

Фізична реабілітація хворих після перенесеного ішемічного інсульту*Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)*

Постановка наукової проблеми та її значення. На сьогодні основними причинами смерті людства є серцево-судинні захворювання й інсульти [1]. Інсульт посідає друге місце серед хвороб із фатальними наслідками, а також є найбільш поширеною причиною втрати працездатності. У світі у 2005 р. він став причиною 5,7 млн смертельних випадків і прогнозувалося зростання смертності внаслідок інсульту до 6,7 млн у 2015 р. і до 7,8 млн у 2030 р. [1; 2; 4].

В Україні склалася вкрай небезпечна ситуація, пов'язана з наслідками інсульту. На відміну від багатьох інших країн, де ця хвороба займає серед причин смертності третє місце, у нас він значно випередив злякисні новоутворення й упевнено займає друге місце. Смертність від інсульту серед чоловіків у віці 47–74 років становить 606, а серед жінок – 408 осіб на 100 тис. населення. Це, відповідно, в 11,2 і 12,75 рази вище, порівняно зі Швейцарією, і в декілька разів, порівняно з іншими країнами Європи. Навіть порівняно з Росією, від якої Україна мало відрізняється за соціально-економічним розвитком та структурою системи охорони здоров'я, смертність від інсульту серед чоловіків в 1,5 рази, а серед жінок – майже у 2 рази вища [2; 5; 12]. До того ж статистика інсульту в Україні має тенденцію до подальшого погіршення, тоді як у багатьох інших країнах ситуація суттєво покращується. При цьому слід зазначити, що смертність від інфаркту міокарда знижується й це навряд чи можна пояснити поліпшенням у матеріальній сфері; причина, скоріше, полягає в дієвій реорганізації кардіологічної служби та впровадженні в практику сучасних світових стандартів. Усе це свідчить про те, що реабілітація хворих після інсульту відіграє велику роль, займає важливе місце і є актуальним напрямом розвитку неврології.

Ішемічний інсульт супроводжується низкою неврологічних симптомів. Найчастіше трапляються односторонні моторні й чутливі порушення, вегетативні розлади [3; 6]. Тому на сьогодні актуальна розробка нових комплексних відновлювальних програм, які допоможуть підвищити ефективність реабілітації цього контингенту хворих [7; 9; 11]. Уключення в комплексні програми реабілітації, крім традиційних методів, масажу шиатсу та гідрокінезотерапії, посилює вплив на втрачені види чутливості, моторну функцію й координацію, що дасть змогу підвищити ефективність реабілітації хворих на ішемічний інсульт на санаторно-курортному етапі та скоротити терміни реабілітації.

Зв'язок роботи з важливими науковими програмами або практичними завданнями. Дослідження проводили згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації НУФВСУ відповідно до «Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр.», тема 4.4. «Удосконалення організаційних і методичних основ програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму людини» (№ держреєстрації – 0111U001737).

Мета роботи – розробити комплексну програму реабілітації з уключенням елементів гідротерапії й масажу шиатсу для хворих з ішемічним інсультом на санаторно-курортному етапі та визначити її ефективність.

Методи дослідження – аналіз спеціальної науково-методичної літератури, педагогічне спостереження, вимірювання артеріального тиску, пульсометрія, динамометрія, методи математичної статистики. Дослідження проводили на базі санаторію «Жовтень», у відділенні цереброваскулярних патологій. Під спостереженням перебувало 18 осіб віком від 27 до 50 років після перенесеного ішемічного інсульту.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Перед початком програми реабілітації хворих обстежували за допомогою вимірювання ЧСС, артеріального тиску (АТ) й динамометрії. При надходженні в санаторій хворі скаржилися на загальну слабкість, швидку втому, дратівливість і поганий сон.

У більшості відзначали обмеження руху в паретичних кінцівках, запаморочення, шум у голові, періодичне підвищення АТ, невпевненість рухів під час ходьби, головний біль дифузного характеру, швидка втома, зниження настрою, плаксивість, нудота, блювота й поганий сон. Отримані дані були основою для проведення програми реабілітації з цими хворими в різних групах із проведенням низки методичних прийомів і різних за характером фізичних вправ, які використовуються в програмі фізичної реабілітації.

Усіх хворих поділено на дві групи по дев'ять осіб, але кожну групу ділили ще на дві, оскільки в першій, і в другій були люди з право-й лівостороннім парезом. Для хворих першої групи широко застосовували лікувальну фізичну культуру, масаж, шиатсу, гідрокінезотерапію, фізіотерапевтичні методи, механотерапію, трудотерапію, кліматотерапію. Друга група хворих займалася за стандартною схемою (лікувальна фізкультура, масаж класичний, фізіотерапевтичні методи, механотерапія, трудотерапія, природні фактори природи).

