

## **ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ**

**О. С. Даниленко, О. В. Тозик**, канд. пед. наук, доцент, **Н. Ю. Лукьяненко**

Учреждение образования «Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»,  
Гомель, Беларусь, danilenkoos@gmail.com

Статья посвящена влиянию комплексного использования средств физической реабилитации в лечении постинсультных больных. Данная статья отражает положительную динамику применяемых средств на двигательные возможности пациентов. Разработанные в ходе исследования индивидуальные программы реабилитации способствовали не только нормализации утраченных функций постинсультных больных, но и оказали положительное влияние на их адаптацию к бытовым, элементарным трудовым навыкам и вернули пациентам социальную полноценность.

**Введение.** XXI век внес значительные изменения в состояние внутренней среды организма человека. С одной стороны, научно-технический прогресс, развитие медицины, культуры ведения здорового образа жизни – позволили бороться с ранее считавшимися неизлечимыми, тяжелыми заболеваниями и предупреждать их; с другой стороны, изменился образ жизни человека, все выше изложенное способствовало возникновению новой угрозы для здоровья человека. Если в прошлые тысячелетия миллионы жизней уносили инфекции, то в настоящее время лидируют сердечно-сосудистые, злокачественные, обменные, аллергические, иммунодефицитные заболевания. Особое внимание следует обратить на цереброваскулярную патологию, от которой страдает почти четверть населения планеты; смертность от них составляет почти 50 % всех случаев [1, 2].

Одной из наиболее часто встречаемой патологии сердечно-сосудистой системы являются острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). По данным Всемирной федерации неврологических обществ, ежегодно в мире регистрируется не менее 15.000.000 инсультов.

Инсульт – острое нарушение кровоснабжения головного мозга. Это долгий процесс, проходящий стадии от незначительных функциональных изменений до необратимого структурного поражения мозга – некроза (омертвления клеток мозга). Данное заболевание является следствием нарушения функции кровеносных сосудов, а возникающие неврологические расстройства называют цереброваскулярными заболеваниями (от cerebrum – мозг, vascularis – сосудистый, лат.). Тяжесть последствий инсульта зависит от того, в каком участке головного мозга произошло нарушение кровоснабжения или кровоизлияние [3].

В нашей республике заболеваемость инсультом в 2-2,5 раза выше, чем в европейских странах. Инсульт занимает третье место среди причин смертности и первое среди причин инвалидизации населения. Первичные инсульты составляют в среднем 75 %, повторные – около 25 % всех случаев инсульта. Следует добавить, 48% перенесших инсульт, теряют способность к активным движениям, у 18% – речевые нарушения, и лишь 20% не получают группу инвалидности после реабилитационных мероприятий.

В настоящее время наблюдается увеличение распространенности заболевания среди лиц трудоспособного возраста и «омоложение» мозговых катастроф. После 40-45 лет каждое десятилетие число инсультов в соответствующей возрастной группе удваивается [4].

Большое значение для устранения последствий инсульта имеет раннее начало реабилитационных мероприятий пациентов. Комплексное применение средств физической реабилитации будет носить как восстановительный, так и профилактический характер.

**Цель исследования** – теоретически обосновать и экспериментально доказать эффективность влияния средств лечебной физической культуры при восстановлении постинсультных больных.

**Материалы и методы исследования.** В данном исследовании применялись следующие методы:

- анализ и обобщение научно-методической литературы по проблеме исследования;
- педагогические наблюдения;
- педагогический эксперимент;
- анализ амбулаторных карт;
- функциональное тестирование.

Педагогический эксперимент проводился в 2018-2019 г.г. на базе ГУ «Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов отечественной войны». В нем участвовало 6 постинсультных больных. Организация исследования предусматривала следующую последовательность:

1. На первом этапе были изучены и обобщены данные научно-методической литературы по выявлению эффективных средств лечебной физической культуры в комплексном лечении постинсультных больных, направленных на повышение функциональных возможностей организма и профилактику возможных осложнений. При поступлении пациентов в стационар было изучено их функциональное состояние и двигательные возможности.

2. На втором этапе, на основании анализа научно-методической литературы и данных передовой практики была разработана программа реабилитации постинсультных больных. Основным педагогический эксперимент проводился с участием 6 пациентов отделения реабилитации в возрасте от 40 до 64 лет (мужчин, перенесших инсульт), из них:

*4 пациента* – с правосторонним гемипарезом;

*1 пациент* – с левосторонним гемипарезом;

*1 пациент* – с координационными отклонениями

Программа физической реабилитации включала:

- лечебную гимнастику;
- эрготерапию;
- б) тренировка навыков ходьбы;
- а) вертикализация;
- механотерапию;
- нервно-мышечную релаксацию;
- аутогенную тренировку;
- лечебный массаж;
- физиотерапевтические процедуры;

Распределение средств лечебной физической культуры отображено в таблице 1.

