

5. Левашов И.Б. Сосудистые техники. Видео семинара. Пятигорск, ноябрь 2011г., режим доступа: <http://www.drlevashov.ru/>
6. Міжнародний день боротьби з остеопорозом: разом до перемоги над хворобою! // *Новости медицины и фармации в Украине*. — 2010. — № 18. — С. 16.
7. Сучасна реабілітаційна інженерія: Монографія /Ю.А. Попадюха – Київ: Центр учбової літератури, 2018. – 1108 с.
8. Толстоносов А.А. Мануальное кредо: научно-популярное издание- Краснодар, Кубанское книжное издательство, 2011г, 210 с.
9. Толстоносов А.А. Явная доктрина здоровья: Научно-популярное издание, Краснодар.: Кубанское книжное издательство, 2013 – 164 стр с илл.

#### References

1. Vasilieva L. (2014) Manualnaya diagnostic i terapiya fyunktsionalnykh blokov poyasnichnogo otdela pozvonochika Rossiyskaya akademiya medico-socialnoy reabilitatsii, kaphedra prikladnoy kineziologii (87)[in Russian].
2. Zaytceva I. (2012) Complexno-vostanovitelnoe lechenie mezhpозvonochnykh gryzh poyasnichnogo otdela pozvonochnika, diissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni candidata medicinskih nauk, 5-20 [in Russian].
3. Kalmykova Yu., Fedorova R. Oczinka (2016) efektyvnosti zastosovannya zasobiv fizychnoyi reabilitatsii pry shynomu osteohondrozi Fizychna reabilitatsiya ta rekreaciyno-ozdorovshi tehnologii- №2, 29-33 [in Ukrainian].
4. Levashov I. (2017) Krupnyie sustavy I patologiya stopy, video seminar, retrieved from site <http://www.drlevashov.ru/> [in Russian]
5. Levashov I. (2011) Sosudistye tehniki, video seminar, retrieved from site <http://www.drlevashov.ru/> [in Russian].
6. Mizhnarodnyiy den borotby z osteoporozom: razom do peremogy nad hvoroboyu (2010) *Novosti medicyny I farmacii v Ukraine* (18) 16 [in Ukrainian].
7. Popadiukha Yu.A. (2018) Suchasna reabilitatsiyna medicina, monographiya, Centr uchbovoyi literatury, 1108 [in Ukrainian]
8. Tolstonosov A.A. (2011) Maualnoe kredo: narodnyie metody massaga, avtorskaya metodika Kubanskoe knizhnoe izdatelstvo, 210 [in Russian]
9. Tolstonosov A.A. (2013) Yavnaya doktrina zdorovya: nauchno-populyarnoe izdanie Kubanskoe knizhnoe izdatelstvo, 164 [in Russian].

**Віндюк П.А.**

*кандидат наук з фізичної культури і спорту,  
доцент кафедри фізичної реабілітації і здоров'я людини  
Класичного приватного університету м.Запоріжжя  
Сапа-Пушкар Л.О.  
магістр кафедри фізичної реабілітації і здоров'я людини  
Класичного приватного університету м.Запоріжжя*

#### ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Судинні захворювання головного мозку, до яких в першу чергу відноситься інсульт, стають останніми роками однією з найважливіших медико-соціальних проблем, оскільки завдають величезного економічного збитку суспільству, будучи причиною тривалої інвалідизації і смертності. У дослідженні приймали участь 20 чоловіків віком від 50 до 60 років, які мали діагноз гостре порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу, геміплегію та дискінезію рухів. Ними були довільно організовані дві групи – контрольну й основну по 10 чоловік у кожній. Контрольна група займалася за класичною програмою фізичної реабілітації, а хворі основної групи – за розробленою нами програмою, яка окрім класичних методів, містила тренування функціональної активності (в ліжку, перехід з положення лежачи в положення сидячи та стоячи тощо), лікування положенням, активна та пасивна гімнастика, електростимуляція, кінезітерапія та психотерапія. Достовірна позитивна динаміка показників нервової системи в основній групі у порівнянні з такими в контрольній дозволяють говорити про високу ефективність запропонованої нами програми фізичної реабілітації.

