

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России



Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н, доцент
Можейко Елена Юрьевна

Реферат на тему:
«МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК»

Выполнил: Чистов М.А.
Ординатор 1-го года специальности ЛФК и спортивная медицина

Проверил преподаватель: Зубрицкая Екатерина Михайловна
к.м.н., ассистент

Красноярск, 2020

Содержание

1. Введение
2. Стратегия реабилитации пациентов
3. Восстановительное лечение пациентов
 - 3.1 Задачи ранней двигательной терапии
 - 3.2 Физические упражнения
 - 3.3 Подготовка к переходу в вертикальное положение
4. Тренировка ходьбы
5. Противопоказания к ранней активизации
6. Массаж
7. Эрготерапия
8. Санаторно-курортное лечение
9. Профилактика ОНМК
10. Список использованной литературы

1. Введение

К острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) относят транзиторные ишемические атаки (ТИА) и инфаркт головного мозга (инсульт). По характеру поражения головного мозга выделяют два основных типа инсульта: ишемический (критическое нарушение кровообращения участка мозга, ввиду атеротромбоза, эмболии, спазма кровеносного сосуда); геморрагический (спонтанное, нетравматическое внутричерепное кровоизлияние).

Характерной чертой ишемического инсульта является превалирование очаговых симптомов над общемозговыми. У больных отмечают парезы и параличи контралатеральных конечностей в сочетании с центральными парезами лицевого и подъязычного нерва, нарушение чувствительности и дефекты полей зрения (гемианопсия), афазию.

Геморрагический инсульт - любое спонтанное (нетравматическое) кровоизлияние в полость черепа. Однако термин «геморрагический инсульт» в клинической практике используют, как правило, для обозначения внутримозгового кровоизлияния, обусловленного такими наиболее распространенными сосудистыми заболеваниями головного мозга, как гипертоническая болезнь.

ОНМК являются актуальной проблемой современной неврологии, нейрореабилитации и медицины в целом, ввиду следующих причин. ОНМК занимают второе-третье место в мире в общей структуре смертности и являются ведущей причиной инвалидизации взрослого населения.

В России ежегодно регистрируется более чем 450 тысяч случаев инсультов. Согласно данным официальной статистики по РФ, на долю болезни данной нозологической формы приходится 45 % всех случаев инвалидности.

Несмотря на то, что решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, реабилитационные мероприятия и профилактика повторных инсультов также являются методами достижения приоритетных задач в демографической и экономической политике Российской Федерации.



Рис. «Изображение двух типов инсульта»

2. Стратегия реабилитации пациентов

Снижение летальности и улучшение функциональных исходов инсульта возможно с внедрением в практику новой стратегии, которая предусматривает следующее.

- Ранняя (в 1-е сутки) и сверхранняя (в первые часы заболевания) госпитализация абсолютного большинства пациентов с инсультом, применение методов нейровизуализации (компьютерная и магнитно-резонансная томография). Это позволяет рано начать общие и специальные лечебные мероприятия и снизить количество осложнений.
- Интенсивная терапия в остром периоде (поддержка жизненно важных функций с первых часов заболевания, адекватная гидратация, питание, нейрохирургическое лечение по показаниям). При этом удастся не только снизить летальность, главным образом за счет уменьшения частоты и тяжести осложнений, но и улучшить функциональные исходы заболевания.
- Мультидисциплинарный подход при организации помощи при инсульте, а также активная ранняя и преемственная реабилитация больных согласно 3-ем этапам (ОРИТ, стационар, амбулаторно-поликлиническая помощь), целенаправленное восстановление их функциональных возможностей.

3. Восстановительное лечение пациентов

В соответствии со Стандартом медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи), утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 августа 2007 г. № 513, больному с ОНМК назначают постельный двигательный режим.

Наряду с неотложными медицинскими действиями, в структуре мероприятий скорой помощи, начиная с первых часов инсульта, предусмотрен комплекс разноплановых лечебных процедур, объединенный понятием «ранняя активизация». Основная цель ранней активизации - профилактика осложнений (пневмония, тромбофлебит, пролежни и др.) и ускорение функционального восстановления больного с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

- интенсивная ранняя активизация в течение 24 ч после инсульта не приводит к повышению риска для здоровья пациентов;
- ранняя активизация вне постели больного (ранняя ЛФК) служит целесообразным методом лечения при инсульте;
- результаты лечения при ранней активизации пациента с переводом его в вертикальное положение могут быть лучше, чем при выжидательной тактике.

