ЛИТЕРАТУРА

1. Андрусик А. Исследование некоторых эргономических особенностей современных гребных тренажёров // Наука и спорт: взгляд в третье тысячелетие: Меж-й. науч. конф. студентов 1-я: сб. ст. – К ., 1999. – С. 54-57
2. Дьяченко А.Ю. Совершенствование специальной выносливости квалифицированных спортсменов в академической гребле. – К.: НПФ “Славутич-Дельфин”, 2004. – 338 с.
3. Жуков С. Е.Технология целенаправленной подготовки спортсменов к соревнованиях на эргометре “Concept” // Спорт на воде. – 2001. - № 4. – С. 26.
4. Клешнев В.В. Особенности гребли на эргометрах и их значения в подготовке гребцов академистов // Теория и практика физической культуры. Вып. № 6 - С.П., 1996. – С. 21-26, 39
5. Колесов В.И., Ленц Н.А., Разумовский Е.А. Проблемы подготовки спортсменов высшей квалификации в видах спорта с циклической структурой движений. – М.: Физкультура и спорт, 2003. – 80 с.
6. Кропта Р.В. Моделирование функциональной подготовленности гребцов на этапе максимальной реализации индивидуальных возможностей: Дис. … канд наук по физ. воспитанию и спорту: (24.00.01) / НУФВСУ. – Киев, 2004. – 188 с.
7. Лапутин А. М. Биомеханические основы техники физических упражнений. // Черниговский ДПУ им. Т. Г. Шевченко: Науковий світ, 2001. – 202 с.
8. Петровский В.В. Режимы чередования работы и отдыха в спортивной тренировке // Физиология процессов утомления и востановления: Сб. науч.тр. - К., 1986. – С. 29-31.
9. Платонов В.Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. – К.: Олимпийская литература, 2004. – 808 с.
10. Сирец А.Л. Возрастная динамика высших мировых достижений в соревнованиях на гребных эргометрах “Concept” // научное обоснование физического воспитания, спорт, тренировки и подготовка кадров по ФК и С. – Минск, 2004 – С. 122-125
11. Уилмор Дж.Х., Костил Д.Л.. Физиология спорта и двигательной активности. – К.: Олимпийская литература, 1997. – С. 85-105, 132-143, 149-215.
12. http://www.concept2.com Официальный сайт: гребные эргометры фирмы Concept 2 (США)

УДК 796.035:616.831

РОЗРОБКА КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Роздорожнюк І. П., студент, Кіріченко І.М., к.мед.н. доцент, Тарасова Г.В., ст. викладач

Запорізький національний технічний університет

Запропонована нами комплексна методика реабілітації позитивно вплинула на покращення стану фізичного та психічного здоров’я пацієнтів похилого віку з гострим порушенням мозкового кровообігу у формі ішемічного інсульту.

Ключеві слова: порушення мозкового кровообігу, ішемічні інсульти, паретичні кінцівки, депресія, ЛФК, реабілітація.

Роздорожнюк И.П., Кириченко И.Н., Тарасова А.В. РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННЫХ ЛЕТ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА / Запорожский национальный технический университет, Украина.

Предложенная нами комплексная методика реабилитации положительно повлияла на улучшение состояния физического и психического здоровья пациентов преклонных лет с острым нарушением мозгового кровообращения в форме ишемического инсульта.

Ключевые слова: нарушение мозгового кровообращения, ишемические инсульты, паретические конечности, депрессия, ЛФК, реабилитация.

Rozdorozhnyuk I.P., Kirichenko I.N., Tarasova A.V. DEVELOPMENT OF THE COMPLEX PROGRAM OF REHABILITATION OF PATIENTS IS YEARS OLD AFTER AN ISCHEMIC STROKE / Zaporizhzhya national technical university, Ukraine.

The complex methodology of rehabilitation offered by us positively influenced on the improvement of the state of physical and psychical health of patients years old with sharp violation of cerebral circulation of blood in form ischemic stroke.

