



«Астана медицина университеті» АҚ

***ИНСУЛЬТТЕН КЕЙІНГІ
БҰЗЫЛЫСТАРЫ БАР
НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ
НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУ
АЛГОРИТМІ***

Орындаған: *Оразгожина А.Н.*

Тексерген: *Бокебаев Т.Т.*

Астана 2016

- **Инсульт** — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

Эпидемиология

- 10 % пациентов погибают до оказания медицинской помощи
- 80 % больных, перенесших ОНМК, становятся инвалидами
- у 50% выживших - необратимые нейрональные повреждения
- 15% могут вернуться к работе

Классификация ОНМК

Острые нарушения мозгового кровообращения

- С сохранением неврологического дефицита до 24 часов :
 - а-транзиторные ишемические атаки
 - б- гипертензивные кризы
- С сохранением неврологического дефицита от 24 часов до 3 недель:
 - а- острая гипертензивная энцефалопатия
 - б- малый инсульт.
- С сохранением неврологического дефицита более 3 недель:
 - а-геморрагический инсульт
 - б- ишемический инсульт

Классификация ОНМК

Хронические нарушения мозгового кровообращения

- Вегетативно-сосудистая дистония
- Начальные проявления недостаточности мозгового кровоснабжения
- Дисциркуляторная энцефалопатия

ОСНОВНЫЕ ПЕРИОДЫ ИНСУЛЬТА

- острейший = первые сутки
- острый = до 6 недель
- ранний восстановительный =
до 6 месяцев
- поздний восстановительный = до 1 года
- резидуальный = начинается через год
после инсульта

КОГДА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ПРОВЕДЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ?

При инфарктах мозга средних размеров реабилитационные мероприятия необходимо начинать с 5-7 дня (при отсутствии противопоказаний). При кровоизлияниях – сроки сдвигаются в сторону увеличения.

КАКИЕ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОСТРОМ, ПОДОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ ИНСУЛЬТА?

- Лечение положением – профилактика контрактур
- Пассивные движения конечностями
- Дыхательная гимнастика
- Борьба с содружественными движениями – синкенезиями в паретичных конечностях
- Высаживание больного
- Обучение стоянию
- Обучение ходьбе с четырехпалой тростью
- Обучение ходьбе с обычной тростью
- Обучение ходьбе без трости
- Занятия с логопедом

КОГДА НАДО НАЧИНАТЬ ПРОВОДИТЬ УКЛАДКУ ПАРАЛИЗОВАННЫХ КОНЕНОСТЕЙ?

- С первых суток после поступления в стационар (при нахождении пациента в отделении общего профиля)

ЗАЧЕМ И КАК ПРАВИЛЬНО УКЛАДЫВАТЬ ПАРАЛИЗОВАННЫЕ КОНЕЧНОСТИ?

- В первые 3-4 недели от момента развития инсульта в парализованных конечностях достаточно быстро нарастает мышечный тонус. Это приводит к формированию специфической позы «позы просителя» или позы, при которой «рука просит, нога косит». С первых суток от развития инсульта необходима специальная укладка парализованных конечностей с целью профилактики контрактур суставов.

С первых дней развития инсульта необходимо проведение мероприятий по профилактике повышения мышечного тонуса. Прежде всего, это лечение положением. Его проводят по 2 часа ежедневно.

- Парализованную руку отводят в сторону ладонью вниз с выпрямленными пальцами, которые удерживаются в таком положении мешочком с песком. Под мышку больного кладут валик. Кисть и предплечье прибинтовывают к лонгете. Процедура повторяется несколько раз в день по 5-20 минут. Под коленный сустав парализованной ноги подкладывают валик, стопе придают положение разгибания с упором в деревянный ящик. Так противодействуют формированию позы Вернике-Мана предупреждают развитие дистрофических изменений в суставах.

