

УДК 615.825

Животова Т.О.<sup>1</sup>, Канюка Є.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>студентка, Національний медичний університет імені  
О.О. Богомольця

<sup>2</sup>канд. мед. наук, асистент, Дніпровський державний медичний  
університет

## **ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ЗА ГЕМОРАГІЧНИМ ТИПОМ У ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДІ МЕТОДАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

**Актуальність теми.** Судинні захворювання головного мозку продовжують залишатися актуальною соціальною проблемою. Інсульт є однією з ключових причин смертності та захворюваності, пов'язаних із судинними захворюваннями, і залишається на високому рівні у всьому світі. Це обумовлено постійним зростанням показників смертності та стійкої втрати працездатності від церебрального інсульту. Навіть у економічно розвинених країнах відзначається, що смертність від цієї патології складає 12–15% від загальної структури смертності. При цьому до 76–80% осіб, які перенесли інсульт, стають інвалідами.

Геморагічний інсульт становить близько 20% усіх інсультів, причому внутрішньо-мозковий крововилив (ВМК) є найпоширенішим типом. Частота ВМК зростає, якщо гіпертонія не лікується. ВМК, зокрема, має непропорційно високий ризик ранньої смертності та тривалої втрати працездатності [1,2,5].

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, інсульт є другою основною причиною смерті людей у віці старше 60 років і п'ятою причиною смерті людей віком від 15 до 59 років. Інсульт у молоді є особливо трагічним через те, що він може спричинити тривалу втрату працездатності, тягар для постраждалих, їхніх сімей та суспільства в цілому [2].

Щорічно в Україні реєструється понад 100 тисяч випадків інсультів. Переважна більшість цих випадків припадає на ішемічний інсульт, що становить приблизно 80% від загальної кількості. Смертність від ішемічного інсульту досягає 15%, в той час як геморагічний інсульт призводить до смертності до 40%. Україна має показники інвалідності на рівні 32 на 10 тисяч населення після перенесеного інсульту, і лише 20,2% працездатних осіб можуть повернутися до праці. Повна професійна реабілітація охоплює лише 3–9% випадків, і 20-25% пацієнтів після перенесеного інсульту потребують постійної допомоги родичів працездатного віку. Ці статистичні дані підкреслюють соціально-економічне значення

проблеми інсульту в Україні. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, у європейських країнах очікується збільшення випадків інсультів у найближчі роки, а до 2025 року цей показник може перевищити показники 2000 року на 30% [6].

**Матеріали та методи.** У дослідженні брали участь 18 пацієнтів, які проходили лікування на базі БУ «Іоанів Центр», на довготривалому періоді реабілітації через 1 рік гострого порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом. Обстеження здійснювалося упродовж квітня-жовтня 2023 р. Середній вік хворих (n=18) склав 65±6 років. В дослідженні взяли участь 12 чоловіків та 6 жінок. Під час дослідження було обрано дві програми, одна - загальноприйнята методика [3], (контрольна група) 9 пацієнтів та розроблена програма фізичної терапії, що була застосована у БУ «Іоанів Центр» (основна група) 9 пацієнтів. Курс фізичної терапії тривав 14 робочих днів.

Реабілітаційне обстеження (РО) є ключовим етапом, що дозволяє належним чином оцінити стан пацієнта та сформувавши програму відновлення відповідно до його потреб. РО включало такі компоненти: загальний анамнез; тестування сили м'язів за допомогою теста Лаветта; модифікована шкала Ашворса для оцінки спастичності м'язів; шкала повсякденної життєдіяльності Бартела (індекс Бартела); тестування рівноваги за шкалою балансу Берга; тестування координації та рівноваги тест "Встань та йди" [4].

Для створення комплексної програми фізичної терапії для пацієнтів, що перенесли геморагічний інсульт у довготривалому періоді була використана методика SMART, що відображає п'ять ключових кроків для планування та постановки цілей: Specific – специфічна, конкретна; Measurable – вимірювана; Achievable – досяжна; Relevant – значуща; Time-bound – зафіксована в часі. Це дозволило підняти результативність та підвищити ефективність фізичної терапії. Кількість та тривалість методів та засобів були розроблені з урахуванням індивідуальних особливостей функціонального стану пацієнтів, що сприяло покращенню фізичного стану та якості життя пацієнтів. У період тривалого відновлення та застосування комплексної терапії у хворих, які перенесли геморагічний інсульт понад рік тому, особливу важливість набувають стратегії вирішення завдань, спрямованих на активне переміщення пацієнтів без додаткової підтримки (опори), а також вдосконалення ходи і навичок самообслуговування.

