Содержание

Введение

Глава 1. Общее представление об ишемическом инсульте и методы физической реабилитации пациентов с данным заболеванием

.1 Эпидемиология ишемического инсульта

1.2 Этиология ишемического инсульта

1.3 Патогенез ишемического инсульта

1.4 Классификация ишемического инсульта

.5 Клиническая картина ишемического инсульта

1.6 Диагностика ишемического инсульта

1.7 Методы лечения и физическая реабилитация при ишемическом инсульте

Глава 2. Материалы и методы исследования

2.1 Организация исследования

2.2 Методы исследования

2.3 ТРИАР-массаж как метод реабилитации

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждения

.1 Влияние ТРИАР-массажа на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы пациентов с ишемическим инсультом

3.2 Влияние ТРИАР-массажа на психо-эмоциональное состояние пациента ишемическим инсультом

.3 Влияние ТРИАР-массажа на функциональное состояние нервной системы пациентов с ишемическим инсультом

Заключение

Выводы

Практические рекомендации

Список использованных источников

Приложения

Введение

Актуальность. Инсульт - внезапное расстройство функций головного мозга, вызванное нарушением его кровоснабжения. Термин «инсульт» (от лат. Insul-tus - приступ) подчеркивает, что неврологические симптомы развиваются внезапно. В условиях прекращения притока кислорода нервные клетки гибнут в течение пяти минут. Инсульт называют также «острым нарушением мозгового кровообращения», «апоплексией», «ударом».

Ишемический инсульт нередко развивается на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, ревматического порока сердца, сахарного диабета и некоторых других отклонений, сопровождающихся поражением сосудов. Ишемический инсульт представляет собой нарушение мозгового кровообращения, которое характеризуется неожиданным появлением локальной общемозговой или неврологической симптоматики, наблюдающейся более суток, либо вызывающей смерть пациента в более короткий период. Вследствие недостаточного поступления крови повреждается ткань мозга, и возникают нарушения в его функционировании. Распространенность ишемического инсульта составляет 85% от всех случаев инсульта. Наиболее часто он встречается среди мужчин.

Нарушения мозгового кровообращения являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно регистрируются 100-300 случаев инсультов на каждые 100000 населения.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), острое нарушение мозгового кровообращения занимает третье место, после болезней сердца и онкологических заболеваний, среди причин смерти взрослого населения планеты. Его средняя частота встречаемости в развитых странах составляет около 2500 случаев на 1 млн. населения в год, тогда как для транзиторной ишемической атаки названный показатель составляет около 500 случаев.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из основных причин инвалидизации взрослого населения, поскольку даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи у перенесшего инсульт пациента наблюдается неполное восстановление утраченных в острый период болезни функций.

Наиболее частыми последствиями острого нарушения мозгового кровообращения являются двигательные расстройства в виде параличей и парезов, чаще всего односторонних гемипарезов различной степени выраженности.

Основным методом коррекции двигательных расстройств является кинезотерапия, включающая активную и пассивную лечебную гимнастику и биоуправление с обратной связью. В качестве дополнительных методов используют массаж и электростимуляцию нервно - мышечного аппарата.

Двигательные нарушения (параличи и парезы) часто сочетаются с другим неврологическим дефицитом: нарушением чувствительности, речевыми расстройствами (при очагах в левом полушарии), мозжечковыми расстройствами.

Больные, пережившие ОНМК, нуждаются в проведении разнообразных реабилитационных мероприятий, наблюдении со стороны участковых или семейных врачей, невропатолога поликлиники, опеке социальных органов, заботе со стороны родных и близких. Только совместные усилия реабилитолога, врачей поликлиник, социальных работников, инструкторов ЛФК, родных и близких позволят больным после инсульта восстановить полностью или частично нарушенные функции, социальную активность (а в значительной части случаев и трудоспособность), приблизить качество жизни к доинсультному периоду.

Цель исследования изучить эффективность метода ТРИАР-массажа в комплексной реабилитации больных с ишемическим инсультом для повышения качества восстановительного процесса.

Задачи исследования

1. Изучить влияние ТРИАР-массажа в комплексной реабилитации на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы пациентов с ишемическим инсультом.

2. Изучить влияние ТРИАР-массажа в комплексной реабилитации на функциональное состояние нервной системы пациентов с ишемическим инсультом.

. Изучить влияние ТРИАР-массажа в комплексной реабилитации на функциональное состояние психо-эмоциональной системы пациентов с ишемическим инсультом.

Методы исследования

1 Исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы: тест Руфье-Диксона.

2 Оценка функционального состояния психо-эмоциональной системы: тест Бека

 Исследование функционального состояния нервной системы: тест Шульте.

 Методы математической статистики: критерий Т-Стьюдента.

Новизна исследования впервые на базе ГБУЗ ОКБ № 3 была исследована эффективность применения ТРИАР-массаж в комплексной реабилитации больных с ишемическим инсультом.

Практическая значимость работы заключается в том, что результаты выполненного исследования могут применяться в поликлиниках, отделениях реабилитации, реабилитационных центрах, санаториях и профилакториях следующими специалистами: реабилитологами, инструкторами по лечебной физической культуре и массажу.

Глава 1. Общее представление об ишемическом инсульте и методы физической реабилитации пациентов с данным заболеванием

.1 Эпидемиология ишемического инсульта

Проблемы лечения, реабилитации и профилактики больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга на сегодняшний день являются особо важными в эпидемиологии инсульта. Установлено, что в Сибири инсульт вышел на первое место в структуре причин смертности. В целом же по России заболеваемость и смертность от острых нарушений мозгового кровообращения занимает угрожающее второе место. 21% - таков показатель в структуре общей смертности острых нарушений мозгового кровообращения в нашей стране. Более того, ежегодно в мире инсульт поражает примерно 6 млн. человек, в России - более 450 000 человек.

В течение года умирает около 50 % больных инсультом. В странах Европы частота возникновения инсульта составляет от 100 до 200 случаев на 100 000 населения. В экономически развитых странах смертность от нарушений мозгового кровообращения стоит на третьем месте, после заболеваний сердца и опухолей. Инвалидность после перенесенного инсульта достигает 3,2 на 10 000 населения и занимает первое место среди всех остальных причин первичной инвалидности. Выявлено, что только 20% больных возвращаются к труду. В последние годы обнаружена тенденция к нарастанию частоты возникновения острого нарушения мозгового кровообращения (за последние 20 лет она выросла в 1,6 раза). Инсульт становится одним из наиболее распространенных заболеваний людей среднего и пожилого возраста во всем мире. Проводимые исследования эпидемиологии инсульта показали, что повторный инсульт становится основной причиной смертности и инвалидности у больных, ранее перенесших инсульт. Как правило, повторный инсульт развивается в течение первого года у 5-25% больных, в течение 3 лет - у 18%, а после 5 лет - у 20-40% пациентов. Выяснено: из всех неврологических заболеваний люди больше всего страшатся инсульта. Действительно, при возникновении инсульта здоровый человек за несколько минут может умереть или превратиться в инвалида, лишается движений, речи, памяти и, что, возможно, хуже всего, независимости. Еще Гиппократ создал для определения инсульта такой термин, как «апоплексия», что в переводе с греческого означает «поражаю ударом». Уже сам термин свидетельствует о внезапности и тяжести этого заболевания [1, с. 43].

.2 Этиология ишемического инсульта

Особенностью мозгового кровообращения является относительная стабильность в силу своеобразия структуры мозговых сосудов и совершенства регуляции мозгового кровотока. Интенсивность метаболических процессов в мозговой ткани такова, что при массе мозга примерно 1400 г., что составляет 2% массы тела, он поглощает приблизительно 20% всего кислорода и 17% всей глюкозы, поступающих в организм. Если коронарный кровоток при физической нагрузке возрастает в 10-15 раз и более, то мозговой кровоток при интенсивной умственной деятельности в целом не возрастает, лишь перераспределяется из областей мозга менее активных в функциональном отношении в области с интенсивной деятельностью [2, с. 67].

Таким образом, картина мозгового кровообращения представляется подвижной мозаикой с непрерывно меняющейся локальным кровотоком в различны участках при относительном постоянстве общего притока крови к мозгу. Конечно, уменьшение общего притока крови к мозгу (при инфаркте миокарда или падении системного артериального давления) приводит к срыву регуляции мозговой гемодинамики и к нарушению мозгового кровообращения. Аналогичная картина может возникнуть и при недостаточности притока крови к мозгу в целом, например, стенозе одного из магистральных сосудов головы, когда кровоснабжение участка мозга уже находиться на низком уровне, а своевременный приток крови к нему невозможен.

Инсульт представляет собой группу заболеваний, обусловленных острой сосудистой патологией мозга, которые характеризуются внезапным появлением жалоб и / или симптомов исчезновения местных (локальных), нередко и общих мозговых функций длящихся более 24 часов или приводящих к смерти. При этом не важно - обнаруживаются или нет признаки инсульта при проведении компьютерной томографии.

Если инсульт обусловлен кровоизлиянием под твердую оболочку мозга (т.н. субарахноидальное кровоизлияние), то его первыми признаками могут быть внезапная и резкая боль, нередко сочетающаяся с неоднократной рвотой, повышенная чувствительность к звуковым, световым и тактильным (прикосновение) раздражителям, усиливающиеся при попытке выполнить какое-либо движение (согнуть шею, распрямить ногу) напряжение различных групп мышц [3, с. 145].

Вышеназванный симптомокомплекс носит название менингиального синдрома. При этом признаки локальной или общей дисфункции головного мозга могут сразу не определиться, а потому пациент, находясь в сознании и не осознавая тяжесть своего состояния, способен самостоятельно перемещаться, нанося тем самым нередко непоправимый вред своему здоровью.

В зависимости от механизма развития острой сосудистой патологии мозга выделяют несколько видов инсульта. Наиболее часто (до 80% всех случаев) заболевание развивается вследствие острого нарушения поступления крови к определенному участку мозга (т.н. ишемический инсульт или инфаркта мозга). Если острая сосудистая патология характеризуется пропитыванием кровью его участка, то это геморрагический инсульт, или внутримозговое кровоизлияние (около 10% всех случаев). Еще около 5% составляют субарахноидальные кровоизлияния. Причина оставшихся 5 % инсультов остается невыясненной.

Если у пациента остро возникли клинические проявления инсульта, которые полностью исчезли в течение первых 24 часов от момента проявления (не зависимо от того, проводилось лечение или нет), то говорят о транзиторной (преходящей) ишемической атаке. Механизм ее возникновения такой же, как и ишемического инсульта, однако, необратимые изменения в ткани мозга не развиваются.

Причины возникновения. Около половины всех случаев ишемического инсульта обусловлено атеросклеротическим поражением сонных, позвоночных и внутримозговых артерий. Среди других причин - сужение или закупорка более мелких внутримозговых артерий (артериол), обусловленная сердечной патологией закупорка кровяным сгустком (тромбом), или тромбоэмболия внутримозговых сосудов [4, с. 112].

Процессы происходящие в головном мозге в случае развития инсульта, достаточно специфичны. После развития повреждения структур головного мозга, инициируется воспалительный процесс, направленный на удаление погибших структур и замещение их рубцовой тканью (нейроглией) или образованием одной или нескольких плоскостей (кист) тканей внутримозговой ткани. Выявление природы инсульта непременное условие правильного лечения.

1.3 Патогенез ишемического инсульта

Среди клинических проявлений ишемического инсульта, определение которых не требуют специальной медицинской подготовки, следует назвать:

. Нарушения жизненно важных функций человеческого организма: сознания (оглушенность или полное отсутствие), изменение ритма, глубины и частоты дыхания, а в тяжелых случаях - остановка дыхания, падение системного артериального давления, учащенное сердцебиение, возможна остановка сердечной деятельности, непроизвольные мочеиспускания и / или опорожнение кишечника (дефекация).

