

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ



ПЕРСПЕКТИВИ ТА ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Станіслав Агафонов

Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту

Аннотация

В статье проведен анализ научно-методической литературы по изучению физического, психического и эмоционального состояния людей, которые перенесли ишемический инсульт. Описана взаимосвязь расположения очага поражения с функциональными нарушениями, рассмотрены факторы, влияющие на исход и степень восстановления после ишемического инсульта.

Ключевые слова: ишемический инсульт, физическая реабилитация, ранний восстановительный период, функциональное состояние, перспективы восстановления.

Annotation

The article analyzes the scientific and methodological literature of physical, mental and emotional state of the people who have suffered an ischemic stroke. Describes the relationship of the lesion location with functional disorders. The paper discusses the factors affecting the outcome and the degree of recovery after ischemic stroke.

Key words: ischemic stroke, physical rehabilitation, early recovery period, functional status, prospects for recovery.

Постановка проблеми. Інсульт посідає одне з основних місць серед причин смертності та перше місце у структурі стійкої втрати працездатності [4; 9].

Соціально значущими є той факт, що лише 10 – 15% хворих після перенесеного мозкового інсульту повертаються до праці, а з 80% інвалідизованих 38,2% потребують стороннього догляду [10].

Уже на початку фізичної реабілітації осіб, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, важливо установити, сприятливі та негативні чинники, що можуть затримати або прискорити відновлення уражених функцій. Ми вважаємо, що врахування цих факторів є дуже важливим у подальшому процесі планування та підбору засобів фізичної реабілітації.

Мета дослідження: на основі аналізу науково-методичної літератури визначити наслідки ішемічного мозкового інсульту та перспективи відновлення в залежності від зони ураження.

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

Обговорення результатів дослідження. Пошкодження мозку, пов'язане з інсультом, є причиною різних порушень, включаючи рухові (геміпарез, атаксія),

чутливі (гемігіпестезія, геміанопсія), когнітивні (амнезія, виконавча дисфункція, апраксія, агнозія) і емоційно-вольові (апатія, депресія, агресія) [1; 2].

Широке розповсюдження, особливо в країнах Заходу, знайшов індекс (шкала) Бартеля, що дозволяє оцінити основні фізичні і соціальні функції пацієнта [1; 6; 7].

За даними D. Wade і співавторів (1986) через 6 місяців після мозкового інсульту, згідно з результатами оцінки індексу Бартеля, повністю незалежними у віці до 60 років були 58% хворих, у віці 65-74 року - 43%, у віці 75 років і старше - 31%. P. Wilkinson і співавтори (1988), що використали також індекс Бартеля при 5-річному катамнестичному спостереженні за постінсультними хворими, констатували, що 34% з них були незалежні в повсякденному житті, 51% тією або іншою мірою адаптувалися до наявного функціонального дефекту, а останні потребували постійної сторонньої допомоги [12; 13].

Аналіз наукової літератури свідчить, що, в залежності від зони ураження головного мозку, відбуваються різні функціональні порушення. Так, при інфаркті в басейні середньої мозкової і внутрішньої сонної артерій формується унаслідок підвищення м'язового тону своєрідна поза [6; 7]. При ішемії в басейні передньої



мозкової артерії зустрічається переважаюче порушення функції нижньої кінцівки. При лівобічному ураженні спостерігається афазія (порушення мови). Характерним для поразки лобових долей є порушення психіки [8].

Симптоматика ішемії в басейні задньої мозкової артерії в одних випадках обмежена, в інших – різноманітна. Досить часто бувають порушення зору, мови, пам'яті, чутливості. Іноді мають місце укрив болісні (з відчуттям печіння) болі в руках, половині обличчя, іноді в нозі [7; 8].

