

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ



Мирна Ангеліна, Гагара Володимир, Мирний Сергій
Запорізький національний технічний університет

Аннотация

Представлены результаты исследования эффективности воздействия на организм больных пожилого возраста с гипертонической болезнью после перенесенного инсульта подобранного комплекса методов физической реабилитации. В подобранный реабилитационный комплекс основной группы входило применение пассивной и активной гимнастики с упражнениями статического характера, комплекса упражнений на расслабление паретичных мышц в сочетании с дыхательными упражнениями, а также комплекса упражнений для восстановления бытовых навыков и массажа.

Больные контрольной группы получали общепринятое комплексное реабилитационное лечение, состоявшее из лечебной гимнастики и физиотерапии.

В результате исследования установлено, что воздействие реабилитационного комплекса основной группы оказалось более эффективным, чем комплекса контрольной группы.

Ключевые слова: мужчины, пожилой возраст, гипертоническая болезнь, инсульт, физическая реабилитация, подобранный комплекс, эффективность воздействия.

Annotation

The results of studies of the effectiveness effects on the elderly patients with hypertension after stroke matched complex methods of physical rehabilitation. In selected rehabilitation complex main group was the use of passive and active exercises with exercises static nature, complex relaxation exercises parietic muscles in combination with breathing exercises, as well as complex exercises to restore domestic skills and massage.

The control group received conventional rehabilitation treatment complex, consisting of therapeutic exercises and physiotherapy.

The study found that the rehabilitation center of the main group was more effective than complex control group.

Key words: men, older age, hypertension, stroke, physical rehabilitation, selected complex, its effectiveness.

Постановка проблеми. В останнє десятиліття в Україні спостерігається ріст захворювань, зумовлених психоемоційним перенапруженням. Несприятливий вплив хронічного емоційного і психосоціального стресу підсилюється шкідливими екологічними факторами і неправильним способом життя (гіподинамія, паління, нераціональне харчування), що в сукупності викликають передчасне старіння і розвиток патологій. У її структурі на першому місці знаходяться захворювання серцево-судинної системи – ішемічна хвороба серця і мозку, артеріальна гіпертензія і їхні ускладнення, що є причиною передчасної смерті понад 60% дорослого населення [4].

Мозковий інсульт є всесвітньою проблемою, яка щорічно вражає велику кількість дорослого населення як в економічно розвинених країнах, так і в країнах з перехідною економікою.

До теперішнього часу немає єдиного підходу в обґрунтуванні принципу побудови методики вживання лікувальної гімнастики, масажу, фізіотерапії й інших засобів фізичної реабілітації при гострому порушенні мозкового кровообігу. У зв'язку з цим питання комплексної реабілітації хворих, що перенесли інсульт, є актуальними.



Аналіз останніх досліджень і публікацій. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є головним чинником ризику практично всіх захворювань серцево-судинної системи, недостатності кровообігу, інвалідизації та передчасної смерті. На Україні близько 15-20% населення середнього віку, страждають підвищеним артеріальним тиском, і серед літніх осіб поширеність есенціальної гіпертензії досягає 30-40%. Основними причинами смерті хворих на артеріальну гіпертензію є: серцева недостатність (39%), інсульти (20%), ниркова недостатність (18%) і на інші причини приходиться 23% [5].

ГХ – це полігенний дефект, який поки що не можна подолати. Вилікувати хворих на ГХ неможливо, але важливо запобігти її тяжким органним ускладненням. На тлі підвищення артеріального тиску, особливо – гіпертонічних кризів, можливо виникнення також тяжкого ускладнення, як інсульт [4, 5].

Приблизно 80% випадків інсульту складає ішемічний інсульт, обумовлений утворенням в отворі судини перешкоди для кровотоку.

Своєчасне і раннє застосування адекватного фізичного навантаження в комплексному лікуванні наслідків інсульту 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 м'язів, що є характерним для осіб, які перенесли мозковий інсульт. Водночас, рання і адекватна рухова активність допомагає відновити втрачені функції, зменшує руховий дефект, покращує загальний фізичний і психоемоційний стан пацієнта.

Заходи індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП), призначеної лікарем мають бути спрямовані на профілактику роз-

витку ускладнень, повноцінне відновлення порушеної рухової активності та втрачених навичок самообслуговування для попередження або зменшення ступені інвалідності та зменшення термінів непрацездатності [6].

