

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ

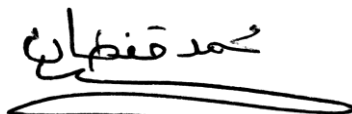
МОХАММАД НАЗМІ КУФТАН КУФТАН

УДК:796:616.831-005. 1-085

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ З ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ**

24.00.03 – фізична реабілітація

Автореферат на здобуття наукового ступеня
кандидата наук з фізичного виховання та спорту



Київ – 2012

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Національному університеті фізичного виховання і спорту України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

Науковий керівник кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент **Лазарєва Олена Борисівна**, Національний університет фізичного виховання і спорту України, доцент кафедри фізичної реабілітації

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Черненко Микола Іларіонович**, Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту, завідувач кафедри фізичної реабілітації;

кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент **Альошина Алла Іванівна**, Волинський національний університет імені Лесі Українки, завідувач кафедри фізичної реабілітації

Захист відбудеться 30 серпня 2012 р. о 14.00 на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.829.02 Національного університету фізичного виховання і спорту України (03680, м. Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Національного університету фізичного виховання і спорту України (03680, м. Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

Автореферат розісланий 27 липня 2012 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради



Г. В. Коробейніков

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність. У більшості держав світу, інсульт є другою за значимістю причиною збільшення смертності після серцево-судинних захворювань. За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, щорічно реєструється 100–300 випадків інсультів на кожні 100000 населення.

В Україні щороку діагностують близько 125 тисяч випадків інсульту й кожний п'ятий з них геморагічний. Третина пацієнтів з перенесеним інсультом – люди працездатного віку, однак тільки 10–20 % з них повертаються до активного способу життя (В. І. Боброва, 2006; І. С. Зозуля, 2008). За даними європейських дослідників (D. L. Brown, 2005; P. Saloheimo, 2006) на кожні 100 тисяч населення припадає 600 хворих з наслідками інсульту, з них 360 (60 %) є інвалідами. Інсульт – це та патологія, що вражає працездатне населення, призводячи до тривалої госпіталізації, стійкої інвалідизації хворих, погіршення якості життя їхніх сімей і значних економічних витрат держави (А. Н. Белова, 2000; А. С. Кадиков, 2008).

Проблема геморагічного інсульту (ГІ), на думку більшості дослідників, значною мірою є нейрохірургічною. Факт крововиливу, що відбувся, і його патогенез призводить до розвитку гемодинамічних і метаболічних змін, для усунення яких потрібне оперативне втручання (І. С. Зозуля, 2008; В. І. Цимбалюк, 2008). Однак, рухові, статодинамічні порушення, патологія чутливості й мови, що залишаються в результаті гострого геморагічного інсульту, як правило, у тривалій перспективі стають однією з основних проблем для пацієнта, який переніс інсульт (В. І. Скворцова, 2006; О. К. Марченко, 2006; А. І. Альошина, 2011; М. І. Черненко, 2012).

Відновні заходи для хворих з даною патологією включають широкий діапазон методів фізичної реабілітації: лікувальна гімнастика, масаж, рефлексотерапія, фізіотерапія тощо. Останнім часом з'явилося ряд робіт, присвячених ранній реабілітації постінсультних хворих, відновленню статодинамічного стереотипу й мовних функцій, починаючи із блоку інтенсивної реабілітації (В. І. Скворцова, 2006; А. С. Кадиков, 2008; М. І. Черненко, 2012).

До найбільш ефективних підходів у відновленні рухових порушень у хворих, які перенесли інсульт, належать методи нейрореабілітації, створені на засадах принципів функціонального біокерування (Н. В. Чернігівська, 1982; Н. І. Ніколаєва, 1987; Л. А. Чернікова, 1988; О. В. Богданов, 2003), пропріоцептивної корекції (К. А. Семенова, 1996-1999; А. М. Вейн, 2001, Г. А. Єдинак, 2012), нейромоторного перевиховання (Н. Робенеску, 1972), полімодальної електростимуляції (Л. А. Чернікова, 2003; К. А. Петрушанська, 2003; А. С. Вітензон, 2004), референтної біоадаптації (В. А. Руднєв, 2003; Е. М. Аракчаа, 2006).

Проте, у доступній літературі практично відсутні роботи, що присвячені реабілітації після оперативного втручання хворих з геморагічним інсультом. До нині залишаються нез'ясованими й потребують додаткового вивчення питання, які стосуються початку й термінів відновлення після оперативного втручання з

використанням окремих методів кінезітерапії, їх вплив на функції руху, оптимальна тривалість і можливість комплектування на окремих етапах реабілітації.

Все це обумовлює актуальність теми й практичну значущість розроблених реабілітаційних заходів.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Дисертаційна робота виконана згідно зі «Зведеним планом НДР у сфері фізичної культури та спорту на 2006–2010рр.» за темою 4.3.1. «Удосконалення оздоровчо–реабілітаційних програм профілактики й корекції дисфункцій, що обумовлені порушеннями в різних системах організму». Номер державної реєстрації 0106U010794. Роль автора (як співвиконавця теми) полягала в розробці програми фізичної реабілітації й оцінці її впливу на стан хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту.

Мета дослідження – обґрунтувати й розробити програму фізичної реабілітації, що спрямована на відновлення статодинамічного стереотипу й побутових навичок у хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту у гострому періоді захворювання.

Завдання дослідження:

1. Узагальнити й систематизувати сучасні науково–методичні підходи з питань застосування засобів фізичної реабілітації у хворих з інсультом.

2. Вивчити показники якості життя й особливості порушення функцій у хворих з геморагічним інсультом.

3. Розробити програму фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту у гострому періоді захворювання.

4. Оцінити ефективність розробленої програми фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту, у гострому періоді захворювання.

Об'єкт дослідження – процес відновлення статодинамічного стереотипу й побутових навичок хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту у гострому періоді захворювання.

Предмет дослідження – зміст програми фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту, у гострому періоді захворювання.

Методи досліджень:

1. Аналіз і вивчення сучасних науково-методичних літературних джерел.

2. Клінічні методи дослідження (контент–аналіз комп'ютерних томограм, історій хвороби).

3. Педагогічні методи.

4. Інструментальні методи дослідження (комп'ютерна фотометрія, аналіз варіабельності серцевого ритму, міотонетрія).

5. Методи математичної статистики.

Наукова новизна дисертаційної роботи полягає в тому, що:

– уперше розроблена програма фізичної реабілітації після оперативного лікування хворих з геморагічним інсультом що складається з лікувальної гімнастики, масажу, методик ерготерапії й методу електроміостимуляції з

біологічним зворотнім зв'язком (ЕМС–БЗЗ) спрямована на відновлення рухових функцій, статодинамічного стереотипу, координації рухів, побутових і трудових навичок у гострому періоді захворювання;

– уперше визначено характер впливу онтогенетично обумовлених рефлексорних вправ у поєднанні із методиками ерготерапії на стан опорно–рухового апарату (ОРА) та рівень соціально–побутової активності хворих з геморагічним інсультом після оперативного лікування;

– доповнено дані про особливості стану серцево–судинної системи, ОРА й рівня соціально–побутової активності хворих з геморагічним інсультом після оперативного лікування;

– підтверджено наявні наукові положення про принципи й методи відновлення фізичного здоров'я після оперативного лікування хворих з геморагічним інсультом.

Практична значущість одержаних результатів. Розроблена програма фізичної реабілітації після оперативного лікування хворих з геморагічним інсультом, що складається з лікувальної гімнастики, масажу, методик ерготерапії й методу ЕМС–БЗЗ сприяє здійсненню індивідуального підходу до пацієнтів з мозковим інсультом у гострому і ранньому відновному періодах. Розроблена програма дозволяє зменшити виразність проявів захворювання, скорегувати руховий стереотип, скоротити термін відновного лікування, поліпшити стан серцево–судинної системи, знизити ступінь інвалідизації й у такий спосіб поліпшити якість життя хворих з геморагічним інсультом після оперативного лікування.

