

УДК: 616.831 – 005.1 [615/854]

*Богдан Мицкан,
Генадій Єдинак,
Зіновій Остап'як,
Богдан Грицуляк,
Тетяна Мицкан*

Інсульт: різновиди, фактори ризику, фізична реабілітація

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника (м. Івано-Франківськ)

Постановка наукової проблеми та її значення. Аналіз останніх досліджень. Першою згадкою про інсульт слугує опис зроблений Гіпократом в 460-х роках до нашої ери, в якому йдеться про випадок втрати свідомості.

У подальшому Вільям Гален описав симптоми, які починаються з раптової втрати свідомості і назвав їх терміном апоплексія, тобто удар. З того часу термін апоплексія твердо закріпився в медичній практиці, що означає як гостре порушення мозкового кровообігу, так і крововиливи в інші органи (апоплексія яйників, наднирників тощо).

Значний вклад в розуміння патогенезу інсульту зробив Рудольф Вірхов. Він запропонував терміни тромбоз та емболія, які і сьогодні є ключовими в діагностиці, лікуванні та профілактиці інсульту. Пізніше він встановив, що причиною тромбозу артерій є не запалення, а атеросклеротичні зміни судин.

Серед всіх видів інсультів домінують ішемічні ураження мозку, які складають 70–85 %, крововиливів в мозок зустрічаються в 20–25 % випадків, а нетравматичні субарахноїдальні крововиливи складають 5 %.

Інсульт сьогодні стає основною соціально-медичною проблемою неврології. Щорічно в світі церебральний інсульт переносять майже шість мільйонів осіб (за даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на кожні 100 тис. населення), а в Україні більше 125 тис. [5]. Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання. Слід зазначити, що 35,5 % мозкових інсультів трапляються в осіб працездатного віку [9]. Більшість пацієнтів, що перенесли інсульт і вижили, стають неповносправними, а 20–25 % із них до кінця життя потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті.

У найближче десятиліття експерти ВООЗ прогнозують подальший ріст кількості мозкових інсультів. Відповідно до прогнозів у 2020 році захворюваність інсультом зросте на 25 %, що обумовлено постарінням населення планети і ростом розповсюдженості в популяції таких факторів ризику як артеріальна гіпертензія, ожиріння, хвороби серця, цукровий діабет, куріння тощо.

Летальність у хворих з інсультами значною мірою залежить від умов лікування в гострому періоді недуги. Рання тридцятиденна летальність після інсульту складає 35 %. У стаціонарах летальність складає 24 %, а в осіб, які лікувалися в домашніх умовах – 43 % [6]. Протягом року помирає майже 50 % хворих.

В Україні тяжкій інвалідності в осіб, які перенесли інсульт сприяє мала кількість екстренно госпіталізованих хворих (менше 30 %), відсутність палат інтенсивної терапії в неврологічних відділеннях багатьох стаціонарів. Українці мало беруть до уваги потребу активної реабілітації хворих (в реабілітаційні відділення і центри переводиться майже 20 % осіб, які перенесли інсульт).

Загалом інсульт посідає друге місце серед причин смерті (після гострих недуг серця), при цьому смертність у чоловіків вища, ніж у жінок. На початку ХХІ ст. в Україні відмічена тенденція до зниження смертності внаслідок інсульту, проте в інших країнах (в США і Західній Європі) воно більш суттєве у зв'язку з активним лікуванням артеріальної гіпертензії і зменшення споживання продуктів із високим вмістом холестерину.

Інсульт сьогодні є основною причиною інвалідизації населення. Інвалідами стають 70–80 %, які вижили після інсульту, а 20–30 % із них потребують постійної сторонньої допомоги. Для набуття оптимальної самостійності пацієнтові в житті потрібна допомога фахівців фізичної реабілітації.

Доведено, що застосування засобів фізичної реабілітації в гострому періоді захворювання зменшує ризик виникнення різних ускладнень, сприяє відновленню порушених рухових функцій, готує

пацієнтів до вертикалізації та набуття елементарних навичок самообслуговування [7]. Більшість вітчизняних досліджень щодо застосування засобів фізичної реабілітації стосуються судинних захворювань головного мозку, проте недостатньо висвітлені проблеми та особливості фізичної реабілітації хворих з різними видами мозкового інсульту, зокрема після перенесеного мозкового крововиливу.

