

МЕТОДИ І ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГЕМОРАГІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Мельник Тетяна

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

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, Україна)*

Анотація. Проаналізовано наукові джерела сучасної методичної і спеціальної літератури щодо використання засобів фізичної терапії в комплексному відновленні хворих після перенесеного геморагічного інсульту. Досліджено ефективність програми фізичної терапії та індивідуальний підхід до відновлення функцій при геморагічному інсульті, а також зміну функціональних показників у пацієнтів під впливом запропонованої програми з фізичної терапії. Обґрунтовано основні методи та засоби фізичної терапії, які покращують відновні процеси та створюють оптимальні умови для відновлення хворих після геморагічного інсульту.

Ключові слова: методи, засоби, фізична терапія, геморагічний інсульт.

Abstract. The scientific sources of modern methodological and special literature on the use of physical therapy in the comprehensive recovery of patients after a hemorrhagic stroke were analyzed. The effectiveness of the physical therapy program and the individual approach to restoring functions in hemorrhagic stroke were studied, as well as changes in functional indicators in patients under the influence of the proposed physical therapy program. The main methods and means of physical therapy that improve recovery processes and create optimal conditions for the recovery of patients after hemorrhagic stroke are substantiated.

Keywords: arterial hypertension, physical therapy, therapeutic exercises, therapeutic massage, physiotherapy.

Судинні захворювання мозку є однією з найбільш важливих медико-соціальних проблем сучасності, що обумовлено їх значною часткою у структурі захворюваності, смертності, інвалідності. Найбільш поширеним та тяжким за своїми наслідками серед судинних захворювань мозку є інсульт. Інсульт — гостре порушення мозкового кровообігу, що є причиною пошкодження тканин мозку і розлади у його функціонуванні. За частотою виникнення інсульт є другою причиною смерті людей в усьому світі і є основною причиною довготривалої непрацездатності.

За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, інсульт протягом останніх 15 років лідирує серед причин смерті людей на планеті, поступаючись лише ішемічній хворобі серця. Щорічно інсульт є причиною смерті 5,7 млн. осіб в усьому світі. А за інформацією Харківського міського центру здоров'я, в Україні жертвами інсульту щорічно стають понад 100 тис. осіб, серед яких третина молодше 65 років. Навіть в США інсульт є основною причиною інвалідності дорослих та п'ятою провідною причиною смерті. Вчені США встановили що інсульт трапляється кожні 40 с і кожні 4 хв в світі хтось помирає від інсульту [

Інсульт — це медичний стан, внаслідок якого поганий приплив крові до мозку викликає загибель клітин. Існує два основних типи інсульту: ішемічний, коли відсутній кровоток та геморагічний, коли виникає кровотеча. Обидва призводять до того, що частини мозку перестають функціонувати належним чином.

Найчастіше виникнення інсульту буває при захворюваннях серця, артеріальній гіпертензії, аневризмах судин мозку, васкулітах, атеросклерозі тощо. Спричинюють інсульт дистонія судин, порушення кровообігу, зміни реактивності судин, спазмом, психотравмою, коагуляційних властивостей крові, коливання артеріального тиску, фізичне навантаження тощо.

До факторів ризику інсульту слід віднести такі як : цукровий діабет; артеріальна гіпертонія; серцеві захворювання; транзиторні ішемічні атаки; куріння; асимптомний стеноз сонних артерій; похилий вік.

Аналіз сучасної науково-медичної літератури свідчить про те, що геморагічний інсульт що вимагає комплексного підходу до лікування, яке повинно включати медикаментозну терапію, фізіотерапію, лікувальну фізичну культуру [2].

Мета нашої статті дослідити ефективність застосування засобів та методів фізичної терапії при геморагічному інсульті.

Для оцінки ефективності лікування у всіх хворих було клінічне обстеження, яке передбачало цілеспрямоване дослідження неврологічного і загальносоматичного статусу шляхом проведення детального вивчення анамнестичних даних, скарг і клінічних проявів з використанням розробленої схеми опитування та карти обстеження, а також дослідження

неврологічного статусу в динаміці. Дана схема включала визначення мобільності та самопомог (самообслуговування) хворого за шкалою Бартела/Barthel ADL Index; оцінку спастичності за модифікованою шкалою спастичності Ашфорт/ModifiedAshworthofMuscleSpasticity.