Порушення мозкового кровообігу в басейні хребетної артерії також характеризується різноманітністю: це вестибулярні порушення – запаморочення, похитування при ходьбі, порушення зору, напади «падіння». У важких випадках спостерігаються порушення ковтання, мови, нерухомість однієї половини м'якого неба і голосової зв'язки, вестибулярно-мозжечкові симптоми – втрата рівноваги, промахування в русі [2; 14].

До важливих чинників, які визначають ступінь і темп відновлення порушених функцій, відносяться: ранній початок реабілітації, тривалість і систематичність, комплексність і адекватність реабілітаційних заходів [16].

За даними І.З. Самосука та ін., розрізняють три рівні відновлення порушених функцій. Найбільш високий рівень відновлення, коли порушена функція повертається до початкового стану [6].

Другим рівнем відновлення є компенсація. Функцію зруйнованих структур беруть на себе системи, які не постраждали від травматизуючого чинника. Основним механізмом компенсації функцій є функціональна перебудова, залучення до функціональної системи нових структур. На основі компенсаторної перебудови рідко вдається добитися повного відновлення порушеної функції.

Третій рівень відновлення – реадаптація, пристосування до дефекту [3; 6].

Відновлення функцій пов'язане з тим, що в перші тижні після інсульту поліпшується кровообіг в областях, які знаходяться поруч з осередком ураження; розгальмування функціонально недіяльних, але морфологічно збережених нейронів [15].

А.Н. Белова [1] і О.К. Марченко [25] вважають, що до сприятливих чинників, що асоціюються з добрим відновленням, можна віднести:

- поверхнева локалізація осередку ураження (для відновлення рухів);
- ранній початок спонтанного відновлення функцій;
- ранній початок реабілітаційних заходів, їх систематичність і адекватність.

До несприятливих прогностичних чинників, що асоціюються із незадовільним відновленням порушених функцій, Ючино Кен (2009) відносяться:

- локалізація осередку ураження у функціонально значущих зонах: для рухових функцій – в області пірамідного тракту;
- перенесені інсульти в анамнезі або рухові порушення до інсульту;
- великі розміри осередку ураження;
- літній і похилий вік (для відновлення мови і складних рухових навичок);
- тяжкість загального стану;
- низький або високий тонус в паретичних кінцівках;
- порушення м'язово-суглобового відчуття (для відновлення рухових функцій);
- супутні когнітивні та емоційно-вольові порушення;
- супутні захворювання серцево-судинної системи [11].

До чинників, які можуть затримувати відновлення, А.Н. Белова (1999) та інші вчені відносять неадекватну оцінку хворим наявності рухового або мовного дефіциту; порушення чутливості,

особливо – пропріорецептивної; геміанопсію і інші зорові порушення; проблеми сприйняття; больові реакції; депресивний настрій; відсутність мотивації до реабілітаційних заходів; низьку толерантність до фізичних навантажень [1; 2; 7].

Обов'язковим у реабілітаційному процесі є моніторинг і оцінка результатів. Для цього використовують стандартизовані інструменти клінічної оцінки (тести, шкали, індекси), які дають можливість зробити кількісний опис досягнутих результатів [3; 17].

Широке застосування має використання класифікації результатів відновлення після інсульту, яка була розроблена співробітниками НДІ неврології АМН СРСР Шмідтом Е.В. та Макінським Т.А. в 1979 році [6].

1-й клас відновлення – вищий ступінь відновлення, при якому спостерігається повне відновлення працездатності (у тих, хто до інсульту працював) і повне відновлення побутових навичок і соціальної активності.

2-й клас відновлення передбачає для тих, хто працював до інсульту, повернення до колишньої роботи з обмеженням або пониженням у посади, чи перехід на іншу, менш кваліфіковану роботу; для тих, хто займався домашнім господарством – повернення до нього з обмеженнями.

3-й клас відновлення – у хворих, працюючих до інсульту, працездатність втрачена, значно обмежені можливості виконання колишніх домашніх обов'язків, понижені майже всі види соціальної активності.