Завдання дослідження – охарактеризувати різновиди інсультів, причини їхнього виникнення розкрити сучасні підходи щодо реабілітації хворих після перенесеного інсульту.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети використаний теоретичний аналіз.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Існує три основних види інсульту: ішемічний інсульт, внутрішньомозковий і субарахноїдальний крововилив. Внутрішньомозковий нетравматичний (не у всіх класифікаціях), підоболонковий крововилив належить до геморагічного інсульту. За даними міжнародних досліджень [10], співвідношення ішемічного й геморагічного інсультів складає в середньому 4:1 – 5:1 (80–85 %) і (15–20 %).

Ішемічний інсульт, або інфаркт мозку найчастіше виникає у хворих старших за 60 років, які мають в анамнезі інфаркт міокарду, порушення серцевого ритму і провідності, ревматичні пороки серця, цукровий діабет. Велику роль у розвитку ішемічного інсульту відіграють зміни реологічних властивостей крові, патологія магістральних артерій. Характерним є розвиток недуги в нічний час без втрати свідомості.

Ішемічний інсульт найчастіше розвивається за звуження або оклюзії артерій, які кровопостачають головний мозок. Його поділяють на атеротромботичний, кардіоемболічний, гемодинамічний, лакунарний і інсульт по типу гемореологічної мікрооклюзії [1].

Атеротромботичний інсульт, як правило, виникає на фоні атеросклерозу церебральних артерій великого або середнього калібру. Цей вид інсульту розвивається ступенеподібно, з наростанням симптоматики протягом декількох годин або діб, часто дебютує під час сну, нерідко є наслідком транзиторних ішемічних атак. Розміри вогнища ішемічного інсульту варіюють в широких межах.

Кардіоемболічний інсульт виникає за повної або часткової закупорки емболом артерії мозку. Найчастіше причинами інсульту є кардіогенні емболії при клапанних пороках серця, ревматичні й бактеріальні ендокардити, при інших ураженнях серця, які супроводжуються утворенням в його порожнинах пристінних тромбів. Часто емболічний інсульт розвивається внаслідок пароксизму миготливої аритмії. Початок такого інсульту, як правило, раптовий, у стані бадьорості людини. У дебюті захворювання найбільш виражений неврологічний дефіцит. Найчастіше інсульт локалізується в ділянці кровопостачання середньої мозкової артерії, розмір вогнища середній або великий, характерним є геморагічний компонент. В анамнезі можливі емболії інших органів.

Гемодинамічний інсульт обумовлений гемодинамічними факторами – зниженням артеріального тиску (фізіологічним, наприклад під час сну, ятрогенною артеріальною гіпертензією, гіповолемією) або зниженням хвилинного об'єму кровотоку (в результаті інфаркту міокарда, вираженої брадикардії тощо). Початок такого інсульту може бути раптовим або ступенеподібним. Розміри вогнища різні, локалізація, як правило, у ділянці змішаного кровопостачання (кіркова, перівентрикулярна тощо). Гемодинамічні інсульти виникають на фоні патології екстра- і або інтракраніальних артерій (атеросклероз, септальні стенози артерій, аномалії судинних ансамблів мозку).

Лакунарний інсульт обумовлений ураженням невеликих перфоруючих артерій. Як правило, виникає на фоні підвищеного артеріального тиску, поступово, протягом декількох годин, локалізується в підкіркових структурах (підкіркові ядра, внутрішня капсула, біла речовина семіовального центру, основа моста), розміри вогнища перевищують 1,5 см. Загальноомозкові і менінгіальні симптоми відсутні, спостерігається характерна вогнищева симптоматика (суто руховий або суто чутливий лакунарний синдром, атактичний геміпарез, дизартрія або монопарез).

Інсульт по типу гемореологічної мікрооклюзії виникає на фоні відсутності будь-якого судинного або гематорлогічного захворювання встановленої етіології. Причиною інсульту є виражені гемореологічні зміни, зрушення в системі гомеостазу і фібринолізу. Характерна скупа неврологічна симптоматика в поєднанні зі значними гемореологічними змінами.

Геморагічний інсульт. У науковій літературі терміни “геморагічний інсульт” і “нетравматичний внутрішньомозковий крововилив” вживаються або як синоніми, або до геморагічних інсультів, поряд з внутрішньомозковим, також відносять нетравматичний субарахноїдальний крововилив.

