

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет медико-фармацевтичних технологій
кафедра фізичної реабілітації і здоров'я**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ
З ГЕМОРАГІЧНИМ ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО
КРОВООБІГУ»**

Виконав: здобувач вищої освіти групи ТРм23(1,10д)-01
спеціальності 227 Терапія та реабілітація
спеціалізації 227.01 Фізична терапія
освітньої програми Терапія та реабілітація
Руслан КУШКОВИЙ

Керівник: професор закладу вищої освіти кафедри
фізичної реабілітації і здоров'я,
д. мед. н., професор
Надія КОНОНЕНКО

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри
клінічної фармакології ІПКСФ,
д. мед. н., професор
Ігор КІРЕЄВ

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню впливу комплексної програми фізичної терапії жінок зрілого віку з геморагічним гострим порушенням мозкового кровообігу. Розроблено програму фізичної терапії для жінок після інсультів на підставі вивчення показників спастичності, функціонування організму та результатів оцінки тесту ходьби.

Основний зміст кваліфікаційної роботи викладений на 49 сторінках, включає 6 таблиць, 6 рисунків, 89 джерел літератури та додатки. Робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків.

Ключові слова: фізична терапія, терапевтичні вправи, обстеження, інсульт.

ANNOTATION

The qualification work is devoted to the study of the impact of a comprehensive physical therapy program for mature women with hemorrhagic acute cerebrovascular accident. A physical therapy program for women after strokes was developed based on the study of spasticity indicators, body functioning and the results of the walking test.

The main content of the qualification work is set out on 49 pages, includes 6 tables, 6 figures, 89 sources of literature and appendices. The work consists of an introduction, 3 sections, conclusions, a list of used literature and appendices.

Key words: physical therapy, therapeutic exercises, examination, stroke.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ГЕМОРАГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.....	9
1.1. Загальна характеристика геморагічних порушень мозкового кровообігу.....	9
1.2. Клінічна картина геморагічних порушень мозкового кровообігу.....	11
1.3. Етіологія та класифікація геморагічних порушень мозкового кровообігу.....	15
Висновки до розділу 1.....	17
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ	19
2.1. Матеріали дослідження.....	19
2.2. Методи дослідження.....	19
Висновки до розділу 2.....	24
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОДЕРЖАНИХ ДАНИХ.....	25
3.1. Реабілітаційне обстеження жінок зрілого віку з геморагічним гострим порушенням мозкового кровообігу.....	25
3.2. Розробка та аналіз індивідуальних програм фізичної терапії хворих після інсультів.....	25
3.2.1. Формування категорійного профілю за МКФ.....	29
3.2.2. Програма фізичної терапії після геморагічного гострого порушення мозкового кровообігу.....	33
3.2.2.1. Позиціонування після інсульту.....	36
3.2.2.2. Масаж після геморагічного інсульту.....	36
3.2.2.3. Фізіотерапія після інсультів.....	37
3.3. Вплив фізичної терапії на спастичність м'язів та функціонування організму.....	38

Висновки до розділу 3.....	47
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49
ДОДАТКИ.....	59

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

МКФ - міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я

ОГ- основна група

ГП- група порівняння

BBS - Тест Берга

ВЧТ- внутрішньочерепний тиск

ВЧК – внутрішньочерепний крововилив

ГПМК - гострі порушення мозкового кровообігу

ВСТУП

Актуальність теми. Відомо, що Україна займає перше місце як у Європі, так і у світі за рівнем захворюваності на гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та смертності від інсульту. За даними ВООЗ, щорічно вмирає близько 7,6 млн осіб внаслідок гострих порушень мозкового кровообігу та інших судинних захворювань головного мозку, а 6 млн осіб зазнають постійних функціональних обмежень, що посідає третє місце серед усіх причин інвалідності. Фахівці прогнозують, що рівень первинної захворюваності на інсульт серед дорослих зросте в найближчому майбутньому [10].

У більшості випадків ГПМК призводить до інвалідизації та обмеження функціонування, а не до смерті. Рухові та когнітивні проблеми є основними причинами інвалідності після інсульту [1]. У перший місяць 70-87 % пацієнтів повідомляють про рухові порушення, такі як геміпарези різного ступеня прояву, проблеми з координацією та втрата рухового стереотипу. Через 6 місяців у 40-63 % пацієнтів залишаються рухові порушення, а у 44-74 % пацієнтів когнітивний дефіцит 20-35 %. Лише 8–15 % пацієнтів повертаються до свого попереднього способу життя та роботи [4, 7].

Незважаючи на те, що відновлення неврологічних функцій, які були порушені, зазвичай відбувається протягом перших півроку після інсульту, нерідко відбувається й пізніше [6, 17].

Наразі в Україні є багато проектів, спрямованих на фізичну реабілітацію пацієнтів, які перенесли інсульт у гострому та ранньому періоді лікування. Зокрема, було створено Українську асоціацію боротьби з інсультом для розробки протоколів допомоги хворим, які перенесли інсульт [1]. З іншого боку, фізична реабілітація функціональних рухових порушень після інсульту залишається проблемою, оскільки в гострому періоді було досягнуто деяких успіхів у відновному лікуванні хворих з інсультом [2, 12]. Методика вирішення цієї проблеми включає зменшення обмежень життєдіяльності, підвищення активності пацієнта та зміни зовнішнього середовища з метою

мінімізації соціальних обмежень. Підходи Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) дозволяють провести комплексний аналіз наявних обмежень життєдіяльності. Для відновлення рухових і когнітивних функцій, які були втрачені, сучасні реабілітаційні інтервенції повинні зосереджуватися на покращенні процесів нейропластичності [2, 12]. Функціональне тренування передбачає розвиток моторних навичок і вмінь, необхідних для покращення або повернення до нормального соціально-побутового життя [2, 10].

Таким чином, вбачається, що розробка та апробація нових диференційованих програм фізичної реабілітації для пацієнтів, які перенесли інсульт, доцільна, орієнтована на рівень участі.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Кваліфікаційна робота виконувалась у межах кафедральної наукової теми «Науково-методичні аспекти фізичної терапії при захворюваннях різних систем організму» (Державний реєстраційний номер 0121U110208, від 31.03.2021).

Мета дослідження - розробити та оцінити ефективність комплексної програми фізичної терапії жінок зрілого віку з геморагічним гострим порушенням мозкового кровообігу.

Завдання дослідження:

1. На підставі вивчення спеціальної літератури дати клініко-епідеміологічні характеристики гострим порушенням мозкового кровообігу та вивчити досвід реабілітації осіб з наслідками гострих порушень мозкового кровообігу.
2. Провести оцінку розладів у хворих з наслідками геморагічного гострого порушення мозкового кровообігу.
3. Розробити та обґрунтувати комплексну програму фізичної терапії для жінок зрілого віку з геморагічним гострим порушенням мозкового кровообігу.
4. Оцінити ефективність впливу програми фізичної терапії на відновлення рухової сфери та покращення якості життя жінок зрілого віку з геморагічним гострим порушенням мозкового кровообігу.

Об'єкт дослідження - фізична терапія для жінок зрілого віку з геморагічним гострим порушенням мозкового кровообігу.

Предмет дослідження - програма фізичної терапії жінок зрілого віку з геморагічним гострим порушенням мозкового кровообігу

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури; збір скарг, анамнезу, загальний огляд пацієнта; оцінка неврологічного статусу за шкалою інсульту NIHSS; функціональні шкали: Ренкіна, Ашворта, Берга, 10-ти метровий тест ходьби.

Отримані матеріали кожного етапу комплексної програми фізичної терапії були оброблені математико-статистичними методами.

Наукова новизна одержаних результатів: доповнено дані, що стосуються вивчення комплексного підходу до фізичної терапії після геморагічного інсульту.

Апробація результатів дослідження і публікації. Результати дослідження були опубліковані у двох друкованих працях:

1. Кушковий Р. А. Фізична терапія жінок після геморагічного гострого порушення мозкового кровообігу// Актуальні питання створення нових лікарських засобів: тези доп. XXXI Міжнародн. наук. – практ. конф. студентів та молодих вчених, 23-24 квіт. 2025 р. – Х.: Вид-во НФаУ, 2025. С. 524. (Додаток А)

2. Кушковий Р. А. Основні аспекти фізичної терапії після внутрішньомозкових крововиливів. Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації: матеріали VII науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, м. Харків, 15 травня 2025 р. Х.: НФаУ, 2025. С.180-181. (Додаток Б)

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, 3 розділів: огляду літератури, опису методів дослідження, результатів дослідження та їх аналізу; висновків. Кваліфікаційна робота викладена на 50 сторінках, включає 6 таблиць, 6 рисунків, 89 джерел літератури та додатки.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ГЕМОРАГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

1.1. Загальна характеристика геморагічних порушень мозкового кровообігу

Гострі порушення мозкового кровообігу є значною проблемою для суспільства та медицини, оскільки вони спричиняють значні часові втрати на реабілітацію та первинну інвалідність.

Серед причин інвалідності інсульт займає провідне місце. Судинні захворювання головного мозку є більш значною причиною смертності, ніж кардіоваскулярні захворювання та злоякісні новоутворення. Геморагічний інсульт є найбільш значним серед гострих порушень мозкового кровообігу за швидкістю розвитку, а також тривалістю та наслідками.

Внутрішньочерепні геморагії, які виникають через аномалії та розлади кровоносних судин, називають геморагічним інсультом. Прикладами внутрішньочерепних геморагій є внутрішньочерепні крововиливи (ВМК), травматичні субарахноїдальні крововиливи та інші нетравматичні крововиливи, такі як субдуральні, епідуральні та внутрішньошлуночкові. Частка пацієнтів із крововиливом становить 17% від загальної кількості хворих на інсульт. У перші тридцять днів близько 30–35 % хворих з інсультом помирають, а половина з них помирає в перші дві доби [1, 10, 40].

Основними причинами внутрішньо-мозкових крововиливів переважно вважають артеріальну гіпертензію (70–90% від загальної кількості) та спонтанні гематоми, описані Лазортом, наприклад, у людей досить молодого віку з нормальним артеріальним тиском (до 25% ВМК трапляється у молодому віці); міхурові артеріальні аневризми, в тому числі гіпертензивні мікроаневризми складають близько 20% усіх ВМК; васкуліти; еклампсія; пухлини (крововилив у мозок відбувається в мозок) і пухлини, коли крововилив у мозок може розвиватися двома способами: перший – це розрив

патологічно зміненої або аномальної судини з утворенням гематоми; другий – це діapedез із дрібних судин.

У 85% випадків мозкових крововиливів гематоми утворюються частіше в півкулях великого мозку (94–96%), рідше в півкулях малого мозку (3–5%) і рідше кровотечі трапляються (1–2%) у стовбурі мозку, зокрема у варолієвому мості. Гематоми становлять 85% МК, частіше утворюються в півкулях великого мозку (94–96%), рідше у півкулях (3–5%) і 1–2% у стовбурі мозку (частіше у варолієвому мості). Півкульові ВМК поділяються на дорзальні (таламо-гіпоталамічні), латеральні (віддалені від внутрішньої капсули, особливо в ділянці твердої мозкової оболонки, яка поширюється в семіовальний центр і кору острівця) і медіальні. Крововиливи мозку також поділяються на медіальні та латеральні за місцем гематоми.

Передумовою розвитку ВМК при артеріальній гіпертензії відбувається низка змін у судинній стінці. Ці зміни призводять до зміни структури судини та згодом до розриву, коли гідродинамічний опір збільшується. Це відбувається декількома шляхами.

По-перше, ними можуть бути молекулярні процеси, які руйнують екстрацелюлярні білки та значно зменшують товщину інтима-медіа. Вони також підвищують активність матричних металопротеїназ і викликають апоптозу.

По-друге, вони пов'язані з процесом плазматичного проникнення судинної стінки, яке включає розщеплення білкових компонентів плазми та, рідко, еритроцитів. Це призводить до некрозу судинної стінки, подальшої проліферації клітин внутрішньої оболонки, а також утворення мікроаневризм.

По-третє, міюцити середньої оболонки артерії можуть відмирати через тривалий вазоспазм, який порушує іонний обмін клітин. Витончення або потовщення середньої оболонки артерії призводить до деформації, звивистості та перегинів судин у мозку. Усі ці зміни пов'язані зі зміною судини, яка є мішенню ВМК. Лазорт Г. та інші описали вивчені ними гематоми у молодих людей без серцево-судинних проблем, які мають дрібні аневіризми та ангіоми

в межах семіовального центру, бокового шлуночка та сочевичного ядра з внутрішньої сторони. Встановлено, що в цьому місці розташовані дві окремі гемодинамічні системи, які не анастомозують. Однією системою є поверхневі кортикальні артерії з розгалуженнями, які прямують до бокового шлуночка. Глибокі гілки середньої мозкової артерії, які доходять до кортикальних гілок, складають другу систему. Амілоїдна ангіопатія мозкових судин має значний віковий фактор, який досягає 60% у віці 90 років і старше [12, 11, 56].

Бляшки амілоїдного білка в м'язовому шарі артерій малого та середнього калібру найчастіше уражають артерії плечової, тім'яної та лобної часток. Це призводить до фібриноїдного некрозу та розвитку мікроаневризм.

Симптоми ВМК з'являються раптово під час діяльності пацієнта, зазвичай через провокуючі фактори (підйом артеріального тиску, вживання алкоголю), рідше під час фізичної активності та прийому гарячої ванни.

