

*Казахский Национальный Медицинский
Университет им. С.Ж.Асфендиярова*

На тему: «Основы реабилитации неврологических больных.»

подготовил: Ализафар Рахими

Проверила: Мухамбетова Г.А.

Факультет: ОМ 69-01

Курс: 5

Реабилитация неврологических больных

- Под медицинской реабилитацией подразумевается система государственных, социально-экономических, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду. По определению комитета экспертов ВОЗ (1980) медицинская реабилитация это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе (McLellan DL., 1997; Wade D.Б 1992). Реабилитация как самостоятельная отрасль медицины стала бурно развиваться после Второй мировой войны, при которой инвалидизация населения достигла небывалых размеров.

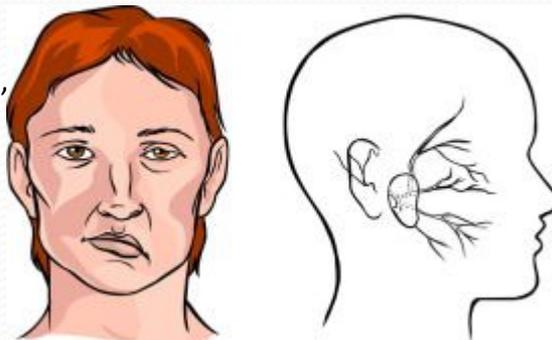
- Нейрореабилитация, или реабилитация больных неврологического профиля, является собственно разделом медицинской реабилитации, который как отрасль науки сформировался относительно недавно. Первое в нашей стране нейрореабилитационное (восстановительное) отделение создано в 1964 г. В НИИ Неврологии АМН СССР (в настоящее время НИИ Неврологии РАМН) по инициативе руководителей института академиков Н.В.Коновалова и Е.В.Шмитда. Во главе службы реабилитации института встали выдающиеся специалисты: проф. Л.Г.Столярова, Э.С.Бейн, Г.Р.Ткачева.
- Только в 1996 г. в Ньюкасле (Англии) состоялся первый всемирный конгресс по неврологической реабилитации. В настоящее время эти конгрессы проводятся регулярно каждые три года. В апреле 1999 в Торонто (Канаде) состоялся второй и третий в апреле 2002 г. в Венеции, четвертый в феврале 2006 в Гонконге. Эти конгрессы проходят под эгидой американского общества нейрореабилитации, всемирного форума неврологической реабилитации и немецкого общества неврологической реабилитации.

- Однозначного ответа, какие контингенты больных и инвалидов нуждаются в физической нейрореабилитации в литературе не существуют (Черникова Л.А., 2003). Одни авторы полагают, что медицинская реабилитация, должна быть частью лечебного процесса для всех больных, которым угрожает длительная нетрудоспособность, другие – считают, что реабилитацию следует применять только для инвалидов.
- В нашей стране традиционно к основным заболеваниям нервной системы, нуждающимся в реабилитации, относили:
 - ·инсульт,
 - ·травматические повреждения головного и спинного моз
 - ·периферические нейропатии,
 - ·вертеброгенные неврологические синдромы,
 - ·детский церебральный паралич.



Показания к реабилитации демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний считались спорными. К настоящему времени определен основной список нозологических форм, при которых должна использоваться физическая реабилитация. К ним относятся:

- инсульт,
- травма головного и спинного мозга,
- повреждения периферических нервов,
- детский церебральный паралич,
- рассеянный склероз,
- болезнь Паркинсона,
- болезнь Гентингтона,
- заболевания двигательного нейрона (боковой амиотрофический склероз, прогрессирующий бульбарный паралич, прогрессирующая мышечная атрофия),
- наследственные заболевания нервной системы (торзионная дистония, мозжечковые атаксии),
- полинейропатии,
- заболевания мышц,
- вертеброгенные неврологические синдромы.



