

**РАННЯ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ****Жовнір І.І.****Міжнародний економіко-гуманітарний університет ім. С.Дем'янчука**

*Резюме. Рання реабілітація хворих, що перенесли інсульт здійснюється на основі індивідуальної реабілітаційної програми для кожного хворого. На її першому місці стоїть кінезотерапія, яка приводить до ранньої вертикалізації хворого і навчання його до самостійного пересування, більш швидкого відновлення рухових розладів.*

**Ключові слова:** фізична реабілітація, кінезотерапія, лікувальний масаж, інсульт.

**Вступ.** Щорічно у світі приблизно 15 млн пацієнтів переносять мозковий інсульт. Серед них у країнах Європи більше мільйона людей вперше хворіють мозковим інсультом, в США – більше 700 тис., в Україні – до 100-110 тис. Більшість випадків інсульту мають ішемічне походження. Приблизно 15-30 % осіб, які вижили після цієї хвороби, назавжди втрачають функціональну спроможність, 20 % хворих потребують надання допомоги у спеціалізованих закладах. Висока летальність, часті ускладнення та несприятливі результати обумовлюють не лише великий медичний, але і економічний тягар.

Фізична реабілітація – це система заходів направлених на відновлення, компенсування та розвиток нових фізичних, психологічних, соціальних та інших вмінь і навичок людини, які б дозволили їй брати активну участь у житті суспільства, враховуючи зміну власного оточення та довкілля.

Своєчасне і раннє застосування адекватного фізичного навантаження в комплексному лікуванні наслідків ГПМК дуже часто має вирішальне значення у наступному відновленні пацієнтів.

Фізичні вправи і рання мобілізація є ефективною профілактикою контрактур, пролежнів, тромбоемболій, утворення патологічних поз, застійних явищ у легенях, розвитку спастичності паретичних м'язів, що є характерним для осіб, які перенесли мозковий інсульт.

Рання і адекватна рухова активність допомагає відновити втрачені функції, зменшує руховий дефект і покращує загальний фізичний та психоемоційний стан пацієнта.

Рання реабілітація – це комплекс втручань, спрямованих на профілактику ускладнень, ранню вертикалізацію та мобілізацію пацієнта.

Період ранньої реабілітації починається з перших днів і триває перші шість місяців захворювання.

Стан пацієнтів, які госпіталізовані з гострим інсультом, оцінюється фахівцем з реабілітації в перші 24-48 годин для призначення індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП).

Заходи ІРП мають бути спрямовані на профілактику розвитку ускладнень, повноцінне відновлення порушеної рухової активності та втрачених навичок самообслуговування для попередження або зменшення ступеню інвалідності та зменшення термінів непрацездатності.

Реабілітація пацієнтів після інсульту проводиться фахівцями мультидисциплінарної команди (МДК), яка складається з лікаря-невролога, медсестри, лікаря ЛФК, фахівця фізичної реабілітації (кінезотерапевта, ерготерапевта), логопеда, психолога, пацієнта, членів його сім'ї або осіб, які доглядають за пацієнтом.

МДК розробляє всебічний індивідуальний реабілітаційний план з урахуванням тяжкості інсульту та потреб і завдань пацієнта, використовуючи стандартизовані валідні шкали для оцінки функціонального статусу післяінсультних порушень.

МДК збирається як мінімум один раз на тиждень і обговорює процес і проблеми в стані пацієнта, реабілітаційні цілі, лікувальні та реабілітаційні заходи і планування його виписки.

Пацієнт після інсульту повинен займатися згідно з ІРП мінімум одну годину з кожним фахівцем МДК, мінімум п'ять разів на тиждень з урахуванням індивідуальних потреб та толерантності до навантажень.

Тривалість реабілітаційних втручань залежить від тяжкості інсульту. Виникає необхідність заохочувати пацієнтів практикувати навички так часто, як тільки можливо, з урахуванням толерантності до навантажень, змушувати пацієнта опановувати необхідні моторні навички, що залучають уражені кінцівки.

Для визначення ступеню функціональної незалежності пацієнта проводять оцінку стану за шкалою Бартел – додаток № 9.

