

У 510.76  
Р 66

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

**РОКОШЕВСЬКА ВІРА ВІКТОРІВНА**

УДК: 615.825: 616.831-005.1[615.859]

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО  
МОЗКОВОГО ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ  
В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ**

24.00.03 - *фізична реабілітація*

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук  
з фізичного виховання і спорту

ЛЬВІВ-2010

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано у Львівському державному університеті фізичної культури Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту.

**Науковий керівник –** кандидат біологічних наук, доцент  
**Вовканич Андрій Степанович**  
Львівський державний університет фізичної культури, завідувач кафедри фізичної реабілітації.

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор  
**Герасимчук Роман Дмитрович**  
Івано-Франківський національний медичний університет, завідувач кафедри нервових хвороб №1

кандидат медичних наук, доцент  
**Лабінський Андрій Йосипович,**  
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, доцент кафедри реабілітації та нетрадиційної медицини.

Захист відбудеться 1 липня 2010 року о 13.00 годині під час засідання спеціалізованої вченої ради К.35.829.01 Львівського державного університету фізичної культури за адресою: 79000 м. Львів, вул. Костюшка, 11.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Львівського державного університету фізичної культури (79000 м. Львів, вул. Костюшка, 11).

Автореферат розіслано 28 травня 2010 року.

Виконуючий обов'язки вченого секретаря спеціалізованої вченої ради

Петришин Ю.В.



ЧИТАЛЬНА ЗАЛА  
ЛДУФК

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність.** Сьогодні в Україні, як і в інших країнах світу, існує тенденція до зростання неврологічних захворювань. У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими залишаються судинні захворювання головного мозку, серед яких провідне місце посідають, гострі порушення мозкового кровообігу – мозкові інсульти (Мищенко Т.С., 2007).

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на кожні 100 тис. населення. В Україні щороку близько 110 – 125 тис. жителів переносять мозковий інсульт, який є однією з найчастіших причин інвалідності та смертності населення країни (Мищенко 2007; Пулик О.Р., Чопей І.В., Гирявець М.В 2008). Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання. Слід зазначити, що 35,5% мозкових інсультів зустрічаються в осіб працездатного віку. (Шкловський В.М. 2003) .

Більшість пацієнтів, що перенесли інсульт і вижили, стають неповносправними, а 20 – 25% з них до кінця життя потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті (Шевага В.М., Паєнок А.В.2004). Для набуття оптимальної самостійності пацієнту у житті необхідна допомога фахівців фізичної реабілітації.

Доведено, що застосування засобів фізичної реабілітації в гострому періоді захворювання зменшує ризик виникнення різних ускладнень, сприяє відновленню порушених рухових функцій, готує пацієнтів до вертикалізації та набуття елементарних навичок самообслуговування (Katz R.T., 2000; Білянський О.Ю., 2007). Більшість вітчизняних досліджень, щодо застосування засобів фізичної реабілітації стосуються судинних захворювань головного мозку, проте недостатньо висвітлені проблеми та особливості фізичної реабілітації хворих з різними видами мозкового інсульту, зокрема після перенесеного мозкового крововиливу. Відомі на сьогодні програми фізичної реабілітації більш спрямовані на профілактику виникнення ускладнень та відновлення порушених рухових функцій, що дуже важливо у гострому періоді захворювання, однак вони не передбачають визначення вихідного рівня рухової, функціональної та психоемоційної сфери. Також відсутня методика навчання основних переміщень і правильного догляду за хворими після геморагічного інсульту в гострому періоді для рідних та опікунів. Таким чином, розробка і впровадження нової методики фізичної реабілітації для пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару є актуальними.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційну роботу виконано згідно зі Зведеним планом науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури спорту на 2006 – 2010 рр. Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту в рамках теми 4.1.2“Фізична реабілітація неповносправних осіб з руховими дисфункціями”, номер державної реєстрації 0106 У 012608.

С/е 701



**Мета роботи** – розробити та перевірити ефективність методики фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару.

**Завдання дослідження.**

1. Проаналізувати та узагальнити за даними літературних джерел застосування фізичної реабілітації хворих з мозковим геморагічним інсультом.
2. Розробити алгоритм реабілітаційного обстеження пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту.
3. Розробити методику фізичної реабілітації пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару та перевірити її ефективність.
4. Розробити практичні рекомендації для фахівців фізичної реабілітації щодо індивідуальних занять з пацієнтами в гострому періоді інсульту, та для їхніх рідних/опікунів щодо техніки переміщення і страхування таких хворих у гострому та ранньому відновному періодах захворювання.

**Об'єкт дослідження** – фізична реабілітація при неврологічних захворюваннях.

**Предмет дослідження** – методика фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури з проблем фізичної реабілітації хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу; соціологічні: аналіз історій хвороби; медико-біологічні: збір анамнезу, шкала інсульту американського Національного інституту здоров'я (NIH Stroke Scale), тестування спастичності м'язів за шкалою Ашфорда, тестування чутливості, оцінка основних рухових навичок за методикою обстеження Chedoke-McMaster Stroke Assessment; психологічні: тестування когнітивних функцій, оцінка психоемоційного стану за допомогою тесту „Шпитальна шкала тривоги та депресії”; педагогічні: педагогічне спостереження, педагогічний експеримент; методи математичної статистики.

**Наукова новизна отриманих результатів.** Уперше науково – обгрунтовано, розроблено та апробовано методику фізичної реабілітації для пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару, яка базується на сучасних принципах фізичної реабілітації, передбачає обстеження фізичного, психоемоційного стану, встановлює наявність рухових порушень та визначає завдання і засоби фізичної реабілітації.

Вперше укладено картку реабілітаційного обстеження пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу за геморагічним типом, яка передбачає застосування спеціальних тестів, спрямованих на визначення можливих рухових проблем у пацієнтів з даною нозологією.

Визначено шляхи індивідуалізації методики фізичної реабілітації відповідно до перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань та рівня рухових проблем осіб після перенесеного мозкового геморагічного інсульту.

Теоретично обґрунтовано методику навчання основним руховим навичкам та навичкам самообслуговування для пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту.

Доповнено теоретичні відомості щодо профілактики виникнення ускладнень унаслідок перенесеного мозкового геморагічного інсульту, про особливості використання засобів фізичної реабілітації.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у розробці методики фізичної реабілітації, яку застосовували для хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту, що перебували на лікуванні у II неврологічному відділенні КМК ЛШМД. Застосування авторської методики дозволило покращити рухові функції уражених кінцівок, дало змогу пацієнтам оволодіти основними руховими навичками та вдосконалити їх, зменшило кількість ускладнень гострого періоду захворювання.

Розроблена картка обстеження дозволяє фахівцям фізичної реабілітації виявляти рухові та психоемоційні порушення у хворих з перенесеним мозковим геморагічним інсультом, встановлювати та коригувати довго- і короткотермінові завдання фізичної реабілітації.

