



Мільченко К.,
Лянной Ю. О.

Milchenko K.,
Liannoi Yu.O.

PECULIARITIES OF APPLICATION OF PHYSICAL THERAPY AND ERGOTHERAPY IN BRAIN ISCHEMIC DISORDER AT THE EARLY STAGE OF TREATMENT

The article deals with the basic means of physical therapy and ergotherapy of patients after cerebral ischemic stroke at an early stage of treatment. The analysis of the most effective means of physical therapy and ergotherapy for further introduction into the rehabilitation process.

Key words: *stroke, ischemia, physical therapy, kinesitherapy, ergotherapy, therapeutic massage, positioning.*

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ МОЗКОВОМУ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ НА РАНЬОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

У статті розглядаються основні засоби фізичної терапії та ерготерапії хворих після мозкового ішемічного інсульту на ранньому етапі лікування. Проведено аналіз найефективніших засобів фізичної терапії та ерготерапії для подальшого впровадження в реабілітаційний процес.

Ключові слова: *інсульт, ішемія, фізична терапія, кінезотерапія, ерготерапія, лікувальний масаж, позиціонування.*

Постановка проблеми. Інсульт посідає перше місце серед усіх причин інвалідності у людей середнього та похилого віку. В останні роки відзначена тенденція до «омолодження» пацієнтів з інсультом: близько 30% випадків захворюваності припадає на працездатний вік до 65 років. Відновлення працездатності після мозкового інсульту у більшості хворих проблематично. Тільки 10–20% повертаються до праці, з них близько 8% зберігають свою професійну працездатність, 25% потребують сторонньої допомоги [2].

Причиною інсультів є функціонально-динамічні ангіодистонічні розлади загальної і особливо регіональної мозкової циркуляції крові. Основними патогенетичними факторами є артеріальна гіпертензія і гіпертонічні кризи, при яких виникають спазми або паралічі мозкових артерій і артеріол. Клінічна картина захворювання досить різноманітна і залежить від локалізації і розмірів вогнищ ураження в головному мозку. Слід зазначити, що у більшості хворих навіть у разі своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги зберігаються порушення рухів, координації, чутливості, мови, інтелекту, пам'яті. Тому фізична терапія є важливою частиною у відновленні для багатьох осіб, які перенесли інсульт [4].

У зв'язку з цим актуальним є завдання удосконалення програм фізичної терапії та ерготерапії в ранній період ішемічного інсульту. Для успішного відновлення порушених функцій організму необхідно якомога швидше почати реабілітаційні заходи, дотримуватися етапність, комплексність, наступність і безперервність проведення лікувальних процедур, враховуючи при цьому особистісні особливості кожного хворого.



Мета – проаналізувати і узагальнити дані науково-методичної літератури, щодо існуючих методик фізичної терапії та ерготерапії хворих після перенесеного ішемічного інсульту на ранньому етапі лікування.

Результати дослідження та їх обговорення.

При організації реабілітації хворих, які перенесли ішемічний інсульт, необхідно враховувати існуючу в даний час періодизацію постінсультного етапу, який поділяється на чотири періоди: гострий (перші 3–4 тижні); ранній відновний (перші 6 міс), в якому в свою чергу виділяють два періоди: перший (до 3 міс), коли в основному відбувається відновлення обсягу рухів і сили в паретичних кінцівках; другий (від 3 до 6 міс), на який припадає пік відновлення складних рухових навичок; пізній відновний період (від 6 місяців до 1 року), протягом якого може тривати відновлення мови, статики і трудових навичок; резидуальний (після 1 року з моменту розвитку інсульту) – період залишкових явищ після інсульту, протягом якого, за даними останніх досліджень, у хворих з легкими залишковими явищами також може тривати відновлення порушених функцій за умови застосування інтенсивної реабілітаційної програми [6].

