie.

Tratamentul medicamentos constă din următoarele medicamente care s-au întâlnit la majoritatea pacienților: Cerebrolysin, Piracetam, Indapamid, Aspenter, Nitromint, Plavix, Sermion.

Evaluarea s-a efectuat de două ori pe pacienți, inițial la internare, înainte de a începe programul de reabilitare și final după o perioadă cuprinsă între 4 și 5 luni.

Înainte de începerea procedurii de evaluare, fiecare pacient în parte a fost rugat să citească condițiile în care se desfășoară evaluarea, după care, s-a cerut consimțământul acestuia printr-o semnătură pe procesul de cercetare, care cuprind informații referitoare la ce se va evalua.

Tabel. nr. 1 Caracteristicile subiecților (medie±ab.std si procent)

Nr. crt.	Caracteristicile subiecților	medie±ab.std		Min.	Max.	
1	Vârsta	52.6±12.7		26	65	
2	Durata afecțiunii	19.0±17.8		2	60	
3	Nr de episoade	1.5±1.1		1	5	
Nr. crt.	Caracteristicile subiecților	Procent subiecți%				
4.	Gen	Bărbați	Femei	43%	57%	
5.	Mediu de proveniență	Urban	Rural	57%	43%	
6.	Loc de muncă	Sedentari 36%	Muncă fizică 43%	Ortostatis m prelungit 7%	Activități gospodăres ti 14%	
7.	Diagnostic AVC	Sediul leziunii	Dreapta	Stânga	64%	36%
		Tipul AVC	Hemoragic	Ischemic	36%	64%
8	Boli asociate	- dislipidemie, diabet, hepatită, epilepsie Jacksoniană, nevroza anxios depresivă, osteoporoză, trombofilie, hipertensiune arterială				
9.	Tratament medicamentos	- Cerebrolysin, Piracetam, Indapamid, Aspenter, Nitromint, Plavix, Sermion.				

Mijloace de evaluare

Scala de Impact a accidentului vascular cerebral. Scopul acestui chestionar este de a evalua impactul accidentului vascular cerebral asupra sănătății pacientului și asupra vieții acestuia. În cadrul acestei Scale de Impact, se aplică întrebări despre deficiențe și dizabilități, care au fost cauzate de accidentul vascular cerebral și despre cum acesta a afectat calitatea vieții pacientului. Scala de Impact cuprinde un număr de 59 de elemente care evaluează 8 domenii diferite cum ar fi: Forță (4 elemente), Funcția mâinii (5 elemente), ADL-urile (activitățile vieții zilnice 10 elemente), Mobilitate (9 elemente), Comunicație (7 elemente), Emoția (9 elemente), Memorie și gândire (7 elemente), Participarea socială/ funcția de rol (8 elemente). Fiecare element este cotate de la 1 până la 5 în ceea ce privește dificultatea pe care a simțit-o pacientul în completarea/îndeplinirea fiecărei sarcini.

Durata pentru aplicarea testului este între 15-20 minute. Scorurile sumative sunt generate pentru fiecare domeniu, aceste scoruri variază de la 0 până la 100 la fiecare domeniu, sau scorul general, care cuprinde toate sferele care se raportează la un scor minim de 59 (59 x 1) și un scor maxim de 295 (59 x 5).

Scala ADL. Scala ADL asigură un sistem uniform de evaluare bazată pe Clasificarea Internațională pentru Dizabilități și Handicap. Acesta evaluează nivelul de dizabilitate a pacientului și indică ce grad de asistență este necesar pentru individ ca să își desfășoare activitățile vieții zilnice. Scala ADL modificată în perioada tardivă de recuperare cuprinde 40 de elemente care sunt grupate pe 5 funcții generale, fiecare funcție fiind cuantificată de la 1 la 7. Punctajul maxim la Scala ADL, sau cel mai înalt nivel funcțional este cotate la 280 (adică 40 x 7) puncte, iar minimul la 40 puncte (adică 40 x 1). Cele 7 grade ce i se acorda pacientului pentru fiecare funcție testată sunt: **Dependență completă**, **Dependent** (necesită ajutor), **Independent** (nu necesită ajutor). În cadrul Scalei ADL sunt cuprinse următoarele 15 funcții grupate în 5 clase: **Autoîngrijire**, **Transferuri**, **Ambulație**, **Comunicare**, **Activități social-cognitive** [13]

Scala Berg (evaluare echilibru). Scala Berg pentru echilibru a fost concepută ca să măsoare echilibrul persoanelor în vârstă, cărora li s-a deteriorat funcția de echilibru. Este un instrument valid utilizat pentru evaluarea eficienței intervenției kinetoterapeutice și pentru descrierea cantitativă a funcțiilor. Scala de echilibru Berg a fost evaluată în câteva studii de fiabilitate. Un studiu recent asupra Berg Balance Scale care a fost completată în Finlanda, indică faptul că o schimbare de opt (8) puncte „BBS” sunt necesare pentru a dezvălui o schimbare autentică în funcție, între două (2) evaluări, la persoanele vârstnice.

