

Назарук Григорій, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.м.н. доцент Жовнір І. І.
(Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ІНСУЛЬТІ

***Анотація.** У статті досліджено проблему фізичної реабілітації осіб при інсульті. Встановлено, що в Україні щорічно переносять інсульт 160 тис. чоловік. Розкрито причини виникнення інсульту та представлено основні принципи реабілітації хворих, які перенесли інсульт. Доведено, що реабілітація хворих обов'язково повинна включати в себе профілактику повторних інсультів з урахуванням механізму розвитку першого інсульту.*

***Ключові слова:** фізична реабілітація, інсульт, масаж, лікувальна фізична культура.*

***Аннотация.** В статье исследована проблема физической реабилитации лиц при инсульте. Установлено, что в Украине ежегодно переносят инсульт 160 тыс. человек. Раскрыты причины возникновения инсульта и представлены основные принципы реабилитации больных, перенесших инсульт. Доказано, что реабилитация больных обязательно должна включать в себя профилактику повторных инсультов с учетом механизма развития первого инсульта.*

***Ключевые слова:** физическая реабилитация, инсульт, массаж, лечебная физическая культура.*

***Annotation.** In the article the problem of physical rehabilitation of stroke is investigated. It is found that in Ukraine annually 160 thousand people have stroke. The causes of stroke and the basic principles of rehabilitation of patients after stroke are presented. It is proved that rehabilitation of patients must include a recurrent stroke prevention considering the mechanism of the first stroke.*

***Keywords:** physical rehabilitation, stroke, massage, therapeutic physical training, physical therapy, patient recovery.*

В останні роки тенденція до збільшення інвалідності та смертності населення від інсульту значно посилилася. Тому проблема реабілітації хворих, які перенесли це захворювання, є надзвичайно актуальною

Під реабілітацією розуміють комплекс заходів (медичних, психологічних, педагогічних, соціальних, юридичних), спрямованих на відновлення втрачених в результаті хвороби або травми функцій, на відновлення

соціального статусу особистості, тобто на його соціальну та психологічну реадaptaцію.

Зазвичай, спостерігаючи за швидкістю відновлення пацієнта в перший тиждень після перенесеного інсульту, можна зробити висновки про ступінь пошкодження мозку, і вже після цього будувати припущення про його стан. Відновлення функцій і здібностей залежить від типу інсульту, від кількості пошкоджених клітин мозку, віку та від швидкості початку відновного процесу.

Вісімдесят відсотків інсульту відбувається внаслідок закупорки кров'яного потоку в мозку, це зазвичай відбувається через кров'яні згустки або інші утворення. Такий інсульт називають ішемічним. Геморагічний інсульт трапляється при розриві кров'яних судин головного мозку. Знання типу інсульту дозволить надати допомогу лікарем пацієнту у виявленні причини інсульту. Наприклад, ішемічний інсульт може статися внаслідок утворення в артеріях тромбоцитів – суміші холестерину та інших ліпідів або кров'яних жирів. Атеросклероз або затвердіння артерій від тромбоцитних утворень веде до ризику виникнення інсульту цього типу. Високий кров'яний тиск є поширеною причиною геморагічного інсульту. Ці причини підвищують ризик інсульту, і робота з ними допоможе запобігти його повторенню.

У дослідженнях вчених останніх років [1; 3; 4] обґрунтовано, що після першого удару дуже високий ризик виникнення другого. Три відсотки тих, що вижили після інсульту, переживають його повторно вже через тридцять днів, а одна третина всіх пацієнтів – протягом двох наступних років. Незважаючи на це, ризики для кожного пацієнта різні. Саме тому «життєво необхідно обговорити з лікарем фактори, що впливають на виникнення другого інсульту і способи їх мінімізації» [6, с. 3].

Високий кров'яний тиск є першою причиною і найбільшим фактором ризику при інсульті. Також піддаються ризику пацієнти з серцевими захворюваннями, високим рівнем холестерину в крові і діабетики. Куріння, повнота, відсутність фізичної активності і вживання алкоголю і наркотиків підвищує ризик інсульту.

Метою нашої статті є обґрунтування необхідності і суті фізичної реабілітації при інсульті.

Мета роботи зумовлює виконання таких завдань:

- дослідити інсульт як захворювання мозку;
- обґрунтувати підстави для застосування лікувальної терапії при інсульті.

