

## ОТЧИТАНЕ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕТО НА ДЕЙНОСТИ ОТ ЕЖЕДНЕВНИЯ ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПОСЛЕДИЦИ ОТ МОЗЪЧНОСЪДОВА БОЛЕСТ

**М. Иванов<sup>1</sup> и Цв. Вътев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Клиника по неврология,

<sup>2</sup>Клиника по физикална и рехабилитационна медицина,  
УМБАЛ „Д-р Г. Странски” – Плевен

**Резюме.** Целта на проучването е да се изследва, проследи и отчете възстановяването на възможността за извършване на дейности от ежедневиия живот (обличане и обуване) на пациенти с последици от мозъчносъдова болест. В проучването бяха включени 61 пациенти с последици от мозъчносъдова болест, които провеждаха физиорехабилитационна програма, съобразена с индивидуалното им състояние и включваща: кинезитерапия; трудотерапия, ерготерапия (дейности от ежедневиия живот); електролечение. На всички изследвани лица при започване и завършване на рехабилитационния курс направихме тест, като пациентите се самооценяваха по основни дейности, независимо кой от крайниците е паретичен – доминантен или недоминантен. В края на рехабилитационния курс кривите на Wilcoxon се изместват вдясно, което говори за подобрение в самостоятелността на пациентите.

**Ключови думи:** рехабилитация, ерготерапия, мозъчносъдова болест

### **M. Ivanov and Tsv. Vatev. FUNCTIONAL RECOVERY OF POST STROKE PATIENTS AND MEASUREMENT OF DAILY LIVING ACTIVITIES**

**Summary.** The aim of the study is to investigate, trace and survey the recovery of the patients, ability to perform everyday activities (dressing and putting on shoes) after suffering cerebro-vascular disease. Included in the study were 61 patients who suffered from cerebro-vascular disease. They underwent a physio-rehabilitation program adjusted to each particular case, which included kinesiotherapy, labour therapy, activities from daily life (occupational therapy) and electrotherapy. We made test for all patients at the beginning and at the end of rehabilitation course in which they evaluated themselves based on their ability to perform basic activities, independently of the damaged limb (dominant or non-dominant). At the end of rehabilitation course the curves of Wilcoxon move to the right. That shows improvement of patients self-dependence.

**Key words:** rehabilitation, occupational therapy, cerebro-vascular disease

## Въведение

България е на едно от първите места в света по заболяемост, болестност и смъртност от *мозъчносъдова болест (МСБ)* [13]. Засягат се лица във все по-млада възраст, като последствията са тежка инвалидизация – двигателни нарушения, затруднено самообслужване, професионална и социална дезадаптация, влошено качество на живот, депресивни състояния [4, 8]. Около 80% от преживелите мозъчносъдов инцидент преодоляват зависимостта от чужда помощ, около 26% от пострадалите са със съдова деменция и нарушена комуникация, а около 20% остават приковани на легло [23, 24].

Като причина за тази „епидемия“ от МСБ се смята нарастване честотата на рисковите фактори като: наднормено тегло, захарен диабет, неправилно хранене, злоупотреба с алкохол и тютюнопушене, хроничен стрес, обездвижване, които водят до атеросклероза на мозъчните съдове, артериална хипертония, хронична исхемична болест на сърцето и др.

Физикалната и рехабилитационна медицина има решаващо значение за оптималното възстановяване и запазване на постигнатата самостоятелност на пациентите с последици от МСБ, като в самото начало на рехабилитационния процес се акцентира преди всичко на ежедневните дейности [1, 5, 9, 10, 11, 19, 20].

## Цел и задачи на проучването

Целта на проучването е да се изследва, проследи и отчете възстановяването на едни от най-необходимите *дейности от ежедневния живот (ДЕЖ)* за всеки човек, а именно възможността за обличане и обуване, при пациенти с последици от мозъчносъдова болест. Задачите, които си поставяме, са:

1. Да подберем подходящ тест, по който да регистрираме с цифров индекс степента на самообслужване (обличане и обуване) на пациентите преди и след провеждане на рехабилитационен курс в подострия период на заболяването [7].

2. Да отчетем подобрението при самообслужването в резултат на провежданата физиорехабилитационна програма

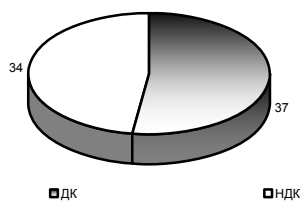
непосредствено след приключване на първия рехабилитационен курс.

3. Да анализираме получените резултати и да направим препоръки, свързани с улесняване и подобряване на самообслужването (обличане и обуване) при пациенти с последици от мозъчносъдова болест.