Scorare. Pentru evaluarea echilibrului la pacienții cu AVC, s-a folosit scorarea pentru evaluarea Gradului de Independență Funcțională (GIF). S-a considerat că folosirea acestei metode de scorare este corespunzătoare cu obiectivele noastre. De asemenea, și timpul pentru aplicarea acestei scale este mult mai scurt, fapt foarte important în evaluare, întrucât timpul și răbdarea subiecților reprezintă un aspect de care trebuie să se țină cont. Scorarea evaluării gradului de independență funcțională (GIF) completează în mod relativ în aceeași măsură cele 4 puncte și caracteristici ale scorării clasice. Chiar dimpotrivă, având în vedere că scorarea din GIF este alcătuită din 7 grade funcționale, fiecare grad structurat în funcție de procentul de

funcționalitate a pacientului amplifică precizia în evaluare. Această metodă de scorare rezonează mai bine cu obiectivele specifice ale acestei lucrări având în vedere că această scală, inițial a fost concepută pentru a evalua riscul de cădere la pacienții vârstnici. În condițiile în care scorarea se face de la 14 (minim) la 98 (maxim) un scor între 14-41 indică un risc mare ca pacientul să cadă, între 42-67 risc mediu că pacientul să cadă și între 68-98 risc scăzut că pacientul să cadă.

Acțiunile evaluate sunt: șezând nesprijinit, stând cu ochii închiși, stând cu picioarele lipite, stând cu un picior în fața celuilalt, stând în sprijin unipodal, rotația trunchiului din stând, culege un obiect de pe sol, întoarcere la 360°, picior pe scaunel, întinderea înainte din stând.

Lisa Blum și Nicol Korner-Bitensky (2007) care au studiat proprietățile acestei Scale au afirmat că Scala Berg a fost identificată ca fiind cel mai utilizat instrument de evaluare în recuperarea post AVC. Această scală este eficientă și corespunzătoare pentru evaluarea echilibrului la pacienții cu AVC. [14]

Testul de control al trunchiului, Reprezintă modalitatea de testare a controlului trunchiului la pacientul post AVC. Testul constă în următoarele acțiuni pe care trebuie să le facă pacientul: să se întoarcă pe partea afectată, să se întoarcă pe partea sănătoasă, să mențină poziția de așezat la marginea patului fără a atinge pământul timp de 30 de secunde, să se ridice din poziția de drcubit dorsal în ortostatism. Se acordă puncte în funcție de cât de corect se execută:

- 0 puncte- incapabil să execute,
- 12 puncte- capabil să execute dar incorect,
- 25 puncte- capabil să execute corect.

• dacă testul e făcut la 6 săptămâni după AVC, un scor de ≤ 50 arată o recuperare a capacității de a merge.

Studiul efectuat de către Ching-Lin Hsieh (2002) și colaboratorii care au evaluat relația dintre controlul trunchiului într-un stadiu precoce și funcția globală în activitățile vieții de zi cu zi au ajuns la concluzia că studiul lor furnizează dovezi solide privind valoarea acestui test de a prezice capacitatea de efectuare a activităților vieții de zi cu zi la pacienții cu AVC. [15]

Mijloace de intervenție kinetică

Programul kinetoterapeutic a constat din: exerciții pentru reducerea spasticității membrului superior și inferior, diagonalele Kabat de flexie și extensie pentru membrul superior, inferior și trunchi, exerciții pentru creșterea controlului motor și a stabilității trunchiului, exerciții pentru activarea musculaturii extensoare a trunchiului superior și de activare a musculaturii abdominale, tonifierea musculaturii extensoare a coapsei și creșterea stabilității trunchiului inferior, promovarea mișcărilor la nivelul trunchiului inferior, pelvis și membre, ameliorarea funcției respiratorii globale, antrenarea reacției de echilibru, exerciții de coordonare și reeducare a echilibrului static și dinamic, exerciții pentru reeducarea mersului.

Rezultate și discuții

Scorurile obținute la evaluările inițiale și finale au fost prelucrate prin intermediul programului Excel, rezultatele fiind raportate sub formă de medie \pm ab.std.

În tabelul de mai jos sunt expuse valorile la fiecare test în parte cu evaluare inițială și finală.

