



## ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ.

Бегматова Сайёра Холматовна

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

**Аннотация:** статья содержит ключевые моменты, связанные с проблемой реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Рассмотрены особенности реабилитации больных, перенесших инсульт. С использованием шкалы самообслуживания или функциональной независимости проведена оценка общей выраженности имеющихся у больных нарушений. Определена эффективность медицинской и социальной реабилитации с позиции пациентов.

**Ключевые слова:** реабилитация, кинезотерапия, индекс независимости в сфере повседневной жизнедеятельности Бартэла, инсульт, реабилитация, восстановительный период.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – одно из самых трудоемких заболеваний с точки зрения ведения пациента; в процессе реабилитации должны участвовать все заинтересованные стороны – врач, сам больной, его близкие. Ишемический инсульт считается самым распространенным (около 80% случаев), для него характерны спазм сосуда или его закупорка тромбом. Выживание после инсульта – весьма важная проблема, но не менее важна жизнь пациента после случившегося. Последствия ишемического инсульта зависят от ряда причин, которыми он был вызван. Большинство людей, перенесших инсульт, становятся инвалидами. Одни не могут самостоятельно передвигаться, обслуживать себя, говорить, другие даже утрачивают способность к общению с внешним миром, к удовлетворению своих главных жизненных потребностей [1, 2].

Хельсинбургская декларация от 1995 года, разработанная экспертами ВОЗ, для стран- членов Европейского регионального бюро, провозглашает, что «более 70 % выживших пациентов должны быть независимы в повседневной жизни через три месяца после начала заболевания». реабилитация пациентов, перенесших инсульт, должна представлять собой динамическую систему взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов, направленных на восстановление и сохранение здоровья, более полное восстановление личности и социального статуса больного.





Мероприятия, направленные на реабилитацию больного важно начинать в остром периоде заболевания и основная цель такой ранней реабилитации- это профилактика устойчивых патологических систем или уменьшение степени выраженности их за счет активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем. Частота и эффективность проведения реабилитационных мероприятий зависит от условий, в которых находится больной, времени прошедшего после инсульта, и ответной реакции больного, локализации патологического очага.

Важно, чтобы пациент добровольно желал участвовать в процессе, обладал умственными способностями, достаточными для того, чтобы запоминать реабилитационные упражнения и следовать простым командам. Для эффективного планирования и осуществления программ реабилитации необходимы скоординированные усилия различных специалистов: специально обученные медицинские сестры, физиотерапевт, врач по профессиональной реабилитации, логопед, психолог и социальный работник, диетолог, психотерапевт, психиатр.

Палаты ранней реабилитации должны быть просторными, оснащены функциональными кроватями, противопролежневыми матрацами, прикроватными функциональными креслами, ширмами. В отделении необходимо предусмотреть стол для кинезотерапии, оборудование для эрготерапии. Для оценки эффективности восстановительных мероприятий могут быть использованы: шкалы с диапазоном оценки движений по суставам, стандартизованный тест оценки функции руки, оценка психосоматического состояния больных, тесты измерения функциональной независимости.

К моменту завершения пребывания в реабилитационном отделении предусматривается дальнейший объем мероприятий по проблемам социальной, бытовой и профессиональной деятельности пациента. По результатам социально-медицинской оценки проводится сравнение профиля индивидуальных возможностей пациента с конкретными требованиями на его рабочем месте.

Если в остром периоде инсульта задачами лечения являются коррекция нарушений жизненно важных функций организма и минимизация неврологического дефекта, то в период реабилитации – адаптация, приспособление к жизни после инсульта.





ISSN (E): 2181-4570

Восстановительный период делится на 3 части:

- восстановительный ранний (6 мес);
- восстановительный поздний (6 мес – 1 год);
- резидуальный (после приступа прошло не менее 1 года).

Цель реабилитации больных, перенесших инсульт, – максимально полное восстановление функций, утраченных в результате поражения центральной нервной системы, и приспособление пациента к имеющемуся дефекту. Задача реабилитации – обеспечить пациенту возможность приспособиться к новым условиям жизни. Принципы реабилитации:

- коррекция нарушений жизненно важных функций и систем организма;
- минимизация неврологического дефекта;
- профилактика и лечение неврологических и соматических осложнений.