Численними дослідженнями доведено, що чим раніше розпочато заходи фізичної терапії та ерготерапії у хворих з ішемічним інсульту, тим вони ефективніші. При порушеній свідомості хворих госпіталізують в палату або відділення інтенсивної терапії, а в інших випадках – у палати неврологічного стаціонару (ангіоневрологічному відділення). Реабілітаційні заходи починають проводити через 12-48 год. від розвитку інсульту після стабілізації гемодинамічних показників. Щоб вони були успішними для кожного пацієнта необхідно скласти індивідуальну програму. При складанні програми фізичної терапії необхідно пам'ятати, що до окремих видів та засобів лікування можуть бути протипоказання.

До завдань, що стоять перед фізичним терапевтом та ерготерапевтом на стаціонарному етапі гострого періоду ішемічного інсульту відносяться:

1. Нормалізація фізіологічних функцій: попередження і лікування ускладнень і супутніх захворювань; попередження повторного інсульту; визначення функціонального дефіциту основних систем організму.

2. Поліпшення порушених рухових функцій: кінезотерапія; масаж; ерготерапія (відновлення самообслуговування і елементарних побутових навичок).

3. Поліпшення когнітивних і комунікативних функцій: виявлення та лікування дизартрії; виявлення та лікування афазій; оцінка і тренування когнітивних функцій.

4. Психологічна та соціальна допомога: виявлення та лікування психоемоційних порушень; консультативна допомога сім'ї хворого.

До числа основних засобів фізичної терапії, що виконуються в гострому періоді ішемічного інсульту відносяться кінезотерапія і масаж [3].

Кінезотерапія в гострий період інсульту проводиться в формі лікувальної гімнастики, основними елементами якої є: позиціонування; пасивні рухи; активні рухи в поєднанні з дихальною гімнастикою; навчання сидіння; навчання ходьбі. На основі активних рухів в подальшому будується навчання ходьбі і самообслуговування. Позиціонування і пасивну гімнастику при неускладненому ішемічному інсульті починають на 2–4-й день хвороби, при крововиливі в мозок – на 6–8-й день (за умови ясної свідомості, стабільності гемодинаміки і задовільного соматичного стану) [1].

Масаж при відсутності протипоказань починають при неускладненому ішемічному інсульті на 2–4-й день хвороби, при крововиливі в мозок – на 6–8-й день. Масаж рекомендується проводити постійно, на курс – до 30–40 сеансів. Масаж



проводять в положенні хворого на спині і здоровому боці, щодня, починаючи з 10 хвилин і поступово збільшуючи тривалість процедури до 20 хвилин. Масаж м'язів може впливати на стан м'язового тону: при спастичних паралічах і парезах енергійне розтирання тканин призводить до збільшення спастичності. Збільшити спастичку може і швидкий темп масажних рухів (в той час як повільний темп сприяє зниженню м'язового тону).

При виявленні та лікуванні дизартрії – пацієнтам призначають вправи для лицьової мускулатури і м'язів гортані, а також тренування альтернативних способів комунікації. При виявленні та лікуванні афазій – показані індивідуальні логопедичні заняття. У випадках порушення когнітивних функцій проводять заняття по тренування пам'яті, уваги, (праксисту, гнозисту) [6].

У пацієнтів, які перенесли інсульт, ерготерапія починається на стаціонарному етапі. Для проведення занять у відділеннях повинні бути навчальні приміщення, в яких відтворюється обстановка кухні, туалету, ванної кімнати, де хворі навчаються побутовим навичкам, а також спеціалізовані трудові майстерні в реабілітаційних підрозділах. Заняття можуть проходити як в індивідуальній формі (навчання навичкам вставання, утримання рівноваги, вміння одягнути себе тощо), так і в групі (різні ігри, творчі завдання – в'язання, ліплення, спів). Тренування щодо покращення персональних навичок повсякденної активності рекомендовані всім пацієнтам, що перенесли інсульт, залежно від індивідуальних потреб і з урахуванням функціонального дефіциту, можуть починатися вже в гострому періоді інсульту (залежно від стану хворого). Рекомендована тривалість занять, що проводяться щодня або через день, становить 20–40 хв [7].