Keywords: violation of cerebral circulation of blood, ischemic strokes, paretic extremities, depression, Medical physical culture, rehabilitation.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ. АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Протягом останніх десятиліть проблема гострого ішемічного інсульту набуває велику значущість у зв'язку з високим рівнем летальності, значною інвалідизацією і соціальною дезадаптацією пацієнтів, що перенесли його. У більшості розвинених країн інсульт займає 1-ше місце серед причин стійкої втрати працездатності: 90% хворих, що перенесли інсульт, мають обмежену працездатність у зв'язку з порушеннями рухових функцій, що зберігаються, 10% з них стають тяжкими інвалідами і потребують сторонньої допомоги [1-5].

Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є найважливішою медико-соціальною проблемою. Захворюваність інсультом складає 2,5 - 3 випадки на 1000 населення в рік, смертність - 1 випадок на 1000 населення в рік. Летальність в гострому періоді інсульту в Україні досягає 35 %, збільшуючись на 12-15% до кінця першого року після перенесеного інсульту. Постінсультна інвалідизація займає перше місце серед всіх причин інвалідизації і складає 3,2 на 10000 населення. До праці повертається 20% осіб, що перенесли інсульт, при тому що одна третина тих, що захворюють інсультом, - люди працездатного віку [6, 7].

Незважаючи на те, що вирішальне значення в зниженні смертності і інвалідизації внаслідок інсульту належить первинній профілактиці, суттєвий ефект в цьому відношенні дає оптимізація системи допомоги хворим ГПМК, введення лікувальних і діагностичних стандартів для цих хворих, включаючи реабілітаційні заходи і профілактику повторних інсультів [8].

Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) вважає, що створення сучасної системи допомоги хворим з інсультом дозволить знизити летальність протягом першого місяця захворювання до рівня 20% і забезпечити незалежність в повсякденному житті через 3 місяці після початку захворювання не менше 70% пацієнтів, що вижили [9].

Розробка і впровадження єдиних принципів ведення хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу повинні допомогти оптимізувати діагностичний підхід і вибір лікувальних заходів для забезпечення найкращого результату захворювання [10, 11].

Мета дослідження – виявити комплекс реабілітаційних дій для хворих на ішемічний інсульт, що буде найбільш дієвим.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження проводилось на базі міської геріатричної лікарні м. Херсон з листопада 2009 р. по квітень 2010 р. У дослідженні брали участь 29 осіб у віці 70-80 років, що перенесли ішемічний інсульт середньої тяжкості, який у них був уперше. За бажанням пацієнтів ми поділили досліджуваних на 2 групи: контрольну (КГ), що складалася із 7 жінок та 8 чоловіків, та експериментальну (ЕГ) - 7 жінок та 7 чоловікв.

Пацієнтам КГ проводились: лікування положенням (гострий період), ЛФК та сегментарний й точковий масаж протягом 3-х місяців.

Пацієнтам ЕГ, окрім програми КГ, пропонувались такі методи реабілітації:

– орієнтовний комплекс вправ лікувальної гімнастики для хворих на інсульт при розширеному постільному режимі (за В.М. Максимовою, Т.С. Ананьєвою, 1995) [8],
– гірудотерапія,
– аромотерапія,
– анімалотерапія,
– дихальна гімнастика за Фроловим.

Після 3-х місяців застосування запропонованої нами методики пацієнти проходили повторне дослідження. Проводилася оцінка клінічних показників: ЧСС, ЧД, АТ, ЖЄЛ. Проводилися оцінка активності повсякденного життя Бартела , оцінка стану за шкалою NIHSS та шкалою Глазго [6]. Також був оцінений психологічний стан за шкалою депресії Бека [3].

Результати дослідженя після статистичної обробки представлені в таблицях та на рисунках.

У таблиці 1 представлені дані клінічних досліджень функціональних показників кардіореспіраторної системи хворих контрольної і експериментальної груп на початку та наприкінці застосування засобів фізичної реабілітації.