**Ключові слова:** гостре порушення мозкового кровообігу, чоловіки, реабілітація, лікування положенням.

**Віндюк П.А., Сапа-Пушкар Л.О. Использование комплекса физической реабилитации после перенесенного ишемического инсульта.** Сосудистые заболевания головного мозга, к которым в первую очередь относится инсульт, становятся в последние годы одной из важнейших медико-социальных проблем, поскольку наносят огромный экономический ущерб обществу, являясь причиной длительной инвалидизации и смертности. В исследовании принимали участие 20 мужчин в возрасте от 50 до 60 лет с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, гемиплегию и дискинезии движений. Ними были произвольно организованы две группы - контрольную и основную по 10 человек в каждой. Контрольная группа занималась по классической программе физической реабилитации, а больные основной группы - по разработанной нами программе, кроме классических методов, содержала тренировки функциональной активности (в постели, переход из положения лежа в положение сидя и стоя и т.д.), лечение положением, активная и пассивная гимнастика, электростимуляция, кинезитерапия и психотерапия. Достоверная положительная динамика показателей нервной системы в основной группе по сравнению с таковыми в контрольной позволяют говорить о высокой

ефективності предложенної нами програми фізическої реабілітації.

**Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, мужчины, реабилитация, лечение положением.

**Vindiuk P., Sapa-Pushkar L. Use of a complex of physical rehabilitation after an ischemic stroke.** Vascular diseases of the brain, which primarily refers to stroke, have become one of the most important medical and social problems in recent years, since they cause enormous economic damage to society, causing long-term disability and mortality. The study involved 20 men aged 50 to 60 with a diagnosis of acute cerebrovascular accident by ischemic type, hemiplegia and dyskinesia of movements. We arbitrarily organized two groups - the control and the main group of 10 people each. The control group was engaged in the classical program of physical rehabilitation, and the patients of the main group, according to the program we developed, in addition to the classical methods, included training in functional activity (in bed, transition from lying to sitting, standing, etc.), treatment with active and passive gymnastics, electromyostimulation, kinesitherapy and psychotherapy. Reliable positive dynamics of the nervous system indicators in the main group compared with those in the control group allow us to speak about the high efficiency of the physical rehabilitation program we have proposed.

**Key words:** acute cerebrovascular accident, men, rehabilitation, posture treatment.

**Постановка проблеми.** Інсульт – одне з найпоширеніших захворювань. Згідно з даними ВООЗ, інсульт щорічно вражає в світі близько 20 млн. чоловік, з яких 5 млн. вмирають внаслідок інсульту. З 15 млн. тих, які виживають, приблизно одна третина інвалідизовані і потребує стороннього догляду в повсякденному житті, і щонайменше 1 з 6 пацієнтів переносять повторний інсульт протягом наступних 5 років [5]

В Україні склалася вкрай небезпечна ситуація, що пов'язана з наслідками інсультів. На відміну від багатьох інших країн, де інсульт посідає серед причин третє місце, на Україні він значно випередив злоякісні новоутворення і впевнено посідає друге місце. Смертність від інсульту серед чоловіків у віці 45 - 74 років становить 606, серед жінок - 408 осіб на 100000 населення. Це значно вище, ніж в інших країнах Європи. При цьому статистика інсульту в Україні має тенденцію до подальшого погіршення, тоді як в багатьох інших країнах ситуація значно покращується [1].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Важливість раннього початку реабілітації зв'язана, по-перше, з рядом ускладнень гострого періоду, багато в чому зумовлених гіпокінезією та гіподинамією (тромбофлебіти кінцівок, тромбоемболії легеневої артерії, застійні явища в легенях тощо) і, по-друге, з небезпекою розвитку та прогресування вторинних патологічних станів (таких, як, наприклад, спастичні контрактури). На значення ранньої реабілітації вказує більшість дослідників, багато хто з них підкреслює, що ранній її початок сприяє більш повному відновленню функцій, впливає на темп відновлення. Деякі дослідники вважають ранній початок реабілітації навіть більш важливим для відновлення функцій, ніж її тривалість [4, 6].

Завдання реабілітаційних заходів у ранньому періоді інсульту – відновлення функції морфологічно збережених, але функціонально недіючих нейронів і пригнічення тих механізмів, які зумовлюють утворення зони функціональної асінапсії, попередження розвитку атонічних і атрофічних процесів у м'язах, підтримка та розвиток нормального статичного та динамічного стереотипів [2, 3].