. Очаговая неврологическая симптоматика: нарушение функций черепных нервов: остро возникшая асимметрия лица (односторонняя сглаженность кожных складок на лбу, в области носа, опущение угла рта), невнятная, нарушение зрения, в том числе и односторонние, отсутствие речи (афазия), непонимание обращенной речи, частичный или полный паралич конечностей с повышением тонуса поперечнополосатой мускулатуры (чаще одностороннее), судорожный синдром.

. Проявление менингиального синдрома, обусловленного раздражением мозговых оболочек [5, с. 120].

По мере сокращения зоны охранительного торможения и восстановления возбудимости спинного мозга мышечный тонус и рефлексы повышаются. Тонус различных групп мышц, как правило, повышается не равномерно. Он преобладает в сгибателях предплечья, в разгибателях голени, сгибателях стопы, в мышцах, приводящих бедро и ротирующих их наружу. Тонус и сила мышц-антагонистов (разгибатели предплечья, кисти и пальцев, супинаторы предплечья, мышц, отводящие и премирующие бедро) остаются, как правило, ослабленными. В связи с этими особенностями может формироваться своеобразная порочная поза - согнутая и приведенная к туловищу рука, вытянутая нога.

В более поздние сроки инсульта (2-5 недели от начала заболевания) у пациента может возникнуть так называемый «синдром болевого плеча». Его развитие связывают с выпадением головки плеча из суставной впадины из-за растяжения суставной сумки, под действием тяжести паретичной руки и вследствие паралича мышц, на фоне нейротрофических расстройств. Его признаками являются: боль в плече, возрастающая при попытке отвести или повернуть руку в плечевом суставе, а также припухлость указанного сустава.

Речь, интеллектуальные способности пациента, равно как и двигательная активность, являются важной составляющей его общения с окружающими.

Нарушение речевых функций встречаются более чем у трети пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Самым тяжелым видом нарушения речи является отсутствие, как речевой продукции, так и понимания обращений окружающих (сенсомоторная или тотальная афазия). Возможно, что у пациента нарушается лишь произвольная собственная речь при сохранении понимания (моторная афазия), или наоборот нарушение только понимания речи окружающих (сенсорная афазия). Забывание слов, характеризующих отдельные предметы, явления, действия (амнестическая афазия) также является одним из видов речевых нарушений. Как правило, афазия сочетается с нарушением письма (аграфия). Более легкой формой речевых нарушений следует считать нарушение правильного произношения (артикуляции) звуков при сохранности «внутренней» речи, понимания речи окружающих, чтения и письма (дизартрия). Возникновение в остром инсульте тотальной афазии и отсутствие значимого улучшения речевой продукции в последующие 3-4 месяца рассматриваются как неблагоприятный прогностический признак в плане восстановления речи [6, с. 75].

Среди других нарушений высшей нервной деятельности следует выделить: снижение памяти, интеллекта. Концентрации внимания (когнитивные нарушения), эмоционально-волевые расстройства, нарушение выполнения сложных двигательных актов при отсутствии парезов, нарушения чувствительности и координации движений, нарушений способности к счету (акалькулия), пространственная дезориентация.

Характер последствий зависит от того, в каком именно месте произошло кровоизлияние или образование тромба. Чаще всего страдает небольшой участок мозга, но последствия этого могут быть весьма значительным [7, с. 90].

В лобной части находиться отдел эмоций и центры управления движениями - правое полушарие отвечает за движение левой руки и ноги, а левое за движение правой руки и ноги. При кровоизлиянии в этих областях возникает паралич или ограничение движений.

В теменной части находиться зона телесных ощущений и осязаний. Расстройство кровообращения в этой области способствует нарушению чувствительности - температурной или болевой, могут возникать онемения или покалывания конечности.

К теменной части примыкает височная, в которой расположены центр речи, слуха и вкуса. При поражении этой области человек воспринимать речь как набор звуков, в речи может путать слова, звуки. Не понимает поставленных вопросов.

В затылочной части расположен зрительный отдел, при поражении которого больной теряет зрение на один глаз. Также в затылочной области расположен отдел распознавания окружающих предметов посредством зрения, при нарушении кровотока в котором больной не узнает предметы.

Какое или какие из указанных нарушений возникнут у конкретного пациента зависит в значительной степени от локализации очага(-ов) поражений мозга. Если очаг повреждения находиться в лобной области мозга, весьма вероятно появления таких изменений личности, как отсутствие интереса к жизни (апатия), в том числе и побуждений к деятельности, снижение волевых функций (абулия), интеллекта и критики. Указанный комплекс симптомов специалисты называют апатико-абулическим синдромом. К сожалению, развитие этого синдрома рассматривается как неблагоприятный прогностический признак в отношении восстановления самообслуживания. Многие пациенты остаются полностью беспомощными в повседневной жизни.

При обширных поражения правого полушария мозга у пациентов на фоне снижения психической и двигательной активности наблюдается недооценка имеющихся двигательных расстройств, а поэтому они не особо стремятся к их устранению. Нередко они становятся эмоционально раскрепощенными, утрачивающими меры чувства и такта. Все это затрудняет их социальную адаптацию.

Таким образом, у большинства больных ишемическим инсультом наибольшая тяжесть состояния отмечается в первые два - три дня. Смертность от ишемического инсульта - около 20%. Общее течение заболевания с третьего-пятого дня начинает улучшаться, но темп восстановления нарушенных функций может быть быстрым и торпидным. Затем наступает относительная стабилизация очаговых симптомов с остаточными явлениями различной глубины или же почти полным восстановлением функций.

.4 Классификация ишемического инсульта

В свою очередь, инсульты классифицируются по характеру изменений:

Геморрагический инсульт (разрыв сосуда и кровоизлияние в вещество мозга и под оболочки мозга);

Ишемический инсульт (закупорка сосуда), который может быть: тромботический, эмболический, нетромботический.

Тромботический и эмболический развиваются вследствие полной закупорки экстра-или же интракраниального сосуда, которая может быть обусловлена тромбозом или эмболией, облитерацией сосуда атеросклеротической бляшкой. Нетромботический инсульт - это инсульт, возникающий в отсутствие полной окклюзии сосуда, такое состояние чаще всего происходит при атеросклеротическом поражении сосуда сего окклюзией, ангиоспастическом состоянии, извитости сосудов, сосудисто-мозговой недостаточности [8, с. 275].

Могут встречаться и смешанные формы инсульта - сочетание геморрагического и ишемического очагов. По степени тяжести ишемический инсульт можно разделить на два:

средней тяжести - инсульт без клинических проявлений отека головного мозга, без нарушения сознания, при этом в клинической картине патологии превалируют очаговые симптомы мозга;

тяжелый инсульт - проявляется выраженной общемозговой симптоматикой с угнетением сознания, при обследовании обнаруживаются признаки отека головного мозга, вегетативно-трофические нарушения, грубые очаговые симптомы, часто с дислокационными проявлениями (вклинение образований головного мозга в большое затылочное отверстие и/или намет мозжечка). В зависимости от продолжительности появлений признаков неврологических нарушений и степени тяжести состояния ишемический инсульт подразделяют следующим образом.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения - это остро возникающие нарушения мозгового кровообращения, проявляющиеся очаговой или общемозговой симптоматикой и продолжительностью около 24 часов. В зарубежной литературе преходящие неврологические нарушения с признаками очаговой симптоматики, которые развились как следствие кратковременной локальной ишемии мозга, чаще называют транзиторными ишемическими атаками, потому что в основе данных состояний лежит преходящая ишемия в бассейне одного из мозговых сосудов. Диагноз в данном случае часто устанавливается ретроспективно. Преходящие нарушения мозгового кровообращения включают в себя не только транзиторные ишемические атаки, но и гипертонические мозговые кризы, а также некоторые редкие формы церебральных сосудистых нарушений с непостоянной симптоматикой.

«Малый инсульт» (обратимый неврологический дефицит) - неврологический синдром, который развивается как следствие остро возникшего нарушения мозгового кровообращения, сопровождающийся восстановлением нарушенных функций в течение первых 3 недель заболевания. В отличие от преходящих нарушений мозгового кровообращения инсульты характеризуются стойкими нарушениями мозговых функций, выраженными в различной степени.

Массивный инсульт, при котором очаговая неврологическая симптоматика сохраняется более трех недель [9, с. 278].

К геморрагическому инсульту относится кровоизлияние в вещество мозга либо под его оболочки - это так называемое субарахноидальное кровоизлияние. Иногда встречается комбинация этих двух видов инсультов.

.5 Клиническая картина ишемического инсульта

Клиническая симптоматика при ишемическом инсульте разнообразна и зависит от локализации и объёма очага поражения головного мозга. Наиболее частой локализацией очага инфаркта мозга бывает каротидный (80-85%), реже - вертебрально-базилярный бассейн (15-20%).

В крови циркулирует холестерин и другие жиры в соединении с белками - липопротеиды или жиро-белковый комплекс. Качественно изменяясь, они воспринимаются организмом как аутоантигены, против которых вырабатываются антитела и биологически активные вещества (гистамин, серотонин), что полиологически влияет на сосудистую стенку, увеличивая ее проницаемость, нарушая обменные процессы. Кроме того, существует множество факторов, способствующих нарушению кровообращения и развитию атеросклероза: нервно-психическое напряжение, малоподвижность, избыточная калорийность пищи, вазомоторные дистонии [10, с. 235].

Длительное перевозбуждение коры больших полушарий приводит к перевозбуждению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Происходит усиленный выброс котехоламинов и нарушение всех видов обмена, особенно в стенках сосудов, повышается артериальное давление. Существуют еще факторы риска.

Клиническая картина при атеросклеротических нарушениях выражается снижением работоспособности, головными болями, нарушением сна, головокружением, шумом в голове, раздражительностью, парадоксальными эмоциями («радость со слезами на глазах»), ухудшением слуха, снижением памяти, неприятными ощущениями («ползание мурашек») на коже, снижением внимания. Может также развиться астено-депрессивный или астено-ипохондрический синдромы).

При гипертонической болезни в коре головного мозга могут возникать застойные очаги возбуждения, которые распространяются и на гипоталамическую область, что приводит к нарушению регуляции сосудистого тонуса.

Далее происходит истощение компенсаторных резервов, нарушается электролитный баланс, повышается выброс альдостерона, усиливается активность симпато-адреналовой системы и ренин-ангиотензивной системы, что приводит к гиперреактивности сосудов и нарастанию артериального давления. Развитие болезни приводит к смене типа кровообращения: уменьшается сердечный выброс и увеличивается сопротивление периферических сосудов [11, с. 41].

На фоне вышеописанных изменений в сосудах развивается нарушение мозгового кровообращения. Одной из клинических форм НМК являются начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ). Диагноз ставят с учетом жалоб на головную боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти и снижение работоспособности, нарушение сна. Сочетание двух и более из этих жалоб дает возможность и основание для постановки диагноза, особенно когда эти жалобы часто повторяются и длительно существуют. Органических поражений нервной системы при этом нет. Необходимо проводить лечение основного сосудистого заболевания, рациональное трудоустройство, режим труда и отдыха, питание, санаторно-курортное лечение, особенно направленное на повышение физиологических защитных сил организма.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Под этим термином объединяют все виды острого нарушения мозгового кровообращения, которые сопровождаются преходящей или стойкой неврологической симптоматикой.

Для ОНМК характерно появление клинических симптомов со стороны нервной системы на фоне существующих сосудистых изменений. Заболевание характеризуется острым началом и отличается значительной динамикой общемозговых и локальных симптомов поражения мозга. Выделяют преходящие нарушения мозгового кровообращения, которые характеризуются регрессом неврологических признаков в течение суток после их появления и острые нарушения с более стойкой, иногда необратимой неврологической симптоматикой - инсульты [12, с. 239].

