

## МОДЕЛЬ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Віра РОКОШЕВСЬКА

*Львівський державний університет фізичної культури*

У статті подані методико-практичні рекомендації для створення індивідуальних програм фізичної реабілітації осіб після перенесеного мозкового геморагічного інсульту.

**Ключові слова:** фізична реабілітація, геморагічним інсульт, позиціонування, відлежани, контрактури, спастичність, дихальні ускладнення.

**Постановка проблеми.** Щорічно у світі реєструється близько 6 млн. випадків інсульту, у країнах Західної Європи – 1 млн., США – від 400 до 500 тис., Росії – 300 тис., України – 200 тис., в Україні – близько 130 тис. Смертність від інсульту в країнах Західної Європи в середньому становить 100 на 100 тис. населення. Слід зазначити, що в більшості розвинених країн Західної Європи та США за останні 15-20 років спостерігається стійке зниження смертності від цієї патології, що зумовлено ефективним здійсненням профілактичних заходів, поліпшенням терапії та вдосконаленням системи реабілітації мозкового інсульту [3, 4].

Що стосується України, то поширеність судинних захворювань головного мозку у населення, щорічно зростає. При цьому найвищий приріст цієї недуги реєструється у осіб віком 50-59 років. Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує показники західноєвропейських країн. Тому вже зараз необхідно переглянути систему допомоги хворим із судинними захворюваннями головного мозку, наближити її до кращих європейських стандартів. Багаторічний досвід функціонування системи реабілітації у всьому світі, довів можливість різкого зниження інвалідності внаслідок інсульту і значного підвищення показників повсякденної життєвої активності [3].

Система реабілітаційного лікування в Україні хворих після перенесеного геморагічного інсульту знаходиться на недостатньо високому рівні. Наукова та практична база методик фізичної реабілітації хворих, що потрапляють під “прес” цієї важкої недуги, є недостатньою. Тому метою нашої роботи було розробити модель програми фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в науковому словнику.

**Завдання:** 1. Проаналізувати вітчизняні та закордонні методики реабілітаційних програм для осіб з гострим порушенням мозкового кровообігу.

2. Розробити авторську методику створення індивідуальних програм фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового інсульту.

При розробці нашої методики, ми дотримувались основних принципів фізичної реабілітації. Враховували клінічний перебіг захворювання, протипокази і застереження лікаря. В основу авторської методики лягли моделі які були опубліковані в працях Г.Д. Демиденко, А.С. Кадикова, Н. Kabat та інших авторів. Авторська методика фізичної реабілітації передбачала: профілактику виникнення ускладнень, відновлення порушених рухових функцій та навчання основним руховим навичкам.

Лікування, реабілітація та адаптація таких осіб тривають довго і можуть супроводжуватися ускладненнями, які часто залишаються незворотними і спричиняють великі труднощі в повсякденному житті, а в деяких випадках є причиною смерті. Тому на першому етапі профілактика виникнення ускладнень є першочерговим завданням.

Найчастішими ускладненнями, які зустрічаються в гострому періоді геморагічного інсульту є: дихальні ускладнення (переважно застійні явища в легенях), видалення відлежин, виникнення патологічних поз, та утворення контрактур [1]. Для профілактики цих ускладнень ми використовували низку реабілітаційних заходів.

З метою попередження дихальних ускладнень, покращення і активізації функції зовнішнього дихання ми використовували дихальні маніпуляції такі, як: спружинення ребер, стискання, ротація, піднімання з низу, мануальна вібрація, дихальні вправи дренажні положення.

На рис. 1. представлена модель індивідуальної програми для пацієнтів, що перенесли мозковий геморагічним інсульт.

