

## Международный неврологический журнал 8 (54) 2012

### Фізична реабілітація — важливий крок до незалежного життя після інсульту

**Автори:** Піонтківська Н.І, 2, Фломін Ю.В.2, 3, Самосюк Н.І.1, 2; 1-Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, 2-МЦ «Універсальна клініка «Оберіг», м. Київ, 3-Харківська медична академія післядипломної освіти

**Рубрики:** Неврологія

**Разделы:** Справочник специалиста

#### Резюме

У статті розкривається суть фізичної терапії та наводиться інформація щодо роботи фахівців — кінезитерапевтів та ерготерапевтів. Також розглянуті основні реабілітаційні втручання, що використовуються для відновлення осіб, які перенесли судинну катастрофу.

Резюме. В статье раскрывается суть физической терапии и приводится информация о работе специалистов — кинезитерапевтов и эрготерапевтов. Также рассмотрены основные реабилитационные вмешательства, которые используются для восстановления лиц, перенесших сосудистую катастрофу.

Summary. The article reveals the essence of physical therapy and provides information on the work of experts — kinesitherapists and ergotherapists. Also, the basic rehabilitation interventions that are used to restore people who have had vascular catastrophe, were considered.



Інсульт — це третя провідна причина смертності людей у всьому світі й основна причина формування стійкої первинної інвалідності. У середньому не більше ніж 55 % хворих виживають протягом 5 років після гострого порушення мозкового кровообігу.

У нашій країні щорічно трапляється більше ніж 100 тисяч інсультів, а 35 % з них — у людей працездатного віку. Одна з головних турбот пацієнта з інсультом — це повернення до активного життя й фізична реабілітація, що є складовою загальної постінсультної реабілітації,

допомагає відновити незалежність та покращити якість життя пацієнта.

Постінсультна фізична реабілітація повинна починатися якомога раніше після судинної катастрофи, зазвичай у гострому періоді після стабілізації загального стану пацієнта (переважно протягом 24–48 годин після інсульту). Чим раніше пацієнту буде проведено реабілітаційні втручання, тим більше в нього шансів відновити порушені чи втрачені здібності та навички.

Метою фізичної реабілітації (фізичної терапії) є допомога особі з інсультом у здобуванні навиків, що вона втратила внаслідок ураження частини мозку, за допомогою переучування [1]; розвиток, збереження та максимально можливе відновлення рухової та функціональної здатності пацієнта у випадках, коли вона послаблена чи втрачена внаслідок старіння, перенесеної травми, хвороби або внаслідок негативного впливу навколишнього середовища [2].

Хоча спеціальність «фізична реабілітація» є відносно новою для нашої країни, у Європі та світі фахівці вже давно активно допомагають людям. Зародження її відбулося ще в XIX столітті в США, де фізичні терапевти працювали з людьми з порушенням постави. У 20-ті роки XX ст. сформувалась перша професійна організація в цій галузі — Американська асоціація фізичної терапії, яку очолила Мері Мак-Мілан. Значний розвиток фізичної реабілітації відбувся під час Другої світової війни, коли зростає необхідність у відновленні поранених військовослужбовців. На цю роботу призначали тільки жінок, які були педагогами з фізичного виховання. Вони застосовували комплекси вправ, які тепер ми називаємо фізичною реабілітацією. Хоча бурхливий розвиток професії у світі в 1990-х роках дещо уповільнився, фізична терапія продовжує вдосконалюватися [8].

Фахівці реабілітаційного напрямку здійснюють свою діяльність відповідно до певного алгоритму дій, що є складовими фізичної терапії.

Перш за все проводиться обстеження пацієнта, що включає в себе аналіз історії хвороби, збір анамнезу, визначення рівня сприйняття та когнітивних порушень, дослідження чутливості, тестування амплітуди руху, тонусу та сили м'язів, тобто проводиться детальне визначення функціональних можливостей пацієнта (тестування основних рухових вмінь та навиків) [6, 12].

Основні проблеми осіб з інсультом, із якими працюють фізичні терапевти:

- слабкість (геміпраез) чи параліч (геміплегія), що може переважати в усій половині тіла чи тільки в руці або нозі;
- спастичність, скутість у м'язах, болісні м'язові спазми;
- порушення координації та/або рівноваги;
- неуважність чи сенсорне ігнорування однієї сторони тіла (неглект);
- біль, оніміння чи порушення чутливості;
- проблеми з пам'яттю, мисленням, увагою та навчанням;
- тяжкість у виконанні повсякденних дій побутового характеру (наприклад, самообслуговування).