Для призначення ІРП діють за наступним алгоритмом:

- обстеження для визначення функціональних порушень та обмежень;
- прогнозування результатів реабілітаційного втручання;
- планування реабілітаційного втручання;
- проведення реабілітаційного втручання;
- перегляд ІРП.

**Мета дослідження:** оцінка впливу ранньої фізичної реабілітації на регрес неврологічного дефіциту та відновлення основних рухових навичок у післяінсультних хворих.

**Методи дослідження:** реабілітаційні втручання фізичної реабілітації пацієнтів з інсультом.

**Завдання дослідження:**

- попередження розвитку патологічних станів (спастичних контрактур, артропатій);
- ускладнень (тромбофлебітів, належнів, застійних явищ у легенях), які пов'язані з гіпокінезією;
- рання активізація хворих;
- оптимальне відновлення рухової активності пацієнта після перенесеного мозкового інсульту.

**Результати дослідження:** у 2011-2012 роках курс фізичної реабілітації в гострому періоді інсульту в умовах стаціонарного відділення для хворих з порушенням кровообігу ЦМЛ м. Рівне пройшли 82 пацієнта (45 з ішемічним

інсультом, 37 -- з геморагічним). Неблагоприємними прогностичними факторами, які асоціювались з поганим відновленням порушених функцій були:

– локалізація вогнища поразення у функціонально значимих зонах для рухових функцій (в ділянці пірамідного шляху на всьому його протязі, для мовних функцій – в коркових мовних зонах Брока і/або Вернікс);

– великі розміри вогнища ураження;

– низький рівень мозкового кровотоку в ділянках, що оточують вогнища ураження;

– похилий і старечий вік;

– супутні когнітивні і емоційно-вольові розлади.

Рання вертикалізація проводилася уже в перші дні перебування хворих в палатах інтенсивної терапії і передбачала підняття головного кінця ліжка на 15-30 хвилин 3 рази в день під кутом 30°. На другий-третій день надавалось підвищене положення в момент прийому їжі, годування дрібними ковтками, контроль за проковтуванням їжі, виключення накопичення їжі і слюни в ротовій порожнині. Після годування ретельно оброблялась порожнина рота для виключення можливості аспірації і зберігалось вертикальне положення хворого близько 30 хвилин.

На етапі стаціонарної реабілітації проводили лікування положенням (корегуючі положення), дихальну гімнастику (пасивні прийоми), ранню вертикалізацію, оцінку і корекцію розладів ковтання і мови.

Лікування положенням полягало в наданні паралізованим кінцівкам правильного положення протягом того часу, поки хворий знаходиться у ліжку. Починали на другий - четвертий день хвороби. Укладали пацієнтів в положенні лежачи на спині: паралізовану руку укладали на подушку так, щоб вона на всьому протязі знаходилася на даному рівні в горизонтальній площині. Потім руку відводили у бік під кутом 90°, випрямляли і повертали назовні. Кисть з розігнутими і розведеними пальцями фіксували лангеткою, а передпліччя мішечком з сіллю масою близько 0,5 кг. Паралізовану ногу згинали у колінному суглобі на 15-20° і підкладали валик. Ступню згинали під прямим кутом і утримували в такому функціонально-вигідному положенні за допомогою дерев'яного ящика. В одну з його стінок хвору ногу упиралася підошвою. У такому положенні хворий знаходився 1,5-2 години. Протягом дня подібну процедуру повторювали 2-3 рази.

Проводилось також укладання хворих в положенні на здоровому боці: при такому укладанні паралізованим кінцівкам надавали зігнуте положення. Руку згинали у плечовому і ліктьовому суглобах і поміщали на подушку, ногу – в тазостегновому, колінному і гомілковостопному суглобах, розмішували на іншу подушку. Якщо м'язовий тонус не підвищувався, укладання в положенні на спині і здоровому боці змінювали кожні 1,5-2 години. У випадках раннього і вираженого підвищення тонузу лікування положенням на спині тривало 1,5-2 години, а на здоровому боці – 30-50 хв.