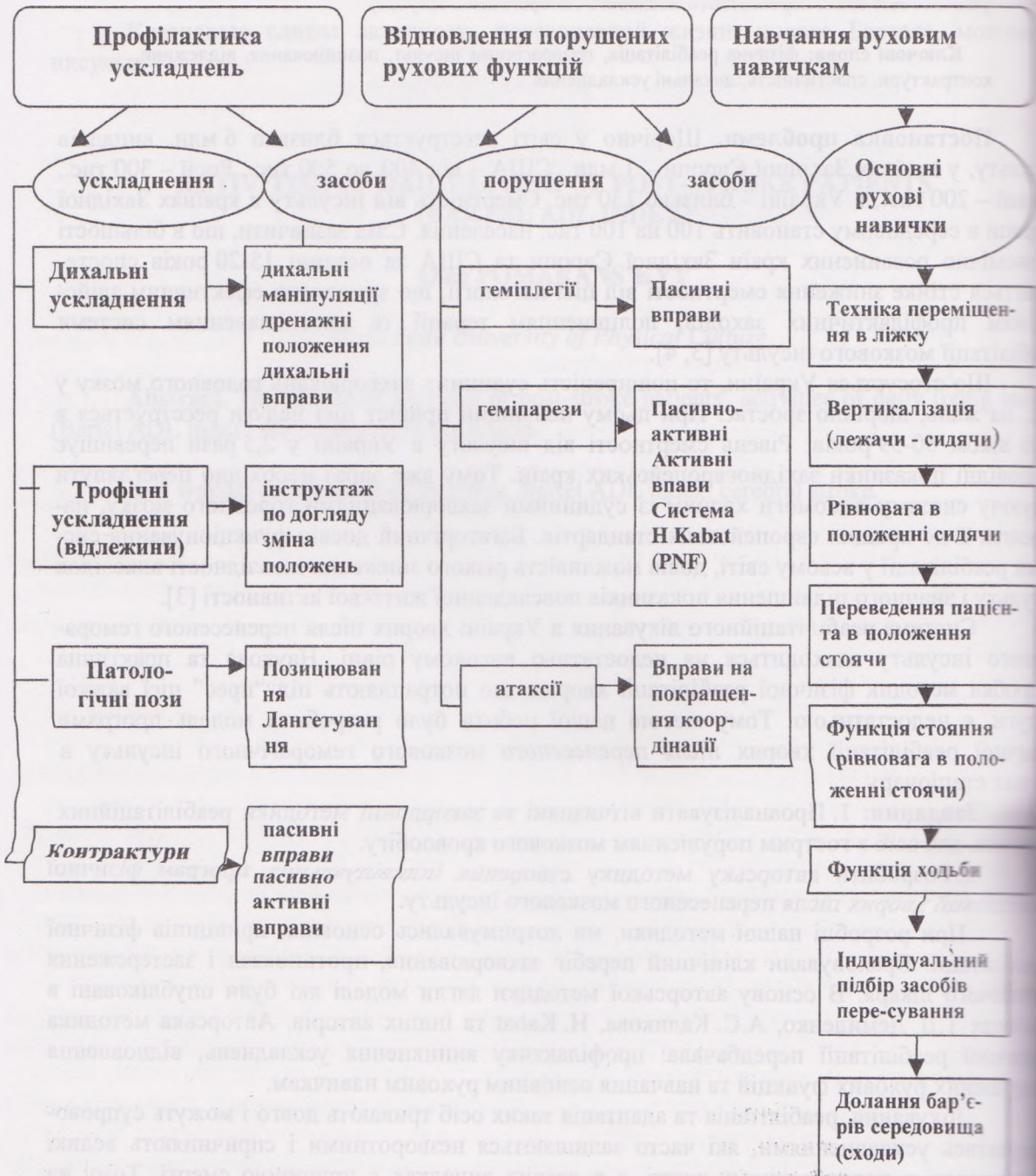


Рис. 1. Блок-схема індивідуальної програми фізичної реабілітації для пацієнтів, що перенесли мозковий геморагічним інсульт

Для профілактики виникнення відлежин ми використовували наступні заходи: інструктаж по догляду для молодшого медперсоналу та родичів/ опікунів, часта зміна положення тіла пацієнта, використання допоміжних засобів, які усувають або зменшують тиск на ті ділянки шкіри де є ризик виникнення відлежин.

Правильний догляд – найкраща профілактика. Нерухомих хворих треба регулярно перевертати для виявлення ранніх ознак ушкодження (наприклад, еритеми шкіри).

