

Оптимізація реабілітації хворих та профілактики цереброваскулярних захворювань на первинній ланці медико-санітарної допомоги

О.Є. Коваленко, С.С. Совгира

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Дослідження присвячено підвищенню ефективності реабілітації хворих та профілактиці повільно-прогресуючих цереброваскулярних розладів шляхом застосування комплексу точкового і зонального масажу та фізичних вправ, що виконуються безпосередньо самими хворими за умови інструктажу з боку досвідченого фахівця. Об'єктивно доведено, що розроблений комплекс позитивно впливає на організм. Пропонується, враховуючи клінічну ефективність, безвитратність, технічну простоту та безпечність методики рекомендувати її до широкого застосування на первинній ланці медико-санітарної допомоги.

Ключові слова: цереброваскулярні захворювання, дисциркуляторна енцефалопатія, вертеброгеннозалежна цереброваскулярна недостатність, комплекс самомасажу та вправ.

Цереброваскулярні захворювання, серед яких близько 90% – хронічні порушення мозкового кровообігу (дисциркуляторна енцефалопатія – ДЕ), а також інсульти та мінущі порушення, займають лідерське положення у структурі поширеності, інвалідності та смертності населення серед захворювань нервової системи (Т.С. Міщенко, 2014). У патогенезі ДЕ, на відміну від загальноприйнятих етіопатогенетичних чинників – атеросклерозу та артеріальної гіпертензії, значно рідше розглядається порушення у вертебрально-базиллярному судинному басейні (ВББ), який за своїми анатомофізіологічними особливостями залежить від стану шийного відділу хребта. Парні хребтові артерії (ХА), як відомо, проходять в руховому кістковому каналі, що складається з отворів у поперечних відростках С2-С6 хребців, тому прояви нестабільності шийних хребтових рухових сегментів та дегенеративних змін (остеохондрозу) можуть прямо (компресія) або опосередковано (позраження хребтового симпатичного нерву) негативно впливати на церебральний кровотік у ВББ.

Крім основних патогенетичних факторів розвитку ВББ особливу роль відіграють провокувальні фактори дисциркуляцій, які виступають як додаткові і нашаровуються на основні ланки патогенезу, провокуючи судинні пароксизми у ВББ. До таких належать:

- тривале вимушене нефізіологічне положення голови;
- тривала та/або гіперекстензія у шийному відділі хребта;
- різкі рухи у шийному відділі хребта, особливо ротація з екстензією;
- непрофесійна мануальна терапія на шийному відділі хребта з виконанням маніпуляцій або різких тракцій;
- непрофесійна лікувальна фізкультура з високоамплітудними рухами у шийному відділі хребта;
- фізичні навантаження, що призводять до перенапруження м'язів шийно-комірцевої зони [6].

Значущими чинниками, що сприяють вертебральній і вертеброгенній судинній патології, є синдром слабкості сполучної тканини та перинатальні краніовертебральні пошкодження пацієнта [12].

Лікувальні підходи вертеброгеннозалежної цереброваскулярної недостатності зазвичай стосуються медикаментозних призначень, а фізіотерапевтичні та рефлексотерапевтичні методи переважно спрямовані на лікування больових вертеброгенних синдромів, але вони потребують кваліфікованої підготовки лікаря та спеціального оснащення. Традиційно пацієнт пасивно сприймає допомогу від медичного працівника й вимагає відповідальності від останнього, натомість перспективним вважається саме залучення до самопомоги та відповідальності за своє здоров'я безпосередньо самих пацієнтів, що має як медичне, так і соціально-економічне значення.

На сьогодні профілактичний напрямок визначений як пріоритетний у клініці цереброваскулярної патології (ЦП). Превентивні заходи залишаються найважливішим компонентом у менеджменті як гострих, так і хронічних форм цереброваскулярних захворювань. Єдиною стратегією, що дозволяє зменшити захворюваність на ЦП, а також показники тимчасової та стійкої непрацездатності, є активна, ефективна первинна та вторинна профілактика ЦП серед населення.

