

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ІНСУЛЬТОМ

Х. В. Юхимчук

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня

Значна поширеність на сьогодні різних видів інсульту серед різних вікових груп, а також високий ступінь інвалідизації осіб, які перенесли інсульт, вимагають глибокого аналізу наукових даних стосовно реабілітації цих осіб з метою вторинної соціалізації у суспільстві.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH STROKE

Kh. V. Yukhymchuk

Ternopil Regional Communal Clinical Psycho-neurological Hospital

Today, the prevalence of stroke among different age groups, as well as the high degree of disability of people who suffered a stroke, requires a thorough analysis of scientific data on the rehabilitation of these people for the purpose of secondary socialization in society.

Вступ. Інсульт (у перекладі з латинського «удар») – одна з найтяжчих форм судинних уражень головного мозку. В економічно розвинених країнах інсульт займає друге або третє місце в структурі захворюваності й смертності. У результаті інвалідизації працездатного населення, витрат на тривале лікування й реабілітацію, інсульт наносить суспільству величезний економічний збиток.

В Україні склалася вкрай небезпечна ситуація, пов'язана з наслідками інсульту. На відміну від багатьох інших країн, де ця хвороба займає серед причин смертності третє місце, у нас він значно випередив злочи́нісно новоутворення й упевнено займає друге місце. Смертність від інсульту серед чоловіків віком 47–74 років становить 606, а серед жінок – 408 осіб на 100 тис. населення. Це, відповідно, в 11,2 і 12,75 рази вище, порівняно зі Швейцарією, і в декілька разів, порівняно з іншими країнами Європи [1].

Мета дослідження – охарактеризувати різновиди інсультів, причини їх виникнення, розкрити сучасні підходи щодо реабілітації хворих після інсульту.

Основна частина. Інсульт – це гостре порушення мозкового кровообігу, що характеризується раптовою (протягом декількох хвилин, годин) появою осередкової й/або загальнономозкової неврологічної симптоматики, що зберігається більше 24 год, або призводить

до смерті хворого в більш короткий проміжок часу внаслідок цереброваскулярної патології [2].

Існує три основних види інсульту: ішемічний інсульт, внутрішньомозковий і субарахноїдальний крововилив. Внутрішньомозковий нетравматичний (не у всіх класифікаціях), підоболонковий крововилив належить до геморагічного інсульту. За даними міжнародних досліджень [3], співвідношення ішемічного й геморагічного інсультів складає в середньому 4:1–5:1 (80–85 %) і (15–20 %).

Ішемічний інсульт, або інфаркт мозку, найчастіше виникає у хворих старше 60 років, які мають в анамнезі інфаркт міокарда, порушення серцевого ритму і провідності, ревматичні набуті вади серця, цукровий діабет. Велику роль у розвитку ішемічного інсульту відіграють зміни реологічних властивостей крові, патологія магістральних артерій. Характерним є розвиток недуги в нічний час без втрати свідомості.

Внутрішньомозковий крововилив – найрозповсюдженіший тип геморагічного інсульту, найчастіше виникає в осіб віком 45–60 років. Як правило, інсульт розвивається раптово, у денний час, на фоні емоційного або фізичного перенапруження. Причиною крововиливу в мозок найчастіше є гіпертонічна недуга (80–95 % випадків). Рідше крововилив зумовлений атеросклерозом, захворюваннями крові, запальними змінами мозкових судин, інтоксикацією, авітаміноза-

ми та іншими причинами. Крововилив у мозок може настати шляхом діapedезу або в результаті розриву судин. В обох випадках в основі виходу крові за межі судинного русла лежать функціонально-динамічні ангіодистонічні розлади загальної та особливо регіональної мозкової мікроциркуляції.

Субарахноїдальний крововилив (крововилив у субарахноїдальний простір). Найчастіше цей тип крововиливу спостерігають в осіб віком 30–60 років. Факторами ризику є куріння, хронічний алкоголізм і одноразове вживання алкоголю у великій кількості, ожиріння та гіпертензія. Цей крововилив може відбутися спонтанно, як правило, внаслідок розриву артеріальної аневризми або в результаті черепно-мозкової травми.