До базисних реабілітаційних інтервенцій відносяться: медикаментозні засоби; кінезотерапія (лікування положенням, дихальні вправи, лікувальна пасивна і активна, індивідуальна і групова гімнастика, постізометрична релаксація м'язів, пропріоцептивна нейром'язова фацилітація, механотерапія); масаж; рефлексотерапія; фізіотерапія (електротерапія, магнітотерапія, лазеротерапія, термотерапія, ультразвук, гідротерапія); психотерапія; дієтотерапія; логопедичне навчання (при необхідності); трудотерапія і профорієнтація [7-9].

Лікувальна фізична культура (ЛФК) в комплексі з іншими терапевтичними заходами повинна використовуватися протягом відновного лікування, в якому розрізняють три етапи:

- ранній відновлювальний етап (до 3 місяців);
- пізній відновлювальний етап (до 1 року);
- етап компенсації залишкових порушень рухових функцій (понад 1 року).

Для початку проводиться пасивна гімнастика після інсульту, яка застосовується у випадках, коли пацієнт ще не має повної самостійності від медсестер або родичів. Коли стало вже досить добре помітно поліпшення стану хворого, можна починати поступово збільшувати навантаження [8].

У комплексах застосовують пасивні, активно-пасивні, активні вправи, лікування положенням. Активні вправи в уражених кінцівках виконують в одній площині й одному напрямку – до опрацювання якісного руху в окремих суглобах, а потім – у різних площинах і напрямках. Комплекси лі-

кувальної гімнастики складаються з простих активних і пасивних вправ для здорових і пасивних – для уражених кінцівок, а також з дихальних вправ на розслаблення, пауз для відпочинку. Пасивні рухи починають з проксимальних відділів кінцівок, поступово переходячи до дистальних. Виконують вправи у повільному темпі, плавно, з максимально можливою амплітудою, суворо ізольовано у кожному суглобі й повторюють спочатку 3-4 рази, а згодом – 6-10 разів [7-9].

Мета дослідження. Мета нашого дослідження полягала у встановленні ефективності впливу підбраного комплексу методів фізичної реабілітації на стан хворих похилого віку з гіпертонічною хворобою після перенесеного інсульту в умовах стаціонару.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі **завдання:**

1. Проаналізувати літературні джерела з теми дослідження.
2. Оцінити морфо-функціональні показники стану здоров'я хворих контрольної та основної дослідної груп до проведення реабілітації.
3. Підібрати комплекси методів фізичної реабілітації та застосувати їх в основній і контрольній групі.
4. Оцінити ефективність впливу методів підбраного комплексу фізичної реабілітації, який був застосований в основній групі у порівнянні з комплексом контрольної дослідної групи.

Методи і організація дослідження. Дослідження проводилися на базі шостої міської лікарні м. Запоріжжя, у першому неврологічному відділенні протягом одного місяця з 03 березня до 04 квітня 2014 р. Під спостереженням знаходилося 11 чоловіків похилого віку (59-64 р.) з гіпертонічною хворобою після перенесеного інсульту. Усі хворі знаходилися на ранньому відновному етапі лікування із залишковими



порушеннями рухової функції (геміпарез). Хворим був призначений вільний руховий режим. За діагнозом захворювання, руховим режимом, характером супутніх захворювань і віком, хворі були поділені на основну і контрольну групи довільно (5 і 6 хворих, відповідно, в кожній групі).

Моніторинг реабілітаційного процесу проводився методом поточного та етапного контролю, що забезпечувало адекватне розширення режиму та інтенсифікацію фізичного навантаження кожного пацієнта. Контроль за функціональним станом організму хворих до та після фізичної реабілітації оцінювався за такими показниками: опитування, огляд, спірометрія, артеріальна тонометрія – визначення систолічного (АТс) та діастолічного (АТд) артеріального тиску, визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС), життєвої ємності легень (ЖЄЛ), пульсового тиску (ПТ), частоти дихання (ЧД), динамометрія, визначення величини м'язового тону за шкалою Ashworth, які дали змогу проаналізувати як динаміку окремих симптомів, так і в цілому перебіг захворювання [1, 2, 3, 7-9].

