

Аннотації:

Розглянута проблема фізичної реабілітації пацієнтів з діагнозом розсіяний склероз

Описание: Проблема фізичної реабілітації пацієнтів з діагнозом розсіяний склероз / О.О. Шеремет. Т.В. Шахова В.О Савенко // Фізична і реабілітаційна медицина в Україні: впровадження мультидисциплінарного підходу на етапах реабілітації. Матеріали XVIII Міжнародної науково-практичної конференції, 17-18 грудня 2018 р., Київ. – Київ : ДП «Клінічний санаторій Жовтень», 2018. – С. 110–113.

«ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ»

Автор1. В.О. Савенко- почесний професор, кандидат мед.наук

Автор 2. Т.В. Шахова -магістрант 2 курсу ЛНУ ім.Тараса Шевченка кафедра «Фізичної реабілітації та здоров'я людини»

Автор 3. О.О. Шеремет- зав.відділенням фізичної реабілітації Центр «Відродження»
м.Кремінна. Луганська область. Україна

Вступ. Розсіяний склероз (хронічне аутоімунне захворювання, при якому вражається миєлінова оболонка нервових волокон головного і спинного мозку) складає від 4,7 до 10,5% серед органічних захворювань центральної нервової системи .

Актуальність проблеми визначається тенденцією неухильного зростання захворюваності РС (від 5 до 70 на 100 000 населення), розширенням вікового діапазону (від 5-7 до 55-60 років), непередбаченістю перебігу РС з раптовими загостреннями, появою важких і атипових форм РС, високим рівнем інвалідизації у молодому віці в структурі ранньої первинної інвалідності, обумовленої неврологічними захворюваннями .

За даними МОЗ України, за останні 20 років захворюваність на РС в Україні зросла в 2,5 рази, за останні 5 років - на 12% і складає у теперішній час 48,4 на 100 000 населення, з яких більше половини - інваліди з тяжкими руховими порушеннями .

Своєчасна діагностика і виконання оптимальних алгоритмів консервативної патогенетичної і симптоматичної терапії пацієнтами з РС призводить до зменшення кількості тяжких порушень неврологічних функцій і є профілактикою ранньої інвалідизації .

Однак, в процесі перебігу РС тільки медикаментозного лікування недостатньо. Якщо постійно не докладати зусилля із відновлення порушених неврологічних функцій або по збереженню наявних, використовуючи усі можливості відновного лікування, то пошкоджена нервова система поступово втрачатиме свої здібності навіть при відсутності у пацієнта загострення РС. З причини несприятливості клінічного прогнозу, питання соціально-трудової реабілітації у пацієнтів з РС в більшості випадків обмежуються встановленням I або II групи інвалідності та організацією соціального обслуговування .

Головними причинами обмеження життєдіяльності у пацієнтів на РС є рухові порушення різного ступеня тяжкості, обумовлені поєднанням центрального парезу і атаксії, порушення зору внаслідок зниження здатності до орієнтації, особливості психічних функцій .

Враховуючи те,що наукові роботи, присвячені дослідженню ефективності впливу методів і засобів фізичної реабілітації на рухові порушення у пацієнтів з РС одиничні, з суперечливими і загальними рекомендаціями . Це говорить про відсутність науково обґрунтованих методичних підходів до впровадження відновного лікування методами фізичної реабілітації пацієнтів на РС, що підтверджує актуальність дослідження та цієї статті.

Мета дослідження - підвищення якості життя, профілактика обмежень життєдіяльності у вигляді рухових порушень у пацієнтів на РС шляхом доповнення консервативного лікування (симптоматичне і патогенетичне) апробованою відновною терапією методами фізичної реабілітації.

