

УДК 616.831-005:616.8-009.1:615.8

Болдирев О.В.¹, Гурєєва А.М.²

¹студ. гр. ФТ-22/2-1 Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна

²наук.керівник – канд. наук з фіз. виховання і спорту, доцент, доцент каф. фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, Україна

МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТІНСУЛЬТНИМИ РУХОВИМИ РОЗЛАДАМИ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ГОСТРИЙ ПЕРІОД

Захворювання нервової системи представляють істотну соціальну і економічну проблему в усьому світі. В Україні, як і в інших країнах світу, за останні роки відзначається зростання неврологічних захворювань (за 10 років кількість неврологічних захворювань збільшилася майже в 2 рази). Ішемічний інсульт займає домінуючу позицію серед гострих порушень мозкового кровообігу і є однією з найпоширеніших причин інвалідності серед дорослого населення. Лише 10% пацієнтів повертаються до роботи, а решта мають різного ступеня виразності наслідки у вигляді рухових, мовних, координаторних розладів. Відновлення наслідків залежить від своєчасного та повного проведення реабілітаційних заходів в різні періоди ішемічного інсульту [1].

Медичну і соціально-економічну значимість вирішення даної проблеми важко переоцінити. У державі через цю проблему виникає низка економічних труднощів, але дане питання вже обговорюється і навіть надаються деякі ідеї. Так, наприклад, зниження витрат на реабілітацію пацієнтів за рахунок зниження часу відновлення) із захворюваннями

центральної нервової системи, зокрема порушеннями мозкового кровообігу (інсультів) – це прямий шлях до підвищення ефективності економіки, повернення до нормального життя в соціумі, а також і у професію наших співгромадян [2].

З огляду на широкий спектр неврологічних порушень і їх тяжкість (що викликає інсульт), та дивлячись на статистику інвалідизації населення, медична еліта на всіх рівнях знову знаходиться у пошуку ефективних засобів подолання проблеми. Є свої думки і у нашої галузі реабілітації.

Фахівці медико-соціальної реабілітації все частіше звертаються до різноманітних протоколів та методик фізичного та когнітивного відновлення і винятковим (тобто не до кінця вивченим) функціям головного мозку, зокрема, до явища нейропластичності [2].

Фізична реабілітація є невід’ємною частиною процесу відновного лікування пацієнтів із захворюваннями нервової системи. Засоби та методи фізичної терапії при деяких із них є основним шляхом до відновлення функцій. Основним рушієм відновного процесу є терапевтичні вправи. Також, до найбільш використовуваних додаткових методів відновної терапії в неврології – є масаж, фізіо- та механотерапія [1, 3].

На даний час у державних лікарнях України до відомих засобів фізичної терапії пацієнтів з постінсультними руховими розладами після ішемічного інсульту у гострий період активно використовують методики розроблені Н.Кобатом «Пропріоцептивної нейром’язевої фасилітації (ПНФ)» [4] та Томасом Майєром «Анатомічні поїзди: міофасціальні меридіани» [5]. Ці методики показали свою надзвичайну ефективність, як при використанні поодиночі так і під час їх об’єднання.

Методика, розроблена лікарем Н. Кобатом, спрямована на відновлення рухової функції при порушеннях та захворюваннях центральної і периферичної нервової системи. При цьому використовують певні схеми і типи вправ, що наближаються до істинних біомеханічно правильних рухів, виходячи з того положення, що шляхом посилення сигналів з боку пропріорецепторів можна поліпшити функціональний стан рухових центрів [6].

Основні принципи методу такі:

Провідні і координуючі стимули скорочення м’язів. Застосовуються складні рухи, в яких головним вважають елемент ротації в поєднанні з виконанням руху в діагональній площині.

Використання техніки пропріоцептивних подразнень з поступовим збільшенням опору (рука фізичного терапевта), що дозволяє виконувати координовані рухи в необхідному обсязі.

Використання м'язового синергізму з метою максимальної стимуляції ослаблених м'язових груп. Кобат стверджував, що використання різних пропріоцептивних стимулів, долучаючись до вольових зусиль хворого, сприяє полегшенню функції м'язового скорочення.

При цьому система (метод) Н. Кобата передбачає» [4]:

- максимальний опір з самого початку лікування;
- замість ізольованого руху ураженого м'язу пропонують комплексний рух, що охоплює одночасно декілька м'язових груп;
- попереднє розтягнення паретичного м'язу;
- слід нехтувати втомою і «працювати» тільки за інтенсивною програмою максимальної активності. Застосування методу ПНФ знімає втому і бездіяльність окремих м'язів при виконанні руху;
- значну увагу приділяють суміжних і послідовним рухам.

