

«Медицинский университет Астана» АО

# *Реабилитация инсульта*

Проверила: Балтаева Ж.Ш.

Выполнила: Тайсенгирова Н.Б.

602 ОВП

Астана, 2017 год

- Быстрейшая нормализация неврологических функций, и как следствие, восстановление функционально-бытовой независимости и социальной активности пациента, перенесшего инсульт, обеспечивается работой мультидисциплинарной бригады. В состав мультидисциплинарной бригады должны входить: невролог, врач ЛФК, физиотерапевт, логопед, психиатр, психолог, эрготерапевт, специально обученная методам реабилитации медицинская сестра. Большим плюсом является включение в бригаду социального работника и диетолога. Координатором работы является врач-невролог, прошедший специальную подготовку по вопросам медицинской реабилитации.

- Работа мультидисциплинарной бригады включает совместный обход всех пациентов не реже 1 раза в неделю с обсуждением следующих основных аспектов:
  - исходная оценка состояния пациента, его неврологического и функционального дефицитов,
  - постановка реабилитационных целей (краткосрочных и долгосрочных),
  - составление плана для достижения разработанных целей,
  - оценка эффективности реабилитационных мероприятий в динамике, обсуждение проблем, которые мешают достижению поставленных задач, определение путей их преодоления,
  - определение дальнейших реабилитационных мероприятий, необходимых пациенту после выписки из стационара,
  - проведение информационных «Школ инсульта» для пациентов, перенесших инсульт и их родственников.

# Основные принципы успешной реабилитации:



- **Раннее начало** (первые дни после инсульта), (наиболее эффективно в первые 3-6 месяцев). Если в течение 4-х недель от начала заболевания отмечается некоторое улучшение функции - прогноз на восстановление хороший.
- **Длительность** (без перерывов), **систематичность** и **этапность**.
- **Комплексность**, **мультидисциплинарность**.
- **Активное участие в реабилитации самого пациента и его родственников**.

- Реабилитация проводится поэтапно начиная с первых суток госпитализации, в то время как пациент находится в блоке нейроренимации. Далее непрерывно продолжается в палатах ранней нейрореабилитации, с последующим долечиванием в специализированных реабилитационных центрах.

Основные критерии **перевода больных** из блока нейроренимации в палаты ранней реабилитации:

- ясное сознание;
- отсутствие тяжелой соматической патологии (инфаркта миокарда, нарушения сердечного ритма, одышки, тромбофлебита и др.);
- отсутствие грубых когнитивных расстройств, препятствующих активному вовлечению больных в реабилитационные мероприятия.

- Палаты ранней реабилитации должны быть оснащены:
  - функциональными кроватями;
  - прикроватными креслами;
  - прикроватными столиками;
  - переносными креслами-туалетами;
  - ширмами;
  - приспособлениями для укладки.

## являются:

### ● 1. Профилактические мероприятия:

- эластическое бинтование нижних конечностей,
- возвышенное положение головного конца кровати,
- обработка кожных покровов,
- содержание в чистоте нательного и постельного белья,
- тугое натягивание постельного белья.

Одной из основных причин смертности при инсульте является такое грозное осложнение, как **пневмония**. Приводим следующие мероприятия по ее профилактике:

- 1. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей с помощью воздуховода, интубационной трубки или наложением трахеостомы.
- 2. Санация ротовой полости и верхних дыхательных путей каждый час.
- 3. Предупреждение аспирации - определение возможности безопасного глотания жидкости и пищи больным; первичное скрининговое тестирование функции глотания всех поступивших больных проводит постовая медицинская сестра;
- 4. Частая смена положения и правильное позиционирование больных: ведение их преимущественно в положении лежа на больном и здоровом боку с использованием подушек, поддерживающих спину, верхнюю ногу и паретичную руку, но не на спине. Положение лежа на спине ухудшает возможности легочной вентиляции, санации бронхиального дерева, способствует аспирации слюны. Если нет противопоказаний, пациента следует укладывать на приподнятое изголовье несколько раз в день и кормить только в этом положении;
- 5. Профилактическое применение антибиотиков не оправданно, но их нужно назначать при первых признаках инфекции.