.6 Диагностика ишемического инсульта

Диагноз основывается на тщательном изучении анамнеза, выявлении факторов риска и анализе клинических данных, а именно неврологической симптоматики. Клиническая картина инсультов разнообразна и во многом определяется тем, в каком сосудистом бассейне произошла мозговая катастрофа и ее характером (ишемия или геморрагия).

ОНМК диагностируется при внезапном (минуты, реже часы) появлении очаговой и/или общемозговой и менингеальной неврологической симптоматики у больного с общим сосудистым заболеванием и при отсутствии других причин, а именно: черепно-мозговая или спинальная травма, интоксикация (алкоголем, наркотиками, медикаментами), гипогликемия, инфекция, почечная недостаточность, печеночная недостаточность [13, с. 165].

В клиническом течении инсульта различают острую и восстановительную стадии. Ишемический инсульт возникает вследствие эмболии, тромбоза, сужения сосудов мозга.

Среди всех видов инсультов преобладают ишемические поражения мозга. По данным международных мультицентровых исследований, соотношение ишемического и геморрагического инсультов составляет в среднем 5,0-5,5: 1, т. е. 80-85% и 15-20% соответственно.

Общемозговая симптоматика: снижение уровня бодрствования от субъективных ощущений «неясности», «затуманенности» в голове и легкого оглушения до глубокой комы; головная боль и боль по ходу спинномозговых корешков, тошнота, рвота [14, с. 55].

Менингеальная симптоматика (может появляться одновременно с общемозговой или очаговой неврологической симптоматикой, однако чаще появляется несколько отсрочено после клинического дебюта инсульта, при субарахноидальных кровоизлияниях может выступать единственным клиническим синдромом): напряжение заднешейных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний),

Таким образом, внезапное возникновение любой очаговой неврологической симптоматики в сочетании с общемозговой/менингеальной симптоматикой или без последних, а также внезапное появление общемозговой/менингеальной симптоматики изолированы от очаговых симптомов у больного, имеющего факторы риска развития инсульта, свидетельствуют о возникновении острого нарушения мозгового кровообращения.

Эхоэнцефалографическое исследование обнаруживает при кровоизлиянии в мозг смещение срединного эха на 6-7 мм в сторону, противоположную очагу. Для ишемического инсульта смещение М-эха не характерно, если оно и возникает, то бывает небольшим и имеет временный характер. На ангиограммах при кровоизлиянии в полушарие мозга обнаруживается бессосудистая зона и смещение артериальных ветвей. При мозговых инфарктах выявляется «обрыв» контрастного вещества в магистральных или внутримозговых артериях. В связи с тем что патологически измененные ткани имеют необычные плотность и коэффициенты поглощения, последние могут быть использованы для дифференциального диагноза [15, с. 57].

1.7 Методы лечения и физическая реабилитация при ишемическом инсульте

Основные цели лечения ишемического инсульта сводятся к восстановлению нарушенных неврологических функций, профилактике и борьбе с развивающимися осложнениями.

Лечение ишемического инсульта может проводиться медикаментозными и хирургическими методами.

В последние годы, благодаря применению современных методов нейровизуализации (позитронно-эмиссионной томографии, МРТ, КТ), исследований сосудистой системы мозга, биохимических методов, появились новые данные о патофизиологии острой церебральной ишемии, которые изменили взгляды на стратегию и тактику ведения больных с острым ишемическим инсультом [16, с. 228]. Наибольшее влияние оказали концепции «ишемической полутени» и «окна терапевтических возможностей». Исследования, проведенные в 80-90-х годах ХХ столетия, показали, что в результате окклюзии сосуда или гипоперфузии ткани мозга в течение нескольких минут происходит некротическая смерть клеток. Но вокруг зоны образуется зона «ишемической полутени», в которой нейроны еще не погибли, но значительно снижен мозговой кровоток. Эта зона может трансформироваться в инфаркт в результате вторичных нейрональных повреждений. В основном формирование инфаркта мозга происходит в течение 3-6 часов. Этот промежуток времени получил название «терапевтического окна». Именно эта концепция изменила отношение к инсульту с признанием его неотложным состоянием, требующим экстренной медицинской помощи в первые минуты, часы с момента его развития.

Большое влияние на выбор стратегии лечения больных с острым ишемическим инсультом, а также на вторичную профилактику оказала концепция гетерогенности инсульта, обозначившая многообразие этиологических и патогенетических механизмов развития острой церебральной ишемии [17, с. 210].

Выделяют следующие подтипы ишемического инсульта: атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, гемодинамический, по типу гемореологической микроокклюзии.

На стратегию лечения и профилактики ишемического инсульта влияют результаты доказательной медицины. В последние годы проведено много мультицентровых исследований, доказывающих преимущества и недостатки лекарственных препаратов, подходов к терапии ишемического инсульта.

Перечисленные концепции, данные доказательной медицины легли в основу рекомендаций Европейской инициативы по профилактике и лечению инсульта, а также рекомендаций Американской ассоциации инсульта [18, с. 221], которые еще не стали достоянием широкого круга врачей.

Многочисленные исследования [19, с. 122] показали, что на исход МИ значительно влияет организация помощи больным, которая состоит из нескольких этапов: догоспитальный, госпитальный, восстановительного лечения, диспансерный. Важное значение имеет преемственность лечения на всех этапах.

Догоспитальный этап играет большую роль в системе оказания медицинской помощи больным с инсультом. Он осуществляется линейными или специализированными неврологическими бригадами скорой медицинской помощи, неврологами, терапевтами, семейными врачами.

Наиболее сложные и ответственные задачи на этом этапе - точная и быстрая диагностика инсульта и проведение дифференциального диагноза с другими заболеваниями, связанными с повреждением мозга. Параллельно с оценкой неврологического статуса проводится оценка витальных функций (дыхания, кровообращения). Осмотр больного начинают с оценки адекватности оксигенации, измерения артериального давления, определения судорожного синдрома, психомоторного возбуждения. Оксигенация обеспечивается устранением западения языка, очищением дыхательных путей, введением воздуховода, а при показаниях (тахипноэ 35-40 в минуту, нарастающий цианоз, артериальная дистония) переводом больного на искусственную вентиляцию легких.

В многочисленных исследованиях показано, что артериальное давление не следует снижать, если оно не превышает 200-220 мм рт. ст. для систолического и 120-140 мм рт. ст. для диастолического давления [20, с. 223].

Гипотензивная терапия при необходимости проводится с осторожностью каптоприлом 6-12,5 мг per os, клофелином (клопидин 0,01% 0,5-1,5 мл внутримышечно или 0,15-0,075 мг per os). При этом АД следует снижать не более чем на 15-20% от исходной величины. У больных с артериальной гипотензией рекомендуется применять препараты, оказывающие вазопрессорное действие (дофамин в дозе 18 мкг/кг/мин внутривенно капельно и/или адреналин внутривенно капельно в дозе 2-10 мкг/кг/мин).

Больным с нарастающей сердечной недостаточностью назначают сердечные гликозиды.

Для купирования судорожного синдрома, который развивается у некоторых больных, рекомендуют использовать препараты бензодиазепинового ряда (Сибазон, Реланиум, Седуксен), которые вводят внутривенно, в тяжелых случаях применяют тиопентал натрия. Эти же препараты используют и для купирования психомоторного возбуждения.

На догоспитальном этапе необходимо проводить мероприятия, направленные на предотвращение развития отека мозга. С этой целью необходимо пациента положить на кровать, головной конец которой поднят на 20-30 см, и устранить компрессию вен шеи.

После этого организовать срочную доставку больного в специализированное инсультное отделение. Больные с МИ должны быть госпитализированы в стационар так быстро, как только возможно. Четко доказана прямая зависимость прогноза инсульта от времени начала лечения [21, с. 20].

Госпитальный этап лечения больных с МИ заключается в проведении интенсивной терапии, которая проводится в инсультных или реанимационных отделениях многопрофильных больниц. Эти отделения должны быть оснащены современной диагностической аппаратурой, включающей КТ или МРТ и работающей в круглосуточном режиме, а также иметь подготовленный персонал для ведения таких больных. Непременное условие - наличие в штате нейрохирургов, так как около 30 % больных нуждаются в их консультации или помощи.

Осмотр больного при поступлении в приемный покой стационара следует начать с оценки неврологического статуса и витальных функций, адекватности оксигенации, уровня АД, наличия судорог.

Неврологический осмотр больного включает оценку уровня бодрствования (по шкале Глазго) и степени неврологического дефицита (по шкалам Скандинавской или Гусева, Скворцовой или др.). Сразу после осмотра проводят КТ или МРТ головного мозга для определения характера инсульта, размеров и локализации очага поражения. Почти в 80% случаев в течение первых суток после начала заболевания КТ мозга обнаруживают зону сниженной плотности, клинически соответствующую инфаркту мозга [22, с. 22].

Следует отметить, что в первые несколько часов очаг может и не визуализироваться при КТ-исследовании. Однако метод нейровизуализации позволяет исключить наличие кровоизлияния, что имеет решающее значение для определения тактики дальнейшего лечения, в том числе оперативного. Магнитно-резонансная томография более чувствительна, чем КТ, с ее помощью в первые часы ишемического инсульта почти всегда выявляют изменения вещества мозга, в том числе и в стволе головного мозга. Однако МРТ менее информативна при наличии геморрагии, поэтому метод КТ является международным стандартом при постановке диагноза инсульта и широко используется даже в хорошо оснащенных клиниках мира, где лечат больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. КТ головного мозга позволяет определить локализацию, размеры очага, отек мозга, смещение срединных структур и другие патологии.

После КТ выполняют минимум диагностических тестов: ЭКГ, ультразвуковую допплерографию, осмотр окулиста, лабораторные исследования. Последние включают анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов и гематокрита, уровень глюкозы в крови, электролиты плазмы, газы крови, осмолярность, фибриноген, частичное активированное тромбопластиновое время, уровень мочевины, креатинина, международный нормализационный коэффициент и другие.

После обследований, которые наиболее оптимально проводить в приемном покое и рентгеновском отделении, больных повторно осматривают невролог и нейрохирург, и определяется тактика ведения больного.

Другие диагностические процедуры (рентгенография черепа, органов грудной клетки, ЭЭГ, консультация эндокринолога, эхокардиография) выполняют по показаниям уже в инсультном отделении, где проводится суточный мониторинг неврологического статуса, уровня сознания, АД, пульса, температуры тела, газового состава крови.

Некоторым больным необходимо проводить мониторинг ЭКГ, он рекомендован в первые 48 часов инсульта пациентам с диагностированными кардиомиопатиями, сердечными аритмиями (в том числе в анамнезе), нестабильным АД, клиническими признаками сердечной недостаточности, инфарктами мозга в области инсулярной коры.

Лечение ишемического инсульта

Лечение острого ишемического инсульта складывается из общей терапии, дифференцированного (патогенетического лечения), терапии и профилактики осложнений, ранней реабилитации, вторичной профилактики.

Перед началом лечения в инсультном отделении на основании проведенных исследований необходимо определить подтип ишемического инсульта (атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, гемодинамический, связанный с гемореологическими нарушениями крови), от этого зависит выбор терапии (тромболизис, антикоагулянты, регуляция общей гемодинамики, лечение фибрилляции предсердий). Это важно также и для определения стратегии вторичной профилактики.

Общая терапия инсульта направлена на восстановление жизненно важных органов и систем. Она включает коррекцию нарушений дыхания, регуляцию функций сердечно-сосудистой системы, нормализацию водно-электролитного баланса, контроль метаболизма глюкозы и температуры тела.