Представлена програма була впроваджена в практику роботи відділення лікувальної фізкультури Головного військово–медичного клінічного ордену Червоної Зірки центру «ГВКГ» Міністерства оборони України. Отримані результати використовуються в лекційному матеріалі для студентів НУФВСУ, які навчаються за фахом «Фізична реабілітація», що підтверджується відповідними актами впровадження.

Особистий внесок автора в опубліковані у співавторстві наукові праці полягає в теоретичній розробці й обґрунтуванні основних ідей і положень дослідження, проведенні аналізу даних та інтерпретації отриманих результатів.

Апробація результатів досліджень. Матеріали дисертації доповідалися на XIV Міжнародному науковому конгресі «Олімпійський спорт і спорт для всіх» (Київ 2010), міжнародних конференціях молодих учених «Основні напрямки розвитку фізичної культури, спорту й фізичної реабілітації в Україні» (Київ, 2009, 2010, 2011); науково–методичних конференціях кафедри фізичної реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України (2008–2011).

Публікації. Основні положення дисертаційних досліджень викладені в 5 наукових працях, з них 4 – у фахових виданнях рекомендованих Монмолодьспорту України.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, шести розділів, висновків, додатку та списку використаної літератури. Загальний текст

дисертації становить 208 сторінок, із яких 171 – основного тексту. Робота містить 34 таблиці та 29 рисунків. У бібліографії подано 242 наукових джерела.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У **вступі** обґрунтована актуальність проблеми, визначені об'єкт і предмет дослідження, сформульовані мета й завдання; розкрита новизна, відображені практична значущість роботи й особистий внесок автора в опубліковані у співавторстві наукові праці; представлена сфера апробації основних положень дослідження, зазначена кількість публікацій.

У першому розділі дисертації **«Сучасні підходи до фізичної реабілітації хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу»** проведений теоретичний аналіз літературних джерел, використаних у дисертаційній роботі.

Вивчення доступної літератури засвідчило, що проблема судинної патології головного мозку надзвичайно актуальна у зв'язку із значною поширеністю в усьому світі. Хоча в останні десятиліття, в результаті підвищення якості кваліфікованої медичної допомоги спостерігається зростання сприятливих результатів лікування інсульту, інвалідизація населення залишається однією з найвищих і в суспільстві збільшується кількість важких інвалідів.

Методики відновлення рухової активності в гострому й ранньому відновному періодах ішемічного інсульту докладно розроблені в працях вітчизняних і зарубіжних фахівців і дозволяють забезпечити високу ефективність консервативного лікування в перші місяці захворювання. На цьому тлі програми відновлення хворих з ГІ дотепер залишаються малоефективними й не враховують сучасних методів проведення оперативного втручання. Представлений аналіз доводить, що матеріали про патогенез, клініку, розробку й застосування медикаментозного лікування для даної категорії хворих найбільш вивчені. Робіт, що вивчають вплив фізичної реабілітації на відновлення статодинамічного стереотипу хворих на геморагічний інсульт набагато менше.

У той же час роботи деяких дослідників переконливо демонструють можливість підвищення рухової активності хворих з ГІ уже в ранньому періоді на підставі мультидисциплінарного системного підходу, раннього початку, безперервності, наступності, раціонального використання засобів фізичної реабілітації, методично й організаційно побудованого курсу реабілітаційних впливів.

У другому розділі дисертації **«Методи та організація дослідження»** обґрунтовані й описані методи дослідження, що адекватні меті й завданням: аналіз науково–методичної літератури; клінічні методи дослідження (контент–аналіз комп'ютерних томограм, історій хвороби, анкетування); педагогічні методи (тестування); інструментальні методи дослідження (комп'ютерна фотометрія, аналіз варіабельності серцевого ритму, міотонетрія). Дослідження проводилися при комплексному клінічному обстеженні за участю лікаря нейрохірурга й лікаря ЛФК.

Для визначення показників функціонального стану ОРА на боці геміпарезу використовували методи міотонометрії й тестування. Кількісні показники біогеометричного профілю постави хворих з ГІ після оперативного лікування реєстрували за допомогою комп'ютерної фотометрії. Якість життя й динаміку регресу основного захворювання реєстрували за тестами «Контролювання рухів тулуба», «Визначення способу захвату», «Оцінка дрібної моторики», «Аналіз ходьби», «Оцінка моторики Рівермід» і «Оцінка клубу моторики». Обробку матеріалу проводили методами математичної статистики. Матеріали роботи ґрунтуються на вивченні динаміки відновлення 53 хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту, на базі відділення лікувальної фізкультури Головного військово-медичного клінічного ордену Червоної Зірки центру «ГВКГ» Міністерства оборони України, протягом двох років.

На **першому етапі** (2008–2009 р.р.) був проведений аналіз сучасних літературних джерел вітчизняних і закордонних авторів, що дозволило оцінити загальний стан проблеми, розробити карти обстеження хворих. Були опановані адекватні цілям і завданням роботи клінічні методи оцінки стану. Погоджено терміни проведення досліджень, обґрунтована мета й поставлені конкретні завдання роботи, визначено і проаналізовано вихідні показники.

На **другому етапі** (2009–2010 р.р.) була обґрунтована програма фізичної реабілітації, проведені попередні дослідження й отримані матеріали, що дозволяють об'єктивно оцінити функціональні можливості хворих з геморагічним інсультом. Проведено первинну обробку отриманих даних. Розроблена програма фізичної реабілітації для даного контингенту хворих.

На **третьому етапі** (2010–2012 р.р.) були завершені педагогічні дослідження, впроваджена розроблена нами програма фізичної реабілітації й визначена її ефективність, проведені аналіз і узагальнення отриманих результатів, їх обробка методами математичної статистики, здійснене оформлення дисертаційної роботи.

У третьому розділі **«Характеристика стану пацієнтів після оперативного лікування геморагічного інсульту (попередні дослідження)»** проаналізовані й узагальнені дані попереднього дослідження 53 хворих з геморагічним інсультом після оперативного лікування.

Геморагічний інсульт характеризується комплексом проявів, що знаходить своє відображення в порушеннях діяльності серцево-судинної й вегетативної нервової систем, зміні біогеометричного профілю постави в сагітальній і фронтальній площинах, зниженні рухової функції хворих (зменшенні доступної амплітуди рухів, зниженні показників функціонального стану м'язів нижніх кінцівок і тулуба на боці ураження), погіршені здатності самостійно пересуватися й інших порушеннях життєдіяльності.

Показники якості життя, а саме доступного обсягу ізольованих рухів на паретичному боці за тестами «Оцінка моторики Рівермід» і «Оцінка дрібної моторики», що розроблені для хворих, які перенесли мозковий інсульт, при

першому тестуванні, що проводилося на 3-ю добу після операції, відповідали оцінці «0». При обстеженні, проведеному наприкінці другого тижня, сумарний показник за тестом «Оцінка моторики Рівермід» склав $5,38 \pm 0,19$ балів ($\bar{x} \pm m$), що відповідає 48,9 % від максимальної оцінки за даним тестом. У тесті «Визначення способу захвату» з 53 хворих об'єднаної групи 21 особа (39,6 %) змогли під час першого тестування (протягом 2-ого тижня після операції) здійснити захват тестового кубика, виконавши при цьому неправильний захват; утримання предмета було неможливим. У тесті «Оцінка дрібної моторики» при роботі з паличками під час першого тестування (протягом 2-ого тижня після операції) всі хворі набрали по 0 балів, що свідчить про значне порушення функції руки на боці ураження.