**Формулювання мети роботи (постановка завдань).** Мета нашої роботи полягає в обґрунтуванні ефективності впливу підбраного комплексу методів фізичної терапії на стан хворих після перенесеного ішемічного інсульту в умовах стаціонару.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання:

1. Проаналізувати літературні джерела з теми дослідження. 2. Оцінити функціональні показники стану здоров'я хворих чоловіків, віком 50-60 років, після перенесеного ішемічного інсульту в умовах стаціонару. 3. Підібрати комплекс методів фізичної терапії та застосувати його в дослідних групах. 4. Оцінити ефективність впливу підбраного комплексу реабілітаційних заходів у чоловіків, віком 50-60 років, після перенесеного ішемічного інсульту в умовах стаціонару.

Методи дослідження: метод аналізу літератури; метод медико-біологічного дослідження; метод педагогічного експерименту; методи фізичної реабілітації; метод математичної статистики.

**Організація дослідження:** У дослідженні приймали участь 20 чоловіків віком від 50 до 60 років. Всі обстежені мають діагноз гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) по ішемічному типу, геміплегію та дискінезію рухів, які проходять медичну реабілітацію в умовах відділення неврології для хворих з порушенням кровообігу мозку Запорізької обласної клінічної лікарні на стаціонарному етапі. Із супутніх захворювань 12 чоловік (60%) мали гіпертонічну хворобу (ГХ), 5 чоловік (25%) страждали на сахарний діабет, 3 (15%) мали постійну форму мерехтливої аритмії.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Нами були довільно організовані дві групи – контрольну й основну по 10 чоловік у кожній. Контрольна група займалася за класичною програмою фізичної реабілітації (медикаментозна терапія, дієтотерапія, ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), кінезітерапія та психологічна корекція стану (аромо- та музикотерапію), а хворі основної групи – за розробленою нами програмою, яка окрім класичних методів, містила тренування функціональної активності (в ліжку, перехід з положення лежачи в положення сидячи та стоячи тощо), лікування положенням, активна та пасивна гімнастика, електроміостимуляція, кінезітерапія та психотерапія. Суть дослідження полягала в тому, щоб провести курс лікування післяінсультних хворих, застосовуючи запропонований нами метод і порівняти його з результатами лікування аналогічних хворих контрольної групи, що проходили лікування за класичною методикою та тим самим виявити ефективність застосованої нами методики лікувальної гімнастики.

Ефективність впливу комплексу фізичної реабілітації з нетрадиційними засобами, який був запропонований для реабілітації хворих з ГПМК по ішемічному типу, що поступили на лікування в стаціонар на базі відділення неврології для

хворих з порушенням кровообігу мозку Запорізької обласної клінічної лікарні, оцінювалася за результатами обстежень пацієнтів контрольної та основної груп, що проводилися до і після закінчення курсу лікування. На початку курсу та після його закінчення пацієнтам обох груп провели оцінювання рухової активності за шкалою –NIHSS (табл. 1).

Таблиця 1

Вихідні показники рухової активності у хворих обох груп за шкалою NIHSS (M±m, %)

Показники, одиниці	ОГ (n=10)	КГ (n=10)	Статистичні показники	
			t	p
Оцінка рухової функції верхніх кінцівок, бали	4,20±0,51	3,90±0,70	0,37	> 0,05
Оцінка рухової функції нижніх кінцівок, бали	3,50±0,41	3,70±0,81	0,50	> 0,05

При первинному обстеженні пацієнтів основної та контрольної груп за усіма показниками фізичного стану ми не отримали статистично достовірну різницю, тобто обидві групи були придатні до порівняння, або репрезентативними. Стан рухової активності за шкалою NIHSS відповідав рівню «неврологічні порушення легкого ступеню».

Проводилось оцінювання таких психоневрологічних показників як здатність до самообслуговування (за шкалою Бартела), рівень когнітивних навичок (шкала MMSE) та рівень тривожності за шкалою Бека. При первинному дослідженні отримані наступні результати (таблиця 2).

