



Kliiniline küsimus nr 5: Kas kõik insuldijärgse kõnehäirega patsiendid vajavad kõneteraapiat parema ravitulemuse saavutamiseks 1 kord nädalas vs mitu korda nädalas?

Tõenduse kvaliteedi hindamine							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Mittekooskõllalisus	Kaudsus	Ebatäpsus	Muud kaalutlused	üks korda nädalas	mitu korda nädalas	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Intensiivse teraapia mõju puude (afaasia) raskusastmele: intensiivne vs mitte intensiivne teraapia (maksimaalne võimalik paranemine mõõdetud WAB, Boston Diagnostic Aphasia Examination)

5 ¹	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur ^a	väike	puudub	<p>Muutust puude raskuses uuris 5 uuringut (n=187). Esimeses uuringus (n=97) võrreldi intensiivset (5 tundi teraapiat nädalas 12 nädala jooksul, kokku 60h) mitte intensiivse (2h nädalas 12 nädala jooksul, kokku 24h) teraapiaga. Uuringus moodustati 3 gruppi: Intensiivne n=51, keskmine vanus 71.2, aeg insuldist 34.2 (SD 19.1) päeva, aafasia raskusaste WABAQ järgi 44.2 (SD 30.2). Mitte intensiivne n=27, keskmine vanus 69.7 (SD 15), aeg insuldist 28.1 (SD 14,9) päeva, afaasia raskus WABAQ 37.9 (SD 27.2) Puude raskusastme muutust hinnati WAB-testiga TULEMUS: Kahe grupi vahel statistiliselt olulist erinevust ei olnud (SDM: 0.15 (-0,3, 0,61)). Teine uuring võrdles arvutis läbitavat intensiivset lugemisteraapiat (10h teraapiat iga nädal, 6 nädala jooksul kokku 60h teraapiat) sama teraapia läbimist vähem intensiivset (4h iga nädal 6 nädala jooksul, kokku 24h teraapiat). Osalejaid (n=13) jagunesid intensiivne grupp (n=6) ja mitte intensiivne (N=7). Intensiivses grupi keskmine vanus 61.4, aeg insuldist SD: 28.2 kuud ja afaasia raskusaste 51.1a, vähem intensiivse grupi keskmine vanus 53.1a, aeg insuldist SD:51.1 kuud ning afaasia raskusaste WABAQ 55.1. TULEMUS: SD -0.15 (-1.25-0.94). Kolmas uuring võrdles (n=32+27)intensiivset (30-80 minutit, 5 päeva, kuni 4 nädalat (maksimum 26,5h teraapiat, min 2,5h tundi)) mitteintensiivse (kuni 80minutit, 1 kord nädalas, 4 nädalat (maksimum 5,5h) teraapiat. Intensiivsete grupi keskmine vanus oli 70,3 a, päevi insuldist keskmiselt 3.2 ning afaasia raskusaste WABAQ järgi 31.0. Mitte intensiivse grupi keskmine vanus oli 67,7a, päevai insuldist 3,4 ning afaasia raskusaste EABAQ järgi 9.0. TULEMUSED: SMD 0.77 (0.24, 1.30), intensiivse teraapia kasuks. Neljas uuring (n=10+7) võrdles CILT (Constrait Induced Language Therapy) tavapärase teraapiaga. CILT esindas intensiivset ning "piiratud" sekkumist (3-4h iga päev 10 päeva järjest, keskmiselt 31.5h teraapiat) ning tavapärase kõneravi intensiivset (2-3h päevas, 3-5 nädalat kokku keskmiselt 33.9h teraapiat) kuid mitte "piiratud". Osalejate keskmine vanus esimeses grupis oli 55.4 ja teises 53.9, aeg insuldist esimeses grupis keskmiselt 98.2 ja teises kesmiselt 24 päeva. Afaasia raskus esimeses grupis 2 kerget, 5 mõõdukat ning 3 rasket ning teises 2 kerget, 4 mõõdukat ning 1 raske. TULEMUSED: SMD: 0.23 (-0.74, 1.20) CIAT-i kasuks. Viies uuring (n= 15+15) võrdles aega, mis kulus teraapiaks. Mõlemad grupid said kokku 100h teraapiat. Esimene (intensiivne grupp) sai 2h päevas, 5 päeva nädalas 10 nädala jooksul, mitte intensiivne grupp sai 2h nädalas 50 nädala jooksul. Osalejate vanus esimeses grupis oli keskmiselt 58.27, aeg insuldist 7.97 nädalat, afaasia raskusaste AQ: 37.81. Osalejate vanus teises grupis oli keskmiselt 64.33, aeg insuldist 7.47 nädalat ning afaasia raskusaste AQ: 41.72. TULEMUSED: SDM: 0.59 (-0.22, 1.39) intensiivse teraapia kasuks.</p>	 <p>KESKMINE</p>	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------	-------	-------------------	-------	--------	---	---	------------

Intensiivse teraapia mõju (funktsionaalsele) kommunikatsioonile: intensiivne vs mitte intensiivne teraapia (maksimaalne võimalik paranemine mõõdetud WAB, Boston Diagnostic Aphasia Examination)

2 ¹	randomiseeritud uuringud	suur ^b	väike	väike	väike	puudub	<p>Muutust funktsionaalses kommunikatsioonis uuris 2 uuringut (n=84). Võrreldi intensiivset (2-5h nädalas kuni 4 nädalat) teraapiat mitteintensiivse (1-2 korda nädalas 4-10 nädalat) teraapiaga. MD: 11,75 (4.09 kuni 19.40), intensiivse teraapia kasuks. Follow-up SMD: 0,53 parem ; (0,07 kuni 0,99 parem).</p>	 <p>KESKMINE</p>	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	---	---	------------

