

подострую и хроническую стадии воспалительных процессов различной локализации, для рассасывания гематом, инфильтратов, ускорения процессов регенерации поврежденных тканей. В острый период заболевания его использование противопоказано.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Пирогова Л.А., Новицкая Т.А., Филина Н.А., Житко Н.Л.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗО «Городская клиническая больница № 1 г. Гродно», Гродно*

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности в странах, различающихся по экономическому и культурному уровню, расовому и этническому составу населения, климатическим зонам. Оно поражает людей разного возраста, но чаще встречается у лиц старше 50 лет. По данным ВОЗ, в разных странах мира ежегодно регистрируется 150-300 случаев ОНМК на 100 тысяч населения.

По данным европейских исследований, на каждые 100 тысяч населения приходится 600 больных с последствиями инсульта, из них 60 процентов являются инвалидами. В первый месяц от начала возникновения инсульта погибает 30-35% больных, а в течение года 48-50%, и только 10-12% больных, перенесших ОНМК, возвращаются к труду.

Основные факторы риска первичных и повторных инсультов - это артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, ишемическая болезнь сердца, ревматизм, нарушение сердечного ритма, сахарный диабет, курение, избыточная масса тела, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, длительные и частые нервно-психические перенапряжения, отягощенная наследственность (инсульт, инфаркт миокарда, артериальная гипертония у родителей, братьев, сестер).

При наличии у больного нескольких факторов риска вероятность развития ОНМК резко возрастает.

Наиболее частыми последствиями инсульта являются

двигательные расстройства – параличи и парезы, речевые и когнитивные расстройства.

В восстановительном периоде у 49,7% больных наблюдается регресс парезов конечностей спустя год после инсульта. Поэтому реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, особенно в течение первого года, чрезвычайно важна. За рубежом давно доказана эффективность реабилитационного направления в неврологии, и оно получило широкое развитие. Практика реабилитации пациентов с ОНМК показала наибольшую эффективность раннего начала реабилитационных мероприятий после развития инсульта и проведения их в течение первых 6 месяцев. Реабилитация базируется на конкретных механизмах, оптимальное использование которых позволяет получить максимально возможное функциональное восстановление.

Длительный процесс реабилитации больных с ОНМК проводится в несколько этапов, последовательно следующих друг за другом, обеспечивая непрерывность и преемственность процесса реабилитации, который продолжается от 3-6 месяцев до 1-1,5 лет в зависимости от достигнутого результата. Разделение всего периода реабилитации на этапы или стадии принципиально важно, т.е. на каждом из них решаются конкретные задачи, без реализации которых переход к следующему этапу невозможен.

В Республике Беларусь разработана этапная система оказания медицинской помощи больным инсультом. Предусматривается помощь: на догоспитальном этапе, в инсультном отделении, стационарном центре реабилитации, амбулаторном, санаторном этапах (Приказ МЗ РБ № 188 от 21.06.2000 г. «О мерах по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Беларусь», Приказ МЗ РБ № 203 от 21.07.2000 г. «О дальнейшем развитии медицинской реабилитации больных в Республике Беларусь»).

В острейшем периоде мозгового инсульта организация медицинской помощи подчинена концепции «терапевтического окна». Основное положение концепции – как можно более раннее начало медицинской помощи в первые минуты и часы от начала инсульта.

Инсульт – это модель, когда лечение и реабилитация

проводятся параллельно.

Бригада скорой медицинской помощи оказывает первую медицинскую помощь на дому, включая нейрометаболическую защиту мозга, и осуществляет транспортировку больного в стационар. На этом этапе проводится интенсивная терапия острого инсульта и начинается ранняя реабилитация больного, что позволяет назвать его лечебно-реабилитационным этапом. Отнесение его к первому этапу реабилитации важно, так как на этом этапе реабилитация показана всем больным без отбора. Она необходима для выяснения реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза.

Реабилитационный потенциал – интегральный показатель, учитывающий резервные возможности различных органов и систем организма, потенциал личности больного и влияние среды его обитания на процесс восстановления и компенсации нарушенных функций, потенциал восстановления основных способностей и повседневной деятельности, бытовой активности, потенциал восстановления способности к профессиональному труду.

Наряду с реабилитационным потенциалом, оценивается реабилитационный прогноз, под которым понимают прогнозирование возможности реализации реабилитационного потенциала. Для конкретизации реабилитационного прогноза целесообразно определить дифференцированно по отношению к отдельным составным частям реабилитационного потенциала:

- прогнозирование восстановления нарушенных функций – соответствует клиническому прогнозу и зависит от факторов, его определяющих;
- прогнозирование восстановления способности к труду, т.е. трудовой прогноз.

В остром периоде инсульта реабилитация показана всем больным. Кроме того, она необходима для оценки реабилитационного потенциала.

Ранняя реабилитация проводится на фоне интенсивной медикаментозной терапии, применяемой не менее 7-10 дней. Показано назначение антигипоксантов, повышающих переносимость гипоксии, антиоксидантов и метаболических препаратов, оказывающих нейропротекторное действие, для

улучшения церебральной гемодинамики используются вазоактивные препараты.