Програма ФТ контрольної групи (КГ) включала пасивні вправи для м'язів та суглобів паретичних кінцівок, що виконувались фізичним терапевтом, у вихідних положеннях пацієнта лежачи та сидячи; активні динамічні вправи у вихідних положеннях лежачи, сидячи, стоячи;

ходьба по рівній підлозі з асистентом; вправи з предметами: м'яч, фітбол у вихідних положеннях сидячи, стоячи; дихальні вправи за загальноприйнятою методикою [3].

Програма ФТ основної групи (ОГ) включала пасивні вправи для м'язів та суглобів паретичних кінцівок у вихідних положеннях лежачи, сидячи, стоячи; активні динамічні вправи у вихідних положеннях лежачи, сидячи, стоячи; вправи на координацію (вертикалізація, вставання зі стільця та присідання; ходьба по рівній підлозі з асистентом, долання перешкод на рівні стопи, ходьба по м'яким матам, зміна напрямку ходьби, ходьба приставними кроками праворуч та ліворуч повороти праворуч та ліворуч, ходьба на біговій доріжці, стояння на балансірі з підтримкою асистента); вправи з предметами: м'яч, фітбол у вихідних положеннях лежачи, сидячи, стоячи; дихальні вправи.

**Результати.** Показники сили *M. quadriceps femoris* за Ловетом, м'язового тонусу за Ашвортом, повсякденної життєдіяльності Бартел, тесту Берга на рівновагу, тесту «Встань та йди» покращились як в ОГ так і в КГ після курсу фізичної терапії, та мали достовірні відмінності за *t*-критерієм Стьюдента (таб.1).

Таблиця 1. Динаміка показників у пацієнтів КГ та ОГ (n=18)

Обстеження	ОГ (X ±s)		КГ (X ±s)	
	До курсу ФТ	Після курсу ФТ	До курсу ФТ	Після курсу ФТ
Тест Лаветта	3,83±1,2	4,74±1,4*	3,92±1,6	4,28±1,1*
Тест Ашворта	1,7±0,5	0,8±0,4*	1,5±0,6	1,1±0,8*
Індекс Бартел	80,6±2,8	87,8±3,4*	79,3±2,3	85,6±3,1
Тест Берга	37,5±1,2	43,1±1,4*	38,4±1,5	41,3±1,1*
Тест «Встань та йди»	11,7±2,1	8,8±1,9*	11,4±2,8	9,1±2,2*

\* $p \leq 0,05$ .

Розроблена програма фізичної терапії була спрямована на досягнення конкретних, вимірюваних, досяжних, значущих та обмежених за часом цілей (SMART), що сприяло покращенню фізичного стану та якості життя пацієнтів. Проведено оцінку ефективності програми, що дозволило підтвердити її позитивний вплив на функціональний стан пацієнтів, що перенесли геморагічний інсульт у довготривалому періоді реабілітації.

**Висновки.** У роботі було проведено огляд літературних джерел за тематикою геморагічного інсульту, показана актуальність застосування фізичної терапії у пацієнтів з наслідками геморагічного інсульту. Розроблено алгоритм та індивідуальну програму фізичної терапії

пацієнтів, що перенесли геморагічний інсульт на довготривалому етапі реабілітації. Доведено ефективність даної програми, а саме покращення відновлення показників сили м'язів, м'язового тонуусу, рівноваги, координації рухів, а також показників повсякденної життєдіяльності.

#### Список використаних джерел

1. Беляєва Н. М. Медико-соціальна реабілітація при хворобах центральної та периферичної нервової системи. *IV Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи*: матер. наук.-практ. конф. Львів, 2016. С.28
2. Попадюха Ю.А. Сучасні роботизовані комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: навч. посіб. Київ, 2017. 324 с.
3. Рокошевська В. Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару: методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізкультурного профілю. Львів, 2010. 93 с.
4. Соколова Л. І. Методи обстеження неврологічного хворого: навчальний посібник. Київ, 2020. 144 с.
5. Anand S., Shivani G., Spencer C. et al. Intracerebral hemorrhage: a brief evidence-based review of common etiologies, mechanisms of secondary injury, and medical and surgical management. *Journal of Neuroanaesthesiology and Critical Care*. 2019. 06(02) P. 119-130.
6. Knight-Greenfield A, Nario JJQ, Gupta A. Causes of Acute Stroke: A Patterned Approach. *Radiol Clin North Am*. 2019. 57(6) P. 1093-1108.