У результаті дослідження було розроблено методику обстеження та встановлено межі фізичного навантаження для хворих після перенесеного мозкового ішемічного інсульту.

Що можна зробити для зниження ризику майбутніх інсультів? Проконсультуватися з лікарем про способи контролю кров'яного тиску або про інших хвилюючих станах здоров'я. Також можна обговорити способи

зміни способу життя, включаючи позбавлення від куріння, здорову дієту, зниження ваги і постійні вправи.

Кинути палити – це перше, що можна зробити, щоб поліпшити своє здоров'я: через два роки ризик інсульту зменшиться, а через п'ять років буде на такому ж рівні як у людини, яка не курить.

Хоча програма з відновлення після інсульту розробляється індивідуально, багато пацієнтів за великим рахунком слідують схожим шляхом. Як тільки стан пацієнта приходить в норму, починаються вправи з асистентом. Мета цих вправ в тому, щоб відновити базові здібності людини, наприклад, здатність до самостійного прийому їжі або здатність без сторонньої допомоги одягнутися або роздягнутися.

Після цього можна отримати реабілітаційну терапію, яка допоможе стати більш незалежним. Після повернення додому можна записатися на амбулаторне лікування або домашню терапію, щоб відновити якомога більше функцій. Зазвичай реабілітація займає від трьох до шести місяців. Але дослідження показують, що пацієнти, які займаються самостійно, продовжують відновлюватися і домагаються високих результатів.

Після інсульту з пацієнтом працюють фахівці, які допомагають йому відновити якомога більше функцій і вивчити способи компенсації втрачених функцій. Фізіотерапевт може допомогти відновити силу, а спеціаліст з трудотерапії допоможе заново навчитися їсти, одягатися і митися.

Дефектолог і логопед допоможуть перемогти проблеми з пам'яттю, логікою, побудовою мови і ковтанням. Залежно від бажання, можна проконсультуватися з іншими фахівцями. Лікуючий лікар допоможе зорієнтуватися в міру одужання.

Відновлення після інсульту – важкий процес для будь-якого пацієнта. Деякі люди, що пережили зовсім легкий інсульт, відновлюються швидко, але для більшості – відновлення здібностей може розтягнутися на роки. Хоча найбільші досягнення відбуваються в перші три місяці після інсульту, пацієнтам все ж потрібно продовжувати відновлювати деякі функції за допомогою щоденних вправ.

Дуже багато пацієнтів після перенесення інсульту впадають в депресію. Депресія після інсульту часто викликана біохімічними реакціями організму. Також це природна реакція на втрати, викликані інсультом. Не важливо, в чому причина, але лікування необхідне. На щастя, сучасна медицина має безліч методів з лікування депресії, від медикаментозних до консультаційних.

Пацієнту потрібно обговорити з лікарем симптоми, що вимагають негайного втручання фахівців. Проте, як тільки будуть помітні симптоми повторного інсульту, потрібно відразу викликати лікаря. Затримки не допустимі, оскільки в цій ситуації важлива кожна секунда.

Симптоми повторного інсульту:

- несподіване оніміння, параліч, слабкість однієї частини тіла;
- несподіване запаморочення, проблеми при ходьбі, втрата балансу і координації;
- несподівана зміна сприйняття;
- слинотеча і невиразна вимова;
- несподіваний і різкий головний біль, що відрізняється від звичайного і не має причини.

Якщо у місті є клуб людей, які перенесли інсульт або центр відновлення здоров'я, який надає підтримку постраждалим, потрібно проконсультуватися з лікарем з цього питання – він поділиться інформацією і порадить, куди звернутися. Основні принципи реабілітації:

Ранній початок реабілітаційних заходів, які проводяться з перших днів інсульту (якщо дозволяє загальний стан хворого) допомагають прискорити темп і зробити повнішими відновлення порушених функцій, а також запобігти розвитку вторинних ускладнень (тромбофлебіту, контрактур, пролежнів, застійної пневмонії і т. д.).

Тривалість і систематичність відновної терапії досягаються тільки завдяки правильно організованій реабілітації, яка повинна починатися вже в ангіоневрологічному відділенні, куди хворий доставляється машиною швидкої допомоги, потім мають продовжуватися в реабілітаційному відділенні лікарні і / або в реабілітаційному центрі і надалі здійснюватися або на базі реабілітаційного відділення (або кабінету) поліклініки, або в реабілітаційному санаторії.