Как правило, восстановление длится на протяжении 1-го года после инсульта, причем самые главные результаты достигаются в 1-м полугодии после ОНМК. Обязательным спутником постинсультного периода у многих пациентов является социальная дезадаптация, связанная с нарушением двигательной активности, речевыми проблемами, болевым синдромом, нарушением работы тазовых органов, утратой прежнего социального статуса и привычного места в обществе (особенно это тяжело для людей работоспособного возраста) [3, 4, 6, 7].

Из методов восстановительного лечения применяют воздействующие на нарушение функции нервной системы и влияющие на взаимоотношения больного с окружающей средой [8]. Социально-средовая реабилитация формирует у человека чувство социальной значимости внутри новой для него социальной среды. Необходимо учитывать, что почти в половине случаев именно психические изменения являются основной причиной, препятствующей возвращению больного к самостоятельности после инсульта. Для восстановления больных необходим комплексный, интегральный подход с учетом не только клинико-функциональных закономерностей заболевания, но и психосоциальных факторов, особенностей личности пациента и окружающей его среды [5].

Важно комплексное применение различных методов:

- физиотерапевтических;
- механических восстановительных методик (кинезотерапия);
- массажа, мануальной терапии, остеопатии;





- лечебной физкультуры (ЛФК);
- методик альтернативной медицины (апитерапия, иглоукалывание, фитотерапия, гомеопатия);
- профессиональной помощи логопеда;
- психологической помощи;
- социально-бытовой адаптации;
- трудовой реабилитации.

Основа реабилитации – ЛФК, позволяющая восстановить утраченные в результате инсульта двигательные навыки и функции. Достаточно часто применяется особый вид ЛФК – механотерапия (или кинезотерапия). Это – восстановительное лечение с помощью движений, при котором используются специальные тренажеры. Существует несколько видов аппаратов, действие которых направлено на разработку той или иной группы мышц.

Основной метод кинезотерапии – многократное повторение специально подобранных движений, которые воздействуют на мышцы, связки и суставы. Особенностью механотерапии является то, что пациент может самостоятельно выполнять назначенные упражнения с помощью конкретного аппарата без участия медицинского персонала, но под его контролем. Как свидетельствует клиническая практика, восстановление двигательной активности больных с помощью роботизированной механотерапии помогает в большинстве случаев избежать инвалидизации и вернуть пациентов к нормальной жизни.

Целью данной работы было оценить эффективность медицинской и социальной реабилитации с позиции лиц, перенесших инсульт. Несмотря на то, что такая оценка достаточно субъективна, необходимо учитывать настрой, мотивацию пациентов, эмоциональную окраску их оценки эффективности реабилитационных мероприятий. Позитивное отношение пациентов к мерам реабилитации дисциплинирует их, повышает их работоспособность. Только при наличии заинтересованности пациентов в реабилитации, можно ожидать максимально полного восстановления утраченных функций. Для статистической обработки использовали программу Microsoft office Excel.

В деятельности нейрореабилитационной службы используются апробированные и признанные авторские методы лечения и диагностики. Оснащенность реабилитационным оборудованием позволяет специалистам





работать на уровне международных стандартов [6]. По показаниям проводятся все необходимые процедуры двигательной и речевой реабилитации, физиолечение, медикаментозная терапия. Реабилитация в дневном стационаре осуществляется в амбулаторном режиме.

Вопросы ежедневной транспортировки в стационар пациенты решают самостоятельно. Время проведения процедур согласовывается с лечащим врачом в первый день госпитализации. Госпитализируются пациенты с давностью ОНМК не более 2 лет, с сохраняющимся неврологическим дефицитом (парезы, параличи, нарушения речи, координаторные нарушения) [2]. Восстановительный курс продолжается от 15 до 30 дней. Для каждого пациента подбирается индивидуальная реабилитационная программа. Оцениваются тяжесть заболевания по степени функциональных нарушений (двигательная активность, речевая функция, степень чувствительности, психоэмоциональные нарушения и т.д.) и способность пациентов соответствовать нагрузкам программ, выбранных для восстановления организма.

При составлении реабилитационной программы восстановления двигательных функций для больных, перенесших инсульт, учитываются:

- 1) общая выраженность нарушений и возможный уровень самообслуживания;
- 2) степень выраженности неврологических нарушений;
- 3) наличие и выраженность интеллектуально-мнестических расстройств;
- 4) соматическая и в первую очередь – кардиологическая патология.