Результати тесту «Аналіз ходьби» засвідчили, що під час першого тестування у хворих об'єднаної групи довжина кроку склала в середньому $20,8 \pm 1,0$ см ($\bar{x} \pm m$), що відповідає 45,4 % від нормальної середньої довжини кроку. Швидкість, з якою хворі пересувалися під час проходження тесту, дорівнювала $0,15 \pm 0,01$ м/с.

Аналіз варіабельності серцевого ритму показав значні зміни характеру ритму серця у вигляді аритмій і ригідного ритму, а також значні зміни балансу парасимпатичного й симпатичного відділів нервової системи. За результатами тестування серцевого ритму ЧСС у хворих об'єднаної групи склала $69,8 \pm 3,30$ уд/хв. ($\bar{x} \pm m$). Оцінка характеру ритму серця за допомогою комп'ютерної програми «Фазаграф-П» показала, що у 30,2 % хворих діагностується аритмія, в 28,3 % хворих – ригідний ритм і ще у 26,4 % хворих – ритм помірно знижений. Помірно підвищений ритм зафіксований у 11,3 % хворих. Нормальний ритм мали лише 3,8 % хворих. Показники балансу парасимпатичного й симпатичного відділів нервової системи тільки у 1,9 % випадків указували на те, що вегетативний гомеостаз збережений.

Показники просторової організації тіла хворих істотно відрізнялися від норми. Були виявлені статистично достовірні розходження в показниках кута відхилення від вертикалі в сагітальній і фронтальній площинах, що свідчить про асиметрію вертикальної пози. Так, у сагітальній площині кут нахилу голови (кут α_1 , утворений вертикаллю й лінією між ЦМ голови й акроміоном) склав у середньому $3,26^\circ \pm 0,17^\circ$ ($\bar{x} \pm m$) при нормі $1,2^\circ$. Кут у кульшовому суглобі (кут α_4 , утворений вертикаллю й лінією між центром гребеня клубової кістки й трохантерионом) склав у середньому $11,38^\circ \pm 0,16^\circ$ при нормі $5,6^\circ$. Кут у колінному суглобі (кут α_6 , утворений вертикаллю й лінією між тибіальною точкою й сферионом) склав у середньому $8,46^\circ \pm 0,12^\circ$ при нормі $6,7^\circ$, кут відхилення від вертикалі (кут α_7 , утворений вертикаллю й лінією між акроміоном і трохантерионом) склав у середньому $3,72^\circ \pm 0,12^\circ$ при нормі $2,5^\circ$.

У фронтальній площині кут нахилу голови β_1 (кут утворений вертикаллю й лінією між ЦМ голови й хребцем C_7) у хворих склав у середньому $2,54^\circ \pm 0,21^\circ$ при нормі $1,2^\circ$. Кут нахилу плеча β_2 , (утворений лінією горизонту й лінією між акроміонами) склав у середньому $5,18^\circ \pm 0,24^\circ$ при нормі $3,4^\circ$. Кут нахилу таза β_4 (утворений лінією горизонту й лінією, що проходить через точки центру гребенів

клубових кісток) склав у середньому $3,57^{\circ} \pm 0,14^{\circ}$ при нормі $2,11^{\circ}$, а кут відхилення від вертикалі β_5 (утворений вертикаллю й лінією між ЦМ голови й точкою між сфірионами двох ніг) склав у середньому $7,18^{\circ} \pm 0,18^{\circ}$ при нормі $2,7^{\circ}$.

Розрахунки проведені за даними міотонометрії свідчать, що інтегральний показник скорочувальної здатності м'язів хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту був істотно зниженим і становив: на двоголовому м'язі плеча $5,98 \pm 0,30$ ум.од. ($\bar{x} \pm m$), на чотириголовому м'язі стегна $6,92 \pm 0,49$ ум.од., на литковому м'язі $8,32 \pm 0,30$ ум.од. при відносній нормі від 20 до 25 ум.од. Отримані дані дозволили визначити основні завдання, які необхідно вирішити при розробці програми фізичної реабілітації після оперативного лікування хворих з геморагічним інсультом, що охоплює ранній післяопераційний період.

Четвертий розділ «Програма фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту» вміщує опис використаних у програмі засобів і методів фізичної реабілітації в ранньому і середньому післяопераційних періодах відновного лікування, підібраних з урахуванням кількісних показників просторової організації тіла хворих; індивідуальних особливостей пацієнта; ступеня виразності порушень на боці геміпарезу; супутніх захворювань.

Програма фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту реалізовувалася у два періоди.

Ранній післяопераційний період. У процесі педагогічних спостережень було відзначено, що тривалість раннього періоду для хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту значною мірою визначалася локалізацією вогнища крововиливу, термінами від початку захворювання, тривалістю передопераційного періоду, рівнем вихідного стану фізичної й психологічної активності, віком, наявністю супутніх захворювань і становила при сприятливому плинні захворювання від 7 до 14 днів. Метою реабілітаційних заходів раннього післяопераційного періоду була профілактика післяопераційних ускладнень, зняття операційного стресу, купіювання больового синдрому, компенсація гіпокінезії, серцево-легеневої недостатності, активізація у ліжку й підготовка до вставання, навчання елементарним побутовим навичкам.

У даному періоді вирішувалися такі завдання: профілактика ускладнень (патологічних переломів, контрактур, м'язових атрофій, тромбозів, пневмонії тощо); попередження м'язової атрофії, парезу кишечника, атонії сечового міхура, навчання контролю функції тазових органів; зміцнення дихальних м'язів, м'язів верхніх і нижніх кінцівок, а згодом – м'язів-стабілізаторів хребта; попередження ускладнень, пов'язаних із супутніми захворюваннями; рання вертикалізація.

Програма фізичної реабілітації складалася з ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, лікування положенням, масажу та елементів ерготерапії (рис. 1).

