

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ НА ДРУГОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Юлія КУШНІР

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація. Обстеження хворих з ГПМК на другому етапі реабілітації дозволить об'єктивно оцінити функціональні можливості та якість життя даного контингенту. Це в подальшому буде основою при розробці індивідуальної програми працетерапії осіб після перенесеного мозкового інсульту.

Ключові слова: мозковий інсульт, обстеження, індивідуальна програма, працетерапія, повсякденна незалежність.

Постановка проблеми. Мозковий інсульт, після серцево-судинних захворювань та раку, є третьою причиною смертності в індустріально розвинених країнах. В Європі річний показник смертності становить від 64 до 274 на 100 тисяч населення. Інсульт є головною причиною тривалого терміну непрацездатності.

В останні десятиріччя в Україні спостерігають значне зростання поширеності цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ), особливо у пацієнтів працездатного віку. Протягом останніх 15 років ці показники зросли майже вдвічі. ЦВЗ є найбільш частою причиною інвалідизації дорослого населення країни. Найбільш тяжкою формою ЦВЗ є гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), яке в Україні щороку реєструють у 110–130 тис. хворих [11].

Метою реабілітації є повне або часткове відновлення порушених функцій, профілактика лікування та зведення до мінімуму ускладнень, що виникають [2, 6, 9].

Використання сучасних інформативних та достовірних методів обстеження дасть змогу максимально об'єктивно визначити стан хворого з ГПМК. Також дасть можливість прослідкувати динаміку змін стану хворого та результати реабілітації в цілому. Максимальна об'єктивність стану хворого після мозкового інсульту – необхідна передумова підбору методів та засобів реабілітації.

Метою нашого дослідження є обґрунтування вибору методів дослідження стану осіб після мозкового інсульту на другому етапі фізичної реабілітації.

Завдання:

На основі теоретичного узагальнення науково – методичної літератури визначити методи дослідження, які б давали можливість об'єктивно оцінити динаміку змін стану хворого з важкості неврологічного дефіциту.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення науково – методичної літератури.

Виклад основного матеріалу та його обговорення. Хворі з мозковим інсультом – найбільш важкий та чисельний контингент в реабілітаційних установах та неврологічних стаціонарах.

Серед порушень, які є наслідками мозкового інсульту, можна виділити рухові (геміпарези, атаксія, порушення функції ходьби), мовні, зорові, когнітивні, порушення чутливості, сенсорні наслідки інсульту.

Важливо відзначити, що у вітчизняній науково – методичній літературі добре висвітлені питання неврологічного обстеження, проте недостатньо праць, в яких би висвітлювалось питання визначення рівня володіння соціально – побутовими руховими навичками та соціальної адаптації осіб після ГПМК. І тому, підбір методів обстеження хворих з наслідками інсульту залишається актуальною проблемою як для практикуючих спеціалістів, так і для науковців.

Розробка та впровадження єдиних принципів реабілітації хворих з ГПМК потребують використання шкал і тестів, які дозволяють об'єктивно оцінити стан хворого після перене

сеного мозкового інсульту на різних етапах захворювання.

Найбільш частими наслідками мозкового інсульту є рухові розлади, часто це односторонні геміпарези. Відновлення рухів відбувається в основному в перші 3-6 місяців після інсульту – в періоді, найбільш ефективному для проведення реабілітації. Складні побутові та трудові навички звичайно відновлюються довше. Для оцінки основних рухових навичок декількома дослідниками пропонується методика обстеження Chedoke McMaster Stroke Scale (1994). В основу методики ліг нейрофізіологічний підхід Сігне Брунстром (1950), яка описує природний перебіг одужання після інсульту та класифікувала типи рухів, що є наявними в постінсультних хворих, в сім стадій відновлення. Класифікація стадій відновлення базується на основі виникнення інсультних синергій. Компоненти синергій або їх основи забезпечують виконання руху в суглобах з певною амплітудою. Кожний показник оцінюється за семіпунктною шкалою. Після опрацювання отриманих даних, виводиться загальний ступінь відновлення хворих з геміпарезами [7, 14].

Серйозною перешкодою для відновлення рухових функцій є зміна тону м'язів паретичних кінцівок: як висока спастичність, так і м'язова гіпотонія. На даному етапі реабілітації висока спастичність затруднює вдосконалення ходьби та самообслуговування [6, 7, 9].