1.2. Клінічна картина геморагічних порушень мозкового кровообігу

Клінічну картину внутрішніх внутрішнього мозкового крововиливу визначають такі фактори як інтенсивність патофізіологічних реакцій тканин мозку та тривалість кровотечі а також об'єм і локалізація самого крововиливу. Зазвичай, зміни розмірів гематоми, її об'єм може змінюватися протягом кількох перших годин після крововиливу, також зменшується мозковий кровотік, а в ділянках навколо гематоми зростає ішемія.

Більш часті кровотечі та більші розміри гематоми можуть бути результатом вмісту тромбоцитів менше 130 тис., концентрації фібриногену в плазмі крові менше 180 мг, вираженої печінкової дисфункції та людей старше 70 років. Клінічна картина ВМК залежить від ступеня та поширеності перифокальної ішемії, наявності набряку мозку та загального розміру патологічного вогнища [2, 19].

ВМК викликає загально мозкові розлади. Розвивається сильний головний біль, спостерігаються ознаки нудота та блювоти, а у деяких генералізовані епілептичні напади, і пацієнти не демонструють

психомоторного незбудження. Зазвичай протягом першої години відбувається розлад свідомості, який може призвести до коми або оглушення. Симптоми менингеального синдрому в перші години включають гіперестезію та симптоми Бехтерева.

Після цього через кілька годин, іноді навіть наприкінці першої чи другої доби, з'являються симптоми Керніга та Брудзинського, включаючи ригідність потиличних м'язів. Більшість пацієнтів у віці 65 років та більше не демонструють симптомів подразнення мозкових оболонок. Симптом Керніга більш помітний при ВМК в півкулі головного мозку, а крововиливи в мозочок викликають ригідність потиличних м'язів [2, 18].

Вегетативні симптоми є надзвичайно важливими та дозволяють оцінити хворобу на перших етапах розвитку. Хворий має багряно-червону шкіру, вкриту потом, дихання хрипле, голосне або за типом Чейн-Стокса. У нього також може бути підвищений артеріальний тиск, напружений пульс і швидка (протягом кількох годин) гіпертермія до 37–38 градусів Цельсія, яка триває протягом декількох днів. Температура тіла може швидко зростати до критичних, якщо крововилив знаходиться поблизу гіпоталамічних ділянок або ускладнюється крововиливом у шлуночки.

Зіниці можуть бути різної форми та розміру; наприклад, анізокорія (розширення зіниці з боку вогнища) спостерігається у 60% випадків півкульових ВМК. Вплив вогнища на верхні відділи стовбура мозку може призвести до двобічного звуження, розширення або зменшення реакції зіниць на світло.

Залежно від самої локалізації внутрішньомозкового крововиливу розрізняють і симптоми або вогнище. У симптоматиці загальної класифікації існує таке поняття як дорзані або лобні крововиливи. Якщо крововиливи відбуваються у базальні ядра та внутрішню капсулу тоді у пацієнта можуть спостерігатися різноманітні геміплегії, парези, уражаються мимічні м'язи м'язи язика, порушується мова, оскільки було ураження домінантних півкуль. Якщо ж крововилив відбувся у таламус тоді можуть бути відсутні окремі рухові

функції спостерігаються рухові порушення і можливо що цей геміпарез навіть з часом і пройде.

Клінічна картина та рецидиви залежно від місця травми. Медіальні крововиливи (крововиливи в зоровий бугор) становлять менше 10% усіх півкульових ВМК. Клінічний перебіг і наслідки розділяють їх на дві групи. Одна з них має вкрай тяжкий перебіг, переважають загальні симптоми, глибоку втому та ознаки прориву крові в шлуночки мозку (частіше в третій), що призводить до температури, гіпергідрозу, поліурії та глюкозурії [8, 38, 42].

Крім того, діагностика може включати ознаки подразнення середнього мозку, такі як анізокорія, розширення зіниць, маятникоподібні рухи очних яблук, іноді птоз, і відсутність помітних рухових порушень. Незважаючи на це, набряк, зміщення, стиснення кров'ю та руйнування навколишніх утворень, особливо внутрішньої капсули, можуть призвести до моторних розладів. Вогнищеві симптоми стерті, важко визначити бік ураження, патологічні симптоми нерідко двобічні, і відмічається підвищення м'язового тону та горметонія.

Летальний випадок зазвичай може настати у першу-другу добу. У більш позитивних випадках пацієнт має помірний загальний мозковий симптом, незначний ступінь порушення свідомості та одnobічну вогнищеву симптоматику, яка включає ознаки поширення крові на навколишні утворення, такі як ураження внутрішньої камери (геміплегія, геміанопсія, геміплегія) або ураження таламуса (суттєві порушення чутливості, «таламічний біль») або розташовані каудально утворення (синдром Паріно), рубральний тремор. Вогнищеві симптоми не зникають, коли захворювання прогресує, особливо, коли міст є місцем крововиливу. Трапляються крововиливи також є в довгастий і середній мозок.

Симптоми у важких випадках крововиливів включають швидкий розвиток глибокої коми протягом кількох хвилин, тетраплегію, міоз, виражену децеребраційну ригідність і розлад дихальної та серцево-судинної діяльності, а смерть настає вже протягом декількох годин. У випадку невеликого

крововиливу в зоні моста пацієнти відчують альтернативний синдром, іноді зі збереженою свідомістю [12, 47].

Крововиливи в мозочок розвиваються протягом декількох годин і мають клінічну картину, яка включає в себе порушення головного мозку, стовбурові симптоми та симптоми наростання гострої оклюзійної гідроцефалії та ВЧТ через стиснення лікворовивідних шляхів. Перші ознаки крововиливу у мозок включають запаморочення з відчуттям обертання предметів, сильний головний біль у потилиці та шиї, багаторазове блювання, міоз, ністагм і дизартрію. Тяжкий суб'єктивний стан хворого і збережена рухова активність кінцівок визначає стратегію відновлення.

Не завжди атаксію та мозочкову гіпотензію можна виявити. Симптом Гертвіга-Мажанді, рідше симптом Паріно, а також ознаки і випадіння функцій черепних нервів (лицевого, відвідного, язикового, блукаючого) з'являються через зміщення оральних відділів стовбура через тиск гематоми. За відсутності чи незначної вираженості симптому Керніга менінгеальні симптоми виявляють значну ригідність потиличних м'язів. Важливою є не лише наявність, але й характер порушень та дисфункцій (дистоній, окулорухових порушень і паракінезій) [52, 68].

Підвищення м'язового тону, яке є більш поширеним у ВМК, пов'язане з локалізацією крововиливу та наявності проблем, таких як дислокація та прорив крові в шлуночки. Пароксизмальне збільшення м'язового тону більше спостерігається в паралізованих кінцівках, але також може відбуватися в гомолатеральних вогнищах кінцівок, з перевагою паралізованих кінцівок. У горметонії відчувається спазм адукторів плеча, флексорів і пронаторів передпліччя рук і внутрішніх ротаторів стопи.

У деяких випадках екстензорно-пронаторна установка переважає в руках. «Псевдоспонтанні рухи» кінцівок можуть бути викликані інтенсивними пароксизмами переміжних тонічних спазмів агоністів і антагоністів, які тривають від декількох секунд до кількох хвилин. Розрізнені екстеро- та інтероцептивні подразнення підсилюють ці пароксизми, які іноді залежать від

ритму дихання. У деяких пацієнтів спостерігається гемігорметонія (парціальна горметонія, яка захоплює одну кінцівку) [71, 72]. Різка поява, генералізація та різке підсилення тонічних порушень можуть свідчити про погіршення стану хворого та ймовірність розвитку ускладнень, зокрема прорив крові у шлуночки. Поширення крові в передні відділи головного мозку частіше викликає раннє підвищення м'язового тону в паретичних кінцівках. Однак, коли кровотеча локалізується в більш задніх частинах тіла, тonus знижується, а більш чутливі симптоми є більш поширеними.

Таким чином, рефлексі, пов'язані з паралічем, підвищені та пов'язані з тонусом. Рефлексі збільшуються при збільшенні тону. У вогнищах близько до середньої лінії та в термінальній стадії інсульту з заповненням кров'ю IV шлуночка відзначається двобічна гіпотензія зі згасанням сухожильних рефлексів. Зміни м'язового тону часто супроводжуються захисними рефлексамі. Умовнорефлекторна реакція екстензорного типу, яка вказує на вивільнення більш низьких центрів регулювання тону, є прогнозовано несприятливою. Дослідження захисних рефлексів може допомогти визначити сторону ураження у хворого, який страждає на коматозні стани, також часто у хворого виникає екстензія рук, більш виражена з боку паралічу, коли він висуває нижню щелепу.

1.3. Етіологія та класифікація геморагічних порушень мозкового кровообігу

Згідно статистичних даних геморагічні інсульти зустрічаються не так часто як ішемічні. Зазвичай це складає від 15 до 20% від усіх випадків інсульту. Основними причинами є артеріальна гіпертензія і артеріальний тиск вищий ніж 160-180 мм ртутного стовпчика. Також ця картина ускладнюється різноманітними порушеннями серед усіх крововиливів 60% випадків стає високий тиск. Набагато рідше інсульт виникає при помірному артеріальному тиску та при нормальній при помірній артеріальній гіпертензії. Найчастіше

внутрішньомозкові крововиливи відбуваються в таламусі та базальних гангліях, залучаючи у процес артерії [13, 19, 20].

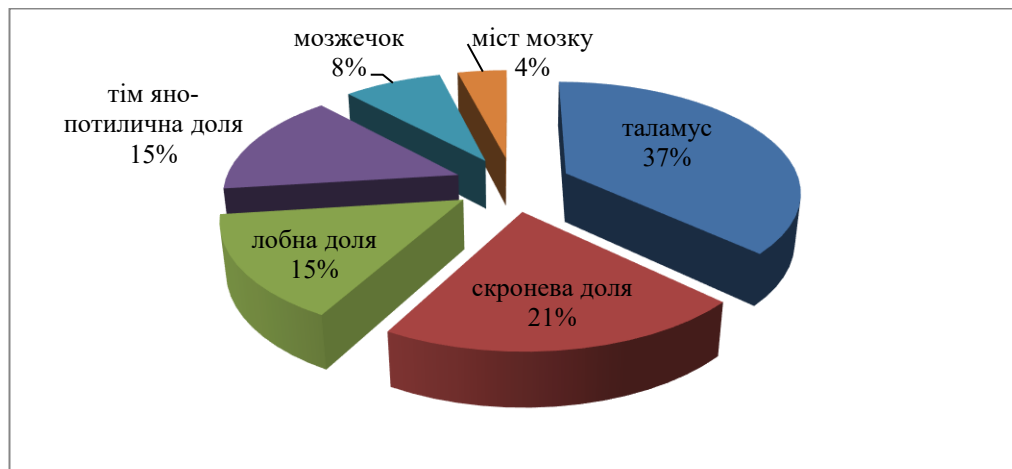


Рис. 1.1 Частота геморагічного інсульту в залежності від зони ураження.

Набагато частіше спостерігається крововиливи в скроневі тім'яні або лобні ділянки, також мозок чи міст.

Всі фактори, які спричиняють внутрішньомозкові крововиливи поділяються на три групи: ті які пов'язані з анатомічними особливостями, ті які пов'язані з порушенням кровообігу та ті які пов'язані з особливостями згортання крові. Відповідно вони мають назву анатомічні гемодинамічні та фактори згортання крові. Зазвичай особливостями ураження зазвичай основні причини інсультів можуть змінюватися з віком і вже після 40 років основними причинами інсультів можуть бути зміни в судинах, зокрема, в дрібних артеріях у людей похилого віку, ангіопатії. Успіх лікування та визначення періоду фізичної терапії залежить від швидкості госпіталізації та ранньої діагностики.

Відповідно до міжнародної класифікації крововиливи розрізняють як субарахноїдальні без травматичного фактора, паренхіматозні також без травматичного фактору та внутрішньошлуночкові, можливі також змішані крововиливи і крововиливи і внутрішньочерепні.

Існує розподіл залежно від кількості уражень тобто можуть бути одиничні можуть бути ізольовані і можуть бути множинні, їх також

класифікують відповідно до діаметру це можуть бути менше 1 см, від сантиметра, до двох і понад 2 см. Внутрішньомозкові крововиливи можуть відбуватися в результаті розриву судин а не призми різноманітних ускладнень зсідання крові або в результаті захворювання крові також частою причиною [25-27].

Після крововиливу можуть виникнути різні ураження мозкової тканини. Крововилив призводить до стиснення навколишньої речовини головного мозку, що призводить до зниження локального кровотоку та розвитку вторинного ішемічного ушкодження. Вторинні тромби також можуть привести до зниження мікроциркуляції та перфузії мозку у виняткових випадках.

Патобіохімічні каскади, спричинені ішемією в зоні крововиливу, включають зміни метаболізму та проникності глутамату та кальцію, вільнорадикальні реакції, перекисне окислення ліпідів, надлишкове утворення оксиду азоту, активацію астро- та мікрогліальних клітинних пулів, а також пов'язані з цими змінами імунні зрушення та локальні запальні процеси. Крім того, наслідки крововиливу погіршують ситуацію через посилення перекисного окислення ліпідів і утворення великої кількості вільних радикалів через накопичення каталітичноактивного заліза, найсильнішого клітинного окисника. Крововиливи у мозку зазвичай мають різноманітний, широкий спектр симптомів і варіацій розвитку, наслідків у майбутньому пацієнта, що має також значний вплив на етап відновлення.