До начала реабилитационных занятий определяется направление реабилитационного курса, которое зависит от исходного состояния пациента, предполагаемых сроков лечения и технических возможностей (реальность применения комплексного лечения, возможность занятий несколько раз в сутки и т.д.). Для оценки общей выраженности нарушений, как правило, используются шкалы самообслуживания или функциональной независимости. Наиболее удобен для практической работы индекс независимости в сфере повседневной жизнедеятельности Бартэла, который позволяет установить степень независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы ни была эта помощь незначительна и какими бы причинами не вызывалась.





В острый период инсульта усредненная оценка активности жизнедеятельности составляет  $13,5 \pm 0,7$  балла, что соответствует состоянию полной зависимости. После полного курса реабилитации усредненный индекс Бартэла составляет  $72 \pm 3,6$  (рис. 1). Только 10% пациентов, перенесших инсульт, демонстрируют легкую степень зависимости и приспособились к имеющемуся дефекту. В 30% случаев сохраняется состояние выраженной зависимости (рис. 2). Курс реабилитации значительно улучшает состояние пациентов, и большая их часть (60%) демонстрируют умеренную степень зависимости в сфере повседневной жизнедеятельности; им требуется некоторая помощь, однако они способны ходить и обслуживать себя без посторонней помощи.

Анализ эффективности реабилитационных мероприятий с позиции пациентов показал, что пациенты предпочитают занятия на тренажеревертикализаторе «Glider» и велотренажере, а также упражнения на аппарате «Армео». Наименее эффективными они считают занятия на аппарате «Локомат» и применение костюма «Адели» (рис. 3). В целом 88% пациентов считают метод кинезотерапии эффективным и отдают ему предпочтение (рис. 4).

Подавляющее большинство пациентов понимают необходимость физической нагрузки, позитивно относятся к занятиям с логопедом, к физиотерапии и эрготерапии. Наименее эффективными они считают занятия с психотерапевтом (рис. 5). Необходимо отметить, что в каждой группе определенное число больных (10–12%) негативно относятся к реабилитационным мероприятиям и проходят курс реабилитации по настоянию родственников. Такие пациенты неполностью соблюдают рекомендации врачей, плохо идут на контакт и работают только на тех тренажерах, которые им нравятся.

Именно в этой группе пациентов отмечаются низкие показатели эффективности реабилитационных мероприятий и низкая оценка активности жизнедеятельности. Современная медицина обладает возможностями полноценного и эффективного восстановления после инсульта. Своевременность, этапность и комплексный подход обеспечивают эффективность физической и социальной реабилитации: повышают уровень самообслуживания пациентов, способствуют восстановлению утраченных навыков. Пациенты имеют возможность адаптироваться к повседневной жизни и





ISSN (E): 2181-4570

научиться жить с учетом своих возможностей, что повышает их самостоятельность. Эмоциональная поддержка во время занятий позволяет поддерживать мотивацию к выздоровлению. Эффективность реабилитации во многом зависит от упорства, терпения родственников и самого пациента.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Алгоритм реабилитации больных, перенесших инсульт: учеб.-метод. Пособие. С. В. Прокопенко, Э. М. Аракчаа, О. Н. Никольская [и др.]; Красноярский медицинский университет. Красноярск: КрасГМУ, 2008; 40.
2. Инсульт : практ. рук. для ведения больных. Ч.П. Ворлоу, М.С. Деннис, Ж.ван Гейн [и др.]; редкол. А.А. Скоромца, В.А. Сорокоумова. СПб. : Политехника, 1998; 629.
3. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: Миклош, 2003; 176.
4. Каримова Э.А. Медико-социальные аспекты выбора программ реабилитации больных пожилого и старческого возраста с последствиями ишемического инсульта : автореф. дис. ...канд. мед. наук. Саратов: б/и, 2004; 20.
5. Коррекция когнитивных нарушений у больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта с использованием компьютерных стимулирующих программ : метод. рекомендации. Сост. Т.Д. Корягина, С.В. Прокопенко. Красноярск: Гротеск, 2014; 27.
6. Котов С., Зубцов В. Плазмаферез в терапии ишемического инсульта. Врач. 2010; 8: 73–5.
7. Организация помощи больным с инсультом в Красноярском крае: монография. П.Г. Шнякин, Н.В. Хало, Е.В. Ипполитова [и др.]; Красноярский медицинский университет. Красноярск: Версо, 2015; 103.
8. Столярова Л.Г. Афазия при мозговом инсульте. М.: Медицина, 1973; 216.