Медичний персонал і рідні повинні звертати увагу на поведінку хворого, особливо, якщо в нього є проблеми спілкування і когнітивні порушення, що може вказувати на хворобливу зону. Пацієнти з ризиком розвитку пролежнів чи ті, в кого вони вже виникли, повинні бути оглянуті для виключення недостатності харчування, гіпоальбумінемії, анемії та супутніх інфекцій, що можуть сповільнити загоєння.

Найбільш важливим моментом для попередження чи загоєння відлежин є зменшення тиску на тканини протягом досить довгих та частих проміжків часу, щоб відновити адекватне кровопостачання тканин. Цього можна досягнути, регулярно перевертаючи хворого (один-два рази на годину залежно від ступеня ризику). Хоча застосування спеціальних матраців і валиків зменшує необхідність регулярно перевертати пацієнта, більшість з них все-таки потребують цього.

Матраци і валики, які зменшують тиск, поділяють на „пасивні” та „активні” системи. „Пасивні” системи розподіляють вагу на більшій площі і дають змогу змінювати положення. „Активні” системи працюють, надуваючи і здуваючи повітряні комірочки для зменшення тиску в кожній точці.

Важливо також покращити загальний стан організму шляхом дотримання дієти з достатнім надходженням білків та лікування супутніх захворювань. Біль, викликаний пролежнями, сприяє наростанню м'язового тонусу і веде до контрактур, які утруднюють реабілітацію. В таких випадках проводять адекватне знеболення.

Для профілактики виникнення спастичності ми використовували позиціонування. Ефективність позиціонування в середньому 30-40 хвилин 2-3 рази на день, але залежить від суб'єктивних відчуттів хворого. Больові відчуття і підвищення спастичності служать сигналом до припинення позиціонування. Варіанти для руки в положенні хворого *лежачи*: рука за голову, рука відведена убік під прямим кутом, рука вздовж тулуба. У всіх випадках передпліччя супіноване, кисть випрямлена, пальці випрямлені або злегка зігнуті в середньому фізіологічному положенні, великий палець в положенні опозиції. При позиціонуванні для ноги стегно випрямлено, ротація його (назовні або всередину) усунена, коліно зігнуто під кутом 5-10° (невеликий валок під коліном), стопа обов'язково в упорі під кутом не більш 90° (краще – 80°), опора під пальці.

Використовували ми також „пляжну” позу: здорова нога зігнута в коліні і опирається на п'яту, хвора нога ротована назовні, коліно зігнуто під прямим кутом, стопа внутрішньою частиною лежить на коліні здорової ноги. Це положення приводить до поступового пониження тонусу привідних м'язів стегна. На рис. 2 зображено чотири положення, які найчастіше ми використовували при позиціонуванні. При позиціонуванні в положенні *лежачи на ураженому боці* рука відведена на 90°, передпліччя супіноване, кисть випрямлена, пальці випрямлені або злегка зігнуті в середньому фізіологічному положенні, стегно випрямлено, гомілка в довільному положенні. Здорова рука в середньому положенні, нога лежить на подушці зігнута в колінному і кульшовому суглобах під кутом 90°. Під спиною подушка (рис. 2 В).

У позиціонуванні в положенні *лежачи на здоровому боці* кінцівки знаходяться у середньому фізіологічному положенні, тобто руки зігнуті у плечовому і колінному суглобах на 20-40°, передпліччя супіноване, кисть випрямлена, пальці випрямлені або злегка зігнуті в середньому фізіологічному положенні; ноги зігнуті у кульшовому і колінному суглобах на 40-60°. Уражена рука і нога лежать на подушках, під спиною також подушка.

(рис. 2 С)

При позиціюванні в положенні *сидячи* рука відведена на  $35-50^\circ$ , зігнута в лікті на  $55-75^\circ$ , передпліччя супіноване, кисть випрямлена, пальці випрямлені або злегка зігнуті в середньому фізіологічному положенні, великий палець в положенні опозиції, рука лежить на подушці; стегно випрямлено, ротація його (назовні або всередину) усунена. Коліно зігнуте під кутом  $5-10^\circ$  (невеликий вал під коліном), стопа обов'язкове в упорі під кутом не більш  $90^\circ$  (краще -  $80^\circ$ ), опора під пальці. (рис. 2 D, E) [6].