Комплексність і адекватність реабілітаційних заходів можуть забезпечити тільки висококваліфіковані фахівці: неврологи-реабілітологи, методисти ЛФК, логопеди-афазіологи, фізіотерапевти, психотерапевти, трудотерапевти.

Хворі і члени їх сімей повинні брати активну участь у реабілітаційному процесі (зокрема, у виконанні «домашніх завдань» в другій половині дня й у вихідні дні).

Сама можливість відновлення заснована на такому біологічному законі, як реорганізація функцій, тобто на здатності перебудовуватися і брати участь у відновленні порушеної функції тих нейрональних ансамблів і зв'язків, які раніше не були задіяні в її реалізації. Певне значення у відновленні функцій після інсульту мають такі чинники, як зникнення набряку навколо зони ураження (крововиливу або інфаркту), поліпшення кровообігу в цій зоні, розгальмування нейронів.

Прогноз відновлення багато в чому визначається розміром і локалізацією осередку ураження. Прогностично несприятлива для відновлення рухів локалізація вогнища в задньому стегні внутрішньої капсули, де сходяться в один пучок рухові шляхи. Для відновлення мови несприятлива локалізація вогнища в обох мовних зонах: у центрі моторної (власної) мови (у області Брока – задньому відділі лівої нижньої лобової звивини) і в центрі сенсорної

(розуміння мови оточуючих) мови (у області Верніке – задньому відділі лівої верхньої скроневої звивини). Неприятливими чинниками є різні емоційно-вольові (зниження психічної і рухової активності, важка депресія) і когнітивні (зниження інтелекту, пам'яті, уваги) порушення.

Протипоказаннями для активної рухової реабілітації служать серцева недостатність, стенокардія спокою і напруги, гострі запальні захворювання, хронічна ниркова недостатність. Як мовна, так і рухова реабілітація неможлива за наявності у хворих деменції і психічних порушень.

Основним методом реабілітації постінсультних хворих з порушеннями рухів (парези, порушення статичної та координаційної функцій) є лікувальна фізкультура (кінезотерапія), в завдання якої входить відновлення (повне або часткове):

- обсягу рухів, сили і спритності в паретичних кінцівках;
- функції рівноваги при атаксії;
- навичок самообслуговування.

Заняття кінезотерапією повинен проводити досвідчений методист, який після основного заняття з хворим дає йому і його рідним завдання «додому».

У спеціальних реабілітаційних центрах окрім кінезотерапії хворим призначається електростимуляція нервово-м'язового апарату паретичних кінцівок і проводяться заняття із застосуванням методу біологічного зворотного зв'язку. В основі цього методу лежать постійне відстежування різних фізіологічних параметрів (наприклад, величини м'язового напруження, стани рівноваги і т. д.) і передача їх пацієнтові і лікареві за допомогою різних електронних приладів у формі зорових, звукових або інших сигналів зворотного зв'язку. Для хворого ці сигнали є джерелом додаткової інформації про результати виконання рухів. Вправи з використанням біологічного зворотного зв'язку (як правило, застосовуються спеціально розроблені комп'ютерні ігри) не тільки сприяють відновленню порушених функцій (спритності, сили, рівноваги і т. д.), але і підвищують активність хворого, покращують функцію уваги та швидкість реакції.

Заняття лікувальною фізкультурою починається вже в перші дні після інсульту, як тільки дозволять загальний стан хворого і стан його свідомості. Спочатку це пасивна гімнастика (руху у всіх суглобах паретичних кінцівок здійснює не хворий, а методист або інструктуються ним родичі або доглядальниця), легкі рухи без напруження в тих суглобах паретичних кінцівок, де вони збереглися, і в здорових кінцівках, дихальна гімнастика. Вправи проводяться під контролем пульсу і тиску з обов'язковими паузами для відпочинку. Надалі вправи ускладнюються, хворого починають садити, а потім навчають сидати самостійно і вставати з ліжка. Терміни активізації хворих визначаються багатьма чинниками: тяжкістю інсульту (розмірами крововиливу або інфаркту, величиною набряку, дислокацією мозкових структур), загальним станом хворого, станом гемодинаміки, тяжкістю парезу. У деяких пацієнтів активізацію

(хворий починає вставати) починають з 3–5-го дня після інсульту, в інших випадках – через 2–3 тижні.