Коррекция нарушений дыхания. Мониторирование функций внешнего дыхания и кислорода крови проводится с помощью пульс-оксиметра. Пациентам с гипоксемией (сатурация кислорода <92%) требуется введение кислорода 2-4 л в минуту. Как правило, это больные со стволовым инсультом, с обширными очагами поражения в бассейне средней мозговой артерии (злокачественный инфаркт средней мозговой артерии). Больным с тяжелыми заболеваниями легких, с нарушенным уровнем сознания, с утраченными стволовыми рефлексами и острой аспирацией показано применение интубации [23, с. 23].

Регуляция функций сердечно-сосудистой системы включает в первую очередь контроль АД. Артериальная гипертензия возникает у 75% больных в острейшем периоде мозгового инсульта. У большинства пациентов повышенное АД снижается в течение первой недели, но у 30% оно сохраняется высоким [24, с. 34]. Не рекомендуется снижать АД больным с ишемическим инсультом, если систолическое <220 мм рт.ст., а диастолическое < 120 мм рт.ст. Исключение составляют больные с сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, острой почечной недостаточностью, а также больные, которым планируют проведение тромболизиса или гепаринотерапии. Таким пациентам необходимо немедленно вводить антигипертензивные препараты. Оптимальным уровнем АД у больных с АГ в анамнезе является уровень 180/190-105 мм рт.ст., без АГ - 160/90 мм рт.ст. Для снижения АД могут быть использованы препараты с кратковременным антигипертензивным эффектом и минимальным воздействием на церебральную гемодинамику: каптоприл 6,25-12,5 мг per os, лабетолол 5-20 мг внутривенно, клофелин 0,15-0,3 мг внутримышечно, или внутривенно, или 0,15-0,075 мг per os. У больных с диастолическим давлением >140 мм рт.ст. показано применение нитроглицерина или нитропруссида натрия 0,5-1,0 мг/кг/мин. Снижение АД не должно быть резким, не следует сублингвально применять антагонисты кальция (нифедипин) во избежание резкого снижения АД [25, с. 54].

Значительно реже у пациентов с ишемическим инсультом возникает артериальная гипотензия.

Больным с гипотензией необходимо восстановление объема циркулирующей крови путем проведения инфузионной терапии (реополиглюкин, гидроксиэтилкрахмал, NaCl 0,9 %) и/или использования добутамина 5-50 мг/ч [26, с. 43].

Нормализация водно-электролитного баланса. Очень важным направлением общей терапии острого инсульта является нормализация водно-электролитного баланса, который необходимо контролировать ежедневно, чтобы избежать уменьшения объема циркулирующей крови, повышения гематокрита, снижения реологических свойств крови [27, с. 40]. Группу риска в этом плане составляют больные пожилого возраста, у которых отмечается склонность к дегидратации. Вместе с тем избыточная инфузия повышает риск развития отека мозга и отека легких. Тем пациентам, у которых уже развился отек мозга, рекомендуется поддерживать отрицательный водный баланс на 300-350 мл. Дополнительное введение жидкости может требоваться больным с температурой тела выше 37,5 °С, с диареей, рвотой, выраженным гипергидрозом. Им противопоказаны растворы глюкозы, гипотонические (NaCl 0,45%), их применение повышает риск развития отека мозга.

Контроль метаболизма глюкозы. Необходимо регулярно следить за уровнем глюкозы крови, особенно у больных сахарным диабетом. Известно, что гипер- и гипогликемия оказывают негативное влияние на исход ишемического инсульта [28, с. 43]. Рекомендовано применять инсулин пациентам с уровнем гликемии >10 ммоль/л. Инфузии 10-20% раствора глюкозы показаны больным с гипогликемией <2,8 ммоль/л. Немедленная коррекция гипогликемии необходима истощенным больным и страдающим алкоголизмом.

Контроль температуры тела. Гипертермия возникает у 25-60% больных в первые 48 часов МИ [29, с. 221]. Кратковременное повышение температуры тела существенно не влияет на течение инсульта. Гипертермия больше 24 часов отрицательно влияет на исход ишемического инсульта, увеличивает размер инфаркта [30, с. 213]. При повышении температуры тела выше 37,5 °С применяют жаропонижающие препараты (например, 500 мг парацетамола), однако в 80% случаев причиной развития лихорадки является бактериальная инфекция [31, с. 112]. В связи с этим необходим поиск источника инфекции, а при его выявлении - как можно раннее применение антибиотиков.

Контроль дисфагии. Всем пациентам с инсультом проверяют функцию глотания. При наличии нарушений глотания (дисфагии) ставят назогастральный зонд для профилактики аспирационной пневмонии и обеспечения адекватного питания больного.

Лечение и профилактика осложнений

Осложнения - наиболее частая причина смерти в остром периоде ишемического инсульта, их диагностируют у 60-95% больных. Осложнения делятся на неврологические (отек головного мозга, судороги) и другие (соматические), к которым относятся пневмония, инфекция мочевыводящих путей, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, пролежни.

Лечение и профилактика отека мозга. Наиболее тяжело протекает инсульт при развитии отека головного мозга [32, с. 98], он обычно развивается в первые 24-48 часов от начала ишемического инсульта, достигает пика на 3-5-е сутки и начинает медленно регрессировать (если больной остался жив) на 7-8-е сутки.

Существует прямая зависимость между размерами очага инфаркта и степенью отека мозга [33, с. 122]. У некоторых больных с почти полным инфарктом средней мозговой артерии «злокачественным инфарктом» отек мозга и внутричерепная гипертензия могут привести к вклинению и смерти [34, с. 223].

Для предотвращения отека мозга голову пациента и верхнюю часть туловища необходимо приподнять на 20-30 см и разместить больного так, чтобы избежать сжатия яремных вен. Необходимо нормализовать температуру тела, контролировать АД, купировать болевой синдром, стремиться к нормоволемии, не применять внутривенного введения глюкосодержащих и гипотонических растворов. Основными методами, с которых начинается лечение отека мозга являются осмотерапия и гипервентиляция. Цель осмотерапии - повышение осмолярности плазмы до 300-320 мосм/л. Среди осмодиуретиков используют глицерин, маннитол, лазикс.

Глицерол вводят парентерально или внутривенно, 10% раствор глицерола внутривенно 4 раза в сутки по 250 мл через 30-60 мин. Действие глицерола менее продолжительно, чем маннитола, который вводят внутривенно капельно (25-50 г в течение 20-30 мин каждые 3-6 часов). Введение маннитола в таком режиме может продолжаться 3-4 суток. Длительное применение маннитола, равно как и превышение уровня осмолярности - выше 320 мосм/л, может привести к изменениям водно-электролитного баланса, почечной патологии, а также вызвать рикошетную внутримозговую гипертензию [35, с. 123]. При неэффективности лечения маннитолом добавляют фуросемид в дозе 1 мг/кг внутривенно.

Во многих странах Европы препарат первого выбора - глицерол.

В Северной Америке осмотерапию начинают с внутривенного введения маннитола.

Дексаметазон и другие кортикостероиды не доказали своей эффективности в качестве средств лечения отека мозга при инсультах, хотя исследования продолжаются [36, с. 211]. Когда терапия маннитолом оказывается неудачной, для снижения повышенного внутричерепного давления применяют гипертонический раствор соли гидроксиэтилового крахмала или трис-гидрокси-метил-амино-металл-буфер (ТНАМ-буфер). Последний вводят путем продолжительной внутривенной инфузии через центральный венозный катетер (1 ммоль/кг в 100 мл 5% глюкозы в течение 45 минут), он требует мониторинга внутричерепного давления.

Для быстрого снижения внутричерепного давления назначают краткодействующие барбитураты, такие как тиопентал, которые вводят болюсно. Эффективность барбитуратов непродолжительна, их применение требует мониторинга внутричерепного давления, ЭЭГ и гемодинамических параметров, так как часто развивается артериальная гипотензия и снижается сердечная деятельность.

Для быстрого и эффективного снижения внутричерепного давления может быть использована гипервентиляция. Ее действие около 2-3 часов, и она может быть полезна как поддерживающая мера перед хирургическим вмешательством. Как и при осмотерапии, если нормовентиляция возобновляется слишком быстро, могут наблюдаться эффекты рикошета.

При неэффективности вышеперечисленных методов лечения отека мозга может быть применена гипотермия. Умеренная гипотермия (33-36 °С) значительно снижает смертность у больных со злокачественными инфарктами средней мозговой артерии, о чем свидетельствуют данные проведенного исследования [37, с. 112]. К побочным эффектам гипотермии относятся тромбоцитопения, брадикардия, пневмония, однако данные проведенных исследований основывались на небольшом количестве больных, поэтому требуются дальнейшие исследования с включением большего числа пациентов для определения показаний и противопоказаний к проведению гипотермии. При неэффективности медикаментозных методов лечения, гипервентиляции и гипотермии, нарастающем отеке мозга (как правило, у больных со злокачественным инфарктом средней мозговой артерии) необходимо рассматривать вопрос о декомпрессионной хирургии. Цель декомпрессионного метода состоит в предотвращении распространения отека мозга в боковые желудочки, диэнцефалон, средний мозг, снижении внутричерепного давления, повышении перфузионного давления, сохранении мозгового кровотока за счет предотвращения сжатия коллатеральных сосудов.

Хирургическое лечение отека мозга (гемикраниоэктомия) при злокачественных инфарктах средней мозговой артерии позволило снизить смертность с 80 до 40%. Раннее применение этого метода (в течение первых суток от начала инсульта), по некоторым данным, может еще более существенно снизить смертность. Декомпрессия задней черепной ямки при инфарктах мозжечка является методом первого выбора, он позволяет снизить смертность с 80 % при консервативном лечении до 30 %.

В настоящее время проводятся многоцентровые исследования, которые позволят окончательно оценить эффективность хирургических методов в лечении отека мозга.

Судороги. К неврологическим осложнениям МИ, помимо отека мозга, относят судороги, которые встречаются у 4-7% больных. Как правило, они возникают в первые сутки от начала инсульта у пациентов с большими инфарктами с вовлечением коры головного мозга, а также при ишемических инсультах, обусловленных эмболией.

Для лечения эпилептических приступов используют диазепам 10-20 мл внутривенно. При его неэффективности - фенитоин 15 мг/кг внутривенно или внутрь, карбамазепин, вальпроат натрия (сироп) через зонд.

В дальнейшем противосудорожную терапию назначают лишь при повторных приступах.

Лечебная физкультура

Своевременно начатое лечение положением и раннее применение физических упражнений, в частности в форме пассивных движений, позволяют в значительной степени предотвратить развитие повышенного тонуса мышц, формирование порочной позы, синкинезий. Благоприятное влияние на больного может оказать лечебная гимнастика.

При лечении больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения средства лечебной физкультуры широко применяются, прежде всего, с общетонизирующей целью, так как тонус центральной нервной системы у бальных с нарушением мозгового кровообращения значительно снижен. Резко сказывается отрицательное влияние гиподинамии. Общетонизирующие упражнение дозируются в соответствии с состоянием больного. Вначале их интенсивность минимальная. Постепенно она увеличивается. При этом осуществляется постоянный контроль за реакцией больного на нагрузку (подсчет пульса, измерение артериального давлениях за его самочувствием и субъективным состоянием).

В ходе занятий постоянно осуществляется воздействие на трофические функции. Это достигается применением специальных упражнений, трофики тканей, обменных процессов. Используются пассивные и активные движения и лечение положением. Для профилактики осложнений со стороны внутренних органов широко применяются дыхательные упражнения [37, с. 46].

Потоки центробежных и центростремительных импульсов, возникающие при выполнении пассивных и активных движений, содействуют нормализации процессов нейродинамики в коре и подкорке, способствуют растормаживанию находящихся в состоянии угнетения участков центральной нервной системы, ускоряют восстановление нарушенных условно-рефлекторных связей [38, с. 10].