Intensiivne afaasia teraapia mõju taastumisele: intensiivne vs mitte intensiivne teraapia (maksimaalne võimalik paranemine, mõõdetud WAB)

1 ²	randomiseeritud uuringud	suur ^c	väike	väike	suur ^d	puudub	Uuringusse kaasati 116 esmakordse afaasia diagnoosiga patsienti. Uuritavad jagati 3 gruppi - intensiivne (4,3+/- 1h teraapiat nädalas), standart (1,6 +/- 0,5h) ja National Health Service (NHS) (0,57h) grupp. Uuriti, kas kõneteraapia hulk mõjutab afaasiat taastumist. TULEMUSED: Statistiliselt oluline vahe oli NHS ja standardgrupi vahel (P=0,007 12. nädalal mõõdetult ja P=0,041 24. nädalal mõõdetud). Intensiivse ja standardgrupi vahel olulist erinevust tulemustest ei leitud.	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	---	---------------	------------

Kõnehäire paranemise prognoos: intensiivne vs vähem intensiivne kõneravi (maksimaalne võimalik paranemine, mõõdetuna Western Aphasia Battery Aphasia Quotient (AQ) alusel)

2 ³	randomiseeritud uuringud	väga suur ^e	väike	väga suur ^f	suur ^b	puudub	Kasutati kahe varases insuldijärgses perioodis Austraalias läbi viidud randomiseeritud uuringu (RCT) andmeid. Esimene uuring (n =59) võrdles igapäevast intensiivset kõneteraapiat (keskmiselt 7,5x45minutit teraapiat 22 päeva jooksul) tavapärase haiglas oleku ajal saadava teraapiaga (kokku 4,9x11minutit teraapiat 22 päeva jooksul). Teises uuringus (n = 20) võrreldi varajast individuaalset teraapiat varajase grupiteraapiaga. Patsiendid jagati kahte gruppi ning mõlemad grupid said 20 tundi teraapiat, 1 tund korraga 5 nädala jooksul (keskmiselt kokku 17,7h teraapiat 38,5 päeva jooksul). Analüüsi kaasati 70 uuringuis osalenut, kellest 56%-l oli raske afaasia (AQ 0-32,2) ning kelle keskmine vanus oli 69,5 aastat. Leiti, et afaasia raskusaste (baseline AQ), teraapia hulk esimese 4-5 nädala jooksul pärast insulti ning insuldi raskusaste olid olulised ennustajad afaasiast taastumisel. Et ravi intensiivsus ja kogumaht olid omavahel tugevalt seotud, loeti ravi kogumaht ka intensiivsuse surrogaatmarkeriks. TULEMUS: Iga 10 minutit ravi päevas lisaks (varases insuldijärgses perioodis) parandab kõnehäire paranemise prognoosi (mõõdetuna maksimaalse võimaliku paranemisenä) 6,3% võrra.	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	------------------------	-------	------------------------	-------------------	--------	---	--------------------	------------

insuldi või muu ajukahjustuse järgselt tekkinud düsartria teraapia (hinnatud millega: Frenchay Dysarthria Assessment edition I and II, Iowa Oral Performance Instrument (IOP), Assessment of intelligibility of Dysarthric Speech, Dysarthria Therapy Outcome Measure, Dysarthria Impact Profile, Communication outcomes after Stroke Scale)

5 ⁴	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väga suur ^g	väike	puudub	Antud uuring annab ülevaate 5 (n=234) randomiseeritud uuringu tulemustest. Taheti teada, milline düsartria teraapia annab kõige paremaid tulemusi, millal peaks teraapiaga alustama, kui sage peaks olema teraapia ja kui kaua kestma. 5 uuringu analüüsi tulemusel ei leitud ühtegi tõendatud teraapiat, mis annaks soovitud tulemusi. Ühe uuringu tulemusel andis düsartria teraapia lühiajalise lihase liikuvuse paranemise, kuid antud uuring tulemused on piiratud (valim oli väike, vead uuringu läbiviimises).	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------	-------	------------------------	-------	--------	---	---------------	------------

CI: usaldusintervall

Selgitused

a. Kõik esitatud uuringud ei vasta esitatud küsimusele

b. Väike valim.

c. tõenäoliselt, autorite enda sõnul) ei järgitud etteantud reegleid ühe uuritavate grupi kokkupanekul

d. väike valim. Ühe uuritavate grupi koostamisel tõenäoliselt ei pimendatud. Uuritavate vanuse vahemik oli väga suur, 17-92 aastat.

e. Väike valim. Uuringus ei arvestatud kõikide muutujatega (nt vanus, sugu). Uuringutes arvestati vaid otsest teraapiat, mille tõttu ei saa täpselt öelda, mis mõjutas kõne taastumisprotsessi ning kui suur osa on spontaansel taastumisel. Samuti puuduvad andmed algsete uuringute kvaliteedi kohta

f. ei vasta esitatud küsimusele

g. ei vasta esitatud küsimusele

Viited

1. Brady MC, Kelly H Godwin J Enderby P Campbell P.. Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016.
2. AMO Bakheit, S Shaw,L Barrett,J Wood,S Carrington,S Griffiths,K Searle and F Koutsi. A prospective, randomized, parallel group, controlled study of the effect of intensity of speech and language therapy on early recovery from poststroke aphasia. Clinical Rehabilitation ; 2007.
3. Godecke E, Rai T Ciccone N Armstrong E Granger A Hankey GJ.. Amount of therapy matters in very early aphasia rehabilitation after stroke: a clinical prognostic model. Semin Speech Lang; 2013.
4. Mitchell C, Bowen A,Tyson S,Butterfint Z,Conroy P. Interventions for dysarthria due to stroke and other adultacquired, non-progressive brain injury (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.