Сущность педагогического эксперимента заключалась в том, что в процессе восстановительных мероприятий в зависимости от текущего состояния больного были разработаны и применены индивидуальные программы реабилитации постинсультных больных.

Изучались амбулаторные карты пациентов, в которых отображались: состояние мышечного тонуса по шкале «Ашфорт», степень выраженности пареза по функциональным классам, мышечная сила, определяющаяся по шестибальной шкале, функциональный двигательный тест, характеризующий двигательные возможности пациента.

Таблица 1 – Реабилитационные мероприятия в режиме дня постинсультных больных

№ п/п	Реабилитационные мероприятия в режиме дня пациентов	Дозировка в минутах
1	лечебная гимнастика	35-40
2	эрготерапия	30-40
3	механотерапия	20-40
4	нервно-мышечная релаксация	15-20
5	аутогенная тренировка	15-20
6	лечебный массаж	20-30
7	Физиотерапевтические процедуры	20-30

Проведенный анализ амбулаторных карт, позволил оценить степень тяжести заболевания, подобрать средства и методы лечебной физической культуры, в соответствии с периодом и двигательным режимом ЛФК.

При поступлении в стационар, определялся мышечный тонус по шкале «Ашфорт». Однако, спастичность мышц проявляется через 1-2 месяца после инсульта, поэтому эта шкала использовалась к концу раннего и в позднем восстановительном периоде.

Степени выраженности пареза определялся по функциональным классам (ФК): ФК0 – нет нарушений или имеется пирамидная недостаточность; ФК1 – легкий парез; ФК2 – умеренно выраженный парез; ФК3 – значительно выраженный парез; ФК4 – парез или резко выраженный парез.

Для оценки мышечной силы как отдельных мышц, так и мышечных групп используется шестибальная шкала – от 5 до 0. Проводится сравнительная оценка больной и здоровой стороны. Баллом 5 оценивается отсутствие пареза, парез оценивается как легкий при соответствии силы 4 баллам, умеренный – 3 баллам, выраженный – 2 баллам, грубый – 1 баллу и при параличе – 0 баллов.

Оценка физического состояния пациентов после инсульта проводилась при помощи бальной оценки по индексу Бартела и включала 10 основных функций: прием пищи, переход с инвалидной коляски на кровать и обратно, выполнение процедур по личной гигиене, пользоваться туалетом, купание, ходьба по ровной поверхности, подъем и спуск по лестнице, одевание и раздевание, регуляция функции опорожнения кишечника, контроль мочеиспускания.

Функциональный двигательный тест при парезах проводился с целью изучения физических возможностей постинсультных больных и позволил оценить степень их двигательных нарушений.

**Результаты исследования.** Установлено, что наиболее адекватным и эффективным способом восстановительного лечения постинсультных больных является лечебная физическая культура, основной формой которой является – лечебная гимнастика, с помощью которой осуществляется лечение движением.

Очевидно, что решающую роль играют методические приёмы специальной лечебной гимнастики, направленные на воссоздание или замещение нарушенных двигательных функций. К специальной гимнастике относятся разнообразные физические упражнения от активного расслабления мышц до сложнейших координаторных упражнений, которые способствуют переходу больного на полное самообслуживание.

По окончании курса реабилитации у пациента с левосторонним гемипарезом М. Андрея Викторовича 1971 года рождения отмечалась положительная динамика по следующим тестовым заданиям: грубая моторика (при поступлении имела 2 балла, при выписке – 6); нога и туловище (при поступлении соответствовали 3 баллам, при выписке – 4); рука (при поступлении имела 0 баллов, при выписке – 1). В общей сложности функциональный двигательный тест у пациента улучшился с 5 баллов до 11.

После комплексного применения средств физической реабилитации у пациента с правосторонним гемипарезом Л. Олега Николаевича 1970 года рождения была отмечена положительная динамика по большинству выполненных тестовых заданий. Функциональный двигательный тест улучшился с 2 баллов до 16.

В ходе педагогического эксперимента у пациента с правосторонним гемипарезом Б. Сергея Петровича 1969 года рождения была отмечена положительная динамика по результатам функционального двигательного теста с 5 до 18 баллов.

При выписке из стационара у пациента с правосторонним гемипарезом С. Василия Николаевича 1957 года рождения функциональный двигательный тест улучшился с 11 до 20 баллов.

Таким образом, после применения разработанных индивидуальных программ физической реабилитации, у всех постинсультных пациентов увеличилась толерантность к физическим нагрузкам.

Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективном использовании комплексного применения средств физической реабилитации при восстановлении постинсультных больных. Предложенные комплексы лечебной гимнастики должны сочетаться с общеукрепляющей гимнастикой, массажем, эрготерапией, механотерапией и лечением положением. Данные средства должны включаться в одно занятие и составлять единый реабилитационный процесс.

На эффективность восстановительного лечения влияют следующие факторы:

- сроки начала проведения реабилитационных мероприятий. Реабилитацию следует начинать на ранних сроках восстановления, что предотвращает появление осложнений и контрактур и способствует восстановлению организма.

- на восстановительный процесс влияет возраст пациента. В более позднем возрасте восстановление организма происходит медленно. Акцент реабилитационных мероприятий следует делать на замещение утраченной функции и обретение навыков самообслуживания.

- реабилитационные мероприятия должны проводиться адекватно состоянию больного и его функциональным возможностям.

- физические упражнения должны проводиться ежедневно – что значительно сокращает сроки реабилитации.

- методы лечебной физической культуры должны сочетаться с массажем идеомоторной и аутогенной тренировки, что благотворно действует на психическое состояние больного и тем самым ускоряет восстановительный процесс.

**Выводы.** В результате проведенного исследования была отмечена положительная динамика комплексного применения средств физической реабилитации в лечении и восстановлении постинсультных больных, о чем свидетельствуют правильно подобранные индивидуально для каждого программы реабилитации. Применяемые в ходе исследования индивидуальные программы реабилитации способствовали не только нормализации утраченных функций постинсультных больных, но и оказали положительное влияние на их адаптацию к бытовым, элементарным трудовым навыкам и вернули пациентам социальную полноценность.

#### Список использованных источников

1. Брехман, И.И. Валеология – наука о здоровье / И.И.Брехман. – М.: ФиС, 1990. – 208 с.
2. Жаков, И.Г. Состояние здоровья населения, проживающего на загрязненных радионуклидами территориях / И.Г. Жаков, В.А. Стежко // Десять лет Чернобылю. Медицинские последствия: сборник научных трудов. – Вып. 2. – Минск: редакция журнала «Адукацыя і выхаванне», 1995. – С. 55-59.
3. Физическая реабилитация: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура) / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.

4.Кулеш, С.Д. Мозговой инсульт: комплексный анализ региональных эпидемиологических данных и современные подходы к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности: монография / С.Д. Кулеш. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – 204 с.

УДК 616.832-004.2+615.825

## ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Т. Н. Калиновская, Ю. П. Спивак, Т. А. Нескреба

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, ДНР, neskreba.taras@mail.ru

В работе рассмотрена целесообразность применения комплекса лечебной физической культуры для лечения и реабилитации больных с рассеянным склерозом, приведен пример базового комплекса упражнений, на основании которого можно в дальнейшем формировать индивидуальные программы ЛФК.

**Введение.** Рассеянный склероз является одним из самых распространенных заболеваний центральной нервной системы и поражает людей в достаточно молодом возрасте. Является неизлечимым прогрессирующим заболеванием, приводящим больного к инвалидизации. Кроме комплексного медикаментозного лечения, для корректировки уже имеющихся двигательных дисфункций и предотвращения появления новых, используются так же комплексы лечебной физической культуры, которые позволяют больному адаптироваться с неврологическими нарушениям, значительно улучшить качество жизни и увеличить ее продолжительность.

**Цель исследования.** Изучение воздействия упражнений ЛФК на течение рассеянного склероза.

**Результаты исследования.** Рассеянный склероз — аутоиммунное заболевание, характеризующееся разрушением миелиновой оболочки нервных волокон. Вследствие чего возникают трудности в прохождении нервного импульса от рецептора к коре и обратно. Заболевание чаще поражает женщин, чем мужчин и диагностируется чаще всего в возрасте от 18 до 50 лет. При этом существует определенная зависимость от возраста и частоты встречаемости заболевания. Так, чем старше становится человек, тем меньше вероятности, что у него разовьется данная патология. Точные причины развития болезни не выявлены, но существует мнение, что зависимость от частых стрессовых ситуаций, недосыпа и разного рода переутомлений все-таки присутствует [1].

Так же есть неподверженная гипотеза об условной наследственности данного заболевания. Так, в семьях, где встречалась данная патология, вероятность проявления ее у других членов семьи выше, чем в семьях, где данная патология в фенотипе не проявлялась. Рассеянный склероз на данный момент является неизлечимым прогрессирующим заболеванием, которое может привести к инвалидизации больного [4].

Состояние пациента поддерживается медикаментозным лечением и обязательными физическими упражнениями, направленными на укрепление мышц и тренировку координации с помощью выполнения специальных точных упражнений.

Важное место в лечении рассеянного склероза и его остаточной симптоматики отводится медико – социальной реабилитации. На первое место выходит цель восстановления двигательных функций. Комплекс ЛФК включает в себя не только