Висновки до розділу 1

Розглянуть етіопатогенетичні особливості геморагічних порушень мозкового кровообігу. Основним компонентом структури є оптимальний план дій, який допомагає клієнту досягати поставлених цілей, підвищує мотивацію та впевненість у власних силах, дозволяє фізичному терапевту відстежувати

прогрес клієнта та адаптувати процес реабілітації до конкретних обставин, а також сприяє покращенню співпраці між клієнтом та фізичним терапевтом.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Матеріали дослідження

Дослідження здійснювали на базі лікарні, неврологічного відділення. На фізичної терапії знаходились 54 жінки після геморагічного порушення мозкового кровообігу. Усіх пацієнтів відбирали за такими критеріями віку та діагнозу: працездатний вік (30-60 років); геморагічний інсульт головного мозку.

До основної групи увійшли 31 пацієнтка, групу порівняння (ГП) формували 23 особи. Середній вік пацієнтів цієї групи становив $46,4 \pm 10,4$ роки.

Таблиця 2.1

Розподіл хворих з геморагічним інсультом

Показники	Основна група n= 31	Група порівняння n= 23
Жінки	31	23
Надлишкова маса тіла	17	11
ЦД	6	4
Куріння	4	3

2.2. Методи дослідження

У роботі використані методи, що використовує Національний інститут здоров'я США (NIHSS): анамнез, загальний огляд пацієнта; оцінка неврологічного статусу за шкалою інсульту NIHSS; шкали: Ренкіна, Ашворта, Берга, 10-метровий тест ходьби. Аналогічні методи були використані у цьому дослідженні.

З метою деталізації вивчення проблематики фізичної терапії пацієнтів, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, було проведено аналіз

і узагальнення науково-методичної літератури. Це дало можливість визначити проблему, визначити мету та завдання, визначити методи фізичної терапії пацієнтів і визначити шляхи подальших досліджень.

Для збору скарг і анамнезу захворювання використовувалися опитування пацієнтів і аналіз історій хвороби. Опитування проводилося серед пацієнтів і їхніх родичів, що дозволило об'єктивно оцінити стан хворих, визначити фактори, які сприяли виникненню захворювання, шкідливі звички, психологічні фактори, перші симптоми захворювання, основні методи фізичної терапії, що вже використовували та терміни застосовування.

Загальний огляд пацієнтів проводили з метою вивчення функціонування основних органів і систем пацієнта, його резервних можливостей, шансів на реабілітацію та супутніх захворювань.

Американська шкала інсульту Національного інституту здоров'я (NIHSS) була використана для оцінки неврологічного статусу пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт. Використовували модифіковану версію цієї шкали, щоб враховувати основні показники, які найчастіше порушуються в результаті крововиливу в мозок.

Ця шкала використовувалася для оцінки ступеня неврологічної симптоматики, який є важливим для планування відновної терапії та контролю її ефективності.

У шкалі є тринадцять оцінок: рівень свідомості, здатність відповідати на питання, оцінка реакції на команди, ступінь порушення окорухових нервів, зорового аналізатора, оцінка стану м'язів, оцінка рухової функції руки та ноги, дослідження чутливості, мови, діагностика порушення координації, наявність дизартрії та оцінка уваги.

Пацієнта оцінювали за 34-х бальною шкалою, щоб визначити неврологічний статус пацієнта. За цією шкалою 0 означає задовільний стан; 3-8 – неврологічні порушення легкого ступеня; 9-12 означає неврологічні порушення середньої важкості; 13-15 балів свідчать про неврологічні

порушення середньої важкості; 16-33 – неврологічні порушення вкрай важкого ступеня, а 34 бали – стан коми.

Крім того, результати оцінки стану за шкалою NIHSS дозволили прогнозувати захворювання орієнтовно. Так, оцінка менше десяти балів означає сприятливий прогноз фізичної терапії, тоді як оцінка понад двадцяти балів означає несприятливий прогноз.

Функціональні шкали можуть вимірювати функціональну неспроможність або залежність у повсякденному житті та функціональну незалежність. Ці шкали допомогли об'єктивізувати динаміку симптомів і функціональних порушень, оцінювати ефективність реабілітаційних заходів і визначати потребу в допоміжних пристосуваннях.

У цьому дослідженні використовувалися шкали Ренкіна, які є двома найбільш поширеними показниками в клінічній практиці, щоб оцінити функціональний стан пацієнта, який пережив інсульт.

Після мозкового інсульту існує п'ять ступенів функціональної неспроможності, згідно з модифікованою шкалою Ренкіна (MRS), розробленою британським науковцем. Незважаючи на симптоми, пацієнт не відчуває значної функціональної неспроможності в першому ступені. У другому ступені пацієнт може виконувати повсякденні обов'язки та робити те, що звикли, але відчуває незначне порушення функціональної спроможності.

Модифікована шкала Ренкіна (mRS) зазвичай, використовується для оцінки недієздатності або для визначення залежностей в повсякденному житті у пацієнтів з інсультom. Шкала Ренкіна є самостійною шкалою оцінки для пацієнтів які мають гостре порушення кровообігу, а також використовується для класифікації рівня функціональної незалежності. Перед проведенням оцінки за цією шкалою варто ознайомитися з методиками проведення щоб стандартизувати її оцінку.

Оцінка нуль вказує на відсутність симптомів, оцінка один на відсутність суттєвих відхилень незважаючи на те що є симптоми і це може впливати на виконання повсякденних справ (повсякденної рутини); оцінка 2 може

вказувати на легкі порушення можливостей пацієнта і обмеження до виконання певних функцій але все-таки на збереження здатностей до самообслуговування; оцінка 3 вказує на помірні порушення і свідчить про необхідність сторонньої допомоги однак при збереженні здатності ходити без допомоги оточуючих; оцінка 4 вказує на помірно важкі ураження та сторонній допомозі при ходьбі однак при самостійному задоволенні фізіологічних потреб; оцінка 5 вказує на важкі функціональні обмеження про перебування хворого в ліжку а також може вказувати про на нетримання сечі або калу; оцінка 6 - це летальний випадок.

Приблизний час проведення тесту: 5–10 хвилин.

Шкала спастичності м'язів Ашфорта (модифікована шкала спастичності м'язів Ашфорта) використовувалася для запису та відстеження прогресу спастичності протягом фізичної терапії [61]. За шкалою Ашворта ми визначали зміни тону м'язів пацієнта крапка модифікована шкала Ашворта є досить розповсюдженим популярним методом визначення та оцінки спастичності. Мета цієї шкали полягає в оцінці опору м'язів під час пасивних рухів суглобів. Метод є досить зручним та не вимагає спеціального обладнання, однак особливу увагу варто приділити розміщені кінцівки. При дослідженні м'язів згиначів кінцівка має бути в положенні максимального згинання, а потім протягом однієї секунди перевести в інше положення. Для тренування м'язів розгиначів кінцівка повинна знаходитися в такому положенні при якому вона є максимально випрямлена і максимально зігнути протягом однієї секунди. Оцінка тесту Ашворта здійснюється за п'ятибальною шкалою і оцінюється від нуля до чотирьох. Нуль вказує на відсутність спастики, одиниця вказує на незначне зростання тону м'язів, двійка на більш виражений виражено спастичну, трійка на суттєве зростання тону, а четвірка вже на ригідне положення кінцівки без можливості будь-якого пасивного руху.

За шкалою рівноваги Берга ми визначали показник балансу та ризик падінь. Цей тест дуже ефективний та досить чутливий до змін серед всієї

батареї тестів, є золотим стандартом і має високу точність. Всі інструкції по виконанню обов'язково потрібно давати чітко. Пацієнт має старатися максимально утримати рівновагу при виконанні або навіть спробі виконання завдання. Вибір ноги або перенесення маси тіла залишається за пацієнтом. Для проведення тесту ми в своєму обладнанні маємо мати секундомір та лінійки, стільці відповідної висоти, а для деяких пунктів сходинка або стільчик середньої висоти. Тестування проходить за такими пунктами це: вставання і сидячого положення стояння без підтримки; сидіння без підтримки спини, але з зафіксованими ногами на підлозі або на стільчику; сидання із положення стоячи; переміщення стояння без підтримки і закритими очима та без підтримки із ногами разом; нахил вперед з витягнутою рукою з положення стоячи; взяття предмета з підлоги; поворот -оглядання через праве або ліве плече; поворот на 360° і постановка ноги на сходинку або стільчик без підтримки; також це стояння без підтримки з однією ногою попереду і стояння на одній нозі. Максимальну кількість балів, яку може набрати пацієнта 56, балів тест є достатньо достовірним у виявленні проблем з рівновагою, а також деякі дослідники вказують на те що для значного покращення стану пацієнта необхідно щоб зрушення відбулося на 8 балів орієнтовний час проведення діагностики від 15 до 20 хвилин

10-метровий тест. Використовується для оцінки комфортної, самостійно обраної швидкості ходьби пацієнта. Пацієнти повинні бути в змозі самостійно ходити, проте вони можуть використовувати будь-які допоміжні засоби, необхідні для безпечної ходи, наприклад, ходунки, палички або ортези. У той час як спостережливий аналіз ходи робиться з пацієнтом босоніж і ми можемо побачити відхилення у нозі, 10 метровий тест ходи виконується взутим і з будь-яким обладнанням, яке зазвичай використовується для безпечної ходи вдома або в громаді.

Швидкість ходьби може бути представлена як відсоток від нормальної. Покращення швидкості ходьби (менший час) корелюють з поліпшенням функції ходьби.

10 метровий тест ходи може використовуватися для порівняння швидкості ходи з різними допоміжними засобами (ходунці в порівнянні з милицями) або з і без гомілково-стопних ортезів.

Мінімальна клінічно важлива різниця у швидкості ходи

- У пацієнтів після гострого інсульту відслідковують збільшення (0,16 м/с)
- У пацієнтів при підгострому інсульті відзначають: збільшення швидкості ходьби = 0,175 м / с (на пацієнта) або = 0,190 м / с (з терапевтом).

Висновки до розділу 2

Дослідження проводилось в 4 етапи. Для досягнення мети та завдань дослідження ми використовували наступні методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури; збір скарг, анамнезу, загальний огляд пацієнта; оцінка неврологічного статусу за шкалою інсульту NIHSS; функціональні шкали: Ренкіна, Ашворта, Берга, 10-ти метровий тест ходьби.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОДЕРЖАНИХ ДАНИХ

3.1. Реабілітаційне обстеження жінок зрілого віку з геморагічним гострим порушенням мозкового кровообігу

У неврологічному відділенні, де проводили дослідження знаходились 53 жінки після геморагічного порушення мозкового кровообігу. Усіх пацієнтів відбирали за такими критеріями працездатного віку (30-60 років) та наявності ознак геморагічного інсульту головного мозку.

До основної групи увійшли 31 пацієнтка, порівняльну групу формували 23 особи. Середній вік пацієнтів цієї групи становив $46,4 \pm 10,4$ роки.

3.2. Розробка та аналіз індивідуальних програм фізичної терапії хворих після інсультів

Організація фізичної терапії післяінсультних дефектів базується на засадах фізичної реабілітації. Фізична реабілітація — це незалежна медична спеціалізація, яка спрямована на відновлення фізичної активності, когнітивних функцій, поведінки, якості життя та зміни способу життя ендогенними та екзогенними факторами. Це включає профілактику, діагностику, фізичну терапію пацієнтів усіх вікових груп з патологічними порушеннями.

Наслідки ГПМК зазвичай вимагають достатнього фізичного навантаження під час комплексної фізичної терапії. Це дуже часто залежить від того, наскільки добре пацієнт відновлюється після фізичної терапії. Фізичні вправи та рання мобілізація допомагають запобігти таким симптомам, як пролежні, контрактури, тромбоемболії, патологічні пози, застійні явища в легенях і слабкість м'язів, які є типовими для людей, які перенесли мозковий інсульт. У той же час регулярна та достатня фізична активність покращує

відновлення втрачених функцій, зменшення дефектів руху та загальний фізичний і психоемоційний стан пацієнта.

Рання фізична терапія починається з перших днів захворювання та триває перші шість місяців захворювання, і включає низку заходів, спрямованих на попередження ускладнень, ранню вертикалізацію та мобілізацію пацієнта. Фахівець з реабілітації оцінює стан пацієнта з гострим інсультом в перші 24-48 годин після госпіталізації з метою призначення індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП).

Отже, заходи ІРП, призначені лікарем ФРМ, мають бути спрямовані на запобігання ускладненням, повне відновлення порушеної рухової активності та втрату навичок самообслуговування, щоб запобігти або зменшити ступінь інвалідності та терміни непрацездатності. Фахівці мультидисциплінарної команди (МДК) проводять реабілітацію пацієнтів після інсульту. МДК включають лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, терапевта мови і мовлення, психолога та пацієнта, його родичів або тих, хто доглядає за ним.

МДК зазвичай розробляє індивідуальний реабілітаційний план відповідно до тяжкості інсульту, потреб і проблем пацієнта. Це робиться за допомогою стандартизованих валідних шкал для оцінки функціонального статусу після інсульту. МДК збирається щонайменше раз на тиждень, щоб обговорити процес, проблеми в стані пацієнта, цілі фізичної терапії, плани лікування та виписки.

Згідно з його індивідуальними потребами та толерантністю до навантажень пацієнт після інсульту повинен займатися згідно з ІРП з лікарем щонайменше одну годину, а також п'ять разів на тиждень. Довжина реабілітаційного втручання залежить від тяжкості інсульту.