На сучасному етапі розвитку ангіоневрології були розроблені та активно впроваджені в рутинну клінічну практику принципи ефективної профілактики ЦП. Серед них провідне місце посідають методи немедикаментозної профілактики, а саме – модифікація способу життя та корекція поведінкових стереотипів людини. Немедикаментозні превентивні заходи є загальнодоступними та не мають побічних ефектів, однак їх досить часто недооцінюють, і вони перебувають у тіні фармакологічних втручань [5]. Саме тому сімейним лікарям разом із принципами фармакологічної профілактики важливо знати і використовувати немедикаментозні напрямки у профілактиці ЦП, які мають доноситися до населення шляхом просвітницької роботи не тільки у вигляді теоретичної інформації, але й демонстрації та відпрацювання необхідних практичних навичок.

У комплексній профілактиці та лікуванні пацієнтів з цереброваскулярною патологією поряд з медикаментозною терапією доведена ефективність фізичних факторів і певних рефлексотерапевтичних підходів. Дані методи володіють певною універсальністю впливу на основні прояви захворювання, і в той самий час характеризуються специфічністю, що дозволяє впливати не тільки на певні ланки патогенезу, але й стимулювати саногенетичні процеси в організмі [12, 19].

Відомо, що для відновлення втрачених функцій при інсульті, тобто стимуляції нейропластичності (сукупність процесів, спрямованих на ремоделювання й пристосування нервової системи до фізіологічних і патологічних змін зовнішнього і/або внутрішнього середовища) можна використовувати як фармакологічні засоби, так і спеціальні реабілітаційні програми, засновані на постійній руховій стимуляції. Одним із найбільш дієвих напрямків, які покращують відновлення після інсульту, є вплив на біологічні адаптивні

механізми. Тому висока лікувально-реабілітаційна ефективність рефлексотерапевтичних методів (РМ), в основі якої є управління сомато-сенсорними системами організму шляхом утворення різномодальної аферентації в різні відділи ЦНС, базується на потужному потенціалі модуляції нейропластичності [9].

Перевага рефлексотерапевтичних методів над традиційною медикаментозною вагома: відсутність алергічних проявів, побічної дії за умови досвідченого використання. За літературними даними виявлено позитивний вплив методів рефлексотерапії на перебіг цереброваскулярної патології та доцільність їхнього використання у комплексі з медикаментозною терапією цієї патології. Всебічно вивчений вплив рефлексотерапії на перебіг артеріальної гіпертензії як одного з основних етіологічних факторів цереброваскулярних захворювань. Виявлено регулювальний вплив рефлексотерапії на судинний тонус.

Завдяки проведеним дослідженням доведено, що РМ сприяє нормалізації фібринолітичної активності крові, імунобіологічних показників, може справляти стимулювальний, регулювальний та нормалізувальний вплив на загальну та системну реактивність організму, підвищувати його захисні сили, активізуючи функцію системи макрофагів, мієлоїдної та гіпофізарно-надниркової системи, сприяючи рівновазі та рухливості основних нервових процесів, усуненню вегетативних, вегетовісцеральних та вегетосудинних порушень.

Слід зазначити позитивний вплив РМ на мікроциркуляцію. Порушення мікроциркуляції як важлива патогенетична ланка включається у цілу низку типових патологічних станів, зокрема у разі ДЕ. Доведено, що під впливом РМ відбуваються безпосередня активація гемомікроциркуляції за рахунок збільшення локального тканинного кровотоку, більш пролонгований процес, пов'язаний із утворенням каплярів, нормалізується тонус мікросудин, покращується капілярний кровотік, зменшуються застійні явища в посткапілярній ланці, значно знижується внутрішньосудинна агрегація, збільшується діаметр мікросудин, зростає щільність функціонуючих капілярів [30].

Недостатня фізична активність належить до факторів ризику ДЕ. В обліку факторів ризику для визначення прогнозу гострого або хронічного перебігу ДЕ зазначається, що гіпокінезія спричинює хронічний перебіг захворювання, а також у хворих із несприятливим перебігом ДЕ достовірно частіше виявляють гіпокінезію [20].

Результати наукових праць підтверджують, що оздоровчі вправи як простий, загальнодоступний, потужний засіб дієво впливають на такий фактор ризику як гіподинамія. При цьому вони є універсальним засобом резистентності і активації механізмів специфічної та загальної адаптації [26]. Академік О.О. Богомолець писав, що у боротьбі за нормальне довголіття фізкультурі належить безперечно дуже важливе місце.

