

УДК 617.7–616.813-005.1

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОСІБ ДРУГОГО ЗРІЛОГО ВІКУ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ, НА ПЕРШОМУ ЕТАПІ РАНЬОГО ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ

Станіслав АГАФОНОВ

Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту

Анотація. У статті представлено дані функціонального стану осіб, які перенесли ішемічний мозковий інсульт та знаходяться на першому етапі раннього відновного періоду. Досліджувалися поверхнева та глибока чутливість, рівновага, ступінь периферичного парезу та рівень самостійності в повсякденному житті.

Ключові слова: реабілітація, ішемічний інсульт, функціональний стан.

Вступ. Інсульт займає одне з основних місць серед причин смертності та перше місце у структурі стійкої втрати працездатності [3, 6].

За даними офіційної статистики, в Україні щорічно реєструється 110–120 тис. випадків мозкового інсульту. Причому із усіх мозкових інсультів у 35,5% випадків вони спостерігалися у осіб середнього віку. Смертність у гострому періоді інсульту досягає 35–40 % [8].

Переважає більшість хворих, що перенесли мозковий інсульт стають неповносправними, 20–25% з них до кінця життя потребують сторонньої допомоги в повсякденному житті. До праці повертаються не більше ніж 10–12 % хворих [1, 4].

Ранній відновний період (до 6 місяців після перенесеного інсульту), І.З. Самосюк та ін. [7] умовно підрозділяють на два етапи по 3 місяці кожний. Перші 3 місяці – I етап реабілітації – термін максимально можливих відновних процесів, з одного боку, і формування осередкової неврологічної патології – з другого, включаючи формування рухового дефекту.

Рухові розлади в гострому періоді захворювання розвиваються в 75% хворих, а через півроку стійкий руховий дефект зберігається в 53% пацієнтів, які перенесли інсульт [4].

У перші місяці після інсульту в більшості хворих із постінсультними парезами прослідковується регрес рухових порушень. Так, по завершенні першого року після інсульту рухові порушення спостерігаються лише в 49,7% хворих (наприкінці гострого періоду вони спостерігались у 81,2 %), у тому числі геміплегія – у 1,7 %, глибокий та виражений парез – у 9,8%, легкий та помірний геміпарез – у 38,2% [5].

Постінсультні дефекти – центральні паралічі і парези, порушення мови й інших коркових функцій, порушення чутливості, артропатії, контрактури і ін. – не просто інвалідизують хворих, але і надають сильну психотравмувальну дію, оскільки порушують життєві плани, ускладнюють стосунки з навколишніми людьми, тобто значно знижують якість життя (суб'єктивний критерій фізичного, психологічного й соціального благополуччя людини) [7].

Характерною ознакою центрального паралічу, окрім відсутності або обмеженості рухів, є зростання м'язового тону та сухожильних рефлексів. У подальшому періоді мозкового інсульту спостерігається пірамідний геміпарез або геміплегія, симптоматика якого залежить від локалізації патологічного процесу: корковий – при ураженні кори головного мозку; рівномірне та неповне порушення функцій верхньої та нижньої кінцівок, іноді монопарез, страждають тонкі диференційні рухи; капсульний – характеризується ураженням дистальних відділів верхньої та нижньої кінцівок з одночасним порушенням чутливості та наявності симптомів ураження підкоркових вузлів; ураження верхньої кінцівки виражено більше ніж нижньої [2].

Необхідно відзначити, що відновлення порушених функцій, особливо складних рухових навичок, і соціальна реадаптація можливі лише за умови активної участі хворого в реабілітаційних заходах. Це вимагає адекватного оцінювання хворого свого стану і усунення у нього емоційного напруження і психопатологічних порушень. Порушення вищих психічних функ-

цій при інсультах головного мозку істотно впливають на хід відновного процесу, можуть бути перешкодою в реабілітації [3].

До початку проведення реабілітації необхідно визначити можливі причини слабкості опорно-рухового апарату та провести загальне й неврологічне обстеження хворого [1].

Мета дослідження. Визначити вихідний рівень функціонального стану пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, на першому етапі раннього відновного періоду.

Методи та організація дослідження. Дослідження проводилося на базі ДУ "Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності" МОЗ України у відділеннях неврології та реабілітації. У дослідженні взяли участь 25 осіб віком 40–59 років, які перенесли ішемічний мозковий інсульт. Із них 9 жінок і 16 чоловіків.

При аналізі чутливих порушень за шкалою Fugl Meyer Assessment Scale (розділ H) було виявлено, що порушення поверхневої чутливості є незначними і становили для верхньої кінцівки $2,9 \pm 0,57$ бала, нижньої кінцівки – $2,8 \pm 0,63$ бала.

