

## СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

**Салей Ірина**

*здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,  
Приватного вищого навчального закладу  
«Міжнародний економіко-гуманітарний університет  
імені академіка Степана Дем'янчука» (м. Рівне)*

**Науковий керівник: Сірман О.В.,**

*кандидат педагогічних наук, доцент кафедри  
здоров'я людини та фізичної терапії*

*Приватного вищого навчального закладу  
«Міжнародний економіко-гуманітарний університет  
імені академіка Степана Дем'янчука» (м. Рівне)*

**Анотація.** У статті розглянуто актуальну проблему реабілітації пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту. Акцентовано увагу на важливості раннього початку відновлювальних заходів, а також необхідності когнітивної реабілітації для досягнення кращих результатів лікування та соціально-побутової адаптації. Представлено результати дослідження впливу комплексної реабілітаційної програми, що включає фізичну терапію, використання сучасних реабілітаційних тренажерів, методики міофасціальної корекції та двоетапну модель безперервної реабілітації. Отримані дані пацієнтів до та після реабілітації підтверджують ефективність запропонованої програми для осіб, які пережили ішемічний інсульт.

**Ключові слова:** ішемічний інсульт, реабілітація, когнітивні функції, фізична терапія, відновлення.

**Abstract.** The article addresses the urgent issue of rehabilitation in patients after ischemic stroke. It emphasizes the importance of early initiation of recovery interventions and the necessity of cognitive rehabilitation to achieve better treatment outcomes and social adaptation. The results of a study on the impact of a comprehensive rehabilitation program are presented. This program includes physical therapy, the use of modern rehabilitation equipment, myofascial correction techniques, and a two-stage model of continuous rehabilitation. The data obtained from patients before and after rehabilitation confirm the effectiveness of the proposed program for individuals who have survived ischemic stroke.

**Keywords:** ischemic stroke, rehabilitation, cognitive functions, physical therapy, recovery.

В останні десятиліття спостерігається глобальне підвищення поширеності судинних захворювань головного мозку, у тому числі інсультів, наслідки яких є основною причиною інвалідизації в осіб старшого віку. В Україні щороку фіксують 100-110 тис. інсультів (понад третина з них – у людей працездатного віку). Первинні інсульти становлять у середньому 75%, повторні – близько 25% усіх випадків інсульту. Після 45 років кожне десятиліття кількість інсультів у відповідній віковій групі подвоюється. Частка пацієнтів, нездатних до самостійного проживання та самообслуговування, вже за рік після інсульту становить приблизно 30%. У зв'язку з цим одним із основних завдань української системи охорони здоров'я є уповільнення зростання інвалідизації населення, що здійснюється за рахунок активного розвитку системи реабілітації в нашій країні [6; 7].

У зв'язку з виникненням у більшості хворих після інсульту комплексного неврологічного дефіциту реабілітація включає різноманітні заходи, спрямовані на відновлення або компенсацію порушених функцій нервової системи. В основі відновлювальних процесів лежать механізми нейропластичності – здатності нервової тканини до структурно-функціональної перебудови, що відбувається після її ушкодження, що сприяє відновленню не тільки порушених рухових функцій, а й пам'яті, навчання, набуття нових навичок [4; 7].

Когнітивна реабілітація пацієнтів, які перенесли інсульт, прискорює обробку інформації, дозволяє хворому отримати правильне уявлення про збереження функцій організму і сприяє більш успішній соціально-побутовій адаптації з урахуванням наявного дефіциту [1; 2].

Для формування правильної реабілітаційної стратегії корекції когнітивного дефіциту у хворих після інсульту необхідне насамперед розуміння причин, що лежать в основі розвитку цих порушень, а також своєчасна їх діагностика на ранніх етапах виникнення та оцінка ступеня їх вираженості з метою визначення ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів.