- Безусловно, цели и задачи физической нейрореабилитации для заболеваний, при которых имеется сформировавшийся неврологический дефект (как, например, инсульт, травмы головного и спинного мозга) и для прогрессирующих дегенеративных и наследственных заболеваний (болезнь Паркинсона, болезни двигательного нейрона и т.д.) различны.
- Так, для первой группы заболеваний, к которым относят инсульт, травму головного и спинного мозга, периферические нейропатии и плексопатии, вертеброгенные корешковые и спинальные синдромы, детский церебральный паралич, основная цель реабилитации заключается в достижении полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в общество, профилактика осложнений острого и восстановительного периодов, профилактика повторного заболевания (в основном это касается профилактики повторных инсультов).
- Для больных второй группы заболеваний, к которым относят прогрессирующие дегенеративные и наследственные заболевания нервной системы, цель реабилитации заключается в уменьшении основных симптомов заболевания, профилактике и лечении осложнений, связанных со снижением двигательной активности, коррекции функциональных нарушений, приспособлении к имеющемуся неврологическому дефициту, повышении толерантности к физическим нагрузкам, улучшении качества жизни, увеличении социальной активности, замедлении (реже приостановлении) прогрессирования патологического процесса.

- Одним из важных вопросов, который широко обсуждается в современной литературе, является вопрос оценки эффективности применения нейрореабилитации.

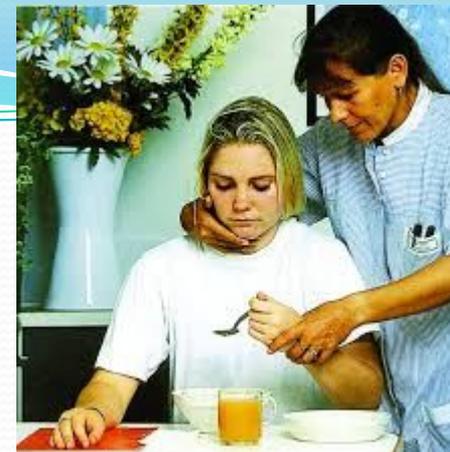
- Для того, чтобы ответить на этот вопрос, прежде всего, необходимо правильно оценить уровень последствия болезни или травмы, с тем чтобы разработать адекватную реабилитационную программу.

- Согласно рекомендациям ВОЗ от 1980 г (World Health Organisation, 1980; McLellan DL., 1997; Wade D.Б 1992) у всех больных, в том числе и неврологических, выделяют три уровня последствий заболевания или травмы:

- Первый – это уровень неврологических повреждений (defect), таких как двигательные, чувствительные, тонические, психологические нарушения, которые выявляются в клинической картине заболевания больного.

- Второй уровень - это нарушения функции (disability), к которым могут привести неврологические повреждения, например, нарушения ходьбы, самообслуживания.

- Третий уровень последствий (handicap), включает нарушения бытовой и социальной активности, которые возникают в результате неврологических повреждений и нарушений функций.



В последние годы в реабилитологию введено также понятие «качество жизни, связанное со здоровьем». Некоторые авторы считают, что именно на этот показатель надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных. Безусловно, наиболее оптимальным является восстановление неврологического повреждения, однако, к сожалению, в клинике нервных болезней это наблюдается не очень часто. Если реабилитация больных с уже закончившимся патологическим процессом (инсульт, травма, инфекция) в большинстве случаев оказывается достаточно эффективной, то при прогрессирующих заболеваниях ЦНС её эффективность зависит не только от характера и интенсивности реабилитационных мероприятий, но в значительной мере от степени и темпа прогрессирования болезни и от возможностей патогенетической медикаментозной терапии. Поэтому основные восстановительные мероприятия должны быть направлены на восстановление нарушенных функций и приспособление больного к жизнедеятельности в новых условиях. Для неврологических больных особенно актуальным является обучение ходьбе и навыкам самообслуживания.