Пассивные движения, вызывающие раздражение проприорецепторов и способствующие восстановлению иннервации, начинают применяться в ранние сроки и используются в ходе всего восстановительного лечения, Учитывая повышенную рефлекторную возбудимость у больных, они должны выполняться плавно, в медленном темпе, с постепенным увеличением амплитуды, не допуская перерастягивания ослабленных мышц.

Стимуляция активных движений начинается с посылки импульсов к напряжению отдельных ослабленных мышечных групп. Появляющиеся активные движения выполняются вначале с помощью методиста - из облегченных исходных положений. Учитывая быструю истощаемость нервной системы, упражнения должны быть простыми. Они выполняются в медленном темпе, без значительного напряжения, с оптимальным распределением нагрузки между отдельными мышечными группами и сегментами тела [39, с. 50].

При появлении активных движений сначала уделяется внимание укреплению наиболее ослабленных мышечных групп (разгибатели предплечья, разгибатели кисти и пальцев, сгибатели голени, разгибатели стопы). Обязательным условием методики является активное изолированное выполнение движений, осуществляемых соответствующими мышечными группами. Возвращение в исходное положение при спастическом состоянии мышц-антагонистов осуществляется пассивно (расчлененное выполнение упражнений).

При восстановлении активных движений надо добиваться того, чтобы они выполнялись точно, изолированно, так как при этом происходит концентрация потоков импульсов в соответствующих нейронах и их активизация. В случае появления непроизвольных патологических синкинезий необходимо противодействовать их закреплению.

Постоянное внимание уделяется специальным упражнением для спастически напряженных мышечных групп: медленное и плавное растягивание мышц, пассивные движения, элементы расслабляющего точечного массажа, волевое расслабление мышц. Повышение тонуса мышц можно уменьшить путем наложения шин и укладок конечностей в выгодном положении (лечение положением). При этом потоки импульсов с периферии способствуют снижению возбудимости мотонейронов, спастичности мышц.

Таким образом, ЛФК формирует в коре головного мозга новый сложный стереотип, устраняющий патологический, нормализирует деятельность и тем самым способствует ликвидации очагового процесса с его влиянием на организм.

Также ЛФК оказывает стимулирующее действие на регенеративные и трофические процессы, препятствует развитию атрофии мышц, тугоподвижности в суставах, застойных явлений, способствует восстановлению нарушенных функций, нормализации функции желудочно-кишечного тракта и органов малого таза, развитию и совершенствованию компенсаторных и заместительных навыков, повышает общий и эмоциональный тонус больного, вселяет уверенность в выздоровлении. Мышечная деятельность усиливает все виды обмена, активизирует и корригирует окислительно-восстановительные процессы. Систематические занятия физическими упражнениями восстанавливают полноценную регуляцию вегетативных функций [40, с. 58].

Следовательно, биологическая основа процессов восстановления после ОНМК различна в зависимости от сроков начала заболевания. Для уменьшения выраженности двигательных нарушений терапевтические мероприятия необходимо проводить с первых часов инсульта. В остром периоде нарушения мозгового кровообращения лечение должно быть направленно на уменьшение отека головного мозга и восстановление функционирования ишемически поврежденной, но не разрушенной ткани мозга. Этот процесс протекает в течение первых дней от начала заболевания. Другим механизмом, значение которого особенно велико по завершении острого периода инсульта, является пластичность. Для усиления процессов пластичности используются специальные реабилитационные программы, направленные на восстановление утраченные функций, а также различные медикаментозные средства, улучшающие мозговой кровоток и метаболизм.

Для каждого периода реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения существуют свои основные задачи кинезотерапии. Так, в остром периоде основными задачами являются [41, с. 48]: ранняя активация больных, предупреждение развития патологических состояний (спастических контрактур, артропатий) и осложнений (тромбофлейбитов, пролежней, застойных явлений в легких), связанных с гипокинезией, выработка активных движений.

В раннем восстановительном периоде основными задачами являются: ранняя активизация больных, обучение больных целенаправленным действиям, предупреждение развития патологических состояний (спастических контрактур, артропатий) и осложнений (тромбофлебитов, пролежней застойных явлений в легких), связанных с гипокинезией, стимуляция активных движений, способствовать нормализации процессов нейродинамики в коре головного мозга и подкорке, способствовать растормаживанию находящихся в угнетенном состоянии участков ЦНС, ускорение восстановления нарушенных условно-рефлекторных связей, профилактика закрепления патологических синкинезий, укрепление ослабленных мышечных групп, совершенствование двигательных качеств, восстановление навыка опороспособности и движения, общетонизирующее воздействие на организм, содействие улучшению общего и локального крово- и лимфообращения, повышение всех обменных процессов, улучшение и нормализация трофики тканей, профилактика осложнений со стороны всех внутренних органов.

Основные задачи двигательной реабилитации в позднем восстановительном периоде заключаются в дальнейшем развитии активных движений, снижении спастичности, преодолении синкинезий, совершенствовании функции ходьбы, повышении толерантности к физическим нагрузкам, тренировки устойчивости вертикальной позы, обучении навыкам самообслуживания [42, с. 49].

Основной целью занятий лечебной физкультурой является содействие восстановлению двигательных функций, которое происходит главным образом за счет уменьшения зоны разлитого торможения.

То есть, ранняя двигательная активация больных не только способствует лучшему восстановлению двигательных функций, но также снижает риск развития аспирационных осложнений и тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Если у больного выявляются явления апраксии (утраты тех или иных двигательных навыков), в процесс занятий осуществляется специальное обучение больного выполнению «забытых» движений.

При удовлетворительном восстановлении двигательных функций, когда у больного сохраняются неловкость и замедленность движений, на занятиях лечебной гимнастикой уделяется внимание совершенствованию двигательных качеств - ловкости, координации движений, повышению скорости. Используются знакомые больному действия. При их выполнении мобилизируются зрительный и слуховой анализаторы (движения объясняются, выполняются по команде или сигналу, контролируются зрением). Все приемы способствуют улучшению качества движений.

Упражнения, направленные на укрепление силы, применяются при появлении активных движений и используются на протяжении всего курса лечения. Они предназначены для тренировки разгибателей руки, сгибателей голени и разгибателей стопы, в основном в форме движений с оптимальным сопротивлением [43, с. 71].

Постепенно в процессе занятий лечебной гимнастикой двигательный режим больного расширяется. Вначале больного обучают поворотам в постели, переходам в положение сидя, стоя; затем начинается обучение ходьбе. Восстановлению каждого из этих навыков можно посвящать отдельные занятия. Обращается внимание на правильную постановку паретичной конечности, на координацию движений рук, и ног, на осанку больного. По мере усвоения задания, увеличивается дозировка выполняемых упражнений.

На раннем и позднем этапах восстановительного лечения физические упражнения используются в основном с целью максимального содействия восстановлению нарушенных иннервационных механизмов [44, с. 50].

На этапе остаточных нарушений двигательных функций улучшение движений может осуществляться за счет формирования соответствующих компенсаций, поскольку механизмы двигательных функций рассеяны в различных отделах коры головного мозга. Нарушения в коре мозга могут частично компенсироваться и за счет подкорковых образований.

На протяжении всего лечения осуществляется контроль за изменением функционального состояния больного, за его реакцией на предлагаемые нагрузки, производится их корректировка.

Лечебная физкультура применяется при лечении постинсультных больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения. Кроме того, применяются гигиеническая гимнастика, лечебная ходьба, игровые упражнения. Занятия лечебной гимнастикой в зависимости от степени нарушения двигательных функций проводятся индивидуальным или малогрупповым методом.

Вводная часть занятия. Задачи: установить контакт с больным, сосредоточить его внимание на предстоящих занятиях, придать паретичным конечностям «корригированное положение», умеренно активизировать (тонизировать) организм больного, подготовить к выполнению упражнений основной части занятия лечебной гимнастики.

Средства: активные движения здоровыми конечностями, упражнения в расслаблении мышц, дыхательные упражнения. Элементы аутогенной тренировки и точечного массажа. При наличии повышенного мышечного тонуса и патологических синкинезий паретичным конечностям придается положение, противоположное позе Вернике-Манна.

Все упражнения должны быть доступными для больного, не требующими длительного пояснения. Физиологическая нагрузка, определяемая по частоте пульса, в конце вводной части не должна превышать 20% от исходного показателя.

Основная часть занятия. Задачи: способствовать восстановлению нарушенных двигательных функций; обеспечить дальнейшую активизацию организма больного.

Средства: упражнения для паретичных конечностей (пассивные движения, стимуляция активных изолированных движений с помощью методиста, активные изолированные движения), упражнения с сопротивлением для мышц, «удлиняющих» руку и «укорачивающих» ногу, в чередовании с активными свободными упражнениями для здоровых конечностей и мышц туловища, дыхательными упражнениями и упражнениями на расслабление мышц. По показаниям применяются элементы точечного массажа и аутогенной тренировки. В соответствии с возможностью осуществляются перевод больного в положение лежа на боку, сидя, стоя, подготовка к ходьбе, обучение правильному механизму ходьбы, тренировка ходьбы, восстановление прикладно-бытовых движений.

При стойком восстановлении активных изолированных движений в паретичных конечностях применяются упражнения, улучшающие координацию движений, с постепенно возрастающей степенью сложности.

Физиологическая нагрузка в основной части занятия не должна превышать 35 % от исходного показателя по пульсу.

Заключительная часть. Задачи: снизить нагрузку, доведя функциональное состояние организма до уровня, несколько превышающий исходный. Закрепить достигнутые результаты улучшения нарушенных двигательных функций.

Средства: активные упражнения для мелких мышечных групп здоровых конечностей в медленном темпе, упражнения в расслаблении групп здоровых конечностей в медленном темпе, упражнения в расслаблении мышц здоровых и паретичных конечностей, дыхательные упражнения, элементы аутогенной тренировки. По показаниям - лечение положением («корригированное положение» паретичных конечностей).

Во всех режимах как раннего, так и позднего восстановительного периода в процессе занятий лечебной гимнастикой необходимо соблюдать принцип рассеивания нагрузки (чередование упражнений и упражнений в расслаблении мышц), учитывая повышенную истощаемость корковых клеток при нарушениях кровообращения головного мозга.

При проведении лечебной гимнастики следует обращать постоянное внимание на сохранение правильного положения конечностей с целью снижения повышенного тонуса паретичных мышц и противодействия синкинезиям.

Широко используются упражнения в расслаблении мышц. Необходимо обучать пациента волевому расслаблению мышц сначала здоровой, а затем третичной конечности.

Активные упражнения следует применять только такой степени трудности, чтобы при их выполнении у больного не повышалась спастичность и не появлялись синкинезии.

Больного необходимо настроить на активное участие в предстоящем занятии, сконцентрировать его внимание не выполнение заданий.

При последствиях острого нарушения мозгового кровообращения психология больного существенно отличается от психологии здорового. Необходимо представить себе состояние человека, еще вчера бывшего на работе, общавшегося с такими же, как и он, здоровыми людьми и потерявшего способность двигаться, а иногда и говорить. Больной с моторной афазией все слышит и понимает, но, находясь в заторможенном состоянии, лишен возможности ответить. Во избежание усиления процессов торможения с этими больными следует говорить в пол голоса.

Больные с апраксией совершают неправильные действия (причесываются ложкой, рубашку натягивают на ноги). Нельзя забывать о том, что психически это - нормальные люди и относиться к ним необходимо с особым тактом, окружая вниманием и заботой.

Лечебная физкультура является активным методом лечения. Успех восстановления утраченных функций во многом зависит от степени участия больного в занятиях лечебной гимнастикой [45, с. 80].

Вселяя в пациента уверенность в том, что для него будет сделано все возможное, чтобы восстановить утраченные функции, следует неуклонно и упорно заставлять его систематически заниматься подобранными для него упражнениями. Необходимо постоянно контролировать выполнение заданий. Больной должен быть уверен, что окружающий его медицинский персонал сделал все, от него зависящее, чтобы содействовать его выздоровлению.

