

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

RESTORATION FINE MOTOR SKILLS CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY PHYSICAL REHABILITATION

Katerina Bandurin

Zaporizhzhya National University

From practical experience, as well as analyzing the work of many researchers, scientific and pedagogical workers can confidently say that the development of fine motor skills have a major indicator of the intellectual development of the child. In many palm reflex points, which are pulses of the central nervous system. More V.Suhomlinsky said that «the intelligence of the child – his fingertips».

Key words: cerebral palsy, fine motor skills, physical rehabilitation, intellectual development, integration, functions.

ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ХОДЬБИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Тетяна Баришок, Інна Сегеда

Запорізький національний університет

Постановка проблеми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно реєструється 100-300 випадків інсультів на кожні 100000 населення. Щорічно відбувається більше 400 тис. інсультів [4, 7]. Частота і поширеність мозкового інсульту, високий ступінь інвалідизації постінсультних хворих надають цій проблемі високу соціальну значність. Одним з найбільш важких наслідків інсульту, значно знижують функціональні здібності хворих, є порушення функції ходьби, яке проявляється в тій чи іншій мірі у всіх хворих, які перенесли інсульт [4].

У структурі рухового дефекту у постінсультних пацієнтів виникає структурний розпад (дезінтеграція) функціональної статолокомоторної системи в результаті грубих порушень програмного контролю, що проявляється розладами проактивного динамічного контролю (пракису пози) та порушеннями локомоції. Остання реалізується у вигляді розлади однією з базових характеристик центрального генератора кроку - ритму локомоції. Клінічно це проявляється порушеннями ініціації ходьби («запуск» програми локомоції), застигання під час ходьби (фрагментарність виконання програми) і патологічної асиметрією кроки. Нерідко зазначені порушення позначають узагальнюючим терміном «апраксія ходьби», під якою розуміється «... порушення здатності правильно використовувати нижні кінцівки в акті ходьби, яке не може бути пояснено сенсорними розладами або парезом» [3, 8]. Однак при апраксії ходьби руховий дефект носить більш дифузний характер і не обмежується тільки нижніми кінцівками. У рамках апраксії ходьби виразність окремих симптомів вельми варіабельна і значною мірою індивідуальна.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Аналіз наукової літератури показав, що ступінь, характер і тривалість відновлення втрачених внаслідок інсульту функцій дуже варіабельні. Найбільш істотне поліпшення в стані хворих під дією реабілітаційних програм наголошується в перші 6 місяців від початку інсульту, хоча не менш ніж у 5% хворих відзначається поліпшення протягом року [4, 6]. Часткової або повної незалежності в повсякденному житті можна досягти в 47-76 % випадків. Основним методом корекції рухових розладів є кінезотерапія, що включає активну і пасивну лікувальну гімнастику. Однак спостерігається недостатність науково-практичних робіт, які б вивчали систему реабілітації для відновлення функції ходьби у пацієнтів після інсульту.[2, 5]

За даними багатьох авторів, у віддалені періоди інсульту 50-80 % хворих втрачають працездатність і 38,2 % з них потребують сторонньої допомоги при

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

самообслуговуванні [1, 7]. Інвалідизація населення, пов'язана з цим захворюванням, зростає і стає однією з найвищих, складаючи 3,2 на 10 тисяч. Тому відновлення рухових функцій після перенесеного інсульту залишається вкрай важливою проблемою.

Мета дослідження – оцінити ефективність впливу запропонованих спеціальних фізичних вправ на відновлення ходьби у хворих, які перенесли ішемічний інсульт.

Для досягнення поставленої мети були поставлені наступні завдання:

1. Проаналізувати літературні джерела з проблем фізичної реабілітації інсульту в пізньому відновлювальному періоду.
2. Скласти програму реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт.
3. Оцінити ефективність запропонованої програми.

Методи, організація дослідження. Для вирішення поставленої мети були використані наступні методи дослідження: а) аналіз літературних джерел; б) медико-біологічні методи; в) методи фізичної реабілітації; г) методи математичної статистики.

