

ПОЕТАПНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ ПЕРЕНЕСЕНОГО ВНУТРІШНЬОМОЗКОВОГО КРОВОВИЛИВУ

©І. В. Магулка

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

РЕЗЮМЕ. В статті досліджено ефективність поетапної комплексної реабілітації пацієнтів працездатного віку, які перенесли геморагічний інсульт, у відновному періоді.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: геморагічний інсульт, реабілітація, інвалідність, когнітивні функції, спастичність, функціональний стан.

Вступ. Реабілітація пацієнтів з наслідками перенесеного інсульту є однією із найактуальніших проблем сучасної медицини. Це зумовлено насамперед значною поширеністю судинних захворювань головного мозку, частими та тяжкими їх ускладненнями.

В Україні за рік реєструють близько 110 тис. мозкових інсультів, співвідношення ішемічного інсульту до геморагічного серед дорослого населення складає 1,6:1, у осіб працездатного віку – 1:1,9 [2].

Смертність від інсульту стійко займає 2 – 3 місце у структурі смертності, 20 – 25 % хворих, які вижили після мозкової катастрофи, до кінця життя потребують сторонньої допомоги і лише 15 % хворих повертаються до попереднього способу життя (Європейська нарада з інсульту, Хельсінборг, 1999) [6].

Реабілітація хворих після інсульту дуже часто має вирішальне значення у комплексному лікуванні таких наслідків, як підвищення тонусу, зниження м'язової сили уражених кінцівок, порушення навичок ходьби та самообслуговування, впливає на загальний фізичний та психоемоційний стан пацієнтів [5].

Мета дослідження: провести оцінку етапної реабілітації пацієнтів, які перенесли крововилив у мозок.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 57 пацієнтів. Всі пацієнти на етапі відновного періоду після перенесеного мозкового крововиливу із сформованим спастичним геміпарезом.

Пацієнтів обстежували на базі Міжрегіонального центру соціально-трудової, професійної та медичної реабілітації інвалідів. Дослідження проводили у пацієнтів працездатного віку (18-60 років) які перенесли геморагічний інсульт. Реабілітаційний процес в даному центрі проводився в п'ять етапів:

- I. Діагностичний етап.
- II. Адаптаційний етап.
- III. Контрольно-корекційний етап.
- IV. Стабілізаційний етап.
- V. Підсумковий етап.

Всім пацієнтам призначали комплексну реабілітацію, яка включала медичну реабілітацію (медикаментозну, фізичну, психологічну), соціальну, трудову та професійну реабілітації. Вік пацієнтів складав 18–50 років, було 4 жінки, 20 чоловіків. Медична реабілітація проводилась курсом 21 день і полягала в корекції об'єктивного стану пацієнта з додатковим використанням фізіотерапевтичних, немедикаментозних методів (рефлексотерапії, елементів мануальної терапії, гірудо- та фітотерапії). Фізична реабілітація передбачала як індивідуальні заняття з реабілітологом, так і щоденні самостійні тренування в тренажерному залі, кабінеті механотерапії. Психологічна реабілітація проводилась як у вигляді індивідуальних бесід, так і у вигляді групових занять з психологом. Пацієнти отримували фахову консультацію соціального працівника, юриста. Професійна реабілітація полягала у здобутті пацієнтом іншої професії, повного чи часткового перенавчання з врахуванням наявного дефекту.

На першому етапі, який тривав 5 календарних днів, проводили комплексне обстеження пацієнтів, призначали відновне лікування. Пацієнтам призначали лікувальну фізкультуру, фізіотерапію у вигляді електросну, ампліпульс-терапію антагоністів спастичних м'язів, психотерапію (індивідуальні та групові заняття), механотерапію, гірудотерапію та рефлексотерапію.

Другий етап тривав 20 календарних днів. Основним завданням другого – адаптаційного етапу реабілітації – був контроль за процесом відновлення відповідно до укладених лікарями та медичними працівниками індивідуальних програм та призначень на діагностичному етапі з урахуванням усіх реабілітаційних процесів.

Контрольно-корекційний етап проводився протягом 10 днів, здійснювали повторне обстеження пацієнтів з метою дослідження ефективності призначеного лікування, корекції стану пацієнта.

На стабілізаційному етапі захворювання, який тривав 65 днів, пацієнт продовжував отримувати призначене відновне лікування.

Підсумковий етап полягав у визначенні результатів проведеної роботи та підготовці рекомендацій на майбутнє, що забезпечувалось шляхом діагностичних методик, індивідуальних співбесід, консультацій та корекційно-розвивальних групових занять. Тривалість етапу – 10 днів.

Оцінка ефективності реабілітації інвалідів проводилась за порівняльними характеристиками індивідуальних програм реабілітації від початку перебування та в період завершення.

На підсумковому етапі проводилась кількісна і якісна оцінка реабілітаційних заходів, надавалися рекомендації щодо продовження ЛФК вдома, щодо здорового способу життя, при необхідності медикаментозного лікування з метою запобігання виникненню повторних інсультів.