Лікувальну гімнастику в обох групах проводили груповим методом – один раз на день тривалістю 40–45 хв (рис.1).



Рис. 1. Орієнтовна схема процедур лікувальної гімнастики

Лікувальна гімнастика включала в себе вправи у вихідному положенні сидячи, стоячи, вправи на розслаблення, дихальні, загальнорозвивальні й спеціальні, вправи з предметами та на снарядах, вправи на рівновагу й координацію, ідеомоторні та ізометричні вправи. Контроль за станом пацієнтів проводили за такими показниками: ЧСС, АТ і динамометрія – до, під час і після заняття.

В одній і другій групі випробуваних застосовували однакові фізіотерапевтичні методи (наприклад гальванізація, лікарський електрофорез, електростимуляція м'язів і дарсонвалізація). До кожного пацієнта застосували індивідуальний підхід і призначення. Відвідувати призначений вид фізіотерапевтичної процедури дозволялося лише 10 разів.

Механотерапію, трудотерапію й кліматотерапію тривалістю 45–50 хв учасники наших груп виконували щодня самостійно. Заняття проводили в спеціально обладнаному для цього залі.

Здійснення масажу мало деяку відмінність у групах. У першій пацієнтам зроблено масаж шиатсу, а в другій – класичний. Відмінність полягала в тому, що масаж шиатсу передбачає натискання тих ділянок, де є підвищений м'язовий тонус, а класичний виконується більш обережно.

Гідрокінезотерапію проводили тільки в першій групі. Заняття проходили в басейні протягом 50 хвилин, а температура води досягала $C^0 +26-30$. Така температура пояснюється тим, що тепло сприяє меншому прояву рефлекторної збудливості й судом, ослабленню болю та спастичності. Крім

того, фізичні вправи в теплій воді дають змогу використовувати ту обмежену м'язову силу паретичних м'язових груп, яка в умовах звичайного середовища важко виявляється. Заняття проводили через день. У кожного пацієнта вимірювали ЧСС, АТ, динамометрію – до, під час та після заняття.

Згідно з отриманими даними, комплексне застосування методів фізичної реабілітації дало позитивний результат. Після лікування самопочуття всіх хворих значно покращилося, підвищилася толерантність до фізичних навантажень, відбулося не тільки зниження ЧСС, АТ, а й збільшилася сила в паретичних кінцівках. Разом із зазначеним покращився фізичний і психічний стан обстежених.

У пацієнтів I групи відзначалася виражена тенденція до поліпшення клінічних симптомів, а в пацієнтів II групи вони ще зберігалися. Оскільки в I групі додатково проводили гідрокінезотерапію та масаж шиатсу, реабілітація відбувалася більш успішно.

У I групі (рис. 2) динаміка показників була такою: ЧСС у пацієнтів із правостороннім геміпарезом знизилася на 15 ударів; АТ (систоличний) – на 20–25 мм рт. ст., діастолічний – на 5–10 мм рт. ст.; динамометрія правої руки збільшилася на 7–8 (кг), а лівої – на 8–9 (кг). ЧСС в осіб із лівобічним геміпарезом знизилася на 10 ударів; АТ (систоличний) – на 20 мм рт. ст., діастолічний – на 5–10 мм рт. ст.; динамометрія правої руки збільшилася на 4–5 (кг), а лівої – на 5–6 (кг).