Другим частым осложнением являются пролежни.

Для того чтобы их избежать, необходимо соблюдать следующие правила:

- 1. Обязательный ежедневный туалет всей поверхности кожи («купание в постели» - поочередное обтирание губкой всех частей тела). Растирание кожи камфорным спиртом не рекомендуется, так как это ведет к пересушиванию кожных покровов и нарушению их целостности.
- 2. В соответствии со степенью риска развития пролежней (подсчитывается по шкале Ватерлоу) устанавливается частота смены положений для пациента: для лиц с высоким риском развития пролежней - каждые 2 часа днем и 3,5 часа ночью, для лиц с очень высоким риском - каждые 1-1,5 часа днем и 2,5-3 часа ночью.
- 3. Лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и с нарушением мочеиспускания по типу недержания необходима катетеризация мочевого пузыря (катетером Фолея), так как применение памперсов вызывает развитие пролежней.
- 4. Применение противопролежневых матрасов (для лиц с очень высоким риском развития пролежней).
- 5. Проведение элементов массажа (поглаживание и растирание) участков кожи, подверженных наибольшему сдавлению.

При нарушении функции тазовых органов, в частности острой задержке мочеиспускания, необходимо следующее:

- - ранняя активизация для возможности поддержания физиологической позы при мочеиспускании;
  - механические методы стимуляции мочеиспускания;
  - катетеризация катетером Фолея при нарушении сознания у больного или при отсутствии эффекта от действий, указанных в пп.1 и 2;
  - обеспечение пациента адекватным количеством получаемой жидкости из расчета 30 мл/кг массы тела.
- В случае недержания мочи следует обеспечить пациента адекватным количеством жидкости и рассмотреть возможность использования наружного кондомного мочеприемника у мужчин и памперсов у женщин.

- **2. Лечение положением** - корригирующие позы, являющиеся профилактикой развития контрактур, болевых синдромов, способствующие снижению мышечной спастичности, снижению патологических тонических шейных и лабиринтных рефлексов, а также препятствующие асимметрии мышечного тонуса.

Как правило, уже с 5—6-го дня после инсульта для парализованных конечностей создается специальная укладка. Техника укладки включает следующие мероприятия: больной лежит на спине, его парализованную руку отводят в сторону, на уровень плеча, предплечье разгибают и супинируют, кисти и пальцам придают положение максимального разгибания, при этом положение кисти фиксируют лонгетой и мешочком с песком. Парализованные ноги также необходимо укладывать определенным образом, чтобы избежать сгибательных контрактур. Для этого парализованную ногу необходимо уложить выпрямленной с небольшим поворотом вовнутрь, под колено подложить невысокий марлевый валик, стопу слегка пронирировать. Важно, чтобы стопа в состоянии тыльного сгибания упиралась в спинку кровати или специально сделанный для этого упор. Необходимо в течение дня следить за правильностью укладок паретичной руки и ноги, несколько раз в день менять положение больного в постели. Кроме положения на спине, больного необходимо укладывать и на здоровый бок, а также проводить пассивные движения в суставах, таких, как плечевой, локтевой, тазобедренный, коленный и голеностопный. Простым, но эффективным методом снижения спастичности мышц является содержание парализованных конечностей в тепле, для этого на них надевают шерстяные чулки, варежки. В случае если контрактура мышц конечностей развилась рано и значительно выражена, то необходимо конечности фиксировать в корригирующем положении круглосуточно. Такие мероприятия возможны, если общее состояние больного это позволяет. Лечение положением продолжается не только на время постельного режима, но и тогда, когда пациент начинает вставать и самостоятельно двигаться.