● Однако, независимо от нозологической формы заболевания нейрореабилитация строится на основании принципов, общих для всех больных, нуждающихся в реабилитации.

- К таким принципам относятся (Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р., 1978; Кадыков А.С., 2003):
- ·раннее начало реабилитационных мероприятий, позволяющее снизить или предотвратить ряд осложнений раннего периода и способствующее более полному и быстрому восстановлению нарушенных функций;
- ·систематичность и длительность, что возможно лишь при хорошо организованном поэтапном построении реабилитации;
- ·комплексность (применения всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий);
- ·мультидисциплинарность (включение в реабилитационный процесс специалистов разного профиля);
- ·адекватность (индивидуализация программы реабилитации);
- ·социальная направленность;
- ·активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных и близких.
- ·использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

- 1. Необходимость раннего начала реабилитации у больных первой группы определяется тем, что в остром периоде возникает ряд осложнений, во многом обусловленных гипокинезией (тромбофлебит нижних конечностей с последующей тромбоэмболией легочной артерии, застойные явления в легких, пролежни и др.), а также существует опасность развития и прогрессирования вторичных патологических состояний (таких как, например, спастические контрактуры паретичных конечностей, патологические двигательные стереотипы, «телеграфный стиль» при моторной афазии). Раннее начало реабилитации способствует более полному и более быстрому восстановлению нарушенных функций. Ранняя реабилитация препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, возникновению и прогрессированию астено-депрессивных и невротических состояний. На значение ранней реабилитации указывает большинство исследований (Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р., 1978; Бейн Э.С. и др.

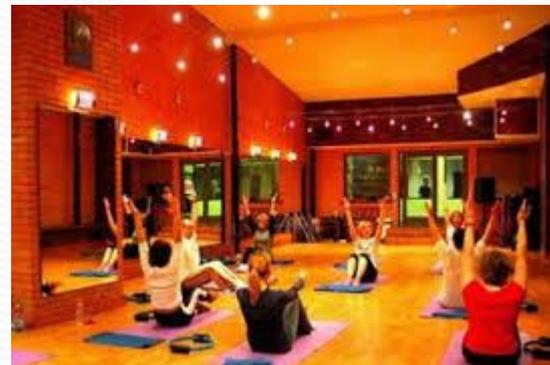
- 2. Систематичность и длительность активной реабилитации у больных первой группы в основном определяется периодом восстановления функций. Восстановление объема движений и силы в паретичных конечностях происходит в основном в 1-3 месяца после инсульта (Кадыков А.С., 1992, 1997, 2003, Kelly-Haues M.e.a, 1989). Спонтанное восстановление наиболее активно проходит в первые 30 дней, в дальнейшем восстановление в значительной степени связано с реабилитационными мероприятиями (Duncan P.W. e.a., 1992). Восстановление ходьбы, самообслуживание, сложных бытовых навыков может продолжаться в течение года (Duncan P.W. e.a., 1992), речи, трудоспособности, статики (при постинсультной атаксии) наблюдается и после года (Кадыков А.С. и др., 1992). Систематичность реабилитации может быть обеспечена только хорошо организованным поэтапным построением реабилитационного процесса. «Идеальная» модель реабилитации больных с острыми заболеваниями головного мозга включает:
 - 1 этап – реабилитация начинается в неврологическом (ангионеврологическом) или нейрохирургическом отделении, куда больной доставляется машиной скорой помощи (в случае инсульта или черепно-мозговой травмы) или поступает в плановом порядке (в случае доброкачественной опухоли мозга).
 - 2 этап – реабилитация в специализированных реабилитационных стационарах, куда больной переводится через 3-4 недели после инсульта, черепно-мозговой травмы, операции удаления гематомы, доброкачественной опухоли, абсцесса, аневризмы;