Важным компонентом реабилитационной программы в остром периоде инсульта является психологическая реабилитация. Одна из основных ее задач – снижение эмоционального настроения, вызванного внезапно развившимся заболеванием, коррекция масштаба переживаний, формирование активной установки на участие в реабилитационных мероприятиях.

Второе направление ранней реабилитации – физическая реабилитация. Пассивные методы (повороты в постели, лечение положением) применяются с первых дней инсульта, активно включаются, как только позволяет состояние больного.

Первым компонентом реабилитационных мероприятий при гемипарезах является лечение положением – физиологические укладки. Они начинаются сразу после обнаружения тяжелых двигательных нарушений. Удобство позы позволяет находиться в одном положении 1,5-2 часа, а путем последовательной смены поз добиваются круглосуточного пребывания в физиологически правильном положении. В положении лежа используют 3 основных вида укладок, на пораженной стороне, на здоровой стороне, на спине. Особое внимание уделяется положению парализованной руки, она и ее плечевой сустав должны находиться на одном уровне в горизонтальной плоскости во избежание растяжения сумки плечевого сустава под действием силы тяжести конечности. Такое растяжение при параличе мышц, фиксирующих плечевой сустав, сопровождается возникновением постгемиплегической артропатии, вызывающей сильные боли, и препятствует нарастанию объема движений.

В положении лежа используют 3 основных вида укладок:

1. Лежа на пораженной стороне:

- спина параллельна краю кровати с упором на подушку;
- больное плечо отведено на 90° , рука в положении супинации;
- таз немного повернут кпереди;
- больное бедро выпрямлено, колено слегка согнуто;
- здоровая нога согнута в тазобедренном и коленном суставах на 135° и лежит на подушке.

2. Положение лежа на спине:

- голова на подушке;
- больная рука и плечо в положении супинации на подушке (рука прямая);

- небольшая подушка под ягодицу, нога прямая.

3. Лежа на здоровом боку:

- рука прямая на подушке под углом 90°С;

- нога под углом 135°С на подушке.

Массаж начинается в те же сроки после инсульта, что и лечение положением. Проводят его в положении больного на спине и здоровом боку. Начинают с 10 минут ежедневно, постоянно увеличивая продолжительность процедуры до 20 минут. Чтобы не усилить спастичность, применяются релаксирующие приёмы в медленном темпе. Массаж начинают с проксимальных отделов конечностей и продолжают по направлению к дистальным.

Лечебная гимнастика, пока нет активных движений, проводится в пассивном режиме с помощью инструктора. Она улучшает кровоток в парализованных конечностях, способствует снижению мышечного тонуса, а также стимулирует появления активных движений. Пассивные движения выполняют как на больной, так и здоровой стороне, в медленном темпе (быстрый темп способствует повышению тонуса плавно, без рывков, сочетают с дыхательными упражнениями и обучением больного активному расслаблению мышц).

Активную гимнастику при отсутствии противопоказаний назначают при ишемическом инсульте через 2-5 дней, при геморрагическом - через 4-7 дней от начала заболевания. Двигательная активность в пределах постели включает обучение технике, подъема головы, таза («мост и полумост») и поворотов на больную и здоровую стороны.

Основная цель – достигнуть независимости в пределах постели, способность принять удобное положение, повернуться, поправить белье и просто удержать подушку под головой. К концу острого периода инсульта характер активных движений усложняется, увеличивается темп, число повторений.

Следующий этап двигательной активности – переход в положение сидя из положения лежа – начинается с 3-го дня при ишемическом, и с 4-7-го дня при геморрагическом инсульте. Если позволяет общее состояние, больного начинают обучать сидению.

Вначале больному 1-2 раза в сутки придают полусидячее положение на 3-5 минут, затем начинается обучение сидения со спущенными ногами. Вслед за этим переходят к вертикализации – обучению стоянию около кровати на обеих ногах, попеременно на больной и здоровой. Если больной овладевает стоянием, начинается обучение ходьбе.

У больных с афатическими нарушениями в комплекс ранних реабилитационных мероприятий входит речетерапия. Включаются в лечебную гимнастику упражнения для тренировки моторики мимических мышц и орального тракта, стимулирует периферические рецепторы речедвигательной мускулатуры. Комплекс упражнений включает гимнастику губ, щек и языка. Проводятся 1-2 раза в день, каждое упражнение повторяется до 8 раз.

Через 2-3 недели от начала заболевания еще раз оценивается тяжесть инсульта и реабилитационный потенциал, от которого зависит перевод больного на последующие этапы реабилитации.

Раннее начало реабилитационных мероприятий очень важно для ускорения перестройки сохранившихся элементов пораженной структуры и для проявления реорганизации функций, побуждения анатомических структур к функциональным перестройкам. Чем раньше начинается этот процесс, тем более значителен эффект реабилитации, хотя достичь полного, и даже очень значительного восстановления функции не всегда представляется возможным.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск

Артериальная гипертензия (АГ) - широко распространенное заболевание у пациентов пожилого и старческого возраста, часто приводящее к тяжелым осложнениям - инсульту, инфаркту миокарда, инвалидизации и смерти пациентов. Наличие возрастных особенностей осложняет течение заболевания и