Вплив фізичних вправ на організм людини дуже різноманітний і складний. Адже вправи викликають сильну реакцію-відповідь з боку всіх органів і систем. Великих змін зазнають м'язи, які працюють. Внаслідок вправ м'язи стають пружними, збільшуються у розмірах. М'язові скорочення посилюють окисні процеси та обмін речовин у всьому організмі. Під впливом фізичних вправ збільшується функціональна здатність дихального апарата. Зростає і життєва місткість легень. Фізичні вправи викликають великі зміни і в роботі серцево-судинної системи. У стані спокою серце людини за хвилину перекачує близько 5 л крові, а при виконанні фізичних вправ – до 40 л, тобто працездатність серця зростає майже у 10 разів. Посилюється при цьому й швидкість течії крові. Якщо у стані спокою кровообіг в організмі відбувається за 21 с, то під дією фізичних

вправ цей час може скоротитися до 15–10 с. Чималі зміни відбуваються під впливом фізичних вправ й у нервовій системі. Вправи сприяють зниженню надмірної збудливості симпатичної нервової системи, поліпшують забезпечення кров'ю головного мозку, посилюють гальмівні процеси, позитивно впливають на психіку людини, підвищують трофічну функцію нервової системи. Фізичні вправи урівноважують процеси гальмування і збудження, посилюють їх, нормалізують вегетативні функції, підвищують розумова праця, покращують координаційну діяльність. За тривалого і систематичного тренування значні зміни відбуваються у фізичному розвитку, зокрема в кістковій системі. Потовщуються кісткові трабекули і кірковий шар трубчастих кісток.

На кафедрі фізичної реабілітації Національного технічного університету України «КПІ» було проведено дослідження, яке підтверджує, що зональний масаж голови оптимізує вегетативні та психофізіологічні параметри, реєструє достовірну різницю статичних електричних потенціалів (СТЕП) на приладі БЮ-1 у рефлексогенних зонах шкіри голови та достовірне зниження артеріального тиску і частоти серцевих скорочень. Доведено, що зональний масаж та самомасаж тригерних зон тканин голови можна застосовувати для корекції функціональних станів оператора, у тому числі і на робочому місці [18].

Серед великого арсеналу методик профілактики, лікування і реабілітації хворих з вертеброгенними захворюваннями нервової системи (ВЗНС) особливе місце займає мануальна терапія. Слід зазначити, що в мануальній терапії ВЗНС окрім механічного впливу на хребет, кістки, суглоби, зв'язки і м'язи використовують також інші методи роботи з пацієнтом: дія на шкіру, підшкірну клітковину і м'язи під загальною назвою «м'які техніки», які також можуть сприяти досягненню релаксації м'язів і зменшенню болю. До них належать: шіатсу, періостальний масаж, сегментарно-рефлекторний масаж, автомобілізація, постізометрична релаксація (ППР) та ін. [2, 3].

За сучасними уявленнями (Іванічев Г.А.) релаксуючий та аналізуючий ефекти ППР як «молодої» техніки мануальної терапії пояснюються тим, що ізометрична робота вимагає участі всього м'язу проти зовнішнього зусилля. М'яз із міофасціальним гіпертонусом здатний реалізувати це напруження тільки за рахунок своєї неураженої частини. Оскільки при цьому режимі роботи весь м'яз залишається незмінним за своєю вихідною довжиною, функціонально активна його частина при скороченні починає розтягувати цю пасивну (в даних умовах) ділянку з гіпертонусом. Додаткове пасивне розтягнення всього м'язу до максимальної величини буде сприяти подальшому зменшенню розмірів гіпертонусу. У разі повторної ізометричної роботи в умовах зафіксованої довжини м'язу розтягувальний вплив «здорових» ділянок на уражені ще більш посилюється. Це призводить до повторного зменшення гіпертонусу.

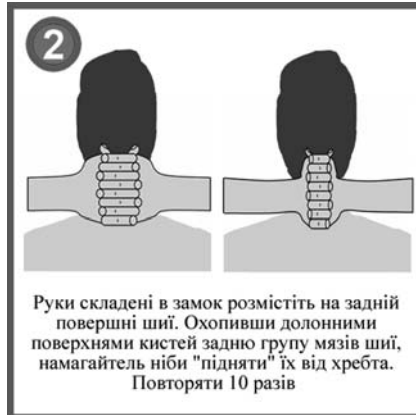
При додатковому максимально пасивному розтягненні м'язу до можливих фізіологічних характеристик його скорочувальна здатність взагалі падає до нуля. Як правило, це значить, що у м'язі виникла гіпотонія. Через 25–30 хв він повертає «звичну» для себе довжину без відновлення наявного раніше гіпертонусу. При збереженні патологічного динамічного стереотипу гіпертонуси можуть виникати через 36–48 год.