Таблиця 1 – Динаміка зміни показників кардіореспіраторної системи хворих після ішемічного інсульту КГ та ЕГ початку та наприкінці досліду (M±m)

Показники	До проведення реабілітаційних заходів		Після проведення реабілітаційних заходів	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
ЧСС (уд/хв)	83,2±0,68	88,3±1,1	82,3±0,57**	87,2±0,51
ЧД (n/хв)	23,6±0,63	23,5±1,56	20,8±0,45**	22,6±1,4
ЖЄЛ (мл)	2170,47±575,69	2110,0±623,25	2500,5±140,0**	2210,0±37,08
АТС, (мм рт.ст.)	186,0±9,37	186,0±12,95	138,0±4,88***	150±6,07
АТД (мм рт.ст.)	107,0±3,39	106,0±5,47	92,0±2,54**	114,5±3,94
ЖЄЛ (мл)	2120,47±500,69	2130,0±62,25	2510,5±140,0**	2140,0±37,08

Примітки: * p < 0,05 у порівнянні з контрольною групою, ** p < 0,05 до проведення реабілітації

В експериментальній групі величина ЧСС достовірно знизилася в порівнянні з показниками на початку дослідження з 83,2±0,68 уд/хв до 82,3±0,57 уд/хв, а також відповідно покращилися величини АТС з 186,0±9,37 мм рт.ст. до 138,0±4,88 мм рт.ст., АТД з 107,0±3,39 мм рт.ст. до 92,0±2,54мм рт.ст., величина ЖЄЛ зросла до 2510,5±140,0 мл, ЧД зменшилась з 23,6±0,63 n/хв до 20,8±0,45 n/хв, що вказує на економічність роботи серцево-судинної системи і системи зовнішнього дихання. У контрольній групі ці ж результати покращилися на недостовірні величини.

Динаміку зміни активності повсякденного життя за шкалою Бартела на початку та в кінці дослідження в пацієнтів контрольної та експериментальної груп можна побачити в таблиці 2.

Таблиця 2 – Динаміка зміни активності повсякденного життя Бартела на початку та в кінці дослідження в пацієнтів контрольної та експериментальної груп (M±m)

Показники	Контрольна група			Експериментальна група		
	початок	кінець	зміни	початок	кінець	зміни
Контроль дефекації	2,4±0,05	9,6±0,2	7,2	2,2±0,31	9,8±0,34	7,6
Контроль сечовипускання	1,5±0,78	8,4±0,46	6,9	1,8±0,67	9,7±0,59	7,8
Гігієна	1,9±0,5	6,7±0,45	4,8	2,1±0,62	8,65±0,12	6,55
Туалет	1,5±0,41	4,2±0,03	0,7	1,8±0,67	4,8±0,14	3
Їжа	2,4±0,16	4,7±0,35	2,3	2,3±0,54	8,74±0,05	6,44
Переміщення	3,1±0,2	4,56±0,04	1,46	2,8±0,61	9,15±0,04	6,35
Мобільність	1,6±0,54	9,2±0,37	7,6	1,8±0,82	13,45±0,57	11,65
Оглядання	1,4±0,4	8,12±0,08	6,72	1,42±0,13	14,7±0,23	11,86
Підйом по сходах	1,3±0,48	4,4±0,51	3,1	1,21±0,5	8,5±0,66	7,29
Застосування ванни	1,4±0,46	4,6±0,07	3,2	1,39±0,48	4,8±0,51	3,41

Як бачимо у пацієнтів експериментальної групи за всіма показниками результат після реабілітаційних заходів набагато кращий у порівнянні з результатами пацієнтів контрольної групи. Вони майже самостійні та в змозі не тільки себе обслуговувати, а ще й переміщуватися у просторі теж майже без супроводження.

За шкалами показників інсульту національного інституту здоров'я NIHSS та Глазго в пацієнтів ЕГ теж спостерігаються значні покращення (таблиця 3).

За шкалою інсульту національного інституту здоров'я NIHSS у пацієнтів ЕГ відбулося зменшення з 15,4±0,16 до 9,8±0,36 балів, що складало 5,6 балів та 36,36 %, а у пацієнтів КГ з 15,2±0,03 до 12,5±0,18 – лише на 2,7 бали та 17,76 %. За шкалою Глазго показники в пацієнтів експериментальної групи відбулися збільшення з 4,5±0,57 до 8,1±0,18, тобто не 3,6 бала що склало 80%, у контрольній групі ці показники збільшилися менш значно – з 4,7±0,33 до 6,3±0,16, на 1,6 бала та 34%.