Гіпотеза: при організації дослідження ми виходили з припущення того, що запропонований нами комплекс відновної терапії методами фізичної реабілітації на фоні комплексної програми консервативного лікування у пацієнтів на РС зробить позитивний вплив на стан здоров'я пацієнтів з РС:

1. нормалізує процеси активності і гальмування в центральній нервовій

системі, поліпшить психосоматичну активність, стане ефективним методом корекції психоемоційних розладів, зокрема, синдрому тривоги,

2. забезпечить адаптацію серцево-судинної системи до фізичних психічних навантажень, сприяє відновленню м'язового тону, рухової активності, дозволить зменшити частоту загострень РС, уповільнити прогрес інвалідності, попередити стійку непрацездатність.

Предмет дослідження - динаміка показників гомеостазу у пацієнтів з РС контрольної і експериментальної груп під впливом тільки консервативного симптоматичного і патогенетичного лікування і у його комплексі з запропонованою програмою фізичної реабілітації.

Об'єкт дослідження - вплив програми фізичної реабілітації і психокорекції на фоні консервативного симптоматичного і патогенетичного лікування на стан здоров'я пацієнтів з РС (експериментальна група) у порівнянні з пацієнтами з РС, які одержали тільки консервативне симптоматичне і патогенетичне лікування (контрольна група).

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження показало, що прогресуючий характер перебігу розсіяного склерозу і його клінічні прояви вели до виражених рухових порушень і втрати працездатності: у 57,1% пацієнтів експериментальної і контрольної груп була визначена II група інвалідності, у 26,1% - III група, у 16,8% - I група. Тільки у 50-60% пацієнтів експериментальної і контрольної груп зберігалася можливість самостійного пересування, яке було суттєво обмеженим.

Результати обстеження показали, що при надходженні на реабілітацію при збереженні можливості самостійного пересування рівень рухової активності у пацієнтів експериментальної і контрольної груп з розсіяним склерозом був обумовлений зниженням рівня показників сили і витривалості

основних м'язових груп опорно-рухового апарату, розладами координації і рівноваги, низькою толерантністю до фізичних навантажень, на тлі розладів регуляції нервово-психічних процесів.

2. Дослідження нервово-психічної сфери у пацієнтів експериментальної і контрольної груп з розсіяним склерозом при надходженні на реабілітацію виявили наявність глибоких астено-вегетативних розладів, емоційної пригніченості, підвищеної тривожності і виснажуваності, малої рухливості нервових процесів, а нерідко, глибокої депресії та пасивності до власного стану, негативної оцінки пропонованих реабілітаційних впливів. Ці зміни в поєднанні з руховими розладами ще більше знижували рухову активність пацієнтів.

3. Взаємозумовленість характеру розладів нервово-психічної сфери і стану рухової активності експериментальної групи з розсіяним склерозом визначала необхідність спільного використання засобів фізичної культури, педагогіки та психокорекції в курсі фізичної реабілітації, що розглядалася нами як комплекс організаційних, методичних і корекційних заходів, здійснюваний під час трьох послідовних періодів. Розроблену систему фізичної реабілітації в амбулаторних умовах, наближених до місця проживання інвалідів основної групи з розсіяним склерозом, доцільно виконувати протягом 3 періодів: вступний до 2-х місяців, основний - 2 місяців і заключний - до 2 місяців.

4. Реалізація індивідуальних програм фізичної реабілітації експериментальної групи з розсіяним склерозом показала високу ефективність запропонованої методики, на достовірну відміну від інвалідів контрольної групи (медикаментозна терапія), що проявилось:

- зростанням показників кистьової динамометрії на 38-40% ($p < 0,01$) у 52% людей експериментальної групи на відміну від пацієнтів контрольної групи .
- відновленням «добрих» і «відмінних» показників тестування: м'язових груп плечового пояса - у 76% , м'язових груп нижніх

кінцівки - у 76% , м'язового корсета - у 80% , функції підтримки рівноваги - у 65% , показниками високого рівня толерантності до фізичних навантажень - у 72% інвалідів експериментальної групи на відміну від пацієнтів контрольної групи

5. Позитивна динаміка оцінки функціональних показників опорно-рухового апарату супроводжувалася зниженням показників реактивної (на 25%) та особистісної (на 13,9%) тривожності, зростанням показників оцінки самопочуття, активності, настрою за шкалою САН на 15-18%, поліпшенням швидкості нейродинамічних процесів, відновленням високого рівня психоемоційної активності інвалідів експериментальної групи на відміну від пацієнтів контрольної групи .