Таким чином, пацієнти повинні отримувати заохочення практикувати свої навички так часто, як це можливо, а також навчатися використовувати необхідні моторні навички. Для призначення ІРП лікар ФРМ та МДК діють за наступним алгоритмом:

- проводять визначення функціональних порушень і обмежень шляхом обстеження;
- прогнозують результати реабілітаційного втручання та заходів відновлення;
- планують заходи та режим реабілітаційного втручання;
- проводять реабілітаційне втручання;
- переглядають ІРП.

Їх відновлення після інсульту тривало. Він включав гострий період, який тривав три-чотири тижні, і ранній період відновлення, який тривав два місяці: до трьох місяців, коли в основному відновлювався об'єм рухів і сила м'язів паретичних кінцівок і завершувався розвиток післяінсультної кисти; і від трьох до шести місяців. У цьому випадку перший етап фізичної терапії тривав від трьох до чотирьох тижнів. Потім наступний етап, спрямований на відновлення домашніх функцій, тривало до двох місяців.

Пацієнти мали три основні симптоми. У числі цих порушень є травми та дефекти, такі як рухові (парези, атаки), когнітивні, мовленнєві, емоційно-вольові, зорові, чутливі, бульбарні та псевдобульбарні порушення (дистонія, дисфагія, дизартрія), тазові. Крім того, були виявлені проблеми з епіприпадками. Фізикальна терапія таких дефектів мала на меті повне або часткове відновлення функцій, попередження, лікування та мінімізацію проблем. Фізична терапія була спрямована на лікування дефектів, таких як порушення здібностей до ходьби, самообслуговування та порушення більш складних побутових навичок.

Таким чином, мета фізичної терапії таких порушень полягала в тому, щоб допомогти людям навчитися ходьбі та покращити свої навички самообслуговування. Порушення соціального функціонування означає обмеження можливостей виконувати соціальні ролі, які були нормальними до хвороби пацієнта, пов'язані з його віком, статтю, освітою, соціальним положенням, професією, культурним рівнем, а також обмеження соціальних контактів і неможливість повернутися до своєї попередньої роботи.

Відповідно, метою соціальної фізичної терапії було повне або часткове відновлення ролі пацієнта в сім'ї та суспільстві, працездатності та соціальних контактах.

Фізична терапія допомагає визначити реабілітаційний потенціал (РП) хворого. Це включає можливості пацієнта до відновлення (регенерація, репарація, реституція) або компенсації порушень (біометрична складова РП); можливість використання розвитку та адаптації збережених функціональних здібностей пацієнта для відновлення соціальних навичок і звичних для нього дій (компенсація обмежень).

Хворі мали різні шанси на реабілітацію. Здоров'я на високому рівні означає повне відновлення, яке включає повне відновлення всіх звичайних для пацієнта функцій, працездатності та соціального стану (повна фізична терапія), можливість повернутися до своєї колишньої роботи в повному обсязі або з обмеженнями, або можливість працювати в іншій професії; здоров'я на низькому рівні означає неповне відновлення здоров'я з деякими симптомами, низький – немає реабілітаційного потенціалу — захворювання, яке прогресує, має некомпенсоване або різко виражене порушення функцій, неможливість компенсувати або самостійно виконувати основні функції та значні обмеження у виконанні більшості видів діяльності; дуже низький — захворювання, яке прогресує, має некомпенсоване або різко виражене порушення функцій, значні обмеження у виконанні більшості видів діяльності; і дуже низький — захворювання.

Відповідно до прогнозу фізичної терапії, який включав передбачувану ймовірність того, що пацієнт здійснить відновлення, а також передбачуваний рівень інтеграції пацієнта в суспільство, враховувався щодня. Прогноз фізичної терапії включав не лише ступінь і зміст реабілітаційного потенціалу, але й реальні можливості використання нових методів, засобів і технологій. Прогнози щодо наслідків фізичної терапії пацієнтів були класифіковані як сприятливі або відносно сприятливі.

Сприятливі прогнози передбачають повне відновлення порушених категорій життєдіяльності та соціальної інтеграції, включаючи професійну інтеграцію пацієнта. Сприятливі прогнози передбачають часткове відновлення порушених видів життя, зменшення їхніх обмежень або стабілізації та підвищення їхньої здатності до соціальної інтеграції.

Термін «сумнівний» або «невизначений» використовується для опису прогнозу, який є незрозумілим. Несприятливий — це коли пацієнт не може відновити або компенсувати порушені обмеження життєдіяльності, що перешкоджає йому досягти значних позитивних соціальних, особистісних або соціально-середовищних змін.

У числі несприятливих прогностичних факторів були наступні: вогнище ураження розташоване в функціонально значимих зонах для рухових функцій (наприклад, у ділянці пірамідного шляху на всьому його протязі або в коркових мовних зонах Брока і/а Верніке); великі розміри вогнища; похилий і старечий вік; і пов'язані когнітивні та емоційно-вольові розлади.

3.2.1. Формування категорійного профілю за МКФ

Ефективна методика полягає в тому, щоб визначити проблеми пацієнта, який переніс інсульт, на рівні діяльності та участі. Це проблеми, з якими людина може зіткнутися в різних аспектах свого життя, наприклад, коли вона працювала на роботі до інсульту, вела активне соціальне життя, займалася спортом, відпочивала та мала хобі. На сьогоднішній день Міжнародна класифікація функціонування використовується для ефективної реабілітації [29, 10].

Міжнародна класифікація функціонування рекомендовано всесвітньою організацією охорони здоров'я як ефективно яка дозволяє об'єктивно оцінити участь, діяльність та функціонування людини на всіх рівнях. Також міжнародна класифікація функціонування зараз є дуже розповсюдженим актуальним інструментом, який використовується в протоколах та

законодавчих документах які стосуються фізичної терапії та ерготерапії [1, 10].

Філософія МКФ стверджує, що кожна людина може відчувати погіршення свого здоров'я, відзначаючи будь-які обмеження, які можуть заважати їй продовжувати своє життя. Таким чином, можна використовувати загальну шкалу обмежень життєдіяльності та здоров'я, зосереджуючись на ступені здоров'я відповідно до класифікації, щоб проаналізувати фізичний і психологічний стан будь-якої людини. Функціонування розглядається як складний показник здоров'я людини на трьох рівнях: організм (стан його структури та функцій), адаптивна поведінка (активність) і участь у соціальних обставинах, враховуючи вплив зовнішнього середовища (особистісні фактори) [19, 29].

Реабілітаційні втручання можуть змінити деякі частини МКФ, змінюючи загальний стан людини. Згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, хвороба або будь-яка інша зміна стану здоров'я, спричинена травмою або іншими факторами, змінює функціонування людини на одному або більше рівнях [2, 9, 17, 19]: функціонування на рівні тіла або органів; функціонування людини в соціальному середовищі, що відображається в її «діяльності», яку вона може виконувати; і функціонування людини в соціальному середовищі, що відображає участь.

Міжнародна класифікація функціонування містить в собі термінологію, яка стосується безпосередньо функціонування організму анатомічних та функціональних можливостей органів та кінцівок. За допомогою Міжнародної класифікації функціонування можна описати певні порушення які стосуються проблематики виконання певних функцій або порушення певної структури. Також для опису активностей, які характеризують дії людини для того щоб провести реабілітаційне втручання ефективно та отримати позитивні результати реабілітації потрібно відповідно до самої моделі міжнародної класифікації функціонування. Найпершим, що потрібно зробити - це побудувати категоріальний профіль пацієнта з інсультом відповідно до

Міжнародної класифікації функціонування. При огляді пацієнт та з геморагічним порушенням необхідно звертати увагу на такі категорії які свідчать про біль м'язового кісткового або рухового компоненту, а також їх функцій. Варто звернути увагу на ті фактори, які вказують на тонус м'язів однієї кінцівки. Зверніть увагу на переміщення і засоби та пристрої, які використовують для цього пацієнта, актуальним також буде звернути увагу як пацієнт переміщується з місця на місце.

Таблиця 3.1

Категоріальний профіль пацієнта геморагічним ГПМК відповідно МКФ

Категорії та порушення
b2800 Генералізований біль
b798 Нервово-м'язові, кісткові та рухові функції, інші уточнені
b7351 Тонус м'язів однієї кінцівки
d465.2 Переміщення з використанням технічних засобів
b260 Пропріоцептивні функції
b265 Функції дотику з температурою та іншими стимулами
b270 Сенсорні функції, пов'язані
b755 Функції мимовільних рухових реакцій
b760 Керування функціями довільного руху
d220 Виконання багатопланових завдань
d230 Виконання повсякденного розпорядку

Наступним етапом буде розгляд функцій, які пов'язані з чутливістю дотиком, наприклад це функція дотику з температурою та іншими стимулами сенсорні функції або функції мимовільних рухових реакцій і керування функціями довільного руху. Ми розрізняємо ці два пункти, тому що пацієнт може проявляти або виконувати, у нього можуть з'являтися мимовільні рухи і він може керувати тобто наприклад пацієнт бачить що у нього з'являється

мимовільний рух і він керує ним тобто припиняє або зупиняє його. Наступним буде виконання багатопланових завдань, а також послідовність у виконанні повсякденного розпорядку дня, важливим етапом при роботі з міжнародною класифікацією функціонування буде формулювання цілей по відношенню до кожного пацієнта, а також використання в цій системі методики.

Таблиця. 3.2

Міжнародна класифікація функціонування

*Поняття	Визначення	Обмеження функції	Визначення
Структури і функції організму	Фізіологічні або психологічні функції систем організму. Структури організму анатомічні частини тіла,	Порушення	Втрата або відхилення в стані структури організму чи фізіологічній або психологічній функції.
Активність	Виконання завдання чи дії пацієнтом.	Обмеження активності	Негативні аспекти взаємодії між пацієнтом та їх фактори в рамках виконання якоїсь дії.
Участь	Залучення пацієнта в життєву ситуацію.	Обмеження участі	Проблеми при залученні в життєву ситуацію.

Smart методика використовується для покращення процесу фізичної терапії з підвищення його ефективності, оскільки, конкретизує, валідизує також адаптує відповідно до кожного пацієнта і має певне обґрунтування. Важливим є те, що досягнені кожного завдання має певне обмеження в часі,

від постановки мети залежить ефективність роботи та втручання фізичного терапевта і лише з цього моменту Smart стає інструментом управління процесом фізичної терапії. Варто зазначити, що при формулюванні мети має бути передбачення результатів діяльності, тобто ми маємо передбачити або спрогнозувати очікуваний нами результат причому цілі мають бути конкретизовані мати певну мету і бути реальними для виконання в певному відрізку часу.

Загалом цілі на пізньому етапі реабілітації можуть стосуватися навчання новим навичкам або вдосконалення навиків, якими пацієнт вже володіє [32].

Ряд нових наукових досліджень вказують на те, що окрім система Smart традиційного ще є Smarter, що роблять цілі фізичної терапії ще розумнішими за цими критеріями додаються ще оцінка та перегляд мети, яка повинна бути досягнута у фізичній терапії. Завдань має бути чітко визначене та зрозуміло для всіх, особливо для пацієнтів. Конкретність мети дозволяє індивідуалізувати, щоб попередити непорозуміння. Окрім дотримання правил фізичний терапевт повинен ще й поставити завдання із урахуванням бажання потреби пацієнта і описати, які завдання має досягнути пацієнт в результаті покращення функціонування. Причому на кожному етапі результати втручання порівнюються із відповідними завданнями [2, 9, 26].

3.2.2 Програма фізичної терапії після геморагічного гострого порушення мозкового кровообігу

Особливої уваги заслуговує і дотримання алгоритму фізичного фізичним терапевтом при складанні програми фізичної терапії. Обов'язковим є врахування певних факторів відповідно по Міжнародній класифікації функціонування, тобто профіль розраховувалася і складався в залежності від індивідуальних потреб та індивідуальних особливостей пацієнта. Відповідно до цього категоріального профілю ми будемо розраховувати безпосередньо саму послідовність впливу обов'язковим є визначення порушення, обмежень,

прогнозування їх.

Після цього ми прогнозуємо процес реабілітаційного втручання і плануємо яким саме цей процес має бути. Вже після впровадження в роботу реабілітаційного втручання ми маємо його оцінити, провести дослідження.

Ми оглянули наших пацієнтів визначили, які критерії відбору будуть для них, в нашому випадку це були жінки віком від 30 до 60 років. В своєму анамнезі в своїй карті мали діагноз, який стосувався гострого порушення кровообігу за геморагічним типом і ці пацієнти не мали протипоказань до реабілітаційного втручання. У всіх пацієнток було діагностовано порушення балансу (порушення рівноваги) внаслідок інсульту і ми діагностували це за шкалою Берга. Наступним при плануванні нашого реабілітаційного втручання ми включили роботу із балансом з покращенням координації в програму фізичної терапії відповідно до Міжнародної класифікації функціонування підбирали для кожного домену. Наприклад, участь, діяльність і структура певні засоби втручання орієнтувалися на певні реальні цілі, які ми можемо досягнути в цей період. Безпосередньо при плануванні фізичної терапії ми визначали відповідно до основних принципів реабілітації, а саме поступовості доступності систематичності, які засоби втручання ми будемо використовувати.

Ми використовували індивідуальний підхід до навчання, оскільки кожен учасник має унікальні характеристики, а також різні фізичні дані та вихідні шкали та тестові дані. Для учасників навантаження збільшувалося поступово.

Програма включала терапевтичні вправи, спеціально розроблені для людей з проблемами рівноваги. Фізичні заняття проводилися в палатах, а потім у залі фізичної терапії.

Ми застосовували вправи у вихідному положенні лежачи. Використовували вправи для зміцнення м'язів верхніх і нижніх кінцівок, збільшення сили м'язів тазу та черевної стінки. Вони також сприяли покращенню активності в межах спального місця, такої як повороти в ліжку та перенесення тазу в межах ліжка.