Для подолання депресії в осіб, які перенесли інсульт, важливе значення має фізична активність. Як показують спостереження, цей стан нерідко може призвести до того, що особи, які перенесли ішемічний

інсульт, перебуваючи в стані депресії, припиняють боротися за життя і не мають достатньої сили волі, щоб перебороти залишкові явища інсульту і почати вести самостійне життя. Внутрішньогруповий розподіл хворих свідчить про покращення психоемоційного стану після застосування реабілітаційної програми.

Таблиця 3 – Динаміка зміни показників шкали інсульту національного інституту здоров'я NIHSS та шкали Глазго (M±m)

Показники	До проведення реабілітаційних заходів		Після проведення реабілітаційних заходів	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
NIHSS	15,4±0,16	15,2±0,03	9,8±0,36	12,5±0,18
Зміна, бали	-	-	5,6	2,7
Зміна, %	-	-	36,36	17,76
Глазго	4,5±0,57	4,7±0,33	8,1±0,18	6,3±0,16
Зміна, бали	-	-	3,6	1,6
Зміна, %	-	-	80	34

У таблиці 4 показана оцінка депресивного стану пацієнтів контрольної та експериментальної груп на початку дослідження та наприкінці дослідження.

Як бачимо, на початку дослідження у 15,4% пацієнтів експериментальної групи спостерігалася важка депресія. Після експерименту пацієнтів з важкою депресією не спостерігалося. Виражена депресія була у 52% пацієнтів експериментальної групи та у 65% хворих контрольної групи. Наприкінці дослідження кількість осіб із вираженою депресією в експериментальній групі звелася до 0, а в контрольній групі знизилася на 24% та становила 41% хворих. Відсоток помірної депресії збільшилася в пацієнтів контрольної групи на 20% (з 23%: до 43%), у пацієнтів експериментальної групи – на 14,7% (з 32,6% до 47,3%). У контрольній групі кількість пацієнтів з легкою депресією змінилось на 4 % - з 12% до 16%, а у пацієнтів експериментальної групи з 0% до 15,6 %. Категорія «Відсутність депресії» в контрольній групі не представлена, а в експериментальній – 37,1 %. Ці зміни графічно зображені на малюнках 1 та 2.

Таблиця 4 – Оцінка депресивного стану пацієнтів контрольної та експериментальної груп на початку дослідження та наприкінці дослідження

Показники депресії	Експериментальна група			Контрольна група		
	Початок, %	кінець, %	Динаміка змін, %	Початок, %	кінець, %	Динаміка змін, %
Відсутність депресії	0	37,1	37,1	0	0	0
Легка депресія	0	15,6	15,6	12	16	4
Помірна депресія	32,6	47,3	14,7	23	43	20
Виражена депресія	52	0	-52	65	41	-24
Важка депресія	15,4	0	-15,4	0	0	0

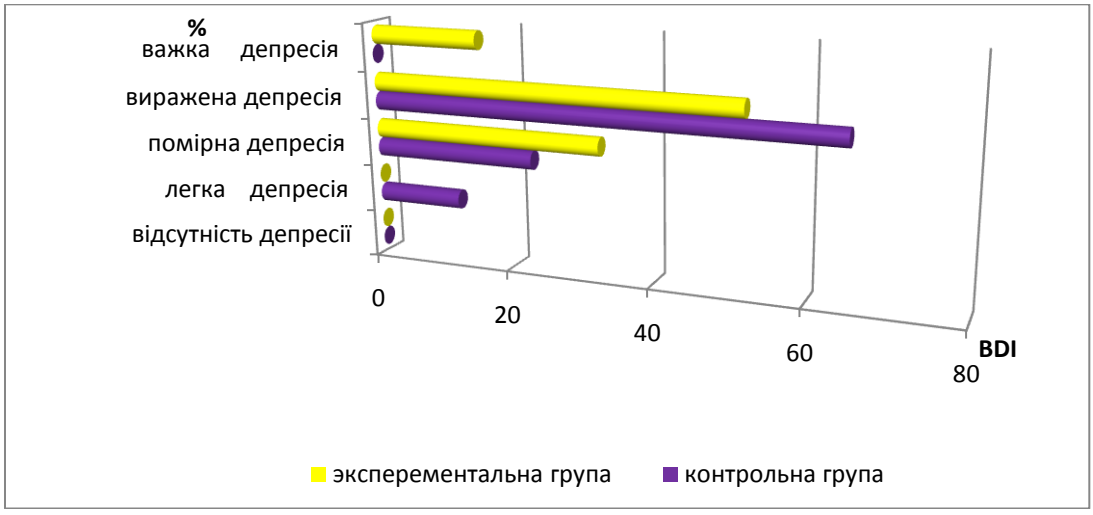

Рис. 1. Оцінка депресивного стану пацієнтів контрольної та експериментальної груп на початку експерименту

