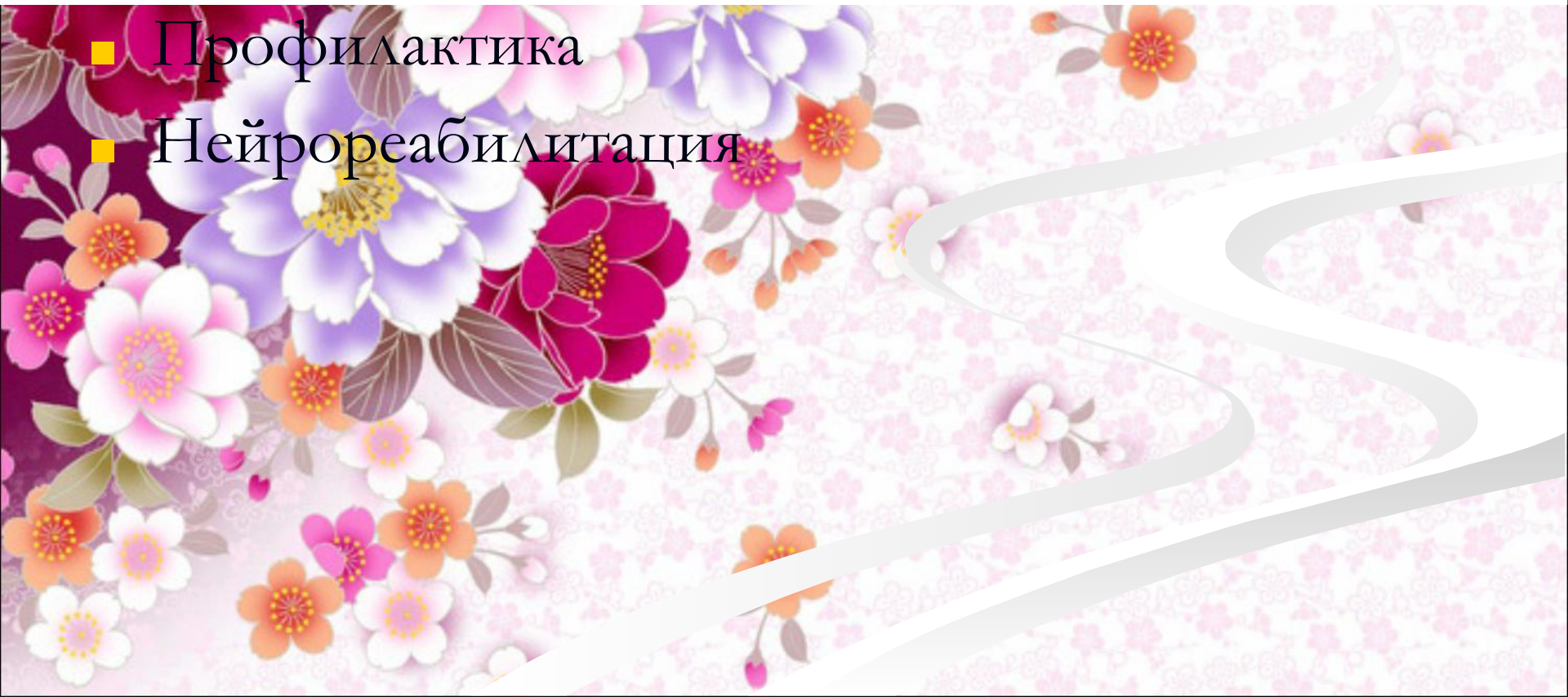


Факторы риска ОНМК. Профилактика инсульта. Нейрореабилитация после инсульта.