При можливості пацієнта вертикалізуватись у ліжку, а потім вже біля ліжка, ми включали вправи із вихідного положення сидячи, страхуючи його. Також ми формували у пацієнтів координацію, контроль за тілом та виконання найнеобхідніших функцій (рис. 3.1).

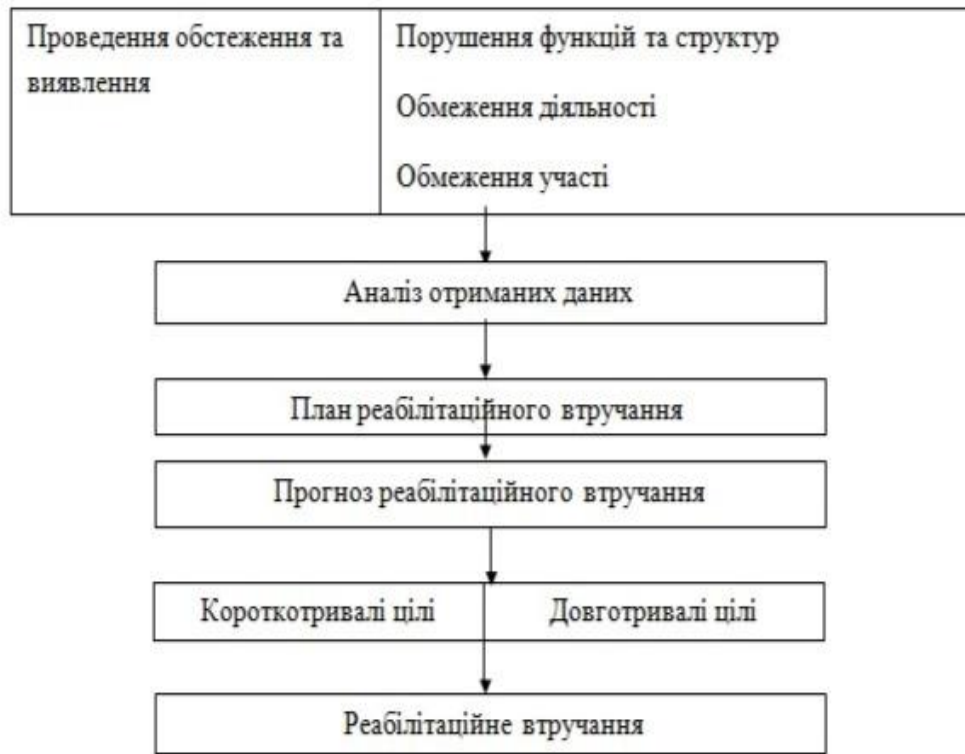


Рис. 3.1. Алгоритм реабілітаційного втручання

Ми почали тренувати пацієнта на статичний баланс, навчаючи їх утримувати положення стоячи, контролювати поставу, положення тазу та переносити масу тіла, коли пацієнт міг перейти в положення стоячи. Головним чином практикували досягнення стійки на одній нозі або на двох ногах зі зменшеною площею опори. Після цього ми додали тренування з динамічного балансу, тренували пацієнта з ходьбою та ходьбою з перешкодами. По закінченні фізичної терапії учасникам було запропоновано домашню програму, яка включала чотири-шість вправ, розроблених спеціально для кожного пацієнта. Було рекомендовано виконувати цю програму чотири рази на тиждень.

3.2.2.1 Позиціонування після інсульту

Після мозкових крововиливів позиціонування є важливим етапом і частиною фізичної терапії. Оскільки, після інсультів часто формується поза Верніке-Мана, то метою позиціонування є знаходження руки в протилежному положенні цій позі. Таке, положення характеризується супіноювою, приведеною рукою, зігнутою в суглобах, при стисканні кулака. Важливою частиною позиціонування є уникання зміни положення руки протягом тривалого періоду.

Є різноманітні засоби фіксації та валики для позиціонування які дозволяють комфортно підтримувати положення протилежній позі вернікемана зазвичай укладання пацієнта здійснюється на здоровому боці крапка

Укладають пацієнта на здоровий бік, надаючи паралізованим кінцівкам згинальну позу. На одній подушці, згинаючи ногу у тазостегновому, колінному та гомілковостопному суглобах. На іншій подушці ногу згинають у плечовому та ліктьовому суглобах. Кожні 1,5–2 години змінюйте положення здоровому боці та боку, при умові, що м'язовий тонус ще не зріс. Для підвищення тонузу лікування положенням на спині займає 1,5–2 години, а на здоровому боці – від тридцяти до п'ятдесяти хвилин.

3.2.2.2. Масаж після геморагічного інсульту

Масаж після геморагічних крововиливів є ефективним засобом профілактики пролежнів та атрофій, тому він дозволений з того ж періоду що й позиціонування. Зазвичай масаж проводять щодня, положення пацієнта лежачи або на спині або на здоровому боці. Саму процедуру починають із 10 хвилин і вона збільшується до 25 хвилин до завершення програми фізичної терапії. Масаж проводиться за класичною методикою, який починається із охоплюючого погладжування, яке переходить в розтирання, а далі розминання. Інтенсивні впливи ми не проводимо на перших етапах фізичної терапії. Оскільки після інсульту геміплегія підвищує тонус м'язів, масаж цих

хворих повинен бути вибірковим. Алгоритм масажу заключається у пропрацьовуванні від дистальних до проксимальних ділянок з метою покращення кровообігу особливу увагу приділяємо великому грудному, дельтовидному м'язам, який часто при інсульті знаходиться в тонусі.

Для масажу м'язів із гіпертонусом використовують охоплююче погладжування. Такий вплив зменшує або запобігає болю в плечовому суглобі паретичної руки. Рекомендується проводити тривалий масаж — до тридцяти-сорока сеансів на курс.

3.2.2 Фізіотерапія після інсультів

Не рекомендується починати масаж і фізіотерапевтичні заняття раніше, ніж через 1–1,5 місяці після інсульту.

Однак, через півтори місяці після інсульту можна включати до програми фізичної терапії низькоінтенсивні методи фізіотерапевтичного впливу. Серед них: гальванізація та електрофорез розчинів 2% еуфіліну, 2% "нікотинової кислоти, «% но-шпи та 5% новокаїну, використовуючи «комірцеву» методику, при цьому сила струму не повинна перевищувати 10-15мА, а тривалість процедури 15-20 хвилин. Процедуру проводять щодня, або через день, враховуючи стан пацієнта. Також пропонують проводити місцеві сульфідні ванни (50-100мл/л), та ванни по Гауфе з поступовою корекцією температурного режиму та із урахуванням індивідуальних особливостей.

Для профілактики та усунення порушень венозного відтоку використовують магнітне поле (два індуктори розташовують різнойменні полюси на відстані 5 см паравертебрально на рівні С5-Th4 хребців, 10–15 хвилин, 10–15 процедур щодня або через день. Для домашнього використання рекомендовано додавати морські, хвойні, перлинні або вуглекислі ванни, однак якщо після інсульту пройшло не менше 6 місяців.

3.3. Вплив фізичної терапії на спастичність м'язів та функціонування організму

Ми досліджували рівень спастики в двох групах: в основній групі та групою порівняння. Після дослідження пацієнтів за показниками спастичності м'язів уражених кінцівках ми встановили що у тих пацієнтів з якими займалися за власною розробленою методикою м'язи передпліччя, точніше їх спастика, збільшилася лише на $0,6 \pm 0,15$. В групі порівняння на майже вдвічі ($1,2 \pm 0,2$ бала) (табл. 3.3).

Таблиця 3.3.

Середні показники спастичності м'язів уражених кінцівок у пацієнтів, $M \pm m$

	Тестовані групи м'язів	Основна група (n=31)		Р	Група порівняння (n=23)		Р
		I обстеження	II обстеження		I обстеження	II обстеження	
Верхня кінцівка	Згиначі передпліччя	$0,2 \pm 0,09$	$0,8 \pm 0,24$	$<0,05$	$0,2 \pm 0,09$	$1,4 \pm 0,29$	$<0,01$
	Привідні м'язи плеча	$0,15 \pm 0,08$	$0,65 \pm 0,18$	$<0,05$	$0,2 \pm 0,09$	$1,25 \pm 0,26$	$<0,01$
Нижня кінцівка	Розгиначі гомілки	$0,1 \pm 0,07$	$0,9 \pm 0,28$	$<0,05$	$0,1 \pm 0,07$	$1,3 \pm 0,28$	$<0,01$
	Привідні м'язи стегна	$0,2 \pm 0,09$	$0,55 \pm 0,18$	$>0,05$	$0,2 \pm 0,09$	$1,1 \pm 0,26$	$<0,01$

Середні показники рівня спастики м'язів привідників плеча після програми фізичної терапії становила вже близько $1,25 \pm 0,26$ бала, а в основній групі вдвічі менше - $0,65 \pm 0,18$ бала, що не відповідало показникам норм. При дослідженні рівня спастики м'яза розгинача гомілки, ми встановили що вони так само відрізняються від норми і в основній групі порівняно із групою порівняння становили відповідно $0,9 \pm 0,28$ бала та становила $1,3 \pm 0,28$ бала. Найменше ми спостерігали зниження тонусу м'язів стегна в порівнянні з іншими м'язами і вона становила відповідно ($0,55 \pm 0,18$), а в групі порівняння двічі більше ($1,1 \pm 0,26$).

Функціональну спроможність пацієнтів ми досліджували за шкалою Ренкіна. Ми виявили, що у 42% пацієнтів основної групи мали помірно важкі обмеження, що відповідало оцінці «4» тобто у цих пацієнтів була необхідність сторонньої допомоги, а у 57% пацієнтів групи порівняння виявилися обмеження функціональної спроможності, які відповідали оцінці «3». Це відповідає помірному ступеню тобто для пацієнта необхідна стороння допомога при виконанні побутових функцій.

При розподілі на групи ми встановили що 36% пацієнтів мали виражені ознаки. А у 64% пацієнтів були помірні ознаки функціональної неспроможності тобто залишалась необхідність деякої сторонньої допомоги при виконанні функцій крапка по завершенню першого місяця проведення курсу фізичної терапії вже спостерігалися поліпшення організму який ми визначали за шкалою Ренкіна в порівнянні із станом до фізичної терапії варто зазначити що у кількох пацієнтів основної групи спостерігалися обмеження функціонування які відповідали четвертому ступеню у 72% пацієнтів

Ми спостерігали рівень функціонування який відповідав балу задовільно і 21% мали легкі порушення функціональної спроможності що відповідав другому ступеню за шкалою Ренкіна і оцінювався на два бала у пацієнтів порівняльної групи ми не спостерігали статистично вірогідних зрушень функціонування за показниками шкали Ренкіна якщо порівнювати їх із показниками до фізичної терапії. У 6% пацієнтів ми визначали легкі ознаки

функціональної неспроможності, тобто це оцінка «2». У 74% пацієнтів спостерігали показник функціональних результатів, які оцінювали на «3». У 20% пацієнтів ми спостерігали виражені ознаки функціональної неспроможності. Після того як ми завершили використовувати програму фізичної терапії ми спостерігали покращення показників пацієнтів за шкалою Ренкіна в порівнянні із першим місяцем тобто спостерігалися покращення протягом самого періоду фізичної терапії (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Показники функціонування організму пацієнтів, які перенесли
геморагічний інсульт, за шкалою Ренкіна протягом фізичної терапії**

	До фізичної терапії		Через 1 міс.		Через 3 міс.		p ¹	p ²	p ³	p ⁴	p ⁵
	М	±m	М	±m	М	±m					
ОГ n=31	3,40	0,06	2,9	0,06	2,4	0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	>0,05
ГП n=23	3,4	0,07	3,2	0,07	2,6	0,08	>0,05	<0,01	<0,01		

Примітки:

p¹ – вірогідність відмінностей через 1 місяць фізичної терапії;

p² - вірогідність відмінностей через 3 місяця фізичної терапії;

p³ - вірогідність відмінностей між показниками через 1 місяць та 3 місяці;

p⁴ - вірогідність відмінностей між ОГ та ГП через 1 місяць фізичної терапії;

p⁵ - вірогідність відмінностей між ОГ та ГП через 3 місяці фізичної терапії.

Через місяць після початку курсу фізичної терапії у пацієнтів основної групи ми спостерігали статистичну вірогідні відмінності порівняно з показниками до початку фізичної терапії. Так, показник за шкалою Ренкіна зріс на 15%, а через три місяці на 30% порівняно з результатами до початку реабілітації.

У пацієнтів порівняльної групи ми спостерігали значно нижчі показники. Таким чином, через місяць після початку курсу фізичної терапії показники за модифікованою шкалою Ренкіна вірогідно збільшились на 20%, а через три місяці зріс до 25%. Що вказує на меншу ефективність традиційної програми порівняно з розробленою програмою фізичної терапії.

Порівняння результатів за шкалою Ренкіна у пацієнтів групи порівняння та основної груп через 3 місяці після фізичної терапії представлено на рис. 3.2.

