

Фізична реабілітація в гострий період крововиливу в головний мозок

О.М. Гев'як

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Резюме. У статті наведено результати комплексного лікування 18 хворих літнього віку (середній вік — $70,50 \pm 8,26$ року) в гострий період крововиливу в головний мозок. Фізична реабілітація хворих сприяє частковому регресу неврологічного дефіциту. Її ефективність залежить від ступеня тяжкості неврологічних розладів за шкалою NIHSS і локалізації гематоми в частках півкуль мозку. Побутова рухова активність та основні рухові навички пацієнтів залежать від порушення пропріоцептивної чутливості, сенсорної афазії та психоемоційних розладів (тривога).

Ключові слова: фізична реабілітація, крововилив у головний мозок.

Мозковий інсульт є всесвітньою проблемою, він щорічно вражає велику кількість дорослого населення як в економічно розвинутих, так і в країнах із перехідною економікою. В Україні щороку близько 10 тис. жителів переносять мозковий інсульт, який є однією з найчастіших причин інвалідності та смертності населення країни.

Внутрішньомозковий крововилив (ВМК) у головний мозок часто етіологічно зумовлений гіпертонічною хворобою, а в осіб похилого віку ВМК виникає частіше при гіпертонічній хворобі в поєднанні з атеросклерозом. У пацієнтів країн Європи частота крововиливів у білу речовину півкуль головного мозку (лобові гематоми) становить 32-35% [2].

Крововилив у речовину головного мозку здебільшого виникає через розрив судини за типом гематоми або геморагічного просочування, в основі якого лежить механізм діapedезу. Об'єм паренхіматозного крововиливу — найважливіший предиктор функціонального наслідку в пацієнтів із ВМК [2].

Метою реабілітації є зменшення кількості ускладнень геморагічного інсульту, досягнення повного або часткового відновлення втрачених неврологічних функцій, максимальної здатності хворого вести нормальний спосіб життя.

Переважає більшість пацієнтів, які перенесли інсульт і вижили, стають неповносправни-

ми, а 20-25% із них до кінця життя потребують сторонньої допомоги в повсякденному житті. Для набуття оптимальної самостійності пацієнту в житті необхідна допомога фахівців фізичної реабілітації [3, 4].

Рання реабілітація, або реабілітація на першому етапі, проводиться відразу після розвитку інсульту. Вона передбачає заходи фармакологічної корекції порушень дихальної, серцево-судинної систем, нормалізацію водно-електролітного, кислотно-основного балансу, боротьбу з набряком мозку, усунення гіпертермії, корекцію реологічних і коагуляційних властивостей крові, нейропротекцію. Обов'язковим обсягом реабілітаційних заходів у гострий період інсульту є: лікування положенням, дихальні вправи, лікувальна гімнастика (пасивна й активна); рання мобілізація та сприяння активності щодо самообслуговування: реабілітація мовних порушень; психоемоційна підтримка пацієнта [1, 2, 7].

Мета дослідження — оцінка впливу фізичної реабілітації на регрес неврологічного дефіциту та відновлення основних рухових навичок у хворих у гострий період крововиливу у великі півкулі головного мозку (частки).

Матеріали та методи

У 2016 році в неврологічному відділенні для хворих із порушенням мозкового кровообігу Львівської комунальної міської клініч-

© О.М. Гев'як

ної лікарні швидкої медичної допомоги нами проліковано 18 хворих літнього віку (11 жінок та 7 чоловіків) із крововиливом у великі півкулі головного мозку (частки) (середній вік — $70,50 \pm 8,26$ року). Основною причиною захворювання була гіпертонічна хвороба III ст. у поєднанні з атеросклерозом. У 10 хворих виявлено ішемічну хворобу серця з порушенням серцевого ритму та серцевою недостатністю I-II стадії.

У першу добу розвитку захворювання проводили загальноклінічне та неврологічне обстеження пацієнтів, оцінювали рівень свідомості за шкалою ком Глазго (ШКГ), ступінь тяжкості інсульту за шкалою Національного інституту здоров'я США (NIHSS) та психоемоційні розлади (на третю добу) за допомогою госпітальної шкали тривожності та депресії (HADS). Неврологічний дефіцит виявлявся руховими та чутливими розладами, порушеннями функції черепно-мозкових нервів (II, VII, XII пари), мови, координаторними і психічними розладами, менінгеальним синдромом, центральною затримкою сечі, вегетативними реакціями. Рівень свідомості за ШКГ становив 12-14 балів. У 15 хворих спостерігався геміпарез, плегія однієї частини тіла залежно від локалізації крововиливу в частках півкуль головного мозку.