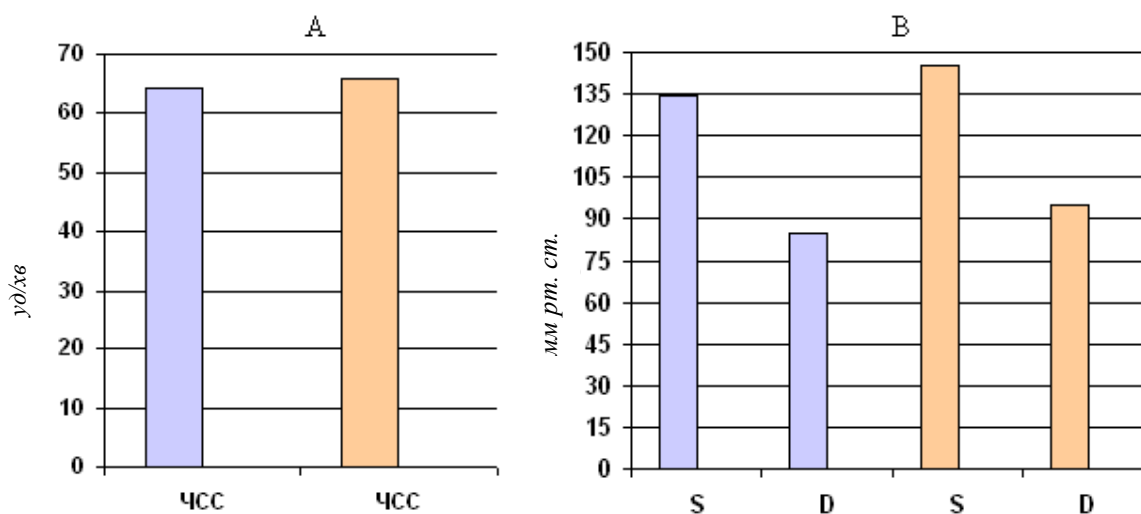


Рис. 2. Порівняльний аналіз показників А – частоти серцевих скорочень (уд/хв), В – артеріального тиску (мм рт. ст.) у I (■) і II (■) групах хворих після проведення реабілітаційних заходів, де S – систолічний та D – діастолічний тиск

У пацієнтів II групи ЧСС знизилася на 10 ударів; АТ (систоличний) – на 5 мм рт. ст, діастолічний тиск залишалася без змін; динамометрія в пацієнтів із правостороннім геміпарезом правої руки збільшилася на 3–4 (кг), а лівої – на 5 (кг), у пацієнтів із лівобічним геміпарезом динамометрія правої руки збільшилася на 3 (кг), а лівої – на 5 (кг).

На 24 день реабілітації у двох пацієнтів II групи ще збереглися значні клінічні симптоми захворювання. При цьому в обох групах у пацієнтів із правостороннім геміпарезом процеси відновлення протікали трохи швидше, ніж у пацієнтів із лівобічним геміпарезом.

Висновки. Аналіз даних літератури свідчить про те, що інсульт залишається вкрай важливою медико-соціальною проблемою, оскільки є однією з найбільш частих причин інвалідизації, здебільшого пов'язаної з руховими порушеннями. Це свідчить про те, що реабілітація хворих після інсульту займає чільне місце серед досліджень у неврології.

Запропоновані комплекси лікувальної гімнастики в обох групах складені з урахуванням індивідуальних особливостей людини, їх основним напрямом було відновлення фізичної, психологічної та професійної активності. Широко використовували вправи на відновлення побутових навичок, вправи в статичному утриманні кінцівок у їх чергуванні з дихальними й вправами на розслаблення.

У результаті дослідження й зіставлених даних до та після лікування можемо зробити висновок, що застосування гідрокінезотерапії й масажу шиатсу в комплексі з традиційними методами реабілітації на санаторно-курортному етапі – це ефективний немедикаментозний метод реабілітації хворих, які перенесли ішемічний інсульт. Це доводить покращення клінічних симптомів захворювання, нормалізація АТ, ЧСС, збільшення сили в паретичних кінцівках, нормалізація сну та зниження втоми.

На 24 день реабілітації в групі, яка займалася за традиційною програмою реабілітації, у двох пацієнтів збереглися значні клінічні симптоми захворювання. При цьому в обох групах у пацієнтів із правостороннім геміпарезом процеси відновлення протікали трохи швидше, ніж в осіб із лівобічним геміпарезом, що обумовлено особливостями протікання процесів у головному мозку.

Комплексне застосування методів фізичної реабілітації, згідно з отриманими даними, дало позитивний результат. У результаті проведеного лікування самопочуття всіх хворих значно покращилося, а саме: підвищилася толерантність до фізичних навантажень, відбулося зниження ЧСС, АТ, збільшилася сила в паретичних кінцівках, а також покращився їхній фізичний і психічний стан.

Перспектива подальших досліджень полягає в науковому обґрунтуванні комплексного застосування традиційних методів реабілітації, масажу шиатсу й гідрокінезотерапії на санаторно-курортному етапі у хворих з ішемічним інсультом.