При болях в плечевом суставе необходимы следующие

предписания:

1. Тщательное позиционирование больных (рис. 1) - выведение лопатки в положение протракции (вперед) при расположении больного на больном боку, поддержка паретичной руки подушкой в положении лежа на здоровом боку, поддержка плечевого сустава подушкой (в положении лежа на спине).

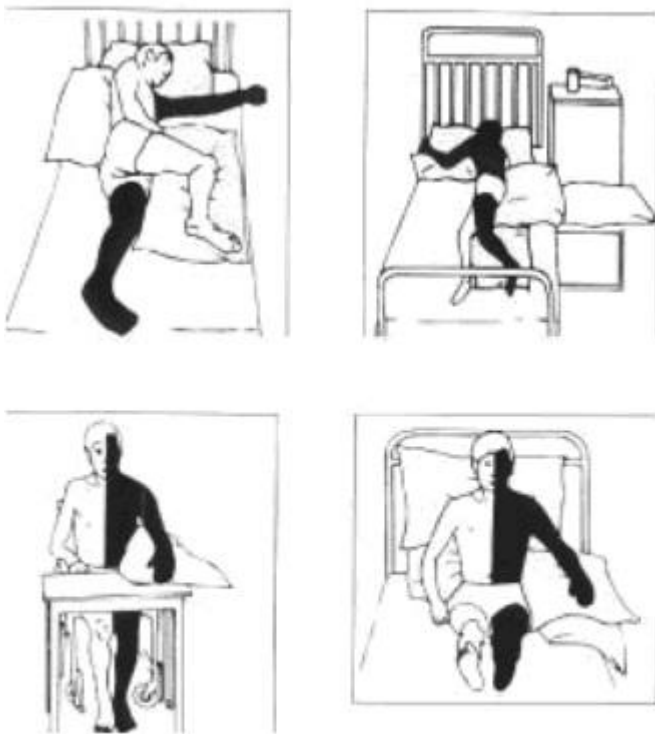


Рис. 2. Типичная схема для проверки правильности позиционирования пациента в положениях лежа и сидя.

2. Обучение персонала и родственников щадящим техникам перемещения пациента и правилам обращения с паретичной рукой.  
3. Раннее применение пассивных движений в паретичной руке и в плече в пределах физиологической амплитуды движения с соблюдением паттерна естественного движения.

- **3. Дыхательная гимнастика** - пассивная и активная, направлена на нормализацию гемодинамики, восстановление оксигенации, выработку дыхательного стереотипа. Может быть использована с первых дней.

**4. Оценка и коррекция расстройств глотания.** Имеет важное значение как предупреждение развития аспирационной пневмонии, асфиксии, а также обеспечение полноценного питания и водного баланса. Оценка глотания проводится по разработанным шкалам, позволяющим определить способ безопасного кормления пациента и избежать указанных осложнений (приложение 8).

К основным мероприятиям коррекции глотания относят: возвышенное положение головного конца кровати во время кормления с сохранением положения в течение **20-30** минут после приема пищи небольшими глотками, контроль за проглатыванием, очищение ротовой полости после кормления от остатков пищи и слюны, установка назогастрального зонда или гастростомы при плохом прогнозе.