Діагностику крововиливу в головний мозок у хворих проводили за допомогою комп'ютерної томографії на апаратапараті CT General Electrics Dual. Вимірювання об'єму крововиливу здійснювали планіметричним методом і обчислювали за формулою:

$$V=A \cdot B \cdot C / 2,$$

де А — максимальний діаметр вогнища; В — найбільший перпендикулярний діаметр вогнища; С — добуток кількості знімків вогнища та розміру кроку [2]. Прориву крові в шлункову систему не було.

Реабілітацію хворих починали разом із фахівцем фізичної реабілітації та терапевтом на другий день надходження хворого до стаціонару. Проводилися індивідуальні заняття 5 разів на тиждень, один раз на день, за потреби — 2-3 рази. На початку курсу реабілітації тривалість занять становила 23-30 хвилин і доводилась до 60 хвилин. Оцінку основних рухових навичок пацієнтів визначали за методикою обстеження CHEDOKЕ-Mc MASTER Stroke Assessment, дослідження сили м'язів уражених кінцівок — за мануальним м'язовим тестом (ММТ), тонус м'язів — за шкалою спастичності Ашфорда. Методика фізичної реабілітації таких хворих поєднувала: профілактику ускладнень (дихальні ускладнення,

контрактури, виникнення патологічних поз, трофічних порушень); відновлення порушень рухових та сенсорних функцій; відновлення навичок самообслуговування; покращення загального фізичного та психоемоційного стану пацієнтів [5-7]. Невід'ємним завданням фізичної реабілітації хворих був інструктаж родичів та осіб, які їх доглядають.

Для покращення рівноваги використовували вправи з різних вихідних положень: положення лежачи, сидячи, стоячи. Вправи для покращення рівноваги використовували на кожному занятті.

Щоденно до та після заняття фізичною реабілітацією, а також після виконання кожної вправи, за потреби, вимірювали артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень. Якщо артеріальний тиск підвищувався на 20 мм рт. ст. і більше, то заняття припиняли, у разі зміни частоти серцевих скорочень пацієнтам давали відпочинок [6].

Унаслідок тривалого перебування в положенні лежачи для уникнення розвитку гіпостатичної пневмонії виконували дихальні вправи тричі на день до того часу, поки хворого можна було переводити у вертикальне положення. Дихальні вправи виконували тричі на день по п'ять разів кожну вправу з інтервалом 1-2 хвилини [7].

Статистичну обробку одержаних результатів проводили з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel Statistica.

Результати та їх обговорення

Крововилив у ліву півкулю головного мозку діагностовано у 10 хворих, у праву півкулю — у 8. Дані щодо неврологічного статусу за шкалою NIHSS залежно від об'єму гематоми різної локалізації за даними комп'ютерної томографії наведено в таблиці.

Таблиця Вихідні показники нейровізуалізації головного мозку та неврологічного статусу за шкалою NIHSS

Локалізація	Показник	1-а доба
Лобова частка	Усього хворих (n=3)	-
	Розмір гематоми, см ³ Оцінка за NIHSS, бали	35,93±0,79 12,00±2,28
Тім'яна частка	Усього хворих (n=3)	-
	Розмір гематоми, см ³ Оцінка за NIHSS, бали	36,94±0,63 9,66±1,76
Скронева частка	Усього хворих (n=9)	-
	Розмір гематоми, см ³ Оцінка за NIHSS, бали	43,47±2,28 11,11±2,57
Потилична частка	Усього хворих (n=3)	-
	Розмір гематоми, см ³ Оцінка за NIHSS, бали	33,60±0,91 3,33±1,52

Ураження лобової частки (n=3) відповідало середньому ступеню неврологічного дефіциту (12,00±2,28 бала), скроневої частки (n=9) — (11,11±2,57 бала), тім'яної частки (n=3) — (9,66±1,76 бала). Легкий ступінь неврологічного дефіциту (3,33±1,52 бала) виявлено в пацієнтів (n=3) із ВМК у потиличну частку.