**Проверила: Балтаева Ж.Ш.
Выполнила: Ыбыраева Р.**

Содержание

- ИНСУЛЬТ
- Факторы риска
- Профилактика
- Нейрореабилитация



Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК, инсульт)

- Это внезапное (в течение минут, реже – часов) появление очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных, слуховых и т.д.) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.).
- Симптомы сохраняются более 24 часов

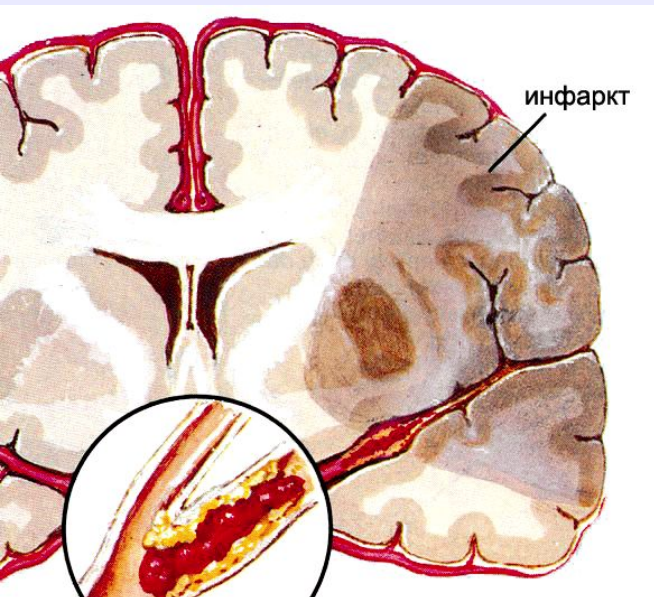
Временные периоды ОНМК

- ПНМК – до 24 часов
- Малый инсульт – до 21 дня
- Инсульт – острейший период первые 5 дней
- Острый период инсульта – 1 месяц
- Ранний восстановительный период - первые 6 месяцев
- Поздний восстановительный период – 6-12 месяцев

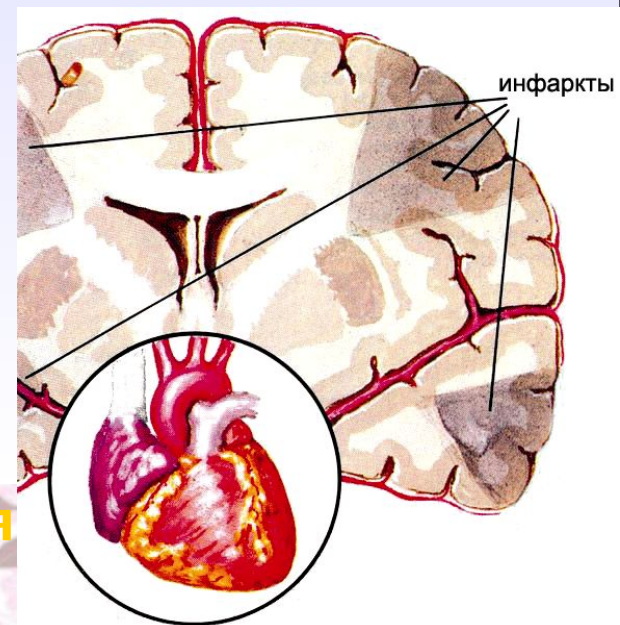
Факторы риска ОНМК

- Возраст
- АГ
- Курение
- Сужение сонных или позвоночных артерий
- Гиперлипидемия
- Злоупотребление алкоголем
- Психоэмоциональные перегрузки
- Наследственная предрасположенность
- Гиперкоагуляция (АФС)
- Сахарный диабет