- Кроме того, каждые 3-4 часа необходимо менять положение больного со спины на бок. Когда пациента кладут на здоровый бок, то парализованную руку кладут на подушку под голову. Для устранения и профилактики контрактур в первую очередь проводится правильная укладка парализованных конечностей. Применяются пассивные движения, которым предшествуют тепловые процедуры (парафинотерапия). При выраженном спастическом синдроме назначают миорелаксанты – препараты, снижающие мышечный тонус: сирдалуд, мидокалм, баклофен. Однако, следует помнить, что в раннем восстановительном периоде эти препараты могут вызывать снижение мышечной силы в паретичных конечностях, особенно в ноге. Они противопоказаны при преобладании пареза в ноге по сравнению с рукой.

- Лечебная физкультура- отличный реабилитационный метод с доказанной эффективностью. Перед началом занятий врач ЛФК, после осмотра устанавливает группу лечебной физкультуры, в которой будут проводиться занятия в данном случае. После определения группы- занятия проводит инструктор ЛФК, при этом занятия могут быть групповыми или индивидуальными. Занятия ЛФК могут сочетаться с использованием дополнительных технических средств, например вертикализатора, Для возвращения движений в пальцах и кистях рук используют занятия мелкой моторикой.

- Занятия с логопедом- необходимы при таких последствиях, как нарушение речи или глотания, а они в большинстве случаев имеют место при инсультах стволовых или полушарных, независимо от их происхождения. Логопед- очень востребованная и дефицитная специальность, хорошего логопеда, готового работать «до победного»- днем с огнем, как говорится...Поэтому, если есть нарушения речи- никакие лекарства не заменят по лечебному эффекту грамотного логопеда.

- Физиотерапия- доступный метод реабилитации и большинство нужных процедур можно получить и в обычной бюджетной поликлинике. Главное- найти такую, где это есть и физиотерапевта, который назначит нужные методы физиотерапии в конкретном случае.
- Медикаментозная терапия. Это тоже важный метод реабилитации, порой, лекарственная поддержка может существенно помочь в достижении поставленных целей на определенных этапах восстановительного лечения. Ну и без лекарств нельзя представить вторичную профилактику всевозможных осложнений, риск которых, зачастую, довольно высок.

- Важным этапом реабилитации больного после инсульта является восстановление бытовых навыков. Данные навыки восстанавливаются упражнениями, при которых пациент производит застегивание и расстегивание пуговиц, на специальных обучающих стендах с застежками-«молниями», замками с ключами и многими другими.

■ *РЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ*

- 1) Раннее начало уже в остром периоде: с 10 минут в день до 30-45 минут в более поздние сроки (так как больные быстро истощаются).
- 2) Обязательно выполнение заданий «на дом» после основного занятия
- 3) Восстановление осуществляется в значительно большие сроки, чем расстройство движений
- 4) Занятия с логопедом-афазиологом
- 5) Беседы с родственниками
- 6) Просмотр телепередач, радио, кинофильмов



■ ***ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПИСЬМА:***

- 1) Списывание отдельных букв, затем слов, предложений
- 2) Письмо под диктовку
- 3) Пересказ прочитанного текста
- 4) Рассказ по сюжетной картинке
- 5) Обучение письму левой рукой (при отсутствии восстановления в правой руке).



■ ***ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЧТЕНИЯ:***

1) Чтение простых слов

2) Подписи сюжетных картинок

3) Просмотр газет и журналов



ПЕРЕМЕЩЕНИЕ БОЛЬНОГО

- 1. Перемещение больного на постели в сторону
- 2. «Пассивное» перекачивание через здоровую сторону
- 3. «Активное» перекачивание через здоровую сторону
- 4 «Пассивный» переход из положения лежа в положение сидя
- 5. «Активный» переход из положения лежа в положение сидя
- 6. Сидение в постели со спущенными на пол ногами
- 7. «Пассивное» перемещение со стула в постель
- 8. «Активное» (с помощью) перемещение со стула в кресло-каталку
- 9. Самостоятельное передвижение со стула или постели в кресло-каталку
- 10. Сидение в кресле-каталке
- 11. Вставание из положения сидя
- 12. Ходьба