Таблиця 2

Результати первинного вимірювання психоневрологічних показників у чоловіків 50-60 років після перенесеного інсульту

Показники, одиниці	ОГ (n=10)	КГ (n=10)	Статистичні показники	
			t	p
Самообслуговування (шкала Бартела), бали	47,4±3,9	46,3±4,1	0,32	>0,05
Когнітивні функції (шкала MMSE), бали	16,7±1,9	17,1±2,1	0,21	>0,05
Рівень тривожності (шкала Бека), бали	23,3±2,1	22,8±2,4	0,15	>0,05

З таблиці 2 бачимо, що здатність до самообслуговування в обох групах розцінювалась як «виражена залежність». Рівень когнітивних функцій в обох групах відповідав «деменції помірного ступеня виразу», а рівень тривожності за шкалою Бека «середньому рівню депресії». Різниця між показниками обох груп була не достовірною, тому можна казати про однорідність та однотипність обох груп.

Показники психоневрологічного статусу хворих 50-60 років, які приймали участь у дослідженні після проходження програми фізичної терапії показані у таблиці 3.

Таблиця 3

Показники психоневрологічного статусу пацієнтів основної та контрольної груп після проходження курсу фізичної реабілітації (M±m)

Показники, одиниці	ОГ (n=10)	КГ (n=10)	Статистичні показники	
			t	p
Самообслуговування (шкала Бартела), бали	75,7±2,3	55,3±3,1	5,28	>0,05
Когнітивні функції (шкала MMSE), бали	25,4±1,6	22,4±2,3	1,10	>0,05
Рівень тривожності (шкала Бека), бали	16,4±1,7	20,1±2,1	1,37	>0,05

З таблиці 3 видно, що після проведеного дослідження різниця між показниками стала більш суттєвою, а за показником здатності до самообслуговування за шкалою Бартела була достовірною.

Динаміка показників психоневрологічного статусу пацієнтів основної та контрольної груп до та після проходження курсу фізичної реабілітації показана в таблиці 4. За всіма показниками психоневрологічного статусу в обох групах відбулись позитивні зміни, але достовірними вони були у пацієнтів основної групи.

Так, покращення показника рухової активності за шкалою Бартела у пацієнтів основної групи покращилась на 59,7%, а у хворих контрольної тільки на 19,4%. На початку дослідження рівень рухової активності в основній та контрольній групі розцінювався як «виражена залежність», а наприкінці дослідження в основній він відповідав «помірна залежність», а в контрольній залишився на первинному рівні.

Таблиця 4

Динаміка показників психоневрологічного статусу пацієнтів основної та контрольної груп після проходження курсу фізичної реабілітації (M±m)

Показники, одиниці	Група	До дослідж	Після дослідж	Статистичні показники	
				t	p
Самообслуговування (шкала Бартела), бали	ОГ	47,4±3,9	75,7±2,3	6,26	<0,05
	КГ	46,3±4,1	55,3±3,1	1,76	>0,05
Когнітивні функції (шкала MMSE), бали	ОГ	16,7±1,9	25,4±1,6	3,51	<0,05
	КГ	17,1±2,1	22,4±2,3	1,70	>0,05
Рівень тривожності (шкала Бека), бали	ОГ	23,3±2,1	16,4±1,7	2,56	<0,05
	КГ	22,8±2,4	20,1±2,1	0,53	>0,05

Оцінюючи когнітивні функції за шкалою MMSE бачимо, що в контрольній групі приріст показника склав 52,1%, а в контрольній 30,0%. Стан когнітивних функцій в обох групах дорівнював «деменція помірного ступеня виразу». Після дослідження в основній групі він відповідав «стадія преддементних когнітивних порушень», а в контрольній «деменція легкого ступеня виразу».

Рівень тривожності за шкалою Бека в основній групі змінився в кращий бік на 29,6%, а в контрольній на 11,8%. При первинному оцінюванні рівень тривожності в обох групах відповідав «середньому рівню депресії», а після дослідження в основній групі він відповідав «легкий рівень депресії», а в контрольній залишився на первинному рівні.

Таким чином, достовірна позитивна динаміка нервової системи в основній групі у порівнянні з такими в контрольній дозволяють говорити про високу ефективність запропонованої нами програми фізичної реабілітації у порівнянні із загальноприйнятною програмою.