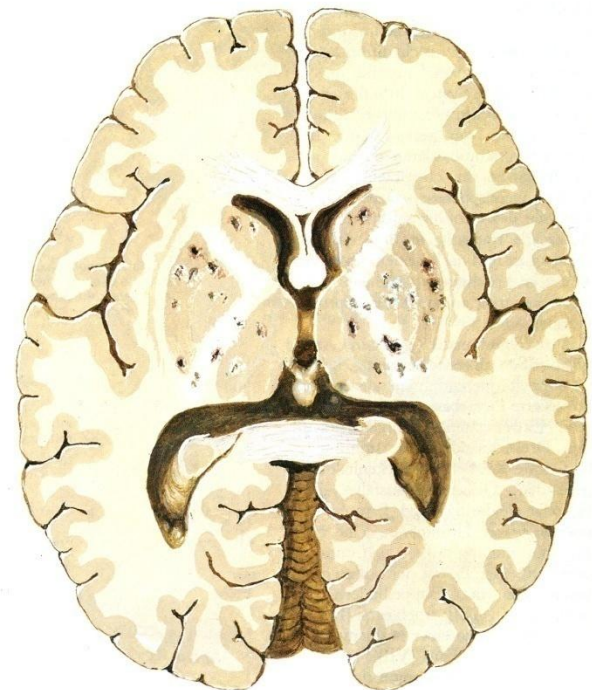
Типы церебральных инфарктов



Артериальный
тромбоз,
поражение
крупных артерий



Кардиальная
эмболия



Лакунарный
инфаркт,
поражение
мелких
артерий

Другие причины
(расслоение артерии и др.)
или криптогенный инсульт

Главные причины летальных исходов в первые 1-2 суток

- Массивность гематомы или инфаркта мозга
- Прорыв крови в желудочки мозга и их тампонада
- Выключение функции ствола мозга и дезорганизация функций гипоталамических структур (дислокация, отёк, вторичные диапедезные геморрагии)



Пути уменьшения летальности и степени инвалидизации больных перенесших инсульт

- 1. Предотвращение инсульта:
 - первичная профилактика
 - вторичная профилактика
- 2. Эффективная помощь больному на догоспитальном этапе и ранняя госпитализация абсолютного большинства больных
- 3. Лечение больных в первые 1-2 недели в инсультном блоке:
 - ранняя интенсивная терапия (в период “терапевтического окна”)
 - ранняя физическая реабилитация мультидисциплинарной бригадой
- 4. Продолжение лечения в реабилитационном отделении стационара, специализированного местного санатория и поликлиники
 - мультидисциплинарный подход
 - повторные курсы фармакотерапии

Профилактика ОНМК

Первичная профилактика – исключить факторы риска (эндогенные и экзогенные) для предупреждения первичных ОНМК

Вторичная профилактика – лечение базовых заболеваний (АГ) с целью предупреждения повторных ОНМК.

Выявление угрожаемого контингента

- При активном обращении к неврологу
- При целевых осмотрах населения («Д»)
- При консультировании неврологом больных АГ, ИБС, СД, облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей



Регулярные физические нагрузки

(пешие прогулки)
способствуют снижению
веса, нормализации
артериального давления,
повышению настроения и
вследствие этого снижают
риск инсульта и других
сердечно-сосудистых
заболеваний

Вторичная профилактика ишемического инсульта

1. Антитромботическая терапия
2. 1. Антитромбоцитарные средства (антиагреганты) – некардиоэмболический инсульт
2. Непрямые антикоагулянты (варфарин) – кардиоэмболический инсульт
3. Антигипертензивные средства
4. Статины
5. При стенозе ВСА 50%-99% диаметра - хирургическое лечение (каротидная эндартерэктомия, стентирование и др.)

Антитромбоцитарные средства для вторичной профилактики некардиоэмболического инсульта

- Аспирин 75-150 мг/сутки (тромбоАСС, аспирин-кардио и другие)
- Клопидогрель (плавикс) 75 мг/сутки
- Агренокс (дипиридамол 200 мг в комбинации с 25 мг аспирина) два раза в сутки

Антигипертензивная терапия для профилактики повторного ишемического инсульта

- Постепенное снижение АД (10/5 мм рт.ст. и более) рекомендовано как больным с артериальной гипертонией, так и с нормальным АД; оптимальное АД индивидуально, эффективно постепенное достижение 130/80 мм рт.ст. при отсутствии противопоказаний (стеноз сонных артерий, особенно двусторонний)
- Могут быть использованы различные антигипертензивные средства с учетом индивидуальных показаний
- В комбинированной или монотерапии следует использовать диуретик индапамид (арифон), ингибиторы АПФ (периндоприл в комбинации с индапамидом, рамиприл) или ингибиторы рецепторов ангиотензина II (эпросартан)

Каротидная эндартерэктомия (показания)