- 2-й этап может иметь разные варианты в зависимости от тяжести состояния больного:
- Первый вариант – больной с полным восстановлением функции выписывается на амбулаторное долечивание или в реабилитационный санаторий.
- Второй вариант – больные с выраженным двигательным дефектом, которые к концу острого периода не могут самостоятельно передвигаться и элементарно обслуживать себя, переводятся в нейрореабилитационное отделение (отделение ранней реабилитации) той же больницы, куда потупил больной, или в нейрореабилитационное отделение крупной городской или областной больницы.
- Третий вариант – больные с двигательными дефектами, которые могут самостоятельно передвигаться и элементарно обслуживать себя переводятся из неврологического или нейрохирургического отделения в Реабилитационный центр. Сюда же переводятся больные из нейрореабилитационного отделения (отделения ранней реабилитации) больницы по мере восстановления возможности самостоятельного передвижения. Больные с преимущественно речевой патологией могут быть переведены в Центры патологии речи и нейрореабилитации.
- 3 этап – амбулаторная реабилитация в условиях районного или межрайонного поликлинического реабилитационного центра или реабилитационных отделений поликлиники или восстановительных кабинетов поликлиники. Возможны такие формы амбулаторной реабилитации как «дневной стационар», а для тяжелых плохо ходящих больных – реабилитация на дому.

- Для больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями нервной системы систематичность и длительность реабилитации означает создание условий для проведения практически постепенных реабилитационных мероприятий, что особенно важно с учетом прогрессирующего характера болезни. Несомненно, здесь неприемлем четкий этапный принцип проведения реабилитации, необходимый для больных с острыми заболеваниями мозга. Стационарная реабилитация требуется лишь при ухудшении состояния, основной упор делается на различные виды амбулаторной реабилитации (в восстановительных отделениях или кабинетах поликлиник, в форме «дневных стационаров», реабилитации на дому). По опыту зарубежных коллег, определенное место должна занять реабилитация в условиях специализированных санаториев.
- Многие положения «идеальной» модели реабилитации учтены в Приказе Минздрава от 25.01.99г. №25 «О мерах по улучшению помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения» и изложены в книге «Инсульт. Принципы деятельности и профилактики. Под ред. Н.В.Верещагина, М.А. Пирадова, З.А.Суслиной, 2002».
- Изложенные в приказе №25 принципы оказания помощи больным с инсультом соответствуют рекомендациям по ведению больных инсультом Европейской «Инсульт-инициативе» (Виленский Б.С., Кузнецов А.Н., 2004).

3. Комплексность реабилитации

- Комплексность реабилитации определяется многообразием последствий острого поражения головного мозга, при котором, как правило, страдает не одна, а несколько функций. Реабилитация двигательных нарушений может включать следующие методы:
- ·Кинезотерапию (лечебную физкультуру);
- ·Биоуправление с обратной связью;
- ·Лечебный массаж;
- ·Лечение положением;
- ·Нервномышечную электростимуляцию;
- ·Физиотерапевтические методы (включая иглорефлексотерапию) при спастичности, артропатиях, болевых синдромах;
- ·Бытовую реабилитацию с элементами трудотерапии (за рубежом – occupational therapy, эрготерапия);
- ·При необходимости ортопедические мероприятия.
- Реабилитация больных с нарушением речи включает психолого-педагогические занятия, проводимые специалистом по восстановлению речи, чтения, письма и счета, в роли которых в нашей стране обычно выступают логопеды-афазиологи, реже – нейропсихологи. Помощь психологов требуется при реабилитации больных с эмоциональными, когнитивными нарушениями, больным с постинсультными и посттравматическими нейропсихопатическими синдромами. Реабилитация должна проводиться на фоне адекватной медикаментозной терапии, в назначении которой при необходимости участвуют терапевт, кардиолог, психиатр, уролог.



