

УДК 615.825:616.831

Колісник А.О.

студ. магістратури, Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНА ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ІЗ PUSH-СИНДРОМОМ: КЛІНІЧНА КАРТИНА ТА СИМПТОМИ РОЗЛАДУ

Анотація. Фізioterапевтична оцінка стану пацієнтів після інсульту із push-синдром: клінічна картина та симптоми розладу. Push-синдром є наслідком ураження мозкових структур після гострого порушення мозкового кровообігу, що присутній у 5-52% пацієнтів з інсультом і суттєво погіршує реабілітаційний прогноз. Недуг складно діагностувати в гострому періоді інсульту. Проведення вчасної і вичерпної оцінки стану пацієнта впродовж реалізації програми реабілітації дає підґрунтя для її ефективного проведення.

Ключові слова: фізична терапія, інсульт, push-синдром.

Abstract. Physiotherapeutic assessment of patients after stroke with push-syndrome: clinical picture and symptoms of the disorder. Rush syndrome is a consequence of damage to brain structures after acute cerebrovascular accident, which is present in 5-52% of stroke patients and significantly worsens the rehabilitation prognosis. The disease is difficult to diagnose in the acute period of stroke. Timely and comprehensive assessment of the patient's condition during the rehabilitation program provides the basis for its effective implementation.

Key words: physical therapy, stroke, push-syndrome.

Вступ. Push-синдром (синдром штовхача) є наслідком ураження мозкових структур після гострого порушення мозкового кровообігу, що присутній у 5-52% пацієнтів з інсультом і суттєво погіршує реабілітаційний прогноз. Це ще маловідомий і недостатньо досліджений розлад, який не завжди вчасно діагностується із відповідними негативними наслідками. Як показує світовий досвід, правильна рання діагностика цього ускладнення та введення відповідної фізіотерапії дозволяє скоротити час та ресурси для реабілітації пацієнта.

Мета. Дослідити та узагальнити наведені у літературі характерні симптоми push-синдрому на різних етапах реабілітації.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, синтез та узагальнення.

Результати дослідження та їх обговорення. Push-синдром характеризується розладом сприйняття пацієнтом вертикальності власного тіла у просторі, що супроводжується аномальною поставою тіла з

іпсілатеральним нахилом середньої осі та активним відштовхуванням (контраверсивними потугами) у геміпаратичний бік з втратою постурального балансу та опором до пропонованої пасивної корекції [4].

Ці пацієнти сприймають своє тіло як орієнтоване «вертикально», тоді як воно реально нахилене у бік ураження головного мозку. При цьому, у них не виявлено порушення обробки зорових та вестибулярних сигналів, що визначають зорову вертикаль. Потуги відштовхнутись непаретичними кінцівками убік поразки головного мозку відрізняють клінічну картину синдрому штовхача від втрати рівноваги, яка може спостерігатися в інших постінсультних пацієнтів, зокрема і тих, що мають інші постуральні порушення (в т.ч. неглект, латеропульсія) [2, с. 1120].

У пацієнтів з синдромом штовхача спостерігаються більш серйозні виражені порушення свідомості та здатності ходити, парези верхніх та нижніх кінцівок та нижчі вихідні функції у повсякденній життєдіяльності, ніж у постінсультних пацієнтів, наприклад, з геміпарезом без контраверсивного тиску. У них існує більша вірогідність втрати рівноваги та падінь з відповідними наслідками.

Дослідники даної проблеми зазначають, що наявні знання в цій сфері базуються переважно на спостережних дослідженнях і звітах про випадки, які надають низький рівень доказів (клас III) для клінічної практики. При цьому в літературі зустрічається така характеристика цього недугу, як інтригуючий. Очевидно це пов'язано із складністю його діагностики в гострому періоді, ще до переведення пацієнта в сидяче положення, а також – можливістю його проявлятися на різних етапах реабілітації, то зникаючи, то з'являчись, зокрема дискретно, під час динамічних навантажень, таких як ходьба [1, с. 164]. Через відсутність результатів добре спланованих клінічних досліджень, фізіотерапія при push-синдромі, переважно, базується на практичному досвіді.