За допомогою клінічних методів дослідження були визначені: сила за п'ятибальною шкалою розробленою Британською радою медичних досліджень, рівновага та координація за тестом балансу Берга, індекс мобільності за шкалою Ренкіна, якість рухів по Гоффу. Проведений аналіз медичної документації історій хвороб пацієнтів.

Результати досліджень та їх обговорення. Для вирішення поставлених задач було проведено експериментальне дослідження, у якому взяли участь 18 пацієнтів чоловічої статі віком від 65 до 74 років з церебральним полушарним ішемічним інсультом у басейні внутрішньої сонної артерії, з лівостороннім геміпарезом.

Суттєва різниця основної групи і групи порівняння полягала в тому, що для пацієнтів основної групи були запропоновані індивідуальні програми реабілітації, за якими вони займалися протягом дослідження. За результатами контролю програми коригували, вносили необхідні зміни, ставили нові завдання. Пацієнти групи порівняння проходили традиційні курси відновлення (ЛФК, масаж, фізіотерапія).

Оцінка включала в себе ретельний вимір і аналіз руху, пози, активності пацієнта, увагу до інших симптомів і аналіз широкого спектру додаткових факторів (когнітивні функції, сприйняття, комунікативні здібності пацієнта), використання Міжнародної класифікації функціонування та здоров'я. Компоненти МКФ включають в себе: структуру і функцію тіла (змінені контроль над довільними рухами, зниження м'язової сили, змінені тонус м'язів, порушення координації і рівноваги і так далі); активність і участь пацієнта (поворот на бік, перевертання, рівновагу в положенні сидячи, стоячи, самообслуговування і т.д.); фактори навколишнього середовища (наявність крісла, столика, висота ліжка, поручні, порogi, т. д.).

Результати обстеження пацієнтів групи порівняння та основної групи на початку експерименту подані в табл.

Як свідчать отримані результати, на етапі констатуючого експерименту не спостерігалось статистично вірогідної різниці між середніми показниками сили м'язів, рухів по Гоффу, індексу Берга і індексу мобільності за шкалою Ренкіна. У ході дослідження діяльності пацієнтів було виявлено, що більшість пацієнтів не можуть самостійно встати з ліжка, дійти до туалету, самостійно пересуватися по кімнаті.

Таблиця 1

Середні показники локомоторної функції на початку експерименту

Показники (бали) сили м'язів (рух)	ОГ, М±m	ГП, М±m	P
Згинання стегна	2,44± 0,34	2,44± 0,34	<0,05
Розгинання стегна	1,78± 0,27	1,39± 0,22	<0,05
Відведення стегна	1,89± 0,36	1,72± 0,32	<0,05
Приведення стегна	2,06± 0,36	1,33± 0,24	<0,05
Розгинання гомілки	2,89± 0,41	2,72± 0,37	<0,05
Згинання гомілки	1,78± 0,27	1,89± 0,24	<0,05
Згинання стопи	1,56± 0,26	1,39± 0,9	<0,05
Розгинання стопи	2,0 ± 0,25	1,83± 0,24	<0,05
Рухи по Гоффу	2,89 ± 0,7	2,67± 0,37	<0,05
Шкала Берга	15 ± 1,95	15,4± 1,96	<0,05
Шкала Ренкіна	4,67± 0,6	4,56± 0,59	<0,05

В таблиці 2 приведені результати показників основної групи та групи порівняння після проведеної програми реабілітації.