Аналізуючий ефект ППР пов'язаний зі складними односпрямованими змінами у системах аферентації в діяльності сегментарного апарату спинного мозку. У результаті зниження загальної аферентації та її дисбалансу із гіпертонусом по аферентам групи I і II розвиваються механізми, які підкріплюють існування гіпертонусу. Незмінні екстероцептивні і інтероцептивні потоки імпульсації, що проводяться в системі клітин широкого динамічного ряду в II–IV шарах сегмента



Сядьте рівно. Руки прямо перед собою. Розітріть долонні поверхні обох кистей між собою протягом 20-30с. Потім коловими рухами розітріть великі пальці рук, охопивши їх кистею протилежної руки протягом 20-30с. Далі перша вправа повторюється після кожної наступної, але протягом 10-15с.

Мал. 1. Вправа № 1 комплексу



Руки складені в замок розмістіть на задній поверхні шії. Охопивши долонними поверхнями кистей задню групу м'язів шії, намагайтесь ніби "підняти" їх від хребта. Повторити 10 разів

Мал. 2. Вправа № 2 комплексу



Покладіть руки заду долоннями на потилицю. Намагайтесь великими пальцями обох рук по колу промасажувати ділянки під потиличними буграми на протязі 20-30секунд

Мал. 3. Вправа № 3 комплексу



Повторно виконайте вправу №2. Руки складені в замок розмістіть на задній поверхні шії. Охопивши долонними поверхнями кистей задню групу м'язів шії, намагайтесь ніби "підняти" їх від хребта. Повторити 10 разів

Мал. 4. Вправа № 4 комплексу



Правою рукою охопіть м'язи надпліччя лівої сторони. Повільно промасажуйте їх протягом 20-30с. Повторіть вправу на праву сторону лівою рукою.

Мал. 5. Вправа № 5 комплексу



Пальці правої кисті зберіть в пучок, розмістіть його у основи шії з лівого боку, круговими рухами промасажуйте цю зону протягом 20-30с. Повторіть вправу на праву сторону лівою рукою.

Мал. 6. Вправа № 6 комплексу



Дивіться прямо перед собою. Намагайтесь покласти голову на праве плече, при цьому створюючи опір правою рукою на протязі 20 секунд, потім розслабтесь. Повторіть 3 рази. Таку ж вправу виконайте 3 рази на ліву сторону

Мал. 7. Вправа № 7 комплексу



Сядьте перед столом. Лікті упріть в стіл. Підборяддя лежить на долонях. Підборяддя виконуйте тиск вниз на долоні протягом 20-30с., створюючи опір руками, потім розслабтесь. Повторіть 3 рази.

Мал. 8. Вправа № 8 комплексу



Руки складіть в замок на потилиці. Намагайтесь відклонити голову назад, долаючи опір рук на протязі 20-30с. потім розслабтесь. Повторити 3 рази.

Мал. 9. Вправа № 9 комплексу

спинного мозку, не відчувають ефективного пресинаптичного гальмування з боку так званих острівцевих клітин. При цьому активність острівцевих клітин знижується внаслідок загального дефіциту проприоцепції та її дисбалансу. Іншими словами, знижується ефективність механізмів зворотного контролю сегмента (R. Melzack, P. Wall, 1965). У зв'язку з цим зникнення гіпертонусу є скоріш функціональним, ніж структурним феноменом, що означає відновлення загального рівня проприоцептивного потоку і нормалізацію його складових. Паралельно відновлюються механізми контролю та регуляції тону м'язу в межах сегментарного апарату спинного мозку. Тим самим ліквідується вогнище патологічного збудження у сегментарному апараті (задній ріг) – усувається діяльність генератора периферійної детермінованої структури, що означає розпад цієї патологічної системи [7].

Недостатня ефективність існуючих методів реабілітації хворих та профілактики цереброваскулярних розладів, відсутність активного залучення пацієнтів до процесу самооздоровлення, а також теоретичне та практичне обґрунтування немедикаментозних підходів й викликали необхідність вивчення цих питань, розроблення та впровадження у клінічну практику комплексного профілактично-реабілітаційного підходу.