Стратегия восстановительной терапии - ликвидация или уменьшение патологических систем, формирующих стойкие неврологические синдромы. Цель эта, по данным Г.Н. Крыжановского, может быть достигнута подавлением патологических детерминант, дестабилизацией патологической системы и активацией антисистем, что достигают либо физиологическими механизмами саногенеза, либо фармакологическим и немедикаментозным воздействием. Антисистема активируется уже с самого начала развития патологического процесса, что может при определенных условиях послужить купированию патологических проявлений (боль, гипертонус). Возникновение патологической системы - стимул для активации антисистемы (схема 7.1).



Схема 7.1. Восстановление функциональной системы (Г.Н. Крыжановский)

Истинное восстановление функций возможно лишь в первые 6 мес. после инсульта, обеспечивается оно «растормаживанием» функционально неактивных нервных клеток, в том числе в зоне «ишемической полутени», и обусловлено исчезновением отека, улучшением метаболизма нейронов, восстановлением деятельности синапсов.

Другой механизм восстановления - компенсация, которую обеспечивает наличие многосторонних анатомических связей между различными отделами нервной системы и пластичностью нервных центров (П.К. Анохин, Е.И. Гусев и др.).

Восстановление функций происходит в значительной степени за счет «включения» соседних с очагом поражения зон мозга. Например, после поражения корковой моторной зоны движения в руке восстанавливаются за счет билатеральной активизации структур коры премоторной зоны, теменной доли и возникновения новых функциональных связей между ядрами зрительного бугра, мозжечком и указанными зонами коры. Наибольшие трудности реабилитации также возникают у больных с нарушением речи, восприятия, мышления и мотивации при выраженной апраксии и атаксии. Восстановление двигательных (моторных) функций происходит в основном в первые 6 мес. после инсульта, и в этот период оптимальным будет проведение интенсивной восстановительной терапии. Сложные бытовые и трудовые навыки обычно восстанавливаются дольше.

К факторам, определяющим эффективность реабилитационных мероприятий, относят объем и локализацию очага поражения по отношению к функционально значимым зонам. Для движений (моторики) это пирамидный тракт. Наиболее тяжелый двигательный дефект и наихудшее восстановление движений наблюдают при локализации поражения в тех областях мозга, где пирамидный тракт проходит наиболее компактно: в заднем бедре внутренней капсулы и основании варолиевого моста. Для речевой функции значимые зоны - область Брока (центр моторной речи), расположенная в задних отделах левой (у правой) нижней лобной извилины, и область Вернике (центр понимания речи), находящаяся в задних отделах левой верхней височной извилины. Неблагоприятна для восстановления речи локализация очага поражения в обеих этих областях.

3.1 Задачи ранней двигательной терапии

- профилактика развития неправильных двигательных навыков вследствие аномального мышечного тонуса;
 - обучение больного не включать здоровую половину тела для компенсации утраченных функций пораженной половины.
 - Восстановление произвольных контролируемых движений должно распространяться от центра к периферии (от проксимальных отделов к дистальным). Это означает, что в первую очередь следует вернуть двигательную активность верхней части туловища и плеча, а также нижней части туловища и бедра.
 - Все движения пострадавших конечностей следует выполнять в такой последовательности: пассивные движения, пассивно-активные, а затем активные. При условии, если больной может сам перемещать пораженные конечности и удерживать их, рекомендовано приступать к упражнениям с дозированным сопротивлением.
 - Реабилитационные мероприятия обеспечиваются последовательностью выполнения ряда упражнений, которые напоминают развитие двигательных навыков у младенцев (онтогенез). Например, от умения ползать к умению сидеть, затем стоять и ходить.
 - Физические упражнения дополняются занятиями лечебным трудом в кабинетах эрготерапии. В конце программы реабилитации необходимо сосредоточить внимание на контролируемых движениях кисти. Ее точные движения можно восстановить только после активных (активно-пассивных) движений в плечевом и локтевом суставе.
 - При проведении реабилитационных мероприятий целесообразно применять сенсорные команды (голосовые, тактильные и визуальные).
- Вербальные воздействия. Подаваемые команды реабилитологом должны быть краткими, легко понимаемыми и оставляющими больному время для их осознания.
- Зрительные воздействия. Упражнения целесообразно выполнять перед зеркалом, в котором больной видит себя, - все это помогает реализации сенсорных команд.