Залежно від локалізації і розміру морфологічних змін мозку, отриманих при інсульті, клінічна картина і рухові розлади можуть суттєво варіювати. Поряд із типовими паралічами і парезами при ураженнях пірамідального шляху можна спостерігати також зміну чутливості, порушення мовлення, просторову перцепцію, відхилення психічного статусу (розгубленість, емоційна лабільність, депресія, підвищена дратівливість тощо), інконтиненція та інше [4].

У світовій практиці реабілітація після інсульту передбачає участь декількох спеціалістів: фізичного терапевта (фізичного реабілітолога), який забезпечує відновлення рухових функцій, ерготерапевта (забезпечує відновлення функції кисті), мовного терапевта (відновлення мови і ковтання) (логопеда), медичного психолога (стежить за психологічним станом пацієнта і не допускає депресії).

Психологічна реабілітація передбачає вплив на психологічну сферу хворого. Мета – переконати хворого в сприятливому завершенні лікування. Основні моменти, на які потрібно звернути увагу: ставлення хворих до реабілітаційних заходів; вивчення особливостей психологічного статусу хворих залежно від стадії й перебігу хвороби; особливості особистості хворого і його ставлення до хвороби; згода або відмова від реабілітаційних заходів; взаємини лікаря й хворого; вибір форм і методів немедикаментозного лікування.

Як правило, у хворих, які перенесли інсульт, значно погіршується фізичний стан. Часті паралічі кінцівок, зниження рухливості суглобів, парези, порушення координації. При тяжких формах, коли люди змушені дотримуватися тривалого постільного режиму, нерідко розвиваються трофічні виразки, застійна пневмонія, атрофуються м'язи.

Проти цих ускладнень вироблено безліч методів боротьби, але масаж займає особливе положення. За його допомогою можна домогтися:

- 1) зняття больового синдрому і спазмів м'язів;
- 2) нормалізації тону: усунення як ригідності, так і млявості;
- 3) поліпшення кровопостачання тканин;
- 4) нормалізація відтоку лімфи;
- 5) поліпшення рухливості суглобів;
- 6) профілактика застійної пневмонії, трофічних виразок, контрактур (скутості м'язів спазмом) [5].

Значна перевага масажу – це відсутність побічних ефектів. Його можна і бажано розпочинати проводити з перших днів після нападу. Це дозволяє значно знизити ймовірність появи віддалених і вторинних наслідків. Важливо розуміти, що масаж у цьому випадку – це важлива медична процедура, а не метод релаксації. Його повинен призначати і проводити лікар-реабілітолог або кваліфікований масажист. Без певних знань і навичок масаж може бути, в кращому випадку, просто неефективним.

Освіта і кваліфікація цих фахівців дозволяє визначити стан пацієнта і підібрати найоптимальнішу схему проведення масажу. Масаж – це не тільки лікувальна процедура, але й діагностична. На кожному сеансі лікар відзначає зміну стану, тенденції, що накреслилися, реакцію хворого на масаж. Особливу увагу він звертає на тонус м'язів, зв'язаність рухів, рухливість, наявність гіпертонусу окремих м'язів, ознаки атрофії, болючість. Відповідно до цих даних лікар змінює час та інтенсивність проведення масажу, починаючи з коротких і щадних процедур.

Але роль масажу в реабілітації після інсульту не зводиться до фізичного впливу. Він може поліпшити психологічний стан пацієнта, який переніс інсульт. Емоційне спілкування за допомогою дотиків – важлива частина реабілітації після нападу [6].