- недавно (до 180 суток) перенесенные ТИА или ишемический инсульт с незначительной степенью инвалидности, желательно как можно скорее (в первые две недели)
- небольшая частота осложнений (менее 6%) у хирурга
- 1. всем при стенозе 70-99%
- 2. некоторым (мужчинам с недавним ТИА или инсультом) при стенозе 50-69% при частоте осложнений у хирурга менее 3%

Эффективность каротидной эндартерэктомии у больных, перенесших ТИА или ишемический инсульт, в зависимости от времени выполнения операции (по Rothwell P.M., Eliasziw M. с соавт., 2004)

Степень стеноза и срок выполнения операции	Снижение относительного риска развития ишемического инсульта в течение 5 лет	Среднее число пациентов, которых необходимо лечить, чтобы предупредить один инсульт
Выраженный стеноз (70-99%)		
Операция в течение 2 недель	30%	3
Операция в течение 2-4 недель	18%	6
Операция в течение 1-3 месяцев	11%	9
Операция более чем через 3 месяца	9%	11
Умеренный стеноз (50-69%)		
Операция в течение 2 недель	15%	7
Операция в течение 2-4 недель	3%	33
Операция в течение 1-3 месяцев	4%	25
Операция более чем через 3 месяца	-3%	-

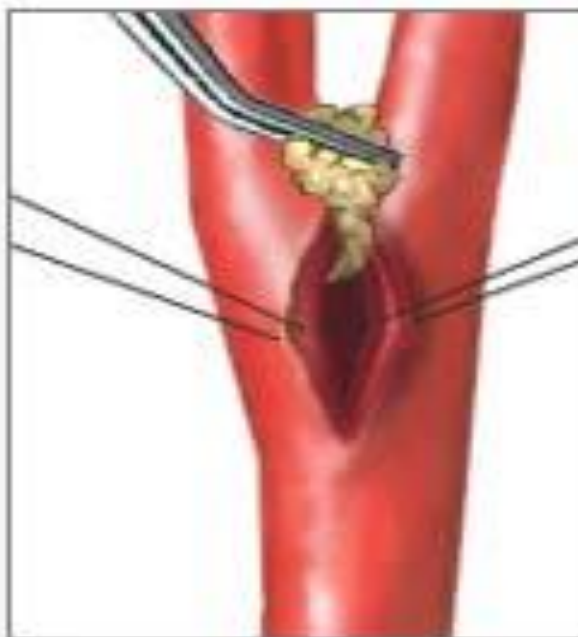
Каротидная эндартерэктомия – профилактика повторного ишемического инсульта



