

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Чешик Ольга Олеговна

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

3873022@gmail.com

Введение. Инсульт является третьей по частоте причиной смерти в большинстве стран Европы, Америки и ведущей причиной инвалидности. На сегодняшний день в мире этой болезнью страдает около 16,9 млн человек. Частота инсультов в индустриально развитых странах составляет от 5,6 до 6,6 млн, две трети из них представлены инфарктами мозга (ИМ). Летальность широко варьирует в зависимости от организации медицинской помощи в первые часы мозговой катастрофы и оснащенности реанимационных отделений. Во многих странах она составляет от 50 до 100 человек на 100 тыс. населения в год. В первый месяц от начала заболевания при ИМ погибает 8–15 % пациентов, при кровоизлиянии — 48–52 %, при субарахноидальном кровоизлиянии — 42–46 %. Однако еще больший процент пациентов становятся инвалидами: в 30 % случаев они не полностью возвращаются к труду, а еще в 20 % — нуждаются в постоянной посторонней помощи и уходе. В структуре инвалидности взрослого населения Беларуси мозговые инсульты составляют 6–7%.

Цель. Проведение анализа литературных отечественных и зарубежных источников по проблеме ранней реабилитации пациентов с инфарктом головного мозга.

Ликвидация или уменьшение активности патологических систем, служащих патофизиологическим базисом стойких неврологических синдромов — главная задача восстановительной терапии. Эта цель может быть достигнута: подавлением патологических детерминант, дестабилизацией патологической системы.

В зоне поражения головного мозга можно выделить три основных репаративных механизма: функционирование существующих, но ранее неактивных путей, спрутинг волокон сохранившихся клеток с формированием новых синапсов, реорганизация нейрональных цепей — формирование альтернативных цепей, обеспечивающих близкие функции.

Базисными принципами успешной нейрореабилитации являются: раннее начало, непрерывность, преемственность на всех этапах ее проведения, мультидисциплинарный организационный подход.

В Республике Беларусь определены программы медицинской реабилитации, которые позволяют предупредить тяжелые осложнения в постинсультном периоде. Медицинская реабилитация пациентов с ИМ начинается с первых часов пребывания их в блоке интенсивной терапии или в

отделении интенсивной терапии, что позволяет существенно улучшить исход инсульта.

Поддержание дыхания позволяет обеспечить достаточную оксигенацию, а контроль артериального давления (АД) и сердечной деятельности обеспечивают нормальную гемодинамику.

Параллельно с базисной и патогенетической терапией в лечение пациентов включаются элементы предупреждения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), частота которой при инсульте достигает 10–15 % в первые недели после инсульта. В 90 % случаев она возникает на фоне тромбоза глубоких вен парализованной нижней конечности, реже в результате тромбоза тазовых вен.

Внутрибольничная легочная инфекция на первой неделе инсульта является ведущей причиной летального исхода, для предупреждения которой показано назначение вибрационного или ручного массажа, дыхательной гимнастики и ранней мобилизации пациента.

Применяются следующие виды реабилитации: лечение положением, дыхательная гимнастика (пассивные приемы), коррекция расстройств глотания, кинезитерапия (комплексная система рефлекторных упражнений), ранняя вертикализация.

Двигательные расстройства наблюдаются более чем у 85 % пациентов с ИМ. Восстановление двигательных функций наиболее активно происходит в первые 6 месяцев после ИМ, опережая восстановление глубокой чувствительности.

Для предупреждения контрактур со 2-го дня начинают пассивную гимнастику, под колени и пятки подкладывают валики, стопу укладывают в состоянии легкого тыльного сгибания, руке придают тыльное сгибание с отведением в плечевом суставе, разогнутом в локтевом и слегка ротируют кнаружи. В последующем можно назначать физические факторы на парализованные конечности (аппликации парафина или озокерита, фонофорез лекарственных средств, электропроцедуры).