Фахівці з фізичної реабілітації мають працювати в команді. Командна робота, співпраця та координація між собою, з іншими фахівцями, сім'єю та опікунами відіграють важливу роль в реалізації цілісного підходу постінсультної реабілітації та досягнення вагомого результату у відновленні [7].

Оскільки пацієнт і його родичі, рідні, близькі та опікуни є найбільш важливою частиною реабілітаційної команди, вони беруть активну участь у постановці цілей індивідуальної реабілітаційної програми, що є наступним кроком у схемі діяльності реабілітолога. Визначення цілей у фізичній терапії повинно відбуватися у SMART-форматі:

- S (specific) специфічні (враховувати побажання пацієнта та його близьких);

- M (measurable) вимірювальні;
- A (achievable) досяжні;
- R (realistic) реалістичні;
- T (timed) визначені в часі [4].

На основі даних, отриманих під час обстеження, та поставлених цілей підбираються засоби фізичної реабілітації та проводяться реабілітаційні втручання.

Реабілітаційні втручання — це послуги, що надаються фахівцями з фізичної терапії (кінезитерапевтами та ерготерапевтами) або під їх керівництвом та контролем, із використанням засобів науково-доказової практики [6].

**Кінезитерапевт** допомагає відновити нормальний рух у суглобах та м'язах за допомогою практичних технік та надає рекомендації щодо практичних занять для зміцнення та відновлення тіла. Кінезіологічне втручання може проводитися за допомогою фізичних (ручних) чи механічних засобів.

Фахівці з кінезитерапії спеціалізуються на відновленні рухових та сенсорних порушень. Вони проходять навчання з усіх аспектів анатомії і фізіології, пов'язаних із нормальною функцією, з акцентом на рух. Вони оцінюють силу, витривалість, амплітуду рухів, порушення ходьби та сенсорний дефіцит у постінсультних пацієнтів для розробки індивідуальної програми кінезитерапії, спрямованої на відновлення контролю над руховими функціями [5].

Від кінезитерапевтів пацієнти також отримують допомогу для активного залучення в діяльність кінцівки, ураженої внаслідок інсульту, оскільки часте використання уражених кінцівок сприяє пластичності мозку і зниженню інвалідності. Стратегії, що застосовують кінезитерапевти для заохочення використання ураженої ноги чи руки, включають селективну сенсорну стимуляцію, таку як стискання чи погладження, активні й пасивні вправи для збільшення амплітуди руху та тимчасові обмеження здорової кінцівки під час виконання рухових завдань.

Особи після перенесеного інсульту навчаються компенсаторній стратегії для зменшення впливу залишкового дефіциту та залучаються до постійного дозованого фізичного навантаження, що допомагає зберегти свої нові рухові вміння та навички.

Загалом кінезитерапія акцентує свою увагу на практикуванні ізольованих рухів, неодноразово переходячи від одного виду руху в інший та повторення складних рухів, що вимагають значної координації й рівноваги, наприклад ходьба вгору або вниз по сходах чи безпечне переміщення між перешкодами. Якщо особа надто слабка, щоб тренуватися з обтяженням власною вагою тіла, заняття проводиться під час гідротерапії (протягом якої вода забезпечує сенсорну стимуляцію разом із підтримкою обтяження вагою тіла) або у спеціальних приладах-підйомниках [4, 9, 12].

Останні тенденції в кінезитерапії підкреслюють ефективність участі в цілеспрямованій діяльності, такий як ігри.

**Ерготерапевти** працюють для покращення рухових і сенсорних можливостей та надання безпеки пацієнтам у постінсультний період. Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists) підкреслює необхідність застосування різних реабілітаційних технологій і комплексів, що сфокусовані на відновленні втрачених пацієнтом навичок самообслуговування та здатності до виконання завдань як у повсякденному житті, так і в умовах виробничого середовища [13].

**Ерготерапевти** заохочують, розвивають, відновлюють та підтримують навички, необхідні для незалежного функціонування та благополуччя в повсякденній діяльності особи з інсультом, таких як догляд за собою, приготування їжі, прибирання (так звана зайнятість) [3].

Індивідуальні ерготерапевтичні програми призначені сприянню максимальному використанню функції для задоволення потреб людини в робочому та соціальному середовищі, особистісних та домашніх умовах.