Внутрішньомозковий крововилив – найбільш розповсюджений тип геморагічного інсульту, найчастіше виникає у віці 45–60 років. В анамнезі у таких хворих – гіпертонічна недуга, церебральний атеросклероз або поєднання цих захворювань, артеріальна симптоматична гіпертензія,

захворювання крові та ін. Ознаки захворювання (відчуття розігріву тіла, посилення головної болі, порушення зору) проявляються рідко. Як правило інсульт розвивається раптово, у денний час, на фоні емоційного або фізичного перенапруження. Причиною крововиливу в мозок найчастіше є гіпертонічна недуга (80–95 % випадків). Рідше крововилив обумовлений атеросклерозом, захворюваннями крові, запальними змінами мозкових судин, інтоксикацією, авітамінозами та іншими причинами. Крововилив в мозок може наступити шляхом діapedезу або в результаті розриву судин. В обох випадках в основі виходу крові за межі судинного русла лежать функціонально-динамічні ангіодистонічні розлади загальної і, зокрема, регіональної мозкової мікроциркуляції. Основним патогенетичним фактором крововиливу є гіпертонічні кризи, при яких виникають спазми або пралічі мозкових артерій і артеріол. Обмінні порушення, що виникають в ділянці ішемії, сприяють дезорганізації стінок, які в цих умовах стають проникливими для плазми й еритроцитів. Так виникає крововилив шляхом діapedезу. У механізмі виникнення діapedезної геморагії лежить порушення взаємодії між згортаючою і протизгортаючою системами крові, а також параліч стінок дрібних судин, який сприяє ноаростанню проникливості судинних стінок і плазморагії. Одночасно розвиток спазму багатьох судинних розгалужень, в поєднанні з проникненням крові в мозкову речовину, може призвести до утворення обширного вогнища крововиливу, а інколи і множинних геморагічних вогнищ.

Субарахноїдальний крововилив (крововилив в субарахноїдальний простір). Найчастіше цей тип крововиливу спостерігається у віці 30–60 років. Серед факторів ризику паління, хронічний алкоголізм і одноразове споживання алкоголю у великих кількостях, ожиріння та гіпертензія. Цей крововилив може відбутися спонтанно, як правило в наслідок розриву артеріальної аневризми або в результаті черепно-мозкової травми. Водночас, серед причин САК кокаїнова наркоманія, серповидно-клітинна анемія (у дітей); рідше прийом антикоагулянтів, порушення згортаючої системи крові і гіпофізарний інсульт. Локалізація САК залежить від місця розриву судини. Найчастіше воно виникає при розриві судин артеріального кола великого мозку на нижній його поверхні. Виявляється скупчення крові на базальній поверхні ніжок мозку, моста, довгастого мозку, найбільш інтенсивний крововилив у цих випадках прослідковується по ходу великих борозд.

Залежно від локалізації і розміру морфологічних змін мозку, отриманих при інсульті, клінічна картина і рухові розлади можуть суттєво варіювати. Поряд із типовими паралічами і парезами при ураженні пірамідального шляху, можна спостерігати також зміну чутливості, порушення мовлення, просторову перцепцію, відхилення психічного статусу (розгубленість, емоційна лабільність, депресія, підвищена дратівливість тощо), інконтиненція та інше [4]. Наслідки рухових порушень при геміплегіях, як правило, зводяться до такого: паралічу кінцівок протилежно вогнищу ураження, спастичної гіпертонії м'язів-флексорів верхньої і екстензорів нижньої кінцівок, посилення сухожильних рефлексів, відсутності брюшних рефлексів, і поява патологічних та захисних рефлексів, клонус стопи і коліна.

Діагностика. Розпізнати інсульт можна на місці, не зволікаючи, для цього використовується три основні прийоми розпізнавання симптомів інсульту, так звані “ПЗП”. Для цього попросіть потерпілого: П – посміхнутися (при інсульті посмішка може бути кривою, куток губ з одного боку може бути спрямований вниз, а не вгору); З – заговорити. Виговорити просте речення, наприклад “За вікном світить сонце”. При інсульті часто (але не завжди) вимова порушена; П – підняти обидві руки. Якщо руки піднімаються неоднаково – це може бути ознакою інсульту.

Додаткові методи діагностики. Попросити потерпілого висунути язик. Якщо язик кривий або неправильної форми і западає на один або другий бік, то це теж ознака інсульту. Попросити потерпілого витягнути руки вперед долонями доверху. Якщо одна з них починає довільно “відходити” вбік і вниз – це ознака інсульту. Коли в потерпілого виникають труднощі при виконанні котрогось із цих завдань, потрібно негайно викликати швидку допомогу і описати симптоми медикам. Навіть якщо симптоми припинилися (преривисті порушення мозкового кровообігу), тактика повинна бути одна – госпіталізація через швидку допомогу; похилий вік, кома не є протипоказами щодо госпіталізації.