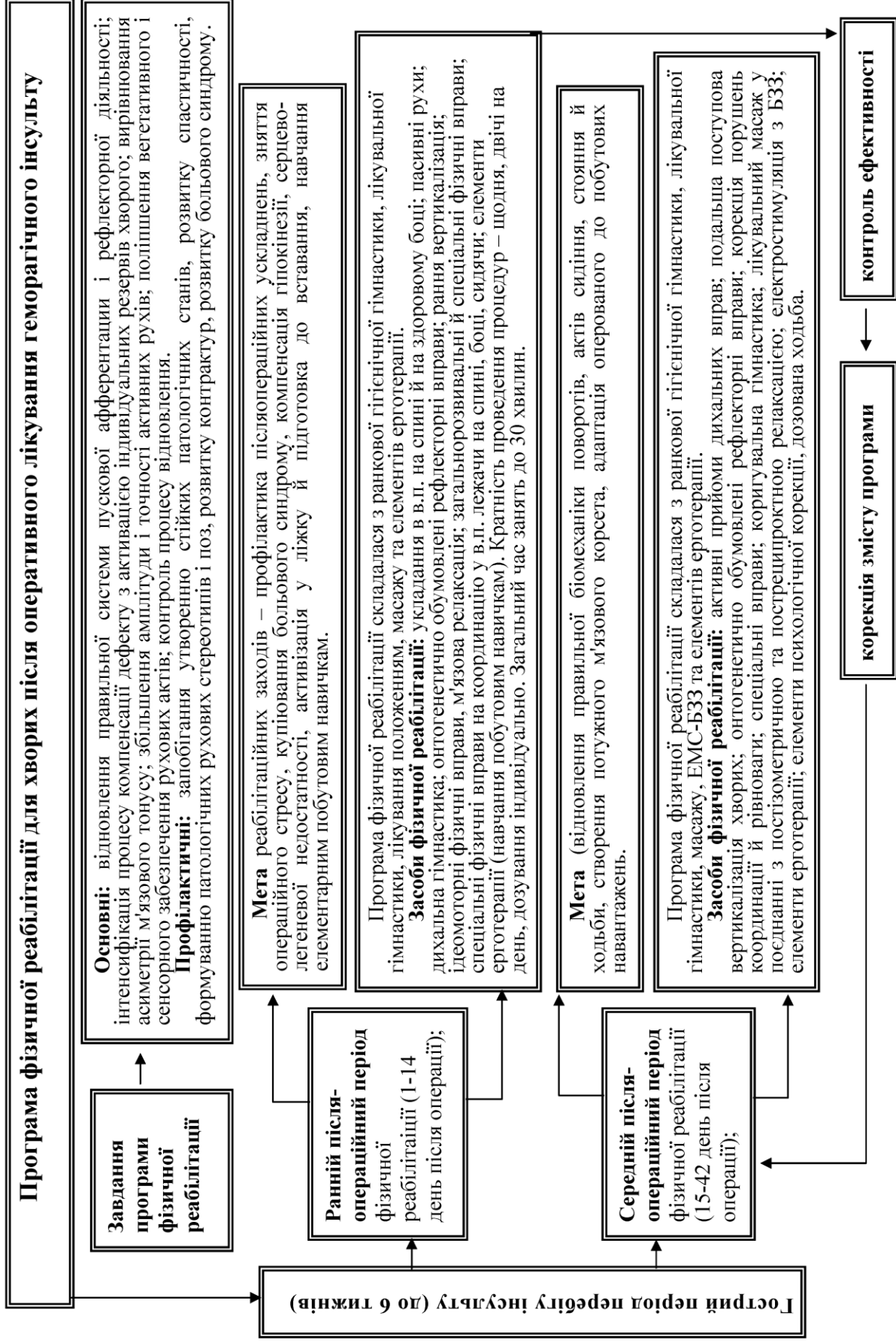


Рис. 1. Блок схема програми фізичної реабілітації для хворих після оперативного лікування геморрагічного інсульту

Засоби фізичної реабілітації: укладання в вихідному положенні (в.п.) на спині й на здоровому боці (до 40–45 хв); пасивні рухи 4–5 разів/суглобі, темп повільний, амплітуда повна (за винятком плечових суглобів); дихальна гімнастика (пасивні й за можливості активні прийоми, кратність 1:1; онтогенетично обумовлені рефлекторні вправи (3–4 повторення); рання вертикалізація (індивідуально, під контролем візуально, ЧСС і АТ); ідеомоторні фізичні вправи, м'язова релаксація (кратність 1:3, час експозиції від 3 до 10 с; загальнорозвивальні й спеціальні фізичні вправи (3–4 повторення, до 10 вправ у комплексі); спеціальні фізичні вправи на координацію у в.п. лежачи на спині, боці, сидячи (у кінці періоду, 3–4 повторення); елементи ерготерапії (навчання побутовим навичкам) наприкінці заняття лікувальною гімнастикою. Кратність проведення процедур щодня, двічі на день, дозування індивідуально.

Загальний час занять до 30 хвилин. Контроль ЧСС і АТ в ході занять і через 12–15 хвилин після занять. З огляду на різний рівень рухових можливостей хворих, які проходять реабілітацію, нами в ранньому післяопераційному періоді використовувався досить широкий арсенал загальнорозвивальних вправ, що дозволяє в різних вихідних положеннях підібрати оптимальні й доступні для виконання комплекси. Особлива увага приділялася навчання правильного дихання з поглибленим видихом.

Середній післяопераційний період. Мета відновлення оптимальної біомеханіки поворотів, актів сидіння, стояння й ходьби, створення м'язового корсета, адаптація оперованого до побутових навантажень.

До завдань цього періоду ми віднесли: поліпшення загального фізичного стану пацієнта; попередження утворення стійких патологічних станів; патологічних рухових стереотипів і поз, контрактур; стимуляція крово– і лімфообігу в зоні геміпарезу; визначення функціонального м'язового дефіциту й наявних можливостей хворого; поліпшення порушених рухових, мовних, і сенсорних функцій; розслаблення спазмованих м'язів з одночасною активацією м'язів–антагоністів за допомогою постреципрокну релаксації; відновлення оптимальної біомеханіки актів стояння, ходьби; відновлення самообслуговування й елементарних побутових навичок; попередження повторного інсульту.

Програма фізичної реабілітації складалася з ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, масажу, ЕМС-БЗЗ та елементів ерготерапії.

Засоби фізичної реабілітації: активні дихальні вправи; подальша поступова вертикалізація хворих; онтогенетично обумовлені рефлекторні вправи; корекція порушень координації й рівноваги; спеціальні вправи; коригувальна гімнастика; лікувальний масаж у поєднанні з постізометричною та постреципрокну релаксацією; електростимуляція з БЗЗ; елементи ерготерапії; елементи психологічної корекції. Наприкінці періоду додавали дозовану ходьбу – від 20 до 100 м (3–4 р/д). Проведення лікувальної гімнастики – 5 разів на тиждень із реабілітологом, інші дні – самостійно. Тривалість – 40–50 хвилин. Спосіб

проведення занять – індивідуально. Курс 15–20 процедур. За індивідуальною програмою. Загальнорозвивальні й дихальні вправи становили 25–30 %, спеціальні вправи – 45–50 %, коригувальна гімнастика – 10–20 %, ерготерапія – до 10 %.

Дозування ЕМГ-БЗЗ – 5 разів на тиждень. Курс 6 – 10 процедур. Для верхньої кінцівки – режим «Донор» 1 канал, підсилення 8, амплітуда ЕМС 35 V, *m. triceps brachii*, 5–7 хв, *m. extensor carpi radialis longus*, 4 хв, *m. extensor carpi ulnaris* 4 хв. Для нижньої кінцівки – 1 канал, підсилення 6, амплітуда ЕМС 45 V, *m. tibialis anterior*, 5 хв., *m. biceps femoris*, 10 хв.

Масаж проводили курсом 10 – 15 процедур, на м'язи з підвищеним тонусом за седативною та розслаблюючою методиками, паретичні м'язи – за тонізуючою.

У п'ятому розділі **«Ефективність застосування програми фізичної реабілітації після оперативного лікування геморагічного інсульту»** представлені результати формуючого експерименту.

Для визначення ефективності запропонованої програми фізичної реабілітації були сформовані дві групи – основна (ОГ) (31 особа, які займалися за розробленою нами програмою фізичної реабілітації) і контрольна (КГ) (22 особи, які займалися за програмами фізичної реабілітації лікувальної установи). Вихідні показники досліджуваних параметрів у пацієнтів сформованих груп статистично значуще не розрізнялися ($p < 0,05$).

Аналіз результатів тесту «Контролювання рухів тулуба» хворими досліджуваних груп показав, що сумарний бал в основній групі хворих статистично значуще вище сумарного бала контрольної групи, як при проміжному – $81,35 \pm 3,16$ балів ($\bar{x} \pm m$) в основній і $67,09 \pm 3,29$ балів в контрольній, так і при заключному тестуванні – $90,84 \pm 2,15$ балів і $73,86 \pm 3,24$ балів відповідно зі 100 балів можливих.

Динаміка оцінки результатів за тестом «Оцінка клубу моторики», розробленому для хворих, які перенесли інсульт, дозволяє з'ясувати, що пацієнти основної групи в більшості вправ виконували рух з більшою амплітудою ($p < 0,01$). Виключення склали три рухи: «потискування плечима» з вихідного положення лежачи на здоровому боці, «викидання руки вперед» з вихідного положення сидячи й «піднімання руки» з вихідного положення лежачи на здоровому боці, де різниця між показниками в основній і контрольній групах була статистично не значуща ($p > 0,05$).

Аналіз оцінки можливості захвату випробуваними пацієнтами великих і дрібних предметів за тестом «Визначення способу захвату» показав, що при заключному тестуванні 19,4 % основної групи виконали правильні захват й утримання предмета (спосіб захвату – 4). У контрольній групі виконати правильний захват не зміг ніхто.