Термінами розширення рухового режиму були: при ішемічному інсульті основним критерієм для початку ранньої мобілізації пацієнтів була

нормалізація системної гемодинаміки (стабілізація показників приходилася на 5-й – 7-й – 14-й день в залежності від тяжкості інсульту).

Відносними протипоказаннями до мобілізації пацієнта з інсультом були:

- нестабільний стан серцевої діяльності або функції інших органів;
- систолічний тиск – 110 мм.рт.ст. або – 220 мм.рт.ст. S at O<sup>2</sup> – 92 %
- час в спокої – 40 або – 110 уд. за хв. t тіла – 38,5 °C.

При геморагічному інсульті обов'язковим додатковим критерієм був зворотній розвиток деструктивних змін мозку (набряку, дислокації стовбура або серединних структур, оклюзійної гідроцефалії), що складав від 1,5-2 до 4-6 тижнів.

Одночасно з лікуванням положенням розпочинали пасивну гімнастику при ішемічному інсульті з 2-4 доби, при геморагічному інсульті – на 6-8 добу.

Кінезотерапія - лікування рухом для впливу на систему м'язів, зв'язок, суглобів. З комплексу пасивних вправ починається відновна гімнастика після інсульту. Ці вправи розраховані на хворого прикутого до ліжка, і виконуються фізичним реабілітологом або людиною, яка доглядає за хворим. Пасивні рухи починали з великих суглобів кінцівок, поступово переходили до дрібних. Пасивні рухи виконували як на хворій, так і на здоровій стороні плавно в повільному темпі. Методист охоплював однією рукою кінцівку вище суглобу, другою – нище суглобу, здійснював рухи в даному суглобі по можливості в повному обсязі. Кількість повторень по кожній суглобовій осі складало 5-10 раз.

Серед пасивних вправ проводили імітацію ходи, лежачи на ліжку. Пасивні рухи поєднували з дихальною гімнастикою і навчанням хворого активному розслабленню м'язів 3 рази в день з участю рідних.

Дихальна гімнастика – спеціальні дихальні вправи, як активний засіб профілактики і боротьби з легеневиими ускладненнями, особливо в гострий період. Дихальні вправи поліпшують вентиляцію легенів, полегшують наповнення правого пересердя і тим самим сприяють збільшенню швидкості кровотоку і попередження флебітів і тромбоембодії судин. Залежно від стану хворого використовували різні методики дихальних вправ. Однак загальним для них була активація вдиху, що дозволяла цілеспрямовано втручатися в дихальний цикл.

При пригніченій свідомості застосовувалися пасивні вправи, що виконували методисти лікувальної фізкультури і які були спрямовані на стимуляцію видиху (загальна тривалість заняття 10-12 хв, кілька раз на добу). При відновленні свідомості і активності хворого переходили до пасивно-активних вправ, по 12-15 хв кілька разів на добу.

Активну гімнастику починали при ішемічному інсульті через 7-10 днів, при геморагічному через 15-20 днів від початку хвороби. Активну гімнастику розпочинали з тих рухів які раніше всього відновились у хворого. Застосовували вправи статичного напруження при яких відбувалась тонічна напруга м'язу і вправи динамічного характеру, які супроводжувалися виконанням руху. При грубих парезах активну гімнастику починали з вправ

статичного характеру, які заключаються в утриманні сегментів кінцівок в правильному вихідному функціонально-вигідному положенні. Вправи динамічного характеру виконувалися для м'язів, тонус яких був не підвищеним. При виражених парезах починали з ідеомоторних вправ (хворий спочатку уявляв собі заданий рух, а потім пробував виконати його, оцінюючи даний рух словесно) і з рухів в полегшених умовах. До кінця гострого періоду характер активних рухів ускладнювали, збільшували темп і число повторень.

Починаючи з 8-10 дня після ішемічного, і з 3-4 тижня після геморагічного інсульту, при задовільному загальному стані і стабільній гемодинаміці хворого починали навчати сидіти. Спочатку 1-2 рази на добу на 3-5 хв на давали напівсидячи положення з кутом сидіння біля 30°. Протягом декількох днів під контролем пульсу збільшують як кут так і час сидіння. Потім навчали сидіти зі спущеними ногами. При цьому здорову ногу періодично вкладали на паретичну для навчання пацієнта розподілу маси тіла на паретичну сторону. В слід за цим переходили до навчання стояння біля ліжка на обох ногах і поперемінно на паретичній і здоровій нозі, ходьбі на місці, ходьбі по палаті при допомозі методиста, а по мірі поліпшення ходи, з допомогою палиці, з виробленням правильного стереотипу ходьби (використовували «слідові» доріжки).