Процес ерготерапії базується на первинному та повторному оцінюванні. Ерготерапевт разом із пацієнтом, який потребує допомоги, зосереджує увагу на індивідуальних здібностях та особливостях оточуючого середовища, а також на проблемах, пов'язаних із діяльністю особи в повсякденному житті.

Оцінювання включає застосування стандартних процедур, інтерв'ю та спостереження в різних умовах та консультації із людьми, які відіграють важливу роль у житті пацієнта.

Результати оцінювання є основою планування, що включає коротко- та довгострокові цілі терапії. Планування повинне відповідати стадії розвитку людини, її звичкам, ролям, перевагам способу життя й оточуючого середовища.

Ерготерапевти при необхідності навчають пацієнтів, як розділити складну діяльність на складові частини, пропрацювати кожен частину, а потім виконати всю послідовність дій. Ця стратегія може покращити координацію та допомогти людям з апраксією заново навчитися, як виконати заплановану діяльність, компенсаторні стратегії та змінювати елементи оточуючого середовища, що обмежують їх повсякденну активність. Наприклад, особа, у якої працює лише одна рука, може застібнути ґудзик за допомогою спеціальної петлі та гачка.

Фахівці з ерготерапії допомагають людям облаштувати своє помешкання для підвищення рівня безпеки, усунення бар'єрів, що сприятиме функціональній активності, наприклад установка поручнів у ванній кімнаті [5, 9, 10].

Реабілітація не завжди ліквідує наслідки інсульту. Її метою є покращення можливостей та впевненості пацієнта, щоб він міг продовжувати свою повсякденну діяльність, незважаючи на порушення внаслідок судинної катастрофи.

Що робитиме пацієнт під час проходження курсу фізичної реабілітації залежить від того, що йому потрібно, щоб стати незалежним. Він може працювати над поліпшенням своєї незалежності в багатьох галузях:

- навички самообслуговування, наприклад прийняття їжі, розчісування, прийняття ванни або одягання;
- рухові навички, такі як переміщення в ліжку, ходьба або їзда в інвалідному візку;
- когнітивні навички (пам'ять або вирішення завдань чи проблем);
- соціальні навички для взаємодії з іншими людьми.

Отже, постінсультна фізична терапія може включати деякі чи всі наступні реабілітаційні втручання:

- **Позиціонування** — це викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення для профілактики патологічних поз, контрактур чи болю.
- **Силові тренування**, що передбачає використання вправ, які допоможуть покращити м'язову силу й координацію.
- **Кардіофітнес** — передбачає виконання аеробних вправ (ходьба, біг, велотренажер) помірної інтенсивності протягом тривалого періоду для підвищення функціонування серцево-судинної й дихальної систем та всього організму в цілому.
- **Тренування перенесення ваги тіла** — допоможе пацієнту після інсульту швидше відновити навик ходьби.
- **Тренування мобільності** — це заняття, що направлені на тренування навиків переміщення в ліжку (повертання на бік, сідання) та ходьби як по прямій поверхні, так і через перешкоди чи по сходах. Тренування може також включати навчання правильного використання допоміжних пристроїв для ходьби, наприклад рами чи палиці.
- **Ортезування** — підбір та правильне використання пластикового фіксатора для стабілізації та підвищення сили гомілковостопного суглоба (ортез), щоб підтримати вагу тіла пацієнта, поки він заново навчається ходити.