Вищезазначені обставини ускладнюють і подовжують процес реабілітації пацієнтів після інсульту із синдромом штовхача в середньому до 3,6 тижня. На додаток до вищенаведених даних щодо push-синдрому наводимо наступні основні ознаки зазначеного синдрому, які були виявлені на практиці на різних стадіях реабілітації пацієнтів після інсульту.

1. *Переміщення в ліжку*. Пацієнти лежать у ліжку в позі «банана» і тримаються за край ліжка. На латеральній кісточці ураженої ноги можуть з'являтися точки тиску [4].

2. *Вертикалізація (лежачи – сидячи)*. Спонтанне положення тіла (важке, середнє та легке) з контралатеральним нахилом, яке простежується відразу після зміни положення (в ідеалі після переходу з положення лежачи на спині для сидіння/сидіння для стояння) [4].

3. *Рівновага в положенні сидячи.* Вага зміщена в бік ураженої сторони, або центр ваги тіла знаходиться над ураженою стороною [4].

4. *Відведення та розгинання непаретичних кінцівок.* Зазвичай рука відводиться від тіла, лікоть утримується у витягнутому положенні, а рука шукає контакт з поверхнею, на якій можна підштовхнути себе до вертикального положення, що сприймається. Нижня кінцівка може бути відведена, при цьому коліно та стегно утримуються у розігнутому стані [2, с. 1123]. Нездатність збереження статичної рівноваги в положенні сидячи протягом понад 1 хв. при рівномірному розподілі ваги тіла на обидві сідничні області. [3, с. 52].

5. *Вертикалізація (сидячи – стоячи).* Спонтанне положення тіла (важке, середнє та легке) з контралатеральним нахилом, яке простежується відразу після зміни положення (в ідеалі після переходу з положення лежачи на спині для сидіння/сидіння для стояння) [2, с. 1123].

6. *Стояння (рівновага в положенні стоячи.)* Вага зміщується на уражену ногу або центр ваги тіла знаходиться над ураженою ногою. Плегітична нога може перейти в положення згинання, коли поздовжня вісь тіла нахилена вперед, у положенні стоячи або в положенні сидячи. У положенні стоячи хвора нога краще зісковзує, якщо терапевт намагається перенести вагу на здорову сторону [5, с. 2].

7. *Відведення та розгинання непаретичних кінцівок* відбувається аналогічно як у положенні сидячи [2, с. 1123]. Нездатність збереження статичної рівноваги в положенні стоячи протягом понад 10 с при рівномірному розподілі ваги тіла на нижні кінцівки. [3, с. 52].

8. *Ходьба.* Пацієнт мало навантажує здорову ногу. Уражена нога пригинається або згинається [4].

9. *Інші симптоми.* Краща рука виглядає незграбною. Пацієнт тримається за все здоровою рукою. Реакції рівноваги значно знижені, а реакції на положення голови відсутні. Пацієнти часто не бояться падіння на хворий бік, але бояться падіння на здоровий бік. Вони протестують і бояться, коли терапевт намагається встановити симетричність пози [4].

Висновки. Оцінювання щодо реабілітації має бути здійснене настільки швидко, наскільки дозволяє загальний стан пацієнта після інсульту і, зокрема, із push-синдром. Проведення вчасної і вичерпної оцінки стану пацієнта впродовж реалізації програми реабілітації дає підґрунтя для її ефективного проведення.

Список використаних джерел

1. Drozd A., Nowacka-Kłos M., Hansdorfer-Korzon R. Possibilities of physiotherapeutic treatment in the case of patients with pusher syndrome. *Fizjoterapia Polska*. 2023. Vol. 23, no. 3. P. 146–164.

<https://doi.org/10.56984/8zg143k5q>.

2. Karnath H.-O., Broetz D. Understanding and Treating «Pusher Syndrome». *Physical Therapy*. 2003. Vol. 83, no. 12. P. 1119–1125. <https://doi.org/10.1093/ptj/83.12.1119>.

3. Roller M. L. The Pusher Syndrome. *Journal of Neurologic Physical Therapy*. 2004. Vol. 28. no. 1. P. 29. <https://doi.org/10.1097/01.npt.0000284775.32802.c0>.

4. Schädler S., Kool J. P. Pushen: Syndrom oder Symptom? Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2001. 53. P. 7–16.