- **5. Диетотерапия** при реабилитации после инсульта во многом схожа с диетотерапией при атеросклерозе, поскольку атеросклероз мозговых сосудов бывает причиной развития инсультов. Принципы следующие.
  - Необходимо уменьшить общее употребление жиров, употребление насыщенных жирных кислот, таких, как сливочное масло, животный жир, употребление продуктов, богатых холестерином, потребление соли до 3—5 г в сутки; необходимо увеличить употребление клетчатки и сложных углеводов, содержащихся в основном в овощах и фруктах, употребление продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты, к таким продуктам относят рыбу, морепродукты, жидкое растительное масло. Строгость диеты, естественно, зависит от состояния пациента. Особо внимательно необходимо относиться к диетотерапии больных с большим количеством факторов риска развития повторного инсульта, если пациент курит, страдает от лишнего веса, его давление имеет склонность к повышению, а уровень холестерина остается повышенным по сравнению с нормой. В некоторых случаях при последнем факторе риска возникает необходимость в подключении лекарственной терапии данного состояния.
  - Пациентам рекомендуется исключить из рациона питания жирную жареную пищу, особенно свинину и баранину, крепкие мясные бульоны, соленья, большое количество соли. Необходимо рекомендовать включить в рацион нежирные сорта мяса в отварном или запеченном виде. Рекомендуется регулярное употребление в пищу рыбы. В ней содержится полиненасыщенный жир, который эффективно снижает уровень холестерина в крови. Фрукты и овощи лучше всего употреблять в сыром виде. Рекомендуется заменить молоко и продукты из снятого молока продуктами с пониженным содержанием жиров, таких, как нежирный йогурт, маложирные сыры. Необходимо отдавать предпочтение хлебу из муки грубого помола, хлебу с отрубями.
  - В первые дни после инсульта рекомендуется готовить пищу в отварном протертом виде для облегчения ее потребления и усваивания.

- **7. Кинезиотерапия** - комплексная система рефлекторных упражнений, включающих элементы авторских разработок: Баланс 1, Фельденкрайса, Войта, Бобат терапия, а также пассивные движения в парализованных конечностях, сегментарная гимнастика, пассивно-активные упражнения, движения с сопротивлением. Упражнения проводят в положении лежа на спине, на боку, на животе, сидя, стоя на ногах с опорой и без, а также включают разработку функции ходьбы с опорой и без. Инсультные центры должны быть обеспечены дополнительным оборудованием для облегчения работы инструкторов ЛФК. К ним относятся прикроватные кресла, ходунки, трости, параллельные брусья, терапевтические мячи, столы для кинезиотерапии, ступеньки для облегчения ходьбы по лестнице.

- **6. Ранняя вертикализация** также проводится поэтапно, начиная с возвышенного положения головного конца кровати, далее переходя к возвышенному положению туловища во время кормления и после него, опусканию нижних конечностей, пересаживанию больного, использованию вертикализаторов, ходунков.

Сроки расширения режима при ишемическом инсульте (при легком и среднетяжелом течении болезни):

- пациент может быть уложен на приподнятое изголовье на 15-30 минут 3 раза в день уже в первые сутки заболевания (угол изголовья не более  $30^\circ$ );
- пациент может быть посажен на кровати со спущенными ногами на 3-5-е сутки от начала заболевания, при этом важно, чтобы его перевели в положение сидя максимально пассивно и ему была обеспечена полная поддержка (опора под спину, с боков, стопы должны плоско стоять на подставке или на полу); длительность пребывания в положении сидя - от 15 минут в первый раз до 30-60 минут при хорошей переносимости (вертикальное положение используется для приема пищи, занятия с логопедом и общения с посетителями);
- при возможности соблюдения статического и динамического равновесия сидя пациента обучают переходу в положение стоя с помощью 1 или 2 человек (в среднем на 7-е сутки);
- пациенты с ТИА находятся на постельном режиме только в первые сутки от начала заболевания.



- **8. Массаж.** Применение массажа при реабилитации после инсульта является одним из важных и эффективных методов восстановления движений и профилактики некоторых осложнений. Массаж назначают при неосложненном ишемическом инсульте на 2–4-й день болезни, при геморрагическом — на 6–8-й день. Массаж проводят в положении больного на спине и здоровом боку, ежедневно, начиная с 10 минут и постепенно увеличивая продолжительность процедуры до 20 минут. Массаж начинают с проксимальных отделов конечности и продолжают по направлению к дистальным отделам (плечелопаточный пояс: плечо — предплечье — кисть; тазовый пояс: бедро — голень — стопа). При проведении сеансов массажа необходимо соблюдать следующие принципы: на руке массируют обычно мышцы, разгибатели, на ноге массируют сгибатели голени и тыльные сгибатели стопы. Курс лечения состоит из 20—30 процедур, которые проводятся ежедневно. После окончания курса массажа делают перерыв на 1,5—2 месяца, после чего лечение массажем повторяется.