Tabel nr. 2 Prezentarea mediilor inițiale și finale la fiecare test în parte și valorilor minim/maxim

		Valori Pretest	Valori Post test	Valori Pretest	Valori Post test	Valori Pretest	Valori Post test
Nr.crt.	Teste	Medie \pm ab.std	Medie \pm abstd	Minim	Minim	Maxim	Maxim
1	Scala de impact	169.1 \pm 32.9	189.5 \pm 30.0	96	117	220	225
2	Scala ADL	128 \pm 54.9	164.9 \pm 57.3	43	84	255	273
3	Scala Berg	62.0 \pm 20.3	75.7 \pm 14.4	19	43	88	91
4	Test control trunchi	88.2 \pm 26.1	98.1 \pm 4.7	0	87	100	100

Din compararea rezultatelor inițiale și finale la Scala de Impact, s-a constatat că există o diferență între acestea, dacă inițial media pacienților la această scală era de 169.1, la final a crescut cu 20,4, adică 189.5. În condițiile în care scorarea la această scală se face de la 59 (minim) și la 295 (maxim), un scor care se încadrează sub 140 indică faptul că pacientul nu poate să meargă având o dependență completă de o altă persoană. Cu cât scorul se apropie mai mult de 59 (adică minim) cu atât indică o dependență mai mare la pacientului respectiv.

Dacă, la evaluarea inițială a pacienților, având în vedere că majoritatea dintre aceștia erau cronici, puteau să stea cel puțin în așezat și în ortostatism cu o dependență modificată, la evaluarea finală majoritatea pacienților aveau nevoie doar de supraveghere, îndemn verbal, indicații sau pregătirea ambientului pentru executarea activității, iar cei care reușeau să stea în ortostatism și-au recăpătat mersul cu o dependență modificată sau independență totală. Valorile extreme la Scala de Impact se observă mai ales la pacienții mai tineri, care au beneficiat de posturări și care au avut parte de ședințe de kinetoterapie riguroasă în primele 6-8 săptămâni de la debutul AVC, aceștia având cele mai bune rezultate la majoritatea dintre testele de evaluare.

Conform autorului Dr. Lo (2010), există o convingere larg răspândită în cadrul comunității medicale, că puține se mai pot face pentru a îmbunătăți funcția la pacienții cu AVC după 1 an de la eveniment. În plus, susține că studiile clinice se concentrează pe tratamentul stadiului acut al AVC-ului, că prin urmare, sunt puține opțiuni terapeutice pentru pacienții cu AVC cronic. Exercițiile de recuperare de mare intensitate pot duce la îmbunătățirea funcției și calității vieții la pacienții cu AVC cronic cu disabilitate severă, la ani după ce aceștia s-au confruntat cu evenimentul inițial, sugerează noua cercetare. [16]

Ținând cont de rezultatele inițiale și finale la Scala ADL se observă că există o diferență mare între cele două evaluări. Dacă la evaluarea inițială media a fost de 128 puncte, la evaluarea finală a crescut cu 36.9, adică 164.9 de puncte. Scorarea se face începând de la 40 (minim) la 280 (maxim). Un scor care este sub limita de 100 semnifică incapacitatea pacientului de a îndeplini majoritatea activităților în mod independent, sechelele lăsate de AVC fiind încă persistente, iar peste scorul de 100 rezultatele încep să fie vizibile la activitățile de transfer, îmbrăcarea și dezbrăcarea trenului superior și inferior prin învățarea tehnicilor și metodelor specifice de îndeplinire a acestora, apoi recuperarea treptată a următoarelor funcții cu accent pe funcția de auto-îngrijire.

La rezultatele obținute la evaluarea inițială și finală la Scala Berg, se observă că există o diferență semnificativă între valorile inițiale și finale. Dacă la evaluarea inițială media a fost de 62, la evaluarea finală a crescut cu 13,7, adică 75.7. În condițiile în care scorarea se face de la 14 (minim) la 98 (maxim) un scor între 14-41 indică un risc mare de cădere, între 42-67 risc mediu de cădere și între 68-98 risc scăzut. S-a observat că majoritatea pacienților, la evaluarea inițială se încadrau la un risc mediu de cădere, iar la evaluarea finală aceștia au prezentat un risc scăzut de cădere, ceea ce semnifică o îmbunătățire a echilibrului, concomitent ducând la creșterea gradului de independență funcțională. Majoritatea îmbunătățirilor se pot observa la transferuri, după care urmează trecerea din așezat în ortostatism și la echilibrul în timpul mersului. Pacienții au prezentat dificultate în menținerea echilibrului în unipodalism și ridicarea unui obiect de pe podea.

Raportat la valorile minime și maxime ale testului pentru controlul trunchiului, scorul mediu de 88.2, obținut la evaluarea inițială, subliniază faptul că pacienții luați în studiu aveau controlul trunchiului relativ bun, ceea ce indică faptul că majoritatea pacienților cronici și-au recăpătat deja într-o oarecare măsură controlul trunchiului. În urma tratamentului kinetic, pacienții au înregistrat o medie a scorurilor finale de 98.1 reprezentând o îmbunătățire de 9.9, ceea ce înseamnă că în urmă tratamentului kinetic au avut un control al trunchiului și mai bun.