Отримані за тестом «Оцінка дрібної моторики» дані підтверджують, що як у пацієнтів основної групи, так і у пацієнтів контрольної групи результати в тестуванні статистично значуще ($p < 0,01$) поліпшувалися від вихідного тестування

(при якому пацієнти обох груп показали результат 0 балів) до проміжного й від проміжного до заключного (рис. 2).

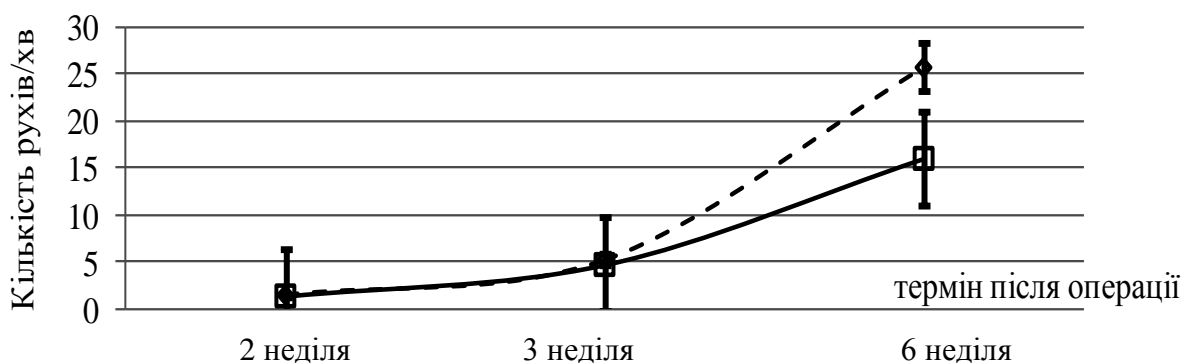


Рис. 2. Відновлення функції дрібної моторики верхньої кінцівки у хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту під впливом фізичної реабілітації:

—■— КГ (n=22) -◆- ОГ (n=31);

У пацієнтів основної групи показник проміжного тестування – $5,32 \pm 0,24$ балів ($\bar{x} \pm m$) статистично значуще ($p < 0,05$) вище показника контрольної групи – $4,36 \pm 0,35$ бали. Показник заключного тестування у пацієнтів основної групи – $25,74 \pm 1,02$ балів, що статистично значуще ($p < 0,01$) вище показника контрольної групи – $16,0 \pm 0,50$ балів.

Відновлення ходьби хворих з наслідками інсульту було найважливішим компонентом адаптації й визначало можливості рухової активності пацієнтів. Результати педагогічного тестування дозволили оцінити динаміку кількісних показників ходьби пацієнтів: довжину кроку, швидкість пересування й відстань, яку хворий міг подолати за 6 хв. При нормальному середньому значенні довжини кроку 46 см показники хворих основної групи збільшилися з $20,9 \pm 0,9$ см ($\bar{x} \pm m$) (45,4 % від норми) до $40,3 \pm 0,5$ см (що вже становить 87,6 % від нормальної довжини кроку). У хворих контрольної групи показники також збільшилися з $20,8 \pm 0,9$ см (45,4 % від норми) до $31,2 \pm 0,5$ см (що склало 67,7 % від нормальної довжини кроку) ($p < 0,01$).

Використання фізичних вправ, що спрямовані на відновлення координації й рівноваги, зміцнення м'язів нижніх кінцівок, тренування в ходьбі вже в середньому післяопераційному періоді фізичної реабілітації призвело до поліпшення функції рівноваги. Про це свідчила відмова від використання при ходьбі додаткових опор у 22,5 % хворих основної групи, 19,3 % хворих стали відвідувати заняття без супровідних осіб, у допомозі яких мали потребу на початковому періоді занять.

Аналіз результатів за тестом «Оцінка моторики Рівермід» дозволяє констатувати той факт, що сумарний бал за даним тестом склав в основній групі $10,81 \pm 0,09$ балів ($\bar{x} \pm m$), що статистично значуще ($p < 0,01$) відрізнялося від показників у контрольній групі – $8,95 \pm 0,31$ балів.

Відбулися зміни в характері серцевого ритму у хворих основної групи: відсоток пацієнтів з нормальним ритмом збільшився з 6,5 % до 22,6 %, ($p < 0,05$); знизився відсоток хворих з ригідним ритмом – з 32,3 % до 0 % ($p < 0,05$); знизився відсоток хворих з аритмією – з 35,5 % до 6,5 % ($p < 0,01$); збільшився відсоток пацієнтів з помірно підвищеним ритмом з 6,5 % до 35,5 % ($p < 0,01$). У контрольній групі статистично підтвердилося лише збільшення відсотка хворих з нормальним ритмом з 0 % до 13,6 % ($p < 0,01$).

В основній групі відсоток пацієнтів зі збереженим вегетативним гомеостазом збільшився з 3,2 % до 41,9 %, що статистично значуще ($p < 0,01$). Також статистично значуще знизився відсоток хворих з вираженою перевагою симпатичного відділу нервової системи (НС) з 32,3 % до 0 % ($p < 0,01$); знизився відсоток хворих з помірною перевагою парасимпатичного відділу НС з 38,7 % до 16,1 % ($p < 0,05$). У контрольній групі статистично підтвердилося тільки збільшення відсотка хворих зі збереженим вегетативним гомеостазом з 0 до 22,7 % ($p < 0,01$).

Згідно отриманим у результаті застосування розробленої програми фізичної реабілітації даним, в обстежених пацієнтів як в основній, так і в контрольній групах порушення постави у фронтальній площині, що спостерігалися раніше, зменшилися. Значення кута нахилу плеча β_2 , (утвореного лінією горизонту й лінією між акроміонами) на 14 день після операції в основній групі становило $5,36^\circ \pm 0,37^\circ$ ($\bar{x} \pm m$) при нормі від 0° до $3,4^\circ$, а під час заключного тестування зменшилося і склало $2,89^\circ \pm 0,14^\circ$, що статистично значуще ($p < 0,01$) відрізнялося від даних контрольної групи $4,07^\circ \pm 0,17^\circ$ (рис. 3). У контрольній групі зміни цього показника статистично не значимі.

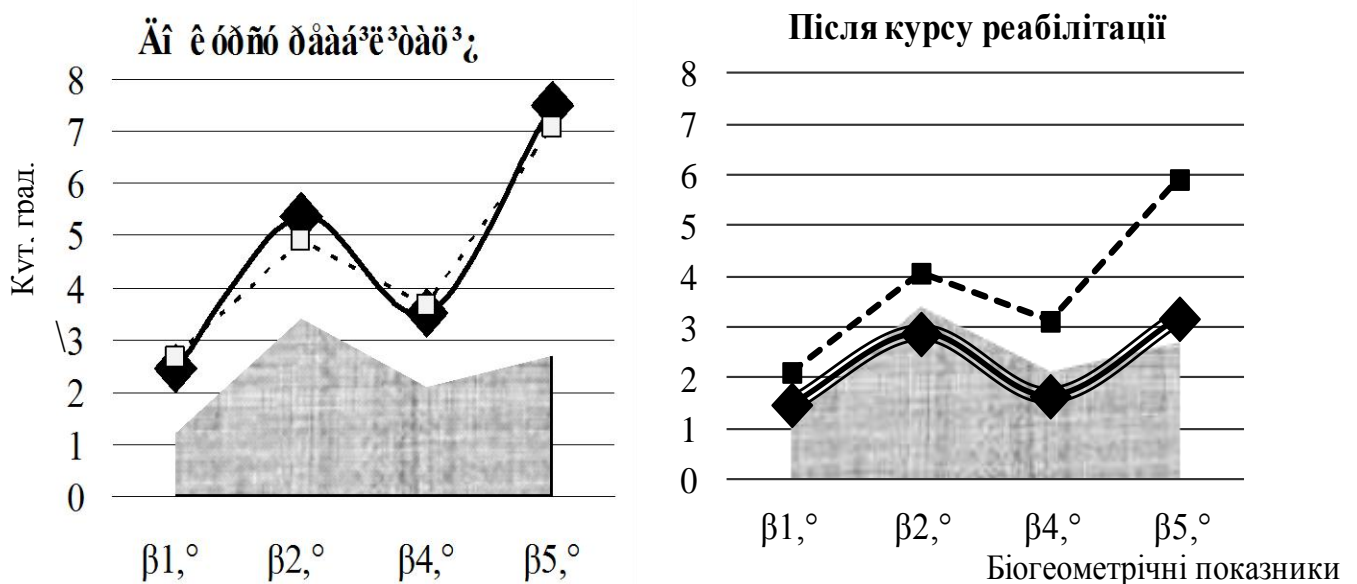


Рис. 3. Динаміка змін біогеометричного профілю постави у хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту під впливом курсу фізичної реабілітації.