Для тренування, компенсації чи вдосконалення нових навичок після перенесеного інсульту в арсеналі ерготерапії є багато засобів, серед яких найбільш часто застосовують деякі чи всі наступні реабілітаційні втручання: позиціонування, дихальні втручання, тренування мобільності, вправи на покращення координації і утримання рівноваги, сенсорне тренування, когнітивне тренування, дзеркальна терапія, ортезування, мобілізація, адаптація оточуючого середовища чи помешкання, кінезіологічне тейпування, віртуальна реальність. Не обов'язково використовувати лише один з вищеперерахованих засобів, їх можна поєднувати і змінювати, залежно від досягнутої мети, враховуючи зміни симптомів, стан пацієнта та функціональну можливість [5].

Висновки. Отже, основними принципами застосування фізичної терапії та ерготерапії на ранньому етапі лікування осіб після перенесеного ішемічного інсульту є індивідуальний підхід (реабілітаційна програма для кожного пацієнта будується з урахуванням діагнозу (ішемічний, геморагічний інсульт), обширності вогнища ураження, давності захворювання, віку, супутніх захворювань, особливостей пацієнта, систематичність і тривалість відновлювальних заходів. Основними засобами фізичної реабілітації в ранньому післяінсультному періоді є кінезотерапія, масаж, лікування положенням, ерготерапія.

Література:

1. Богданова Л. П., Андрюфагіна О. В. Комплекс лечебной гимнастики для больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в острый период. *Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы IX Междунар. конгресса «Нейрореабилитация»*. 2017. С.20–23.



2. Галимов Ф. Х., Сулейманова З. Г. Цели и задачи физической реабилитации больных, перенёсших инсульт. *Современные здоровьесберегающие технологии*. 2017. № 1. С.53–58.
3. Гольдблат Ю. В. Основы реабилитации неврологических больных. СПб., 2017. 241 с.
4. Нейрореабилитация пациентов с инсультом: потребности и реалии сегодняшнего дня. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2014. № 8(70). С. 76–84.
5. Таран І. В., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи. *Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації : матеріали VI Всеукр. наук.-метод. конф.* Херсон, 2016. С. 292–298.
6. Федорук К. Р., Окушко С. В. Медицинская реабилитация после инсульта: учебное пособие. Тирасполь, 2017. 143 с.
7. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*. 2002. № 56. 609–639.

**Міронова А. Д.,
Котелевський В. І.**

**Mironova A. D.
Kotelevskiy V. I.**

SPANISH USE TECHNOLOGIES IN PHYSICAL THERAPY VERTEBRAL LUMBAR DEGENERATIVE DISC DISEASE MANIFESTATIONS

The article highlights the features of the use of Spanish massage technologies in the system of physical therapy of persons with vertebrogenic manifestations of osteochondritis of the lumbar spine in combination with therapeutic exercises, physiotherapy procedures and postisometric relaxation and tested the effectiveness of the proposed. The use of Spanish massage technologies in the system of physical therapy allowed to buy pain syndrome, prolong the stage of remission, increase the level of physical condition and physical performance of the subjects, increase the functional parameters of the musculoskeletal system.

Keywords: vertebrogenic pathology, osteochondritis, chiromassage, physiotherapy, pain.

ЗАСТОСУВАННЯ ІСПАНСЬКИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ПРОЯВАХ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ

У статті висвітлено особливості застосування іспанських масажних технологій у системі фізичної терапії осіб з вертеброгенними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта у поєднанні з лікувальною гімнастикою, фізіотерапевтичними процедурами та постізометричною релаксацією та перевірено ефективність запропонованих засобів. Використання іспанських масажних технологій у системі фізичної терапії дозволило купіювати больовий синдром, пролонгувати стадію ремісії, підвищити рівень фізичного стану та фізичної працездатності обстежуваних, підвищити функціональні показники опорно-рухового апарату.

Ключові слова: вертеброгенна патологія, остеохондроз, хіромасаж, фізіотерапія, біль.