Результати проведених досліджень використано у процесі викладання навчальної дисципліни „Фізична реабілітація при порушеннях нервової системи” та під час клінічної практики студентів факультету здоров'я людини і туризму Львівського державного університету фізичної культури. Розроблену програму фізичної реабілітації для хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту впроваджено у практику роботи II неврологічного відділення Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Авторська методика фізичної реабілітації може застосовуватися у навчальному процесі студентів вищих навчальних закладів з дисципліни „Фізична реабілітація при порушеннях діяльності нервової системи”, а також у процесі підготовки та проведення навчальних семінарів. Основним призначенням розробленої методики є застосування у практичній діяльності фахівців фізичної реабілітації у закладах охорони здоров'я.

**Особистий внесок здобувача** полягає у формулюванні ідеї, самостійній організації та проведенні дослідження, аналізі існуючих методик фізичної реабілітації, доборі методів дослідження, виконанні практичної частини дослідження у стаціонарі, у статистичній обробці й аналізі отриманих результатів, написанні розділів дисертації та розробці практичних рекомендацій з фізичної реабілітації обраного контингенту хворих.

**Апробація результатів дисертації.** Результати дисертаційного дослідження було апробовано на міжнародних наукових конференціях „Молода спортивна наука України” (Львів, 2005–2008). Матеріали дослідження обговорено на щорічних наукових конференціях професорсько-викладацького складу Львівського державного університету фізичної культури (2004–2008), та семінарах Львівської обласної асоціації фахівців фізичної реабілітації (2004–2008).

**Публікації.** За результатами дисертаційного дослідження опубліковано шість статей, з них п'ять у наукових фахових виданнях ВАК України, та



методичний посібник «Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту».

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота складається з переліку умовних скорочень, вступу, шести розділів, загальних висновків, додатків, списку використаних джерел. Матеріали дослідження викладені на 236 сторінках, містять 40 таблиць, 39 рисунків. У дисертації використано 207 літературних джерел, з яких 44 іноземною мовою.

### ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність теми, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет і методи дослідження, розкрито наукову новизну та практичне значення отриманих результатів, описано особистий внесок здобувача, а також подано інформацію про апробацію результатів, публікації, структуру та обсяг дисертаційного дослідження.

У першому розділі «Сучасні напрямки відновлення рухових функцій осіб, що перенесли геморагічний інсульт» проаналізовано та узагальнено наукову і методичну літературу з питань сучасного стану реабілітаційної допомоги хворим із гострими порушеннями мозкового кровообігу, клінічної характеристики хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту та відомих на сьогодні підходів до фізичної реабілітації цього контингенту хворих.

У наукових літературних джерелах детально розглянуто клінічну характеристику осіб, що перенесли мозковий геморагічний інсульт. Багато літератури присвячено чинникам ризику виникнення гострих порушень мозкового кровообігу. Досить широко висвітлені також наслідки перенесеного мозкового геморагічного інсульту, які призводять до неповносправності та створюють перешкоди для занять фізичною реабілітацією, зокрема: рухові порушення (парези і паралічі), зміна тону м'язів паретичних кінцівок, постінсультні, трофічні порушення, відлежени, порушення чутливості, центральний больовий синдром, проблеми ковтання (дисфагії), мовні порушення (афазії), зорові порушення, просторово-зорові порушення та розлади психіки.

Встановлено, що у працях присвячених фізичній реабілітації хворих, що перенесли мозковий геморагічний інсульт багато уваги приділяється складанню реабілітаційних програм з урахуванням періодів захворювання і рухових режимів, але недостатньо висвітлюється процес індивідуалізації реабілітаційних заходів для хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу. У літературі є лише епізодичні рекомендації щодо обстеження рухової та психоемоційної сфери хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту. Відсутня методика навчання основним переміщенням та правильного догляду за хворими після геморагічного інсульту в гострому періоді для рідних та опікунів. Отже, методика фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в гострому періоді в умовах стаціонару недостатньо висвітлена у вітчизняній літературі та потребує

подальшого вдосконалення засобів, методів і форм, що лягло в основу нашого дослідження.

У другому розділі «Методи та організація дослідження» подано характеристику застосованих наукових методів, описано організацію та етапи проведення дослідження.

На *першому етапі (2003 – 2004 роки)* був проведений аналіз вітчизняних та закордонних літературних джерел, що дозволив визначити методи обстеження фізичної реабілітації для обраного контингенту хворих з подальшою розробкою програми оцінки фізичного, функціонального та психоемоційного стану пацієнта з мозковим геморагічним інсультом.

На *другому етапі (2004 – 2006 роки)* був проведений аналіз історій хвороби та розроблена картка обстеження для хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу. На підставі реабілітаційного обстеження був складений прогноз та поставлені індивідуальні коротко - і довготермінові цілі для створення індивідуальних програм фізичної реабілітації з урахуванням фізичного, функціонального та психоемоційного станів. Була виконана практична частина дослідження.

Дослідження проводилося на базі Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова у II неврологічному відділенні з хворими 2-го зрілого віку з діагнозом „геморагічний інсульт”. У дослідженні взяли участь 40 пацієнтів, з них 16 жінок та 24 чоловіки. Середній вік пацієнтів, що брали участь у дослідженні, становив  $56,7 \pm 1,4$  років.

Методом випадкової вибірки пацієнти були поділені на дві групи: основну і групу порівняння. Відбір відбувався в міру їх поступлення у стаціонар. В обох групах було по 20 осіб.

Для визначення рухових і психоемоційних проблем ми розробили алгоритм реабілітаційного обстеження, який передбачав обстеження неврологічного дефіциту, рухової та психоемоційної сфери і дозволив індивідуально підбирати засоби фізичної реабілітації відповідно до виявлених проблем. Пацієнтів обох груп обстежували за спеціально розробленим алгоритмом реабілітаційного обстеження. Результати обстеження фіксували у спеціально розроблену картку реабілітаційного обстеження. Стандартна методика ЛФК, за якою займалася група порівняння, не передбачала оцінювання фізичного, неврологічного та психоемоційного стану.

На підставі аналізу отриманих результатів ми розробили методику фізичної реабілітації для пацієнтів основної групи, враховуючи індивідуальні можливості.

В основній групі пацієнти займалися за авторською методикою, а у групі порівняння – за стандартно-прийнятною методикою ЛФК, яку практикує цей медичний заклад.

Підсумкове комплексне реабілітаційне обстеження пацієнтів з геморагічним інсультом проводили на 20 – 21-й день перебування їх у стаціонарі для визначення ефективності розробленої методики фізичної реабілітації.



подальшого вдосконалення засобів, методів і форм, що лягло в основу нашого дослідження.

У другому розділі «Методи та організація дослідження» подано характеристику застосованих наукових методів, описано організацію та етапи проведення дослідження.

На *першому етапі (2003 – 2004 роки)* був проведений аналіз вітчизняних та закордонних літературних джерел, що дозволив визначити методи обстеження фізичної реабілітації для обраного контингенту хворих з подальшою розробкою програми оцінки фізичного, функціонального та психоемоційного стану пацієнта з мозковим геморагічним інсультом.

На *другому етапі (2004 – 2006 роки)* був проведений аналіз історій хвороби та розроблена картка обстеження для хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу. На підставі реабілітаційного обстеження був складений прогноз та поставлені індивідуальні коротко - і довготермінові цілі для створення індивідуальних програм фізичної реабілітації з урахуванням фізичного, функціонального та психоемоційного станів. Була виконана практична частина дослідження.