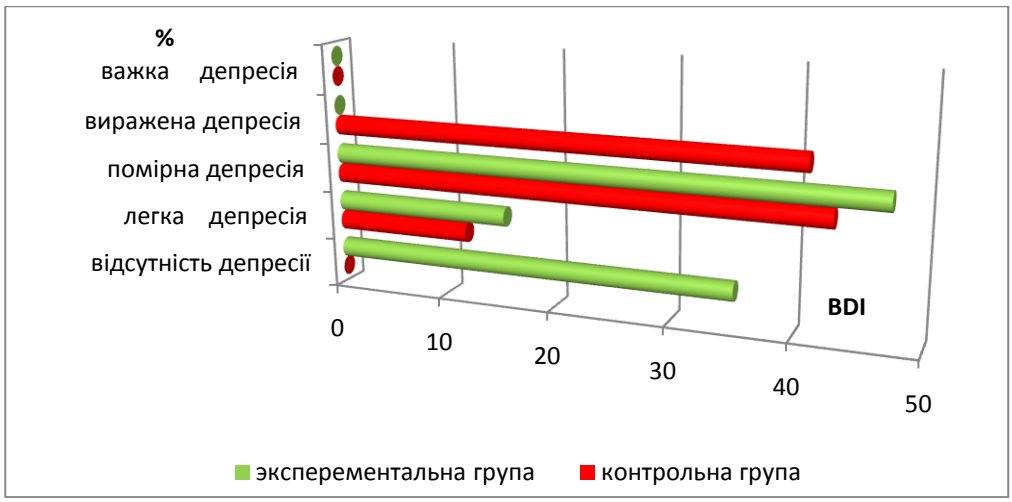

Рис. 2. Оцінка депресивного стану пацієнтів контрольної та експериментальної груп наприкінці дослідження

ВИСНОВКИ

Таким чином, можна констатувати, що програма фізичної реабілітації хворих після ішемічного інсульту в експериментальній групі є ефективнішою, ніж у пацієнтів контрольної групи; вона позитивно вплинула на зміну рухових функцій уражених кінцівок та на психічний стан хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Руднева В.А. Реабилитация двигательных функций в клинике нервных болезней. – К.: Олімпійська література, 2007. – 156 с.
2. Марченко О.К. Физическая реабилитация неврологических больных. – К.: Олимпийская литература, 2009. – 56 с.
3. Кабанов ММ. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб.: Санкт-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 2008. – 256 с.
4. Евсеева. СП. Комплексная реабилитация и профилактика больных и инвалидов. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
5. Гусев Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – М.: Медицина, 2001. – 328 с.
6. Виленский Б.С. Ишемический инсульт / Б.С. Виленский, Н.Н. Яхно. – СПб.: Фолиант, 2007. – 288 с.
7. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. – М.: Медицина, 2009. – 208 с.
8. Старенькая И. Может ли хирург спасти больного от инсульта? / Ирина Старенькая // Здоров'я України. - 2005. – С. 119.
9. Комарова Л.А., Терентьева Л.А., Егорова Г.И. Сочетанные методы физиотерапии. – Рига: Знание, 2006. – 173 с.
10. Неретин В.Я., Николаев М.К. Реабилитация больных с цереброкардиальными нарушениями. – М.: Медицина, 2006. – 206 с.
11. Попов Сергей Николаевич Физическая реабилитация / Под ред. Попова С.Н. – РнД.: Феникс, 2005. – 604 с.
12. Кукушкина Т.Н., Докиш Ю.М., Чистяков И.А. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. – М.: Медицина, 2001. – 152 с.
13. Марков Д.А. Основы восстановительной терапии нервной системы. – Минск: Беларусь, 2003. – 327 с.