Комплекс общетонизирующих и дыхательных упражнений при реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения представлен в приложении В.

Массаж

Все средства лечебной физкультуры и массажа в восстановительном периоде лечения должны быть направлены на нормализацию тонуса мышц - синергистов и антагонистов парализованных конечностей, предупреждение стойких двигательных расстройств (мышечные контрактуры, тугоподвижность суставов, осложнения в связи с вынужденной гиподинамией, гипостатическая пневмония), повышение психического тонуса больных.

Как уже сказано выше, повышение рефлекторного мышечного тонуса приводит к типичным контрактурам. В связи с тем, что точки прикрепления спастических мышц длительно сближены, эти мышцы со временем укорачиваются, возникают контрактуры, а длительный покой ведет к тугоподвижности в суставах.

На 5-10-й день болезни, при удовлетворительном состоянии больного, с целью нормализации состояния тонуса мышц-синергистов и антагонистов паретичных конечностей, предупреждения возникновения контрактур и деформации суставов помимо лечения положением назначают пассивные движения и массаж, а затем лечебную физкультуру, включающую активные движения. Сроки ее назначения варьируют в зависимости от состояния больного [56, с. 64].

Показания к назначению массажа:

. Остаточные явления после острого нарушения мозгового кровообращения с инсультом при отсутствии коматозного состояния в сроки от 2-го до 20-го дня. При ишемическом инсульте, начиная с 3-го дня, при геморрагическом на 6-7-й день.

. При начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга (хроническая недостаточность мозгового кровообращения).

. После острого преходящего нарушения мозгового кровообращения в сроки от 2 до 10 дней.

Задачи массажа: снизить рефлекторную возбудимость спастических мышц, ослабить мышечные контрактуры, укрепить антагонисты спастических мышц, т.е. активизировать растянутые и ослабленные мышцы, улучшить крово- и лимфообращение в паретичных мышцах, способствовать восстановлению функции движения суставов парализованных конечностей.

Противопоказания:

. Общие для назначения массажа.

. Коматозное состояние при остром нарушении мозгового кровообращения.

. В период мозгового сосудистого криза. При остром преходящем нарушении мозгового кровообращения.

. Нарастание гемипареза, сильные головные боли, боли в области сердца, повышенная температура.

Методические указания

. Продолжительность сеанса массажа должна увеличиваться постепенно вначале от 5 до 10 минут и затем от 15 до 25 минут, в связи со значительной утомляемостью паретичных мышц.

. Курс массажа 20-25 сеансов, ежедневно или через день. Массаж должен применяться длительно с перерывами между курсами не менее 10-12 дней.

. В первых трех сеансах на ранних сроках после инсульта (спустя 2 месяца) область воздействия небольшая, массируют только проксимальные отделы конечностей (плечо и бедро), где рефлекторная нервно-мышечная возбудимость менее выражена, чем на дистальных отделах конечностей.

С целью профилактики мышечных контрактур более интенсивно и длительно следует массировать разгибатели рук и сгибатели ног. В ранних сроках после инсульта нельзя поворачивать больного на живот [47, с. 110].

На 4-5-ом сеансах при хорошей ответной реакции больного на массажные приемы добавляют массаж груди и дистальных отделов конечностей (предплечья, кисти, голени, стопы). Положение больного лежа на спине или на здоровом боку. В дальнейшем, на 6-8-ом сеансах, охватывают также спину и поясничную область. Положение больного на животе разрешают в более позднем периоде. При сопутствующем заболевании сердца область спины и поясничную область следует массировать в положении больного сидя или лежа на правом боку.

. Для адаптации больного рекомендуется сначала массировать здоровую симметричную конечность, применяя приемы, оказывающие успокаивающее, тормозящее влияние на нервную систему.

. Массаж во всех периодах лечения после инсульта не должен вызывать болевых ощущений у больного. Даже на малейшие болевые ощущения больной может реагировать усилением спастичности мышц и синкинезиями.

. Во время массажа важное значение имеет правильное положение дистальных отделов конечностей. При трудном сохранении необходимого положения конечностей следует прибегать к их фиксации специальными шинами, лонгетами, мешочками с песком, которые снимают на время проведения лечебной гимнастики и массажа. Например, во время массажа кисти, массажист должен удерживать III-V пальцы больного в положении разгибания, а большой палец - отведенным. При массаже ноги нужно приподнимать наружный край стопы, подложив под коленный сустав валик.

. При жалобах на тяжесть в голове, головные боли, головокружение рекомендуется назначать массаж головы и воротниковой зоны. Массаж этих же областей показан после преходящих расстройств кровообращения. Методика массажа в этих случаях дифференцируется в зависимости от уровня артериального давления.

. Все пассивные упражнения проводят в исходном положении лежа на спине, животе (сгибание голени при фиксации таза), на боку (разгибание бедра, ротация плеча). Но следует отметить, что для выполнения пассивных упражнений наиболее благоприятной позой является положение больного лежа на спине. Движения в каждом суставе повторяются до 10-15 раз.

. Активные движения для стимуляции мышц проводятся из исходного положения лежа на спине на ровной опоре. Количество повторений для одной мышечной группы 3-6 раз.

. Во время выполнения активных движений должны быть полностью устранены задержки на вдохе, а также достаточно выраженная одышка (частота дыхания не более 24-26 в минуту).

. В первом восстановительном периоде следует осторожно использовать упражнения для развития силы. Несоблюдение этого принципа часто приводит к гипертонусу. Не рекомендуется в периоде восстановительного лечения применять упражнения с ручными экспандерами, теннисными мячами, так как упражнения подобного рода увеличивают тонус сгибателей кисти и пальцев, резко усугубляя нарушения, и затрудняют дальнейшее функциональное восстановление.

. Перед выполнением активных движений с целью стимуляции мышц целесообразно с помощью поглаживания, поверхностного растирания, потряхивания и встряхивания снижать рефлекторную возбудимость спастических мышц-сгибателей и интенсивного, глубокого массажа активизировать возбудимость ослабленных мышц-разгибателей [48, с. 113].

Рефлексотерапия

Рефлексотерапия - наука, которую еще называют искусством. Заключается она в лечении разнообразных болезней и укреплении общего здоровья человека при помощи специальной стимуляции, которая воздействует на разные области и зоны нервной системы. Подобное воздействие создает своеобразные импульсы. Передаются они в центры нервно системы, после чего она начинает самостоятельно восстанавливаться. Результатом становится запуск процессов в организме, которые позволяют излечиться от разных болезней.

Родиной подобной терапии считается Китай. Местное иглоукалывание распространилось уже далеко за пределы государства. Подобные методы там используются для лечения достаточно широкого спектра заболеваний. Именно поэтому Запад с удовольствием принял такой метод. Рефлексотерапия уже заняла свою особую нишу в области медицины многих стран мира. Стоит ли говорить, что частенько такой способ лечения помогал даже в самых трудных случаях. Современная медицина может отказаться от лечения, рефлексотерапевты - нет. Что касается совмещенных методов - тут даже не может быть никаких вопросов. Медикаменты плюс терапия дают отличный результат [49, с. 54].

Основой терапии является представление о том, что наш организм - система, которая полностью взаимосвязана. Исходя из этого, любое нарушение в той или иной его части приводит к нарушениям в другой.

Лечение рефлексотерапией имеет массу достоинств: снимает болевой синдром, почти не имеет противопоказаний, безболезненна, снижает фармакологическую нагрузку, безопасная процедура без побочных эффектов.

Ну а самым новым инструментом, который используют при лечении подобной терапией, является аппликатор Ляпко. Создан он специально для профилактики разных заболеваний, а также для укрепления собственного иммунитета. В то время, как вы используете аппликатор, он активно влияет на процесс сбалансирования обменных функций. Сон улучшается, работоспособность - поднимается на уровень выше, настроение - просто замечательное. Этот аппарат известен уже далеко за пределами Российской Федерации и успел занять свою нишу. Его популярность вполне заслуженна.

Рефлексотерапия является важной составляющей лечения острых нарушений мозгового кровообращения и может применяться как часть комплексной терапии, так и как самостоятельный метод лечения. Наиболее часто нами используются методики, рекомендуемые классическими китайскими трудами по иглотерапии, которые, как замечено, дают наибольший эффект терапии [50, с. 24].

Подробная схема реабилитации больных с ишемическим инсультом при помощи рефлексотерапии представлена в приложении В.

Эффективность рефлексотерапии при лечении ишемического инсульта и его последствий напрямую зависит от того, когда было начато лечение. Лечение, начатое в первые дни заболевания, намного более эффективно. Эффективность рефлексотерапии также значительно вырастает при использовании рефлексотерапии как части комплексного лечения больных.

Все физические факторы воздействия, применяемые в рефлексотерапии, можно разделить на механические, термические, криогенные, вакуумные, электрические, лучистые, магнитные и электромагнитные поля.

В качестве механических факторов чаще всего применяются стальные, серебряные, золотые, платиновые и другие иглы длиной от 10 до 150 мм и диаметром от 0,1 до 0,5 мм.

Форма игл зависит от их назначения и промышленного производства (китайские, японские, вьетнамские, отечественные).

Имеются и микроиглы, изготовляемые из тех же металлов и остающиеся в тканях на 1-3-5, 7-8 сутки (иглы из нержавеющей стали) или 9-14-21 сутки (иглы из серебра и золота).

Для механического воздействия применяют также аппликации металлическими шариками и пластинками, раздражение игольчатыми валиками, палочками для прессуры и массажа, что особенно удобно в педиатрии, а также при лечении ослабленных больных.

Кроме того, в определенных случаях с целью механического воздействия можно применять акупрессуру.

Показания к пальцевому воздействию шире, чем к акупунктуре. Это связано с тем, что воздействие пальцем не травмирует, доступно в любых условиях, эффективно и при правильном выполнении не дает никаких побочных эффектов.

Для термического воздействия чаще всего применяют полынные сигары или конусы, которые горят без пламени и дают инфракрасное излучение, повышая температуру кожи в месте прогревания до 43-45 °С.

Одной из разновидностей являются конусы из морской травы мокса, получившие название «мокса».

Конусы, в отличие от сигар, накладывают непосредственно на кожу.

Кроме того, воздействовать теплом можно при помощи горячего воздуха или пара и специальных электроприборов, позволяющих направить узкий пучок тепла на биологически активную точку.

Для криогенного воздействия на биологически активные точки чаще всего применяют лед, а также эфир, хлороформ, хлорэтил.

Воздействие вакуумом осуществляют при помощи специальной банки, соединенной с вакуумной установкой, или обычной банки. Различают традиционное вакуумное воздействие (банки), вакуумный (баночный) массаж, вакуумпунктуру, точечное вакуумное воздействие.

В зависимости от целей в рефлексотерапии применяют гальванический ток, импульсный постоянный ток низкого напряжения, переменный ток низкого напряжения, переменный ток высокого напряжения и высокой частоты, электромагнитное поле высокой частоты.

Широко применяют электропунктуру, электроакупунктуру и электроиономикрофорез с помощью специальных приборов.

При электропунктуре на биологически активную точку воздействуют электрическим током, а при электроакупунктуре-электрическим током, подключенным к игле, введенной в кожу.

Электроиономикрофорез-это введение в биологически активную точку раствора лекарственного вещества при помощи гальванического тока. Кроме того, с помощью приборов для электрорефлексотерапии можно обнаружить биологически активные точки, определить их функциональное состояние, функциональное состояние акупунктурного меридиана.

Одним из вариантов электрорефлексотерапии является воздействие на биологически активные точки ультразвуковыми волнами.

В качестве лучистых факторов при рефлексотерапии чаще всего применяют ультрафиолетовые лучи в эритемных дозах. Для точечного воздействия на лампы надевают специальные насадки, дающие узкий пучок света.