Для визначення ступеня спастичності переважно використовують модифіковану дистальну шкалу спастичності Ашфорта (Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity) [12]:

0 – норма (тонус не змінений);

1 – легке підвищення тону, яке відчувається при згинанні чи розгинанні сегменту кінцівки у вигляді незначного спротиву наприкінці руху;

2 – незначне підвищення тону у вигляді спротиву, що виникає після виконання менше половини об'єму руху;

3 – помірне підвищення тону, яке проявляється протягом всього руху, але не затруднює виконання пасивних рухів;

4 – значне підвищення тону, яке затруднює виконання пасивних рухів;

5 – уражений сегмент кінцівки фіксований в положенні згинання або розгинання.

Дана шкала проста і зручна у використанні, але її надійність доведена лише для рухів ліктьовому суглобі [3, 14]. Однак, інших варіантів вимірювання тону практично немає. Інші шкали, опубліковані в літературі, по суті є лише модифікаціями даної шкали [14].

Також потрібно враховувати при обстеженні даного контингенту хворих наявність порушення м'язово – суглобового відчуття. Це може призвести до розладу механізму зворотного зв'язку, який є необхідним для виконання будь – якої цілеспрямованої дії; сповільнення темп відновлення рухів, особливо складних рухових актів: ходьби, самообслуговування. При значних розладах пропріоцепції більшість цілеспрямованих дій стають неможливими навіть при включенні зорового контролю [9]. І тому тестування чутливості є важливим моментом при неврологічному обстеженні хворих з ГПМК. Результати обстеження значною мірою впливають на вибір засобів та методів реабілітації. Обстеження пропріоцептивної чутливості проводилось за загальноприйнятими методиками.

На даному етапі реабілітації хворих після мозкового інсульту є доцільною детальна оцінка елементарних рухових функцій. З цією метою використовуються ті ж шкали оцінювання тону, сили м'язів, що і в гострому періоді або, при необхідності, більш детально вивчити процес відновлення – шкали з ширшим діапазоном оцінки рухів в суглобах з визначенням проксимального та дистального сегментів та описом всіх можливих активних і пасивних рухів кінцівок [4].

Порушення життєдіяльності часто обумовлено розладами певних функціональних можливостей – наприклад, рухової функції кисті, або функції ходьби. В англійській літературі для позначення таких випадків введений термін „focal disability”, або „локальне порушення життєдіяльності” (локальні функціональні порушення). При цьому цілком обґрунтовано більш детальне вивчення порушених функцій. Деталізація видів діяльності, які включені в опитування, визначається контингентом хворих, для яких дане опитування призначене. Наприклад, для пацієнтів з грубими руховими розладами кисті більшу увагу потрібно звернути на

види повсякденної активності, в реалізації яких задіяна рука в цілому та кисть зокрема – заціпання гудзиків, зав'язування шнурівок, запалювання газової плити і т.п. При затворюваннях нервової системи основної уваги може потребувати мобільність пацієнта (ходьба) [4, 10].

Оцінювання елементарних рухових функцій не дає можливості отримати всебічної характеристики рухових можливостей хворого. Для цього використовують тести, які вимірюють локальні функціональні можливості, наприклад рухову функцію кисті та мобільність [10]. Зазвичай ці тести оцінюють ті функції кисті, від яких залежить виконання повсякденних побутових дій – здатність схоплювати та утримувати різні предмети, сприятність пальців, силу кисті.

Одним з простих та надійних є Тест Дослідження Функцій Руки (Action Research Arm Test). Це є спрощена модифікація тесту, який був розроблений D. Carroll в 1965 р. Він містить чотири субтести, які оцінюють кульове схоплення, циліндричне, щипкове, грубі рухи руки. В кожному з субтестів завдання розташовані в певному порядку. Кожне з завдань оцінюється від 0 (невиконання завдання) до 3 (найкраще виконання завдання). Для виконання завдання потрібно в середньому 10 – 30 хвилин, залежно від збережених рухових функцій кисті. Тест перевірений на валідність та надійність [14].

Порушення мобільності відносяться до найбільш частих наслідків мозкового інсульту. Мобільність – це здатність хворого самостійно переміщуватись в ліжку, сідати, втримувати рівновагу, ходити, користуватись транспортом (якщо це можливо). Ці порушення обмежують нормальну життєдіяльність людини. Тому питання або розділи, які відображають мобільність пацієнта, є присутніми в багатьох тестах, що оцінюють функції повсякденної життєдіяльності [4]. Таким з найбільш простих та доступних, що дозволить оцінити мобільність хворого в цілому є Оцінка Клубу Моторики: функціональна рухова активність (Motor Club Assessment: functional movement activities). Цей тест дозволяє характеризувати мобільність пацієнта в достатньо широкому сенсі слова: оцінити можливості переміщення в ліжку, вставання, втримання рівноваги, ходьби. Кожне завдання оцінюється за чотирибальною системою, максимальний бал, що відповідає нормі, дорівнює 54.

