

## РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ ІЗ ПЕРЕНЕСЕНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

Олег ПОМАРАНСЬКИЙ

*Львівський державний університет фізичної культури*

**Мета роботи:** проаналізувати літературні джерела, які стосуються методик реабілітаційного обстеження осіб, що перенесли мозковий інсульт.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення літературних джерел.

Гостре порушення мозкового кровообігу є одним із поширених видів захворювань. Це захворювання займає третє місце за коефіцієнтом смертності після захворювання серця і всіх видів онкологічних захворювань. Порушення мозкового кровообігу займають одне з перших місць поміж причин неповносправності серед населення розвинутих країн. Фізична реабілітація посідає особливо значне місце в лікуванні інсульту. Багаторічний досвід функціонування системи реабілітації у світі, довів можливість різкого зниження інвалідності внаслідок інсульту і значного підвищення показників повсякденної життєвої активності. Ретельне обстеження хворого і визначення його реабілітаційного діагнозу служать тією основою, на якій будується подальша програма реабілітації. У даній статті представлений огляд методик реабілітаційного обстеження осіб, що перенесли мозковий інсульт.

**Ключові слова:** мозковий інсульт, реабілітаційне обстеження, фізична реабілітація.

**Постановка проблеми.** Згідно статистичних даних одним із поширених видів захворювань є гостре порушення мозкового кровообігу. Це захворювання займає третє місце за коефіцієнтом смертності після захворювання серця і всіх видів онкологічних захворювань [8].

Порушення мозкового кровообігу займають одне з перших місць поміж причин неповносправності і смертності серед населення розвинутих країн. Кожний рік від нього страждає біля 6 млн. чоловік у цілому світі, зокрема, 700-750 тис. – в США 450 тис. – в Росії, та 175 тис. – в Україні [3].

Згідно даних Американської асоціації серця, щороку інсульт уражає в цій країні близько півмільйона людей. При цьому після інсульту виживає 62% людей, поповнюючи приблизно 3-х мільйонну армію хворих, які раніше перенесли один чи декілька інсультів [9].

В Україні смертність від інсульту у 2,5 рази перевищує відповідні показники європейських країн, від нього щорічно страждає близько 175 тис. людей [10].

Наслідки перенесеного інсульту у 25-50% хворих приводять до часткової або повної залежності у самообслуговуванні.

Фізична реабілітація посідає особливо значне місце в лікуванні інсульту. Багаторічний досвід функціонування системи реабілітації у світі, довів можливість різкого зниження інвалідності внаслідок інсульту і значного підвищення показників повсякденної життєвої активності. Ретельне обстеження хворого і визначення його реабілітаційного діагнозу служать тією основою, на якій будується подальша програма реабілітації. Реабілітаційне обстеження включає збір скарг і анамнезу пацієнта, проведення клінічних і інструментальних досліджень. Особливістю цього обстеження є аналіз, як пошкодження органів або систем, так і вплив фізичних дефектів на життєдіяльність хворого, на рівень його функціональних можливостей [1].

**Мета роботи:** проаналізувати літературні джерела, які стосуються методик реабілітаційного обстеження осіб, що перенесли мозковий інсульт.

**Методи дослідження:** аналіз та узагальнення літературних джерел.

**Організація дослідження:** Оскільки неврологічний огляд і дослідження соматичного статусу проводяться згідно звичайної, добре відомої всім лікарям схеми, реабілітологам потрібно акцентувати увагу на тих моментах обстеження, які дозволяють оцінити порушення, що спричинили обмеження життєдіяльності пацієнта, а також на рівень соціальних обмежень унаслідок хвороби або травми.

Одним із важливих методів обстеження, якому приділяється значна увага, є опитування. Це пов'язано з тим, що саме самостійна оцінка пацієнтом свого стану, своїх можливостей, розглядається як місце старту для подальших реабілітаційних дій. Збір скарг і анамнезу необхідно побудувати так, щоб не пропустити найбільш істотні моменти в розвитку захворювання і суб'єктивному сприйнятті пацієнтом наслідків хвороби. Рекомендується цілеспрямовано розпитати хворого і одержати його відповіді щодо наступних пунктів [1]:

- основні скарги (болі, порушення ходьби, підвищена стомлюваність, «не слухняність руки/ноги», порушення координації і т.д.);
- історія розвитку захворювання та пов'язаних з ним проблем; рекомендується не тільки з'ясувати питання, що стосуються одержаного пацієнтом лікування і його ефективності, наявності супутніх захворювань, але й попросити хворого охарактеризувати стиль свого життя до і після розвитку хвороби або отримання травми.
- ступінь обмеження рухової активності (здатність повертатися в ліжку, сидати з положення лежачи, вставати, пересуватися у квартирі та поза її межами, користуватися транспортом);
- можливість виконання побутових потреб (особиста гігієна, одягання, харчування);
- здійснення побутових робіт (приготування їжі, прибирання, прання, і т.д.);
- суспільна активність;
- утруднення в спілкуванні з оточуючими;
- потреба в допоміжних засобах (милицях, інвалідній колясці, протезах і т.д.);
- проблеми психологічного плану;
- ситуація в сім'ї, ступінь допомоги з боку родичів або знайомих.