Диференціальна діагностика подана в табл.1 [8].

Перша допомога. Перш за все потрібно зручно вкласти потерпілого на ліжко і розстібнути одяг, який створює ускладнене доступ свіжого повітря. Видалити з рота протези та рвотні маси. Голова, плечі повинні лежати на подушці, щоб не було згинання ший та погіршення кровообігу по хребтових артеріях. Під час розвитку інсульту найважливішими є перші хвилини й години захворювання, саме в

цей час медична допомога може бути найбільш ефективною. Хворий з інсультом транспортується тільки в положенні лежачи.

Лікування. До інсульту дуже часто приєднується пневмонія, пролежні, що вимагає постійного догляду, повертання з боку на бік, зміни мокрої білизни, годування, очищення кишечника, вібромасажу грудної клітки. Лікування інсульту охоплює проведення курсу судинної терапії, використання препаратів, які покращують мозковий кровообіг, кисневу терапію, відновне лікування або реабілітацію.

Таблиця 1

Диференціально-діагностична характеристика інсультів

Симптоми	Різновиди інсультів		
	Ішемічний інфаркт мозку	Крововилив в мозок	Субарахноїдальний крововилив
Преривисті ішемічні атаки напередодні	часто	рідко	відсутні
Початок інсульту	повільний	швидкий	раптовий
Головний біль	слабкий або відсутній	дуже сильний	дуже сильний
Рвота	не типова за винятком ураження стовбура мозку	часто	часто
Гіпертонія	часто	є майже завжди	рідко
Свідомість	може бути втрачена на короткий час	тривала втрата свідомості	короткочасна втрата свідомості
Ригідність м'язів потилиці	відсутня	часто	завжди
Геміпарез (монопарез)	часто з самого початку недуги	часто з самого початку недуги	рідко, але не з початку недуги
Порушення мови (афазія, дизартрія)	часто	часто	рідко
Ліквор (ранній аналіз)	як правило, безколірний	часто кров'янистий	завжди кров'янистий
Крововилив в сітківку	відсутній	рідко	може бути

У світовій практиці відновне лікування (реабілітація) після інсульту провідне місце займає міждисциплінарний підхід, який передбачає участь декількох спеціалістів: фізичного терапевта (фізичного реабілітолога), який забезпечує відновлення рухових функцій, ерготерапевта (забезпечує відновлення функцій кисті), мовного терапевта (відновлення мови і ковтання) (логопеда), медичного психолога (слідкує за психологічним станом пацієнта і не допускає депресії).

У стандарти лікування пацієнтів з інсультом входять такі препарати: ацетилсаліцилова кислота, клопидогрел, тиклопидин, варфарин, бутулінічний токсин, флуоксетин, церобрилізін. Препарати призначаються відповідно до стандартів лікування та за призначенням лікуючого лікаря.

Мозок людини характеризується природною здатністю до відновлення функцій завдяки утворенню нових зв'язків між здоровими нейронами і формування нових інформаційних ланцюгів. На думку А. Р. Ruskin [9], два принципа лежать в основі сучасної концепції пластичності мозку: полісенсорна функція нейронів або нейронного пула) та ієрархічність структур нервової клітини. У здійсненні функцій і її відновлення має значення взаємодія двох форм функціональної організації – інваріантної генетично детермінованої і рухливої. При цьому можна виділити різні механізми компенсації порушеної функції: 1) реорганізація порушеного нервового центру; 2) перебудова взаємовідношень між різними етапами однієї системи; 3) реорганізація структури і функції інших систем; 4) включення резервних можливостей різних за функціональним значенням систем. Така властивість мозку має назву нейропластичність і може бути стимульована застосуванням реабілітаційних засобів. Одним із ключових факторів ефективності будь-якої програми реабілітації є систематичне виконання ретельно організованого, індивідуально підбраного комплексу фізичних вправ – тобто загальний принцип систематичності, який використовується у навчанні руховим навикам, а також психологічна реабілітація.

Психологічна реабілітація передбачає вплив на психологічну сферу хворого. Мета – переконати хворого в сприятливому завершенні лікування. Основні моменти, на які треба звернути увагу: ставлення хворих до реабілітаційних заходів; вивчення особливостей психологічного статусу хворих залежно від стадії й перебігу хвороби; особливості особистості хворого і його ставлення до хвороби; згода або відмова від реабілітаційних заходів; взаємини лікаря й хворого; вибір форм і методів немедикаментозного лікування.