4. Да анализираме зависимостта при ДЕЖ от това кой крайник е паретичен – *доминантен (ДК)* или *недоминантен (НДК)*.

### Материал и методика

За периода 2010-2011 през Отделението за болнична рехабилитация към Клиника по физикална и рехабилитационна медицина на УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен, са преминали 61 пациенти с диагноза *последици от мозъчносъдова болест* – 23 жени и 38 мъже на възраст от 37 до 79 години. От всичките пациенти 37 са с паретичен ДК (обикновено десен) и 34 с НДК, което е от съществено значение за ДЕЖ [3, 6].



Фиг. 1. Разпределение на пациентите с увредени ДК и НДК

Пациентите провеждаха физиорехабилитационна програма, която е съобразена с индивидуалното им състояние и най-общо включва: кинезитерапия; трудотерапия, ерготерапия (дейности от ежедневиия живот), електролечение [12, 14, 18, 21].

На всички пациенти при започване на рехабилитационния курс направихме тест за захватите на ръката [2] и тест за ДЕЖ,

разработен в Центъра по медицинска рехабилитация Ню Йорк от Н. Rusk (1964). Тестът се състои от четири части – поддържане на личната хигиена; дейности при обличане и обуване; дейности за приготвяне на храна и хранене; различни битови и трудови дейности [22]. Оценяването е шестстепенно (от 0 до 5), като пациентите се самооценяваха по основни дейности, независимо кой от крайниците е паретичен – ДК или НДК. Знаците „+” и „-” се поставят при непълна цяла оценка.

За целта на нашето проучване се спряхме само на една част от теста за ДЕЖ, а именно дейностите за обличане и обуване [15, 16, 17], като обработихме резултатите от първия курс на рехабилитация (подостър период) – начални и крайни. Това е времето около един месец след инцидента.

**Дейности за обличане и обуване.** Включват се обличане/събличане на бельо, обличане/събличане на фланела, обличане на горна дреха (сако), обуване на пола (панталон), закопчаване на малки копчета, закопчаване на големи копчета, обуване/събуване на чорапи, обуване/събуване на обувки, поставяне на ръкавици, връзване на шал.

В началото на възстановителния период пациентите, преживели мозъчен инсулт, имат нужда от придружител (личен асистент), който да им помага в ежедневието, но с напредване на възстановителния процес стават все по-самостоятелни. Обличането и събличането на бельо, по-тънки и тесни дрехи, създава сериозни трудности на пациентите, особено ако е налице плегия на горния крайник. Указанията, които даваме за справяне с бельото, са пациентът да е седнал, за да се обуят краката, паретичната ръка придържа бельото, а здравата го придърпва по бедрата и таза. На първо време може да се пропусне поставянето на бюстие или потник, а да се обличат някакви по-широки трикотажни дрехи, по възможност с цип, копчета или залепващи се краища по цялата дължина. При обуване на пола или панталон също е за предпочитане пациентът да е седнал, болната ръка придържа дрехата за преминаване през краката, а здравата я изтегля около таза, след което се закопчава – паретичният горен крайник придържа основата на ципа (колкото е възможно), а здравият изтегля закопчаващия механизъм.

За връхни дрехи отново препоръчваме да са по-свободни, като първо се облича паретичният крайник (ръка/крак), а след това здравият.

Закопчаването на копчета става, като паретичната ръка придържа копчето и го насочва към илика, а здравата го промушва през него и извършва самото закопчаване. С по-големите копчета болните се справят по-лесно и затова се предпочитат дрехите с такива копчета. Откопчаването е полесната дейност и може да се тренира да се прави само с паретичния крайник, дори и да не е доминантен.

Обуването на чорапи е трудна дейност и изисква участието и на двете ръце. Пациентът задължително е седнал, чорапът се прихваща с палците и на двете ръце и се насочва към пръстите на крака, след което здравата ръка го изтегля през глезена, а болната помага колкото е възможно. За предпочитане е употребата на по-големи, нееластични и меки чорапи, за да не създават голямо затруднение при обуването им. За събуването не се изисква голяма прецизност и може да се извършва само от здравата ръка.

Обуването и събуването на обувки и особено връзването на връзки е достатъчно трудна дейност, затова препоръчваме използването на обувки без връзки или с лепенки (велкро), особено в началото на възстановителния процес, когато липсват още фините движения на пръстите и страда координацията им. При обуването е наложително използването на обувалка с дълга дръжка, която се държи в здравата ръка, а пациентът е седнал. Събуването е полесната дейност, при която ръцете може и да не вземат участие.

Употребата на ръкавици изисква да се поставя ръкавицата първо на здравата ръка, като болната помага колкото може, а след това на паретичната. За предпочитане е ръкавиците да са с един пръст, кожени или от дебела вълна, за да се поставят по-лесно.