Критеріями відбору хворих для проходження реабілітації були:

1. Верифікація перенесеного ішемічного інсульту (за даними анамнезу, клініки та додаткових методів дослідження - аксіальної комп'ютерної томографії (АКТ), магніторезонансної томографії (МРТ);

2. Проходження попереднього лікування в закладах охорони здоров'я;

3. Відновний період після перенесеного геморагічного інсульту;

4. Загальний клінічний стан хворих, що розцінювався як задовільний або стабільний (оцінювалося за допомогою Індексу самопомог та мобільності Barthel, шкали Ashword);

5. Виключення хворих з нещодавно перенесеною інфекцією в анамнезі, нирковими, печінковими, аутоімунними, онкологічними, ендокринними та іншою вираженою супутньою патологією в стадії загострення.

Для уточнення характеру захворювання, оцінки динаміки неврологічної симптоматики, вияснення механізмів дії та ефективності застосування методів лікування, співставлялися дані клінічного, неврологічного обстеження, реоенцефалографії (РЕГ), електроенцефалографії (ЕЕГ), електрокардіографії (ЕКГ), ехо-ЕКГ. При необхідності хворі додатково дообстежувалися терапевтом, нейроофтальмологом, отоневрологом, психоневрологом, логопедом, окулістом, нейрохірургом.

Консультація логопеда проводиться для виявлення порушень мовлення (афазії, дизартрії) та/або ковтання (дисфагії), виявлення супутніх порушень (дискалькулії, апраксії, дискоординації), профілактики виникнення вторинних відхилень мовлення, надання першочергової логопедичної допомоги у разі виникнення мовленнєвих порушень, підбору необхідного комунікативного засобу для подальшого спілкування з пацієнтом у разі виявлення афазії.

Консультація фахівця з фізичної терапії проводиться для призначення: рухового режиму у іммобілізованого пацієнта для профілактики утворення пролежнів, правильного позиціонування уражених кінцівок та профілактики утворення патологічних поз, проведення реабілітаційного обстеження та призначення індивідуальної програми ранньої реабілітації.

Інструментальна діагностика включала аналіз даних МРТ і КТ обстеження головного мозку, ЕЕГ [1].

Статистичний аналіз отриманих даних проведений на персональному комп'ютері з використанням стандартного пакету Windows

ХР. Обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програмно-математичного комплексу для PC MS Excel-2000 та комп'ютерної системи для статистичного аналізу і обробки даних Statistica. Оцінка достовірності різниці між групами проводилась за допомогою t-критерію Стюдента.

Лікування розпочинається з перших годин захворювання після перенесеного геморагічного інсульту. На першому етапі воно передбачає фармакологічну корекцію порушень функцій дихальної, серцево-судинної систем, нормалізацію водно-електролітного, кислотно-основного балансу та психоемоційного стану хворого, лікування положенням, функціональне тренування індивідуально підібраними вправами, дихальні вправи, пасивні. Після відновлення свідомості виконували лікування положенням: в положенні лежачи на спині паралізовану руку ложили на подушку так, щоб вона на всьому протязі знаходилася на одному рівні в горизонтальній площині. Потім руку відводили убік під кутом 90° (при болях починали з меншого кута відведення, поступово збільшуючи його до 90°), випрямляли і повертали назовні, додавали масаж грудної клітки, пасивні (з допомогою фізичного терапевта) рухи кінцівками. Кисть з розігнутими і розведеними пальцями фіксували, а передпліччя – мішечком з піском або сіллю масою близько 0,5 кг. В положенні на здоровому боці ми паралізованим кінцівкам надавали зігнуте положення; руку згинали у плечовому і ліктьовому суглобах і ложили на подушку, ногу – в кульшовому, колінному і гомілковостопному суглобах, розміщували на іншу подушку. Також включали дихальну гімнастику, де вимагалось, щоб хворі самостійно відкашлювались [3].

В другому режимі хворих садили в ліжку. Показані активні рухи руками і ногами. Вправи можна робити 3 – 4 рази на день, але стежити, щоб не з'явилася втома, напруження. Виконувалися: дихальні вправи, вібраційні рухи, дренажні положення, стискання, ротація грудної клітки — профілактика виникнення дихальних ускладнень. Збільшення сили м'язів в уражених кінцівках досягається активними рухами, вправами з обтяженням (опір на фізичного терапевта) — активною механотерапією. Функціональні можливості пацієнта в положенні лежачи — вправи на рівновагу в положенні лежачи, переміщення в ліжку. Переведення пацієнта в положення сидячи. Функціональні можливості пацієнта в положенні сидячи — вправи на рівновагу в положенні сидячи, переміщення в ліжку. Переведення пацієнта в положення стоячи. Оцінка функціональних можливостей пацієнта в положенні стоячи — вправи на рівновагу в положенні стоячи, функція стояння з підтримкою або без. Підбір засобів для пересування. Ортезування ураженої кінцівки. Відновлення функції ходьби, координації та рівноваги. Робота

щодо дрібної моторики кисті. Відновлення навичок самообслуговування. З п'ятнадцятого дня проводилися заняття в кінезоталі.