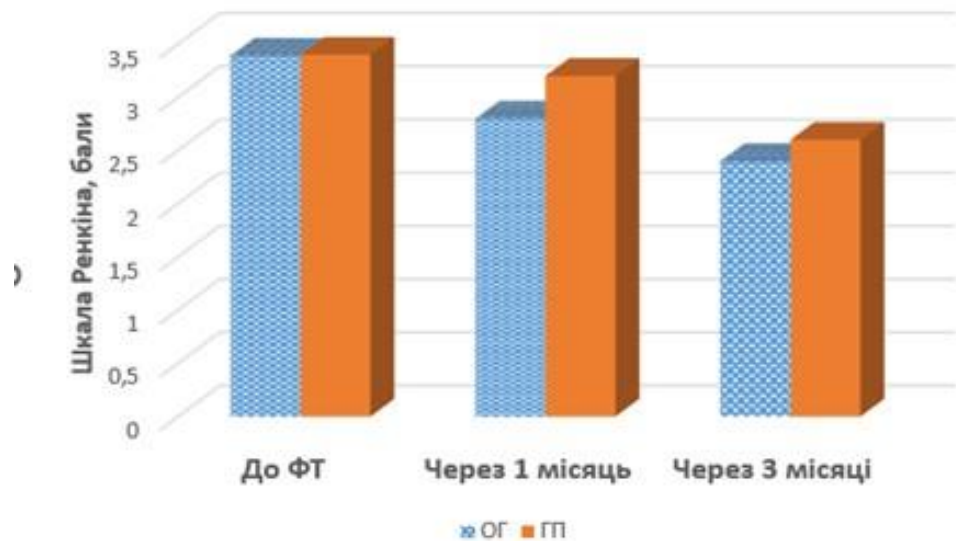


Рис. 3.2. Вплив фізичної терапії на показники функціональної неспроможності за шкалою Ренкіна.

Функціональні можливості пацієнтів значно покращилися завдяки комплексній фізичній терапії, яка включала соціальне, трудове, професійне та медичне відновлення, а також додаткові методи відновлення. В основній групі пацієнтів, яким призначали комплексну терапію відновлення, спостерігалось зменшення симптомів функціональної неспроможності, які були більш помітні тільки після першого місяця.

Через три місяці після початку фізичної терапії серед пацієнтів основної групи зменшилася кількість функціональної неспроможності, яка була оцінена на «3» бали. Збільшилася кількість пацієнтів з легкими ознаками функціональної неспроможності, які були оцінені на «2» бали за шкалою Ренкіна. Кількість пацієнтів з вираженими ознаками функціональної

неспроможності, які були оцінені на «4» бали та кількість пацієнтів які були оцінені на «3» з помірними ознаками неспроможності та легкими ознаками функціональної неспроможності (оцінені на «2») майже не змінилася.

Незважаючи на те, що не спостерігалось вірогідних відмінностей за шкалою Ренкіна у пацієнтів обох груп варто відмітити покращення за рахунок позитивної динаміки та переходу з помірного на легкі порушення (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Розподіл пацієнтів за показниками функціональної неспроможності (за даними шкали Ренкіна)

Був відображений розподіл пацієнтів за показниками шкали Ренкіна у групі порівняння до фізичної терапії. Встановлено, що у 64% пацієнтів виявлено помірно-виражені ознаками функціональної неспроможності та у 36% виражені ознаки функціональної неспроможності. Через 1 місяць після початку фізичної терапії спостерігали 20% пацієнтів з вираженими ознаками функціональної неспроможності, 74% пацієнта із помірно-вираженими ознаками та 6% із легкими ознаками. Через три місяці після початку фізичної терапії у групі порівняння виявлено 4% із вираженими ознаками функціональної неспроможності 52% із помірно вираженими ознаками функціональної неспроможності та 44% із легкими ознаками за даними шкали Ренкіна, що свідчить що про незначне покращення у пацієнтів за даними вищезгаданої шкали.

У пацієнтів основної групи спостерігали 42,4% пацієнтів із помірно вираженими ознаками функціональної неспроможності та 57,6% із вираженими ознаками функціональної неспроможності. Через 1 місяць у основній групі виявлено 6% пацієнтів із вираженими ознаками функціональної неспроможності 74% із помірно вираженими ознаками функціональної неспроможності та 20% пацієнтів з легкими ознаками функціональної неспроможності. Після початку фізичної терапії не спостерігался в основній групі пацієнтів з вираженими ознаками функціональної неспроможності, виявили 39% з помірно вираженими ознаками за шкалою Ренкіна та 61% із легкими ознаками функціональної неспроможності, що свідчить про значне покращення показників з спастичності та високу ефективність застосованої програми фізичної терапії (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Показники спастичності за шкалою Ашфорта у пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт

	До фізичної терапії		1 міс.		3 міс.		p ¹	p ²	p ³	p ⁴	p ⁵
	М	±m	М	±m	М	±m					
ОГ n=31	3,15	0,04	3,1	0,05	2,8	0,05	<0,01	<0,05	<0,01	<0,05	>0,05
КГ n=23	3,18	0,04	3,15	0,08	3,09	0,08	>0,05	<0,05	<0,05		

Примітка: p¹ – вірогідність відмінностей через 1 місяць фізичної терапії;
p² - вірогідність відмінностей через 3 місяця фізичної терапії;
p³ - вірогідність відмінностей між показниками через 1 місяць та 3 місяці;
p⁴ - вірогідність відмінностей між ОГ та ГП через 1 місяць фізичної терапії;
p⁵ - вірогідність відмінностей між ОГ та ГП через 3 місяці фізичної терапії.

Після початку фізичної терапії через 1 місяць ми спостерігали покращення у пацієнтів обох груп за шкалою Ашворта.

В групі порівняння через 1 місяць показник зріс лише на 1% порівняно із показниками до фізичної терапії, а через три місяці на 3% що вказує на незначне покращення. В основній групі через місяць після початку фізичної терапії за шкалою Ашворта відбулося покращення на 2%, а через три місяці вже на 12%.

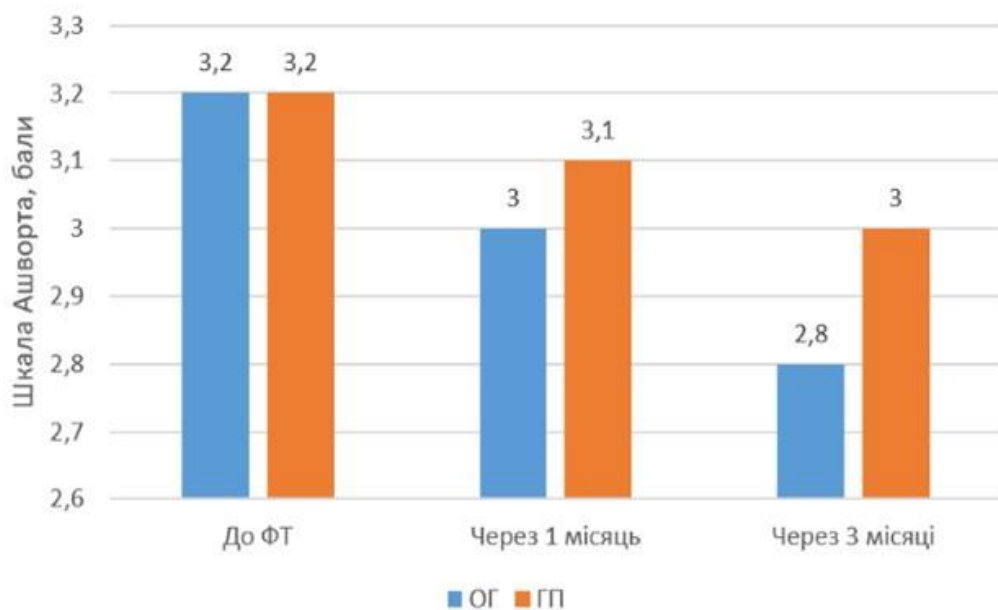


Рис. 3.4 Загальна динаміка показників спастичності за шкалою Ашворта у пацієнтів протягом курсу фізичної терапії

Була проведена оцінка показників за балами. У основній групі так і групі порівняння то фізичної терапії бал складав «3,2», через 1 місяць після початку фізичної терапії в основній групі за шкалою Ашворта показники пацієнтів оцінювались на «3» бала, а через 3 місяці на «2,8» бала.

У групі порівняння, через 1 місяць від початку програми фізичної терапії, ці показники оцінювались на «3,1» бала, а через 3 місяці на «3» бала (рис. 3.5). Таким чином, можна зробити висновок, що в основній групі виявлено помірне покращення показників тону м'язів.

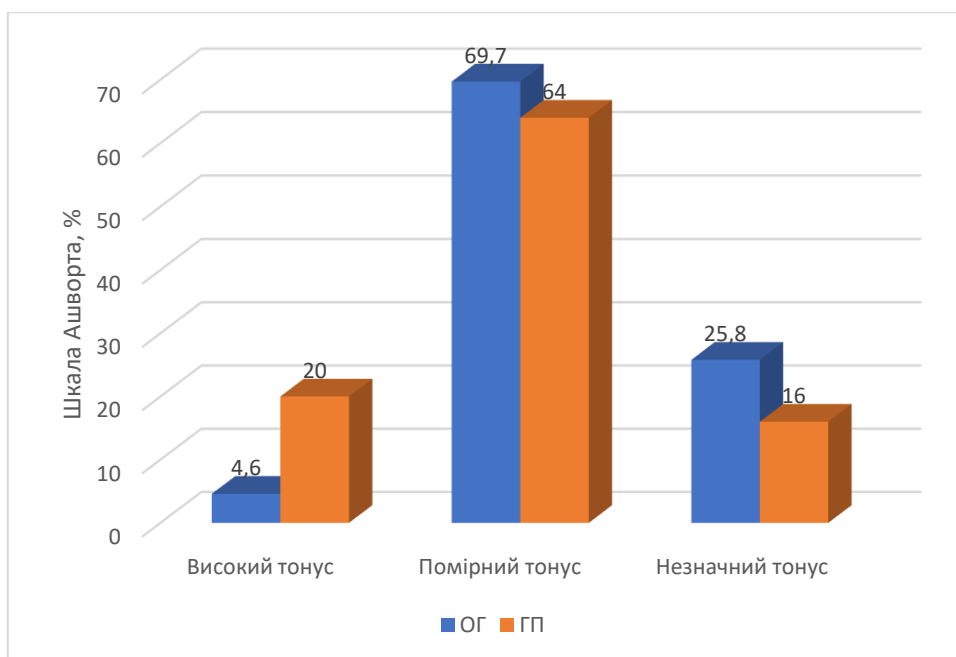


Рис. 3.5. Динаміка показників тону м'язів (за даними шкали Ашворта) протягом фізичної терапії

Встановлено що у групі порівняння високий тонус м'язів виявлено у 20% пацієнтів 64% з помірним тонусом та 16% незначний тонус у пацієнтів основної групи високий тонус виявлено у 4, 6% пацієнтів помірний тонус у 69 і 7% пацієнтів а незначний тонус виявлено у 25% пацієнтів що свідчить про позитивну динаміку за рахунок переходу пацієнтів з Високого тону на помірний із помірного на незначний тонус

Для визначення ризику падінь та виявлення проблем з рівновагою, був використаний тест Берга. У основній групі оцінювали вміння підтримувати рівновагу на 32 бала, а в групі порівняння на 33 бала.

Через 3 місяць фізичної терапії він становив в середньому 44 бала, а у групі порівняння 35 балів. Порівнюючи із максимальними показниками (56 балів) в основній групі він відповідав 80,2%, а в групі порівняння до 62,3% і відповідно складали майже 45 балів, а в групі порівняння 35 балів.

Через три місяці по завершенню фізичної терапії ризик падінь в групі порівняння знизився на 3 бала а в основній групі на 12 балів, відповідно на 6% та 28%.

Відомо, що для значного покращення стану осіб після інсультів необхідно збільшення тесту на 8 балів. Таким чином можемо зробити висновок, що у основній групі відбулося покращення та зниження рівня падіння.

При проведенні десятиметрового тесту ходьби ми визначили, що у основної групи він становив близько 38с, а у групи порівняння близько 37с секунд. Через три місяці після початку фізичної терапії ми спостерігали покращення. Так, у групі порівняння показник покращився на 7 секунд, а пацієнти основної групи почали долати відстань 10 м в середньому на 15 секунд швидше, ніж до фізичної терапії.

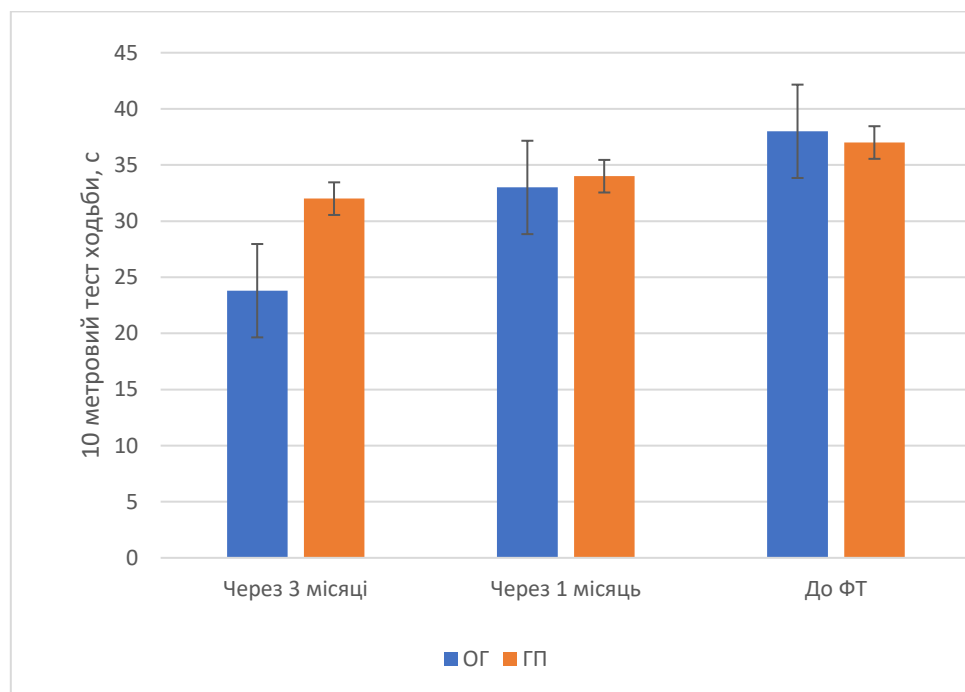


Рис. 3.6 Динаміка показників виконання 10-метрового тесту ходи, с

Як зображено на рисунку 3.6, у пацієнтів групи порівняння результати десятиметрового тесту ходи через один місяць після початку фізичної терапії зріс на 6%, а через три місяці на 15%. У пацієнтів основної групи через один місяць показник десятиметрового тесту покращився на 28%, а через три місяці на 38% в порівнянні до періоду фізичної терапії.