Проведені дослідження підтверджують те, що в гострий період ВМК під час проведення активної реабілітації слід використовувати суворо дозовані фізичні навантаження фахівцем фізичної реабілітації, не допускати втоми хворого і навантаження збільшувати поступово.

У 7 пацієнтів виявлена субклінічно виражена тривога (9,00±0,57 бала) за шкалою HADS.

Під час аналізу динаміки тяжкості хворих і вираженості неврологічної симптоматики за допомогою шкали NIHSS спостерігали частковий регрес неврологічного дефіциту (збільшення сили м'язів і об'єму рухів в уражених кінцівках, покращення координації рухів у кінцівках та ходи, зменшення афатичних розладів і функцій черепних нервів, тривоги, яснун свідомість, нормалізацію функцій тазових органів) і поліпшення загального стану хворих на 10-21-у добу після інсульту і локалізації гематоми в лобовій, скроневої і тім'яній частках головного мозку.

Залежно від локалізації крововиливу та клінічного перебігу захворювання пацієнтів вертикалізували (переводили в положення сидячи) протягом трьох днів, повна вертикалізація закінчувалася на сьомий день. Легкий ступінь неврологічних розладів за шкалою NIHSS не обмежував ранньої вертикалізації пацієнтів.

Усі хворі з неврологічними розладами середнього ступеня тяжкості почали ходити на 12-15-у добу перебування в стаціонарі. У неврологічному статусі у вищевказаних хворих зберігався геміпарез I-II ст. Під час виконання таких рухів, як розгинання та пронація кисті, згинання та супінація кисті, розгинання, приведення та відведення пальців, розгинання та згинання стопи, позитивні зрушення були незначними.

Більшість показників побутової рухової активності та основних рухових навичок пацієн-

тів залежали від порушення пропріоцептивної чутливості, сенсорної афазії та психоемоційних розладів (тривоги).

Гіпостатична пневмонія та пролежні реабілітованих нами хворих не розвинулися.

Висновки

Зважаючи на викладене вище, можна зробити такі висновки:

1. Фізична реабілітація хворих літнього віку в гострий період крововиливу у великі півкулі головного мозку (частки) сприяє частковому регресу неврологічного дефіциту; її ефективність залежить від ступеня тяжкості неврологічних розладів за шкалою NIHSS і локалізації гематоми в частках мозку.
2. Більшість показників побутової рухової активності та основних рухових навичок пацієнтів залежить від порушення пропріоцептивної чутливості, сенсорної афазії та психоемоційних розладів (тривога).
3. Участь фахівця фізичної реабілітації є обов'язковою в лікуванні хворих у гострий період внутрішньомозкового крововиливу.

Список використаної літератури

1. Андріюк Л.В. Інсульт. Вибрані питання діагностики, ускладнень, лікування, реабілітації: навчальний посібник. — Л., 2009. — 64 с.
2. Виничук С.М., Пустовая О.А., Рогоза С.В., Виничук И.С. Острые спонтанные внутримозговые кровоизлияния. — К.: Люксоф, 2012. — 155 с.
3. Голик В.А., Півник А.П. Рухова реабілітація після інсульту // Матеріали наук-практ. конф. «Карпатські читання»: тез. доп. — Ужгород, 2009. — С. 7-8.
4. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Реабилитация больных, перенесших инсульт. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 248 с.
5. Основи фізичної реабілітації: Пер. з англ. / За ред. Гері Окамоо. — Л.: Галицька видавнича спілка, 2002. — 294 с.
6. Рокошевська В.В. Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару: методичний посібник. — Л.: ПП Сорока Т.Б., 2010. — 96 с.
7. Самосюк И.З. Медицинская реабилитация постинсультных больных. — К.: Здоров'я, 2010. — 424 с.

Надійшла до редакції 15.03.2017 р.

PHYSICAL REHABILITATION IN THE ACUTE PERIOD OF INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

O.M. Hevyak

Abstract

The results of treatment of 18 elderly patients (average age — 70.50±8.26 years) in the acute period of intracerebral hemorrhage are given in the article. Physical rehabilitation of patients promotes partial regression of neurological deficit; its effectiveness depends on the severity of neurological disorders evaluated on NIHSS scale and location of the hematoma in the lobe of hemisphere of the brain. Everyday physical activity and basic motor skills of patients depend on violations of proprioceptive sensitivity, level of sensory aphasia and psychoemotional disorders (anxiety).

Keywords: physical rehabilitation, intracerebral hemorrhage.