

ЛІТЕРАТУРА

1. Бісмак О.В. Фізична реабілітація у комплексному відновленні хворих на неврит лицевого нерва. *Молодий вчений*. № 10 (50). Жовтень. 2017. С. 211–214.
2. Неведомська Є.О. Анатомія та фізіологія нервової системи: навч.-метод. посіб. для практичних робіт для студ. вищ. навч. закл. К.: Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. 70 с.
3. Неведомська Є., Пендрак Я. Фізична реабілітація хворих на неврит лицевого нерва. *Молодий вчений*. 2018. № 6 (58). С. 273–277.
4. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами і захворюваннями нервової системи: Навч. посібник. К.: Олімпійська література, 2006. 196 с.
5. Facial Nerve Palsy. Walker NR, Mistry RK, Mazzoni T. 2023 Jul 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 31747222 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31747222/>

Оксана ФІГУРА, Андрій КУШНІР
(Дрогобич, Україна)

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ В ПІЗЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Актуальність. Інсульт є гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) і відноситься до важкого цереброваскулярного захворювання. Це одне з найпоширеніших захворювань, з якими стикаються неврологи, реаніматологи, нейрохірурги та лікарі загальної практики. Інсульт посідає друге місце серед усіх причин смерті та інвалідності і зустрічається в усіх вікових групах [3].

Щорічна захворюваність в Україні становить 300 випадків на 100 тис. населення, що підвищує середню захворюваність на ГПМК в економічно розвинених країнах Європи (200 на 100 тис. населення) [2]. Це все ще третя причина смерті в Сполучених Штатах. Щороку відбувається близько 730 000 нових випадків інфікування та 158 000 смертей. Близько 30% помирає з моменту хвороби, а до кінця року 45–48 % хворих. 25–30 % тих, хто переніс інсульт, залишаються інвалідами і більше 10–12 % повертаються до роботи [2].

Мета дослідження. Вивчити ефективність реабілітації пацієнтів на мозковий інсульт в пізньому відновлювальному періоді з використанням програми реабілітації.

Пацієнти поступали на реабілітацію на 4–8 тижнів після перенесеного ГПМК і спостерігалися упродовж всього терміну пізнього відновного періоду.

Обстеження пацієнтів проводили в динаміці протягом всього періоду перебування їх в реабілітаційному центрі «Модричі»: кожен пацієнт обстежувався на 2-3 день після поступлення в РЦ та наприкінці реабілітаційного періоду перед виписуванням додому. Використовували такі шкали: Моторний контроль вертикалізації, тест контролю руху тулуба, шкала балансу Берга, 10 – метровий тест ходьби, 6 – хвилинний тест ходьби, тест 4 – квадрата, тест «Встань та йди».

У формуючому експерименті пацієнти були розділені на дві групи: основна група з 10 пацієнтів і контрольна група з 10 пацієнтів. Основними неврологічними наслід-

ками у пацієнтів були лівостороння та правостороння геміплегія, спастичність та селективна дисрегуляція. Основним руховим порушенням було погіршення координації та рівноваги, зниження м'язової сили та витривалості, що значно знижувало здатність пацієнтів до самообслуговування та функціональної незалежності, впливаючи на якість життя.

Програма реабілітаційних втручань

Цілі програми фізичної терапії: Реінтегрувати пацієнтів у життя шляхом максимального відновлення втрачених функцій та розвитку стійкої компенсації [1].

Кінезотерапія. Заняття склалися з трьох частин: вступної, основної та заключної. Використовувалися різні вихідні положення. Виконувалися спеціальні та загальнорозвиваючі вправи. Вправи починали виконувати із здорової руки, щоб послати імпульси в мозок і підготувати пацієнта до фізичної активності. Спочатку використовували пасивні рухи дрібними суглобами, щоб розслабити суглоби і зменшити співдружні рухи (синкінезій), потім великі суглоби, їх ротацію та розтягненням м'язів. Далі виконували рухи в ураженій руці, після чого проводили масаж здорової та ураженої руки, після активних вправ використовували пасивні вправи на розслаблення, які чергувались із дихальною гімнастикою. Навчали пацієнтів мобільності у межах ліжка. Потім переходили до нижніх кінцівок, де пацієнт добровільно виконував дистальні рухи кінцівками, переходили до колінного суглоба і виконували активно - пасивні вправи, після чого виконував вправи на розслаблення, а потім напівмостик (підйом тазу) для відновлення рухів і зміцнення м'язів нижніх кінцівок, м'язів черевного преса і м'язів тазового дна, готуючи пацієнта до подальших фізичних навантажень.