Лечение положением (корректирующие позы) при правильном выполнении имеют важное значение и способствуют: снижению мышечной спастичности, выравниванию асимметрии мышечного тонуса, восстановлению схемы тела, повышению глубокой чувствительности, снижению патологической активности с тонических шейных и лабиринтных рефлексов.

Дыхательная гимнастика направлена на нормализацию гемодинамики, восстановление оксигенации, купирование гипоксической гипоксии, формирование устойчивого нормального динамического стереотипа дыхания.

Для предупреждения мочевого инфицирования и развития в последующем мочекаменной болезни используют постоянные закрытые дренажные системы, у мужчин — кондомные катетеры, регулярно промывают мочевой пузырь антисептиками и назначают обильное питье и подкисление мочи.

Оценка и коррекция расстройств глотания приобретает особое значение у пациентов с инсультом. Поперхивание при глотании жидкой или твердой пищи,

которое возникает, как правило, у большого процента поступивших в стационар, к сожалению, может привести к тяжелым последствиям — аспирационной пневмонии, повышению артериального давления, асфиксии, потере сознания и даже к летальному исходу. В связи с этим показано: возвышенное положение пациента в момент приема пищи, кормление маленькими глотками, контроль за проглатыванием, исключение скопления пищи и слюны в полости рта, после кормления следует сохранять вертикальное положение больного в течение 30 мин.

Кинезитерапия включает стимуляцию статокинетических рефлекторных реакций. Наиболее эффективным методом кинезитерапии является комплексная система рефлекторных упражнений. Механизм спонтанного восстановления после инсульта напоминает становление моторики ребенка в онтогенезе: вначале восстанавливается функция аксиальной мускулатуры и проксимальных отделов конечностей, затем — дистальных, ходьба и тонкая моторика, то есть сам организм использует проторенные в онтогенезе пути.

Ранняя вертикализация пациентов предусматривает поднятие головного конца кровати уже в первые дни пребывания пациента в блоке интенсивной терапии, возвышенное положение туловища при приеме пищи. В последующие дни — опускание нижних конечностей и присаживание пациента.

Среди расстройств речи, вызываемых поражениями центральной нервной системы, дизартрия занимает значительное место. Дизартрия — форма нарушения речи, которая связана с расстройствами артикуляции, дефектами голосообразования, речевого дыхания, просодической стороны речи: темпа, ритма, мелодики, интонации. В зависимости от очага поражения различают следующие виды дизартрии: бульбарная, псевдобульбарная, корковая, проводят их коррекцию.

Среди немедикаментозных средств, используемых в восстановительном лечении пациентов в остром периоде ИМ, немаловажную роль играют лечебные физические факторы, направленные на основные звенья патогенеза заболевания. В основе применения физических факторов лежат результаты экспериментальных и клинических исследований, подтверждающие рефлекторный механизм их действия. Общим для различных физических факторов при любом месте их приложения является ответная реакция гипоталамогипофизарной системы на любую афферентную импульсацию.

Для эффективной работы палат или блоков ранней реабилитации требуется создание мультидисциплинарных бригад специалистов. Бригада объединяет специалистов, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход к реализации задач реабилитации. В состав бригады, как правило, входят: невролог, кинезитерапевт, физиотерапевт, инструктор по лечебной физкультуре, нейропсихолог-логопед, психиатр, психолог, эрготерапевт, специально обученные приемам реабилитации медицинские сестры. Желательно включение в состав бригады социального работника и диетолога.

Выводы:

1. Принцип преемственной поэтапной медицинской реабилитации, основанной на мультидисциплинарных подходах организации, позволяет повысить эффект реабилитационных мероприятий а также снизить временную и стойкую нетрудоспособность пациентов.

2. Экономическая эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий уменьшает затраты на содержание инвалида, предоставляется возможность членам семьи продолжать свою работу, а при хорошем восстановлении функций — вернуть пациента к трудовой деятельности и улучшить качество его жизни.