

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ, НА ПЕРШОМУ ЕТАПІ РАНЬОГО ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ

Сергій Афанасьєв, Станіслав Агафонов

Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту

Анотація

В статті проведено аналіз науково-методическої літератури по фізической реабілітації людей, которые перенесли ишемический мозговой инсульт, на первом этапе раннего восстановительного периода. В работе раскрыта важность раннего начала реабилитационных мероприятий данного контингента. Так же описаны подходы физической реабилитации, которые включают Бобат-терапию и метод PNF.

Ключевые слова: ишемический инсульт, физическая реабилитация, ранний восстановительный период, Бобат-терапия, метод PNF.

Annotation

In the article an analysis scientifically of methodical literature is conducted in relation to the physical rehabilitation of people that carried an ischemic stroke on the first stage of early period of rehabilitation. Importance of the early beginning is in-process exposed rehabilitation measures of this peoples. In articles describes approaches for physical rehabilitation, including Bobath-therapy and method of PNF.

Key words: ischemic stroke, physical rehabilitation, early recovery period, Bobath-therapy, method PNF.

Постановка проблеми. За даними офіційної статистики, в Україні щорічно реєструється 110-120 тис. випадків мозкового інсульту. Причому із усіх мозкових інсультів у 35,5% вони відмічались в осіб середнього віку. Ішемічні інсульти мали місце у 85%, а у 15% – геморагічні. Смертність у гострому періоді інсульту досягає 35-40 % [6].

Переважає більшість хворих, які перенесли мозковий інсульт, стають неповносправними, 20-25% з них до кінця життя потребують сторонньої допомоги в повсякденному житті. До праці повертаються не більше 10-12 % [1,3].

У 88% хворих після мозкового інсульту найбільш вираженими є рухові розлади – геміплегії та геміпарези. Ступінь та розподіл рухових порушень у переважній більшості залежать від локалізації та розмірів осередку ураження [8,12].

На жаль, система реабілітаційного лікування в Україні хворих після перенесеного ішемічного інсульту на першому етапі раннього відновного періоду знаходиться на недостатньому рівні, а тому розробка більш ефективних методик фізичної реабілітації для даного контингенту є актуальною.

Мета дослідження: На основі аналізу науково-методичної літе-

ратури визначити стан фізичної реабілітації при ішемічному інсульті на першому етапі раннього відновного періоду.

Методи дослідження: аналіз спеціальної наукової та методическої літератури, передового практичного досвіду та узагальнення отриманих даних.

Обговорення результатів дослідження. Використання засобів фізичної реабілітації для відновлення рухів в паретичних кінцівках повинно розпочатися вже в перші дні після інсульту, частіше – через 1-2 тижні, і якщо воно не розпочалось до кінця першого місяця, то в цілому перспектива відновлення рухових функцій малоімовірна. Сам процес відновлення рухів (їх об'єму, сили) відбувається в основному в перші 3-6 місяців від початку інсульту. Це є найбільш сприятливий час для проведення активної рухової реабілітації. Відновлення складних рухових навичок (самообслуговування, побутових та трудових) може бути тривалішим і продовжуватись до 1-2 років [6].

Безперервність реабілітації на всіх етапах забезпечує покращення функціонального стану різних систем організму, обміну речовин, підвищує тренуваність організму. Тривала перерва може призвести до погіршення набутих навичок, збільшення спастички, зменшення сили м'язів тощо [9].



Основні завдання фізичної реабілітації на першому етапі раннього відновного періоду полягають у розвитку активних рухів, зниженні спастичності, подоланні синкінезій, вдосконаленні функції ходьби, підвищенні толерантності до фізичних навантажень, тренуванні стійкості вертикальної пози, навчанні навикам самообслуговування.

У лікувальній гімнастиці суттєве місце займає навчання хворих сидінню, стоянню, ходьбі і самообслуговуванню.

Залежно від причини виникнення інсульту, а також особливостей стану хворого, його функціональних можливостей, рухового досвіду, добір методів і засобів буде різним. Ці дані вказують на те, що фізична реабілітація хворих потребує індивідуального підходу до пацієнтів з урахуванням їхньої реакції на використання фізичних навантажень [2].

Застосування лікувальної фізичної культури (ЛФК) у хворих після порушень мозкового кровообігу передбачає наступні завдання: поліпшення функції системи кровообігу і дихання, загального і емоційного тону; збільшення об'єму рухових функцій паретичних кінцівок; зниження гіпертонусу м'язів, збільшення рухливості в суглобах, відновлення функцій м'язів і ліквідація патологічних синкінезій. В процесі занять ЛФК відновлюється правильна діяльність співдружних м'язів, зменшуються або ліквідуються контрактури, розвивається компенсаторне пристосування м'язів, поліпшується координація рухів. Все це полегшує навчання навикам самообслуговування, ходьби і елементарним трудовим діям [5].

Ранній відновний період (до 6 місяців після перенесеного інсульту), І. З. Самосюк та ін. [5] умовно підрозділяють на два етапи по 3 місяці. Перші 3 місяці – І етап реабілітації – термін максимально можливих відновних процесів з одного боку, і форму-

вання осередкової неврологічної патології – з іншого, включаючи формування рухового дефекту. У період від 3 до 6 місяців – II етап реабілітації, продовжуються відновні процеси, ступінь яких залежить від багатьох складових (локалізація осередку і його розміри, преморбідний стан, супутні захворювання, вік і ін.). В літературі відмічається, що на I і II етапах необхідно максимально активно використовувати весь реабілітаційний потенціал хворого з вибором адекватних реабілітаційних методик. У ранньому відновному періоді існують об'єктивні передумови ятрогенного посилення нейропластичних процесів (їх активації, поширеності, зрілості), направлених на відновлення порушених функцій центральної нервової системи (ЦНС).