У багатьох хворих, які вижили після інсульту, знижується рівень побутової та соціальної активності та в цілому їх якість життя порівняно з доінсультним періодом. Протягом багатьох років поняття „якість життя” різні автори трактували неоднозначно (відчуття задоволення життям, суб'єктивне сприйняття здоров'я, психосоціальна та фізична адаптація). На теперішній час перевагу надають інтегральному підходу до оцінки якості життя, який включає як мінімум, чотири критерії оцінки цього показника: фізичне, функціональне, психологічне та соціальне здоров'я. Фізичне здоров'я пов'язане в основному з залишковими ознаками перенесеного захворювання. Можливість самообслуговування та фізична активність характеризують функціональне здоров'я. Когнітивна функція, емоційний статус, загальне сприйняття здоров'я, задоволення життям є психологічними компонентами життя пацієнта. Вивчення соціального здоров'я включає оцінку соціальних контактів та взаємовідносин [11].

Активність в повсякденному житті включає здатність самостійно одягатися, приймати їжу, дотримуватись особистої гігієни, користуватись ванною кімнатою, здійснювати самостійні переміщення (з опорою на палицю, без палиці) в межах кімнати і на вулиці, самостійно сідати і вставати. Можливість виконувати складні побутові навички може заключатись в допомозі приготування їжі та прибиранні кімнати, відвідуванні магазину, керуванні автомобілем і т. д. [5, 7, 8].

В основі методів оцінювання порушень життєдіяльності частіше всього лежить оцінка незалежності особи від сторонньої допомоги в повсякденному житті, при цьому аналізуються не всі щоденні дії, а тільки найбільш значущі, найбільш загальні. Вперше термін „Activities of Daily Living” (ADL, англ.) ввів Deaver в 1945 р. та перекладається як повсякденна активність. ADL розуміють як базові фізичні функції, що лежать в основі нормального життя. В науковій літературі уявлення про те, які функції відносяться до базових, можуть дещо розходитись. S. Katz та співавтори, які розробили перші варіанти шкал ADL [1963, 1976], до числа таких базових функцій віднесли переміщення з ліжка та з стільця і навпаки, відвідування туалету,

контролювання сечовипускання та дефекації, прийом їжі, купання, одягання [14].

Вимірювання ADL базується на виявленні потреби в допомозі при здійсненні інших функцій, вказаних в тесті. Інформація може бути отримана шляхом спостереження за пацієнтом та шляхом опитування пацієнта або людей, які опікуються ним [14].

Шкали ADL використовують з метою виявлення потреб пацієнта та для контролю за динамікою відновлення функцій. В залежності від цілей дослідження, частіше за все потребує комбінувати шкали ADL з іншими тестами. Основну цінність шкали ADL представляють при вирішенні наступних питань: чи може хворий жити незалежно, чи має надання якого-небудь виду послуг зробити можливим його життя в звичних умовах [4, 10].

Для визначення порушення життєдіяльності використовують шкали, які оцінюють можливість самообслуговування – Індекс Катца, Ноттінгамського Індексу Активності Повсякденного Життя, вищезгаданий Індекс Бартела, причому останньому належить пріоритетне оцінюванні порушень життєдіяльності постінсультних хворих.

Популярною серед реабілітологів шкалою, яку науковці рекомендують в якості основного інструменту для оцінювання незалежності в повсякденному житті є Індекс Активності Повсякденного Життя Бартела (Barthel ADL Index) [14]. Індекс Бартела був запропонований D. Barthel та почав використовуватись в 1955 р. в Monteblo State Hospital в Балтиморі [4, 10].

Індекс Бартела, який широко використовується, відображає наступні десять функцій: прийом їжі, відвідування туалету, одягання, прийом ванни, контролювання функцій сечовипускання та дефекації, контролювання функції кишківника, відвідування туалету, вставання з ліжка, одягання, ходьба по сходах [4].

Оцінювання рівня повсякденної активності відбувається за сумою балів, які присвоює хворому за кожним з розділів тесту:

- 0 – пацієнт не може виконати завдання;
- 5 – потребує допомоги у виконанні;
- 10 – повністю незалежний.

Сумарні бали: від 0 до 20 – повна залежність хворого; від 21 до 60 – виражена залежність; від 61 до 90 – помірна залежність; від 91 до 99 – легка залежність [13].

Існує багато варіантів шкал ADL – так, як часто додатково до вказаних функцій додають пункти, які відображають самогляд. Якщо ж шкала, крім базових функцій, відображає ще використання предметів побуту, її називають розширеною шкалою порушення життєдіяльності [4, 10].