Мета дослідження: підвищити ефективність реабілітації хворих та профілактики повільно-прогресуючих цереброваскулярних розладів зокрема, вертеброгеннозалежних вертебрально-базиліарних порушень на первинній ланці медико-санітарної допомоги шляхом застосування комплексу точкового і зонального масажу та фізичних вправ, що виконуються безпосередньо самими хворими.

Розподіл досліджуваних хворих у динаміці вираженості суб'єктивної неврологічної симптоматики ДЕ до та після лікування в основній та контрольній групах

Скарги	Основна група, n=27				Контрольна група, n=30			
	До лікування		Після лікування		До лікування		Після лікування	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Головний біль	26	96,2	4	14,8*	28	93,3	11	36,7*
Запаморочення	24	88,9	5	18,5*	25	83,3	14	46,6*
Біль у шиї	21	77,8	3	11,1*	24	80,0	13	43,3*
Шум у голові	18	66,6	6	22,2*	21	69,9	12	40,0**
Похитування при ходьбі	18	66,6	8	29,6*	20	66,6	11	36,7**
Затерпність рук під час сну	17	62,9	3	11,1*	22	73,3	19	63,3
Млявість, важкість у голові зранку після сну	13	48,1	5	18,5*	17	56,6	14	46,6
Метеозалежність	13	48,1	4	14,8*	15	49,9	9	30,0**
Зниження працездатності	26	96,2	4	14,8*	28	93,3	19	63,3**
Зниження пам'яті	25	92,5	8	29,6*	28	93,3	19	63,3**
Порушення сну	19	70,3	5	18,5*	21	69,9	12	40,0**

Примітки: ** – достовірна різниця ($p < 0,05$) між показниками обох груп; * – достовірна різниця ($p < 0,001$) між показниками обох груп.

Динаміка вираженості основних об'єктивних клініко-неврологічних показників у досліджуваних хворих до та після лікування в основній та контрольній групах

Показник	Основна група, n=27				Контрольна група, n=30			
	До лікування		Після лікування		До лікування		Після лікування	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Мікросимптоми порушень ЧН	13	48,1	9	33,3**	15	49,9	13	43,3
Хиткість у позі Ромберга	15	55,5	10	37,1**	18	59,9	15	49,9
Тремор пальців витягнутих рук	18	66,6	12	44,4**	21	69,9	18	59,9
Пальце-носова проба	13	48,1	9	33,3**	16	53,2	14	46,6
Анізорефлексія	9	33,3	7	25,9	7	23,3	7	23,3
Пожавлення рефлексів	8	29,6	5	18,5	8	26,6	7	23,3
Біль при пальпації паравертебральних точок у ШВХ	20	74,1	5	18,5*	25	83,3	23	76,6
Обмеження рухливості у ШВХ	13	48,1	9	33,3**	16	53,2	14	46,6
Напруження довгих м'язів шиї	17	62,9	2	7,4*	22	73,2	20	66,5
Вегетативна симптоматика (АТ, ЧСС)	22	81,5	7	25,9*	25	83,3	13	43,3**

Примітка: ** – достовірна різниця ($p < 0,05$) між показниками обох груп; * – достовірна різниця ($p < 0,001$) між показниками обох груп.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 57 пацієнтів (24 чоловіки та 33 жінки) віком від 32 до 68 років з ДЕ I–II ступеня з вертеброгеннозалежними змінами кровотоку у ВББ, які лікувались у стаціонарних та амбулаторних умовах на базі Монастирищенської ЦРЛ Черкаської області.

Хворі були розділені на дві групи. Основній групі пацієнтів (n=27) до базисного лікування було запропоновано удосконалену методику фізичних вправ та комплексного точкового самомасажу, який розроблений, впроваджений та мав позитивні результати на клінічній базі кафедри сімейної медицини та амбулаторно-клінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика (неврологічне відділення МКЛ № 15 м. Києва). Курс виконання комплексу склав 2 міс (60 днів \pm 5 днів) з кратністю 3–5 разів на добу (не менше 3). Контрольну групу (n=30) склали пацієнти, які отримували тільки базисні стандартні медикаментозні рекомендації.

Для об'єктивізації результатів дослідження використовували загальноклінічний та клініко-неврологічний огляд, візуально-аналогову шкалу болю (ВАШ), модифіковану шкалу загального самопочуття (макс. бал 10), показники сатурації тканин голови (датчик пульсоксиметра фіксували на мочці правої вушної раковини) у динаміці – до початку призначення реабілітаційно-профілактичного комплексу, у середині та наприкінці запропонованого курсу.