4. Все это обуславливает мультидисциплинарность – участие в реабилитационном процессе наряду с неврологом специалистов разного профиля, в том числе:

·Кинезитерапевта (специалиста по лечебной гимнастике);

·Специалиста по биоуправлению с обратной связью;

·Массажиста;

·Иглорефлексотерапевта;

·Инструктора по бытовой реабилитации (эрготерапевта);

·Логопеда-афазиолога;

·Психолога;

·Психотерапевта (психиатр);

·Нейроуролога;

·Социолога;

·Реабилитационную медсестру.

Реабилитационные учреждения (стационарные и амбулаторные) должны иметь в своем составе следующие функциональные подразделения:

·Кинезотерапии (отделение или группа в составе физиотерапевтического отделения) с физкультурным залом, желательно с кабинетами для биоуправления и бытовой реабилитации;

·Физиотерапевтическое отделение с кабинетами для лечебного массажа, электростимуляции и иглорефлексотерапии;

·Кабинеты логопедов-афазиологов и психологов;

·Кабинеты функциональной диагностики.



● **Лечебная физкультура (ЛФК)** является одним из наиболее важных и действенных методов медицинской реабилитации, который находит самое широкое применение при заболеваниях нервной системы различной этиологии с многообразными клиническими синдромами как в неврологической, так и нейрохирургической практике (Курелла М В, 1962; Каптелин А Ф, 1969; Мошков В Н, 1972, 1982; Найдин В Л, 1972; Семёнова К А и др. 1972; Штеренгерц А Е, 1972; Марков Д А, 1973; Тыкочинская Э.Д. и др. 1973; Белая Н А, 1974; и т. д.) Это определяется, с одной стороны широтой воздействия лечебных физических упражнений на различные функциональные системы организма — сердечнососудистую, дыхательную, опорно-двигательную, нервную, эндокринную, а с другой стороны, тренирующим и восстановительным эффектом этих упражнений при дефицитности или недостаточности различных функций организма. Современные теоретические и практические аспекты лечебной физкультуры позволяют сформулировать наиболее общие принципы применения этого метода медицинской реабилитации в неврологической и нейрохирургической клиниках.

1. Целенаправленность методик ЛФК, предопределяемая конкретным функциональным дефицитом в двигательной, чувствительной, вегетативно-трофической сфере, в сердечно-сосудистой, дыхательной деятельности.
2. Дифференцированность методик ЛФК в зависимости от типологии функционального дефицита, а также степени его выраженности.
3. Адекватность нагрузки лечебной физкультурой

● **Массаж** является одним из древнейших способов физического воздействия на организм больного человека. Ему посвящены многие руководства и монографии, в которых описаны техника, тактика и особенности различных видов массажа (Фёдоров В Л, 1971; Белая Н А, 1974; Куничев Л А, 1979; Glaser O et al., 1962; Дунаев И В, 1988; Васичкин В И, 1990 - 1995). Важными задачами, которые решаются с помощью массажа, являются: 1. Общетонизирующее воздействие — путём усиления крово- и лимфообращения, а также неспецифического стимулирования экстероцептивной и проприоцептивной чувствительности (классический, сегментарный, точечный массаж); 2. Регионарно-тоническое воздействие на вялопаретичные мышцы — достигается применением различных способов классического массажа в большом объёме, с достаточной силой, а также специального массажа типа реэдукации (Pokorny F. Malkova N. 1955) с экстерорецептивным облегчением, благодаря продольному растиранию и разминанию брюшка мышцы при различных её состояниях (расслаблении или разной степени напряжения) и последующему потряхиванию, мелкоточечной вибрации и кратковременному до болевого ощущения прижатию мышцы; 3. Расслабляющее воздействие на регидные, спастичные и локально-спазмированные мышцы, осуществляемое с помощью общих расслабляющих приёмов классического массажа (поглаживания, потряхивания, мелкой вибрации), выполняемых в медленном темпе с обязательными паузами между приёмами, а также с помощью точечного и сегментарного массажа определённых точек и зон; 4. Противоболевое воздействие достигается рефлекторным