6. Доповнення комплексної програми консервативного лікування (симптоматичне і патогенетичне) апробованою програмою фізичної реабілітації сприяло підвищенню якості життя, зменшувало обмеження життєдіяльності у вигляді рухових порушень у хворих експериментальної групи з розсіяним склерозом внаслідок підвищення м'язової сили, знищення почуття болі в спині, гіперстезії, парестезії, клінічних проявів депресії, зменшення випадків інфекції верхніх дихальних шляхів, інфекції сечовивідних шляхів, головного болю. Доповнення комплексної програми консервативного лікування (симптоматичне і патогенетичне) апробованою програмою фізичної реабілітації поліпшувало перебіг розсіяного склерозу у пацієнтів експериментальної групи, що підтверджувалося малим числом рецидивів і мінімальним прогресом захворювання на відміну від 18% пацієнтів контрольної групи з неефективним лікуванням (погіршення стану з наростанням неврологічної симптоматики і тяжкості загострення).

7. Так як рухові і чутливі розлади при розсіяному склерозі обумовлені морфо-функціональними змінами в провідних системах, а направлене використання фізичних вправ з метою відновлення проявлялось тимчасовим клінічним поліпшення і навіть при тривалому впливі не формувало стійкого функціонального відновлення, слід рекомендувати доповнення

консервативного лікування (симптоматичне і патогенетичне) розсіяного склерозу апробованою програмою фізичної реабілітації протягом всього життя пацієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алаев Б.А. Особливості поширення розсіяного склерозу. // Невропатологія і психіатрія. - 2009, № 2, с. 119-124.
2. Алфьорова Т.С., Потехіна О.А. Основи реабілітології. /Тольятті: Весь, 2012. - 147 с.
3. Бадалян Л.О. Демієлінізуючі ураження нервової системи. / Ташкент: ТКИ, 2010.- 110 с.
4. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Керівництво по реабілітації хворих з руховими порушеннями. / Н.Новгород, том I, 2009.
5. Боголепов Н.К. Розсіяний склероз. В кн. Клінічні лекції з неврології. / М.: Медицина, 2011, с.284-294.
6. Бойко О.М., Фаворова О.О. Розсіяний склероз. // Молекулярна біологія. 2009, № 4, с. 727-749.
7. Вейн А.М. Перебіг розсіяного склерозу у чоловіків і жінок. // Неврологія і психіатрія. 2009, № 4, с. 43-44.
8. Верещагін Н.В. Про критерії активності патологічного процесу при розсіяному склерозі (клініко-комп'ютерне зіставлення). //Невропатологія і психіатрія. 2009, № 8, с. 1121-1124.
9. Гіткіна Л.С. Клініко-реабілітаційні групи як основа диференційованого підходу до оцінки ефективності реабілітації. // Питання організації та інформатизації охорони здоров'я. 2009, № 1, с. 25-30.
10. Голик Н.І. Мілютіна Є.В. Множинний склероз. - М.: Здоров'я, 2011. - 115 с.
11. Гордєєв Я.Я. Клініко-патологічні основи діагностики та лікування розсіяного склерозу. // Автореф . дис . канд . пед. наук. / СПб.: Сова, 2009, 25 с.
12. Григор'єва Н.М., Віленський Б.С. Деонтологічні аспекти реабілітації хворих на розсіяний склероз. // Тез. докл. зб. «Реабілітація хворих на нервово-психічні захворювання». СПб., 2009, с. 182-184.
13. Гусєв Є.І. Розсіяний склероз. / М.: Сероно, 2009. - 464 с.
14. Гуцин В.М. Клініка і лікування розсіяного склерозу. // Охорона здоров'я Казахстану. 2010, № 2, с. 49-51.