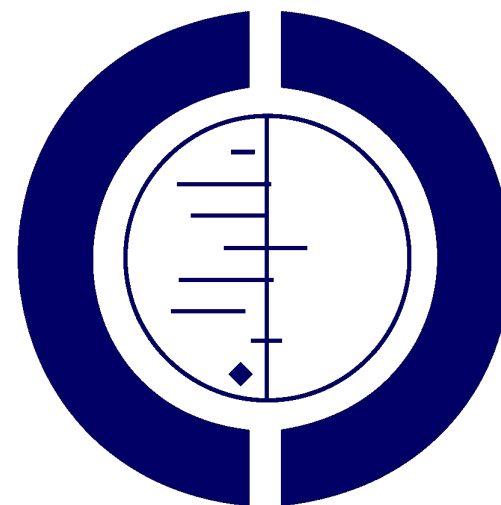


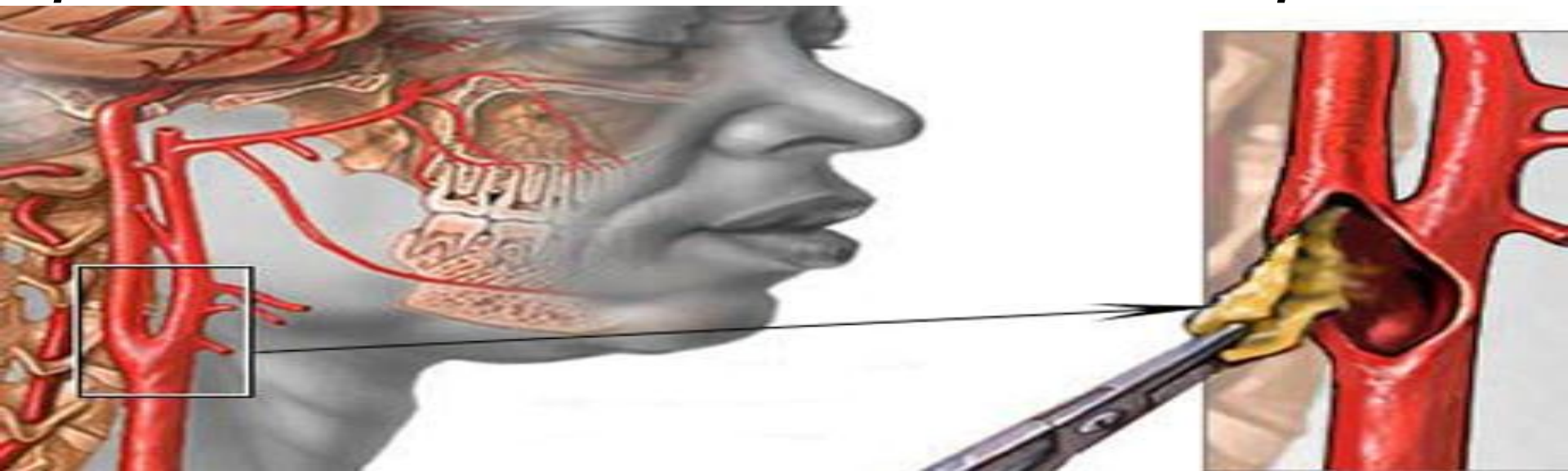
Применение реабилитационных мероприятий при лечении перенесенного ишемического инсульта




**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Кафедра нервных болезней КазНМУ
им. С.Д. Асфендиярова
Д.м.н., профессор Раимкулов Б.Н.
Студент Кабикен А.С. ОМ11-004-1к

Мозговой инсульт – это заболевание, которое относится к неотложным состояниям. Современные подходы лечения инсульта предполагают максимально быструю госпитализацию больных, раннюю дифференциальную диагностику ишемического, геморрагического инсульта и САК и целенаправленную патогенетически обоснованную интенсивную терапию. В наибольшей мере успех лечения мозгового инсульта определяется фактором времени. Эффективность терапевтических мероприятий зависит не только от своевременности их начала, но и от преемственности и последовательности терапии в



- 
- Ежегодно в России происходит около полумиллиона инсультов и лишь 20% больных возвращаются после него к работе. 60% перенесших инсульт становятся инвалидами и 20% нуждаются в постороннем уходе. Причины инсульта две: кровоизлияние в мозг в результате разрыва сосуда или, наоборот, закупорка сосуда, кровоснабжающего мозг в результате отрыва тромба или "зарастания" просвета атеросклеротической бляшкой. 80% всех инсультов связаны именно с возникновением препятствия кровотоку в сосудах, кровоснабжающих мозг человека. Около 30% из числа таких инсультов происходят именно из-за появления в сосуде препятствия, вызванного атеросклеротической бляшкой или, по-другому, стеноза сонной артерии.