Принципи реабілітації після інсульту. Основними принципами постінсультної реабілітації є: 1) максимально ранній початок реабілітаційних заходів (якщо дозволяє стан здоров'я пацієнта, то починають з перших днів); 2) систематичність і тривалість; 3) адекватність і комплексність (завдяки синхронній роботі міждисциплінарної команди можливе найбільш повноцінне відновлення утрачених функцій після перенесеного інсульту) [3].

У перебігу інсульту виділяють декілька періодів: 21 день від початку захворювання складає гострий період, у межах якого виділяють найгострішу фазу – перші сім днів, протягом яких хворий повинен знаходитися в палаті інтенсивної терапії спеціалізованого інсультного центру. Основна мета – збереження життя, початок реабілітаційних заходів за стабілізації життєво важливих функцій (може ковтати, стабільний кров'яний тиск і ЧСС, самостійно дихає, при свідомості)

Завданнями ранньої реабілітації в гострому періоді є попередження розвитку патологічних станів і ускладнень, вироблення активних рухів, корекція порушення ковтання, початок роботи з відновлення мови, психологічна реабілітація

Із першого до шостого місяця – ранній відновлювальний період. Завданнями цього періоду є попередження повторного інсульту і максимально інтенсивна реабілітація. Темпи відновлення пацієнтів у цьому періоді найбільш швидкі, максимально ефективна в цей час рухова реабілітація. Відбувається відновлення рухів у кінцівках. Крім цього, продовжується робота з відновлення мови, читання, мислення, емоційно-вольової сфери.

Від шостого місяця до першого року – період залишкових явищ протягом якого не припиняється профілактика повторного інсульту і відновлення втрачених функцій. Мета цього періоду – розвинути і закріпити досягнуті успіхи відновної кінезітерапії. Резерви все ще зберігаються, але відновлення суттєво сповільнюється.

Після одного року – період залишкових явищ (продовжується профілактика повторного інсульту). За дотримання принципу систематичності вдається досягнути значного покращення фізичного стану пацієнта [2].

Таким чином, всупереч наявній думці, що при інсульті реабілітація повинна розпочинатися після виписки зі стаціонару, – починати кінезітерапію після інсульту потрібно після ліквідації загрози життя пацієнта. І чим раніше розпочати, тим кращих результатів можна досягнути.

Кінезітерапія. Відновлюванне лікування після інсульту розпочинається ще в гострому періоді, яке включає фармацевтичні засоби і спокій. Поступово розпочинають реабілітаційні заходи, які відіграють першочергову роль у вирішенні наступних завдань: 1) попередження розвитку контрактур і пролежнів (використовують різні положення тіла і його біоланок); 2) збереження рухливості в суглобах паралізованих кінцівок і покращення трофіки ушкоджених ділянок (застосовують пасивні фізичні вправи і активні вправи для контрлатеральних кінцівок); 3) сприяння відновленню вольових зусиль і рухів зняттям спастичного підвищеного тону м'язів, приглушення патологічних рухових синергій і полегшення активних вольових рухів (застосовують фізичні вправи, заспокійливий масаж спастичних м'язів, гідро- і кріотерапію, імпульсивні струми); 4) покращення координації рухів і засвоєння складних рухових дій – елементів основних рухів (поряд з фізичними вправами використовують інгібувальні пози для приглушення патологічних рефлекторних синергій, а для релаксації спастичних м'язів застосовують різновиди послідовної індукції – техніки зі зміною антагоністів, а саме “повільне обертання – затримка – релаксація” і “затримка – релаксація”.

Водночас із відновленням активних рухів в положенні лежачи і сидячи потрібно навчати випрямлятися і балансувати тілом в стоячому положенні (застосовують високий стілець, який дозволяє сидіти з майже розігнутими колінними суглобами, і гімнастичну драбину). Поступово в процесі тренування висоту стільця зменшують, ноги все більше зігнуті в колінних суглобах, допоки поза не прийме звичайне сидяче положення. У подальшому випрямлення здійснюють за допомогою турнікета.

Наступним етапом є навчання ходьби. Основним завданням при цьому є відновлення у хворого ритму змінних реципрокних рухів, які є під час нормальної ходьби. Якщо хворий завчить хибні

патологічні рухи під час ходьби (під впливом і з елементами синергії), у подальшому їх утруднює важко корегувати.