Раніше вважалося, що однією з цілей реабілітації хворих, які перенесли інсульт, є застосування методик, у яких основний акцент робився на використанні неуразених кінцівок з метою більшої незалежності пацієнтів у повсякденному житті. При цьому на уражені кінцівки значне навантаження не здійснювалося. В даний час доведено, що активізація уражених кінцівок безпосередньо впливає на процеси функціональної церебральної реорганізації і, таким чином, сприяє кращому відновленню неврологічного дефекту. Тривала (більше 28 днів) пропріоцептивна

стимуляція у хворих з інсультом, що здійснюється шляхом здійснення пасивних рухів, супроводжується підвищенням активності сенсомоторної та додаткової моторної кори за даними функціональної МРТ [2].

Рання терапія інсульту значною мірою визначає успіх проведених у подальшому реабілітаційних заходів. Найбільш значне відновлення можливе в перші 3 місяці від початку інсульту, після 6 місяців, як правило, можливе лише незначне покращення. Однак процес відновлення може у ряду хворих продовжуватись і більш тривалий період після інсульту. Важливість раннього початку реабілітації пов'язана, по-перше, з рядом ускладнень гострого періоду, багато в чому зумовлених гіпокінезією і гіподинамією (тромбофлебії кінцівок, тромбоемболії легеневої артерії, застійні явища в легенях і т.д.), і, по-друге, з небезпекою (телеграфний стиль) при моторній афазії і т.д.). На значення ранньої реабілітації вказує більшість дослідників, багато хто з них підкреслюють, що більш ранній її початок сприяє більш повному відновленню функцій, впливає на темп відновлення. Деякі дослідники вважають ранній початок реабілітації навіть важливішим для відновлення функцій, ніж її тривалість [1].

Ступінь, характер та тривалість відновлення втрачених внаслідок інсульту рухових функцій дуже варіабельні. Найбільш суттєве покращення у стані хворих під дією реабілітаційних програм відзначається у перші 6 місяців від початку інсульту, хоча не менш ніж у 5% хворих відзначається поліпшення протягом року. Часткову або повну незалежність у повсякденному житті можна досягти в 47-76% випадків [3; 5].

Ми вирішили провести дослідження щодо впливу комплексного підходу до реабілітації осіб, які перенесли ішемічний інсульт. Для досягнення найкращого результату було розроблено програму, яка ґрунтується на принципі безперервності реабілітаційного процесу та з використанням нових методик реабілітації.

Метою дослідження є оцінка ефективності комплексної реабілітаційної програми для пацієнтів після ішемічного інсульту, що включає фізичну терапію, сучасні тренажери та когнітивну стимуляцію. У даній статті ми саме і акцентуємо увагу на важливості раннього та безперервного початку реабілітації для досягнення кращих результатів відновлення та покращення якості життя пацієнтів.

Завданнями, які допомагали досягнути поставленої мети, було визначено наступні:

1. Оцінити ефективність комплексної реабілітаційної програми для пацієнтів після ішемічного інсульту.

2. Визначити роль фізичної терапії та використання сучасних тренажерів у процесі відновлення.

3. Дослідити вплив когнітивної реабілітації на соціальну адаптацію пацієнтів.

4. Підкреслити важливість раннього та безперервного початку реабілітації для покращення результатів відновлення.

5. Зробити висновки щодо доцільності та ефективності даної реабілітаційної програми.

У проведеному дослідженні брали участь 8 осіб (4 особи I групи (проходили реабілітацію за розробленою нами новою програмою) та 4 особи II групи (проходили реабілітацію за вже існуючою програмою) – чоловіки та жінки віком від 28 до 62 років з діагнозом: ішемічний інсульт, право-/лівосторонній геміпарез, середнього ступеня тяжкості; давність поставленого діагнозу 6-12 місяців.

Дослідження було проведено на базі КНП «Коростенська центральна лікарня» Ушомирської сільської ради.