Примітка: кут β_1 , що характеризує нахил голови; кут β_2 , що характеризує симетричність плечового поясу; кут β_4 , що характеризує симетричність тазових кісток; кут β_5 , що характеризує відхилення тіла від вертикалі;

■ норма; —◆— № 1 (n=31); -■- № 2 (n=22)

Значення кута β_4 (утвореного лінією горизонту й лінією, що проходить через точки центру гребенів клубових кісток і положення тазових кісток, що характеризує їх симетричність) на 14 день після операції у пацієнтів основної й контрольної груп не статистично значуще відрізнялися. Після проходження курсу реабілітації на 6-й тиждень після операції показник основної групи $1,64^\circ \pm 0,12^\circ$ статистично значуще відрізнявся від показника контрольної групи $3,12^\circ \pm 0,19^\circ$ при нормі від 0° до $2,11^\circ$. Показник кута β_5 , що характеризує, відхилення тіла від вертикалі на 6-й тиждень після операції в основній групі склав $3,17^\circ \pm 0,22^\circ$ і статистично значуще відрізнявся від показника контрольної групи – $5,92^\circ \pm 0,21^\circ$ при нормі від 0° до $2,04^\circ$.

При дослідженні показників фотометрії у сагітальній площині, кут у кульшовому суглобі (кут α_4 , утворений вертикаллю й лінією між центром гребеня клубової кістки й трохантеріоном) при першому дослідженні склав у середньому в пацієнтів основної групи $11,38^\circ \pm 0,16^\circ$ при нормі $5,6^\circ$, а після проходження курсу реабілітації його значення наблизилося до норми і склало $7,60^\circ \pm 0,12^\circ$, а в контрольній – $9,49^\circ \pm 0,15^\circ$. Кут відхилення від вертикалі α_7 (утворений вертикаллю й лінією між акроміоном і трохантеріоном) склав в основній групі в середньому $1,53^\circ \pm 0,12^\circ$, а в контрольній групі – $2,41^\circ \pm 0,17^\circ$ при нормі $2,04^\circ$.

Аналіз віддалених результатів лікування, проведений через чотири місяці після виписки зі стаціонару, показав, що у 7 хворих ОГ (n=31) спостерігалась відсутність загально мозкових, осередкових і психічних порушень, що дозволяє характеризувати результат відновлення цих пацієнтів як «гарний», у 19 хворих спостерігалась помірна неврологічна симптоматика у вигляді легкого геміпарезу й гемігіпестезії, легкого парезу м'язів мовних м'язів, (відмінності від результатів попереднього тестування $p < 0,05$), а у 5 – глибока інвалідизація (табл. 1).

Таблиця 1

Результати реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту за шкалою наслідків Глазго (Jennett V., Bond M., 1975)

Результат		Групи	
		ОГ (n=31)	КГ (n=22)
Гарний (повне відновлення)	Повернення до нормального життя при мінімальних порушеннях	7	1
Помірна інвалідизація	Помірна неврологічна симптоматика у вигляді легкого геміпарезу й гемігіпестезії, легкого парезу м'язів мускулатури й мовних м'язів. Хворий не потребує сторонньої допомоги.	19	9
Глибока інвалідизація	Значні неврологічні розлади у вигляді помірного або глибокого геміпарезу, геміплегії, порушень мови, психічних розладів. Хворому постійно потрібна стороння допомога.	5	12

У КГ (n =22) анкетування дозволило визначити, що «гарний» результат спостерігався в 1 хворого, помірна інвалідизація у 9 хворих і глибока інвалідизація – у 12 пацієнтів.

Таким чином, отримані результати свідчать про ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту.

У шостому розділі «Аналіз і узагальнення результатів дослідження» охарактеризована повнота отриманих результатів. У ході роботи отримано три групи даних: що підтверджують, доповнюють і абсолютно нові дані з проблеми дослідження. Результати дослідження підтверджують дані про позитивний вплив засобів фізичної реабілітації (А. Н. Белова, 2000; Є. И. Гусев, 2003; В. І. Скворцова, 2006; А. С. Кадиков, 2008) методів відновлення з біологічним зворотнім зв'язком (В. А. Руднев, 2003) та ерготерапії (Р. В. Гуденайте, 2002, Р. Ю. Савицкас, 2007) на організм хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу.

Такими, що доповнюють є дані про те, що внаслідок перенесеного геморагічного інсульту переважно виникають порушення серцевого ритму (А. Е. Батуєва, 2005), спастичний геміпарез із підвищеним тонусом згиначів верхньої (О. В. Паніна, 2002) й розгиначем нижньої кінцівки (Б. С. Віленський, 2000; Л. О. Бадалян, 2003; Б. Г. Гафуров, 2007), порушення стійкості вертикальної пози та ходьби (Е. М. Аракчаа, 2006; С. В. Майорнікова, 2006; А. Н. Новосельський, 2007), обмеження життєдіяльності (В. А. Голік, 2007; В. В. Рокошевська, 2010). Ефективність фізичної реабілітації хворих у гострому періоді геморагічного інсульту залежить від дотримання основних принципів фізичної реабілітації: ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність, комплексність, індивідуальність (В. Н. Мошков, 1986; В. Л. Найдин, 1988; А. С. Кадиков, 2002).

До нових даних належать такі: обґрунтування й розробка програми фізичної реабілітації після оперативного лікування хворих з геморагічним інсультом у гострому періоді захворювання в умовах стаціонару, що передбачає відновлення статодинамічного стереотипу на підставі усунення провідних рухових і пропріоцептивних розладів, внаслідок яких пацієнти стають залежними від оточення. Розроблена програма фізичної реабілітації дозволяє планувати й за необхідності корегувати реабілітаційні заходи, спрямовані на відновлення порушених рухових функцій і навчання основних рухових навичок, які частково або повністю втрачаються внаслідок перенесеного мозкового геморагічного інсульту.

ВИСНОВКИ

1. Відновні заходи для хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу включають широкий діапазон методів фізичної реабілітації таких як: лікувальна гімнастика, масаж, рефлексотерапія, фізіотерапія тощо. Останнім часом з'явився ряд робіт, присвячених ранній реабілітації постінсультних хворих, відновленню статодинамічного стереотипу й мовних функцій, починаючи із блоку інтенсивної

реабілітації. До найбільш ефективних підходів щодо відновлення рухових порушень у хворих, які перенесли інсульт, належать методи нейрореабілітації, створені на підставі принципів функціонального біокерування, нейромоторного перевиховання, полімодальної електростимуляції, референтної біоадаптації. Проте у доступній літературі практично залишаються нез'ясованими й потребують додаткового вивчення питання, що стосуються початку й термінів відновлення після оперативного втручання хворих з геморагічним інсультом із використанням окремих методів кінезітерапії, їх оптимальна тривалість, можливість застосування на окремих етапах реабілітації, їх вплив на функцію руху, індивідуалізація заходів для конкретного хворого в межах розробленої програми.