Место разреза



Место разреза ОСА

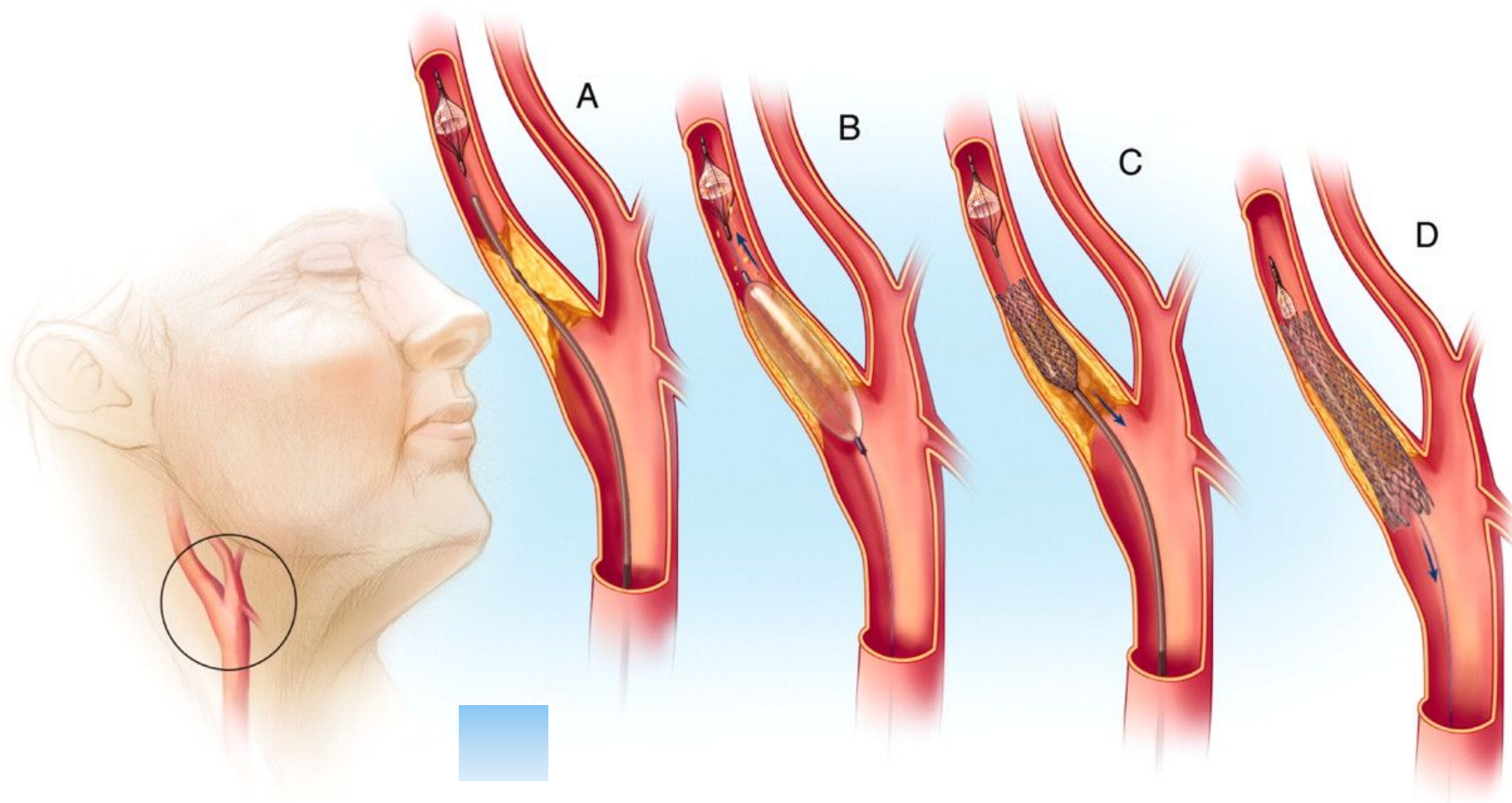


Удаление бляшки