- Лечение положением. Регулярное и длительное применение корригирующих положений пораженных конечностей приспособливает мышцы к новым условиям (растяжение или укорочение) и способствует снижению их возбудимости и ригидности.

Клиническая картина *спастического гемипареза* с характерным распределением гипертонуса в определенных мышечных группах (большой грудной, двуглавой, пронаторах, сгибателях кисти и пальцев на руке, в аддукторах, наружных ротаторах, четырехглавой, икроножной на ноге) требует совершенно направленного специфического лечения положением таким образом, чтобы мышцы, склонные к спастическим контрактурам, были по возможности растянуты, а точки прикрепления их антагонистов - сближены.

- Разогнутую в локтевом суставе руку постепенно отводят от туловища до угла 90° , ротируя плечо кнаружи и супинируя предплечье (ладонью вверх).
- Пальцы кисти выпрямляют и удерживают с помощью валика или мешочка с песком, которые помещают на ладони, устанавливая большой палец в отведении и оппозиции к остальным. Для этой же цели могут применять специальные шины (ортезы).
- Вдоль наружной стороны пораженной ноги укладывают длинный валик или помещают ногу в специальную противоротационную шину, чтобы ограничить наружную ротацию бедра.
- В область подколенной ямки подкладывают небольших размеров валик, предупреждающий переразгибание коленного сустава.
- Для всей стопы, включая пальцы, создают упор. Стопу несколько прогибуют и устанавливают под углом 90° к голени.

Продолжительность одноразовой процедуры лечения положением при экстрапирамидных нарушениях во избежание увеличения мышечной ригидности невелика, тогда как в случаях пирамидного гемипареза сеанс лечения положением может быть достаточно длительным (до 3-4 ч).

В случаях периферических парезов и параличей лечение положением предусматривает среднефизиологическое расположение конечностей таким образом, чтобы ослабленные мышцы не испытывали излишнего растяжения, а суставы не подвергались деформации. Следует также иметь в виду, что в одно и то же время разные части тела больного могут находиться на разных этапах восстановления. Например, мышцы руки могут быть в состоянии спастичности, а мышцы ноги - в состоянии пониженного тонуса. Именно поэтому, придавая больному различные положения, необходимо учитывать его индивидуальные особенности. Таким образом, оптимальный режим лечения положением определяют индивидуально, и он зависит от общего состояния больного и его двигательного статуса.

Целесообразно лечение положением применять в течение дня несколькими сеансами, чередуя их с физическими упражнениями, массажем и физиотерапевтическими процедурами.

3.2 Физические упражнения.

Принцип принцип - восстановление двигательной моторики, как в онтогенезе у ребенка: по направлению от проксимальных к дистальным отделам конечностей, от аксиальной - к тонкой моторике. Онтогенез функции координации движений происходит в строгом алгоритме: голова-туловище-верхние конечности - нижние конечности. Выполнение любого координированного движения человека в любом возрасте требует повторения данного базового алгоритма: сначала происходит стабилизация в пространстве (координация) головы и шеи, затем туловища и т.д. Именно поэтому применяемые во всех современных методиках ЛФК мышечные движения всегда сохраняют этот принцип, обеспечивая, с одной стороны, стабилизацию «от центра к периферии», а с другой - динамику «от периферии к центру».

Рано начатые лечебно-профилактические занятия физическими упражнениями снижают вероятность развития негативных последствий инсульта, таких как нарастающая слабость, контрактуры мягких тканей, феномен «разучился использовать», детренированность, длительное сохранение расстройств восприятия и когнитивных нарушений.

- Ранняя пассивная подвижность суставов помогает сохранять объем их движений и функциональные возможности, а также поддерживает эластичность периартикулярных тканей. Это снижает возможность развития мышечно-суставных контрактур и деформаций.
- В головном мозге поддерживается «образ движения». Движения частей тела вызывает поток нервных импульсов в двигательные центры спинного и головного мозга. В первые дни после инсульта, когда наступает резкое уменьшение двигательной активности, внезапно прерываются центростремительные информационные потоки. После перенесенного инсульта больной «забывает», как он должен совершать движения пораженными конечностями, поскольку все стимулы, вырабатываемые во время движений, исчезают, и сигналы не достигают мозга. Правильное позиционирование и ранние пассивные упражнения, вызывая растяжение мышечно-связочного аппарата, помогают генерировать нервные импульсы и восстанавливают восходящие информационные потоки.
- Ранние пассивные движения способствуют сохранению крово- и лимфообращения и предупреждают образование отеков в пораженных конечностях.