В последние годы с лечебной целью используют постоянное магнитное поле напряженностью 200-500 А/м. Ряд исследователей установили благотворное влияние магнитных полей на микроциркуляцию, реологические свойства крови, гемо- и ликвородинамику.

Широко применяют в медицине (рефлексотерапии) электромагнитные поля высоких, ультравысоких и сверхвысоких частот, а также облучение биологически активных точек непрерывным монохроматическим поляризованным светом (лазеропунктура).

Можно полагать, что энергетическое воздействие на биологически активные точки ведет к усилению в них биохимических реакций, а выделяемые при этом активные вещества, попадая в кровь, влияют на все системы организма.

Физиотерапия

Электрофорез с йодом и бромом на воротниковую зону; йодо-бромные, хвойные, кислородные ванны; СМТ на растянутые мышцы; электростимуляция мышц; микроволновая терапия; магнитотерапия; теплолечение - парафиновые или озокеритовые аппликации на спастичные мышцы [50, с. 56].

Комплекс лечения постинсультных артропатий, включает обезболивающие электропроцедуры (средствами выбора являются диадинамические токи, синуи-дально-модулированные токи, чрескожная стимуляционная аналгезия, электрофорез лекарственный, иглорефлексотерапия), а также методы, улучшающие трофику суставов и окружающих их мягких тканей (парафино- или озокеритолечение, вакуумный массаж, турбулентный гидромассаж). Лечение проводится в сочетании с методами, направленными на восстановление движений (кинезотерапия, массаж).

При выпадении головки плеча показаны ношение фиксирующей повязки, электростимуляция мышц плеча и плечевого пояса. Рекомендуется начинать лечение сразу же после появления первых признаков трофических изменений суставов (небольшая припухлость в области сустава, нерезкая болезненность при движениях в нем и надавливании) [51, с. 47].

Целью физиотерапии является полное (или частичное) восстановление нарушенных функций центральной нервной системы и возвращение больного к активному труду и повседневной жизни.

Физические методы лечения используют для восстановления ликвородинамики (противоотечные методы), реологических свойств крови (гипокоагулирующие методы), метаболизма нервной ткани (энзимстимулирующие методы), корковых функций (психостимулирующие методы), биоэлектрогенеза головного мозга (трофостимулирующие методы), предупреждения прогрессирования двигательных нарушений (нейростимулирующие методы).

Таблица 1.1 Физические методы лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения

|  |  |
| --- | --- |
| Психостимулирующие | Продолжительная аэротерапия, кислородные ванны, неселективная хромотерапия |
| Тонизирующие | Лечебный массаж |
| Трофостимулирующие методы | Диадинамотерапия, амплипульстерапия, электростимуляция, местная дарсонвализация |
| Нейростимулирующие | Нейроэлектростимуляция |
| Энзимстимулирующие | Инфракрасная лазеротерапия, трансцеребральная УВЧ-терапия |
| Гипокоагулирующие | Низкочастотная магнитотерапия |

Курортотерапия

Реабилитация больных, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, проводится только в местных санаториях. Санаторное лечение и восстановление больных с последствиями инсульта, инфаркта мозга и субарахноидального кровоизлияния показано при возможности самообслуживания, самостоятельного передвижения и без снижения интеллекта.

Задачи санаторного этапа реабилитации: закрепление результатов, достигнутых на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах, дальнейшее восстановление нарушенных двигательных, чувствительных рефлекторных и трофических функций, предупреждение прогрессирования заболевания, приведшего к инсульту (гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга), повышение физической работоспособности больных путем рационального использования санаторно-курортных факторов, проведение мероприятий по психологической реабилитации, ориентирование больных на продолжение общественно- полезного труда.

Основу программы реабилитации составляет последовательное повышение нагрузки лечебных процедур в соответствии с динамикой клинической картины и функционального состояния организма.

В первые дни после поступления на реабилитацию больным назначается щадящий режим. По мере улучшения функционального состояния организма, повышения адаптации к более высоким физическим и другим нагрузкам больного переводят на щадяще-тренеруюший режим. В этот период расширяют объем, интенсивность и продолжительность лечебных воздействий. Перевод больного с одного режима на другой осуществляется с учетом данных медицинского наблюдения и врачебного контроля за переносимостью назначенного лечения и результатов электрофизиологических и других методов исследования.

В реабилитации больных применяют климатотерапию, бальнеолечение, грязелечение, физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж, психо- и рефлексотерапию и медикаментозное лечение.

Из методов климатотерапии для больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, наиболее широко применяются аэротерапия и гелиотерапия.

Аэротерапия предусматривает пребывание больного на свежем воздухе и включает ночной и дневной сон на открытом воздухе или в специально оборудованном климатопавильоне, длительное пребывание на балконах, верандах, в парке во время пешеходных прогулок, терренкура, а также использование воздушных ванн.

В реабилитации после ишемического инсульта важное значение имеет применение бальнеотерапии (сероводородных, радоновых, углекислых, йодобромных минеральных ванн). Сероводородные ванны назначаются в виде местных (на паретичную конечность или 2-4 камерных) ванн при концентрации сероводорода 50-75-100 мг/л и температуре 36-37°С. Общие сульфидные ванны назначаются только при хорошей переносимости местных ванн по ступенчатой методике с постепенным увеличением концентрации сероводорода (25-50-75-100 мг/л) и удлинением времени приема процедуры. Радоновые ванны назначают концентрацией 60-120 нКи/л при температуре 36-37 °С продолжительностью 8-15 мни. Грязелечение применяют в основном в виде местных аппликаций на паретичную конечность, гальваногрязелечения, электрофореза грязевого раствора и грязеиндуктотермии, проводимых по общепринятым методикам. Важной составной частью лечебного комплекса является применение преформированных физических факторов: лекарственного электрофореза, диадинамо- и амплипульстерапии, электростимуляции, индуктотермии, ДМВ-терапии, магнитотерапии, ультразвука, проводимых в полном соответствии с действующими методическими рекомендациями.

Лечебная физкультура назначается в виде утренней гигиенической гимнастики, дозированной ходьбы, лечебной гимнастики, ближнего туризма. Утренняя гигиеническая гимнастика предусматривает использование 8-10 упражнений, несложных по форме, с 8-10 повторениями каждого. В комплекс УГТ включается также ходьба в быстром темпе. Во время дозированной ходьбы уделяется внимание обучению правильной ходьбе, соблюдению правильной осанки. Дозированная ходьба проводится 2-3 раза в день и регулируется продолжительностью, темпом ходьбы и пройденным расстоянием. Занятия по лечебной гимнастике проводятся малыми группами или индивидуально с помощью методиста ЛФК. Особое внимание при этом уделяется упражнениям для развития дифференцированных точных движений в отдельных суставах кисти и пальцев, а также обучению больных активному расслаблению мышц и правильному дыханию. Число повторений активных движений не должно превышать 12-5, т. е. не должно приводить к утомлению данной группы мышц. При наличии определенных показаний (тугоподвижность в суставах, контрактура, трофические изменения в мышцах) применяют механотерапию. Для обучения трудовым навыкам используют специально оборудованные стационарные или передвижные учебно-тренировочные стенды с систематизированным набором бытовых приспособлений, расположенных в порядке постепенного усложнения движений, выполняемых кистью и пальцами. Кроме того, могут быть использованы наборы хозяйственных, бытовых, прикладных и других предметов, а также предметы личной гигиены.

В лечении больных в санатории после инсульта широко используются различные методы массажа. Массаж рекомендуется проводить в утренние часы (через 1,5-2 ч после завтрака) при температуре воздуха не ниже 20 °С по строго разработанным методикам и в полном соответствии с показаниями к его применению. Методы рефлексотерапии направлены, прежде всего, на нормализацию тонуса паретичных конечностей, а также на восстановление нарушенных трофических и вегетативных функций. Среди методов психотерапии используют рациональную психотерапию и аутотренинг. Медикаментозное лечение проводится с учетом патогенеза и тяжести основного и сопутствующих заболеваний, а также клинической картины мозгового инсульта. После завершения санаторного лечения больные переводятся на амбулаторно-поликлинический этап под постоянное наблюдение невропатолога

ТРИАР-массаж представляет собой лучшее сочетание новейших технологий и древнейших методик врачевания. ТРИАР-массаж (3R - Relax, Release, Rehabilitaton, или Расслабление, Освобождение, Восстановление (оздоровление) - интегрирование массажная методика, комплексно решающая широкий круг конкретных проблем эстетического и физического характера (профилактика заболеваний и поддержание здоровья, улучшение адаптации к окружающей среде) [52, с. 7].

Предлагаемый ТРИАР-массаж алгоритм работы позволяет сочетать и варьировать в зависимости от показаний приемы шведского массажа, мягких мануальных методов и лечебной гимнастики таким образом, что положительное воздействие этих техник усиливается. Каждый технический прием имеет свои индивидуальные особенности исполнения и воздействия на определенные слои тканей, оказывает свое основное для данного приема специфическое физиологическое действие, а также попутные физиологические влияния как на отдельные системы, так и на организм в целом. Как следствие - снятие болевого синдрома, улучшение подвижности в суставах, улучшение сократительной способности мышц и повышение общего тонуса и тургора тканей, замедление процесса старения.

Relax - Расслабление

Этот вид массажной техники направлен на глубокое расслабление, снятие напряжения и стресса. Он обладает успокаивающим эффектом, восстанавливая энергетический баланс и душевное равновесие. Релакс-массаж - это прекрасная оздоровительная процедура, быстро снимающая усталость и восстанавливающая работоспособность, предупреждающая переутомление, создающая хорошее настроение; это не только удовольствие, но и весьма эффективный метод лечения и профилактики многих заболеваний [53, с. 8].

Данная техника основана на шведском массаже по системе П.Х. Линга. Основные эффекты шведского массажа - активизация крово- и лимфообращения как в обрабатываемой анатомической области, так и во всём организме, и, как следствие, ускорение общего обмена веществ. Благодаря рефлекторному воздействию массажных приёмов можно корректировать деятельность внутренних органов. Кроме того, приёмы шведского массажа, выполняемые определённым образом, влияют на функциональное состояние коры головного мозга, увеличивая или снижая возбудимость ЦНС. Комплекс массажа и гимнастики (комплекс Линга) по праву считается мощным лечебно-профилактическим средством, позволяющим подготовить организм к физическим нагрузкам или к лечебным процедурам.

Release - Освобождение

Релизинг (освобождение) - это направление альтернативной медицины, включающее выявления структурных изменений и применение техник специального массажа для вытягивания фасций и устранения возможных узлов напряжения, возникающих между фасциями, мышцами и костями. Эта техника успешно используется для облегчения боли, освобождения от зажимов и восстановления баланса в теле. Основным ее составляющим являются мягкие мануальные техники (ММТ) функционального направления, которые относятся к прогрессивному направлению современной мануальной терапии. Они лишены недостатков прямых манипуляций, используемых в классических мануальных методиках. Поэтому они были взяты на вооружение массажистами и пользуются огромным успехом.

Суть метода - в мягком послойном воздействии на ткани с целью устранения напряжения и смещения внутренних органов, усиление кровотока и лимфотока. При этом значительно улучшается функционирование органов, многие болезни устраняются без применения медикаментозных средств. Воздействие приемов релизинга очень мягкое, и это дает возможность работать и с морщинами на лице, и с мимическими мышцами шеи (травмы при этом исключены совершенно) - одним словом, с любыми мышцами и фасциями на всю глубину мягкой ткани вплоть до надкостницы. При этом пациент не испытывает боли и чаще всего спит.

Основные разновидности релизинговых техник: миофасциальный релизинг, работа с триггерными точками, постизометрическая релаксация.