- **Відновлення амплітуди рухів** — відбувається шляхом виконання активних чи пасивних вправ чи інших методик, щоб допомогти зменшити тонус м'язів (спастичності) й відновити діапазон руху.
- **Вправи на покращення координації та рівноваги** проводяться на різноманітних м'ячах та м'яких поверхнях зі зменшенням площі опори.
- **Мобілізація лопатки** включає пасивні та активні вправи для стабілізації та відновлення рухливості плечового поясу та профілактики чи зменшення сублюксації плеча.
- **Відновлення навиків самообслуговування** передбачає перенавчання навиків чи оволодіння новими стратегіям догляду за собою (одягання, вмивання) чи за близькими (приготування їжі, прибирання) та проведення активного дозвілля й відпочинку (хобі, творчі заняття).
- **Заняття на дрібну моторику** включає заняття, спрямовані на активну участь кисті та пальців у цілеспрямованій діяльності (ігри, маніпуляції з предметами).
- **Методика тимчасового обмеження активності неуразеної кінцівки**, або терапія примусового використання, включає обмеження використання здорової кінцівки під час тренування функції ураженої кінцівки. Цей примусове залучення пошкодженої руки або ноги може допомогти поліпшити її функції.
- **Сенсорне тренування** — це різноманітний вплив в усі органи відчуття, спрямований на відновлення сприйняття схеми тіла, чутливості ураженої половини тіла та зменшення наслідків синдрому ігнорування (неглекту).
- **Когнітивне тренування** — допомагає покращити пам'ять, мислення, увагу чи зменшити прояви апраксії.
- **Дзеркальна терапія** — допомагає відновити рухову функцію ураженої кінцівки на основі отриманої сенсорної інформації (через зір та пропріоцепцію) про активність паретичної кінцівки.
- **Дихальні втручання** — це маніпуляції та фізичні вправи з акцентом на дихання, метою яких є покращення вентиляції легень, виведення секретії та підвищення рухливості грудної клітки, що запобігає дихальним порушенням та зменшує їх.
- **Адаптація оточуючого середовища чи помешкання** — для підвищення рівня безпеки та функціональної незалежності пацієнта з інсультом.
- **Кінезіологічне тейпування** — накладання еластичної клейкої стрічки для зменшення набряку чи болю, а також для стимуляції активного руху в паретичних кінцівках.
- **Роботизовані технології** — використовують автоматизовані пристрої, щоб допомогти ураженим кінцівкам у виконанні повторюваних рухів, допомагаючи відновленню сили і функції.
- **Віртуальна реальність** — нова, комп'ютеризована терапія, що включає взаємодії з моделюванням середовища у реальному часі [4, 5, 9, 10, 12].

Тривалість реабілітаційного процесу є індивідуальною для кожної особи й залежить від тяжкості інсульту, супутніх порушень та часу надання реабілітаційної допомоги від початку захворювання. Хоча деякі пацієнти відновлюються досить швидко, проте для більшості пацієнтів необхідна довготривала реабілітація, що, можливо, триватиме протягом декількох місяців чи навіть років.

Реабілітація є важливою частиною у відновленні для багатьох осіб, які перенесли інсульт. Наслідки, спричинені інсультом, можуть означати, що пацієнт повинен змінитися, заново переглянути свою філософію та навчитися жити. І саме фізична реабілітація після інсульту може допомогти повернутися до самостійного життя. Для цього потрібно запропонувати пацієнту індивідуальну реабілітаційну програму, що грамотно та обґрунтовано розроблена фахівцями з фізичної реабілітації (кінезитерапевтами та ерготерапевтами).

---

## Список литературы

1. Герцик А. До питання тлумачення основних термінів галузі фізичної реабілітації // Бюлетень Української асоціації фізичної реабілітації. — Львів, 2009. — С. 4-6.
  2. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpt.org/>
  3. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>
  4. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф., Зычкова О.Б., Иванова А.А., Сорокоумов В.А., Тищенко М.Е. — Санкт-Петербург, 2003. — 42 с.
  5. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия / Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф., Зычкова О.Б., Иванова А.А., Сорокоумов В.А., Тищенко М.Е. — Санкт-Петербург, 2003. — 40 с.
  6. Матеріали світової конференції фізичної терапії. Основні положення. Опис фізичної терапії (Частина 1) // Бюлетень Української асоціації фізичної реабілітації. — Львів, 2011. — С. 1-2.
  7. Матеріали світової конференції фізичної терапії. Основні положення. Опис фізичної терапії (Частина 2) // Бюлетень Української асоціації фізичної реабілітації. — Львів, 2011. — С. 4-7.
  8. Echternach J.L. Political and Social Issues That Have Shaped Physical Therapy Education over the Decades // Journal of Physical Therapy Education. — 2003. — 17. — 26-33.
  9. Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation. <http://www.ebrsr.com/>
  10. International Handbook of Occupational Therapy Interventions / Ed. by Sцderback Ingrid. — Springer, 2009. — 553 p.
  11. Janet H. Carr, Roberta Shepherd. Neurological Rehabilitation: Optimizing Motor Performance. — Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998. — 350 p.
  12. Susan B. Physicalrehabilitation: assessment and Treatment / Susan B., O'Sullivan, Thomas J., Schmitz. — Philadelphia F. A. Davis Company, 1994. — 748 p.
  13. <http://www.bls.gov/oco/ocos078.htm>
-