● **Физиотерапия.** В комплексной реабилитации больных применяются различные виды физиотерапевтических процедур. Все они решают практически одни задачи: снижение активности воспалительного процесса, активизация репаративных процессов, уменьшение болевого синдрома, улучшение крово и лимфообращения, а также трофики тканей, предупреждение и устранение контрактур, восстановление важнейших иммунно-адаптационных систем организма. Принципами физиотерапии являются своевременное использование физических факторов, правильное их сочетание, преемственность в лечении. Существует несколько групп искусственно получаемых и естественных лечебных физических факторов. Дадим характеристику наиболее распространённым из них, использующихся при поражениях опорно-двигательного аппарата. Это токи низкого (гальванизация, лекарственный электрофорез, импульсные токи постоянного и переменного направления) и высокого напряжения. Гальванизация и лекарственный электрофорез основаны на использовании непрерывного постоянного тока, получаемого с помощью настенных аппаратов АГН-1, АГН-2, портативных ГВП-3, АГП-33 и аппарата "Поток-1". Гальванический ток, оказывая влияние на функциональное состояние важнейших систем организма, является стимулятором его биологических и физических функций. Под его действием в тканях, расположенных в межэлектродном пространстве и даже во всём организме усиливается кровообращение и лимфообращение, повышается резорбционная способность тканей, стимулируются обменно-трофические процессы, повышается секреторная функция желёз, проявляется болеутоляющее действие. При гальванизации и лекарственном электрофорезе силу гальванического тока выбирают в пределах от 0,01 до 0,2 мА/кв. см. влажной прокладки электрода, а продолжительность процедуры находится в пределах 10-20 мин. Максимальная плотность тока при лечении детей в возрасте 1 года — 0,03 мА/ кв. см., у подростков она достигает 0,08 мА/кв. см. Продолжительность процедуры 10-15 мин.

- Под электродиагностикой понимают метод определения функционального состояния органа или системы по реакции на дозированное воздействие электрическим током. Её применяют не только для диагностики, в том числе дифференциальной, но и для постановки прогноза, определения оптимальных параметров импульсного тока для электростимуляции. Электродиагностику проводят аппаратами АСМ-3, УЭН-1, КЭД-5 и др. При классической электродиагностике определяют реакцию мышцы при воздействии на неё или иннервирующий её нерв прерывистым гальваническим и тетанизирующим токами. Для этого один электрод диаметром 10 мм устанавливают на двигательную точку соответствующего нерва или мышцы, второй площадью — 150 кв. см. по средней линии тела, чаще в области позвоночника, и, пропуская ток, оценивают реакцию и требующуюся для её выявления пороговую силу тока. При поражении двигательного нерва наблюдают отсутствие двигательной реакции на тетанизирующий ток (длительность импульсов 1-2мс, частота 100 Гц), медленное и вялое сокращение при замыканиях и размыканиях гальванического тока, повышение порога гальванической возбудимости на аноде. Количественные изменения электровозбудимости — это повышение или понижение пороговой силы тока. Повышение электровозбудимости можно наблюдать при спазмофилии и тетании, понижение — при миопатии, атрофии мышц, полиомиелите. Миотоническая реакция проявляется значительным повышением

● **Механотерапия** представляет собой систему функционального лечения с помощью различных устройств и снарядов, применяемую в комплексе с другими средствами и методами современной медицинской реабилитации больных. По своей эффективности аппараты механотерапии могут быть подразделены на следующие группы: 1. “Диагностические” аппараты, помогающие учитывать и точно оценивать эффект двигательного восстановления; 2. Поддерживающие, фиксирующие аппараты — помогающие выделять отдельные фазы произвольных движений; 3. Тренировочные аппараты, помогающие дозировать механическую нагрузку при движениях; 4. Комбинированные аппараты из первых трёх групп. В настоящее время в практике восстановительного лечения широко используются следующие группы аппаратов механотерапии: 1. Аппараты, основанные на принципе блока (функциональный механотерапевтический стол, блоковая установка стационарного типа, портативная блоковая установка), предназначенные для дозированного укрепления различных мышечных групп верхних и нижних конечностей; 2. Аппараты, основанные на принципе маятника, для восстановления подвижности и увеличения объёма движений в различных суставах верхних и нижних конечностей и аппараты для повышения общей работоспособности (тренажёры). Маятниковые аппараты надёжны в эксплуатации. Стойки допускают изменение высоты крепления аппарата.