При геміплегії порушені нормальні рухові синергії як опорної, так і махової фази під час ходьби. Так, наприклад, у ранній опорній фазі абдуктори кульшового суглоба не скорочуються і таз нахиляється до непідтримуваного боку – виходить типова кульгавість. Спастичні плантарні флексори перешкоджають переходу стопи до дорсальної флексії, і внаслідок цього тіло зупиняє свій рух уперед, центр маси тіла часто залишається позаду лінії гомілково-стопних суглобів. Це призводить до вимушеного скорочення махової фази здорової ноги. У наступній опорній фазі спастичність плантарних флексорів створює труднощі для нормального відштовхування, за рахунок чого порушується ритм ходьби і махова фаза хворої ноги. Для покращення дефіцитної дорсальної флексії стопи і побудови нормальних рухових комбінацій доцільно застосовувати ходьбу на місці з високим підніманням стегон. Поступово переходять до невеликого кроку з опорою на здорову ногу (краще за допомогою турнікета), прогресивно збільшуючи довжину кроку до нормальної величини.

Коли хворий вже навчений здійснювати більш менш правильно окремо махову і опорну фазу, можна перейти до ходьби – спочатку за допомогою турнікета, потім на рухомій прохідці за допомогою палиці і, накінець, до самостійної ходьби.

Наступний етап передбачає початок долати перешкоди, підніматися і спускатися сходами. Піднімаючись сходами, хворий ставить спочатку на сходинку здорову ногу. Під час опускання паретична нога йде першою – хворий ставить її на нижню сходинку, здорова нога згинається в коліні і потім ступає на нижню сходинку.

Після успішного засвоєння всього цього хворий отримує значну самостійність і може пересуватися вулицею, використовувати транспортні засоби тощо.

Одним з важливих завдань фізичної реабілітації є навчання щоденним побутовим видам діяльності і, в першу чергу, спрямованих на самообслуговування. Реалізація цього завдання розпочинається ще в гострому періоді, коли хворий знаходиться в ліжку. Використовують рухи здорової сторони, які збереглися, поступово, при появі активних рухів в ураженій стороні, їх включають у діяльність (головним чином, як допоміжні).

Важливим є постійне використання дихальних вправ, серед них і дренажних, задля профілактики застійних явищ в легенях і пневмоній. Ефективним є надування гумових кульок, іграшок (5–7 разів на день).

Конкретний зміст кінезіотерапевтичної програми визначається для хворого ступенем ушкодження мозкової тканини, його локалізацією.

Висновки. Причиною інсультів є функціонально-динамічні ангіодистонічні розлади загальної і особливо регіональної мозкової циркуляції крові. Основними патогенетичними факторами є артеріальна гіпертензія і гіпертонічні кризи, при яких виникають спазми або паралічі мозкових артерій і артеріол.

Реабілітація після інсульту – це комплекс заходів (медикаментозних, психо-фізіо- і кінезіотерапевтичних), спрямованих на пом'якшення його наслідків, попередження ускладнень, тренування кардіореспіраторної системи й відновлення рухових функцій, мінімізація ризику повторного інсульту, корекцію емоційних й когнітивних порушень, а також намагання домогтися повного відновлення працездатності пацієнта та його соціальної активності. На початковому етапі реабілітації враховується давність інсульту, вираженість порушень, наявність супутніх захворювань (ішемічна недуга серця, гіпертензія, діабет тощо), а також характер і протікання основного судинного захворювання.

Основними принципами реабілітаційного процесу є індивідуальний підхід (реабілітаційна програма для кожного пацієнта будується з урахуванням діагнозу (ішемічний, геморагічний інсульт), обширності вогнища ураження, давності захворювання, віку, супутніх захворювань, характерологічних особливостей пацієнта, систематичність і тривалість відновлювальних заходів).

Основним засобом фізичної реабілітації в постінсультному періоді є пози, пасивні й активні фізичні вправи, дихальна гімнастика, масаж, гідрокінезіотерапія, імпульсні струми, відновлювальний масаж.

Список використаної літератури

1. Віничук С. М. Пошук нових підходів до лікування гострого ішемічного інсульту / С. М. Віничук, М. М. Прокопів, Т. М. Черненко // Український неврологічний журнал. – 2010. – № 1 (14). – С. 3–10.
2. Епифанов В. А. Реабилитация больных перенесших инсульт / Епифанов В. А. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.

3. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта / Кадыков А. С. – М. : “Миклош”, 2003. – 176 с.
4. Копчак О. О. Особливості постінсультних когнітивних порушень у пацієнтів з метаболічним синдромом / О. О. Копчак // Міжнародний неврологічний журнал. – 2012. – № 3 (49). – С. 88–95.
5. Міщенко Т. С. Профілактика мозкового інсульту : метод. рекомендації / Т. С. Міщенко, Є. В. Лакомцева. – Харків, 2006. – 15 с.
6. Олейник И. В. Состояние и перспективы решения мозковых инсультов, их социально-медицинских последствий (обзор литературы) / И. В. Олейник // Вісник морфології. – 2010. – Вип. 16 (3). – С. 734–737.
7. Рокошевська В. В. Модель індивідуальної програми фізичної реабілітації після перенесеного мозкового геморагічного інсульту / В. В. Рокашевська // Молода спортивна наука України : зб. наукових праць з галузі фізичної культури і спорту. – Л., 2008. – Вип. 12. – Т. 3. – С. 193–196.
8. Погорелов О. В. Нейрофізіологічна діагностика астенічних станів при ішемічних порушеннях головного мозку / О. В. Погорелов // Український неврологічний журнал. – 2009. – № 2 (11). – С. 49–53.
9. Шкловський В. М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта / В. М. Шкловский // Инсульт. – 2003. – № 8. – С. 10–27.
10. The Atlas of Heart Disease and Stroke / Mackay, G. Mensach. WHO, 2007 [Електронний ресурс] / Режим доступа : http://www.who.int/entity/cardiovascular_disease/en/_cva_atlas

Анотація

Значна поширеність сьогодні різних видів інсульту серед різних вікових груп, у тому числі дітей і молоді, а також великий ступінь інвалідизації осіб, які перенесли інсульт вимагає глибокого аналізу наукових даних стосовно можливостей фізичної реабілітації після перенесеного інсульту. Це дасть можливість підвищити ефективність відновлювальної кінезітерапії. Мета роботи – охарактеризувати різновиди інсультів, причини їхнього виникнення і сучасні підходи до фізичної реабілітації після перенесеного інсульту. Сьогодні прийнято диференціювати інсульти на такі різновиди: ішемічний інсульт (атеротромботичний, кардіоемболічний, гемодинамічний, лакунарний і інсульт по типу гемореологічної мікрооклюзії), внутрішньомозковий і субарахноїдальний крововилив. Основними принципами постінсультної реабілітації є: 1) максимально ранній початок реабілітаційних заходів (якщо дозволяє стан здоров'я пацієнта то починають з перших днів); 2) систематичність і тривалість; 3) адекватність і комплексність (завдяки синхронній роботі міждисциплінарної команди можливе найбільш повноцінне відновлення утрачених функцій після перенесеного інсульту). Основним засобами фізичної реабілітації в постінсультному періоді є пози, пасивні й активні фізичні вправи, дихальна гімнастика, масаж, гідрокінезітерапія, імпульсні струми, відновлювальний масаж.

Ключові слова: інсульт, фактори ризику, реабілітація.

Богдан Мыцкан, Геннадий Едынак, Зиновий Остапьяк, Богдан Грыцуляк, Татьяна Мыцкан. Инсульт: причины, факторы риска, физическая реабилитация. Актуальность работы. Значительное распространение различных видов инсульта среди разных возрастных групп, включая детей и молодых людей, а также в значительной степени инвалидизации тех, кто перенес инсульт требует более глубокого анализа научных данных, касающихся возможности реабилитации после перенесенного инсульта. Это даст возможность увеличить эффективность кинезитерапии. Цель работы – охарактеризовать разновидности инсультов, причины их возникновения и современные подходы к физической реабилитации после перенесенного инсульта. На современном этапе принято дифференцировать инсульти на следующие разновидности: ишемический инсульт (атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный и инсульт по типу гемореологических микрооклюзии), внутримозговое и субарахноидальное кровоизлияние. Основными принципами постинсультной реабилитации являются: 1) максимально раннее начало реабилитационных мероприятий (если позволяет состояние здоровья пациента то начинают с первых дней) 2) систематичность и долговременность; 3) адекватность и комплексность (благодаря синхронной работе междисциплинарной команды возможно наиболее полноценное восстановление утраченных функций после перенесенного инсульта). Основным средством физической реабилитации в постинсультном периоде является позы, пассивные и активные физические упражнения, дыхательная гимнастика, массаж, гидрокинезитерапия, импульсные токи, восстановительный массаж.

