

УДК 616.831:615.8

Присяжнюк О.А.¹, Чудновська К.С.²

¹ канд. хім. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФУСз-220м НУ «Запорізька політехніка»

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ МІОФАСЦІАЛЬНОГО РЕЛІЗУ ПРИ ШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Статистичні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization) стверджують, що у світі щорічно виникає 17 млн. інсультів (до 1/3 – у віці 20-64 р.), приблизно для 5,7 млн. пацієнтів інсульт стає смертельним вироком. В середньому, кожні 2 секунди реєструється інсульт, кожні 4 години одна людина помирає від інсульту. Захворюваність на інсульт в країнах з високим рівнем доходу знижується (за останні 2 роки – на 40%), а в країнах з низьким та середнім рівнем доходу збільшується (за останнє десятиріччя подвоїлась). За період 1990-2020 р. кількість інсультів у людей працездатного віку (20-64 р.) збільшилась на 25%, смертність – на 36%, інвалідизація внаслідок інсульту – на 73%. У більшості країн світу гострі порушення мозкового кровообігу входять до трійки найчастіших причин смертності населення. Не менше третини інсультів призводить до летального наслідку в гострому періоді, а протягом наступного року летальність збільшується ще на 10-15%. У 80% хворих, які вижили після інсульту, спостерігається той чи інший ступінь обмежень у повсякденному житті, що зумовлено не тільки розладами рухів та мовлення, а ще і порушенням когнітивної функції, розвитком депресивних станів. До кінця року після перенесеного інсульту у 20% пацієнтів

розвивається деменція. Така ж невтішна статистика стосується і України. Захворюваність на інсульт в останні роки зростає. В Україні щороку реєструється 110-120 тис. інсультів та приблизно 40 тис. смертей від нього в рік, у 27% випадків інсульт розвивається повторно. Слід акцентувати увагу на тому, що середній вік першого інсульту в нашій країні становить 62-64 роки (згідно даних аналітичної системи Proxima Research), що на 8-12 років раніше, ніж в країнах з високим рівнем доходів.

Існуючі дослідження показують, що захворювання виникає у будь-який період доби. В окремих випадках може виникати після фізичного навантаження, психоемоційного перенапруження, вживання алкоголю. Приблизно в 1/3 випадків захворювання розвивається гостро, апоплектиформно. Значно рідше виявляють псевдотуморозний розвиток інфаркту мозку, коли осередкові симптоми нарастають протягом кількох тижнів. Характерною ознакою II є переважання осередкових неврологічних симптомів над загальнономозковими, яких іноді взагалі немає.

Важливим аспектом лікування даного захворювання є своєчасна, точна та комплексна діагностика, яка ґрунтується на уважному вивченні передінсультного періоду, аналізі темпу його виникнення та динаміки захворювання. Важливо визначити, чи є у хворого артеріальна гіпертензія, прояви ішемічної хвороби серця, уточнити анамнез, виявити можливі чинники ризику, старанно дослідити пульсацію периферичних і магістральних судин голови та шиї. Основними видами діагностики є: дослідження очного дна; реологічних властивостей крові та спинномозкової рідини; ехо- і електроенцефалографії; ультразвукової доплерографії; ЕКГ, а також за допомогою рентгенологічних методів краніографії, ангіографії, комп'ютерної томографії, які дають можливість встановити діагноз ішемічного інсульту і віддиференціювати його від інших захворювань, що мають подібний клінічний перебіг.

Наряду з традиційними засобами лікування, профілактики, а також реабілітації після ішемічного інсульту є застосування міофасціального релізу і метою нашого дослідження було розглянути вплив релізу, як одного з ефективних засобів реабілітації хворих після ішемічного інсульту.

Під час реабілітаційної стадії лікування ішемічного інсульту, пацієнт отримує індивідуальну реабілітаційну програму (ІРП), інтенсивність і тривалість якої відповідає потребам та рівню толерантності хворого до навантажень. Пацієнтам із тяжким та середньої тяжкості інсультом необхідно проводити регулярну оцінку для визначення їх потреб у реабілітаційних заходах. Пацієнт після інсульту має займатися згідно з ІРП мінімум 1 рік із кожним фахівцем мультидисциплінарної команди (МДК), мінімум 5 разів на тиждень з урахуванням індивідуальних потреб і

толерантності до навантажень.

Міофасціальний реліз (МФР) – це система спеціально розроблених вправ, спрямована на опрацювання фасцій, м'язів тіла, які повною мірою впливають, як на кровообіг людини так і на загальний стан організму. Техніка МФР може доповнювати арсенал масажного або мануального впливу, прицільно потрапляючи на м'язову оболонку, знижуючи її тонус, що дозволяє фахівцям отримати більш глибокий терапевтичний ефект за менший час. Крім того, методами МФР також можна впливати на міофасціальний, висцерофасціальні та фасціальні зв'язки, впливати на судини, суглоби та внутрішні органи. Оскільки існує безперервний зв'язок між фасціями, то напруга однієї фасції позначається на тонусі інших фасцій.

Ми спостерігали групу осіб віком 45-60 років, які проходили курс реабілітації за ІРП із застосуванням МФР, у всіх пацієнтів була визначена позитивна динаміку змін, досягнута за відносно короткий проміжок часу, з характерним покращенням кровообігу та загального стану пацієнта. Це залишає за собою перспективу для подальших, більш поглиблених досліджень по представленій проблемі.