Дослідження проводилося на базі Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова у II неврологічному відділенні з хворими 2-го зрілого віку з діагнозом „геморагічний інсульт”. У дослідженні взяли участь 40 пацієнтів, з них 16 жінок та 24 чоловіки. Середній вік пацієнтів, що брали участь у дослідженні, становив  $56,7 \pm 1,4$  років.

Методом випадкової вибірки пацієнти були поділені на дві групи: основну і групу порівняння. Відбір відбувався в міру їх поступлення у стаціонар. В обох групах було по 20 осіб.

Для визначення рухових і психоемоційних проблем ми розробили алгоритм реабілітаційного обстеження, який передбачав обстеження неврологічного дефіциту, рухової та психоемоційної сфери і дозволив індивідуально підбирати засоби фізичної реабілітації відповідно до виявлених проблем. Пацієнтів обох груп обстежували за спеціально розробленим алгоритмом реабілітаційного обстеження. Результати обстеження фіксували у спеціально розроблену картку реабілітаційного обстеження. Стандартна методика ЛФК, за якою займалася група порівняння, не передбачала оцінювання фізичного, неврологічного та психоемоційного стану.

На підставі аналізу отриманих результатів ми розробили методику фізичної реабілітації для пацієнтів основної групи, враховуючи індивідуальні можливості.

В основній групі пацієнти займалися за авторською методикою, а у групі порівняння – за стандартно-прийнятною методикою ЛФК, яку практикує цей медичний заклад.

Підсумкове комплексне реабілітаційне обстеження пацієнтів з геморагічним інсультом проводили на 20 – 21-й день перебування їх у стаціонарі для визначення ефективності розробленої методики фізичної реабілітації.



*На третьому етапі (2007-2008)* було перевірено ефективність упровадження розробленої методики фізичної реабілітації для пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту, проведено порівняльний аналіз результатів першого і повторного обстеження основної групи і групи порівняння, розроблено практичні рекомендації щодо застосування індивідуальних реабілітаційних програм, здійснено їх апробацію, обробку матеріалів, сформульовано загальні висновки. Виконано кінцеве оформлення дисертації та підготовку її до захисту.

У третьому розділі «Дослідження рухового та психоемоційного стану хворих з геморагічним інсультом в умовах стаціонару» представлено вихідні показники реабілітаційного обстеження хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту. За характером захворювання і віковим складом групи не відрізнялися. Середній вік пацієнтів основної групи становив  $55,9 \pm 1,9$  року, а в групі порівняння  $57,35 \pm 2,1$  року. Всі хворі внаслідок перенесеного геморагічного інсульту мали загально мозкові та вогнищеві симптоми, які залежали від локалізації крововилив.

Результати обстеження неврологічного статусу за модифікованим варіантом шкали інсульту (National Institutes of Health Stroke Scale, або NIH Stroke Scale) показали, що середні показники основної групи ( $11,75 \pm 0,7$  бала) і групи порівняння ( $11,8 \pm 0,8$  бала) суттєво не відрізнялися між собою ( $P > 0,05$ ), проте обидві групи значно поступалися нормі і відповідали неврологічним порушенням середнього ступеня важкості.

Під час першого обстеження середні показники спастичності м'язів на ураженій стороні за шкалою спастичності Ашфорда були низькими як в основній групі ( $0,16 \pm 0,02$ ) так і в групі порівняння ( $0,17 \pm 0,02$ ); більшість пацієнтів мали геміплегію ( $P > 0,05$ ).

Результати тестування м'язово-суглобової чутливості під час першого обстеження показали, що в обох групах показники істотно відрізняються від показників норми ( $P < 0,05$ ), але між групами статистичної різниці немає (ОГ –  $0,81 \pm 0,03$ ; ГП –  $0,71 \pm 0,02$ ),  $P > 0,05$ .

Методика обстеження Chedoke-McMaster Stroke Assessment дозволила визначити рухові дисфункції ураженої верхньої кінцівки, кисті, нижньої кінцівки, стопи, постурального контролю. Середні показники обох груп за даною методикою не перевищували 2 бали, що підтверджує значні рухові розлади у перші дні після перенесеного мозкового геморагічного інсульту, внаслідок цього у пацієнтів з такою нозологією був низький рівень володіння основними руховими навичками. Так, 23 пацієнти (57,5%), які отримали за виконання завдання (повертання на уражений бік) від 1 до 5 балів, потребують сторонньої допомоги під час виконання цього руху; 17 пацієнтів (42,5%), які отримали 6 і 7 балів, обходяться без сторонньої допомоги. Під час повертання на здоровий бік 27 пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту, що становить 67,5%, залежать від оточення, і тільки 13 пацієнтів (32,5%) могли виконати завдання без сторонньої допомоги. Середні показники рівня володіння основним руховими навичками (повертання на здоровий бік, повертання на уражений бік) як в основній групі, так і в групі порівняння значно відрізнялися від показників норми (7 балів) і становили за перше

*На третьому етапі (2007-2008)* було перевірено ефективність упровадження розробленої методики фізичної реабілітації для пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту, проведено порівняльний аналіз результатів першого і повторного обстеження основної групи і групи порівняння, розроблено практичні рекомендації щодо застосування індивідуальних реабілітаційних програм, здійснено їх апробацію, обробку матеріалів, сформульовано загальні висновки. Виконано кінцеве оформлення дисертації та підготовку її до захисту.

У третьому розділі «Дослідження рухового та психоемоційного стану хворих з геморагічним інсультом в умовах стаціонару» представлено вихідні показники реабілітаційного обстеження хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту. За характером захворювання і віковим складом групи не відрізнялися. Середній вік пацієнтів основної групи становив  $55,9 \pm 1,9$  року, а в групі порівняння  $57,35 \pm 2,1$  року. Всі хворі внаслідок перенесеного геморагічного інсульту мали загально мозкові та вогнищеві симптоми, які залежали від локалізації крововиливу.

Результати обстеження неврологічного статусу за модифікованим варіантом шкали інсульту (National Institutes of Health Stroke Scale, або NIH Stroke Scale) показали, що середні показники основної групи ( $11,75 \pm 0,7$  бала) і групи порівняння ( $11,8 \pm 0,8$  бала) суттєво не відрізнялися між собою ( $P > 0,05$ ), проте обидві групи значно поступалися нормі і відповідали неврологічним порушенням середнього ступеня важкості.

Під час першого обстеження середні показники спастичності м'язів на ураженій стороні за шкалою спастичності Ашфорда були низькими як в основній групі ( $0,16 \pm 0,02$ ) так і в групі порівняння ( $0,17 \pm 0,02$ ); більшість пацієнтів мали геміплегію ( $P > 0,05$ ).

Результати тестування м'язово-суглобової чутливості під час першого обстеження показали, що в обох групах показники істотно відрізняються від показників норми ( $P < 0,05$ ), але між групами статистичної різниці немає (ОГ –  $0,81 \pm 0,03$ ; ГП –  $0,71 \pm 0,02$ ),  $P > 0,05$ .