В основній групі була запропонована комплексна програма фізичної реабілітації, що включала пасивну і активну гімнастику з вправами статичного характеру, комплекс вправ на розслаблення паретичних м'язів в комбінації з дихальними вправами, а також комплекс вправ для відновлення побутових навиків та масаж.

Хворі контрольної групи отримували загальноприйняте комплексне реабілітаційне лікування, що складалося з лікувальної гімнастики і фізіотерапії.

Представлені в роботі матеріали з пошуку нових програм з реабілітації хворих з гіпертонічною хворобою після перенесеного інсульту є плановим науковим дослідженням кафедри фізичної реабілітації і рекреації інституту

Управління і права Запорізького національного технічного університету.

В перспективі планується продовження проведення наукових робіт з цього напрямку.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведених досліджень встановлено, що позитивну динаміку показників серцево-судинної і респіраторної системи, а також сили м'язів мали чоловіки обох груп, але більш вираженою вона була у хворих основної групи (табл. 1).

У порівнянні з аналогічними показниками до проведення реабі-

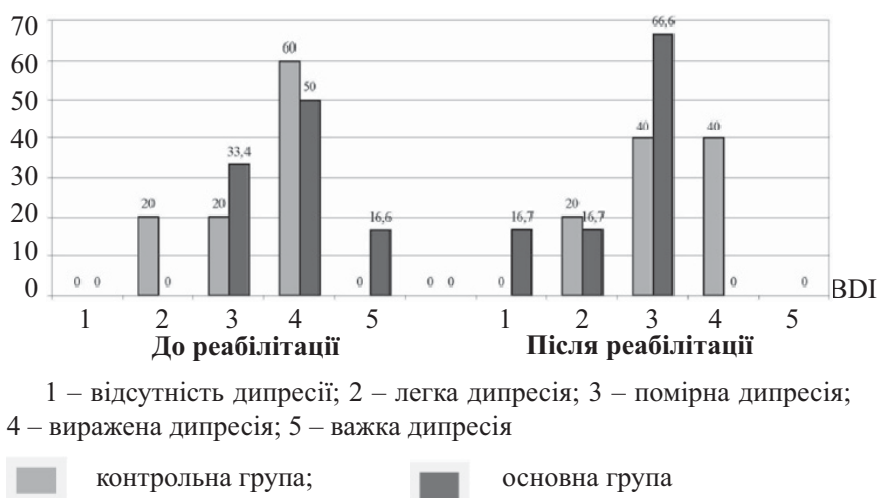
літації в основній групі величина ЧСС мала тенденцію до зниження з $85,2 \pm 0,48$ уд./хв до $80,0 \pm 0,7$ уд./хв, а також відповідно покращилися величини АТс з $176,0 \pm 8,37$ мм. рт. ст. до $148,0 \pm 4,48$ мм. рт. ст., АТд з $107,0 \pm 3,79$ мм. рт. ст. до $94,0 \pm 2,74$ мм. рт. ст., величина ЖЄЛ зросла до $2500,5 \pm 140,0$ мл, ЧД зменшилась з $24,6 \pm 0,33$ п/хв до $20,0 \pm 0,45$ п/хв, що вказує на економічність роботи серцево-судинної системи і системи зовнішнього дихання.

Показники динамометрії після застосування реабілітаційних заходів у хворих основної групи

Таблиця 1

Показники серцево-судинної і респіраторної системи та сили м'язів чоловіків основної та контрольної груп після проведення реабіліт

Показники, одиниці	Дослідні групи		Статистичні показники	
	Основна група, n=5	Контрольна група, n=6	t	p
ЧСС (уд./хв)	$80,01 \pm 0,72$	$86,21 \pm 0,71$	6,21	< 0,05
АТс (мм. рт. ст.)	$148,01 \pm 4,48$	$160,01 \pm 7,07$	1,43	> 0,05
АТд (мм. рт. ст.)	$94,01 \pm 2,74$	$104,52 \pm 8,94$	1,13	> 0,05
ПТ (мм. рт. ст.)	$54,02 \pm 1,74$	$55,51 \pm 1,87$	0,59	> 0,05
ЖЄЛ (мл)	$2500,51 \pm 140,0$	$2110,02 \pm 37,08$	2,69	< 0,05
ЧД (п/хв)	$20,01 \pm 0,45$	$22,41 \pm 1,10$	2,13	> 0,05
Сила м'язів (кг)	$10,02 \pm 2,31$	$8,04 \pm 2,12$	0,78	> 0,05



