

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ

ТОЦЬКА А. В.

БАНДУРІНА К. В., к. фіз. вих., доцент

Запорізький національний університет

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ НЕВРОЛОГІЧНОГО ВІДЛІЕННЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Анотація. *Обґрунтовується необхідність побудови індивідуальної програми фізичної реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт з використанням мультидисциплінарного підходу.*

Ключові слова: *інсульт, пацієнти, відновлення, ходьби, команда, програма.*

Вступ. Інсульт – судинна катастрофа, яка відбувається раптово внаслідок порушення мозкового кровообігу. У разі виникнення інсульту особливо важлива швидка реакція оточуючих, оскільки кожна втрачена хвилина визначає подальше життя пацієнта.

Причиною інсульту є порушення кровообігу у частині мозку через закупорку чи розрив судини. Коли виникає закупорка мозкової артерії, певна ділянка мозку перестає отримувати достатньо крові та гине через брак кисню. Ураження ділянки мозку внаслідок ішемії (кисневої недостатності) викликає ішемічний інсульт [1; 2; 5].

Якщо ж мозкова артерія розривається, то внаслідок крововиливу у тканини або оболонки мозку потрапляє певна кількість крові – виникає внутрішньочерепний крововилив (гематома), який стискає оточуючі чи прилеглі тканини мозкової артерії, називають геморагічними інсультами. У разі коли порушення мозкового кровообігу триває довше, ніж кілька годин, нервова тканина може зазнати незворотних ушкоджень.

Найчастіші причини інсульту виникають при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі, аневризмах, васкулітах, захворюваннях серця тощо. Спричинюються інсульти порушеннями кровообігу, коагуляційних властивостей крові, зміною реактивності судин, спазмом, дистонією судин, коливаннями артеріального тиску, психотравмою, фізичним навантаженням тощо. Інсульт у чоловіків трапляється зазвичай частіше. Пов'язано це з тим, що вони знаходяться в групі ризику по розвитку атеросклерозу. На відміну від жінок, у яких гормональний фон до менопаузи захищає судини від утворення бляшок, у представників сильної статі навіть невелике підвищення рівня холестерину призводить до відкладення його в стінках артерій. Крім того, чоловіки набагато частіше курять і зловживають алкоголем, а шкідливі звички також значно підвищують ризик інсульту [3; 4; 6].

В останній час в нашій країні все більше хворих, які перенесли інсульт та потребують допомоги в боротьбі з його наслідками.

Мета дослідження: дослідити особливості застосування мультидисциплінарного підходу до побудови програми фізичної реабілітації пацієнтів з інсультом після гострого періоду і до повної вертикалізації та відновлення ходьби.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та узагальнити дані наукової та науково-методичної літератури щодо реабілітації пацієнтів після інсульту.

2. Обґрунтувати необхідність застосування програми реабілітації для відновлення незалежності хворих після інсульту.

Матеріали і методи дослідження. Теоретичні методи наукового дослідження.

Результати дослідження. Реабілітація – це важлива частина процесу відновлення після інсульту. Ціль реабілітаційної програми – допомогти пацієнту відновити максимально можливу незалежність. Але це не означає, що пацієнт повернеться до такого ж стану та способу життя, який він вів до інсульту. Реабілітація не може вилікувати пошкодження мозку, завдані інсультом, але може навчити правильно використовувати та контролювати своє тіло, боротися з наслідками захворювання: м'язовою слабкістю, біллю, спастичністю, порушенням балансу, зниженням толерантності до фізичних навантажень.

Багатопрофільна реабілітаційна команда, яка включає послуги одного чи декількох фахівців, визначає індивідуальну програму реабілітації. Реабілітаційною командою, а саме мультидисциплінарною бригадою включає в себе фахівців: лікуючий лікар, медичні сестри, кінезіотерапевт (фахівець фізичної реабілітації), ерготерапевт (фахівець фізичної реабілітації), логопед, психолог, представник служби соціального захисту (соціальний представник).

Реабілітація повинна починатись якнайшвидше після виникнення інсульту. Часте пере-

вертання в ліжку, правильне викладання у фізіологічно правильне положення тулуба та кінцівок (позиціонування) і пасивні вправи для паралізованих м'язів можуть допомогти запобігти виникненню контрактур та слабкості уражених м'язів. Також це може підготувати м'язи для більш ускладнених рухових завдань у медсестри, які в подальшому можуть навчити сім'ю та піклувальників, як допомагати в розвитку фізичних навичок пацієнта і в подальшому.

65–85% пацієнтів після інсульту навчаються самостійно ходити протягом 6 місяців, але порушення можуть залишатися. Починаючи підготовку до ходьби слід враховувати: профілактику болі у плечі; профілактику вкорочення литкового м'язу; підтримання симетричною пози сидючи; можливість симетрично встати і утримати рівновагу стоячи; відновлення опорної функції слабкої ноги; правильне положення перед підготовкою до ходьби у пацієнтів після інсульту.

Постановка реабілітаційних цілей є абсолютно необхідним елементом роботи для ефективної реабілітації. Реабілітаційні цілі визначають як коротко, так і довготермінові (на 1–2 тижні та 1–2 місяці відповідно). Цілі ставляться у режимі ставляться у режимі SMART:

- S-specific (специфічна);
- M-measurable (вимірювана);
- A-achievable (досяжна);
- R-realistic (реалістична);
- T-timed (визначена в часі).

Висновки. Найбільш тяжкою формою судинних захворювань є інсульт, який посідає одне з перших місць серед причин смертності і перше місце серед причин стійкої втрати працездатності.

Необхідно починати ранню мобілізацію з перших днів після інсульту. Чим раніше починається лікування, тим більш вірогідно уникнути тяжких наслідків захворювання. Провідну роль у досягненні максимально можливого відновлення відіграє мультидисциплінарний підхід до фізичної реабілітації та визначення індивідуальної програми багатопрофільною командою.

Перспективи подальших досліджень розробити програму фізичної реабілітації після вертикалізації пацієнтів стоячи та допомога у повсякденному житті.

Список використаної літератури:

1. Виленский Б.С. Инсульт – современное состояние проблемы / Б.С. Виленский // *Неврол. журн.* – 2008. – № 2. – С. 4–10.
2. Коваленко В.М. Демографія і стан здоров'я народу України. / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко – К., 2010. – 142 с.
3. Коваленко В.М. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. / В.М. Коваленко В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко – К., 2009. – 146 с.
4. Мищенко Т.С. Аналіз епідеміології цереброваскулярних хвороб в Україні / Т.С. Мищенко // *Судинні захворювання головного мозку.* – 2010. – № 3. – С. 2-9.
5. Хобзей М.К. Проблема патології нервової системи в Україні та стан вітчизняної неврологічної служби на межі десятиріччя / М.К. Хобзей, М.О. Зінченко, М.В. Голубчиков, Т.С. Міщенко // *Здоров'я України.* – 2010. – № 3 (14). – С. 3–4.
6. Хобзей Н.К. Эпидемиология инсульта, клинические и экспертные аспекты в Украине / Н.К. Хобзей, Т.С. Мищенко, В.А. Голик, А.В. Ипатов // *Судинні захворювання головного мозку.* – 2010. – № 4. – С. 2–5.