Методика обстеження Chedoke-McMaster Stroke Assessment дозволила визначити рухові дисфункції ураженої верхньої кінцівки, кисті, нижньої кінцівки, стопи, постурального контролю. Середні показники обох груп за даною методикою не перевищували 2 бали, що підтверджує значні рухові розлади у перші дні після перенесеного мозкового геморагічного інсульту. внаслідок цього у пацієнтів з такою нозологією був низький рівень володіння основними руховими навичками. Так, 23 пацієнти (57,5%), які отримали виконання завдання (повертання на уражений бік) від 1 до 5 балів, потребували сторонньої допомоги під час виконання цього руху; 17 пацієнтів (42,5%) отримали 6 і 7 балів, обходяться без сторонньої допомоги. Під час повертання на здоровий бік 27 пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту, що становить 67,5%, залежать від оточення, і тільки 13 пацієнтів (32,5%) могли виконати завдання без сторонньої допомоги. Середні показники рівня володіння основними руховими навичками (повертання на здоровий бік, повертання на уражений бік) як в основній групі, так і в групі порівняння значно відрізнялися від показників норми (7 балів) і становили за перше



завдання в основній групі  $4,1 \pm 0,4$  бала, у групі порівняння –  $3,9 \pm 0,4$  бала, але суттєво не відрізнялися між собою ( $P > 0,05$ ). Середні показники другого тестового завдання (повертання на уражений бік) були вищими, ніж середні показники, які ми отримали за виконання повертання на здоровий бік, але також суттєво відрізнялися від показників норми. Так, середній показник повертання на уражений бік у групі порівняння становив  $4,6 \pm 0,48$  бала, а в основній групі  $4,7 \pm 0,43$  бала ( $P > 0,05$ ).

Результати обстеження постурального контролю показали, що як в основній групі ( $1,65 \pm 0,1$ ), так і в групі порівняння ( $1,55 \pm 0,1$ ) середні показники суттєво відрізнялися від норми ( $P < 0,05$ ), але статистичної різниці між середніми показниками постурального контролю у пацієнтів основної групи та групи порівняння не було ( $P > 0,05$ ).

Результати тестування болю в плечі під час першого обстеження показали, що тільки дев'ять пацієнтів (22,5%) не скаржилися на біль у плечі та не мали прогностичних показників. У 31 пацієнта, що складає 77,5% від загальної кількості осіб, які брали участь у дослідженні, біль плеча був відсутній, але був наявний, принаймні, один прогностичний показник, який свідчить про появу болю різного ступеня у віддалений період захворювання. Середні показники болю у плечі (основної групи –  $6,25 \pm 0,09$ , групи порівняння –  $6,2 \pm 0,09$ ) були меншими від показників норми, але між собою суттєво не відрізнялися ( $P > 0,05$ ).

У пацієнтів обох груп під час обстеження психоемоційного стану були виявлені схильність до тривоги і депресії та когнітивні порушення: порушення уваги, орієнтації, короткочасної та довготривалої пам'яті.

Аналіз результатів вихідного комплексного реабілітаційного обстеження показав, що основна група та група порівняння за обстежуваними показниками були однорідними до початку реабілітаційного втручання.

У четвертому розділі «Методика фізичної реабілітації осіб після перенесеного мозкового геморагічного інсульту» подано авторську методику фізичної реабілітації для хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару.

Особливістю розробленої методики фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту є те, що вона базується на результатах детального обстеження, яке передбачало наступні пункти: аналіз історії хвороби; збір анамнезу; тестування чутливості; тестування спастичності м'язів за шкалою Ашфорда; тестування основних рухових навичок за методикою обстеження Chedoke-McMaster Stroke Assessment; узагальнена характеристика клінічного стану пацієнтів, що перенесли мозковий геморагічний інсульт, за шкалою NIH Stroke Scale; психоемоційний тест.

Під час реабілітаційного обстеження визначали рівень володіння руховими навичками, тонус м'язів уражених кінцівок, ступінь ураження рухових функцій верхньої кінцівки, кисті, нижньої кінцівки, стопи, ступінь постурального контролю та ступінь болю в плечовому суглобі, який часто виникає у цього контингенту хворих, якщо не вживати профілактичних заходів.



Також порушення функцій черепних нервів, чутливості, мови, когнітивних функцій та психоемоційного стану.



Рис.1. Блок-схема реабілітаційного втручання для пацієнтів, що перенесли мозковий геморагічний інсульт.

Реабілітаційне обстеження дозволило спрогнозувати можливі результати, сформулювати коротко- і довготермінові цілі та спланувати реабілітаційні втручання. Проводили індивідуальні заняття п'ять разів на тиждень, один раз на день; у разі необхідності деякі реабілітаційні втручання 2 – 3 рази. На початку курсу фізичної реабілітації тривалість занять у середньому становила 20 – 30 хвилин, а в кінці – 45 хвилин. Це залежало від реакції пацієнта на навантаження, яке визначали у процесі проведення поточного контролю за зовнішніми ознаками та показниками ЧСС і АТ.

Розробляючи методику, ми дотримувалися основних принципів фізичної реабілітації, враховували клінічний перебіг захворювання, протипокази і застереження лікуючого лікаря. Авторська методика реабілітаційних занять передбачала: профілактику виникнення ускладнень, відновлення порушених рухових функцій та навчання основним руховим навичкам (рис.1).

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

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

Для профілактики виникнення відлежин застосовували такі заходи: інструктаж з 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.

З метою попередження дихальних ускладнень, покращення і активізації функції зовнішнього дихання з перших днів перебування пацієнтів в стаціонарі ми використовували наступні реабілітаційні заходи: часта зміна положення хворого (для обраного контингенту хворих – повертання на лівий і правий бік щогодини); дихальні маніпуляції: мануальна вібрація, перкусія, стискання, ротація, піднімання знизу, спружинення ребер; дренажні положення; дихальні вправи.

Для профілактики виникнення спастичності використовували позиціонування. Для зменшення спастичності м'язів застосовували пасивні статичні вправи на розтяг з допомогою реабілітолога, методику постізометричної релаксації (ПІР). Для профілактики виникнення контрактур, або збільшення амплітуди у суглобах, використовували пасивні рухи з максимальною амплітудою.

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

При геміплегії використовували пасивні рухи. При геміпарезах для відновлення рухів 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). При атаксії використовували вправи на покращення координації рухів.

Важливим 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). Враховуючи клінічні особливості даного контингенту хворих це переміщення є особливо важливим, оскільки пацієнти потребують поступової адаптації до зміни положення. В залежності від локалізації та клінічного перебігу захворювання пацієнтів з даною нозологією вертикалізують протягом трьох днів. На 4-й день ми переводили хворого в положення сидячи з опущеними ногами.

Для навчання пацієнта навичкам самообслуговування необхідно - утримання рівноваги в різних положеннях. Тому паралельно з навчанням основним руховим навичкам ми використовували вправи для тренування рівноваги й утримання пози. Починали тренувати рівновагу 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 із засобом пересування та долати бар’єри середовища. Для навчання хворих новим руховим діям використовували вербальний метод, метод наочного демонстрування, для розучування рухового вміння – метод поелементного розучування рухової дії, а для вдосконалення засвоєного рухового матеріалу – метод цілісної вправи.