Обстеження за допомогою розробленої карти оцінки стану пацієнтів проводилось тричі: на першому етапі (1–5 день лікування), друге обстеження проводилось на контрольно-корекційному етапі (4-5 тиждень лікування), та на підсумковому етапі (останні 2 тижні реабілітації).

На підсумковому етапі проводилась кількісна і якісна оцінка реабілітаційних заходів, надавалися рекомендації щодо продовження ЛФК, здорового способу життя з метою запобігання виникненню повторних інсультів.

Результати проведеного лікування оцінювались за фізикальними методами (об'єктивний огляд, неврологічний статус), тестовими опитувальниками з використанням бальних шкал. Для оцінки ступеня вираженості рухових порушень верхніх та нижніх кінцівок використовувалась Європейська шкала інсульту NIHSS. Індекс Бартел та шкала Ренкіна сприяли оцінці стану повсякденної активності хворих, оцінку когнітивних функцій, шкали оцінки депресії Монтгомері-Асберг [10], Бека, спастичність м'язів оцінювали за шкалою шкалою спастичності Ашфорта [9].

Результати й обговорення. У хворих, які перенесли геморагічний інсульт, призначення поетапної комплексної реабілітації покращує загальний стан пацієнтів та рівень адаптації. Після проведеного лікування спостерігали достовірно зро-

стання показників якості життя пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт.

У всіх пацієнтів відмічалось покращення показників функціонування організму на 13,4 % за модифікованою шкалою Ренкіна, зростання індексу активності у щоденному житті (Бартел) на 30,44 %. Після проведення курсу комплексної реабілітації у пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт, спостерігалось покращення показників когнітивних функцій, які оцінювались за шкалою Mini-Mental State Examination, на 6,76 %, порівняно з початковим станом пацієнтів. Про ефективність призначення поетапного відновного лікування свідчить також достовірно зменшення показників тяжкості депресії після проведеного курсу реабілітації на 17,53 % за шкалою Монтгомері-Асберг та на 14,23 % за шкалою депресії Бека, порівняно із станом пацієнта на початку реабілітації.

Неврологічний статус покращувався на 2,32 % за даними шкали NIHSS, спастичність оцінювали за модифікованою шкалою спастичності Ашфорта, після призначення відновного лікування спостерігали покращення даного показника на 5,88 %.

Висновок. У хворих, які перенесли геморагічний інсульт, ефективним є призначення поетапної комплексної реабілітації у відновному періоді лікування.

Після включення в комплекс реабілітації додаткових занять з психотерапевтом, професійної та трудової реабілітації спостерігали покращення не лише показників психоемоційного стану, а й покращення показників функціонування організму, зменшення спастики та інших неврологічних проявів геморагічного інсульту. В результаті розподілу відновного процесу на етапи з'явилась можливість контролю реабілітаційного процесу та індивідуальної корекції реабілітаційної програми, що дає змогу удосконалити та індивідуалізувати призначене лікування.

Перспективи подальших досліджень полягають в удосконаленні реабілітаційних програм з метою покращення якості життя пацієнтів та їх адаптації в суспільстві.

ЛІТЕРАТУРА

1. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение / Б. С. Виленский. – 2-е изд., доп. – СПб. : ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2002. – 397 с.
2. Зозуля І. С Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Український медичний часопис. – № 5 (85) IX – X. – 2011.
3. Карякина Т. Н. Основы реабилитации инвалидов: учебное пособие / Т. Н. Карякина. – Волгоград: Издательство Волгоградского государственного университета, 1999. – 88 с.

4. Ковальчук В. В. Трудотерапия при реабилитации пациентов после инсульта / В. В. Ковальчук, А. А. Скоромец, Н. В. Капитонова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2007. – № 2. – С. 17–20.
5. Кукушкіна Т. Н. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность / Т. Н. Кукушкіна, Ю. М. Докиш, Н. А. Чистякова. – Л. : Медицина, 1981. – 152 с.
6. Скворцова В. И. Геморрагический инсульт. Практическое руководство / П. А. Фадеев. – М. ГЭОТАР-Ме-

диа, 2005. – 160 с.

7. Черникова Л. А. Физиотерапия больных с центральными парезами // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2003. – № 2. – С. 42–48.

8. Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина // Журн. неврол. психиатр. – 2005. – 2. – С. 13–17.

9. Bohannon R. W. Interrater reliability of a Modified Ashworth Scale of muscle spasticity / R. W. Bohannon, M. B. Smith // Phys. Ther. – 1987. – Vol. 67. – P. 206–207.

10. Montgomery S. A. New depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. A. Asberg // Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.

11. Practical Guide to Management / C. P. Warlow, M. S. Dennis, J. van Gijn [et al.]. – London, 1997.

PHASED REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE OUTCOMES OF ENDURED INTERNAL CEREBRAL HEMORRHAGIC

©I. Mahulka

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

SUMMARY. The article adduces the effectiveness of phased comprehensive rehabilitation of patients of working age who have had a hemorrhagic stroke in the recovery period.

KEY WORDS: hemorrhagic stroke, rehabilitation, disability, cognitive functions, spasticity, functional state.