В основі методів вимірювання порушень життєдіяльності найчастіше лежить оцінка незалежності індивідуума від сторонньої допомоги в повсякденному житті, при цьому аналізуються не всі її види, а тільки найбільш значущі, представницькі, найбільш загальні з повсякденних дій людини. Вперше термін «активність життєдіяльності» (activity in daily living, ADL, англ.) увів Deaver в 1945 р., а перший індекс ADL був запропонований S. Katz і співавторами в 1963 році. Вони оцінювали залежність хворих від сторонньої допомоги при виконанні наступних шести операцій: вмивання, одягання, відвідування туалету, пересування, акти дефекації і сечовипускання, приймання їжі. У подальшому, здебільшого за кордоном, було розроблено більш ніж 200 шкал оцінювання ADL, проте більшість з них мають вузьке застосування [6].

На даний момент у практиці реабілітаційних установ для хворих неврологічного профілю найбільшого поширення набули такі шкали, як шкала повсякденної життєдіяльності Бартела, або індекс Бартела (Barthel Index, англ.) та шкала функціональної незалежності FIM (Functional Independence Measure, англ.), розроблена Американською Академією Фізичної терапії та реабілітації [7].

При використанні шкали Бартела оцінка рівня побутової активності проводиться на основі суми балів, визначених хворим у кожному з розділів тесту. Максимальна кількість балів, яка відповідає повній незалежності в повсякденному житті, рівна 100.

Шкала функціональної незалежності FIM складається з 18 пунктів, що відображають стан рухових (пункти 1-13) та інтелектуальних (пункти 14-18) функцій. Пункти оцінюються опікунами хворого за 7-бальною шкалою, після чого підраховується сума балів усіх пунктів шкали. Сумарна оцінка може складати від 18 до 126 балів. Чим вища сумарна оцінка, тим більше хворий незалежний у повсякденному житті.

Соціальні наслідки неврологічних захворювань не обмежуються лише порушенням побутової активності, як правило у постінсультних хворих значною мірою страждає і суспільна активність. Проте тести для визначення ступеня обмежень суспільної активності (handicap, англ) розроблені у значно меншому обсязі. У багатьох випадках пункти, що відображають соціальну активність, включені у шкали, призначені для оцінювання порушень побутової життєдіяльності. Найбільш вдалим для оцінювання рівня соціальних обмежень є опитувальник Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART), який розроблений Американською Академією Фізичної медицини і реабілітації [8]. 5 шкал цього опитувальника (потреба у сторонній допомозі, мобільність, соціальна інтеграція, зайнятість і економічна незалежність) відображають ті напрями, які були визначені ВООЗ, як основні при характеристиці рівня соціальних обмежень. У рамках кожної з них сформульований ряд питань, на які повинен відповісти пацієнт, після чого за спеціальною

методикою робиться підрахунок набраних балів. Сумарна кількість балів, яка відповідає нормі, після кожної зі шкал дорівнює 100, а загалом – 500. Різниця між сумою балів, набраних хворим, і нормальною сумою відображає ступінь обмеження соціальної активності цього індивідуума.

Для оцінки рівня спастичності груп м'язів у постінсультних хворих використовують за звичай модифіковану шести бальну шкалу спастичності Ешурта, а для оцінки больового відчуття – візуальну аналогову шкалу болю [2]. Згідно цього методу, пацієнт на відрізку прямої лінії довжиною 10 см відмічає інтенсивність болю. Початок лінії зліва характеризує відсутність болю, кінець відрізку зправа – нестерпну біль. М'язову силу оцінюють за 5-ти бальною системою [4]:

- 5 – м'язова сила в нормі;
- 4 – сила знижена, але пацієнт здійснює активний рух проти сили реабілітолога (легкий парез);
- 3 – пацієнт здатний долати силу земного тяжіння (підняти кінцівку), але без опору (помірний парез);
- 2 – пацієнт не може подолати силу земного тяжіння, рух можливий тільки в горизонтальній площині (глибокий парез);
- 1 – збережене мінімальне напруження м'язів (глибокий парез).