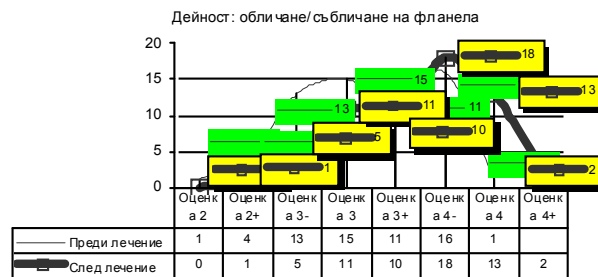
Поставянето на шал около врата може да става с намотаване (ако е по-дълъг), което се извършва със здравия крайник, или с връзване, като паретичната ръка придържа единия край, а здравата промушва другия през образувалата се бримка, след което го изтегля.

## Резултати

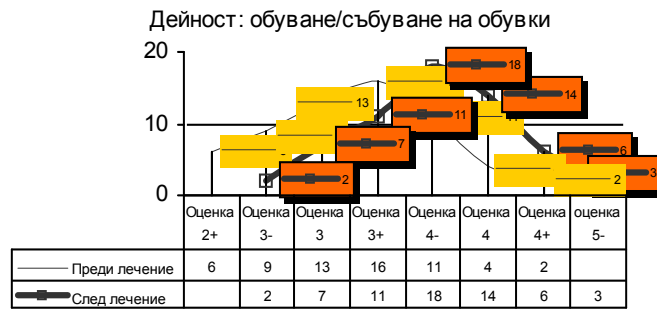
Резултатите от направените тестове отбелязвахме в специално разработен индивидуален фиш на пациента, а данните от проучването обработихме със статистическа компютърна програма STATGRAPHICS, WINDOWS, EXCEL и Wilcoxon rank test – статистически метод за анализ и разпределение на непараметрични данни. Значимостта на резултатите за изводи и заключения е определена при  $p < 0,05$ . На фиг. 2 представяме кривата на Wilcoxon от резултатите при дейността *обличане/събличане на фланела* при всички пациенти в началото и края на първия рехабилитационен курс.

Подобни са резултатите и от дейностите *обличане/събличане на бельо, закопчаване на малки копчета, обуване/събуване на чорапи*, които изискват по-прецизна работа на горните крайници и наличие на добри захвати на ръката при паретичен доминантен крайник.

Фиг. 3 представя резултатите от дейността *обуване/събуване на обувки, обличане на горна дреха (сако), обуване на пола (панталон), закопчаване на големи копчета, поставяне на ръкавици, връзване на шал*, които не създават сериозно затруднение на пациентите. Кривата на Wilcoxon оформя един връх в началото и края на рехабилитационния курс и се измества вдясно.



Фиг. 2. Резултати от дейността „обличане/събличане на фланела” в началото и края на рехабилитационния курс



Фиг. 3. Резултати от дейността „обущане/събущане на обувки“ в началото и края на рехабилитационния курс

### Изводи

1. Изводът, който направихме от получената двувърхова крива при някои от изследваните дейности, е, че пациентите с паретични ДК в началото на възстановителния процес срещат по-голямо затруднение при самообслужването, отколкото тези с паретични НДК.

2. Дейностите, които могат да се извършват от здравия крайник (еднакво добре от ДК или НДК) и не изискват голяма прецизност и координация на захватите, не създават особено затруднение на пациентите при дейности, свързани с обличането и обущането, още в началото на рехабилитационния процес.

3. В края на рехабилитационния курс кривите на Wilcoxon се изместват вдясно, което говори за подобрене в самостоятелността на пациентите, независимо дали са с паретични ДК или НДК.

4. Наблюдавахме достоверно благоприятно повлияване функционалната подвижност на паретичните крайници, на интензитета на болката в раменната става и намаляване на депресивните състояния на пациентите в резултат на самостоятелния начин на живот.

### Заклучение

За постигане на добри резултати при рехабилитацията на пациенти с последици от мозъчносъдова болест и подобряване на възможността им за самообслужване от съществено значение е ранното започване на рехабилитация и включване на трудови

дейности и елементи на ДЕЖ, дадени под формата на указания. Функционалната трудотерапия стимулира самостоятелността на пациентите и ускорява връщането им към независимо ежедневие и социална активност.