- 5. Адекватность реабилитации предполагает составление индивидуальных реабилитационных программ с учетом:
 - ·синдромов, на которые направлены реабилитационные программы, их выраженности и индивидуальных особенностей;
 - ·этапа реабилитации;
 - ·перспективы восстановления функций;
 - ·состояния соматической сферы и, прежде всего, сердечно-сосудистой системы;
 - ·возраста;
 - ·состояния эмоциональной и когнитивной сферы, психологических особенностей больного, его семейного и социального статуса.
- Рекомендуется создание реабилитационных бригад, в которые входят невролог-реабилитолог, специалисты по кинезотерапии и физиотерапии, реабилитационная медицинская сестра и, по мере необходимости, специалисты других профессий (афазиолог, психолог, психиатр, эрготерапевт, терапевт, уролог и т.д.), которые разрабатывают индивидуальную программу реабилитации и осуществляют контроль за ходом ее выполнения.
- Как и в случаях реабилитации больных с острой патологией мозга при реабилитации больных с хроническими заболеваниями должен соблюдаться принцип комплексности, мультидисциплинарности и адекватности (индивидуализации реабилитационных программ).

- 6. Активное участие больного, его родных и близких в реабилитационном процессе.
- Клинический опыт показывает, что в тех случаях, когда активен сам больной, активно участвуют в реабилитационном процессе его родные и близкие, восстановление нарушенных функций происходит быстрее и в более полном объеме. Это объясняется в значительной степени тем, что занятия кинезотерапией и бытовой реабилитацией, занятия по восстановлению речи происходят в достаточно ограниченном временном промежутке: 1 раз в день по 40-60 минут и обычно только в рабочие дни (т.е. 5 раз в неделю). Методисты ЛФК, логопеды, эрготерапевты дают задания «на дом» и от активности больного, его родных (или сиделок) во многом зависит качество их выполнения.
- Необходимо, чтобы специалисты по кинезотерапии, бытовой реабилитации, восстановлению речи объясняли ухаживающим за больным лицам цель и методику занятий, разъясняли необходимость таких дополнительных занятий во вторую половину рабочего дня и в выходные дни.
- Снижение активности, нередко наблюдающееся у больных, перенесших острые поражения головного мозга, связано с развитием различных патологических синдромов, к которым относятся:
 - · апатия, встречающаяся у более 20% больных (Starkstein e.a,1993) и связанная с эмоционально-волевыми и когнитивными нарушениями;
 - · выраженные клинические нарушения (вплоть до деменции), развившиеся на фоне тяжелого поражения мозга;
 - · нейропсихопатические синдромы – «лобный» и «правополушарный» синдром со снижением активности вплоть до аспонтанности с анозогнозией (недооценка или отрицание дефекта);
 - · астенический синдром;
 - · негативизм.