Відповідно до теорії міофасціальних меридіанів Т. Майерса: жоден мускул не працює відокремлено, при виконанні рухів вони функціонально об'єднуються в міофасціальні меридіани, які є унікальною картою фасціальних зв'язків через м'язи, сухожилля і фасції, знання яких відкриває нові горизонти розуміння взаємозв'язків у тілі і веде до новим терапевтичних стратегій. [5]. Іншими словами – міофасціальні меридіани є сполуками фасцій і кісток, обвивають все наше тіло, з'єднуючи голову з пальцями ніг, і управляють гравітаційними силами і м'язовим рухом, які потрібні для підтримки стабільності або для руху. Таким чином, в процесі розробки кінезіотерапевтичної програми важливу роль відіграє знання фасціальних з'єднань і функцій м'язів, представлених Т. Майерсом. Це допомагає, підібрати найкращий метод корекції для конкретного пацієнта. Наприклад, впливаючи на міофасціальний дисбаланс нижнього відділу ноги, можна вплинути на функцію ребер і механіку хребта. Всі фасції і м'язи в організмі нерозривно пов'язані між собою, окремо взятий м'яз хоч і виконує своє завдання, але він працює всередині міофасціальних пластів (ланцюгів, ліній). Усі м'язи і фасції утворюють єдиний міофасціальний футляр. Усі м'язи тіла, розділені на фасціальні кишені, яких налічується більше 600.

У процесі розробки кінезіотерапевтичної програми за методикою Т. Майерса, фахівці з реабілітації повинні враховувати безліч різних чинників, деякі з них [5]:

Дозування фізичних навантажень в часі і обсязі. Курс лікування складається з лікувальних сеансів. Кількість лікувальних сеансів залежить від ступеню тяжкості захворювання, вікових особливостей, фізичного стану пацієнта, супутніх патологій, тощо. Терапевтичні вправи виконуються на базових і багатофункціональних тренажерах по 15-20 повторень і по 10-15 вправ на одному занятті. Рекомендоване число проходження таких курсів – 2-3 поспіль і проходження профілактичного курсу через кожні півроку.

Індивідуальний підхід. Для кожного пацієнта складається індивідуальна кінезіотерапевтична програма з урахуванням його можливостей, супутніх патологій, давності захворювання, діагнозу, поставленого при реалізації першого етапу методу інтегративної кінезіотерапії і результатів формування оптимального рухового стереотипу на другому етапі лікування.

Декомпресійність руху. Декомпресійні рухи полягають в тому, що при виконанні вправ зменшується контакт поверхонь суглобів за рахунок розтягування, що дозволяє уникнути стиснення хрищів і дає можливість працювати тільки м'язам.

Антигравітаційні вправи. Антигравітаційні вправи – це вправи в підвішеному стані, коли тулуб або кінцівки висять в повітрі і досягається максимальне розвантаження суглобів і витягування м'язів і зв'язок.

Важливо розуміти, що фахівці супроводжують використання даних методик з залучанням до відновного процесу допоміжних засобів фізичної терапії, таких як лікувальний масаж, лікування положенням, фізіотерапія, гідрокінезіотерапія тощо.

Проведений нами аналіз науково-методичних джерел дозволив встановити засоби та методи фізичної реабілітації, які доцільно застосовувати для відновлення рухових функцій у пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт, дотримуючись принципу безперервності та раннього залучення до реабілітаційного процесу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Фізична терапія в нейрореабілітації: навчально-методичний посібник для викладачів /О.А. Козьолкін, В.І. Дарій, М.В. Сікорська, І.В. Візір. Запоріжжя, 2020. 234 с.

2. Коробка О. Рекомендації щодо нейрореабілітації пацієнтів після інсульту.

URL:
https://cerebrolysin.com.ua/fileadmin/user_upload/materials/protocols/Austria-Clin-Prot.pdf

3. Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи : навч. посібник / Д. М. Вороній, Є. О. Павлюк. Хмельницький : ХНУ, 2011. 143 с.

4. Antônio Vitor dos Santos Junior, Matheus de Sales Santos, Nildo Manoel da Silva Ribeiro, Lima Maldonado Igor. Combining Proprioceptive Neuromuscular Facilitation and Virtual Reality for Improving Sensorimotor Function in Stroke Survivors: A Randomized Clinical Trial. J Cent Nerv Syst Dis. 2019. 11. doi.org/10.1177%2F1179573519863826

5. Anatomy Trains: Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists .URL: https://www.ukrmessage.com.ua/files/pdf/Tomas-V-Maers-Anatomicheskije_poezda.pdf

6. Степаненко Д. Методика пропріоцептивної нейром'язової фасилітації після оперативного лікування геморагічного інсульту в післялікарняний період. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. № 4(52), 2020, С.44-50. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2020-04-44-50>