Оцінка активності повсякденного життя також проводилась за допомогою Ноттінгамського десятипунктного індексу активностей повсякденного життя (Nottingham Test – Barthel ADL Index). Цей тест був розроблений S. Ebrahim та співавторами в 1985 р. для оцінки незалежності в повсякденному житті хворих, що перенесли мозковий інсульт. Тест відображає ієрархію порушень, які виникають в результаті ГПМК. Завдання розташовані в порядку зростання важкості їх виконання: самим легким є пиття з горнятка, самим важким – користування ванною.

Вивчення наукової літератури з проблем фізичної, медичної реабілітації та використання дозволило нам виділити та описати методи обстеження, які найчастіше використовуються на практиці фізичної реабілітації осіб з ГПМК. Ці методи були покладені в основу розробленої нами карти обстеження для хворих з ГПМК на другому етапі реабілітації.

Висновок

Аналіз науково – методичної літератури показав, що вибрані методи дослідження рівня самообслуговування, рухової функції руки, оцінки рівня активності в повсякденному житті осіб з наслідками ГПМК дають можливість об'єктивно оцінити важкість неврологічного дефіциту, рівень володіння соціально – побутовими навичками. А також слідкувати за динамікою змін стану хворого з наслідками інсульту.

В ході даного дослідження ми виявили, що при обстеженні пацієнтів після ГПМК потрібно враховувати наявність нагальних проблем хворого, які безпосередньо стосуються самообслуговування, повсякденної незалежності та самостійності в цілому.

Дана методика обстеження лягла в основу авторської методики працетерапії постінсультних хворих на другому етапі реабілітації.

Список літератури

1. Бадалян Л. О. Невропатология / Бадалян Л. О. // Учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений. 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр „Академия”, 2003. – 368 с.
2. Белова А. Н. Нейрореабилитация / Белова А. Н. // руководство для врачей. – М.: Антидор, 2000. – 569 с.
3. Варлоу Ч. П. Инсульт. / Варлоу Ч. П., Денис М. С., Ж. ван Гейн. Практическое руководство по ведению больных / Пер. с англ. – СПб., 1998. – 629 с.
4. Виленский Б. С. Инсульт / Виленский Б. С. // профилактика, диагностика и лечение. – СПб., 1999. – 336 с.
5. Демиденко Т. Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. / Демиденко Т. Д. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.: ил.
6. Епифанов В. А. Восстановительная медицина. / Епифанов В. А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 592 с.
7. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. / Кадыков А. С. – М.: „Миклош”, 2003. 176 с.
8. Белова А. Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. / Белова А. Н., Щепетова О. Н. – М.: 1998. – 224 с.
9. Цимейко О. А. Критерії оцінки якості життя пацієнтів з цереброваскулярною патологією. / Цимейко О. А., Мороз В. В., Костюк М. Р. // Український нейрохірургічний журнал, №4, 2007.
10. Белова А. Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации / Белова А. Н., Щепетова О. Н. – М.: Антидор, 2002 г. – 440 с.
11. Уэйстрах Н. Основы и методы физической реабилитации больных с двигательными нарушениями. / Уэйстрах Н. // Перевод на русский язык Колонтайн З. Л. – Минск: БелАПДИ, 1997. – 194 с.
12. Bohannon R. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity / Bohannon R., Smith V. // Phys. Ther. – 1987. – № 67. – P. 206–207.
13. Shah S. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation / Shah S., Wacley F., Cooper B. // J. Clin. Epidemiol. – 1989. – Vol. 42, №8. – P. 703–709.
14. Wade D. T. Measurement in neurological rehabilitation. / Wade D. T. – Oxford University Press. – 1992.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ НА ВТОРОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Юлия КУШНИР

Львовский государственный университет физической культуры

Аннотация. Обследование больных после ОНМК на втором этапе реабилитации даст возможность объективно оценить функциональные возможности и качество жизни данного контингента больных. В дальнейшем это будет основой при разработке индивидуальной программы трудотерапии лиц после мозгового инсульта.

Ключевые слова: мозговой инсульт, индивидуальная программа, трудотерапия, независимость.

THE PECULIARITIES OF THE REHABILITATION EXAMINATION OF THE POST STROKE PATIENTS ON THE SECOND STAGE OF THE PHYSICAL REHABILITATION

Yulija KUSHNIR

Lviv State University of Physical Culture

Abstract. The rehabilitation examination makes possible to give the impartial appreciation of the physical, functional figure, that in the future will form the basis in the elaboration of the effective individual programme of the work-therapy of the persons after the brain stroke.

Key words: the brain stroke, individual programme, work-therapy, daily independence.