Психологічний стан пацієнтів оцінюють за шкалою депресії Бека та шкалою тривожності Спілберга-Ханіна. В обох випадках пацієнти повинні дати відповідь на серію запитань, які оцінюються балами та підсумовуються. У залежності від кількості набраних балів можна визначити психологічний стан пацієнта [5].

### Висновок

Проаналізувавши літературні дані які стосуються методик реабілітаційного обстеження осіб, що перенесли мозковий інсульт нами було розроблено власну анкету для обстеження психічного та функціонального стані в пацієнта.

### Література

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.: Антидор, 2000. – 568 с.
2. Дамулин И.В. Синдром спастичности и основные направления его лечения //Журнал неврологии и психиатрии. – №12, 2003. – С. 4 – 8.
3. Школьник В.М., Григорук С.П., Погорелов О.В., Аяш Имад Умар Нові підходи до оцінки ступеня визначеності стенозу магістральних артерій голови / Медичні перспективи. – №3 (2002).
4. Штульман Д.Р., Левин О.С. Справочник практического врача по неврологии. – М.: Советский спорт, 2001. – 699 с.
5. Практикум по основам психологи. Сост. В.А. Мельников. – Симферополь: Соннат, 1997. – 255 с.
6. Frey W. Functional assessment in the 80-s. A conceptual enigma, a technical challenge / In: A. Halpen(ed). Functional assessment in rehabilitation. – Baltimore, London, 1984.
7. Heinemann A., Linacre J., Wright B. et al. Relationships between impairment and physical disability as measured by the functional independence measure //Arch.Phys.Med. Rehab. – 1993. – Vol. 74. – P. 566 – 573.
8. Whiteneck G., Charlifue S., Gerhart K. et al. Quantifying handicap: a new measure of long-term rehabilitation outcomes //Arch.Phys. Med.Rehab. – 1992. – Vol. 73. – P. 519– 526.
9. [http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1166712318459HS\\_StatsInsideText.pdf](http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1166712318459HS_StatsInsideText.pdf)
10. <http://www.health-ua.com/2002/05/insulite.php>

## РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Олег ПОМАРАНСКИЙ

Львовский государственный университет физической культуры

**Цель работы:** проанализировать литературные источники, которые касаются методик реабилитационного обследования лиц, которые перенесли мозговой инсульт.

**Методы исследования:** анализ и обобщение литературных источников.

Острое нарушение мозгового кровообращения является одним из распространенных видов заболеваний. Это заболевание занимает третье место за коэффициентом смертности после заболевания сердца и всех видов онкологических заболеваний. Нарушения мозгового кровообращения занимают одно из первых мест между причин неповносправности среди населения развитых стран. Физическая реабилитация занимает особенно значительное место в лечении инсульта. Многолетний опыт функционирования системы реабилитации в мире, довел возможность резкого снижения инвалидности в результате инсульта и значительного повышения показателей повседневной жизненной активности. Тщательное обследование больного и определение его реабилитационного диагноза служат той основой, на которой строится последующая программа реабилитации. В данной статье представлен обзор методик реабилитационного обследования лиц, которые перенесли мозговой инсульт.

**Ключевые слова:** мозговой инсульт, реабилитационное обследование, физическая реабилитация.

## REHABILITATION INSPECTION OF PERSONS AFTER CEREBRAL STROKE

Oleh POMARANSKYI

*Lviv State University of Physical Culture*

**Purpose of work:** to analyze literary sources, which touch the methods of rehabilitation inspection of persons which carried a cerebral stroke.

**Research methods:** analysis and generalization of literary sources.

**Abstract.** Sharp violation of cerebral circulation of blood is one of widespread types of diseases. This disease takes third seat after the coefficient of death rate after the disease of heart and all types of oncologic diseases. Violations of cerebral circulation of blood occupy one of the first places between reasons of disability among the population of the developed countries. The physical rehabilitation takes especially considerable seat in treatment of stroke. Long-term experience of functioning of the system of rehabilitation in a world, led to possibility of sharp decline of disability as a result of stroke and considerable increase of indexes of everyday vital activity. Careful inspection of patient and determination of his rehabilitation diagnosis serve as that basis which the subsequent program of rehabilitation is built on. The review of methods of rehabilitation inspection of persons which carried a cerebral stroke is presented in this article.

**Key words:** cerebral stroke, rehabilitation inspection, physical rehabilitation.