Далі виконували пасивні рухи в тазостегновому суглобі для відновлення функції тазостегнового суглоба та запобігання сильного закидання ноги в бік, а також судинну гімнастику для зменшення набряку, в кінці заняття виконували дихальні вправи та масаж ніг, а також позиціонування верхніх кінцівок і обох ніг для запобігання спастичності та зменшення набряків у нижніх кінцівках. Для зміцнення м'язів нижніх кінцівок та відновлення стереотипу правильної ходи пацієнта навчали підніматися та спускатися сходами. Тренування проводилися на сходах з поручнями. Перед процедурою пацієнтові проводили інструктаж і пояснювали процедуру. Потім пацієнта підводили до сходок і підтримували його з ураженої сторони, здоровою рукою він тримався за поручень, пацієнт самостійно піднімався на сходинку ставив уражену ногу до здорової.

Арт-терапія: використовувалася для покращення психоемоційного стану пацієнта та аналізу його малюнків. Спочатку пацієнта просили намалювати неіснуючу тварину і за її розташуванням, лініями та формою аналізували його психологічний стан. Потім пацієнт сам вирішував, що малювати, при цьому не було ніяких обмежень у виборі кольору або кількості листочків. Пацієнт не міг тримати предмети ураженою рукою, тому малював здоровою рукою, а іншою підтримував листок, допомагаючи своїй руці та залучаючи до роботи уражену сторону [4].

Ерготерапія: Неврологічні симптоми, такі як біль, втома, слабкість і проблеми з рівновагою, впливали на повсякденну життєдіяльність пацієнта. Тому були застосовані загальні принципи для полегшення автономії пацієнта.

Одягання проводилося в сидячому положенні на ліжку, використовувалася одяг на кілька розмірів більший, щоб забезпечити рівновагу і свободу рухів. Взуття використовували на липучках або ж накладні туфлі.

Перед їжею пацієнту надавали підтримуюче положення, щоб він залишався у вертикальному положенні під час прийому їжі. Їжу їли невеликими порціями, а замість виделки використовували ложку з подовжувачем, щоб полегшити захоплення ураженою рукою. Горнятко мало дві ручки, щоб запобігти розливанню. Під час відвідування туалету користувалися спеціальними поручнями, що вмонтовані в стіни [5].

Отже, кінезотерапія допомагає покращити моторику людини в різноманітних повсякденних життєвих ситуаціях. Ці вправи зміцнюють усі м'язи, необхідні для повсякденної діяльності. Пацієнти, які включають функціональне тренування у свою рутину вправ, можуть швидше за інших засвоїти нові навички або покращити старі навички, які вони вже зберегли або відновили. Функціональне тренування призначене для покращення рухів, необхідних для повсякденного життя, та фізичних якостей, таких як кардіореспіраторна підготовка, витривалість, сила, гнучкість, потужність, координація, спритність, рівновага та точність.

Індивідуальні програми ерготерапії можуть допомогти поліпшити увагу, що важливо для осіб після перенесеного мозкового інсульту, підвищити продуктивність і задоволення від діяльності, а також зменшити вплив когнітивних порушень на повсякденне життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Віничук С.М. Рання реабілітація після гострих порушень мозкового кровообігу. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2016. (8). С. 34–39.
2. Brain Stroke: Types, Causes, Symptoms, Prevention and Treatment. URL: <https://www.pacehospital.com/brain-stroke-types-causes-symptoms-prevention-and-treatment>
3. METHODIST MEDICAL CENTER. URL: <https://www.mmcoakridge.com/getting-your-life-back-after-a-stroke/>
4. Stroke Association. URL: <https://www.stroke.org.uk/what-is-stroke/what-are-the-symptoms-of-stroke>
5. Woodruff TM, Thundyil J., Tang SC, Sobey CG, Taylor SM, Arumugam TV Pathophysiology, treatment, and animal and cellular models of human ischemic stroke. *мол. Нейродегенер.* [Безкоштовна стаття PMC] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Оксана ФІГУРА, Тетяна РУДА
(Дрогобич, Україна)

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) становить актуальну проблему у сучасній неврології, що пов'язано з її високою поширеністю, ураженням осіб молодого працездатного віку та вкрай несприятливим впливом на соціальну активність хворих та якість їхнього життя. Станом на сьогодні в Україні налічується близько 21 тис. пацієнтів.