Важливий етап реабілітації – навчання стоянню і ходьбі. У хворих з вираженим парезом ноги цьому етапу передують імітація ходьби лежачи в ліжку або сидячи в кріслі. Хворий вчиться стояти спочатку з підтримкою методиста, потім самостійно, тримаючись за приліжкову раму або спинку ліжка. При цьому хворий прагне рівномірно розподіляти вагу тіла на паретичну і здорову ноги. В подальшому пацієнт навчається ходьбі. Спочатку це ходьба на місці, потім ходьба по палаті з опорою на приліжкову раму, потім самостійна ходьба з опорою на чотири, або триніжну тростину. При хорошій стійкості хворого відразу вчать ходити з опорою на палицю.

Деякі хворі з легкими порушеннями «пропускають» багато вищезазначених етапів і відразу починають самостійно ходити на відносно великі відстані, інші «застряють» на окремих етапах. У багатьох хворих є тенденція до відвисання паретичної стопи, що утрудняє відновлення ходьби. Таким хворим рекомендується носити черевики з високим жорстким кріпленням. Для попередження розтягування сумки плечового суглоба у хворих з вираженим парезом руки під час ходьби потрібно фіксувати руку косинкою.

Заходи, спрямовані на зменшення спастичності і запобігання розвитку контрактур, включають:

- лікування положенням: укладання кінцівок з використанням спеціальних лонгет на 2 години (1–2 рази на день) так, щоб м'язи, в яких спостерігається підвищення тонусу, були розтягнуті;

- вибірковий масаж: у тих м'язах, де тонус підвищений (наприклад, в згинах передпліччя, кисті, пальців і розгиначах гомілки); застосовується лише легке погладження в повільному темпі, а в м'язах-антагоністах, де тонус або не змінений, або злегка підвищений, використовуються розтирання і неглибока розминка в швидшому темпі;

- теплолікування: парафінові або озокеритові аплікації на спастичні м'язи;

- призначення міорелаксантів: засобами вибору є сирдалуд (від 1 до 4 мг 2–3 рази на день), баклофен (від 10 до 25 мг 2–3 рази на день), мідокалм (150 мг 2–3 рази на день).

Більш ніж у третини хворих, що перенесли інсульт, спостерігаються мовні порушення: афазія і дизартрія. Основою мовленнєвої реабілітації є заняття з логопедом-афазіологом або нейропсихологом у поєднанні з виконанням «домашніх» завдань. Заняття з відновлення мови (власної мови, розуміння мови оточуючих) включають також вправи по відновленню зазвичай порушених при афазії (і зберіганню при дизартрії) письма, читання і рахунку. Певну допомогу в заняттях, які проводять родичі хворого за відсутності в цій місцевості логопеда-афазіолога, може

надати доступно написана методика М. К. Бурлакової «Корекція складних мовних розладів: Збірка вправ».

Дуже небезпечна в такій ситуації мовна ізоляція хворого. Лікарі повинні роз'яснити рідним і близьким хворого, що не тільки спеціальні заняття, але і звичайний постійний побутовий мовний контакт з хворим самі по собі сприяють відновленню у нього як власної мови, так і розуміння мови оточуючих.

У більшості хворих з наслідками інсульту в тій чи іншій мірі спостерігається психологічна і соціальна дезадаптація, цьому сприяють такі чинники, як виражений руховий і мовний дефіцит, больовий синдром, когнітивні й емоційно-вольові порушення, втрата соціального статусу. Такі хворі потребують здорового психологічного клімату в сім'ї, створенню якого багато в чому мають сприяти роз'яснювальні бесіди, що проводяться з рідними і близькими хворого реабілітологами. Якщо хворий не в змозі повернутися на роботу, необхідно в міру можливості долучати його до виконання домашніх справ, допомогти знайти йому цікаве хобі, залучати до участі в різних культурних, громадських та релігійних заходах.