До складу програми фізичної реабілітації включили: лікувальну гімнастику, заняття на тренажерах: MOTomed Viva2, Траст М (стабілоплатформа), HUR лінійка, Primus RS (Праймус), кушетка Бобата, вертикалізатор Easystand evolv glider (глайдер), RT-300, Pulley, Woodway (бігова доріжка), Kardiomed 700 (еліпсоїд), Орторент, еспандери та заняття за методикою Майерса міофасціальні меридіани.

Програма складалася із двох етапів:

I етап – стаціонарне відновлення у Центрі реабілітації інвалідів, відділенні фізичної реабілітації, тривалість 14 днів;

II етап – під час якого клієнт знаходився вдома та самостійно виконував рекомендовані процедури (при необхідності отримував консультації спеціаліста), тривалість 14 днів.

В результаті проведеного дослідження з метою визначення ефективності розробленої програми, виявлено, що програма відновлення рухових функцій в осіб, які перенесли ішемічний інсульт суттєво вплинула на покращення якості життя клієнтів, що ми можемо побачити у табл. 1.

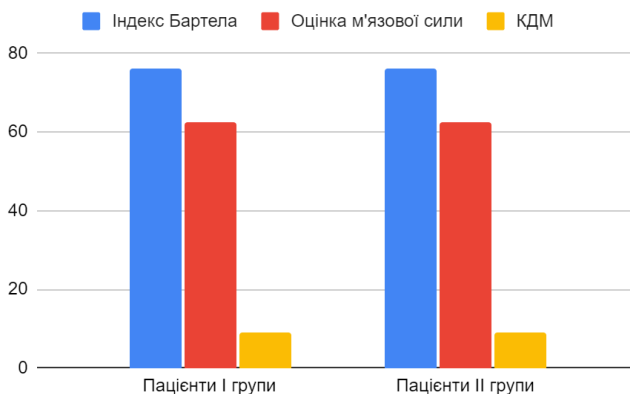
Таблиця 1.

**Показники рівня реабілітації у досліджуваних групах, до/після**

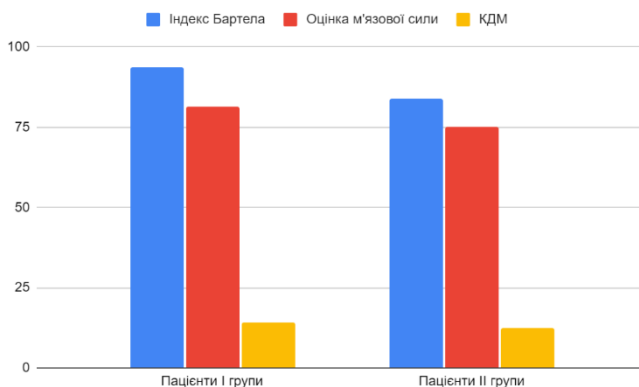
|               | I група         |                    | II група        |                    |
|---------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
|               | До реабілітації | Після реабілітації | До реабілітації | Після реабілітації |
| Індекс Бартел | 76,3            | 93,8               | 76,3            | 83,8               |

|                                                          |      |      |      |       |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|-------|
| Оцінка м'язової сили                                     | 62,5 | 81,3 | 62,5 | 75    |
| Вимірювання кута рухливості суглоба:<br>плечовий суглоб: |      |      |      |       |
| • відведення                                             | 91,3 | 105  | 91,3 | 101,3 |
| • згинання                                               | 91,3 | 104  | 91,3 | 100   |
| • розгинання                                             | 45   | 50   | 45   | 47,5  |
| променево-зап'ястковий суглоб:                           |      |      |      |       |
| • згинання                                               | 60   | 70   | 60   | 68,8  |
| • розгинання                                             | 51,3 | 58,8 | 51,3 | 56,3  |
| тазостегновий суглоб:                                    |      |      |      |       |
| • згинання                                               | 65   | 85   | 65   | 78,8  |
| • відведення                                             | 35   | 40   | 35   | 38,8  |
| гомілковостопний суглоб:                                 |      |      |      |       |
| • згинання                                               | 11,3 | 12,5 | 11,3 | 12    |
| • розгинання                                             | 31,3 | 36,3 | 31,3 | 32,5  |
| КДМ                                                      | 9    | 14   | 9    | 12,5  |

На рис. 1 та 2 видно результати обох груп за основними показниками до та після реабілітації.