- Наряду с психотерапевтическими и медикаментозными мероприятиями большую роль в преодолении гипоактивности имеют родные и близкие больного. Кроме дополнительных занятий кинезотерапией и восстановлением речи уже на самых ранних этапах велика роль семьи в обучении навыкам самообслуживания (если они потеряны): принятию пищи, личной гигиене, пользованию туалетом, одеванию. Вместе с тем, со стороны родных и близких нередко встречается неадекватная реакция по отношению к больному: в одних случаях наблюдается гиперопека, предупреждение каждого шага больного, что делает его пассивным, а не активным участником восстановительного процесса, снижает его самооценку, в других случаях можно встретить негативное пессимистическое отношение со стороны родных к возможностям реабилитации, что легко «усваивается» и самим больным.
- Вот почему работа с семьей является важным звеном в реабилитации больных.
- Она должна :
- ·корректировать взаимоотношения родственников с больным;
- ·способствовать тому, чтобы в изменившейся ситуации больной смог занять достойное место в семье;
- ·заинтересовывать членов семьи к участию в реабилитационном процессе.
- Реабилитологи должны разъяснять родным и близким больного необходимость:
- ·привлечения больного к посильной для него работе по дому;
- ·в создании условий для различных занятий (терапия занятостью), для восстановления старых и развития новых увлечений (хобби), т.к. вынужденное безделье тяготит больного, усиливает депрессию, апатию и негативизм.
- Задачей реабилитологов является полное и подробное информирование членов семьи о перспективах восстановления и их роли в реабилитации больного.
- Не менее важен и принцип активного участия больного и членов его семьи в реабилитационном процессе и для больных второй группы, учитывая, что астения, психическая и двигательная гипоактивность характерны для большинства больных с хронической патологией мозга, особенно по мере их прогрессирования.

- 7. Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

- Для оценки каждого из уровней последствий (нарушения собственно функции, функциональных ограничений, нарушения бытовой и социальной активности) заболевания у больных с разными неврологическими формами используется множество различных шкал и опросников. И одна из проблем заключается в стандартизации этих оценочных шкал, определении их надежности, валидности и чувствительности поскольку, только применяя адекватные меры оценки, можно оценить эффективность применяемых реабилитационных мероприятий.



Заключение.

● Таким образом, восстановление и компенсация двигательных функций у нейрохирургических больных (больных ЧМТ), являясь одним из основных слагаемых общего процесса реабилитации, могут быть эффективными только при условии тщательного клинико-физиологического обоснования и с учетом нейрохирургической специфики. Клиническое определение синдрома двигательных нарушений, их сочетаний и преобладаний в каждом отдельном случае, выявление степени двигательного расстройства и его зависимости от характера оперативного вмешательства, оценка динамики восстановления и различные сроки после операции — все это ложиться в основу клинического обоснования индивидуального восстановительно-компенсаторного лечения. Физиологический анализ двигательного дефекта, выявление конкретных компонентов двигательной недостаточности и их классификация с последующим рассмотрением с точки зрения сложной иерархии двигательных уровней и возможностей восстановления или замещения нарушенных движений, т.е. использования пластичности нервной системы, — составляют теоретическую базу направленного процесса реабилитации. При этом особо выделяется роль целевого воздействия на один из основных факторов регуляции двигательного акта - проприоцепцию, нарушения которой, независимо от их глубины, приводят к тем или иным расстройствам двигательной функции больного, заключающимся, главным образом, в рассогласовании межсуставного взаимодействия по силовым, пространственным и временным величинам. Динамичное и разнообразное использование клинических и физиологических данных позволяют разработать обширный,

Литература.

- 1. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. Под редакцией А Н Беловой, О Н Щепетовой М. “Антидор” 1998
- 2. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. Коган О Г, Найдин В Л — М.: Медицина. 1988.
- 3. Справочник по массажу. В И Васичкин. Л. — Медицина. 1990
- 4. Физическая реабилитация и профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний суставов. Сулимцев Т И, Морозов П Ю Учебное пособие. Малаховка 1999.
- 5. Основные аспекты применения средств физической реабилитации при последствиях тяжелой черепно-мозговой травмы. Морозов П Ю. Малаховка. 1999. \
- 6. Реабилитация неврологических больных / А.С.Кадыков, Л.А.Черникова, Н.В.Шахпаронова. – 3е изд. – М. : МЕДпрессинформ, 2014. – 560 с. : ил

Спасибо за внимание!