Типы инсульта.

- Согласно МКБ-10, принятой ВОЗ в 1992 г., выделяют следующие типы инсульта: инфаркт мозга (ИМ), внутримозговое кровоизлияние (ВК), субарахноидальное кровоизлияние (САК). По данным международных мультицентровых исследований, количество ИМ среди всех инсультов составляет 75—80%, ВК — 15—20%, САК — 5% [5]. Летальность при ИМ достигает 12—37%, при ВК — 52—82%, при САК — 32—64% [8].

Выделяют следующие классификации факторов риска:

- **Б.С. Виленский (1978):**
 - • **Общебиологические**
 - • **Соматические**
 - • **Социально-гигиенические**
 - • **Собственно неврологические.**
- **Н.Н. Аносов (1978):**
 - • **Способствующие инсульту**
 - • **Приводящие к инсульту**
 - • **Определяющие возникновение**
- **А.Е. Семак, В.И. Адамович (1980):**
 - • **Корригируемые**
 - • **Не корригируемые**
 - • **Частично корригируемые.**
- **Ч. Ворлоу (1998):**
 - • **Определенные**
 - • **Вероятные**
 - • **Возможные.**



Всего выявлено более 150 ФР инсульта. По мнению Консультативного совета NSA, к ведущим факторам возникновения ОНМК относятся АГ, инфаркт миокарда, мерцательная аритмия (МА), сахарный диабет, асимптоматическое поражение сонных артерий

- В.Л. Фейгин, Д.О. Виберс важнейшими ФР считают АГ, патологию сердца, транзиторные ишемические атаки (ТИА), сахарный диабет, высокий уровень фибриногена в крови, курение и отягощенную наследственность. Некоторые исследователи относят к наиболее значимым ФР возраст, мужской пол, повышенное артериальное давление (АД), курение, сахарный диабет, высокий уровень фибриногена в плазме, липиды крови [9]. Одни ФР имеют большее значение для возникновения ИМ (возраст, курение, сахарный диабет и др.), другие — для кровоизлияния (АГ, психоэмоциональные стрессы, злоупотребление алкоголем и др.).

- **Лечение.** Большое значение при всех типах инсульта имеет проведение базисной терапии: поддержание оптимального уровня оксигенации (обеспечение проходимости дыхательных путей, ИВЛ), коррекция сердечной деятельности и поддержание оптимального уровня АД (не более чем на 20 — 30 мм рт. ст. выше рабочего), контроль основных параметров гомеостаза, борьба с отеком мозга.
- Применение реабилитационных мероприятий при лечении перенесенного ишемического инсульта

Актуальность

- Сосудистые заболевания центральной нервной системы – этиологически гетерогенная группа заболеваний, обусловленных нарушением ее кровообращения. Сосудистые заболевания головного мозга включают как острые, так и хронические нарушения мозгового кровообращения. Ишемические инсульты в структуре общей смертности в России и в Казахстане в раннем восстановительном и отдаленном периоде составляют львиную долю – 21, 4%, с тенденцией к ранней и длительной инвалидности населения от инсультов. Летальность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась за последние 10 лет более чем на 30% (247,1 на 100 000 населения) и имеет тенденцию к ежегодному приросту до 3-4%.

Цель

- Были проведены исследования основной целью которого являлось: выяснить эффективность лечения с применением лечебной физической культуры, массажа с контрольной группой больных при ишемическом инсульте



Материалы и методы

- В данном исследовании были взяты 59 пациентов методом случайной выборки и были разделены на 2 группы:
- 1. Основную (29 пациентов), которым проводилось лечение с применением лечебно-физической культуры и массажа.
- 2. Контрольную группу (30 пациентов), получали стандартное лечение.
- Клинико-неврологическое обследование проводилось дважды: в начале и при окончании лечения (на 1 и 10 день)

Результаты

- Результаты данного исследования показали что после проводимого лечения двигательный и неврологический дефицит в основной(1) группе составлял 23 пациента (79,31%) до лечения и 13 пациентов (44,5%) после лечения, тогда как в контрольной группе(2) эффективность лечения была достоверно ниже и составляла 22 пациента (73,3%) до и 18 пациентов (60%) после окончания курса лечения. Коэффициент достоверности составил ($P < 0.05$)

Анализ

- Делая анализ данного лечения пришли к выводу, что лечение больных с последствиями ишемического инсульта с применением лечебной физической культуры и массажа, по сравнению с контрольной (2) группой больных, получавших стандартное лечение более результативно.