- **9. Эрготерапия** - обучение бытовым навыкам, адаптация пациента в повседневной деятельности, основной целью которого является обеспечение максимальной независимости пациента от окружающих, способности к самообслуживанию, самостоятельному передвижению. При достигнутом статическом равновесии сидя пациент должен сидя в кресле самостоятельно есть с поставленного перед ним столика; при наличии динамического равновесия сидя - обучаться одеванию футболки, рубашки, кофты; при наличии статического равновесия стоя - умыванию стоя у раковины и т.д. Для развития навыков ежедневной активности должны проводиться отдельные дополнительные занятия специалистом ЛФК – эрготерапевтом. К задачам эрготерапии относятся:
  - оценка функциональных возможностей пациента при первом осмотре и в последующем в динамике,
  - постепенное восстановление привычной ежедневной активности,
  - разработка мелкой моторики,
  - подбор специальной техники, облегчающей жизнедеятельность пациента.

## ● **Ю. Логопедические занятия.**

Пациенты с речевыми нарушениями (афазией, дизартрией) и с нарушениями глотания нуждаются в помощи логопеда, которая может быть полезной уже в первые дни инсульта и сохраняет свою эффективность на стадиях ранней и поздней реабилитации. Медицинский персонал, не владеющий приемами логопедического лечения, общаясь с больными, у которых имеются нарушения речи, должен следовать следующим рекомендациям, чтобы не затруднить работу логопеда:

- Находиться в поле зрения пациента и убедиться в том, что удалось завладеть его вниманием.
- Исключить шум, посторонние раздражители.
- Говорить медленно, тихо, четко.
- Формулировать вопросы коротко, задавать их по одному.
- Давать больному время обдумать вопрос.
- При невозможности ответа со стороны пациента просить его использовать жесты, кивки, наклоны головы.
- Если после длительного молчания пациент вдруг что-то сказал правильно, никогда не заставлять его повторять произнесенное слово несколько раз - это приведет к образованию речевого эмбола.
- Не заставлять больного произносить отдельные звуки, не показывать их артикуляцию.
- При необходимости обсуждения состояния пациента с кем-либо из посторонних, не делать этого в его присутствии. Предположив, что он не в состоянии понимать речь, можно нанести ему психологическую травму.
- Только квалифицированный логопед-афазиолог должен заниматься восстановлением пострадавших функций речи. Самостоятельная работа другого персонала, родственников или тех, кто ухаживает за больным, возможна только под контролем такого специалиста.

- **11. Психологическая помощь** направлена на коррекцию постинсультной депрессии, которая развивается более чем у половины пациентов, перенесших инсульт. Депрессия оказывает негативное влияние на успешность реабилитационных мероприятий, поэтому требует скрининга, лечения медикаментозного и психотерапевтического с консультативным или постоянным участием соответствующего специалиста. В остром периоде инсульта в психологической коррекции нуждаются как больные, так и их родственники. Беседа с родственниками — важная часть работы психолога. Психолог в момент выписки пациента из стационара выявляет нарушения когнитивных функций и наличие психопатологических расстройств, которые являются негативными предикторами эффективности восстановительного лечения.

- **12. Физиотерапия, иглорефлексотерапия.** Применение данных методов лечения ограничено в острейшем и остром периодах инсульта, и приобретают большее значение в последующих периодах восстановления. В первые дни и недели заболевания применяют электромагнитотерапию, криотерапию, парафиновые обертывания, лазеротерапию, электростимуляцию паретичных мышц с помощью импульсных токов.

Все назначения проводятся после консультации физиотерапевта.

**13. Вторичная нейропротекция** направлена на прерывание отдаленных последствий ишемии и основными направлениями ее являются: антигипоксантное и антиоксидантное действие, торможение местной воспалительной реакции, улучшение трофического обеспечения мозга, нейроиммодуляция, регуляция рецепторных структур, антиапоптотическое действие.