4-й клас відновлення – значна залежність у повсякденному житті. Хворі залежать від оточуючих не лише при прийнятті ванни і деяких процедурах при одяганні, але і при виконанні ще однієї або двох функцій: користуванні туалетом, одяганні, умиванні.

5-й клас відновлення – повна втрата самообслуговування, повна



залежність від оточуючих. Хворий не може пересуватися навіть зі сторонньою допомогою [6].

Таким чином, дана класифікація повною мірою представляє ступінь відновлення порушених функцій у осіб, які перенесли інсульт, і дозволяє вносити корективи у програму фізичної реабілітації.

Висновки

1. Перспектива відновлення хворих, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, залежать від локалізації та розміру осередку ураження і супутніх захворювань.

2. Суттєве значення при відновленні порушених функцій хворих на ішемічний мозковий інсульт має фізична реабілітація на першому етапі раннього відновного періоду.

3. Під час фізичної реабілітації даного контингенту хворих потрібно визначити та усунути фактори, які можуть затримувати відновлення.

4. У ході фізичної реабілітації повинен бути моніторинг та оцінка результатів, що допомагає своєчасно встановити рівень відновлення на даному етапі реабілітації і внести при необхідності корективи.

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

Література:

1. Белова А.Н., Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова – М.: Антидор, 2000 – 568 с.
2. Виленский Б.С., Инсульт - современное состояние проблемы // Неврологический журнал.- 2008.- N 2.- С. 4-10.
3. Епифанов В.А., Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А. Епифанов – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256с.
4. Корнацкий В.М. Социальные та медицинские проблемы цереброваскулярной патологии / В.М. Корнацкий // Украинский кардиологический журнал. – 2008. – №1. – С. 121 – 124.
5. Марченко О.К. Физическая реабилитация неврологических больных / О.К. Марченко // Учебное пособие. К.: Олимпийская литература, 1999. - 285с.
6. Самосюк И.З., Медицинская реабилитация постинсультных больных / И.З. Самосюк, В.И. Козьякин, М.В. Лобода // К.: 2010 г., 424 с.
7. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта / А.С. Кадыков – М., 2003. – 176 с.
8. Хеннерици М. Дж., Инсульт / М. Дж. Хеннерици, Ж. Богуславски, Р. Л. Сакко // Москва, МЕДпресс-информ, 2008 г., 224 с.
9. Шкловський В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта / В. М. Шкловський // Неврология и психиатрия. – 2005. – №6. – С. 10-23.
10. Шевченко Л.А. Двигательная патология в структуре мозкового супратенториального инсульта и ее современная терапевтическая коррекция / Людмила Александровна Шевченко. – 2-е изд., перераб. – Запорожье: Просвіта, 2005. – 208 с.
11. Ючино Кен Острый инсульт / Кен Ючино, Дженифер Пари, Джеймс Гротта // Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г., 242 с.
12. Wade D.T., Langton-Hewer R., Skilbeck C.E. et al. Lancet 1985; 1: 323-326, Wade D., Hewer R. Arch Phys Med 1986; 67: 8: 540-545
13. Rasquin S.M., Lodder J., Ponds R.W. et al. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow-up study // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2004; 18: 138-144
14. Jaillard A., Naegele B., Trabucço-Miguel S., Le Bas J.F., Hommel M. Hidden dysfunctioning in subacute stroke // Stroke. 2009; 40: 2473-2479
15. Bejot Y., Aboa-Eboule C., Durier Jerome et al. Prevalence of early dementia after first-ever stroke: a 24-year population-based study // Stroke. 2011; 42: 607-612
16. Gottesman R.F., Hillis A.E. Predictors and assessment of cognitive dysfunction resulting from ischaemic stroke // Lancet Neurol. 2010; 9: 895-905
17. Ukraintseva S., Sloan F., Arbeeve K., Yashin A. Increasing rates of dementia at time of declining mortality from stroke // Stroke. 2006; 37(5): 1155-1159