3.3 Подготовка к переходу в вертикальное положение.

При ишемическом инсульте (легкой и средней степени) создают возвышенное положение туловища и грудной клетки при приеме пищи (уже в 1-е сутки заболевания) - угол подъема изголовья функциональной кровати не превышает 30°. Ориентировочно на 7-е сутки (при улучшении состояния, АД, ЧСС и других показателей) больного переводят в положение стоя (с опорой ног на ступеньку вертикализатора). При ишемическом инсульте тяжелой степени и геморрагическом инсульте вертикализацию проводят на 1-2 нед. позже.

С помощью подъема головного конца кровати (подкладыванием подушки под спину) больного присаживают (с опусканием ног). Активные тренировки в положении сидя в острую фазу инсульта крайне важны для профилактики осложнений, связанных с постельным режимом (более 7-8 дней); они способствуют также снижению частоты вторичных тромбоэмболий, пневмоний и летальных исходов.

Последовательность действий при перемещении пациента на стул:

- перекатиться на пораженный бок;
- опереться на локоть пораженной руки;
- присесть на край кровати, ноги опустить и стопы поставить на пол (на скамейку);
- переместиться с постели на стул.

Последовательность действий при перемещении со стула в постель:

- пациент стоит, держа выпрямленные руки, сцепленными в «замок»;
- поворачивается на 90°, чтобы тазовая область оказалась над постелью;
- пациент садится на постель.

Для обучения чувству равновесия в занятия вводят рефлексорные упражнения и движение с дозированным сопротивлением (метод PNF). Упражнения с дозированным сопротивлением проводят в исходном положении сидя (ноги вытянуты) и сидя - ноги согнуты (на краю кровати, кушетки, на стуле), стоя на коленях и стоя

Тренировка положения стоя. Подъем из положения сидя:

- пораженная нога больного - несколько сзади;
- больной вытягивает вперед руки, сцепленные в «замок», и наклоняет туловище вперед, чтобы встать;
- затем он активно переходит в положение стоя;
- методист помогает больному, поддерживая его за руки и сзади в области спины.

4. Тренировка ходьбы

Цель тренировки - восстановление утраченных автоматических навыков ходьбы. При проведении восстановительного лечения переход в положение стоя - это и функциональное действие, и первая фаза ходьбы. Больной должен уметь вставать и снова садиться на стул.

При обучении передвижения необходимо включать в занятия приемы компрессии (сопротивления) и растяжения мышц. Прием компрессии предусматривает расположение рук методиста на гребни подвздошных костей пациента в целях активации слабых или паретичных мышц тазового пояса (метод PNF)

Помимо физических упражнений, направленных на их усиление, в ряде случаев показано *тейпирование* ягодичной области на стороне пареза, которое может сразу же улучшить разгибание бедра:

В последнее время при восстановлении рисунка ходьбы больным, перенесшим инсульт, широко используют аппарат *Foot Drop System*, действие которого основано на стимуляции малоберцового нерва в фазу переноса стопы. Стимуляция малоберцового нерва слабыми токами вызывает сокращение мышц (передней большеберцовой и малоберцовой), поднимающих носок или наружный край стопы во время ходьбы, не задевая поверхность пола и устраняя циркумдукцию нижней конечности (формирование правильной постановки стопы). Все это приводит к разрушению патологического двигательного стереотипа ходьбы и формированию нового, максимально приближенного к физиологическому стереотипу.

5. Противопоказания к ранней активизации

Противопоказаниями к активизации считают признаки тяжелого отека мозга, угнетение сознания до сопора или комы. По мере улучшения состояния пациента и стабилизации мозгового кровообращения необходимо своевременно приступать к расширению режима. Кроме того, темп расширения режима и интенсивность занятий с пациентом могут быть ограничены у больных сердечно-легочной недостаточностью, со снижением сердечного выброса и наличием мерцательной аритмии.