Ключевые слова: инсульт, факторы риска, реабилитация.

Bogdan Mytskan, Gennady Edynak, Zynowij Ostapjyak, Bogdan Grytsulyak Tetiana Mytskan. Stroke: Causes, Factors of Risk, Physical Rehabilitation. Significant distribution of different types of stroke among different age groups, including children and young people, and to a large degree of disability of those who suffered a stroke requires a deeper analysis of the scientific evidence relating to the possibility of rehabilitation after stroke. This would increase the effectiveness of kinesitherapy. Purpose – to describe the types of strokes, their causes and contemporary approaches to physical rehabilitation after stroke. At the present stage of strokes taken to differentiate the following types: ischemic stroke (atherothrombotic, cardioembolic, hemodynamic, and lacunar stroke by type hemorheological mikrookluzii), intracerebral and subarachnoid hemorrhage. The basic principles of post-stroke rehabilitation are: 1) to maximize early start of rehabilitation (if the patient's health is starting from the first day) 2) systematic and sustainability, and

3) *the adequacy and comprehensiveness (synchronous operation by an interdisciplinary team of perhaps the most full recovery of lost function after myocardial stroke). The main means of physical rehabilitation in post-stroke period is positive, passive and active exercise, breathing exercises, massage, hidrokineziterapiya, pulsed currents, recovery massage.*

Key words: *stroke, risk factors, rehabilitation.*

УДК 796.035+615.82

Евгения Перова

Стресс и психические расстройства в травматологии

ФГБУ ФНЦ ВНИИФК (г. Москва)

Постановка научной проблемы и её значение. Анализ последних исследований. Для многих спортсменов травма представляет стрессовую ситуацию.

Термин “стресс” обозначает большой круг разнородных явлений, связанных с возникновением, проявлением и последствиями экстремальных воздействий внешней среды, конфликтами, сложной и ответственной производственной задачей, опасной ситуацией и т. д. Содержанию этого понятия уделено довольно большое внимание, различные аспекты стресса являются предметом исследований в психологии, физиологии, медицине, социологии и других науках. Проблема психологического стресса в трудовой деятельности и социальной жизни человека особенно активно стала изучаться у нас в стране и за рубежом в последние десятилетия. Этому способствовал ряд обстоятельств.

Во-первых, распространение концепций биологического стресса (Г. Селье, 1936–1979 и др.) и появление фундаментальных работ по проблемам влияния экстремальных факторов деятельности на функциональное состояние и работоспособность человека (К.К. Платонов, 1980 и др.).

Стресс как особое психическое состояние выражается не только в трудностях проявления эмоций и сводится не только к эмоциональным феноменам, а детерминируется и отражается в мотивационных, волевых, характерологических и других компонентах личности. Именно поэтому феномен стресса требует специального психологического изучения.

Задача исследования – изучить значение понятия «стресс» в научной литературе и определить взаимосвязь между стрессом и спортом.

Изложение основного материала и обоснование полученных результатов исследования. Термин “стресс” (от англ. stress – давление, напряжение) заимствован из техники, где это слово используется для обозначения внешней силы, приложенной к физическому объекту и вызывающей его напряженность, т.е. временное или постоянное изменение структуры объекта. В физиологии, психологии и медицине этот термин применяется для обозначения состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия. Первоначально понятие “стресс” возникло в физиологии для обозначения неспецифических реакций организма (общего адаптационного синдрома) в ответ на любое неблагоприятное воздействие.

В Советском энциклопедическом словаре стресс определяется как состояние напряжения, возникающее у человека или животного под влиянием сильных воздействий, а адаптационный синдром (общий адаптационный синдром) – как совокупность защитных реакций человека или животного (преимущественно эндокринной системы) при стрессе.

Под стрессом отдельные авторы понимают явление, выражающееся в дезорганизации поведения, вплоть до появления нервно-эмоционального срыва, так и некоторые промежуточные состояния, которые точнее было бы считать проявлением психической напряженности (Н. И. Наенко, О. В. Овчинников, 1967).

Проблемам стресса посвящено множество исследований. Так, Брем-велл и др. (Bramwell et al., 1995) обнаружили, что футболисты, подвергавшиеся значительным стрессовым ситуациям, чаще травмировались, чем футболисты, сталкивавшиеся с незначительными стрессовыми ситуациями.

Поскольку реакция на стресс по своей природе двусторонняя, то автономные, физиологические и соматические реакции человека могут влиять на мысли, чувства, оценки, внимание человека. Отри-