Оцінювання прихильності пацієнтів до участі у процесах самооздоровлення сімейний лікар досліджував за допомогою анкетування згідно розробленої анкети.

На мал. 1–9 схематично відображено комплекс точкового самомасажу та фізичних вправ, що був запропонований пацієнтам. Вправи, які демонстрували автори роботи, виконуються сидячи, повільно, не допускається виникнення різкого болю та дискомфорту в голові та хребті, запаморочень, рекомендована кратність виконання 3–5 разів на добу.

Динаміка сатурації тканин голови киснем, головного болю, загального самопочуття відповідно за даними пульсоксиметрії, ВАШ, модифікованої шкали (макс. бал 10) у досліджуваних хворих

Показник	Основна група, n=27		Контрольна група, n=30	
	До призначення	Після призначення	До призначення	Після призначення
Сатурація тканин голови киснем, %	92,44±0,34	95,85±0,49*	93,43±0,22	94,33±0,28**
Головний біль (за ВАШ)	6,14±0,19	2,07±0,38*	6,06±0,26	5,26±0,21**
Загальне самопочуття (по модифікованій шкалі, макс. бал 10)	7,70±0,17	3,07±0,32*	6,80±0,25	4,9±0,19*

Примітка: ** – достовірна різниця ($p < 0,05$) між показниками обох груп; * – достовірна різниця ($p < 0,001$) між показниками обох груп.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При клінічному обстеженні, яке включало в себе детальний збір скарг, даних анамнезу, неврологічного статусу у всіх пацієнтів були ознаки ДЕ. До основних скарг входили: головний біль, запаморочення, біль у шії, шум у голові, похитування при ходьбі, затерплість рук під час сну, млявість, важкість в голові зранку після сну, метеозалежність, зниження працездатності, зниження пам'яті, порушення сну. Появу скарг часто пов'язували з гіперекстензійними, зазвичай навіть неважкими травмами, тривалим професійним перенапруженням шийного відділу тощо. Розподіл досліджуваних хворих у динаміці вираженості суб'єктивної неврологічної симптоматики ДЕ наведено у табл. 1.

Як видно із даних, наведених у табл. 1, після виконання розробленого комплексу відзначали суттєве кількісне послаблення вираженості суб'єктивної неврологічної симптоматики ДЕ, а також покращення розподілу всередині групи залежно від ступеня вираженості симптомів захворювання. Як правило, позитивні чинники у пацієнтів проявлялися вже на початку застосування комплексу, в подальшому ступінь вираженості скарг також зменшувався ($p < 0,05$) Слід відзначити, що регулярне виконання комплексу вправ самооздоровлення у всіх пацієнтів сприяло зменшенню кількісного вираження усього переліку неврологічних скарг (загальна кількість позитивних результатів була вище в основній групі ($p < 0,05$)).

При вивченні неврологічного статусу звертає на себе увагу зменшення частоти об'єктивних неврологічних симптомів ДЕ (табл. 2). Висока динаміка зареєстрована щодо напруження довгих м'язів шії, болючості при пальпації паравертебральних точок в ШВХ, а також стосовно вестибулокоординаторних показників. Позитивний вплив виконання вправ даного комплексу знайшло відображення у тенденції до нормалізації вегетативної симптоматики (ступінь позитивних результатів був вищий в основній групі).

Крім того, в основній групі на фоні виконання комплексу вправ швидше наставало покращення суб'єктивних та об'єктивних клінічних ознак, пацієнти відзначали більш виражене зменшення симптомів ДЕ, незважаючи на те, що вихідні показники в основній та контрольній групах статистично достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$).

Аналіз показників сатурації тканин голови, ВАШ і модифікованої шкали загального самопочуття у досліджуваних хворих показав, що мала місце достовірна різниця ($p < 0,001$) між результатами до та після виконання вправ самооздоровлення (табл. 3).

Таким чином, застосування розробленого профілактично-реабілітаційного комплексу разом із базисним лікуванням у хворих на ДЕ дало достовірні позитивні зміни клініко-неврологічних показників у порівнянні з групою хворих зі стандартною терапією (див. табл. 3).