2. Для хворих із геморагічним інсультом характерні порушення діяльності серцево-судинної та вегетативної нервової систем, зміна біогеометричного профілю постави в сагітальній і фронтальній площинах, зниження рухової функції (зменшення доступної амплітуди рухів, зниження показників функціонального стану м'язів кінцівок і тулуба на боці ураження), порушеннях чутливості, мови та інших проявів життєдіяльності, що виразилося у:

- зниженні показників доступного обсягу ізольованих рухів на паретичному боці до оцінки «0» за тестами «Оцінка моторики Рівермід» і «Оцінка дрібної моторики» на 3-ю добу після операції;
- зміні характеру ритму серця: у 30,2 % хворих у ранньому післяопераційному періоді діагностується аритмія, у 28,3 % хворих – ригідний ритм, у 26,4 % хворих – помірно знижений ритм, у 11,3 % хворих – помірно підвищений ритм, нормальний ритм зафіксований у 3,8 % хворих; зміні показників балансу парасимпатичного й симпатичного відділів нервової системи (у 1,9 % вегетативний гомеостаз збережений);
- наявності статистично значимих відмінностей від нормальної просторової організації тіла людини – кут α_7 (відхилення від вертикалі в сагітальній площині) склав у середньому $3,72^\circ \pm 0,12^\circ$ ($\bar{x} \pm m$) при нормі $2,5^\circ$, а у фронтальній площині кут відхилення від вертикалі (утворений вертикаллю й лінією між ЦМ голови й точкою між сферионами двох нижніх кінцівок) склав у середньому $7,18^\circ \pm 0,18^\circ$ при нормі $2,7^\circ$;
- зниженні показників пружно-в'язких властивостей і зниженні коефіцієнта скорочувальної здатності м'язів.

3. Програма фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту, базується на принципі послідовності реалізації всіх складових її елементів і їхньому збалансованому співвідношенні відповідно до виразності проявів захворювання на підставі застосування засобів лікувальної гімнастики, масажу, методик ерготерапії й методу ЕМС–БЗЗ у гострому періоді захворювання. Програма фізичної реабілітації після оперативного лікування хворих з геморагічним інсультом спрямована на відновлення рухових функцій, статодинамічного стереотипу, координації рухів, побутових і трудових навичок у

гострому періоді захворювання й складається з двох періодів – раннього післяопераційного (1–14 день після операції) і середнього післяопераційного періоду фізичної реабілітації (15–42 день після операції).

4. Ефективність застосування розробленої програми фізичної реабілітації хворих з геморагічним інсультом уже через 1,5 місяця проявлялася в підвищенні загальної рухової активності, вдосконаленні координаційно-рухових взаємин, поліпшенню локомоції, зниженню м'язового тонусу в паретичних м'язах, нормалізацією просторової організації тіла хворих, збільшенні параметрів життєдіяльності.

5. Під впливом компонентів розробленої програми фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту в основній групі зареєстровані позитивні кількісні зміни:

- з боку біогеометричного профілю постави – зменшилися показники кутів β_1 (характеризує кут нахилу голови) і β_2 (характеризує симетричність плечового поясу) ($p < 0,05$). Значення кута β_5 (характеризує ступінь відхилення тіла від вертикалі) після проходження курсу реабілітації на 42-ий день після операції в основній групі $3,11^\circ \pm 0,17^\circ$ ($\bar{x} \pm m$) відрізнялися від показників контрольної групи $5,92^\circ \pm 0,99^\circ$ при нормі від 0° до $2,11^\circ$ ($p < 0,05$). У сагітальній площині, кут у кульшовому суглобі (кут α_4 , утворений вертикаллю й лінією між центром гребеня клубової кістки й трохантерионом) при першому дослідженні склав у середньому в пацієнтів основної групи $11,38^\circ \pm 0,16^\circ$ при нормі $5,6^\circ$, а після проходження курсу реабілітації його значення наблизилося до норми, і склав $7,60^\circ \pm 0,12^\circ$, що менше результату в контрольній групі – $9,49^\circ \pm 0,15^\circ$ ($p < 0,05$);
- в характері серцевого ритму у хворих основної групи: відсоток пацієнтів з нормальним ритмом збільшився з 6,5 % до 22,6 %, ($p < 0,05$); знизився відсоток хворих з ригідним ритмом – з 32,3 % до 0 % ($p < 0,05$); знизився відсоток хворих з аритмією – з 35,5 % до 6,5 % ($p < 0,01$); збільшився відсоток пацієнтів з помірно підвищеним ритмом з 6,5 % до 35,5 % ($p < 0,01$). У контрольній групі статистично значуще підтвердилося тільки збільшення відсотка хворих з нормальним ритмом з 0 % до 13,6 % ($p < 0,01$);
- у відновленні ходьби хворих з наслідками інсульту, при нормальному середньому значенні довжини кроку 46 см показники хворих основної групи збільшилися з $20,9 \pm 0,9$ см ($\bar{x} \pm m$) (45,4 % від норми) до $40,3 \pm 0,5$ см (87,6 % від нормальної довжини кроку), а у хворих контрольної групи з $20,8 \pm 0,9$ см (45,4 % від норми) до $31,2 \pm 0,5$ см (67,7 % від нормальної довжини кроку) ($p < 0,01$).

6. Застосування, розробленої програми фізичної реабілітації дозволило одержати статистично значимі зміни в можливостях життєдіяльності хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту в основній групі порівняно з хворими контрольної групи за тестами: «Контролювання рухів тулуба» – з 53,2 балів на 2–3 день до 90,1 балів до кінця курсу реабілітації, що більше ніж у пацієнтів контрольної групи 73,8 бали ($p < 0,05$); «Оцінка моторики Рівермід» найскладніше

завдання, (підйом і спуск по чотирьох щаблях сходів) за результатами заключного тестування доступно 83,9 % хворих основної групи і 36,4 % хворих контрольної; виконання правильного захвату й утримання кубика при заключному тестуванні доступно 19,4 % хворих основної групи й недоступно 100 % хворих контрольної групи; «Оцінка дрібної моторики» показник заключного тестування у пацієнтів основної групи $25,7 \pm 1,02$ рухів/хв вище показника контрольної групи $16 \pm 0,5$ рухів/хв ($p < 0,01$); еластичності біцепса за шкалою Ашфорда у хворих контрольної групи $1,9 \pm 0,12$ ($\bar{x} \pm m$) бала вище, ніж показники основної групи $1,4 \pm 0,03^\circ$ бала ($p < 0,05$).

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні можливості використання окремих положень запропонованої програми фізичної реабілітації для відновлення хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту на віддаленому етапі фізичної реабілітації.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні результати

1. Куфтан Мохаммад Назми Куфтан. Влияние средств физической реабилитации на показатели сократительной способности двуглавой мышцы плеча у больных после оперативного лечения геморагического инсульта / Куфтан Мохамед Назми Куфтан, Иван Лукаевич // Теорія і методика фізичного виховання. – 2011. – № 4. – С. 42–45. *Особистий внесок дисертанта полягає в узагальненні результатів досліджень та інтерпретації кількісних даних.*

2. Куфтан Мохаммед Назми Куфтан. Динамика восстановления вегетативной нервной системы у больных после оперативного лечения геморагического инсульта / Мохаммед Назми Куфтан Куфтан, А. М. Шевцова // Физическое воспитание студентов : науч. журн. – Харьков : ХОНОКУ–ХГАДИ, 2012. – № 4. – С. 93–96. *Особистий внесок дисертанта полягає в плануванні роботи, проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів, формулюванні висновків.*

3. Куфтан Мохаммед Назми Куфтан. Динамика восстановления функции мышц туловища у пациентов после оперативного лечения геморагического инсульта / Куфтан Мохаммед Назми Куфтан // // Молодіжний науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, В. П. Романюк. – Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2012. – № 7. – С. 52–55.