#### Библиография

1. Бусаров, Ст. Основи на медико-социалната рехабилитация. С., Мед. и физк., 1982.
2. Вачева, Д. Видове захвати и тяхното тестване при различни увреждания и болести на ръката. – Неврорехабилитация, **3**, 2009, № 1-2, 26-31.
3. Вачева Д. и А. Мирчева. Тест за комплексна функционална оценка (КФО) на радиоулнарни стави, гривнена става и пръсти на горен крайник. – В: Сборник материали от научна конференция. Пловдив, Университетско издателство „Паисий Хилендарски“, 2010, 204-214.
4. Деланк, Х. – В: Неврология. Ред. проф. д-р Деланк. София, МИ „Шаров“, 1996.
5. Каплан, Е., Д. Цыренжапова и Л. Шантанова. Оптимизация адаптивных процессов организма. Москва, „Наука“, 1990.
6. Каранешев, Г. Трудотерапия. С., ВИФ, 1978.
7. Каранешев, Г. и Д. Милчева. Методи за диагностика и изследване в лечебната физкултура. С., ВИФ, 1984.
8. Каранешев, Г., Б. Соколов, Л. Венова. Теория и методика на лечебната физкултура. С., Мед. и физк., 1987.
9. Каранешев, Г., Б. Соколов, Л. Венова. Ръководство за практически упражнения по лечебна физкултура. С., Мед. и физк., 1991.
10. Колева, И. Физикална аналгезия при неврологични заболявания. – *Serphalgia*, **8**, 2006, № 1, 10-21.
11. Слънчев, П., Л. Бонев и Ст. Банков. Ръководство по кинезитерапия. С., Мед. и физк., 1986.
12. Топузов, И. Ерготерапия. Първа част. С., РИК „Симел“, 2006.
13. Янчева, С., И. Миланов, Д. Георгиев и П. Шотеков. Двигателна дейност. – В: Неврология – Обща неврология. Под ред. на проф. Янчева. Стара Загора, Знание, 1998.
14. A O T A Council on Standards. Occupational therapy – its definition and function, – *Amer. J. Occup. Therapy*, **26**, 1972, 204-205.
15. Hamonet, C. L. et J. N. Heuleu. Rééducation fonctionnelle et réadaptation. Paris, Masson, 1998.
16. Hansen, R. A. et B. Atchison. Conditions in Occupational Therapy. Baltimore, Williams & Wilkins, 1993.
17. Hannecke, B. Occupational therapy (ergotherapy) – philosophy, objectives and methodology. – Рехабилитационна медицина и качество на живот, **1**, 2007, № 2, 16.
18. Kielhofner, G. A. Model of Human Occupation. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
19. Pedretti, L. W. et M. B. Early. Occupational Therapy – Practice Skills for Physical Dysfunction. Fifth Edition. St. Louis, Mosby, 2005.
20. Punwar, A. J. Occupational Therapy. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.
21. Reed, K. et S. Sandarson. Concepts of Occupational Therapy. New York, Lippincott: W & M, 2004.
22. Rusk, H. Rehabilitation Medicine. St. Louis, 1964.

23. Sinaki, M. Basic Clinical Rehabilitation Medicine. Philadelphia, W. B. Saunders Co, 1987.
24. Trombly, C. A. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Boston, Williams & Wilkins, 1996.

✉ **Адрес за кореспонденция:**

Д-р Момчил Иванов  
Клиника по неврология  
УМБАЛ „Д-р Георги Странски“  
5800 Плевен  
GSM: 0887 79 09 18  
e-mail: ivanovmd@dbv.bg



**Г. Ончев**  
**ЛИЧНОСТОВА АБНОРМНОСТ**  
**В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА**  
**Второ преработено издание**  
**С., Контекст, 2012, 144 с.**

Авторът е клиничен психиатър и преподавател по психиатрия в Медицински университет – София. Има изследователски опит в клиничната и транскултуралната психиатрия и в апробирането на нови инструменти и подходи за лечение и рехабилитация. Бил е експерт и главен изследовател в международни програми и

консорциуми в психичноздравната област.

След първото издание на тази монография (2001) се появиха нови данни за ролята на личността в проявите и хода на болестите. Тази роля е особено изразена при психози, депресия, тревожни разстройства, разстройства на храненето и злоупотреба с алкохол и други вещества, както и при телесни болести като хипертония и диабет. Болестите са почести и протичат по-тежко, когато се съчетават с личностова патология. Личностовите разстройства засягат около 10% от общата популация и функционирането им е свързано с тежка социална цена, несъразмерна спрямо вниманието, което получават в здравеопазването и в обучението на медици, психолози и социални работници.

Монографията представя исторически и изследователски данни за личностовата патология, осмислянето им на интегративно ниво и клинично описание за характерните роли, в които влиза тази патология. Всеки аспект на изложението е свързан с конкретни аналогии от клиничната практика. Структурата на книгата позволява както системен преглед, така и бърз преход през различни нива на разказа и интерпретациите. На края е приложен глосарий.