Медичний масаж, спрямований на відновлення рухливості суглобів і поліпшення стану м'язів, можна робити і в домашніх умовах. Але для цього потрібно виконувати декілька рекомендацій:

- 1) масаж не можна проводити протягом 2 год після їжі;
- 2) нігті на руках людини, яка проводить масаж, повинні бути коротко підстриженими, щоб не подряпати;
- 3) для проведення масажу бажано, щоб м'язи людини були розслаблені та розігріті. Тому його добре робити після прийняття душу або ванни;
- 4) для пом'якшення тертя можна використовувати легкий крем;

5) масажні рухи повинні бути м'якими, неінтенсивними і повільними;

6) найкраще підходять погладжування, слабкі натискання, розминка м'язів, вібрація;

7) правильно проведений масаж не повинен заподіювати неприємних відчуттів. Поява болю під час або після нього – це ознака занадто інтенсивного масажу;

8) після проведення масажу слід як мінімум півгодини полежати і відпочити;

9) тривалість та інтенсивність сеансом потрібно збільшувати поступово: від 15–20 хв до години;

10) всі рухи рук повинні співпадати з напрямом струму лімфи – від кінцівок до пупка. Спину потрібно масажувати від плечей до попереку, від боків до хребта;

11) під час сеансу масажу необхідно обробляти м'язи в такому порядку: передня поверхня стегна, гомілки, стопи, м'язи грудей, плече, передпліччя, кисть, задня поверхня стегна, гомілки, стопи, м'язи спини.

У перші місяці після інсульту допускається лише місцевий масаж із залученням паралізованих або паретичних кінцівок, спини з поперековою ділянкою, груди (на стороні ураження). Загальний масаж дозволяється тільки в пізній реабілітаційний період, тому що тривалий вплив може викликати перевтому хворого, що неприпустимо.

Так званий «точковий» масаж є одним із різновидів рефлексотерапії. Сутністю розглянутого методу є вплив у точки акупунктури тиском (пресація) і рухами, що масажують [7].

При поєднанні «точкового» масажу з лікувальною фізкультурою необхідно враховувати, що кожен активний рух викликає підвищення м'язового тону. Тому, крім «точкового» масажу, до лікувальної фізкультури оптимальним варіантом є додаткове проведення «точкового» масажу під час ЛФК.

У комплексі лікувальних вправ застосовується лікування положенням, або постуральні вправи. Вони полягають у спеціальному розташуванні тіла або кінцівок із використанням усіляких пристосувань. Одним із видів лікування положенням є ортостатична гімнастика. Вона ефективна в ранній постінсультний період й при тривалому постільному режимі. Суть її полягає у тому, що хворий поступово приймає нормальне вертикальне положення за допомогою спеціального поворотного стола, на якому його фіксують прив'язними ремнями. Стіл має точне градування нахилу повороту. Виконання гімнастики можливо навіть при глибоких парезах ніг і м'язів тулуба. Орто-

статична гімнастика дозволяє перебувати хворому в напіввертикальному й вертикальному положеннях, що має велике значення для поліпшення функції сечового міхура, у якому виникають нормальні позиви до сечовипускання саме у вертикальному положенні; тренувати функції вестибулярного апарату, серцево-судинної системи, особливо судин ніг, що попереджує тромбофлебіти й іншу патологію вен [8].

Тренується весь опорно-руховий апарат – кістки, зв'язки, суглоби, м'язи. При цьому виникає й відволекаючий ефект: зменшується біль, запаморочення, нудота, відчуття серцебиття, відбувається зниження артеріального тиску, якщо він був підвищений. Важливу роль відіграє психологічний стан хворого, що має змогу перебувати у вертикальному положенні з можливістю бачити навколишній світ у кімнаті й за вікном зі звичного положення. Ортостатична гімнастика є ефективним методом плавного переходу від постільного режиму до стояння й ходьби. Вона може проводитися 2–3 рази на день.

Серед вправ лікувальної фізкультури також виділяють групи, спрямовані на усунення атонічних і спастичних парезів і паралічів.