Оптимістичним чинником було позитивне ставлення пацієнтів до виконання вправ за результатами анкетування. Вони були зацікавлені брати участь у процесі самооздоровлення, проте, на їхню думку й даних об'єктивного спостереження, лікарі як первинної, так і вторинної ланки МД зазвичай переважно налаштовані на медикаментозні методи профілактики та реабілітації цереброваскулярної патології, що обґрунтовує необхідність розширення санітарно-просвітницької роботи й серед медичних працівників.

Надзвичайно важливим є впровадження профілактично-реабілітаційних комплексів й розширення їхнього діапазону в медичну практику та залучення до самооздоровлення пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Реабілітація та профілактика цереброваскулярних захворювань, зокрема, вертеброгеннозалежних вертебрально-базиллярних порушень, із застосуванням розробленого комплексу точкового масажу та фізичних вправ, що виконуються хворими самостійно, має анатомо-фізіологічне обґрунтування, є клінічно ефективною, що підтверджено суб'єктивними та об'єктивними показниками хворих, не містить негативних побічних ефектів та економічно невитратна.

2. Виявлено низьку поінформованість хворих і лікарів первинної ланки медичної допомоги щодо можливостей немедикаментозних фізичних заходів у профілактиці та лікуванні.

3. Визначено, що особиста прихильність пацієнтів до виконання фізичних методик самооздоровлення є високою (92%), що свідчить про необхідність широкого впровадження у клінічну практику.

Оптимізація реабілітації больних і профілактика цереброваскулярних захворювань на первинном звені медико-санітарної допомоги О.Е. Коваленко, С.С. Совгира

Исследование посвящено повышению эффективности реабилитации больных и профилактики медленно-прогрессирующих цереброваскулярных расстройств путем применения комплекса точечного и зонального массажа и физических упражнений, которые выполняются непосредственно самими больными при условии инструктажа со стороны обученного специалиста. Объективно доказано, что разработанный комплекс положительно влияет на организм. Предлагается, учитывая клиническую эффективность, экономическую составляющую, техническую простоту и безопасность методики рекомендовать ее к широкому применению на первичном звене медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, дисциркуляторная энцефалопатия, вертеброгенная цереброваскулярная недостаточность, комплекс самомассажа и упражнений.

Optimization of patients rehabilitation and cerebrovascular diseases prevention in primary health care.

O.E. Kovalenko, S.S. Sovgyra

Research is dedicated to more efficient prevention and rehabilitation of slowly-progressive cerebrovascular disorders through the use of the proposed by authors point and zonal self-massage complex and exer-

cises carried out directly by the patients, provided coaching by trained specialists. Objectively prove that the complex has a positive effect on the body. Considering the clinical effectiveness, free of charge, technical simplicity and method's safety, it can be offered for widespread use in primary health care.

Key words: *cerebrovascular diseases, dyscirculatory encephalopathy, vertebrogenic cerebrovascular insufficiency zonal self-massage complex and exercises.*