Висновки до розділу 3

Розроблена програма фізичної терапії включала комплекс терапевтичних вправ, елементи позиціонування, курс масажу, фізіотерапію та заняття з фізичним терапевтом та ерготерапевтом.

По завершенню курсу фізичної терапії спостерігалось покращення за показниками функціональної спроможності пацієнтів, яка оцінюється за шкалою Ренкіна у пацієнтів основної групи краще, ніж у групи порівняння. Оцінюючи показники спастичності за шкалою Ашворта встановлено, що у пацієнтів з геморагічним інсультом покращились показники тону м'язів і як за оцінкою так і у відсотковому співвідношенні. Також спостерігалось покращення рівноваги за шкалою Берга та позитивні зміни в доланні відстані за десятиметровим тестом ходи.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз літературних джерел вказує на те, що геморагічне порушення мозкового кровообігу є досить розповсюдженим захворюванням яке призводить до інвалідизації та значно обмежує функціональні можливості пацієнтів. Тому фізична терапія є важливим фактором у збереженні здоров'я та покращенні самообслуговування пацієнтів після інсультів.

2. Для дослідження пацієнтів після інсультів, використовувалися шкали: оцінки функціональної спроможності Ренкіна; дослідження спастичності за шкалою Ашворта, вміння тримати рівновагу за тестом Берга, та 10-ти метровий тест ходьби. При дослідженні пацієнтів після геморагічних порушень кровообігу спостерігались порушення рухових можливостей, зміни м'язовому тону та обмеження функціональних можливостей.

3. Запропонована програми фізичної терапії включала терапевтичні вправи, елементи позиціонування, курс масажу, фізіотерапію. Головною відмінністю запропонованої програми від традиційної були заняття з фізичним терапевтом та ерготерапевтом, використання вправ на розвиток балансу та раннє позиціонування.

4. Впроваджена програма фізичної терапії, позитивно вплинула на показники та оцінку функціональної спроможності, знизила тону спазмованих м'язів, спричинила загальнозміцнюючий вплив та покращила вміння тримати рівновагу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баннікова Р., Керестей В. Сучасні підходи до побудови програми фізичної реабілітації осіб з наслідками гострих порушень мозкового кровообігу у пізньому відновному періоді. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2018. № 3. С. 29-37.
2. Богдановська Н. В., Кальонова І. В. Сучасні технології корекції рухових порушень у хворих з ішемічним інсультом. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*. 2017. № 2. С. 5-10.
3. Діденко А., Гриценко І., Гриценко Ю. Геморагічний інсульт: сучасний погляд на лікування. *Український медичний журнал*. 2021. № 6(160). С. 23-27.
4. Дідо Ю. М. Сучасні підходи до відновлення рухових функцій у осіб з наслідками інсульту засобами фізичної терапії та ерготерапії (огляд літератури). *Natural and Technical sciences*. 2018 Т. VI (21), Вип. 179. С. 43-46.
5. Запровадження пацієнт-орієнтованого підходу та удосконалення організації медичної допомоги на сучасному етапі (огляд літератури) / Д. Д. Дячук та ін. *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 1(23). С. 67-77.
6. Жарікова Ю. В. II Медичний конгрес з міжнародною участю «Пацієнтоорієнтованість. Обмін досвідом». *Український медичний часопис*. 2021. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-206074-ii-medichnij-kongres-z-mizhnarodnoyu-uchastyu-patsiyentooriyentovanist-obmin-dosvidom> (дата звернення: 10.02.2025).
7. Особливості реабілітації хворих з перенесеним ішемічним інсультом на тлі кардіальної і церебральної патології / І. С. Зозуля та ін. *Український медичний часопис*. 2022. № 4(150). С. 1-3.
8. Зозуля І. С., Зозуля А. І. Геморагічна церебральна хвороба. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. Київ, 2018. Вип. 32. С. 126-143.
9. Зозуля, І. С., Волосовець А.О., Патогенез та підтипи транзиторної ішемічної атаки. *Український медичний часопис*. Київ, 2020. Т.1, № 5. С.24-25.

10. Калмикова Ю. С., Без'язична О. В., Калмиков С. А. Сучасні погляди на методику вертикалізації у нейрореабілітації. *Сучасні тенденції, спрямовані на збереження здоров'я людини* : зб. наук. пр. Харків, 2021. Вип. 2. С. 37-40.

11. Клапчук В. В., Миренко А. О., Пономарьов Д. А. Комплексна фізична реабілітація людей похилого віку у ранні терміни після інсульту. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2019. № 1. С. 113-118.

12. Козьолкін О. А., Медведкова С. О., Ревенько А. В. Реабілітація хворих на мозковий інсульт : навч. посіб. для самост. роботи лікарів-інтернів за спеціальністю «Неврологія», «Загальна практика – сімейна медицина», лікарів-неврологів, сімейних лікарів. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 87 с.

13. Камінський А. А. Перебіг внутрішньомозкових гіпертензивних крововиливів залежно від віку та статі. *Українська інтервенційна нейрорадіологія та хірургія*. 2022. № 39(1). С. 22-26.

14. Камінський А. А. Структура та характер гіпертензивних внутрішньомозкових крововиливів супратенторіальної локалізації. *Українська інтервенційна нейрорадіологія та хірургія*. 2021. № 36(2). С. 44-49.

15. Кононенко Н. М., Чікіткіна В. В. Сучасний погляд на корекцію порушень ходьби у пацієнтів після інсульту: особливості комплексної реабілітації. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2022. № 2. С. 112-117.

16. Костинська О. М., Галенко М. О., Чернишова І. М. Досвід застосування методики дзеркальної терапії в комплексній реабілітації постінсультних хворих з порушеннями функцій верхніх кінцівок. *Медицина болю (PainMedicine)*. 2018. № 3(2). С. 31.

17. Лазарева О. Б. Використання електроміостимуляції із біологічним зворотним зв'язком у пацієнтів після оперативного лікування геморагічного інсульту. *Сучасні технології в реабілітації та лікуванні нейронм'язовоскелетних розладів* : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Київ : Центр учеб. л-ри, 2017. С. 75–76.

18. Керестей В. В. Комплексна програма фізичної реабілітації для осіб з наслідками гострих порушень мозкового кровообігу у пізньому відновному періоді : автореф. дис. канд. наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.03. Київ, 2019. 21 с.

19. Керестей В., Баннікова Р. Ефективність застосування методу функціонального тренування у програмі фізичної реабілітації пацієнтів з наслідками гострого порушення мозкового кровообігу у пізньому відновному періоді. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2019. № 1(107). С. 34-40.

20. Козьолкін О. А., Візір І. В., Сікорська М. В. Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюваннями нервової системи : навч.-метод. посіб. для бакалаврів медицини IV курсу медичного факультету по спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Запоріжжя : ЗДМУ. 2020. 177 с

21. Кукса Н. В. Мудрик О. В. Сучасні підходи до реабілітації хворих. *Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії* : матеріали III Всеукр. заочної наук.-практ. інтернет-конф., Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. С. 191-5.

22. Лисенюк В. П. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини : навч. посіб. Київ : Наука, 2018. 70 с.

23. Функціонально-організаційні моделі реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні / Г. В. Малешко та ін. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 2(55). С. 87-96.

24. Матяш М. М., Онопрієнко О. П. Медико-експертні критерії обмеження життєдіяльності при наслідках перенесеного інсульту. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 1(75). С.37- 45.

25. Назаренко М. О. Когнітивно орієнтована терапія в контексті ерготерапевтичного втручання для осіб з когнітивними порушеннями після перенесеного геморагічного інсульту в ділянці СМА. *Молодіжна наукова ліга* 74. 2023. № 3. С. 211-213.

26. Нейрореабілітація пацієнтів після інсульту: Рекомендації Австрійської асоціації боротьби з інсультом 2018 року. *Ukrainian Neurosurgical Journal*. 2019. Vol. 25(2). P. 54-60.

27. Парій В. Д., Короткий О. В. Удосконалена, пацієнт-орієнтована організаційно-функціональна модель діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4/1(53). С. 88-92.

28. Попадюха Ю. А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації : навч. посіб. Київ : Знання, 2018. 300 с.

29. Попадюха Ю. А. Сучасні роботизовані комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях : навч. посіб. Київ : 2018, 656 с.

30. Поліщук М. Є, Камінський А. А. Дискусійні питання хірургічного лікування гіпертензивних внутрішньомозкових крововиливів. *Невідкладна нейрохірургія, присвячена 100-річному ювілею проф. Г.П. Педаченка*. : матеріали наук.-практ. та освітньої конф. нейрохірургів України, м. Київ, 31 трав.-1 черв. 2023 р. Київ : Укр Нейрохір Асоціація (УНА), 2023. С. 46.

31. Прокопів М. М., Трепет Л. Н. Крововилив у таламус: клінічні прояви, діагностика, лікування та наслідки. *Укр. Мед. Часопис*. 2018. № 6(128). С. 4.

32. Роль медсестринства у формуванні пацієнт-орієнтованого підходу та освіті пацієнта. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/> (дата звернення: 10.02.2025).

33. Рубан Л., Місюра В. Фізична терапія постінсультних хворих в резидуальному періоді. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2021. № 3(133). С. 112-116.

34. Динаміка когнітивних функцій у хворих після ішемічного інсульту під впливом комплексу фізичної та медикаментозної реабілітації паретичної руки / Чорна О. та ін. *Український медичний журнал*. 2021. № (2). С. 44-47.

35. Юхимчук Х. В. Реабілітація хворих з інсультом. *Медсестринство*. 2018. № 3. С. 23-26.
36. Фізична терапія в нейрореабілітації : навч.-метод. посіб. для викладачів / О. А. Козьолкін та ін. Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 234 с.
37. A patient-centred intervention to improve the management of multimorbidity in general practice: the 3D RCT / C. Salisbury et al. *Health Serv Deliv Res*. 2019. Vol. 7(5). DOI: 10.3310/hsdr07050
38. Action Plan for Stroke in Europe Working Group. Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030 / B. Norrving et al. *European Stroke Journal*. 2018. Vol. 3, № 4. P. 3094-3336.
39. Effect of vibration on postural control and gait of elderly subjects: a systematic review / A. Aboutorabi et al. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2018. Vol. 30(7). P.713-726. DOI: 10.1007/s40520-017-0831-7
40. Agrawal Y., Smith P. F., Rosenberg P. B. Vestibular impairment, cognitive decline and Alzheimer's disease: balancing the evidence. *Aging and Mental Health*. 2020. Vol. 24(5). P. 705-708. DOI: 10.1080/13607863.2019.1566813.
41. Recommendations on telestroke in Europe / A. M. Alasheev et al. *Zhurnal Nevrol i psikiatrii im SS Korsakova*. 2020. Vol. 120(3). P. 33.
42. Computer-based cognitive rehabilitation: the CoRe system / A. Alloni et al. *Disability and Rehabilitation*. 2017. Vol. 39(4). P. 407-17.
43. Determinants of post-stroke cognitive impairment: analysis from VISTA / F. Arba et al. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2017. Vol. 135(6). P. 603-7.
44. Brunt A., Albines D., Hopkins-Rosseel D. The Effectiveness of Exercise on Cognitive Performance in Individuals with Known Vascular Disease: A Systematic Review. *Clinical Medicine*. 2019. Vol. 8(3). P. 294.
45. Pregnancy, hormonal treat-ments for infertility, contraception, and menopause in women after ischemic stroke: a consensus document / V. Caso et al. *Stroke*. 2017 Vol. 48(2). P. 501-506.