Прийнято виділяти чотири етапи в проведенні лікувальної фізкультури при спастичних паралічах і парезах. Перший етап – ранній, з 2 до 10–12 днів після інсульту; другий – пізній, 12–20 днів; третій – відновний, починається з 20 дня й завершується 40; і, нарешті, залишковий, або резидуальний, після 40 дня. Кожен етап має свої завдання. Завдання першого етапу складається в створенні тієї функціональної основи, що необхідна для усунення рухових порушень надалі.

На другому етапі відновлюються основні рухові навички – сидіння, вставання, ходьба за допомогою спеціальних пристосувань, у брусах або манежі. На третьому етапі проводять загальнозміцнювальні вправи, спрямовані на поліпшення функціонального стану дихальної й серцево-судинної систем; вправи покликані усунути порушення координації, зміцнити м'язову силу, розвинути основні способи пересування й навички, необхідні для самообслуговування. Четвертий етап проводять в домашніх умовах. Програму на нього складають наприкінці третього етапу, виходячи зі стану пацієнта.

На кожному етапі певний час приділяють виконанню різних за видом вправ. Так, на першому етапі основний час затрачають на дихальну гімнастику – до 70 %. Загальнозміцнювальна гімнастика становить 20 % від часу, спеціальна – 10 %. На другому етапі

близько 45 % часу приділяють спеціальній гімнастиці, загальнозміцнювальній – 30 %, дихальній – 15 %. На цьому етапі вводять застосування прикладних навичок – 10 %. До третього етапу дихальна гімнастика може становити 5 % часу, загальнозміцнювальна – 10 %, прикладні навички застосовують 20 % від загального часу, а на спеціальні вправи приділяють 65 % часу. Четвертий етап може проходити без виконання дихальної гімнастики, якщо до цього немає показань. Найбільшу увагу приділяють розвитку прикладних навичок – 45 % від загального часу, 30 % часу займають загальнозміцнювальні вправи, 25 % – спеціальні.

При лікуванні спастичних парезів і паралічів основні методичні прийоми лікувальної гімнастики спрямовані на зниження патологічно підвищеного м'язового тону, збільшення сили м'язів (що означає зменшення ступеня парезу), попередження й

усунення патологічних співдружних рухів, відновлення побутових і професійних навичок.

Висновки. Реабілітація після інсульту – це комплекс заходів (медикаментозних, психо-, фізіо- і кінезитерапевтичних), спрямованих на пом'якшення його наслідків, попередження ускладнень, тренування кардіореспіраторної системи й відновлення рухових функцій. Основними принципами реабілітаційного процесу є індивідуальний підхід, обширність вогнища ураження, давність захворювання, вік, супутні захворювання, характеріологічні особливості пацієнта, систематичність і тривалість відновлювальних заходів.

Основними засобами фізичної реабілітації в постінсультний період є пози, пасивні й активні фізичні вправи, дихальна гімнастика, масаж, гідрокінезіотерапія, імпульсні струми, відновлювальний масаж.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні / І. Л. Ревенько // Запорізький медичний журнал. – 2010. – Т. 12, № 3. – С. 42–47.
2. Верещагин Н. В. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики / Н. В. Верещагин, М. А. Пирадов, З. А. Суслина. – М. : Интермедика, 2002. – 208 с.
3. The Atlas of Heart Disease and Stroke / Mackay, G. Mensach. WHO, 2007 [Electronic source] / Mode access : http://www.who.int/entity/cardiovascular_disease/en/_cva_atlas.
4. Копчак О. О. Особливості постінсультних когнітивних порушень у пацієнтів з метаболічним синдромом /

О. О. Копчак // Міжнародний неврологічний журнал. – 2012. – № 3 (49). – С. 88–95.

5. Белая Н. А. Руководство по лечебному массажу / Н. А. Белая. – М. : Медицина, 1983. – 125 с.

6. Медицинская реабилитация. Руководство : в 3 т. / под ред. В. М. Боголюбова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 684 с.

7. Гаваа Лувсан Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии / Гаваа Лувсан. – 3-е изд., перераб. – М. : Наука, 1992. – 632 с.

8. Белова А. Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. – М., 1998. – С. 30–33.

Отримано 03.07.18