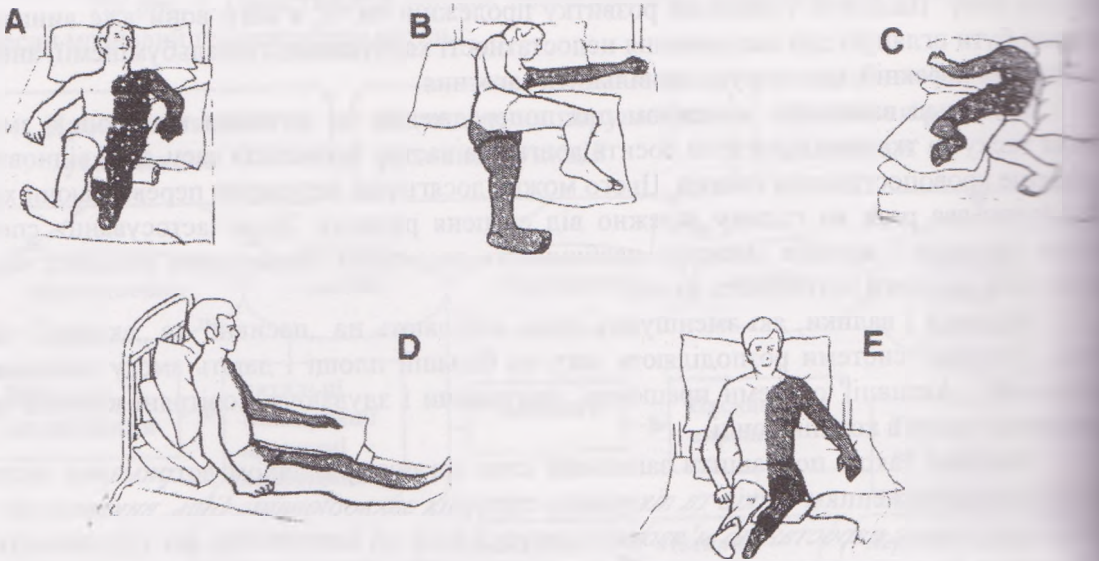


Рис. 2. Варіанти поз при позиціюванні: А – в положенні лежачи на спині; В – в положенні лежачи на ураженому боці; С – в положенні лежачи на здоровому боці; D – положення сидячи (вигляд збоку); Е - положення сидячи (вигляд спереду).

Для зменшення спастичності м'язів ми використовували пасивні статичні вправи на розтяг з допомогою реабілітолога, методику пост ізометричної релаксації (ПІР).

Для профілактики виникнення контрактур, або збільшення амплітуди у суглобах ми використовували пасивні рухи з максимальною амплітудою, кількість повторів 5 – 10 разів, за зразок ми взяли методику Л.Л. Гусевой та Г.Р. Ткачевой (1979). Пасивні рухи ми виконували в повільному темпі з можливою більш повною амплітудою так щоб рух супроводжувався різким болем або наростанням тонуусу. Дотримання цих правил необхідно для поступового відтворення у хворого адекватної пропріоцептивної інформації в паретичних кінцівках в цілях подальшого забезпечення активних рухових актів.

При виконанні пасивних рухів, недопустимі різкі рухи у момент розтягування спастичних скорочених м'язів, оскільки вони можуть викликати у відповідь рефлекторне скорочення м'язів.

Наступним завданням нашої методики було відновлення порушених функцій внаслідок перенесеного мозкового геморагічного інсульту.

Для відновлення рухів ми спочатку використовували напруження м'язів, при появі активних рухів – пасивно-активні, активні вправи та систему Н. Kabat (1950), або метод “пропріоцептивного нейром'язового полегшення” (PNF) [2].