1 – відсутність депресії; 2 – легка депресія; 3 – помірна депресія; 4 – виражена депресія; 5 – важка депресія

■ контрольна група; ■ основна група

Рис. 1. Результати оцінювання рівня депресії за шкалою Бека (BDI) у чоловіків основної та контрольної груп на різних стадіях дослідження



покращилися у порівнянні з контрольною групою на 20%.

У всіх чоловіків обох груп зафіксовано зниження тону м'язів уражених кінцівок за шкалою Ashworth.

Динаміка результатів оцінювання рівня депресії за шкалою Бека (BDI) представлена на рисунку 1.

Отримані результати свідчать про покращення психоемоційного стану чоловіків після застосування реабілітаційної програми.

Таким чином, дослідження функціонального та психічного стану організму хворих контрольної і основної груп на початку курсу реабілітації дозволило виявити зниження адаптації можливостей серцево-судинної і респіраторної системи і значні порушення рухової функції паретичних кінцівок у хворих обох груп, що пояснювалося тривалим постільним режимом і порушенням функцій центральної нервової системи. Після проведеної реабілітації виявилася тенденція до поліпшення всіх показників у хворих обох груп, але більш вираженою вона була в основній групі.

Висновки

1. В результаті вивчення літературних джерел було встановлено, що в 2012 р. в нашій країні було зареєстровано 118443 випадків інсульту, тому ефективна реабілітація хворих з гіпертонічною хворобою після перенесеного інсульту є однією з основних проблем сучасної медицини. Реабілітаційні комплекси, які за-

стосовуються після перенесеного інсульту ще не зовсім досконалі та повні. Тому пошук нових комплексних заходів реабілітації цих хворих є актуальним завданням сучасності.

2. Дослідження морфо-функціональних показників стану організму хворих з гіпертонічною хворобою після перенесеного інсульту до проведення реабілітаційних заходів показали, що в усіх пацієнтів контрольної та основної груп всі показники мали позитивні зміни. Достовірних відмінностей між показниками хворих дослідних груп не встановлено, що свідчить про їх однорідність.

3. Після проведення фізичної реабілітації хворих обох дослідних груп встановлена тенденція до позитивних змін досліджених показників фізичного та психологічного стану хворих. У пацієнтів покращилося самопочуття, відмічалася позитивна динаміка показників серцево-судинної й респіраторної системи та рухових функцій уражених кінцівок, але у хворих основної групи вони були більш вираженими, що свідчить про ефективність дії підібраного комплексу фізичної реабілітації у порівнянні з традиційними комплексами.

Література:

1. Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – СПб. : Владос, 2001. – 688 с.
2. Белова А. Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей.

– 2-е изд., перераб. и доп. / А. Н. Белова. – М. : Антидор, 2002. – 736 с.

3. Васичкин В. И. Всё о массаже / В. И. Васичкин. – М. : Медицина, 2006. – 286 с.
4. Виленский Б. С. Инсульт. Современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. – №2. – С. 4-10.
5. Дідкова Ю. П. Роль гіпертонічної хвороби як пре диктора розвитку гострих і хронічних форм цереброваскулярної патології / Ю. П. Дідкова, В. М. Білошицький // Гіпертонічна хвороба та інсульти. – 2012. – № 2. – С 10-16.
6. Зозуля И. С. Оценка ограничения жизнедеятельности больных трудоспособного возраста, перенесших мозговую инсульт / И. С. Зозуля, А. В. Русина // Український медичний часопис. – № 6/50 XI-XII. – 2005. – С. 82-85.
7. Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, А. А. Черникова, Н. В. Шах-паронова. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.
8. Медицинская реабилитация. Руководство / под ред. В. М. Боголюбова : в 3 т. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 684 с.
9. Медицинская реабилитация постинсультных больных / под ред. проф. И. З. Самсоюка, проф. В. И. Козьявкина, члена-кор-та АМНУ, проф. М. В. Лободы. – К,: Здоровье, 2010. – 424 с.