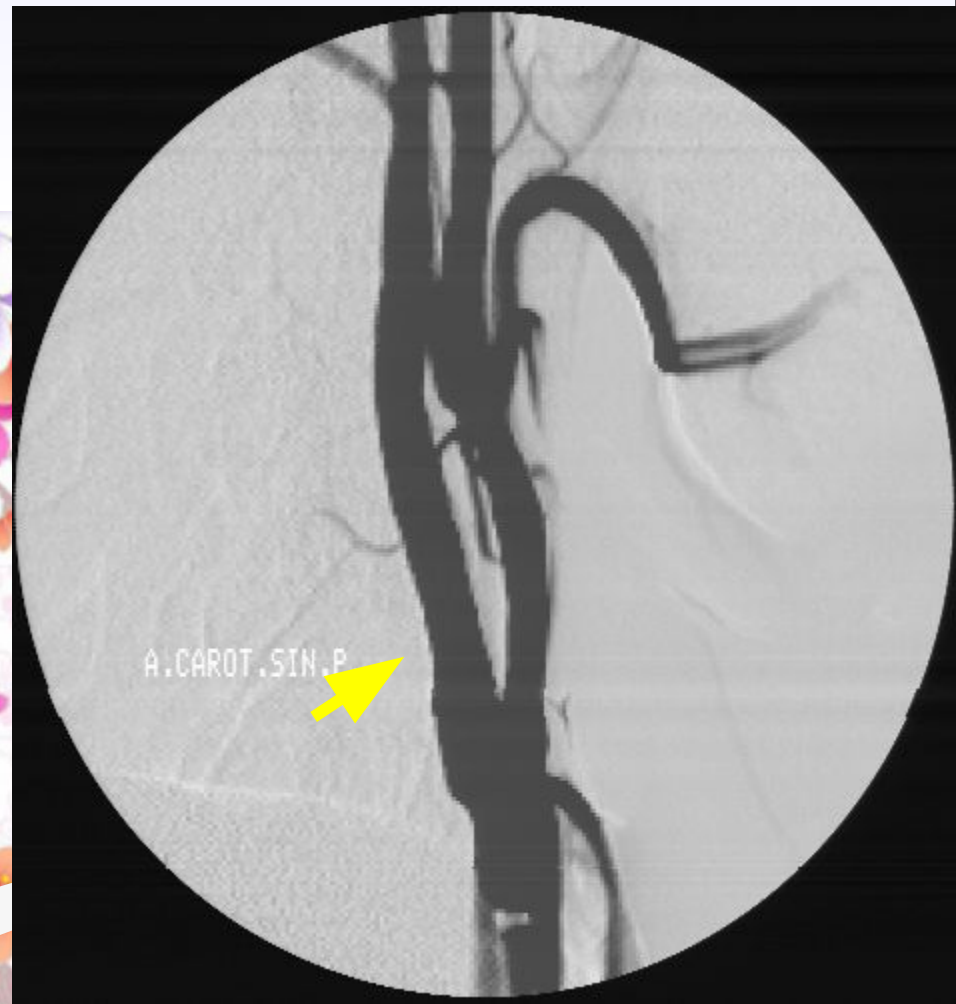
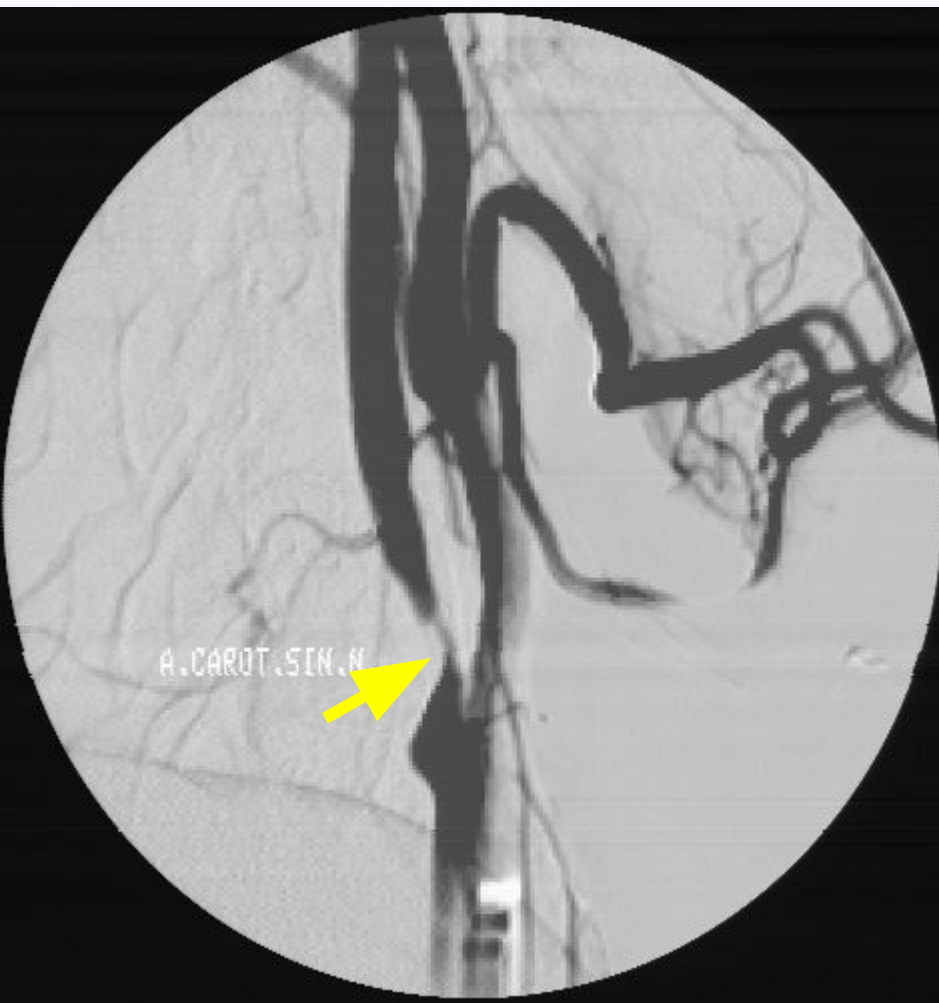