Одним із завдань нашої методики було пояснити рідним/опікунам, наскільки важливим є правильний психологічний підхід до хворого, який з часом повернеться в сім’ю і повинен адаптуватися до змін, які відбулися внаслідок захворювання. Наступним завданням було доступно й коректно пояснити пацієнту причини виникнення інсульту, наслідки перенесеного інсульту (парези, чутливі, мовні, психоемоційні порушення), перспективи відновлення порушених функцій та вплив фізичної реабілітації на відновлення цих функцій.

Для корекції психоемоційного стану ми проводили бесіди з пацієнтами, акцентуючи увагу на самостійності та самообслуговуванні, тому що, зі слів пацієнтів, це є першочерговою проблемою в гострому періоді. Також позитивний вплив на пацієнтів мало спілкування з особами, які перенесли інсульт раніше і перебували в цьому відділенні на другому етапі лікування та реабілітації. Вони ділилися своїми переживаннями, своїм руховим досвідом, який здобули у процесі ранньої фізичної реабілітації, та демонстрували навички самообслуговування, які дозволили їм стати незалежними від оточення.

Для родичів/опікунів проводили інструктаж про правильний догляд за пацієнтом з метою профілактики ранніх ускладнень: відлежин, застійних явищ у легенях. Були проведені навчальні практичні семінари для рідних/опікунів з



використанням наочного матеріалу та демонстрацією навчального відеофільму «Мобілізація доступна для всіх». Отримана інформація та здобуті навички перемішень під час проведення практичних семінарів дозволили рідним/опікунам біомеханічно правильно для себе та безпечно для пацієнтів виконувати переміщення та страхування.

Усі ці заходи дали змогу формувати у пацієнтів позитивні емоційно мотиваційні настрої стосовно власних можливостей у процесі реабілітації й повернення до активного життя у суспільстві.

В основу авторської методики реабілітаційного втручання для хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту покладено: профілактику ускладнень, відновлення порушених рухових функцій, навчання руховим навичкам, що дозволило підібрати ефективніші засоби реабілітаційного втручання. У нашій методиці реабілітаційного втручання ми надавали перевагу навчанню пацієнта руховим навичкам, що дало змогу пацієнтам стати оптимально мобільними та скоротити терміни перебування хворого у стаціонарі.

У п'ятому розділі «**Результати впровадження методики фізичної реабілітації пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту**» подано результати підсумкового комплексного реабілітаційного обстеження, яке проводили на 21-22-й день перебування в стаціонарі.

Результати обстеження неврологічного дефіциту за шкалою інсульту (NIHSS) показали позитивну динаміку між першим і другим обстеженням у пацієнтів обох груп. Проте неврологічний дефіцит зберігався і не досяг показників норми як в основній групі, так і в групі порівняння. В основній групі середні показники рівня неврологічного статусу покращилися на 42,9%, а у групі порівняння на 39,5%. Це ще раз підтверджує думку багатьох авторів, що в період перебування у стаціонарі, пацієнти з неврологічними порушеннями середнього та важкого ступеня не відновлюються до показників норми і потребують продовження комплексних заходів, спрямованих на відновлення рухових, чутливих, мовних та психоемоційних порушень.

Під час тестування спастичності м'язів, в уражених кінцівках спостерігали її підвищення у пацієнтів обох груп. Проте середні показники спастичності в основній групі були нижчими та ближчими до показників норми, ніж у групі порівняння.

Рівень спастичності в основній групі після застосування авторської методики у згиначах передпліччя збільшився лише на  $0,6 \pm 0,15$  бала, а у групі порівняння на  $1,2 \pm 0,2$  бала. Середні показники спастичності привідних м'язів плеча під час другого обстеження у групі порівняння становили  $1,25 \pm 0,26$  бала, а в основній  $0,65 \pm 0,18$  бала, що не відповідає показникам норми. Показники рівня спастичності розгиначів гомілки так само відрізняються від показників норми: в основній групі  $0,9 \pm 0,28$  бала, у групі порівняння  $1,3 \pm 0,28$  бала. Найменші прояви спастичності як в основній групі ( $0,55 \pm 0,18$ ), так і в групі порівняння ( $1,1 \pm 0,26$ ) ми спостерігали у привідних м'язах стегна (табл. 1)

Таблиця 1

Середні показники спастичності м'язів уражених кінцівок у пацієнтів основної групи (n=20) і групи порівняння (n=20)

Верхня кінцівка	Тестовані групи м'язів	Основна група		P	Група порівняння		P
		I обстеж. M ± m	II обстеж. M ± m		I обстеження M ± m	II обстеження M ± m	
Верхня кінцівка	Згиначі передпліччя	0,2±0,09	0,8±0,24	< 0,05	0,2±0,09	1,4±0,29	< 0,01
	Привідні м'язи плеча	0,15±0,08	0,65±0,18	<0,05	0,2±0,09	1,25±0,26	<0,01
Нижня кінцівка	Розгиначі гомілки	0,1±0,07	0,9±0,28	< 0,05	0,1±0,07	1,3±0,28	<0,01
	Привідні м'язи стегна	0,2±0,09	0,55±0,18	> 0,05	0,2±0,09	1,1±0,26	<0,01

Слід зазначити, що середні показники спастичності кожної протестованої групи м'язів у групі порівняння, вищі за середні показники основної групи, але різниця між ними є статистично незначною ( $P > 0,05$ ).

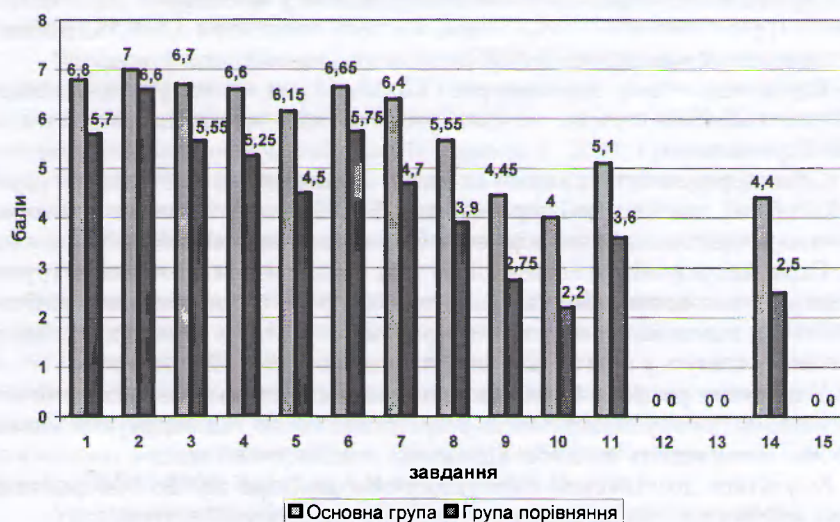
Під час підсумкового обстеження м'язово-суглобової чутливості ми виявили покращення результатів як в основній групі, так і в групі порівняння порівняно з першим обстеженням ( $P < 0,05$ ). Сумарні показники м'язово-суглобової чутливості в основній групі є статистично більшими на 29,5% від показників групи порівняння ( $P < 0,05$ ), проте вони не відновилися до показників норми.