Chiar dacă nu s-a realizat o corelație între controlul trunchiului și creșterea independenței funcționale a pacienților luați în studiu, a fost vizibil faptul că pacienții care au obținut un control al trunchiului mai bun, au prezentat și o mai bună independență în îndeplinirea activităților zilnice.

Dorim să amintim faptul că pacientul, ca să poată să își îndeplinească activitățile vieții de zi cu zi, un factor important care intervine pentru realizarea acestora este controlul trunchiului.

Concluzii

În urma tratamentului kinetoterapeutic instituit, s-au observat îmbunătățiri ale tuturor parametrilor evaluați. Cele mai bune îmbunătățiri la Scala ADL se pot observa la elementele ce acoperă transferul. Cele mai bune rezultate sunt la activitățile de auto-îngrijire, mai ales la pacienții mai tineri. Programul kinetic instituit a fost eficient și în îmbunătățirea echilibrului. Creșterea controlului motor al trunchiului a determinat implicit și îmbunătățirea independenței funcționale a persoanelor cu accident vascular cerebral, precum și independența la mers.

În concluzie, putem spune că intervenția kinetică riguroasă, indiferent de durata afecțiunii poate grăbi reintegrarea pacientului în viața normală prin: creșterea independenței în efectuarea activităților vieții de zi cu zi, îmbunătățirea echilibrului și recuperarea mersului.

Referințe bibliografice

- [1] Dr. Rodica Minodora Dahnovici (2011), *Accidentele vasculare cerebrale hemoragice-studiu clinic, histologic si imunohistochimic*, Craiova- Teza de doctorat, pp. 2
- [2] Stefania Kory Calomfirescu (1989), *Tulburari de limbaj in accidentele vasculare cerebrale*, Editura Dacia Cluj-Napoca, pp 16
- [3] Adela Maria Mos (1999) *Interrelatii clinico-paraclinice in accidentele vasculare cerebrale ischemice si hemoragice acute*,
- [4] Blaga Diana Florina (2014) *Importanta medicatiei neurotrofice asociata tehnicilor moderne de recuperare la pacientul cu AVC*, Oradea. pp. 6
- [5] R A Silliman, E H Wagner si R H Fletcher (1987) The social consequences of stroke for elderly patients, *Stroke, American Heart Association*, 18:200-203
- [6] Gorden NF, et al. (2004) Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *AHA scientific statement. Circulation* April 27.
- [7] Hans-Peter Haring (2002) *Cognitive impairment after stroke*, Department of neurology Linz, Austria, pp.79.
- [8] Sarah F Tyson si colab. (2006)- Balance Disability After Stroke, Physical Therapy, *Journal of the American Physical Therapy Association*, vol. 86 no. 1 30-38. <http://ptjournal.apta.org/content/86/1/30.full>
- [9] Pahlman U si colab. (2011) *Cognitive function and improvement of balance after stroke in elderly people*, *Pubmed*, US National Library of Medicine, 33(21-22):1952-62, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21306194>
- [10] Benedetta Bodinia si colab. (2004): Acute stroke effects on emotions: an interpretation through the mirror system, *Pubmed*, US National Library of Medicine, 17(1):55-60
- [11] Maquire C si colab. (2012): How to improve walking, balance and social participation following stroke, *Pubmed*, US National Library of Medicine, 30;12:18.
- [12] S. M. Lai, P. W. Duncan, P. Dew, and J. Keighley (2005) *Sex differences in stroke recovery*, " *Preventing Chronic Disease*, vol. 2, no. 3, p. A13. <http://www.hindawi.com/journals/nri/2013/842980/#B5>
- [13] Sue-Min Lai si colab si colab. (2002)- Persisting Consequences of Stroke Measured by the Stroke Impact Scale, *Stroke*, American Heart Association, 33:1840-184.
- [14] Lisa Blum si Nicol Korner-Bitensky (2008) Usefulness of the Berg Balance Scale in Stroke Rehabilitation, Physical Therapy, *Journal of the American Physical Therapy Association*, vol. 88 no. 5559-566, <http://www.physicaltherapyjournal.com/content/88/5/559.full>
- [15] Ching-Lin Hsieh si colab. (2002) Trunk Control as an Early Predictor of Comprehensive Activities of Daily Living Function in Stroke Patients, *Stroke*, American Heart Association, 33: 2626-2630.
- [16] Albert Lo (2010) Reabilitarea repetata de mare intensitate imbunatateste functia, calitatea vietii la pacientii cu AVC cronic, *Medscape medical news*, <http://www.medscape.com/viewarticle/717720>