46. Mortality and recurrent vascular events after first incident stroke: a 9-year community-based study of 0·5 million Chinese adults / Y. Chen et al. *Lancet Glob Health*. 2020. Vol. 8(4). P. 580-90. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30069-3.
47. Stroke unit demand in Norway - present and future estimates / F. A. Dahl et al. *BMC Health Services Research*. 2022. Vol. 22(1). P. 336. DOI: 10.1186/s12913-021-07385-1.
48. Cespon J., Miniussi C., Pellicciari M. C. Interventional programmes to improve cognition during healthy and pathological ageing: Cortical modulations and evidence for brain plasticity. *Ageing Res Rev*. 2018. Vol. 43. P. 81-98.
49. Effect of Task-Specific Lower Extremity Training on Cognitive and Gait Function in Stroke Patients: A Prospective Randomized Controlled Trial / S. H. Chung et al. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2019. Vol. 43(1). P. 1-10.
50. Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review / E. R. Coleman et al. *Curr Atheroscler Rep*. 2017. Vol. 19(12). P. 59.
51. Mobile Stroke Unit Computed Tomography Angiography Substantially Shortens Door-to-Puncture Time / A. L. Czap et al. *Stroke*. 2020. Vol. 51(5). P. 1613-1615.
52. Elgh E., Hu X. Dynamic Trajectory of Long-Term Cognitive Improvement Up to 10 Years in Young Community-Dwelling Stroke Survivors: A Cohort Study. *Frontiers in Neurology*. 2019. Vol. 10. P. 97.
53. Feigin V. L., Norrving B., Mensah G. A. Global Burden of Stroke. *Circulation Research*. 2017. Vol. 120(3). P. 439-48.
54. Preliminary Study of Dual-Task Training Using Virtual Reality: Influence on Walking and Balance in Chronic Poststroke Survivors / P. Fishbein et al. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*. 2019. Vol. 28(11). P. 104343.
56. Fotakopoulos G., Kotlia P. The Value of Exercise Rehabilitation Program Accompanied by Experiential Music for Recovery of Cognitive and Motor Skills in Stroke Patients. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*. 2018. Vol. 27(11). P. 2932-9.

57. Two Paradigms for Endovascular Thrombectomy After Intra-venous Thrombolysis for Acute Ischemic Stroke / G. Gerschenfeld et al. *JAMA Neurol.* 2017. Vol. 74(5). P. 549–556.

58. Modeling Stroke Patient Transport for All Patients with Suspected Large-Vessel Occlusion / Holodinsky J. K. et al. *JAMA Neurol.* 2018. Vol. 75(12). P. 1477–1486.

59. Cognitive effects of weightshifting controlled exergames in patients with chronic stroke: a pilot randomized comparison trial / J. W. Hung et al. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2017. Vol. 53(5). P. 694-702.

60. The use of virtual reality for balance among individuals with chronic stroke: a systematic review and metaanalysis / J. Iruthayarajah et al. *Topics in Stroke Rehabilitation.* 2017. Vol. 24(1). P. 68-79.

61. A game-based neurofeedback training system to enhance cognitive performance in healthy elderly subjects and in patients with amnesic mild cognitive impairment / S. Jirayucharoensak et al. *Clinical Interventions in Aging.* 2019. Vol. 19(4). P. 347-60.

62. The effect of cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) on participation in daily activities among stroke survivors with cognitive impairments: a randomized controlled trial / A. Jetha et al. *Int J Environ Res Public Health.* 2021. Vol. 18(14). P. 7491.

63. History of the path towards imaging of the brain: From skull radiography through cerebral angiography / H. Kamal et al. *Current J Neurol.* 2020. Vol. 19(3). P. 131-7. DOI: 10.18502/cjn.v19i3.5426.

64. Kamalian S., Lev M. H. Stroke Imaging. *Radiol Clin North Am.* 2019. Vol. 57(4). P. 717-32. DOI: 10.1016/j.rcl.2019.02.001.

65. Cardiac mechanics and incident ischemic stroke: the Cardiovascular Health Study / H. Kamel et al. *Sci Rep.* 2021. Vol. 11(1). P. 17358. DOI: 10.1038/s41598-021-96702-z.

66. Kaminskyi A. Hypertensive supratentorial intracerebral hemorrhage: clinical picture, diagnosis, treatment. *Emergency Med.* 2023. Vol. 19(7). P. 475-9.

67. Kim G. Y., Han M. R., Lee H. G. Effect of Dual-task Rehabilitative Training on Cognitive and Motor Function of Stroke Patients. *Society of Physical Therapy Science*. 2014. Vol. 26(1). P. 1-6.
68. Kumar S. S., Archana R., Mukkadan J. K. Effect of vestibular stimulation on spatial and verbal memory in college students. *The National Medical Journal of India*. 2017. Vol. 30(6). P. 337-9.
69. Forced, Not Voluntary, Aerobic Exercise Enhances Motor Recovery in Persons With Chronic Stroke / S. M. Linder et al. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2019. Vol. 33(8). P. 681-90.
70. Cognitive and motor dual task gait training improve dual task gait performance after stroke – A randomized controlled pilot trial / Y. C. Liu et al. *Scientific Reports*. 2017. Vol. 7(1). P. 4070.
71. Effects on balance skills and patient compliance of biofeedback training with inertial measurement units and exergaming in subacute stroke: a pilot randomized controlled trial / A. Lupo et al. *Functional Neurology*. 2018. Vol. 33(3). P. 131-136.
72. Marcolini E., Stretz C., DeWitt K. M. Intracranial Hemorrhage and Intracranial Hypertension. *Emerg Med Clin North Am*. 2019. Vol. 37(3). P. 529-44. DOI: 10.1016/j.emc.2019.04.001.
73. Markus H. S. Reducing disability after stroke. *Int J Stroke*. 2022. Vol. 17(3). P. 249-50. DOI: 10.1177/17474930221080904.
74. Maciaszek J. Effects of Posturographic Platform Biofeedback Training on the Static and Dynamic Balance of Older Stroke Patients. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*. 2018. Vol. 27(7). P. 1969-74.
75. Park M. O., Lee S. H. Effect of a dual-task program with different cognitive tasks applied to stroke patients: A pilot randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*. 2019. Vol. 44(2). P. 239-49.
76. Park M. O., Lee S. H. Effects of cognitive-motor dual-task training combined with auditory motor synchronization training on cognitive functioning in

individuals with chronic stroke: A pilot randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2018. Vol. 97(22). P. 109-10.

77. Effectiveness of cognitive orientation to occupational performance in people with stroke: a systematic review and meta-analysis / Y. C. Yang et al. *Neuropsychol Rehabil*. 2022. Vol. 32(2). P. 257-284.

78. Advanced Imaging for Acute Stroke Treatment Selection: CT, CTA, CT Perfusion, and MR Imaging / R. W. Regenhardt et al. *Radiol Clin North Am*. 2023. Vol. 61(3). P. 445-56. DOI: 10.1016/j.rcl.2023.01.003.

79. Economic Burden of Stroke Disease: A Systematic Review / T. N. Rochmah et al. *Inter J Environmental Res Public Health*. 2021. Vol. 18(14). P. 7552. DOI: 10.3390/ijerph18147552.

80. Deep Learning for Detecting Cerebral Aneurysms with CT Angiography / J. Yang et al. *Radiology*. 2021. Vol. 298(1). P. 155-63. DOI: 10.1148/radiol.2020192154.

81. Cerebrospinal fluid predictors of shunt-dependent hydrocephalus after hemorrhagic stroke: a systematic review and meta-analysis / Y. C. Yang et al. *Neurosurgical Review*. 2022. Vol. 45(3). P. 1847-59. DOI: 10.1007/s10143-022-01731-5.

82. Small Intracranial Aneurysms: Diagnostic Accuracy of CT Angiography / Z. L. Yang et al. *Radiol*. 2017. Vol. 285(3). P. 941-52. DOI: 10.1148/radiol.2017162290.

83. Functional Outcome After Minimally Invasive Endoscopic Evacuation of Thalamic Intracerebral Hemorrhage / R. Song et al. *World Neurosurg*. 2021. Vol. 149. P. e592-99. DOI: 10.1016/j.wneu.2021.01.128.

84. Sprügel M. I., Huttner H. B. Intracerebral hemorrhage. *P hot topics. Nervenarzt*. 2019. Vol. 90(10). P. 987-94. DOI: 10.1007/s00115-019-0777-4.

85. The economic burden of stroke: a systematic review of cost of illness studies. / S. Strilciuc et al. *J Med Life*. 2021. Vol. 14(5). P. 606-19. DOI: 10.25122/jml-2021-0361.

86. Tan K. S., Venketasubramanian N. Stroke Burden in Malaysia. *Cerebrovascular Dis Extra*. 2022. Vol. 12(2). P. 58-62. DOI: 10.1159/000524271.
87. Deep Learning-Based Synthetic TOF-MRA Generation Using Time-Resolved MRA in Fast Stroke Imaging / S. H. You et al. *American Journal of Neuroradiology*. 2023. Vol. 44(12). P. 1391-8. DOI: 10.3174/ajnr.A8063.
88. Neuroendoscopy surgery for hypertensive intracerebral hemorrhage with concurrent brain herniation: a retrospective study of comparison with craniotomy / Y. Zhan et al. *Frontier Neurol*. 2023. Vol. 14. P. 1238283. DOI: 10.3389/fneur.2023.1238283.
89. Novel targets, treatments, and advanced models for intracerebral haemorrhage / M. Zille et al. *EBioMed*. 2022. Vol. 76. P. 103880. DOI: 10.1016/j.ebiom.2022.103880.

ДОДАТКИ

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

¹ Кушковий Р.А.

¹Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,

kushkovoy55@gmail.com

Вступ. Аналіз спеціальної літератури свідчить про те, що гострі порушення мозкового кровообігу є досить розповсюдженою причиною інвалідизації та обмеження функціонування осіб працездатного віку. Активність і якість життя значною мірою можуть погіршуватися через геміплегію, геміпарез, спастичність, синергії, атрофію та зміни чутливості,* що впливають на рухову сферу. Порушення у когнітивній сфері включають афазію, апраксію, проблеми з пам'яттю, мисленням, увагою і навчанням, неглект, який порушує усвідомлення половини тіла та простору. Також часто трапляються такі порушення, як дефекти полів зору, дисфагія, дизартрія і проблеми з контролем функцій тазових органів.

Важливого значення набуває питання удосконалення системи реабілітації пацієнтів, які перенесли геморагічний інсульт, підбір та аналіз методів фізичної терапії. Фізична терапія пацієнтів після перенесеного інсульту базуються на концепції Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, яка акцентує увагу на здоров'ї і функціонуванні, а не на неповносправності.

Мета. Теоретичний аналіз використання методики фізичної терапії після геморагічних інсультів.

Матеріали та методи Теоретичний аналіз та узагальнення матеріалів наукової, методичної літератури та інтернет-ресурсних та інших джерел.

Результати та їх обговорення Наразі у сучасній науково-методичній літературі найбільше уваги приділено ефективності фізичної терапії в гострому та ранньому періодах відновлення. Проте, варто відмітити, що тривалість реабілітаційних заходів не обмежується часом. Процес відновлювальне може відбуватися і в пізнішому періоді.

Допомога при гострих порушеннях мозкового кровообігу базується на єдиних принципах і обов'язкових вимогах. Варто врахувати можливість ранньої мобілізації хворих і проведення реабілітаційних заходів, які значною мірою визначають ступінь відновлення неврологічних функцій, вираженість інвалідності та наявність вторинних ускладнень.

Наразі науковці сформулювали цілі рухової реабілітації після інсульту, що передбачають: якнайшвидший початок фізичної терапії, міждисциплінарний підхід, активну участь пацієнта у відновних заходах, підтверджену ефективність комплексного підходу з одночасним застосуванням різних видів реабілітації.

Основною вимогою до фізичної терапії після інсульту є безперервність, протягом мінімум 2 років, та відповідність функціональним можливостям

Продовження ДОДАТКУ А



Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації: матеріали
VII науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, м. Харків, 15 травня 2025 р.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИХ КРОВОВИЛИВІВ

Кушковий Р. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kushkovoy55@gmail.com

Вступ. Гострі порушення мозкового кровообігу є значною медичною та соціальною проблемою, оскільки, вони мають вплив на структуру захворюваності та смертності населення, спричиняють значні погіршення здоров'я та первинну інвалідність. Статистичні дані показують, що Україна займає перше місце як у Європі, так і у світі за рівнем захворюваності та смертності від інсульту.

Тому, розробка програм фізичної терапії для пацієнтів, які перенесли інсульт, є необхідністю та орієнтована на рівень участі за Міжнародною класифікацією.

Мета вивчити основні методи фізичної терапії у пацієнтів після геморагічного порушення мозкового кровообігу.

Матеріали та методи – Виконання дослідження проводилось шляхом аналізу матеріалів наукової, методичної літератури, інтернет-ресурсів, зокрема, PubMed Web of Knowledge. Теоретичні методи дослідження-пошуковий метод обробки даних, аналітичний метод.

Результати та їх обговорення. Організація занять хворих після інсульту базується на основних принципах фізичної терапії, яка спрямована на відновлення фізичної активності, когнітивних функцій, поведінки, якості життя та зміни способу життя ендогенними та екзогенними факторами. Це включає профілактику, діагностику, фізичну терапію пацієнтів усіх вікових груп з патологічними порушеннями.

Для планування фізіотерапевтичного втручання ми використовували Міжнародну Класифікацію Функціонування, Обмеження Життєдіяльності і Здоров'я та ставили цілі у SMART форматі. Всі цілі були поставлені на рівні Учасності, Діяльності і Структури.

Рання фізична терапія, яка починається з перших днів захворювання та триває перші шість місяців захворювання, включає низку заходів, спрямованих на запобігання розвитку ускладнень, ранню вертикалізацію та мобілізацію пацієнта. В перші 24-48 годин після госпіталізації пацієнта з гострим інсультом фізичний терапевт оцінює його стан для призначення індивідуальної програми відновлення.

У більшості випадків адекватне фізичне навантаження під час комплексного фізичної терапії наслідків гострого порушення мозкового кровообігу дуже часто має вирішальне значення для того, наскільки добре пацієнт відновлюється після фізичної терапії.

Тому, заняття проводились 5 разів на тиждень, у першій половині дня з фізичним терапевтом, кожного дня, крім суботи та неділі. Тривалість заняття складала 45 хвилин, а щільність складала 1 тиждень – 30%, з другого тижня –

Продовження ДОДАТКУ Б