Ступінь відновлення постурального контролю в основній групі покращився на 4,2 бала, а у групі порівняння на 2,8 бала. В основній групі троє пацієнтів (15%) виконали завдання 7-го ступеня, які передбачали виконання складнокоординованих рухів та утримання рівноваги в положенні стоячи, що відповідало показникам норми, проте у групі порівняння жоден з пацієнтів не міг виконати дані завдання.

Аналіз результатів обстеження функцій уражених верхньої кінцівки, нижньої кінцівки, яке передбачало виконання тестів, на виявлення їхньої рухливості показав, що під впливом авторської методики в основній групі відбулися позитивні зміни, проте в групі порівняння рівень рухових функцій був значно нижчим ( $P < 0,05$ ).

Під час підсумкового обстеження основних рухових навичок як в основній групі, так і в групі порівняння за виконання від першого до шостого завдань, що стосуються переміщень у ліжку та перебування в положенні сидячи, пацієнти обох груп отримали вищі бали, ніж за переміщення в положенні сидячи, стоячи, функцію ходьби та додання архітектурних бар'єрів

(рис.2). Це пов'язано з тим, що пацієнтам з таким діагнозом вертикалізація дозволена в середньому на 14 – 21-й день, в залежності від локалізації крововиливу, перебігу захворювання, наявності ускладнень, характерних для гострого періоду інсульту.



**Рис. 5.1.** Показники рівня володіння руховими навичками основної групи (n=20) і групи порівняння (n=20):

1 – повертання на здоровий бік; 2 – повертання на уражений бік; 3 – перехід у положення сидячи з прямими ногами; 4 – Перехід в положення сидячи через здоровий бік; 5 – перехід у положення сидячи через уражений бік; 6 – перебування в положенні сидячи; 7 – переміщення на ліжко і з ліжка через здоровий бік; 8 – переміщення на ліжко і з ліжка через уражений бік; 9 – переміщення вгору і вниз з підлоги і зі стільця; 10 – переміщення вгору і вниз з підлоги та з положення стоячи; 11 – хода у приміщенні 25 метрів; 12 – хода поза приміщенням по нерівностях, ухилах, через бордюри – 150 метрів; 13 – хода поза приміщенням в кількох відрізках – 900 метрів; 14 – Хода вгору і вниз по сходах; 15 – відповідна до віку дистанція ходьби за 2 хв.

Проте завдання 5 (перехід у положення сидячи через уражений бік) пацієнтам обох груп було виконувати важче ніж через здоровий бік. Однак середні показники за це завдання в основній групі статистично відрізнялися від показників групи порівняння ( $4,5 \pm 0,25$  бала), де  $P < 0,001$ .

Слід зазначити, що середні показники за 6-те завдання (перебування в положенні сидячи) були досить високими в обох групах, проте в основній групі вони були вірогідно вищими.

У виконанні 7-10-го завдань, що стосуються переміщень у положенні сидячи, було виявлено вірогідну різницю в середніх показниках між основною групою і групою порівняння. Це пояснюється тим, що під час переміщення



пацієнтам потрібно вміти утримувати рівновагу в положенні сидячи та вміти переносити вагу тіла за межі площі опори. Ці навички отримали пацієнти основної групи під час тренування рівноваги, а у групі порівняння тренування рівноваги не було пріоритетним завданням.

Середні показники за 11-те завдання (ходіння у приміщенні – 25 метрів) в основній групі становили  $5,1 \pm 0,37$  бала, а в групі порівняння  $3,6 \pm 0,53$ , різниця була статистично вірогідною ( $P < 0,05$ ).

Варто відзначити, що завдання 12, 13, 15 ми не тестували, оскільки пацієнти на 21-22-й день ще не були готові долати перешкоди та ходити за межами приміщення.

Середні результати за ходьбу сходами (завдання 14) як в основній групі ( $4,4 \pm 0,53$  бала), так і в групі порівняння ( $2,5 \pm 0,55$  бала) були досить низькими порівняно з нормою, а різниця між ними була статистично вірогідною.

Отримані результати пояснюються тим, що для пацієнтів основної групи, під час впровадження авторської методики пріоритетним завданням було навчання та вдосконалення техніки перемішень у різних положеннях, які в подальшому стануть у пригоді для набуття навичок самообслуговування.

У шостому розділі «Аналіз та узагальнення результатів дослідження» представлено три групи отриманих результатів: ті, що підтверджують наявні розробки, доповнюють їх та нові відомості з досліджуваної теми.

Результати дослідження *підтверджують* дані про те, що геморагічний інсульт найчастіше локалізується у підкірково - капсулярній ділянці (Верещагин Н.В. 2002, Горбачева Ф.Е. 1995, Скоромец А.А. 1989, Яхно Н.Н. 1992, Дорогий Ю.А. 2001), унаслідок чого виникають геміплегії, геміанопсія, геміанестезії, які роблять пацієнта повністю або частково залежним від оточення в перші дні, тижні після інсульту, а деколи пацієнти залишаються неповносправними на роки (Столярова Л.Г. 1986, Стрелкова Н.И. 1998) Також результати нашого дослідження підтверджують те, що при ураженні правої гемісфери до рухових, чутливих розладів приєднуються психоемоційні порушення (Шапошников Е.А. 2006, Шахпоронова Н.В. 2005, Яхно Н.Н. 1992, Триумфов А. В. 2000, Вейн А.М. 1998).

Підтверджено, що внаслідок перенесеного геморагічного інсульту переважно виникає спастичний геміпарез із підвищеним тонусом згиначів верхньої кінцівки та розгиначів нижньої, що призводить до виникнення патологічної пози Верніке – Манна (Бадалян Л.О. 2003, Карлов В.А. 1999, Гусев Е.И. 2000, Горбач І.Н. 1995, Віничук С.М. 1999).

Результати дослідження підтверджують думку дослідників про те, що ефективність фізичної реабілітації хворих у гострому періоді геморагічного інсульту, залежить від дотримання основних принципів фізичної реабілітації: ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність, комплексність, індивідуальність (Мухін В.М. 2000, Дубогай О.Д. 1998, Попов С.Н. 1999, Васильев А.С. 1999).

У гострому періоді геморагічного інсульту у пацієнтів можуть виникнути ускладнення: застійні явища в легенях, контрактури в суглобах уражених кінцівок, відлежени та патологічні пози внаслідок підвищення

м'язового тонусу в паралізованих кінцівках (Виленский Б.С. 2002, Віничук С.М. 1998, Яроша О.А. 1993). У зв'язку з цим загальний стан пацієнтів може стати важчим, а термін перебування у стаціонарі довшим. Тому першочерговим завданням фізичної реабілітації є: профілактика виникнення ускладнень, відновлення порушених рухових функцій та навчання основним руховим навичкам.

Результати дослідження доповнюють відомості про те, що у хворих після перенесеного мозкового інсульту вже в гострому періоді виникає геміплегічний біль у плечовому суглобі, для профілактики якого, необхідно підібрати адекватні засоби фізичної реабілітації (Окамото Г. 2002, Крищюнас А.Й. 2002). Біль у плечі негативно впливає не тільки на обсяг рухів у цьому суглобі, а й не дозволяє пацієнтові виконувати елементарні рухові навички: повертання на уражений бік, переведення в положення сидячи через уражену сторону.