**Рис. 1.** Показники пацієнтів I та II груп до курсу реабілітації



**Рис. 2.** Показники пацієнтів I та II груп в результаті виконання програми реабілітації

За рис. 1,2 та таблицею 1, можна зробити висновок, що позитивна динаміка спостерігається в обох групах. Але в I групі показники з усіх тестів суттєво відрізняються. У II групі приріст показників також наявний: динамометрія збільшилася на 3.5; оцінка м'язової сили збільшилася на 12.5, а індекс Бартела на 7.5, що свідчить про те, що вже існуюча програма реабілітації позитивно впливає на рухові функції людей, які перенесли ішемічний інсульт. А також видно, що розроблена програма реабілітації для

I групи пацієнтів, більш ефективна, ніж існуюча програма: динамометрія збільшилась на 5; оцінка м'язової сили збільшилась на 18.8 а, індекс Бартела на 17.5.

Позитивний результат в I групі пацієнтів щодо II, досягнуто завдяки розширеній програмі та певній послідовності реабілітації, яка включила не тільки стандартні прийоми реабілітації, а й нові методи відновлення. У ці методи входять: тренажер pulli, еспандери та заняття з методики Майєрса міофасціальні меридіани. Заняття за методикою Майєрса міофасціальні меридіани являють собою сполучні тканини фасцій та кісток які обплутують все наше тіло, і дають розуміння, що больовий синдром не завжди є локальним, тобто якщо болять колінний суглоб, є ймовірність того, що потрібно обстежити і впливати або на кульшовий суглоб або хребетний стовп. За цією методикою клієнти працювали на тренажері pulli та трубчастими еспандерами, тим самим впливаючи на міофасціальні меридіани.

Таким чином, підсумуємо, що хворі, які пережили інсульт, потребують проведення різноманітних реабілітаційних заходів, спостереження з боку сімейних лікарів, невролога поліклініки, опіки соціальних органів, піклування з боку рідних та близьких. Тільки спільні зусилля реабілітологів, лікарів поліклінік, соціальних працівників, рідних та близьких дозволять хворим після інсульту відновити повністю або частково порушені функції, соціальну активність (а в значній частині випадків і працездатність), наблизити якість життя до доінсультного періоду.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Білянський О.Ю. Визначення функціонального стану осіб після перенесеного мозкового ішемічного інсульту / Спортивна наука України. 2006. 4 (5). С. 18. 2. Довгий І. Л. Реабілітація хворих, які перенесли ішемічний інсульт методами озонотерапії, кінезіотерапії, фізіотерапії / І. Л. Довгий, Н. К. Свиридова // Східно-європейський неврологічний журнал. – 2016. – № 6. С. 4–9. 3. Петров С.Г., Мерзлікіна О.В. Комплексне застосування засобів фізичної терапії у хворих з наслідками мозкового ішемічного інсульту / Молода спортивна наука України: Зб.наук.пр. з галузі фізичної культури та спорту. Луцьк, 2006. Вип. Ю. С. 385 –389. 4. Погорелов О. В. Нейрофізіологічна діагностика астенічних станів при ішемічних порушеннях головного мозку / Український неврологічний журнал. 2009. № 2 С. 49–53. 5. Попадюха Ю.А. Сучасні роботизовані комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: Навч. посіб./Ю.А.Попадюха. – К.:Центр учбової літератури, 2018. 656 с. 6. Українська асоціація боротьби з інсультом. Причини інсульту. <http://insult.net.ua/index.php?page=lechenie-insulta&hl=ua> UA. 7. Фізична терапія в нейрореабілітації : навч.-метод. посіб. для викладачів / О. А. Козьолкін, В. І. Дарій, М. В. Сікорська, І. В. Візір. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 234 с.