Дослідження глибокої чутливості показали також незначні порушення і дорівнювали для верхньої кінцівки – $5,2 \pm 2,15$ бала та $6 \pm 1,89$ бала для нижньої кінцівки. Незначні порушення поверхневої та глибокої чутливості в кінцівках добре позначаються в ході подальших занять, оскільки хворий відчуває дотики рук реабілітолога та може регулювати силу напруження м'язів.

Нааявність порушень м'язово-суглобового відчуття не впливає суттєво на відновлення об'єму рухів у паретичних кінцівках, але значно утруднює відновлення ходьби та самообслуговування, а при грубих розладах пропріоцепції робить неможливим виконання тонких цілеспрямованих рухів. Темп відновлення ходьби та побутових навичок у хворих із порушенням м'язово-суглобового відчуття сповільнений, більшість дій з самообслуговування можливі тільки при включенні зорового контролю.

При визначенні рівноваги за допомогою тесту Берга було виявлено її порушення майже у всіх хворих, яке становили $29,6 \pm 11,89$ бала. Такі люди легко можуть втратити рівновагу, що може призвести до падіння і травмування, якщо належним чином не страхувати їх під час занять. Також у більшості хворих виникають труднощі при вставанні та пересаджуванні, що потребує належної уваги при створенні програми з фізичної реабілітації.

Показники побутової незалежності, за індексом Бартеля, осіб, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, на низькому рівні і становлять $14,9 \pm 7,04$ бала. Такі хворі мають труднощі з прийманням їжі, одяганням, пересуванням, користуванням туалетом та засобами особистої гігієни. На це треба звернути увагу при розробці програми фізичної реабілітації, оскільки в лікарні питанню ерготерапії приділяється недостатньо часу.

Ступінь периферичного парезу визначали за шкалою Medical Research Council Paralysis (MRC-scale) у плечі, передпліччі, зап'ястку, стегні, гомілки та стопи. Результати представлено на рис. 1.

Так, 0 балів відповідає неспроможності виконати навіть напруження м'язів; 1 бал – такі хворі намагаються виконати рухи, але видно лише напруження м'язів; 2 бали характеризують можливість виконати рух, але при відсутності сили тяжіння; 3 бали означають спроможність виконувати активні рухи проти сили тяжіння; при 4 балах хворий спроможний виконувати активні рухи проти сили тяжіння та незначного опору; 5 балів – це нормальна сила м'язів.

Спастичність у м'язах при постінсультному геміпарезі розподілено нерівномірно: вона більше виражена в адукторах плеча, згиначах передпліччя, пронаторах передпліччя (рука приведена до тулуба, передпліччя зігнуте в ліктьовому суглобі і проновано, кисть і пальці зігнуті) і розгиначах ноги (стегно розігнуте і приведенне, гомілка розігнута, спостерігається згинання ступні та ротація досередини). Такий розподіл м'язової спастичності утворює типову для постінсультних рухових порушень позу Верніке – Мана, особливо виражену при ходьбі. Висока спастичність перешкоджає виконанню рухів, негативно впливає на відновлення обсягу рухів та м'язової сили, ходьби, самообслуговування. Разом з тим помірна та легка спастичність у розгиначах гомілки на перших етапах відновлення, навпаки, сприяє відновленню функції ходьби, а м'язова гіпотонія в них є суттєвою перешкодою при переході хворих у вертикальне положення [3, 5].