Доповнено дані про те, що відновлення рухів у пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту базується на природному перебігу одужання та дозволяють визначити стадію відновлення (CHEDOKEM 1994, Алфеева В.В. 2007).

Результати дослідження доповнюють дані щодо профілактики виникнення ускладнень унаслідок перенесеного мозкового геморагічного інсульту, про особливості використання засобів фізичної реабілітації (Варакин Ю.Я. 1999, Виленский Б.С. 2000, Воробьев А.Н. 1989, Гусев Е.И. 1999).

Уперше науково обгрунтована методика фізичної реабілітації для хворих після перенесеного геморагічного інсульту в умовах стаціонару, яка передбачає обстеження фізичного і психоемоційного стану, встановлює рухові, когнітивні та психоемоційні розлади, внаслідок яких пацієнти стають залежними від оточення. Вона дозволяє прогнозувати, планувати та у разі необхідності корегувати реабілітаційні заходи, спрямовані на відновлення порушених рухових функцій та навчання основних рухових навичок, які частково або повністю втрачаються внаслідок перенесеного мозкового геморагічного інсульту.

Розроблена картка реабілітаційного обстеження, яка містить спеціально підібрані тести, сприяла визначенню вихідного рівня рухових порушень у пацієнтів з даною нозологією. Результати вихідного реабілітаційного обстеження дозволили індивідуалізувати подальший план фізичної реабілітації щодо потреб конкретного пацієнта.

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність реабілітаційного втручання після перенесеного мозкового геморагічного інсульту, що залежить від правильного визначення рухових проблем та індивідуального підбору засобів фізичної реабілітації. Доведено, що розроблена авторська методика фізичної реабілітації, яка ґрунтується на основних реабілітаційних принципах та містить сучасні підходи до фізичної реабілітації обраного контингенту пацієнтів, є ефективною і може застосовуватися в умовах стаціонару.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні можливості використання окремих положень запропонованої методики фізичної



реабілітації для відновлення рухових порушень в осіб із пухлинами головного мозку, а також при оперативному методі лікування хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту.

### ВИСНОВКИ

1. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що фізична реабілітація хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу є невід'ємною складовою відновлювального процесу. Багато літературних джерел присвячено етіології, патогенезу та клінічній характеристиці хворих з даною нозологією. В літературі добре окреслені загальні принципи, засоби фізичної реабілітації неврологічних хворих з урахуванням періодів захворювання і рухових режимів. Однак недостатньо висвітлені проблеми фізичної реабілітації хворих з різними видами мозкового інсульту, зокрема після перенесеного мозкового крововиливу. Відомі програми фізичної реабілітації більше скеровані на профілактику виникнення ускладнень та відновлення порушених рухових функцій, які дуже важливі у гострому періоді захворювання. Однак вони не передбачають визначення вихідного рівня рухової, функціональної та психоемоційної сфери з урахуванням індивідуальних можливостей і потреб пацієнтів. Також відсутня методика навчання основним переміщенням та базовому догляду за хворими після геморагічного інсульту в гострому періоді для рідних та опікунів.

2. Під час першого обстеження, яке проводилося згідно розробленої карти обстеження і дозволило визначити вихідний рівень неврологічного статусу (рухові, сенсорні та когнітивні порушення), було виявлено, що у пацієнтів з мозковим геморагічним інсультом спостерігалися значні рухові порушення, спричинені низьким м'язовим тонусом та порушенням м'язово-суглобової чутливості в уражених кінцівках. Методика обстеження Chedoke-McMaster Stroke Assessment дозволила визначити значні рухові дисфункції ураженої верхньої кінцівки, кисті, нижньої кінцівки, стопи, постурального контролю пацієнтів у перші дні перебування в стаціонарі. Через ці порушення пацієнти після перенесеного мозкового геморагічного інсульту мали низький рівень володіння основними руховими навичками і повністю залежали від сторонньої допомоги. Математично-статистична обробка даних основної групи і групи порівняння виявила, що за всіма обстежуваними показниками групи є однорідними ( $P > 0,05$ ).

3. Методика фізичної реабілітації базувалася на обстеженні, яке дозволило визначити рівень неврологічних порушень, прогнозуванні та складанні програми реабілітаційного втручання для кожного пацієнта, виходячи з його індивідуальних потреб і можливостей. Головними завданнями нашої методики були: профілактика виникнення ускладнень, які утруднюють процес ранньої реабілітації та можуть стати причиною смерті; відновлення порушених рухових функцій кінцівок та основний акцент в методиці полягав у навчанні основним руховим навичкам, які б дозволили пацієнтам бути оптимально незалежними в повсякденному житті. Також, одним з важливих завдань методики було навчання рідних/опікунів базовому догляду та техніки переміщень пацієнтів після перенесеного геморагічного інсульту, що дозволило скоріше адаптувати



пацієнтів основної групи до вертикального положення та допомогло їм оволодіти основними руховими навичками, тим самим скоротивши термін перебування в стаціонарі.

4. Результати повторного обстеження пацієнтів з мозковим крововиливом наприкінці курсу лікування в гострому періоді показали, що після впровадження авторської методики, пріоритетним завданням якої було навчання та вдосконалення техніки переміщень у різних положеннях, в основній групі середні показники рівня володіння основними руховими навичками є достовірно кращими, ніж у групі порівняння ( $P < 0,01$ ). Після впровадження авторської методики середні показники в основній групі покращилися на 4,2 бала і становили  $5,85 \pm 0,1$  бала, а у групі порівняння показники покращилися лише на 2,8 бала  $4,35 \pm 0,2$  ( $P < 0,05$ ).

5. Після застосування авторської методики показники м'язово-суглобової чутливості в основній групі покращилися відносно показників групи порівняння ( $P < 0,05$ ). Сумарні показники м'язово-суглобової чутливості в основній групі є статистично більшими на 29,5% від показників групи порівняння. Аналіз результатів обстеження рухових функцій уражених верхньої кінцівки, кисті, нижньої кінцівки, ступні показав, що під впливом авторської методики в основній групі відбулися позитивні зміни. Проте у групі порівняння рівень рухових функцій був значно нижчим ( $P < 0,05$ ).

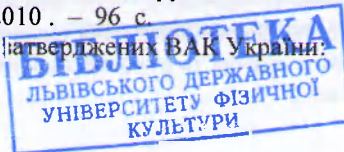
6. Під впливом авторської методики в основній групі спостерігали покращення психоемоційного стану. Середній рівень тривоги в основній групі становив  $9,55 \pm 0,38$  бала, а в групі порівняння  $10,85 \pm 0,44$  бала ( $P < 0,05$ ). Середній рівень депресії в основній групі становив  $8,25 \pm 0,32$  бала, а в групі порівняння  $9,20 \pm 0,31$  бала при рівні значущості  $P < 0,05$ .

7. Авторська методика фізичної реабілітації пацієнтів після перенесеного мозкового геморагічного інсульту дозволяє прицільно впливати на вирішення рухових проблем, враховуючи індивідуальні особливості кожного пацієнта, що сприяє швидшому відновленню рухової активності. Свідченням ефективності впливу розробленої методики фізичної реабілітації для пацієнтів з даною нозологією є те, що термін перебування у стаціонарі скоротився на 3,3 дні та становив в основній групі у середньому  $22,65 \pm 0,46$ , а в групі порівняння  $25,95 \pm 0,84$  дня при  $P < 0,05$ .