Они справились! Справитесь и ВЫ!



1. Борисов А.В.— Гродно, 2003. — 19 с.
2. Борисов А.В., Семак А.Е. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — Мн., 2002. — С. 167 — 172.
3. Борисов А.В., Семак А.Е. // Бел. мед. журнал. — 2002. — № 2. — С. 58 — 61.
4. Борисов А.В., Семак А.Е. // М-лы 2-й Междунар. науч.-практ. конф. «Стратегия борьбы с артериальной гипертензией и ее осложнениями в условиях реформирования здравоохранения». — Витебск, 2002.— С. 60 — 63.
5. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. — М., 2002.
6. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения: Метод. рекомендации. — М., 2000.
7. Виленский Б.С. Инсульт.— СПб., 1995.
8. Виленский Б.С., Семенова Г.М. // Неврол. журнал. — 2000. — № 4. — С. 10 — 13.
9. Ворлоу Ч.П. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных.— СПб., 1998.
10. Кадыков А., Шахпаронова Н. // Мед. газета. — 1999. — № 6. — С. 1—8.
11. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. // Рус. мед. журнал. — 2001. — № 10. — С. 1—8.
12. Мрочек А.Г. // Здравоохранение. — 2001. — № 9. — С. 38— 42.
13. Парфенов В.А. // Рус. мед. журнал. — 2000. — Т. 8, № 10. — С. 1 — 17.
14. Полонский В.М. // Фарматека. — 2000. — № 1. — С. 6 — 9.
15. Семак А.Е., Борисов А.В., Карнацевич Ю.С. и др. // М-лы съезда неврологов и нейрохирургов Республики Беларусь. — Мн., 2003. — С. 57 — 59.
16. Семак А.Е., Карнацевич Ю.С., Борисов А.В. // Мед. новости. — 2002. — № 1. — С. 3 — 7.
17. Семак А.Е., Карнацевич Ю.С., Борисов А.В. и др. // Актуальные вопросы современной медицины. — Мн., 2001. — С. 135 — 137.
18. Система прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактики: Метод. рекомендации / А.Е.Семак, В.И.Адамович, В.В.Евстигнеев, В.Б.Смычек. — Мн., 1999.
19. Сменянович А.Ф., Цыбин А.К., Короткевич Е.А. и др. // Мед. панорама. — 2002. — № 10. — С. 21 — 23.
20. Суслина З.А., Верещагин Н.В., Пирадов М.А. // Consilium medicum. — 2001. — № 5. — С. 1 — 7.
21. Фейгин В.Л., Никитин Ю.П., Холодов В.А. // Журн. неврологии и психиатрии. — 1996. — № 6. — С. 59—64.
22. Antiplatelet Trialists' Collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy. 1. Prevention of death, myocardial infarction and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories patients // Brit. Med. J. — 1994. — V. 308. — P. 81—106.
23. Asplund K., Bonita R., Kuulasmaa K. // Stroke. — 1995. — V. 26. — P. 355 — 360.
24. Bonita R., Beaglehole R. // Stroke: Populations. Cohorts and Clinical Trials. — Oxford: Heinemann, 1993. — P. 59 — 79.
25. CAPRIE Steering Committee // Lancet. — 1996. — V. 348. — P. 1329 — 1339.
26. Danesh J., Collins R., Reto R. // Lancet. —1997. —V. 350. — P. 430 — 436.
27. Gorelick P.B., Sacco R.L., Smith D.B. // JAMA. — 1999. — V. 281. — P. 1112 — 1120.
28. Kaste W.B., Hacke W., Fieschi C. // Cerebrovask. Dis. — 1995. — V. 5. — P. 255.
29. Melnik J., Adam E., DeBakey M. // JAMA. — 1990. — V. 263. — P. 2204 — 2207.
30. Saikku P., Leinonen M., Tenkanen L. // Ann. Intern. Med. — 1992. — V. 116. — P. 273—278.

. Проспективное прогнозирование и профилактика мозговых инсультов у лиц с высокой степенью их риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.

A close-up photograph of a vibrant blue rose, its petals glistening with numerous water droplets. The rose is the central focus, with other similar roses visible in the blurred background. Overlaid on the rose in a bold, red, italicized font is the text "Инсулт излечим!".

***Инсулт
излечим!***

A close-up photograph of a bouquet of vibrant red roses. The roses are in various stages of bloom, with some fully open and others as buds. The petals have a rich, deep red color. Green leaves with serrated edges are interspersed among the flowers. The background is a plain, light color, making the roses stand out.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!