Для зменшення прояву астенодепресивного синдрому рекомендується прийом антидепресантів (амітриптиліну, меліпраміна, флуоксетину), наприклад саротена (амітриптиліну). Існує пролонгована форма амітриптиліну – саротен-ретард, що створює додаткову зручність для пацієнта і лікаря. Останнім часом все більше застосування знаходять антидепресанти нового класу – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. При когнітивних і мовних порушеннях застосовуються препарати з ноотропною дією: курси ноотропила у вигляді внутрішньовенних крапельних вливань (по 6–12 г на одне вливання, курс – 10–15 вливань) або внутрішньом'язових (20 % –5,0 № 20–30) або перорально (по 1,2 г 2 рази на день в першу половину дня протягом 2–3 місяців, 2–3 курси на рік); курси (2 рази на рік) церебролізину (по 5 внутрішньом'язово щодня № 20–30 або по 10–20 г внутрішньовенно крапельно на 150–200 фізрозчину № 20). Останнім часом з'являються повідомлення про те, що при когнітивних порушеннях (особливо порушеннях пам'яті) добре зарекомендували себе гліатилін і семакс.

Реабілітація хворих обов'язково повинна включати в себе і профілактику повторних інсультів з урахуванням механізму розвитку першого інсульту. Хворим з гіпертонічним крововиливом у мозок і лакунарним інфарктом (на тлі гіпертонічної хвороби) обов'язково проводиться корекція АТ. Хворі з кардіоеMBOLічним інсультом разом з антиагрегантами обов'язково повинні приймати антикоагулянти (фенилин або синкумар) під контролем протромбіну крові. Хворі з гемодинамічно значущим стенозом внутрішньої сонної артерії (більше 70 %) або з підозрою на ембологенну бляшку в ній (що можна встановити при дуплексному скануванні) повинні бути направлені

на консультацію в спеціалізованій неврологічній центр в цілях визначення свідчень до реконструктивної операції на судинах.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження можна зробити висновок, що інсульт є важким захворюванням, який призводить до інвалідності та смертності осіб, які його перенесли. Проте при використанні сучасних методів лікування та застосуванні сучасних реабілітаційних процедур такі пацієнти можуть відновитися та вести повноцінний спосіб життя. Однак, для всіх таких хворих обов'язковий здоровий спосіб життя: відмова від куріння і зловживання алкоголем, антисклеротична дієта, посилення фізична активність.

1. Амосов Н. М. Моя система здоров'я / Н. М. Амосов. – Киев : Здоров'я, 1997. – 54 с.
2. Белая Н. А. Лечебная физкультура и массаж: Учебно-методическое пособие для медицинских работников / Н. А. Белая. – М. : Советский спорт, 2001. – 272 с.
3. Білянський О. Ю. Методика фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового ішемічного інсульту / О. Ю. Білянський, О. С. Куц. – Л : ППК Глобус, 2007. – 138 с.
4. Верещагін Н. В. Патологія головного мозку при атеросклерозі і артеріальній гіпертонії / Н. В. Верещагін, В. А. Моргунов, Т. С. Гулевська. – К., 1997. – 228 с.
5. Вшенський Б. С. Інсульт: профілактика, діагностика і лікування / Б. С. Вшенський. – Спб, 1999. – 336 с.
6. Гері Окамото. Основи фізичної реабілітації / Окамото Гері // Перекл. з англ. – Львів : Галицька видавнича спілка, 2002. – 294 с.
7. Горбась І. М. Фактори ризику мозкового інсульту: поширеність, динаміка, контроль / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2009. – № 22. – С. 14–15.
8. Гордон Нил Ф. Інсульт и двигательная активность / Нил. Ф. Гордон. – К.: «Олимпийская література», 1999. – 144 с.
9. Готовцев П. И. Лечебная физическая культура и массаж / П. И. Готовцев, А. Д. Субботин, В. П. Селиванов. – М. : Медицина, 1987. – 304 с.
10. Журавльова А. И. Спортивная медицина и лечебная физкультура: руководство / А. И. Журавльова, Н. Д. Граевская. – М. : Медицина. – 1993. – 432 с.
11. Зотов В. Введение в оздоровительную реабилитацию / В. Зотов, М. Белов. – В 2 кн. – Кн. 1. – К. : Медекол, 1995. – 181 с.
12. Маркин С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С. П. Маркин. – Consilium medicum. Неврология. Ревматология. – 2010. – № 1. – С. 53–58.
13. Физическая реабилитация : Учебн. Для академий и институтов физ. культ. / под. ред. С. Н. Попова. – Ростов н/д : «Феникс», 1999. – 608 с.