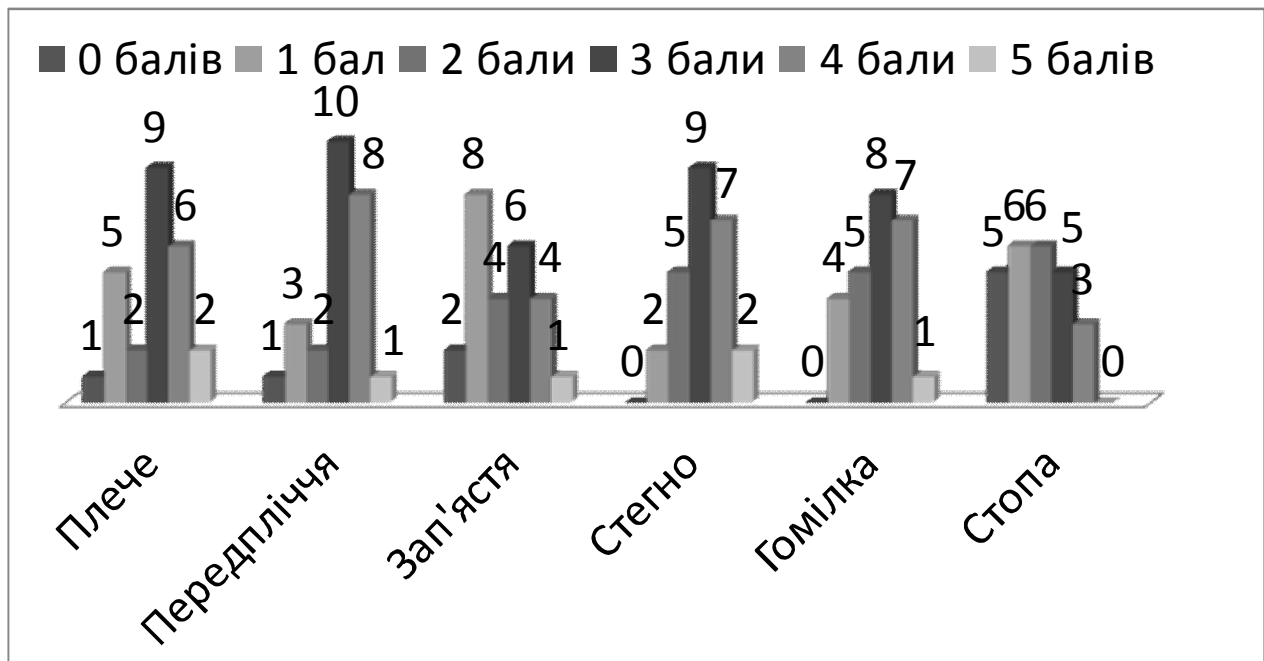


Рис. 1. Оцінка ступеня периферичного парезу у хворих, які перенесли ішемічний мозковий інсульт

Висновки:

1. За даними багатьох вітчизняних авторів, порушення рухової сфери після ішемічного мозкового інсульту спостерігається в переважній більшості хворих та зберігається тривалий час.

2. Функціональний стан осіб другого зрілого віку, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, на першому етапі раннього відновного періоду потребує розробки програм фізичної реабілітації, які б урахували порушення чутливості, рівноваги, ступінь периферичного парезу та рівень самостійності в повсякденному житті.

Перспективи подальших досліджень. На основі отриманих даних буде створена програма фізичної реабілітації осіб, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, на першому етапі раннього відновного періоду з урахуванням особливостей порушень рухової сфери.

Список літератури

1. Білянський О. Ю. Основні принципи фізичної реабілітації хворих, які перенесли мозковий ішемічний інсульт / О. Ю. Білянський // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2006. – № 11. – С. 3 – 4.
2. Виленский Б. С. Соматические осложнения инсульта: профилактика и лечение / Б. С. Виленский // Неврологический журнал. – 2003. – № 3. – С. 4–10.
3. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта / А. С. Кадыков. – М., 2003. – 176 с.
4. Корнацький В. М. Соціальні та медичні проблеми цереброваскулярної патології / В. М. Корнацький // Український кардіологічний журнал. – 2008. – № 1. – С. 121 – 124.
5. Кушнір Ю. Особливості наслідків перенесеного мозкового інсульту на другому етапі фізичної реабілітації / Ю. Кушнір // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр.. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2008. – Вип. 12, т. 3. – С. 132 – 137.
6. Нивина Ю. В. Восстановление двигательной функции больных церебральным ишемическим инсультом на стационарном этапе реабилитации : автореф дис. ... канд. пед. наук / Нивина Юлия Владимировна. – М., 2005. – 20 с.
7. Самосюк И. З. Медицинская реабилитация постинсультных больных / И. З. Самосюк, В. И. Козьявкин, М. В. Лобода. – К., 2010. – 424 с.

8. Шкловский В. М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта / В. М. Шкловский // Неврология и психиатрия. – 2005. – № 6. – С. 10 – 23.

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ ВТОРОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА,
ПЕРЕНЕСШИЕ ИШЕМИЧЕСКИЙ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ,
НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА**

Станислав АГАФОНОВ

Днепропетровский государственный институт физической культуры и спорта

Аннотация. В статье представлены данные функционального состояния людей, которые перенесли ишемический мозговой инсульт, и находятся на первом этапе раннего восстановительного периода. Исследовалась поверхностная и глубокая чувствительность, равновесие, степень периферического пареза и уровень самостоятельности в обыденной жизни.

Ключевые слова: реабилитация, ишемический инсульт, функциональное состояние.

**FUNCTIONAL STATUS OF THE SECOND MATURE AGE
WITH ISCHEMIC STROKE AT THE FIRST STAGE OF EARLY RECOVERY PERIOD**

Stanislav AGAFONOV

Dnepropetrovsk State Institute of Physical Culture and Sports

Abstract. The article presents the functional state of the people who have suffered an ischemic cerebral stroke, and being on the first stage of early recovery period. There have been investigated the superficial and deep sensitivity, balance, degree of peripheral paresis and level of independence in everyday life.

Keywords: rehabilitation, ischemic stroke, functional status.