Всі рухи виконувалися в повільному ритмі, без різких нахилів і поворотів голови. З хворим займалися як з учнем, якому належить продовжити уроки самостійно. Виконували вправи на розтягування, координацію рухів, розслаблення. Для паралізованої руки активним помічником є здорова кінцівка. рухи кінцівок, а також ранню вертикалізацію хворого з урахуванням його стану.

Терапевтична ходьба. З цією метою використовувався тренажер “Метелик”, який дозволяє формувати правильний стереотип ходьби за допомогою розподілу симетрично опору силових зусиль пацієнта (приймають участь як паретичні, так і здорові кінцівки), а також попередити погіршення рухової патології шляхом нормалізації біомеханіки локомоторного акту. Тривалість процедури - 5-15 хвилин.

По завершенню даної програми хворі проходили електромасаж стоп на модифікованому роликовому тренажері, та електростимуляцію рук та ніг на лікувально-профілактичному пристрої для електротерапії “Руно”. Експозиція 10-15 хвилин.

Лікування запропонованим методом на розроблених медичних тренажерах призначалось хворим за відсутності протипоказів з боку серцево- судинної системи, некомпенсованої патології внутрішніх органів, диско- та радикулопатій, з урахуванням індивідуальних реакцій хворих.

Загальний курс методики складав 14 сеансів. Фізичні навантаження розширювались поступово. Зміцнюються не тільки уражені кінцівки, але і м'язи здорової сторони тіла. Хворі навчалися побутовим навичкам: наливати воду в стакан, повертати ключ у замку.

Фізична реабілітація при інсульті за ішемічним типом є провідною ланкою для відновлення його фізичних можливостей. Вона застосовується в комплексі, до якого входять фізична терапія, ерготерапія, масаж та заняття з афазіологом. Проведення всіх заходів сприяє більш повному та швидкому відновленню пацієнтів з інсультом та допомагає стабілізувати стан організму. Ранній початок реабілітації запобігає виникненню багатьох ускладнень, які можуть виникнути в подальшому, наприклад, застійна пневмонія, підвищення спастичності, виникнення набряків. Позиціонування пацієнтів є одним із провідних заходів які проводяться для запобігання ускладнень в гострому періоді.

Застосування фізичної реабілітації спрямоване на повне відновлення або за умови неможливості першого максимальне пристосування пацієнта до побуту та оточуючого середовища. За допомогою фахівців мультидисциплінарної команди та їхньої злагодженої роботи пацієнт зможе досягти максимального результату. Адекватне навантаження підібране відносно можливостей хворого надає тренувальну дію і підвищує

адаптаційні можливості, за умови, що фізичний терапевт знає і враховує ряд методичних правил і принципів фізичного тренування, тому я дійшла до висновку, що фізична терапія хворих на інсульт за ішемічним типом впливає на покращення роботи багатьох системи, підвищення резистентності організму пацієнта до різних фізичних навантажень, та адаптацію хворих до професійної та побутової діяльності.

Отже, застосовані нами немедикаментозні засоби зниження спастичності (лікування положенням, розслаблюючий масаж і т.д.) дозволили як ефективно подолати гіпертонус, так і уникнути у ряді випадків важких питань вибору медикаментозного протиспастичного засобу, що пов'язані із суттєво відмінними патогенетичними механізмами впливу препаратів різних груп.

Висновок. Після завершення курсу лікування у всіх досліджуваних хворих відмічалася позитивна динаміка біоелектричної активності головного мозку, що проявлялося зменшенням поширеності патологічних ритмів. Таким чином, використання засобів фізичної терапії, значно покращило загальний стан хворих ої хвороби.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коваленко В.М., Лутая М.І., Сіренко Ю.М. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих . 2007. – 128 с. 2. Мурза В. П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник. 2005. 559 с. 3. Чернецький О. Характеристика порушень у після інсультних хворих під час відновного періоду лікування. Спортивна наука України. – 2012. №2 (46). С. 28-32. 4. Everything you need to know about stroke [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.medicalnewstoday.com/article/s/7624.php?iacp> (10.10.2018).