6. Массаж

Массажные приемы выполняют поверхностно (легкие поглаживания, растирания) на мышцах, тонус которых, как правило, повышен. При проведении массажа их антагонистов, в которых тонус обычно понижен массаж может быть более глубоким, кроме поглаживания применяют растирания и несильные разминания. Массаж комбинируют с пассивными движениями. Определяя набор приемов и их последовательность, следует учитывать, что в паретичных мышцах под массажным воздействием быстро наступает утомление. Именно поэтому массаж не должен быть длительным, а движения выполняют в спокойном темпе. В противном случае результатом курса могут стать стойкая мышечная слабость, усиление мышечных гипотрофий. Вместе с тем даже наиболее мягкие приемы классического массажа могут способствовать повышению тонуса мышц. Точечный массаж - эффективное средство релаксации спастических мышц, а избирательное стимулирование ослабленных мышечных групп позволяет одновременно активизировать моторную деятельность больного, снижая выраженность пареза.

Ослабление мышечного напряжения наступает также под влиянием местного воздействия холода (криотерапия), которого добиваются укладкой мешочков со льдом либо специальных пакетов. Эффекта достигают при сочетании криотерапии, физических упражнений и точечного массажа.

7. Эрготерапия

Эрготерапия является составной частью восстановительного лечения, ее строят с учетом степени выраженности гемипареза и его структуры, распределения парезов и тонуса в различных мышечных группах:

- при легком типе гемипареза назначают трудовые операции, непосредственно влияющие на нарушенные функции;

- при умеренном и глубоком - постепенно вовлекающие наиболее пораженные отделы конечностей в двигательную активность;
- при дистальном типе пареза вначале назначают трудовые операции, выполняемые за счет проксимальных отделов конечностей, постепенно подключают наиболее пострадавшие мышцы дистальных отделов;
- при проксимальном типе пареза используют обратную тактику - по мере восстановления элементарных двигательных функций тренируют более сложные двигательные движения путем овладения трудовыми действиями, требующими выполнения тонких кистевых и пальцевых операций;
- при гемипарезах без тенденции к восстановлению вырабатывается полная заместительная компенсация функции пораженной конечности.

Подбор трудовых операций проводят на основе детального анализа функции мышц, движений, совершаемых в суставах пальцев кисти, верхней и нижней конечности, стопе.

8. Санаторно-курортное лечение

Пациенты, имеющие положительный реабилитационный потенциал и готовность к обучению, должны быть направлены на повторные курсы восстановительной терапии в специализированные санатории. Это касается пациентов с умеренными нарушениями и тенденцией к восстановлению функций, способных передвигаться без посторонней помощи и овладевших навыками самообслуживания для продолжения лечения спустя 3-4 нед после ОНМК, их направляют в реабилитационные центры и реабилитационные отделения местных санаториев для проведения медицинской реабилитации.

9. Профилактика ОНМК

Мероприятия, направленные на первичную профилактику инсульта, базируются на популяционной социальной стратегии предупреждения цереброваскулярных заболеваний на государственном уровне (массовая стратегия) и медицинской профилактике (стратегия высокого риска).

- Массовая (популяционная) стратегия направлена на информирование населения о модифицируемых факторах риска, связанных с образом жизни, и о возможности их коррекции.
- Стратегия высокого риска предусматривает раннее выявление больных из групп высокого риска по развитию инсульта (например, с АГ) с последующим проведением превентивного медикаментозного и (при необходимости) сосудистого хирургического лечения, позволяющего снизить заболеваемость на 50%.

Нормализация АД позволяет уменьшить риск развития инсульта на 40%, уровень давления должен быть ниже 140/90 мм рт.ст., при этом особенно важен уровень диастолического давления.

Список использованной литературы

1. Епифанов В.А., Лечебная физическая культура: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с.
2. Белова А.Н., Нейрореабилитация. Руководство для врачей. - М.: Антидор, 2000. С. 253-321
3. Практическая неврология: руководство для врачей / под ред. проф. А.С. Кадыкова, Л.С. Манвелова, В.В. Шведкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 464 с.
4. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. - М.: Медицина, 1975.
5. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация № 01.2016 [Электронный ресурс] / гл. ред. Н.Б. Корчажкина - М. : Медицина, 2016