Головним завданням нашої методики є навчання руховим навичкам пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту. Навчання руховим навичкам починалося з навчання техніки переміщення в ліжку (повертання на бік, посування в сторони, посування вгору – донизу). Наступним кроком була вертикалізація хворого (переведення пацієнта з положення лежачи в положення сидячи). Для даного контингенту хворих це є

важливе переміщення. Враховуючи клінічні особливості, пацієнтів з кривовиливом поступово адаптують до зміни положення. В залежності від локалізації та клінічного типу захворювання пацієнтів з даною нозологією вертикалізують протягом 3-х днів. В перший день головний кінець функціонального ліжка піднімають на 30-40° і тримають 2-3 рази в день. На другий день кут підйому ліжка збільшують до 60°, тривалість перебування також збільшують до 10 хв. 2-3 рази в день. На третій день головний кінець ліжка піднімають на 90° і в такому положенні пацієнт може знаходитися 15-20 хв. 3-4 рази в день. На наступний день ми переводили хворого в положення сидячи з опущеними ногами. Ефективність вертикалізації, ефективна для хворих, які довго перебувають в положенні лежачи [5, 7].

Для навчання пацієнта навичкам самообслуговування необхідно утримання рівноваги в різних положеннях. Тому паралельно з навчанням основним руховим навичкам, ми надавали зали вправи для тренування рівноваги і утримання пози. Починали тренувати пацієнта після адаптації до вертикального положення. Наступним кроком було переведення пацієнта в положення сточи, тренування рівноваги в цьому положенні та індивідуальний підбір засобів пересування. Останнім завданням було навчити пацієнта ходити з допомогою пересування і долати бар'єри середовища.

### Висновки

Проаналізувавши закордонні і вітчизняні методики реабілітаційних втручань у пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу, ми виявили основні складові частини програм, що включають, переважно, профілактику ускладнень та відновлення функцій.

В основу розробленої нами моделі фізичної реабілітації хворих після перенесеного геморагічного інсульту покладено проведення обстеження рухових функцій пацієнта, що дозволяє підібрати більш ефективні засоби реабілітаційного втручання. В нашій моделі реабілітаційного втручання ми надавали перевагу навчанню руховим навичкам, що дає змогу скоротити терміни перебування пацієнта в лікарні.

### Список літератури

1. Валентий Б.С., Инсульт: профилактика, диагностика и лечение: Издание второе. – С.-Пб.: Фолиант, 2002. – 372 с.
2. Елифанов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А. Елифанов. – М.: Медицина, 2006. – 256 с. – ISBN 5-229-03111-1.
3. Полищук Н., Гуляев Д. Необходимость организационных изменений в борьбе с инсультом в Украине // Доктор. – 2003. – № 3. – С. 7-9.
4. Шкловський В.М. Концепція нейрореабілітація больних с последствиями инсульта. Инсульт. – 2003. – № 8. – С. 10–27.
5. Jaillard A., Cornu E., Durieux P., Moulin T., Boutitum F., Jess K.R., Hommel M. Motor transformation in ischemic strokes. The MPST-E Study // Stroke, 1999. – 30, № 7 – 1124-1128.
6. Sinaki M. Basic Clinical Rehabilitation Medicine. Toronto, Philadelphia: W.B. Saunders, Inc. 1987. – 288 p.
7. Susan B., O'Sullivan, Thomas J., Schmitz. Physical rehabilitation: assessment and management. F.A. Davis Company. Philadelphia – 1994

**МОДЕЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ  
ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО  
МОЗГОВОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Вера РОКОШЕВСКАЯ**

*Львовский государственный университет физической культуры*

**Аннотация.** В статье поданы методико-практические рекомендации для создания индивидуальных программ физической реабилитации лиц после перенесенного мозгового геморрагического инсульта.

**Ключевые слова:** физическая реабилитация, геморрагический инсульт, позиционирование, пролежни, контрактуры, спастичность, дыхательные осложнения.

**MODEL OF INDIVIDUAL PROGRAM OF PHYSICAL REHABILITATION  
WITH PATIENTS AFTER CEREBRAL HAEMORRHAGE STROKE**

**Vira ROKOSHEVSKA**

*Lviv State University of Physical Culture*

**Abstract.** The article deals with the methodically practical recommendations for the creation of individual programmes of physical rehabilitation for patients after haemorrhage stroke.

**Key words:** physical rehabilitation, haemorrhage stroke, positioning, pressure contractures, spasticity, breathing complications.