**Висновки.** Запропонована та впроваджена у лікувальний процес комплексна програма фізичної реабілітації для чоловіків 50-60 років, які перенесли ішемічний інсульт позитивно вплинула на стан пацієнтів. Дана програма складалась з медикаментозної терапії, дієтотерапії, ранкової гігієнічної гімнастики, кінезітерапії (лікування положенням, пасивна та дихальна гімнастика, активні вправи), масажу, черезшкірної електронейростимуляції (ЧЕНС), корекції мовних та когнітивних порушень та психологічної корекції стану.

Дослідження змін ряду психоневрологічних показників показало, що у пацієнтів основної групи рівень рухової активності за шкалою Бартела покращився з стану «вираженої залежності» до рівня «помірної залежності», а в контрольній залишився на первинному рівні. Стан когнітивних функцій підвищився з рівня «деменція помірного ступеня виразу» до «стадія преддементних когнітивних порушень», а в контрольній «деменція легкого ступеня виразу». Тривожність за шкалою Бека на початку відповідала «середньому рівню депресії», а після дослідження в основній групі була на «легкому рівні депресії», а в контрольній залишився на первинному рівні.

#### Література

1. Бакунц Г.О. Эндогенные факторы церебрального инсульта / Г.О.Бакунц.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-360 с
2. Верещагин Н. В. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / Н. В. Верещагин, М. А. Пирадов, З. А. Суслина. – М. : Интермедика, 2017. – 208 с.
3. Виленский Б. С. Соматические осложнения инсульта: профилактика / Б. С. Виленский // Неврологический журнал. – 2013. – № 3. – С. 4–10.
4. Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шапаронова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 560 с.
5. Підкопай Д.О. Особливості методики лікувальної фізичної культури хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі з урахуванням рухового режиму / Д.О. Підкопай, Т.П. Бірюкова // Фізична терапія та рекреаційно-оздоровчі технології. – К: №2. – 2016. – С. 61-63
6. Bernhardt J. Inactive and alone: Physical activity within the first 14 days of acute stroke unit care / J. Bernhardt, H. Dewey, A. Thrift, G. Donnan et.al // Stroke. – 2017. – № 35. – P. 1005–1009

#### References

1. Bakunc G.O. (2016) Endogennye faktory cerebralnogo insulta /G.O.Bakunc.- М.: GEOTAR-Media.-360s
2. Vereshagin N. V. (2017) Insult. Principy diagnostiki, lecheniya i profilaktiki / N. V. Vereshagin, M. A. Piradov, Z. A. Suslina. – М. : Intermedika, – 208 s.
3. Vilenskij B. S. (2013) Somaticheskie oslozhneniya insulta: profilaktika / B. S. Vilenskij // Nevrologicheskij zhurnal. – № 3. – S. 4–10.
4. Kadykov A. S. (2014) Reabilitaciya nevrologicheskikh bolnyh / A. S. Kadykov, L. A. Chernikova, N. V. Shahparonova. – М.: MEDpress-inform. – 560s.
5. Pidkopaj D.O. (2016) Osoblivosti metodiki likuvalnoyi fizichnoyi kulturi hvorih na ishemichnij insult na stacionarnomu etapi z urahuvannjam ruhovogo rezhimu / D.O. Pidkopaj, T.P. Biryukova // Fizichna terapiya ta rekreacijno-ozdorovchi tehnologiyi. – K: №2. – S. 61-63
6. Bernhardt J. (2017) Inactive and alone: Physical activity within the first 14 days of acute stroke unit care / J. Bernhardt, H. Dewey, A. Thrift, G. Donnan et.al // Stroke. – № 35. – P. 1005–1009

**Гакман А. В.**

**кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент  
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича**

## ДІАГНОСТИКА САМООЦІНКИ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ТА ЇХ ПОТРЕБА У АКТИВНОСТІ

*Залучення осіб похилого віку до рухової активності є одним із пріоритетних напрямків Національної стратегії із оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація", у зв'язку із збільшенням тривалості життя населення нашої держави. Метою нашого дослідження є визначення самооцінки психічних станів людей похилого віку та їх потреби у активності. У респондентів двох груп було визначено рівні психічних станів та потребу в них у активності. У результаті дослідження, виявлено, що особи, які займаються організованою руховою активністю більш врівноважені, їх агресивність та тривожність засвідчила показники низького рівнів.*