Таблиця 2

Середні показники локомоторної функції наприкінці експерименту

Показники (бали) сили м'язів (рух)	ОГ, М±m	ГП? М±m	P	t
Сила м'язів				
Згинання стегна	4,0±0,55	2,5±0,5	<0,05	2,26
Розгинання стегна	2,94± 0,4	1,78± 0,27	<0,05	2,36
Відведення стегна	3,72± 0,53	2,28 ±0,32	<0,05	2,3
Приведення стегна	3,83 ±0,53	2,0± 0,3	<0,05	2,98
Розгинання гомілки	4,5± 0,58	2,83± 0,4	<0,05	2,3
Згинання гомілки	3,94 ±0,51	2,39 ±0,33	<0,05	2,42
Згинання стопи	2,33± 0,31	1,78± 0,27	<0,05	1,3
Розгинання стопи	2,94 ±0,38	2,06 ±0,29	<0,05	1,84
Рухи по Гоффу	4,67± 0,6	2,89± 0,41	<0,05	2,4
Шкала Берга	39,56± 5,0	25,44± 3,3	<0,05	2,35
Шкала Ренкіна	2,67± 0,37	4,33± 0,56	<0,05	2,29

Після проведення експерименту в обох групах відбулися позитивні зміни, виросла сила м'язів, знизився рівень інвалідизації за шкалою Ренкіна. Однак в основній групі зміни набагато більші. При виконанні складеної програми фізичної реабілітації, на прикладі основної групи, були виявлені стійкі позитивні зміни у всіх пацієнтів цієї групи. Після проведення реабілітаційних спеціальних вправ спостерігалось значне підвищення сили м'язів-згиначів стегна (від 2,44± 0,34 до 4,0±0,55), збільшення сили м'язів при відведенні стегна (від 1,89± 0,36 до 3,72±0,53). Якість рухів значно поліпшилося від 2,89 ± 0,7 до 4,67±0,6, тобто рух можливо у двох напрямках (згинання-розгинання), існує частковий контроль за рухами в проксимальних суглобах. У ході дослідження було констатовано значне поліпшення статичної, динамічної рівноваги та координації за тестом Берга (від 15 ± 1,95 до 39,56±5,0).

Як видно з представлених результатів, середні показники у пацієнтів основної групи мають позитивну тенденцію змін, на відміну від середніх показників пацієнтів групи порівняння. У групі порівняння майже у всіх показниках спостерігалось незначне поліпшення стану рухів та сили м'язів відносно результатів

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

на початку дослідження. Це є результатом відсутності постійних індивідуальних занять спеціальними фізичними вправами.

Висновки.

Аналіз наукової літератури показав, що тема відновлення функції ходьби пацієнтів, які перенесли інсульт, актуальна, великі дослідження проводяться по теперішній час.

Обстеження локомоторної функції пацієнтів, склавши основну групу та групу порівняння, на початку реабілітації дозволило констатувати низький рівень можливості самостійно виконувати активні рухи, високий рівень інвалідизації.

Спираючись на отримані результати в ході дослідження, можна зробити висновок про ефективність впливу індивідуальних занять з фізичної реабілітації на відновлення функції ходьби, про що свідчить статистична вірогідність при порівнянні отриманих результатів на початку та наприкінці дослідження в групі порівняння та основної групі (при $P < 0,05$).

ЛІТЕРАТУРА

1. Амосов В.Н. Инсульт / В.Н. Амосов// Лучшие методы реабилитации. «Невский проспект. Вектор». – 2007 – С.128.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация / А.Н. Белова. – М. : Антидор, 2002. – С. 568.
3. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста Н.В. Верещагин // Инсульт. Приложение к журн. неврол. и психиатр. – 2003. – Выпуск 9. – С. 8-9.
4. Гусев Е.И. Неврология. Национальное руководство / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 1040 .
5. Епифанов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А. Епифанов. – М.2006.
6. Скворцова В.И. Ишемический инсульт: патогенез ишемии и терапевтические подходы / В.И. Скворцова // Невр. журн. – 2001. – № 3. – С. 4-9.
7. Суслина З.А. Лечение ишемического инсульта / З.А. Суслина // Лечение нервных болезней. – 2000. – № 1. – С. 3-7.
8. Тахавиева Ф.В. Нарушения двигательных функций при мозговом инсульте: оценка, реабилитация, прогноз / Ф.В. Тахавиева. дисс. д.м.н. – М., 2004. – С.233.