Основні завдання відновної терапії в цей період полягають у **наступному**: 1) подальший розвиток активних рухів; 2) зниження спастичності (при її наявності) та профілактика розвитку контрактур; 3) подолання патологічних синкінезій; 4) відновлення функції ходьби; 5) підвищення толерантності до фізичних навантажень; 6) тренування стабільної вертикальної пози; 7) навчання навикам самообслуговування [5].

Значне місце у відновному лікуванні відводиться спрямованому посиленню пропріорецепції, яке проводиться на всіх етапах реабілітації.

Застосування методу дозованого опору здійснюваному руху за методикою Kabat (1953), який також називається *proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF)*. У цьому методі використовуються для активізації уражених м'язів «комплексні рухи» в умовах пропріорецептивного полегшення [4].

Методика, яка розроблена Н. Kabat, спрямована, головним чином, на відновлення рухової функції при захворюваннях і порушеннях центральної і периферичної нервової системи. При

цьому використовуються певні схеми і типи вправ, що наближаються до природних рухів, виходячи з положення, що шляхом посилення сигналів з боку пропріорецепторів можна поліпшити функціональний стан рухових центрів [4, 10].

Численні прийоми, пропоновані цією системою, базуються на наступних **концепціях**:

- провідними і координуючими стимулами скорочення м'язів є пропріорецептивні стимули;
- є суміжні типи руху, де одні рухи привертають до інших певних типів;
- моторна поведінка визначається вольовими (довільними) рухами.

Система Н. Kabat передбачає:

- відмову від поступового збільшення фізичних навантажень; максимальний опір пропонується з самого початку лікування;
- замість ізольованого руху ураженого м'яза пропонується комплексний рух, що охоплює одночасно і послідовно багато м'язових груп;
- одним із чинників, що полегшує скорочення паретичного м'яза, є попереднє його розтягування.

- використання рефлексів, що витікають при подразненні рецепторів на периферії [4, 10].

Застосування Бобат-терапії ґрунтується на властивості пластичності та можливостях реорганізації клітин головного мозку. Бобат-терапія заснована на мануальному впливанні і розумінні природного руху; на оптимізації рухової функції через поліпшення постурального контролю і селективних (окремих) рухів. Даний підхід заснували Б. Бобат і К. Бобат і він полягає в гальмуванні аномальних тонічних рефлексів, в торуванні вищих координуваних постуральних реакцій в певній послідовності з поступовим переходом до довільних рухів і регуляції реципрокної м'язової



діяльності, цей підхід використовують 88% фізичних терапевтів Великобританії [4, 11].

Таким чином, однією з важливих умов ефективного відновлення осіб, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, є ранній початок застосування засобів фізичної реабілітації. Найбільш ефективними засобами у відновленні порушених рухових функцій є Бобат-терапія та метод PNF

Висновки

1. Аналіз науково-методичної літератури свідчить про високу поширеність мозкового ішемічного інсульту, який призводить до тяжких та стійких розладів рухових функцій.

2. Фізична реабілітація осіб, які перенесли ішемічний інсульт, ґрунтується на використанні комплексу різних засобів та методів, серед яких Бобат-терапія та метод PNF є одними з ведучих.

3. Перші 3 місяці раннього відновного періоду (I етап реабілітації), термін максимально можливих відновних процесів і формування осередкової неврологічної патології, включаючи формування рухового дефекту. В літературі недостатньо висвітлені питання щодо використання різних засобів фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, фізіотерапія та ін.),

з урахуванням віку та тяжкості функціональних порушень на першому етапі раннього відновного періоду.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження будуть присвячені розробці ефективної програми фізичної реабілітації осіб, які перенесли ішемічний інсульт, на першому етапі раннього відновного періоду.

Література

1. Белова А. Н. Нейрореабілітація: руководство для врачей / А.Н. Белова – М.: Антидор, 2000 – 568 с.
2. Білянський О. Ю. Основні принципи фізичної реабілітації хворих, які перенесли мозковий ішемічний інсульт / О.Ю. Білянський // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. пр. / За ред. С.С. Єрмакова. – Х., 2006. – №11. – С.3-4.
3. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика, лечение / Б. С. Виленский – СПб.: Искусство России, 1999. – 336 с.
4. Епифанов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А. Епифанов – М.: МЕД-пресс-информ, 2006. – 256с.
5. Самосюк И.З., Медицинская реабилитация постинсультных больных / И.З. Самосюк, В.И. Козьякин, М.В. Лобода // К.: 2010 г., – 424 с.
6. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта / А.С. Кадыков – М., 2003. – 176 с.
7. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных / О.В. Камаева, Полина Монро, З.Ф. Буракова [и др.] // Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / Под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003. – 42 с.
8. Кушнір Ю. Особливості наслідків перенесеного мозкового інсульту на другому етапі фізичної реабілітації / Ю. Кушнір - Молода спортивна наука України, 2008. т. 3. С. 132-137.
9. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник / В.М. Мухін – 3-тє вид., перероб. та доповн. – К.: Олімп. Л-ра, 2009. – 488 с.: іл..
10. Adler S., Beckers D. PNF in Practice / S. Adler, D. Beckers // Berlin: Sp. Verlag, 1993. – 256 p.
11. Bobath B. Dis Hemeplegie Erwachsener / B. Bobath – Stuttgart: Thieme, 1980. – 284 s.
12. The stroke data bank: design, methods and baseline characteristic / M.A. Folkes, P.A. Wolf, T.R. Price [et al.] – Stroke – 1988 – V. 19. – № 5 – P. 547-552.

