

Занятие 3.

Принципы реабилитации больных с ОНМК.

Реабилитация - это комплекс мероприятий, направленных на восстановление утраченного здоровья и трудоспособности лиц с ограниченными физическими и (или) психическими возможностями в результате перенесенных заболеваний или травм.

В реабилитационный комплекс обычно входят:

- лечебная физкультура;
- физиотерапия;
- массаж;
- мероприятия по развитию у пострадавшего навыков самообслуживания;
- подготовка инвалидов к трудовой деятельности.

Инсульт является одним из самых массовых инвалидизирующих заболеваний, поэтому, больные, перенесшие инсульт, как никто другой нуждаются в реабилитации.

Ранее говорилось, что во время приступа инсульта происходит отмирание клеток головного мозга, причем этот процесс необратимый. Так почему же возможно частичное восстановление функций пораженного мозга? Этим фактом мы должны быть благодарны нашей мудрой матушке-природе. Все дело в том, что функции погибших клеток берут на себя другие нервные клетки головного мозга, которые находятся в пограничной с поражением зоне. Со временем происходит, такая себе, "реорганизация" работы головного мозга с учетом новых условий. С другой стороны, проводимые лечебные мероприятия приводят к улучшению работы клеток, деятельность которых была нарушена отеком головного мозга.

Реабилитационные мероприятия будут тем эффективнее, чем **позитивнее** настроен пациент. Его **родные и близкие** также должны принимать активное участие в реабилитации.

Этапы реабилитации

В лечебном учреждении проводится ранний этап реабилитации, который длится до 21 дня и соответствует острому периоду инсульта. Благодаря ранней реабилитации удастся существенно улучшить восстановление утраченных функций и снизить вероятность развития осложнений. В первые дни это пассивная легкая гимнастика, дыхательная гимнастика, массаж, занятия по восстановлению речи. Поначалу занятия проводятся не более 15-20 минут один или два раза в день, затем постепенно время и частота занятий увеличивается.

После выписки больного из больницы, начинается домашний этап реабилитации, который подразделяют на три подэтапа:

Ранний восстановительный - до 6 месяцев.

Поздний восстановительный - от 6 до 12 месяцев.

Резидуальный - более 1 года.

Основными моментами домашнего этапа реабилитации являются: лекарственная терапия, лечебная физкультура, массаж, занятия с логопедом по восстановлению речи. При этом, больной должен чувствовать поддержку и теплоту близких и родных - только в этом случае есть гарантия успешной реабилитации.

При своевременно начатой полноценной реабилитации удается добиться того, что 95% больных не нуждаются в постоянном уходе, а от 20% до 40% пациентов возвращаются к прежней трудовой деятельности. Максимальный эффект от реабилитационных мероприятий достигается только в комплексе с вторичной профилактикой острых нарушений мозгового кровообращения.

Постель, на которой лежит больной, не должна прогибаться. Если больной не контролирует свои физиологические отправления, на матрац, под простыню, кладут клеенку, подкладное судно или надевают на пациента подгузник. Если больной уже двигается, его лучше водить (при этом, он себя чувствует более самостоятельным, тренирует свое тело). При смене постельного белья, которую надо производить по мере необходимости, больного осторожно поворачивают на край постели, старую простыню сворачивают, как бинт, а на освободившуюся часть кровати стелют свежую, куда и "перекатывают" больного.

Для профилактики пролежней чаще переворачивайте больного, используйте специальные противопролежневые надувные круги и матрацы.

Восстановление двигательной активности

При отсутствии противопоказаний восстановление двигательной активности нужно начинать как можно раньше - уже через несколько дней после приступа надо начинать с присаживания на кровати, затем стояния, затем ходьбы. Постепенно двигательная активность усложняется, больной тренируется самостоятельно питаться, одеваться, поддерживать личную гигиену.

В зависимости от тяжести двигательных расстройств, используются разные методики. При неспособности к самостоятельному передвижению, упражнения на увеличение силы мышц при реабилитации после инсульта выполняются в исходном положении лежа. Используют пассивные движения, упражнения в посылке импульсов (при появлении минимальных активных движений добавляют упражнения с помощью инструктора или помощника).

Проводят упражнения на сгибание-разгибание рук в положении лежа на боку, для отводящих-приводящих мышц лежа на животе, используют упражнения с поддержкой конечности на петле. При этом следует исключить компенсаторные движения (например, движения плечевого пояса, всей руки при выполнении движений кистью, таза и всей ноги при движениях стопой).

По мере восстановления силы мышц, включаются упражнения с волевым усилием, сопротивлением, дозированным отягощением. Наиболее важно развивать движения в голеностопном, лучезапястном суставах и пальцах. Упражнения выполняют в медленном темпе, начиная с верхних отделов конечности.

Необходимо стремиться работать паретичной рукой, брать в руки предметы домашнего обихода, перекладывать их, пытаться листать книгу, закручивать и раскручивать винты с гайками (лучше пластмассовые из детских конструкторов, т.к. они крупнее и легче).

В дальнейшем следует учиться застегивать и расстегивать паретичной рукой пуговицы, развязывать ленты, пользоваться застежкой "молния", одевать рубашку, мешать ложкой чай, резать хлеб.

При хорошем восстановлении движений руки следует обучаться более сложным действиям: письму, вязанию, вышиванию.

Даже при медленном и недостаточном восстановлении движений паретичной руки, можно обучиться выполнению самых необходимых бытовых навыков: открывать и закрывать ключом дверь, пользоваться водопроводным краном и туалетом, чистить зубы, бриться, зажигать свет и газ. Не возбраняется и помощь по хозяйству, например, гладить белье, сидя за столом. Это очень хорошее упражнение для локтевого и плечевого суставов. Важной составной частью является ходьба.

С помощью лонгет спастически сокращенные конечности (рука и нога) приводят в корректирующее положение на 1-2,5 часа, в зависимости от субъективных ощущений больного и контролем за спастичностью мышц (повышение спастичности – сигнал к прекращению лечения). В более поздние периоды ограничения уменьшаются.

Статью подготовила врач-невролог Силантьева О.Е.