Сведения об авторах

Коваленко Ольга Евгеньевна – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04412, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Совгира Сергей Сергеевич – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04412, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (096) 964-14-28. E-mail: SOVGYRA@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Захаров В.В. Клиника, диагностика, и лечение дисциркуляторной энцефалопатии // Міжнародний неврологічний журнал. – 2009. – № 5 (27). – С. 51–55.
- Бобрік Ю.В. Мануальна терапія в восстановительном лечении пациентов с вертеброгенными заболеваниями нервной системы // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2012. – № 2. – С. 13–15.
- Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – 344 с.
- Дельва М.Ю., Санік О.В., Дельва І.І. Що необхідно знати і робити сімейним лікарям для немедикаментозної профілактики гострих порушень мозкового кровообігу // Сімейна медицина. – 2015. – № 6 (62). – С. 51–53.
- Денисов И.Н. Вертебрально-базиллярная недостаточность: Клинические рекомендации. – М., 2014. – С. 26
- Иваничев Г.А. Мануальная терапия. Руководство, атлас – Казань, 1997. – 448 с.
- Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шапаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга: дисциркуляторная энцефалопатия: руководство для врачей. – 3-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 272 с.
- Коваленко О.Е. Нейропластичность как базис саногенеза в рефлексотерапии // Основные направления фармакотерапии в неврологии (материалы XV международной конференции 24–26 апреля 2013 года, г. Судак). – С. 165–170.
- Коваленко О.Е. Аналіз співвідношення глибини вертебрально-базиллярних порушень та дегенеративних змін хребта при спонділогенній вертебрально-базиллярній дисциркуляції / Зб. наук. праць співробітників КМАПО імені П.Л. Шупика. – К., 2006. – Вип. 15, кн. 1. – С. 618–624.
- Коваленко О.Е. Біль в синдромокомплексі вертебро-базиллярної недостатності цервікогенного генезу / Зб. наук. праць співробітників КМАПО імені П.Л. Шупика. – К., 2003. – Вип. 12, кн. 2. – С. 449–457.
- Коваленко О.Е. Клініко-діагностична характеристика, профілактика та лікування порушень кровообігу в вертебрально-базиллярному басейні при патології шийного відділу хребта: Автореф. дис. ... д-ра мед наук: 14.01.15/ НМАПО імені П.Л. Шупика. – К., 2007. – 36 с.
- Коваленко О.Е. Клініко-неврологічна характеристика хворих з дисциркуляторними розладами в вертебрально-базиллярному басейні, пов'язаними з дисфункцією шийного відділу хребта // Сімейна медицина. – № 1, 2005. – С. 65–67.
- Коваленко О.Е. Неврологічний огляд в практиці сімейного лікаря. З чого розпочати? // Медична газета «Здоров'я України». – № 1. – 2014. – С. 23–24.
- Коваленко О.Е. Неврологічний огляд у загально-медичній практиці. Частина II. Збір скарг // Медична газета «Здоров'я України». – 2014. – № 2. – 18–19 с.
- Козар-Гуріна О.М. Аналіз демографічних даних та скарг хворих на цервікогенну вертебробазиллярну недостатність мозкового кровообігу // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 5.
- Курако Ю.Л., Іванів А.П. Современные алгоритмы диагностики у больных с сосудистыми (дисциркуляторными) энцефалопатиями в зависимости от вариантов течения гемодисциркуляций. // Укр. мед. часопис. – 2001. – № 5 (25). – IX/X. – С. 19–27.
- Лябах М.О., Горго Ю.П. Використання масажу для корекції функціональних станів людини при розумових навантаженнях // Сімейна медицина. – 2014. – № 2. – С. 37–39.
- Маколюнець В.И., Куценко В.А. и др. Некоторые особенности и эффективность применения различных консервативных методик терапии при лечении больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2012. – № 4. – С. 4–8.
- Манвелов Л.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, патоморфология, клиника / Л.С. Манвелов, А.С. Кадыков // Лечащий Врач. – 2000. – № 7. – С. 47.
- Мачарет Е.Л., Паламарчук И.С. Современные подходы к дефиниции дисциркуляторной энцефалопатии. Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2001. – С. 586–601.
- Мачарет Е.Л., Коваленко О.Е. Етіопатогенетичні аспекти ранніх проявів остеохондрозу / Зб. наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2002. – Вип. 11, кн. 2. – С. 706–711.
- Мищенко Т.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: устаревший термин или клиническая реальность? / Мищенко Т.С. // Международный неврологический журнал. – 2013. – № 2 (56). – С. 134–138.
- Мищенко Т.С., Здесенко И.В., Мищенко В.Н. Новые возможности в лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией // Международный неврологический журнал. – 2015. – № 5 (75). – С. 55–64.
- Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные взгляды на патогенез и диагностику // Здоров'я України. – 2006. – № 15–16.
- Разумов А.Н., Ромашин О.В., Лядов К.В., Макарова М.Р., Преображенский В.Ю. Физкультура в системе целенаправленного оздоровления человека на этапах медицинской реабилитации // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2012. – № 3. – С. 46–49.
- Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
- Теленгатор А.Я. Дисциркуляторная энцефалопатия и остеохондроз шейного отдела позвоночника // Газета «Новости медицины и фармации». – 2012. – С. 420.
- Трещинская О.А., Ключникова О.А., Голыченко Ю.И. Новые возможности лечения синдрома вертебробазиллярной артериальной системы // Международный неврологический журнал. – 2008. – № 4 (20).
- Ханенко Н.В., Парныкоза Т.П. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні цереброваскулярної патології // Міжнародний неврологічний журнал. – 2009. – № 8 (30).
- Шитиков Т.А. Эффективность применения мануальной рефлексотерапии в практике семейной медицины у пациентов с начальными проявлениями ишемической болезни мозга // Библиотека семейного врача та сімейної медсестри. – 2014. – № 6. – С. 13–17.

Статья поступила в редакцию 09.06.2016