

РЕЦЕНЗИЯ

На работу Зубович Татьяны Ивановны
«Двигательная сфера и нарушение её функций»

Инсульт является одной из наиболее актуальных проблем современной клинической медицины. В РФ постинсультные расстройства занимают первое место среди всех причин инвалидизации населения страны. К труду возвращаются менее 20% лиц, перенесших инсульт, 80% выживших пациентов становятся инвалидами [2, 8]. У 10% больных реабилитационные мероприятия бесперспективны, у 10% наблюдается самостоятельное полное восстановление, 80% больных нуждаются в активном восстановительном лечении, которое позволит достичь частичной или полной независимости в повседневной жизни и даже вернуть трудоспособность.

Двигательные расстройства часто сочетаются с нарушением чувствительности, речевыми, мозжечковыми поражениями и т.д. Процесс восстановления движений происходит в основном в первые 3—6 месяцев от начала инсульта. Восстановление сложных двигательных навыков

(самообслуживание, бытовые и трудовые) является более длительным по времени и может продолжаться до 1-2 лет и свыше. Эффективность реабилитации в раннем

восстановительном периоде напрямую зависит от организации медицинской помощи

В раннем восстановительном периоде проведение реабилитационных мероприятий основывалось на методе мультидисциплинарных бригад (МДБ). В состав МДБ входят врач-невролог, инструктор ЛФК, массажист, эрготерапевт, кондуктивный терапевт, логопед, физиотерапевт, рефлексотерапевт, психотерапевт, медицинские сестры, социальный работник.

В ранней реабилитации инсульта используется лечение положением для развития у больного в постели контролируемой мобильности, профилактики формирования патологических двигательных установок, приводящих к стойкому патологическому двигательному стереотипу. А так же используется метод лечебной физкультуры, который входит в перечень ежедневных лечебных мероприятий и направлена на восстановление управления движениями и нормализации соотношения силы и тонуса мышц-антагонистов

Восстановление двигательных функций во многом зависит от мотивации, состояния психической сферы больного, умения сконцентрировать внимание, поэтому физическая реабилитация идет параллельно с психологической и социальной.

Таким образом, основной составляющей эффективности восстановительного лечения больного ОНМК в раннем периоде является разносторонняя реабилитация силами мультидисциплинарной бригады, позволяющая уменьшить выраженность тех или иных неврологических, и прежде всего двигательных нарушений.

Проверил: ассистент кафедры нервных болезней и
медицинской реабилитации с курсом ПО



Субочева С.А.

РЕЦЕНЗИЯ

На работу Зубович Татьяны Ивановны
«Нарушения кровоснабжения нервной системы. ХИМ.»

Под термином “хроническая сосудистая мозговая недостаточность” понимается синдром диффузного поражения головного мозга, обусловленный хронической ишемией головного мозга с наличием клинических, анамнестических и/или инструментальных проявлений поражения головного мозга.

В отечественной литературе принято выделять три стадии хронической сосудистой мозговой недостаточности:

1. Для первой стадии характерны жалобы на повышенную утомляемость, частые головные боли, раздражительность, умеренные нарушения памяти (прежде всего оперативной), снижение работоспособности, нарушения сна.

2. Для второй стадии характерны те же жалобы, что и для первой, но выраженные в более тяжелой степени: углубление нарушений памяти и внимания, нарастание интеллектуальных и эмоциональных расстройств, значительное снижение работоспособности.

3. На третьей стадии количество жалоб уменьшается, что обусловлено снижением критики больных своего состояния. Сохраняются жалобы на снижение памяти, неустойчивость при ходьбе, шум и тяжесть в голове, нарушения сна. Выраженность интеллектуально-мнестических и неврологических расстройств нарастает. Для этой стадии характерны четко очерченные дискоординаторный, амиостатический, психоорганический, псевдобульбарный, пирамидный синдромы. Чаще наблюдаются пароксизмальные состояния - падения, обмороки, эпилептические припадки. Отличие третьей стадии от второй заключается в том, что в клинике третьей стадии наблюдается несколько достаточно выраженных синдромов, тогда как при дисциркуляторной энцефалопатии второй стадии доминирует какой-либо один.

Лечение хронической ишемии мозга должно включать воздействия, направленные на основное заболевание, на фоне которого она развивается (атеросклероз, артериальная гипертензия, васкулиты и др.), коррекцию основных синдромов, воздействие на церебральную гемодинамику, метаболическую терапию. Учитывая пожилой возраст больных, необходима адекватная терапия соматических заболеваний (например, сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма, сахарного диабета) совместно с соответствующими специалистами. Патогенетическое лечение дисциркуляторной энцефалопатии включает в себя действие на сосудистые факторы риска (коррекция АД, профилактика острых нарушений мозгового кровообращения - медикаментозная и хирургическая), восстановление мозгового кровотока, улучшение церебрального метаболизма. Профилактика прогрессирования хронической сосудистой мозговой недостаточности проводится с учетом ее гетерогенности: при субкортикальной артериосклеротической энцефалопатии и мультиинфарктном состоянии на фоне артериальной гипертензии в основе лечения лежит нормализация АД с коррекцией часто извращенного циркадного ритма АД. Оптимальные значения систолического АД у таких больных - 135-150 мм рт. ст.

Таким образом, терапия хронической ишемии головного мозга носит комплексный, разнонаправленный и патогенетически обоснованный характер. Именно такой подход позволяет обеспечить адекватную компенсацию нарушенных церебральных функций и