4. Лазарева Е. Влияние программы физической реабилитации на восстановление функции верхней конечности у больных после оперативного лечения геморагического инсульта / Е. Лазарева, Куфтан Мохамед, И. Жарова // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2011. – № 3. – С. 110–112. *Особистий внесок дисертанта полягає в проведенні досліджень, аналізі отриманих результатів.*

Опубліковані праці апробаційного характеру

5. Куфтан Махамад. Физическая реабилитация после оперативного лечения больных с геморагическим инсультом / Куфтан Махамад // XIV Междунар. науч. конгр. «Олимпийский спорт и спорт для всех». – К. : НФВСУ, 2010. – С. 376

АНОТАЦІЇ

Мохаммад Назмі Куфтан Куфтан. Фізична реабілітація після оперативного лікування хворих з геморагічним інсультом. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання та спорту за фахом 24.00.03 – фізична реабілітація. – Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, 2012.

Розроблена програма фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту спрямована на відновлення рухових функцій, статодинамічного стереотипу, координації рухів і побутових навичок в гострому періоді захворювання, базується на принципі послідовності застосування засобів лікувальної гімнастики, масажу, ерготерапії та методу електростимуляції з біологічним зворотнім зв'язком і їх збалансованому співвідношенні відповідно до проявів захворювання. Під впливом розробленої програми фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування геморагічного інсульту зареєстровані позитивні кількісні зміни з боку біогеометричного профілю постави, поліпшення показників мобільності хворих за шкалами «Оцінка клубу моторики» та «Оцінка моторики Рівермід», результатів тестів що характеризують ступінь відновлення верхньої кінцівки.

Ключові слова: геморагічний інсульт, фізична реабілітація, біогеометричний профіль постави, мобільність.

Мохаммад Назми Куфтан Куфтан. Физическая реабилитация после оперативного лечения больных с геморрагическим инсультом. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – физическая реабилитация. – Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, Киев, 2012.

Диссертация посвящена вопросам физической реабилитации после оперативного лечения больных с геморрагическим инсультом.

Анализ данных научно-методической литературы позволил сделать заключение, что восстановительные мероприятия для больных с острым нарушением мозгового кровообращения включают широкий диапазон методов физической реабилитации таких как: лечебная гимнастика, массаж, рефлексотерапия, физиотерапия и др. Тем не менее, в доступной литературе, практически не освещены вопросы касающиеся начала и сроков восстановления после оперативного вмешательства больных с геморрагическим инсультом, использования отдельных методов кинезотерапии, оптимальной продолжительности и возможности применения средств физической реабилитации на отдельных этапах, влияния их на функцию движения, индивидуализацию мероприятий для конкретного больного, что нуждаются в дополнительном изучении.

На основании исследований проведенных со 2 по 14 день после оперативного вмешательства установлено, что геморрагический инсульт характеризуется

нарушениями деятельности сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем, изменением биогеометрического профиля осанки в сагиттальной и фронтальной плоскостях, снижением двигательной функции больных (уменьшение доступной амплитуды движений, снижение показателей функционального состояния мышц ног и туловища на стороне поражения), нарушением чувствительности, речи и других проявлений жизнедеятельности.

Применяемая программа физической реабилитации больных после оперативного лечения геморрагического инсульта базируется на принципе последовательности введения всех составляющих ее элементов и их сбалансированном соотношении в соответствии с выраженностью проявлений заболевания, на основании применения средств лечебной гимнастики, массажа, методик эрготерапии и метода ЭМС-БОС в остром периоде заболевания. Программа физической реабилитации после оперативного лечения больных с геморрагическим инсультом направлена на восстановление двигательных функций, статодинамического стереотипа, координации движений, бытовых и трудовых навыков в остром периоде заболевания и состоит из двух периодов – раннего послеоперационного (1–14 день после операции) и среднего послеоперационного периода физической реабилитации (15–42 день после операции);

Эффективность применения разработанной программы физической реабилитации больных с геморрагическим инсультом уже через 1,5 месяца проявлялась в повышении общей двигательной активности совершенствовании координаторно-двигательных взаимоотношений, улучшению локомоции, снижению мышечного тонуса в паретичных мышцах, нормализацией пространственной организации тела больных, увеличению параметров жизнедеятельности. Под воздействием компонентов разработанной программы физической реабилитации больных после оперативного лечения геморрагического инсульта в основной группе зарегистрированы позитивные количественные изменения со стороны биогеометрического профиля осанки: изменились показатели углов β_1 (характеризующего угол наклона головы) и β_2 (характеризующего симметричность плечевого пояса) ($p < 0,05$). Значения угла β_5 (характеризующего отклонение тела от вертикали) после прохождения курса реабилитации, на 42-й день после операции в основной группе $3,11^\circ \pm 0,17^\circ$ ($\bar{x} \pm m$) было меньше чем показатели контрольной группы $5,92^\circ \pm 0,99^\circ$ ($\bar{x} \pm m$) при норме от 0° до $2,11^\circ$ ($p < 0,05$).

Применение, разработанной программы физической реабилитации позволило получить позитивные изменения в жизнедеятельности больных после оперативного лечения геморрагического инсульта в основной группе по тестам: контролирования движений туловища — с 53,2 балла, на 2–3 день до 90,1 балла к концу курса реабилитации, что статистически значимо больше чем у пациентов контрольной группы 73,8 балла; спастичности бицепса по шкале Ашфорда у больных контрольной группы $1,9 \pm 0,12$ ($\bar{x} \pm m$) балла статистически значимо выше, чем показатели основной группы $1,4 \pm 0,03$ балла ($p < 0,05$); индекс Ривермид самое

сложное задание, (подъем и спуск по четырем ступеням лестницы) по результатам заключительного тестирования доступно 83,9 % больных основной группы, и 36,4 % больных контрольной ($p < 0,01$); выполнение правильного захвата и удержания кубика при заключительном тестировании доступно 19,4 % больных основной группы и недоступно 100 % больных контрольной группы; по тесту «оценки мелкой моторики» показатель заключительного тестирования у пациентов основной группы $25,7 \pm 1,02$ дв/мин выше показателя контрольной группы $16 \pm 0,5$ дв/мин ($p < 0,01$). Полученные данные позволяют использовать разработанную программу физической реабилитации для повышения эффективности восстановления больных после оперативного лечения геморрагического инсульта.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, физическая реабилитация, биометрический профиль осанки, мобильность.

Mohammad Nazmi Quftan Quftan. Physical rehabilitation after surgical treatment of patients with hemorrhagic stroke. – On the right of manuscript.

Thesis for the scientific degree of Candidate of Science in Physical Education and Sport in specialty 24.00.03 – physical rehabilitation. – National University of Physical Education and Sport of Ukraine, Kyiv, 2012.

The developed physical rehabilitation program for patients after surgical treatment of hemorrhagic stroke is aimed at restoring motor functions, static and dynamic stereotype, coordination and domestic skills in the acute stage of disease, are based on the principle of consistency in the application of therapeutic exercises, massage, private occupational therapy techniques and the method of EMC–BOS and their balanced ratio in accordance with the severity of the manifestations of the disease. Under the influence of the developed physical rehabilitation program for patients after surgical treatment of hemorrhagic stroke reported positive changes in the quantitative biometrical posture profile, improvement in mobility of patients on Motor Club scale and Rivermid and test results characterizing the degree of recovery of upper limb.

Keywords: hemorrhagic stroke, physical rehabilitation, biometrical posture profile, mobility.

Підписано до друку 12.06.2010 р. Формат 60 ? 90/16.

Розум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.

Тираж 100. Зам. 31.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Боженка, 23, оф. 414.
200-87-13, 200-87-15, 525-88-77