**Наложение
заплатки на ОСА**

Каротидное стентирование – вторичная профилактика ишемического инсульта



Левая внутренняя сонная артерия до и после стентирования



Статины

- Лечение статинами рекомендовано больным с некардиоэмболическим типом ишемического инсульта
- При кардиоэмболическом инсульте статины назначаются при наличии дополнительных показаний

Нейрореабилитация

- В процессе нейрореабилитации больных, перенесших инсульт, необходимо учитывать ряд особенностей, в частности:
- 1. Наличие соматических, в первую очередь кардиологических заболеваний, декомпенсация которых привела к развитию ОНМК.
- 2. Возможное нарушение речевого общения с пациентом из-за наличия афатических или дизартрических расстройств (в том числе и понимания обращенной речи).
- 3. Возможные нарушения когнитивных функций (иногда до уровня деменции), снижающие мотивацию пациента к занятиям.
- 4. Сочетание ряда выраженных неврологических синдромов, значительно затрудняющих процесс восстановительного лечения (гемипарез и нарушение чувствительности, атактический синдром и др.).
- 5. Наличие депрессии у больного.

Основные принципы нейрореабилитации больных, перенесших инсульт являются:

- - раннее начало реабилитационных мероприятий;
- - систематичность и длительность, т.е. этапная реабилитация;
- - комплексность, мультидисциплинарность, адекватность реабилитационных мероприятий;
- - активное участие в реабилитации самого больного, его близких и родственников.

Этапы нейрореабилитации

- Нейрореабилитация в инсультном отделении (острый период).
- Восстановление и лечение в центре (отделении) нейрореабилитации – ранний восстановительный период.
- Санаторный-амбулаторный этап нейрореабилитации (ранний и поздний восстановительный периоды заболевания).

Медицинская реабилитация.

- Экстренные меры особенно актуальны в первые 3-8 часов после случившегося инсульта. По истечении этого времени вернуть больного к полноценной жизни уже практически невозможно.
- Каждому пациенту с инсультом должна проводиться реабилитация (1 уровень), наибольшее значение имеет проведение ранней реабилитации. Более чем 40% пациентов нуждаются в активной реабилитации, которая должна начаться рано, как только состояние пациента становится клинически стабильным (1 уровень).
- Интенсивность реабилитационной программы зависит от состояния пациента и степени утраты двигательных функций.

Структура лечебного протокола мозгового инсульта

Базовая терапия

Защита дыхательных путей
и адекватная оксигенация

Контроль сердечной деятельности и
показателей
центральной гемодинамики

Поддержка водно-электролитного
баланса,
температурного режима

Лечение внутричерепной
гипертензии

Специфическая терапия

Тромболитическая
терапия

Антитромбоцитарная
терапия

Ранняя антикоагуляционная
терапия

Гемодилюция

Нейропротекция

Нейрохирургическое
пособие

Профилактика и лечение осложнений острого периода

Аспирация и пневмония

Нутритивный дефицит

Инфекция мочевых путей

Тромбоз/эмболия легочной
артерии и тромбоз
глубоких вен голени

Пролежни

Судороги

Ажитация



Физическая реабилитация.

- Восстановление двигательных функций у больных, перенесших инсульт.
- Целью реабилитации больных, перенесших инсульт, является максимально полное восстановление утраченных во время поражения ЦНС функций и приспособление пациента к имеющемуся дефекту.
- В 75% случаев после перенесенного инсульта у пациентов сохраняется стойкий неврологический дефицит. При составлении реабилитационной программы восстановления двигательных функций для больных, перенесших инсульт, необходимо учитывать следующие моменты:
 - 1. Общая выраженность имеющихся нарушений и возможный уровень самообслуживания больного.
 - 2. Степень выраженности неврологических нарушений.
 - 3. наличие и выраженность интеллектуально-мнестических расстройств.
 - 4. Соматическая и, в первую очередь, кардиологическая патология.