8. Розроблені практичні рекомендації для фахівців фізичної реабілітації будуть сприяти індивідуалізації процесу фізичної реабілітації та підвищенню ефективності проведення занять із пацієнтами після перенесеного геморагічного інсульту в гострому періоді та дозволяють скоротити термін перебування у стаціонарі.

#### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Рокошевська В. В. Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару : метод. посіб. / В. В. Рокошевська. – Л. : Сорока Т.Б., 2010. – 96 с.  
А) Публікації у фахових виданнях



2. Алфеева В. В. Клінічна характеристика хворих з геморагічним інсультом / Віра Алфеева // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2005. – Вип. 9, т. 2. – С. 35 – 37.
3. Алфеева В. В. Визначення стадії відновлення хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу, як основний компонент реабілітаційного обстеження / Віра Алфеева // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2007. – Вип. 11, т. 2. – С.13 – 16.
4. Рокошевська В. В. Модель індивідуальної програми фізичної реабілітації осіб після перенесення мозкового геморагічного інсульту / Віра Рокошевська // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2008. – Вип. 12, т. 3. – С. 187 – 192.
5. Рокошевська В. В. Методика реабілітаційного обстеження осіб після перенесеного мозкового геморагічного інсульту / Віра Рокошевська // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2008. – Вип. 55, т. 2. – С. 267 – 271.
6. Рокошевська В. В. Методика навчання руховим навичкам як основний компонент фізичної реабілітації хворих, що перенесли мозковий геморагічний інсульт / Віра Рокошевська // Сучасні оздоровчо-реабілітаційні технології : зб. наук. пр. – Луцьк, 2009. – № 4. – С. 151 – 155.  
Б) Публікації в інших виданнях.
7. Гев'як О. М. Особливості фізичної реабілітації хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу / О. М. Гев'як, В. В. Рокошевська, М. С. Білобрин // Актуальні питання та організація медичної допомоги людям похилого віку : зб. наук. пр. конф. з нагоди 25-річчя Київського міського шпиталю інвалідів Великої Вітчизняної війни. – К., 2008. – С. 40 – 42.

#### АНОТАЦІЇ

**Рокошевська Віра Вікторівна.** Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару. – Рукопис

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 – фізична реабілітація. – Львівський державний університет фізичної культури, Львів, 2010.

Дисертація присвячена проблемі фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару.

На основі визначення початкового рівня неврологічного дефіциту, володіння руховими навичками, наявності психоемоційних порушень розроблено алгоритм реабілітаційного обстеження. Розроблено й апробовано методику фізичної реабілітації хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту, яка базується на сучасних принципах фізичної реабілітації, передбачає обстеження фізичного, психоемоційного стану, встановлює наявність рухових порушень та визначає завдання і засоби фізичної реабілітації.



Отримані результати підтверджують ефективність запропонованої методики фізичної реабілітації та можуть стати підставою для практичного впровадження

**Ключові слова:** фізична реабілітація, геморагічний інсульт, реабілітаційне обстеження, методика фізичної реабілітації.

**Рокошевская Вера Викторовна.** Физическая реабилитация больных после перенесенного мозгового геморрагического инсульта в условиях стационара. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – физическая реабилитация. – Львов, 2010.

Исследование посвящено проблеме физической реабилитации больных после перенесенного мозгового геморрагического инсульта в условиях стационара.

Предмет исследования – методика физической реабилитации больных после перенесенного мозгового геморрагического инсульта в условиях стационара.

Цель исследования – разработать и проверить эффективность методики физической реабилитации больных после перенесенного мозгового геморрагического инсульта в условиях стационара.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые была обоснована, разработана и апробирована методика физической реабилитации больных после перенесенного мозгового геморрагического инсульта в условиях стационара, которая базируется на современных принципах физической реабилитации, включает обследование физического, психоэмоционального состояния, устанавливает наличие двигательных нарушений и определяет задания и средства физической реабилитации. Установлено положительное влияние предложенной методики физической реабилитации на восстановление основных двигательных навыков, возобновление нарушенных двигательных функций пораженных конечностей и психоэмоциональное состояние избранного контингента обследуемых. Это в конечном итоге способствовало уменьшению количества койко-дней лечения в стационаре на 3,3 дня.

В первом разделе «Современные направления возобновления двигательных функций лиц, которые перенесли мозговой геморрагический инсульт» проанализирована и обобщена научно-методическая литература, по вопросам современного состояния реабилитационной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, клинической характеристики больных после перенесенного мозгового геморрагического инсульта и известных на сегодняшний день подходов к физической реабилитации данного контингента больных.

Во втором разделе «Методы и организация исследования» содержится информация об использованных методах исследования, организации и проведении исследования.



В третьем разделе «Исследование двигательного и психоэмоционального состояния больных после перенесенного мозгового геморрагического инсульта в условиях стационара» представлены исходные показатели реабилитационного обследования и дана их характеристика.

В четвертом разделе «Методика физической реабилитации лиц после перенесенного геморрагического инсульта в условиях стационара» представлена авторская методика, особенность которой заключается в том, что она базируется на результатах реабилитационного обследования, содержание которого позволяет определить все возможные двигательные и психоэмоциональные нарушения. Результаты реабилитационного обследования позволяют спрогнозировать возможные результаты, сформулировать коротко-долговременные цели, а также спланировать реабилитационные занятия в зависимости от индивидуальных возможностей пациентов.

В пятом разделе «Результаты внедрения методики физической реабилитации больных после перенесенного мозгового геморрагического инсульта в условиях стационара» обосновывается эффективность разработанной методики геморрагического инсульта в условиях стационара.

В шестом разделе «Анализ и обобщение результатов исследования» дана характеристика трех групп данных: подтверждающих, дополняющих существующие исследования и новые ведомости по исследованной теме.

Ключевые слова: физическая реабилитация, геморрагический инсульт, реабилитационное обследование, методика физической реабилитации.

**Rocoshevska Vira Victorivna.** Physical rehabilitation of patients after the hemorrhage stroke under the clinics conditions . – Manuscript.

Thesis for the candidate degree in Physical Education and Sport in speciality 24.00.03. – physical rehabilitation. – Lviv State University of Physical Culture, Lviv, 2010.

Dissertation is devoted to the problem of physical rehabilitation of patients after the cerebral hemorrhage stroke under the clinics conditions.

Algorithm of rehabilitation investigation has been worked out on basis of determination of initial level of neurological deficit, possession of motion skills, presence of psycho-emotional violations. Method of physical rehabilitation of patients after the cerebral hemorrhage stroke has been developed and approved, based on modern principles of physical rehabilitation, includes inspection of psychical, psycho-emotional condition, sets the presence of motive violations and determines a task and facilities of physical rehabilitation.

The results being obtained confirm efficiency of the offered method of physical rehabilitation and could be the reason for its practical introduction.

**Key words:** physical rehabilitation, hemorrhage stroke, rehabilitation inspection, method of physical rehabilitation.