АНОТАЦІЇ

ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ХОДЬБИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Тетяна Барішок, Інна Сегеда

Запорізький національний університет

Досліджено питання фізичної реабілітації пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту в періоді відновлення. Проведено експериментальне дослідження з метою оцінки ефективності впливу запропонованих спеціальних фізичних вправ на відновлення ходьби у хворих, які перенесли ішемічний інсульт. Подано результати дослідження впливу індивідуальних програм з фізичної реабілітації на відновлення функції ходьби. Доведено ефективність застосування спеціальних фізичних вправ для відновлення ходьби у періоді відновлення.

Ключові слова: мозкові інсульти, фізична реабілітація, рухові порушення, функція ходьби.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ХОДЬБЫ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

Татьяна Барышок, Инна Сегеда

Запорожский национальный университет

Исследован вопрос физической реабилитации пациентов после перенесенного ишемического инсульта в периоде восстановления. Проведено экспериментальное

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

исследование с целью оценки эффективности влияния предложенных специальных физических упражнений на восстановление, как перенесли восстановление ходьбы у больных, которые перенесли ишемический инсульт. Представлены результаты исследования индивидуальных программ по физической реабилитации на восстановление функции ходьбы. Доказана эффективность применения специальных физических упражнений для восстановления ходьбы в периоде восстановления.

Ключевые слова: мозговые инсульты, физическая реабилитация, двигательные нарушения, функция ходьбы.

RESTORE FUNCTION WALKING AFTER A STROKE

Tatiana Baryshok, Inna Segeda
Zaporizhzhya National University

The article deals with the question of physical rehabilitation of patients after ischemic stroke in the recovery period. The results of studies of individual programs in physical rehabilitation to restore function of distance. The efficiency of the use of special exercise for recovery of walking in the recovery period.

Key words: brain strokes, physical rehabilitation, motor impairment, the function of walking.

АЛГОРИТМІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПРООПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ОНКОПАТОЛОГІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Ольга Бас

Львівський державний університет фізичної культури

Проблема захворюваності жіночого населення на пухлинні процеси молочної залози набула в останні роки особливої актуальності в зв'язку з щорічним приростом. На сучасному етапі в терапії пухлин молочної залози фахівці застосовують комплексний підхід, який дає найкращі результати, однак хірургічний (мастектомія) компонент лікування залишається основним, що в майбутньому може призвести до часткової або повної інвалідизації. Невід'ємною складовою лікувального процесу пацієнтів усіх нозологій є реабілітація, яка трактується, як лікувальний, відновний та профілактичний напрямок медицини, а даними ВООЗ визнається, як третій етап комплексного лікування (1-діагностика, 2-власне лікування) [1, 5, 6].

Реабілітація онкохворих – це одна з основних медико-соціальних проблем, яка в останні роки починає розвиватись та приваблювати все більше науковців різних напрямків (лікарі, психологи, психіатри, ортопеди, соціальні працівники, реабілітологи, тощо) [5, 7]. За даними Роберта Джей Кеплена (Robert J Kaplan), ще у 1972 було проведено Планову Конференцію Реабілітації Раку, на якій визначено 4 ключові завдання в реабілітації хворих на рак [8]: психосоціальна підтримка, оптимізація фізичного функціонування, професійні рекомендації та оптимізація соціального функціонування. Тобто, усі реабілітаційні заходи повинні бути спрямовані на відновлення функції, попередження запального процесу та утворення щільних рубців, профілактику вторинних ускладнень, адаптацію та реадаптацію до життя в домашніх умовах з кінцевою метою відновлення статусу особистості [4, 5, 7].

Метою нашого дослідження є розробка алгоритму побудови програми фізичної реабілітації для жінок, які прооперовані з приводу раку молочної залози для швидшого та ефективного відновлення після операції.

Для досягнення поставленої мети проведено аналіз та узагальнення зарубіжної й вітчизняної спеціальної науково-методичної літератури з питань фізичної реабілітації. Враховуючи результати аналізу спеціальної літератури, вивчення історій хвороби, опитування пацієнток, показання та протипоказання, а