КИНЕЗИОТЕРАПИЯ

- Кинезиотерапия - это лечение движением (пациент многократно повторяет одни и те же движения и доводит их до совершенства), тем самым воздействует на систему мышц, связок, суставов. Все системы организма связаны с мышцами в виде мышечных рефлексов. Метод построен на способности мышц организма реагировать на малейшие изменения настроения человека и его мысли. Наше тело играет интегрирующую роль во всех интеллектуальных процессах, начиная с самого раннего детства и до глубокой старости. Именно телесные ощущения «подкармливают» мозг информацией, идущей от окружающей среды, формируя, таким образом, понимание мира и создают основу для развития интеллектуальных возможностей.
- С комплекса пассивных упражнений начинается восстановительная гимнастика после инсульта. Эти упражнения рассчитаны на больного, прикованного к постели. Сам он не может двигаться, но, тем не менее, как уже неоднократно говорилось выше, его организм нуждается в движении. Поэтому первые упражнения выполняются не столько самим больным, сколько человеком, который за ним ухаживает.

Лечебный массаж.

- Это метод механического воздействия на поверхностные ткани тела пациента, производимого руками массажиста в виде определенных приемов, с целью нормализации функций организма (улучшения кровообращения, лимфообращения и окислительно-восстановительных процессов в мышцах, суставах и окружающих их тканях). Повышается возбудимость, сократимость и эластичность нервно-мышечного аппарата. Массаж при отсутствии противопоказаний назначают в те же сроки после инсульта, что и лечение положением: при неосложненном ишемическом инсульте на 2-4 день болезни, при кровоизлиянии в мозг – на 6-8 день. Массаж проводят в положении больного лежа на спине или на здоровом боку, начиная с 10 мин и постепенно увеличивая продолжительность процедуры до 20 мин.

Вибростимуляция.

- Это биомеханическая стимуляция с помощью приборов, генерирующих вибрацию в терапевтическом диапазоне колебаний (10-100 Гц).
- Методика вибростимуляции заключается в том, что паретичная конечность (рука или нога) располагается на сферической части вибростимулятора и прижимается к ней сначала ладонной, затем тыльной поверхностью кисти. Далее проводится вибростимуляция сухожилий сгибателей кисти и пальцев, а также мышц, расположенных проксимально – бицепса, трицепса и дельтовидной мышцы.

Психологическая и социальная реабилитация.

- У большинства больных с последствиями инсульта в той или иной мере наблюдается нарушение психологической и социальной адаптации, чему способствуют такие факторы, как выраженный двигательный и речевой дефицит, болевой синдром, потеря социального статуса. Такие больные нуждаются в здоровом психологическом климате, созданию которого во многом должны способствовать разъяснительные беседы, проводимые с родными и близкими психологом.

Речевая реабилитация

- Такие нарушения речи, как афазия и дизартрия встречаются у трети больных, перенесших инсульт. Занятия с логопедом-афазиологом или нейропсихологом в сочетании с выполнением домашних заданий могут помочь речевой реабилитации. Основой речевой реабилитации являются занятия по восстановлению собственной речи, понимания речи окружающих. В эти занятия входят также упражнения по восстановлению нарушенных при афазии письма, чтения и счета.

Медико-социальная реабилитация.

- Иногда расстройства, вызванные инсультом, быстро проходят, спустя несколько месяцев человек может приступить к прежней работе. В других случаях восстановление нарушенных функций затягивается.
- Вопросы трудоспособности больного решает местная МСЭ. В большинстве случаев наступает инвалидизация больного.
- По месту жительства больной должен наблюдаться участковым неврологом, с которым следует обсудить все процедуры и упражнения, которые будут самостоятельно проводиться родственниками. Значительную помощь могут оказать специализированные реабилитационные центры, органы социальной защиты.

Спасибо за внимание!!!

