

УДК 615.8:616.8

Масний О.О.¹, Рогаля Ю.Л.²

¹ викл., Дрогобицький державний педагогічний університет імені І.Франка

² старш. викл., Дрогобицький державний педагогічний університет імені І.Франка

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ Й КООРДИНАЦІЇ РУХІВ ПРИ ГОСТРОМУ ПОРУШЕННІ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ В ПІДГОСТРИЙ ПЕРІОД

Вступ. Інсульт є гострим порушенням мозкового кровообігу, внаслідок котрого виникає ушкодження тканин мозку. Дана патологія (включаючи ішемічний і геморагічний інсульт) щороку вражає 13,7 мільйонів людей у всьому світі та є другою за значимістю причиною смерті з 5,5 мільйонами смертей на рік [3]. Найвищим пріоритетом фізичного терапевта є запобігання ускладненням, які можуть виникнути внаслідок інсульту, і попередження повторного інсульту. Порушення самообслуговування, переміщення та ризик падіння при гострому порушенні мозкового кровообігу, які є дуже поширеними, майже неминуче мають глибокий вплив на пацієнта, а також на його найближче коло родини та друзів [5].

Ключові слова: інсульт, фізична реабілітація, терапевтичні вправи, стабільність, координація.

Мета роботи – дослідження впливу терапевтичних вправ для покращення стабільності та координації рухів при гострому порушенні мозкового кровообігу в підгострий період.

Завдання. Провести аналіз літературних джерел з проблеми стабільності та координації рухів при гострому порушенні мозкового кровообігу в підгострий період.

Методи. Було використано загальнонаукові та спеціальні методи, зокрема, метод аналізу та синтезу, узагальнення та наукової абстракції.

Результати. У період відновлення порушених після інсульту функцій проводять загальнозміцнювальні та дихальні вправи, лікування положенням, пасивні та активні рухи. Одним із складних завдань при реабілітації після інсульту є відновлення стійкого положення тіла та ходи. У пацієнтів в тяжкому стані першими заходами мобілізації є покращення рівноваги в положенні сидючи та вміння стояти з опорою руками на будь-яку поверхню [2]. Важливий етап реабілітації - навчання стоянню та ходьбі. Хворий навчається стояти спочатку з підтримкою фізичного терапевта, потім самостійно, тримаючись за багатоопорну тростину або спинку ліжка. При цьому хворий намагається рівномірно розподіляти вагу тіла на паретичну та здорову ноги. Надалі пацієнт навчається ходьбі. Спочатку це перенесення ваги тіла на уражену ногу й крок здоровою, фізичний терапевт може допомагати фіксувати або переставляти уражену ногу за пацієнта; потім - ходьба по палаті, надалі - самостійна ходьба з опорою на тростину на трьох чи чотирьох опорах. При хорошій стійкості хворого одразу вчать ходити з опорою на тростину. До самостійної ходьби без опори на тростину хворий приступає тільки при хорошій рівновазі та помірному або легкому парезі ноги. Відстань та обсяг пересування поступово збільшується: ходьба палатою (або квартирою), потім ходьба лікарняним коридором, сходами, вихід на вулицю і, нарешті, користування транспортом [1]. Стандартна реабілітаційна терапія включає вибіркове зміцнення м'язів ізометричними та ізокінетичними вправами для покращення сили та витривалості уражених і неуражених груп м'язів. Електромеханічні допоміжні пристрої, включаючи роботизовані степпери та екзоскелети, забезпечують пацієнтам повне або часткове керування нижніми кінцівками під час фаз циклу ходи [4]. Функціональна електростимуляція застосовується, щоб викликати скорочення та розслаблення окремих груп м'язів. Терапія віртуальною реальністю використовує технологію для поєднання спостереження за діями з відпрацюванням повторюваних навичок. Було показано, що функціонування верхньої кінцівки суттєво покращується з використанням таких методів: рухова терапія, індукована обмеженням, що спрямована на покращення функціонального використання ураженої кінцівки, обмежуючи неврологічно сильнішу кінцівку; біологічний зворотний зв'язок де електроди прикладаються до м'язів, щоб повідомити пацієнту про електричні потенціали за допомогою слухових або візуальних засобів; уявне виконання рухів, де фізичні вправи неодноразово повторюються подумки, і робототехніка, яка дозволяє

виконувати повторювані рухи верхньої кінцівки високої інтенсивності. Граничний ефект також спостерігався у функціонуванні верхньої кінцівки з тренуванням із повторюваними завданнями та електростимуляцією і тренуванням двосторонніх рухів для покращення контролю, а рух паретичної кінцівки також показав сприятливі результати в мета-аналізі [6].

Обговорення і висновки. Таким чином, відновлення рухових навичок є основним завданням при реабілітації постінсультних хворих. Програма відновлення рухових навичок для хворого, який переніс ішемічний інсульт, розробляється індивідуально залежно від функціонального стану організму відповідно до загальних принципів. Вправи та фізична активність є корисними інструментами в реабілітації та функціональному відновленні пацієнтів, які перенесли інсульт. Крім того, фізична активність потенційно забезпечує захисні переваги в профілактиці інсульту, які можуть виходити за межі позитивного впливу на традиційні серцево-судинні фактори ризику.

Список використаних джерел:

1. Глиняна О.А., Пеценко Н.И., Плющева О.Г. Фізична реабілітація після геморагічного інсульту. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Випуск 13(40) 2013. С.59-64
2. Ольховик А. В. Діагностика рухових можливостей у практиці фізичного терапевта: навчальний посібник. Суми: Сумський державний університет, 2018. 146 с
3. Bruce C. V. Campbell, Deidre A. De Silva, Malcolm R. Macleod, Shelagh B. Coutts, Lee H. Schwamm, Stephen M. Davis1 and Geoffrey A. Donnan. Ischaemic stroke. *Nature Reviews. Disease Primers*. 2019. 5. 70p
4. Mehrholz J, Werner C, Kugler J, Pohl M. Electromechanical-assisted training for walking after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;(4) Article ID CD006185
5. Saeys W, Vereeck L, Truijen S, Lafosse C, et al. Randomized controlled trial of truncal exercises early after stroke to improve balance and mobility. *Neurorehabil Neural Repair*. 2012 Mar-Apr;26(3):231-238
6. Stewart KC, Cauraugh JH, Summers JJ. Bilateral movement training and stroke rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*. 2006;244(1-2):89-95