Масаж починали при неускладненому ішемічному інсульті на 2-4 день хвороби, при геморагічному – на 6-8 день. Масаж проводили в положенні хворого на спині і здоровому боці, щоденно, починаючи з 10 хв і поступово збільшуючи тривалість процедури до 20 хв. масаж починали з проксимальних відділів кінцівок і продовжували по напрямку до дистальних відділів (плечелопатковий пояс: плече – передпліччя – кисть; мисковий пояс: стегно – гомілка ступня).

Фізіотерапевтичні методи лікування призначали через 2 тижні. Застосовували магнітотерапію, електростимуляцію паретичних м'язів з допомогою імпульсних токів.

**Висновок:** проведення ранньої комплексної нейрореабілітації хворих, що перенесли інсульт на основі індивідуальної реабілітаційної програми, адекватно поставлених цілей та завдань веде до більш швидкого відновлення порушених функцій, дає змогу пацієнтам стати оптимально незалежними.

1. Белова А.Н., Щелетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.

2. Белова А.Н. Нейрореабилитация:Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.:Антидор, 2002. – 736 с.

3. Зозуля І.С., Русина А.В. Оценка ограничения жизнедеятельности больных трудоспособного возраста, перенесших мозговую инсульт // Український медичний часопис. №6/50 XI-XII. – 2005. – С.82-85.

4. Кадыков А.С., Черникова А.А., Шапаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.

5. Маркин С.П. Современный подход к реабилитации больных, перенесших инсульт/Актуальні напрямки в неврології: Сьогодення та майбутнє.

Матеріали XII Міжнародної конференції 25-28 квітня 2010 року, м.Судак/ під ред..С.М.Кузнецової. – К., 2010. – С.159-162.

6. «Медицинская реабилитация постинсультных больных» под редакцией проф. И.З.Самосюка, проф. В.И. Козьякина, чл-кора АМНУ, проф. М.В. Лободы. – К.;Здоровья, 2010. – 424 с.

7. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині. Посібник/В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – К.:Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.

8. Самосюк И.З., Самосюк Н.И., Думин П.В., Владимиров А.А., Губенко В.П. и др. Медицинская реабилитация постинсультных больных / Под ред. И.З. Самосюка, В.И. Козьякина, М.В. Лободы. – К.: Здоров'я, 2010. – 424 с.

9. World Health Organization. Global burden of stroke. Available at [http://www.who.int/cardiovascular/en/cvd\\_atlas\\_15burden\\_stroke.pdf](http://www.who.int/cardiovascular/en/cvd_atlas_15burden_stroke.pdf) (accessed on January 22, 2010).

10. Feigin V.L., Barker-Collo S., McNaughton H., Brown P., Kerse N. Longterm neuropsychological and functional outcomes in stroke survivors: current evidence and perspectives for new research // Stroke. — 2008. — Vol. 39. — P. 33-40.

## **РАННЯЯ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ Жовнир И.И.**

**Резюме.** Ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт осуществляется на основе индивидуальной реабилитационной программы для каждого больного. На ее первом месте стоит кинезотерапия, которая приводит к ранней вертикализации больного и обучению его к самостоятельному передвижению, более быстрого восстановления двигательных расстройств.

**Ключевые слова:** физическая реабилитация, кинезотерапия, лечебный массаж, инсульт.

## **EARLY NEUROREHABILITATION PISLYAINSULTNYH PATIENTS I.Zhovnir**

**Summary.** Early rehabilitation of patients with stroke is based on individual rehabilitation program for each patient. In her first place is kinezoterapiya which leads to early verticalization patient and his training for independent movement, faster recovery of motor disorders.

**Keywords:** physical rehabilitation, kinezoterapiya, massage therapy, stroke.