Джерела та література

1. Виленский Б. С. Инсульт. Современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. – №2. – С. 4–10.
2. Виленский Б. С. Современное состояние проблемы инсульта / Б. С. Виленский, Н. Н. Яхно // Вестник Российской АМН. – 2006 – № 9–10. – С. 18–23.
3. Волошин П. В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / П. В. Волошин, Т. С. Міщенко, Є. В. Лекомцева // Міжнар. невролог. журн. – 2006. – № 3 (7). – С. 9–13.
4. Гусев Е. И. Проблема инсульта в Российской Федерации: Время активных совместных действий / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, Л. В. Стаховская // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – № 8. – С. 4–10.
5. Касте М. Как улучшить качество медицинской помощи больным с инсультом в общенациональном масштабе? Опыт Финляндии / М. Касте // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова (Инсульт-приложение к журналу). – 2003. – № 9. – С. 65–68.
6. Коваленко В. М. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Т. С. Манойленко. – К., 2009. – 145с.
7. Медицинская реабилитация. Руководство / под ред. В. М. Боголюбова : в 3 т. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 684 с.
8. Міщенко Т. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / Т. С. Міщенко // Судинні захворювання головного мозку. – 2006. – № 1. – С. 3–7.
9. Мурашко Н. К. Упровадження сучасних методів лікування цереброваскулярних захворювань у систему професійних цінностей лікарів сімейної медицини / Н. К. Мурашко // Сімейна медицина. – 2010. – № 1. – С. 72–74.
10. Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні / І. Л. Ревенько // Запорожский мед. журн. – 2010. – Т. 12, N 3. – С. 42–47.
11. Сосин И. Н. Физиотерапия в хирургии, травматологии и нейрохирургии / И. Н. Осин, М. Х. Кариев. – Ташкент : Медицина, 1994. – 368 с.
12. Leys D. The main components of stroke unit care / E. Ringelstein, M. Kaste [et. al.] ; D. Leys, E. Ringelstein, M. Kaste // Cerebrovasc. Dis. – 2007. – Vol. 23. – P. 465.

Анотації

Розроблено комплексну програму реабілітації хворих на ішемічний інсульт, що включає традиційні методи, а також гідрокінезотерапію та масаж шиатсу. Запропонована програма реабілітації апробована на 18 хворих на ішемічний інсульт, які проходили програму відновлювального лікування на санаторно-курортному етапі у відділенні цереброваскулярних патологій санаторію «Жовтень». Вивчено особливості реабілітації таких хворих. Установлено показники артеріального тиску, пульсометрії, динамометрії в них. Розроблено та запропоновано комплекси лікувальної гімнастики, масажу, гідрокінезотерапії. Доведено ефективність запропонованої програми реабілітації. Розроблено практичні рекомендації, які включають масаж, дихальну гімнастику, психотерапію, гідрокінезотерапію, кліматотерапію й лікувальну фізичну культуру для хворих на ішемічний інсульт на санаторно-курортному етапі.

Ключові слова: інсульт, реабілітація, масаж, програма, гідрокінезотерапія.

Игорь Скрипниченко. Физическая реабилитация больных после перенесённого ишемического инсульта.

Разработана комплексная программа реабилитации больных с ишемическим инсультом, включающая традиционные методы, а также гидрокинезотерапию и массаж шиатсу. Предложенная программа реабилитации апробирована на 18 больных с ишемическим инсультом, которые проходили программу восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе в отделении цереброваскулярных патологий санатория «Жовтень». Изучены особенности реабилитации таких больных. Установлены показатели артериального давления, пульсометрии, динамометрии у таких больных. Разработаны и предложены комплексы лечебной гимнастики, массажа, гидрокинезотерапии. Доказана эффективность предложенной программы реабилитации. Разработаны

практические рекомендации, включающие массаж, дыхательную гимнастику, психотерапию, гидрокинезотерапию, климатотерапию и лечебную физическую культуру для больных с ишемическим инсультом на санаторно-курортном этапе.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, массаж, программа, гидрокинезотерапия.

Igor Skripnichenko. Physical Rehabilitation of Patients After Ischemic Stroke. *A comprehensive program of rehabilitation of patients with ischemic stroke, including traditional methods, as well as hydrokinetic therapy and shiatsu massage is developed. The proposed rehabilitation program was tested on 18 patients with ischemic stroke who were on the program of rehabilitation sanatorium stage of cerebrovascular pathology in the department of nursing «Zhovten». The features of the rehabilitation of patients with ischemic stroke are analyzed. Blood pressure, heart rate, wrenches indices of patients with ischemic stroke are set . The systems of physiotherapy, massage, hydrocolonotherapy are developed and proposed. The efficiency of the proposed rehabilitation program is proved. Practical recommendations include massage, breathing exercises, psychotherapy, hydrokinetic, climatic and therapeutic physical training of patients with ischemic stroke in the sanatorium stage.*

Key words: stroke, rehabilitation, massage, a program hydrocolonotherapy.