В основе методики миофасциального релизинга лежит представления о единстве и целостности фасциальной системы организма. Фасции связанные между собой и формируют единую тканевую систему. Они являются частью так называемого мягкого скелета, выполняют опорную и трофическую функции. Нарушение фасциальной структуры ведет к нарушению нормальной работы мышц, что, в свою очередь, может вызывать боль. Миофасциальный релизинг - это методика, включающая в себя выявления структурных изменений фасций и применение специальных приемов массажа для устранения этих нарушений.

Триггерные точки (или миофасциальные триггерные точки) представляют собой сверхчувствительно пальпируемые уплотненные участки в мышце или ее фасции. В двигательной системе такие точки могут вызывать функциональные нарушения или являться их следствием. Практически нет ни одной мышцы, в которой бы при определенных условиях не могло не развиваться подобное нарушение. В ТРИАР-массаж по медицинским показаниям может быть включено воздействие на триггерные точки.

Цель использующейся в ТРИАР-массаже постизометрической релаксации (ПИР) - расслабление мышечных зажимов. Это достигается путем сочетания кратковременного произвольного изометрического напряжения мышцы с последующим ее медленным пассивным растягиванием. В итоге ликвидируется функциональный гипертонус мышц и, как следствие, мышечная и суставная боль, избыточное натяжение связок, капсул суставов, сдавление сосудов и нервов.

Rehabilitaton - Восстановление (оздоровление)

Реабилитационные массажные техники наиболее эффективны при функциональном лечении и восстановлении физической работоспособности пациента, особенно после оперативных вмешательств (удаление менисков, операция на ахилловом сухожилии). Такие техники проводятся в сочетании с лечебной гимнастикой и мягкими мануальными техниками. Сеанс общего реабилитационного массажа рекомендуется проводить 2-3 раза в неделю, а локального - ежедневно. При травмах массаж начинают применять как можно раньше, поскольку он способствует нормализации крово- и лимфотока, снятию болевого синдрома, рассасыванию отека, гематомы, нормализаци и окислительно-восстановительных процессов в организме.

С помощь реабилитационного массажа решаются следующие задачи:

. Общетонизирующее воздействие - путем усиления крово- и лимфообращения, а также неспецифического стимулирования экстероцептивной и проприоцептивной чувствительности (шведский массаж + миофасциальный релизинг).

. Регионарно-тоническое воздействие на вялопаретичные мышцы - достигается путем применения различных приемов шведского массажа в большом объеме, с достаточной силой, с экстерорецептивным облегчение, благодаря продольному растиранию и разминанию брюшных мышц при различных ее состояниях (расслаблении или разной степени напряжения) и последующему потряхиванию, мелкоточечной вибрации и кратковременному, до болевого ощущения, прижатию мышцы.

. Расслабляющее воздействие на ригидные, спастические и локально-спазмированные мышцы, осуществляемое с помощью общих расслабляющих приемов мягких мануальных техник, выполняемых в медленном темпе с обязательными паузами между приемами. Противоболевое воздействие достигается рефлекторным влиянием техники воздействия на триггерные точки.

Особенностью комплекса ТРИАР-массажа является применение элементов указанных выше методов не как исключительно мануальной терапии (только для устранения дисфункций), а как системы для повышения подвижности в любом возрасте. При этом используются возможности организма по самокоррекции и восстановлению частично утраченных функций.

Все приемы восстановительного массажа должны сочетаться с пассивной и активной гимнастикой. Терапевтический эффект от применения комплекса мануальной реабилитации значителен и сохраняется длительное время при физической активности. Программа реабилитации каждый раз составляется индивидуально. Возможно ее применение для спортсменов во время отдыха и восстановления и для здоровых людей с целью оздоровления и профилактики.

Общее построение сеанса массажа, гимнастики и мануальных техник, приведенное в данном издании, учитывает действительную последовательность приемов и упражнений для конкретного пациента. Такой подход позволяет существенно расширить терапевтические возможности как массажистов, так и методистов ЛФК, массажистам, тренерам, врачам спортивной медицины [54, с. 10].

Глава 2. Материалы и методы исследования

.1 Организация исследования

Для решения поставленных задач на базе ГБУЗ «ОКБ № 3» г. Челябинска в период 14.04.14 - 25.05.14 года, было сформировано две группы пациентов с ишемическим инсультом. Контрольную группу составили - 10 пациентов, основную - 10 пациентов. Всем пациентам проводились реабилитационные мероприятия, представленные в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Программа реабилитации основной и контрольной групп

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Основная группа | Контрольная группа |
| Медикаментозная терапия по назначению врача | + | + |
| Лечебная гимнастика - ежедневно, по 30 минут №10 | + | + |
| Классический массаж спины по 30 минут ежедневно №10 | + | + |
| ТРИАР-массаж 15 минут ежедневно №10 | + | - |

Пациенты исследовались до и после пройденного курса реабилитации.

Полученные результаты были проанализированы, сделаны выводы, которые представлены в третьей главе.

.2 Методы исследования

Исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы с помощью пробы Руфье-Диксона.

Обследуемый находится в спокойном положении в течение 5 минут. После 5-минутоного спокойного состояния измеряется частота сердечных сокращений (ЧСС) за 15с (Р1). Затем в течение 45 секунд предлагается выполнить подъемы на ступеньку. Сразу после подъемов на ступеньку подсчитать пульс за первые 15с (Р2) и последние 15с (Р3) первой минуты периода восстановления. Далее рассчитывается показатель сердечной деятельности (ПСД) по формуле [1, с. 230]:

ПСД=4 (Р1 + Р2 + Р3) - 200/10

Оценка ПСД по РуарарпрптттиттРуфье:

,1 до 5,0 - отлично;

,1 до 10,0 - хорошо;

,1 до 15,0 - удовлетворительно;

,1 до 20,0 - плохо [2, 34 с.].

Психологический метод: опросник депрессии Бека

Опросник депрессии Бека позволяет выявить у пациента самооценку депрессии в настоящий момент времени. Бланк опросника представлен в приложении Б. Считается, что испытуемый страдает депрессией, если он набрал более 25 баллов. Результат менее 10 баллов говорит об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемого. Промежуточную группу составляют испытуемые с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического генеза [3, с. 34].

Исследование функционального состояния нервной системы: тест Шульте

Тест Шульте применяют при исследованиях объема и распределения внимания. Для проведения теста используют пять таблиц размером 60х60 см, на которых в случайном порядке размещены числа от 1 до 25. Обследуемый находится от таблицы на расстоянии, соответствующем остроте зрения. Таблица представлена в приложении А. Ему предлагают отыскивать числа по порядку, показывая каждое указкой и называя его вслух. Секундомером отмечают время, затраченное на каждую таблицу. Очередность предъявления таблиц значения не имеет [4, с. 23].

Физиологическая трактовка теста. Так как обследуемый должен не только отыскивать (движение глаз), узнавать (работает память), называть числа (работают мышцы речевого аппарата) и показывать указкой (движение мышц руки) в максимально высоком темпе в течение довольно длительного времени (примерно 2-5 минут), настоящий тест позволяет судить о подвижности и устойчивости функционирования нервных центров. Чем меньше времени затрачено на все таблицы (или в среднем на одну), тем выше скорость протекания нервных процессов, выше функциональное состояние нервной системы [5, с. 22].

Трактовка результатов: если время на все таблицы одинаково, то внимание (корковые процессы) устойчиво (характерно для здоровых людей), уменьшение времени к 2-3 таблице свидетельствует о врабатывании (характерно для здоровых людей), если время к последней таблице увеличивается, то идет утомление: чем быстрее это происходит, тем сильнее астенизация нервной системы.

Об истощении внимания и снижении кратковременной памяти свидетельствуют ошибки - пропускают число, называют другое, похожее число. Таким образом, результат теста в определенной мере зависит и от памяти [6, с. 13].

Критерии оценки: средним считается время, затраченное на одну таблицу в 30-50 секунд; если среднее время на таблицу меньше 30 секунд, то результат считается выше среднего.

.3 ТРИАР-массаж как метод реабилитации

ТРИАР-массаж является эффективным лечебным и реабилитационным методом, применяемым в целях нормализации функций организма при различных заболеваниях, повреждениях, в том числе и ишемическом инсульте. ТРИАР-массаж, как совокупность ручных приемов, используемых в целях воздействия на поверхностные и глубокие ткани рефлекторно-сегментарным и механическим путем, нашел самое широкое применение.

Данная технология предназначена для реабилитологов, инструкторов по лечебной физической культуре и массажу. Методика не имеет сложностей в освоении.

Изменение функций сердечно-сосудистой системы пропорциональны мышечной работе и обусловлены, в первую очередь, увеличением кровоснабжения скелетной мускулатуры и реакцией центральной нервной системы (ЦНС) на нагрузку [7, с. 33].

В шведском Relax-массаже есть методички специального дозированного давления на сосудисто-нервные пучки. На состояние сосудистых стенок влияют активные и пассивные движения пациентов, механическое воздействие рук массажиста, химические вещества, содержащиеся в крови (адреналин, норадреналин, молочная кислота, аденозинтрифосфорная кислота). Кроме того, весь комплекс сосудистой реакции координируется центральной нервной системой, которая регулирует не только величину просвета сосудов, но и проницаемость стенок капилляров, что позволяет изменять обмен веществ между кровью и тканями.

Реакцией организма на мышечные нагрузки является увеличение частоты сердечных сокращений и систолического объема кровообращения. Гиперемия же работающих мышц при физических упражнениях осуществляется не только за счет учащения ритма сердечных сокращений, но и за счет увеличения объема систолы сердца и снижения периферического сосудистого сопротивления.

ЧСС во время физической деятельности пропорционально величине общей нагрузки. Тенденция к уменьшению пульсовой реакции указывает на совершенствование приспособительных механизмов сердца по мере повышения тренированности.

Под действием массажа: улучшается снабжение органов богатой кислородом кровью, улучшается отток венозной крови, происходит открытие дополнительных капилляров, активизируется кровоснабжение в очагах заболевания, что, в свою очередь, позволяет запустить механизм регенерации тканей.

При применении массажных приемов, особенно растирание и разминание, сдавливаются стенки вен и мышцы. Это позволяет повысить давление в начале венозной системы, ускоряя приток крови к сердцу и вызывает передвижение крови вследствие сдавливания массируемыми мышцами стенок вен. Все это облегчает насосную функцию сердца и снижает нагрузку на миокард [8, с. 33].

Массаж воздействует на лимфатическую систему следующим образом: улучшают лимфоток за счет механического давления в направлении тока лимфатической жидкости, активизируют деятельность лимфатических узлов, увеличивается производство лимфоцитов, повышаются защитные свойства организма, повышается осмотическое давление тканевой жидкости и самой лимфы, ускоряя движение лимфы и процессы ее образования, массаж увеличивает приток питательных веществ и кислорода к тканям массируемого участка и освобождает клетки от продуктов обмена и распада.

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждения

.1 Влияние ТРИАР-массажа на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы пациентов с ишемическим инсультом

Показатели сердечно-сосудистой системы оценивались при помощи пробы Руфье, которую проводили до и после реабилитации в контрольной и основной группах.

Таблица 3.1 - Результаты оценки пробы Руфье у пациентов с ишемическим инсультом в контрольной группе.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группы | Проба Руфье | Достоверность |
|  | до применения  | после применения  |  |
| Экспериментальная группа n =10 | 7,8 ± 0,7 | 5,7 + 0,6 | р<0,05 |
| Контрольная группа n = 10 | 7,2 + 1 | 6,1 + 0.9 | р>0,05 |
| Достоверность | p>0,05 | p<0,05 |  |



Рисунок 3.1.1 - Результаты пробы Руфье у пациентов ишемическим инсультом

Из таблиц 3.1 и рисунка 3.1.1 видно, что после проведения реабилитационных мероприятий показатели пробы Руфье имели положительную динамику как в основной группе: показатель сердечной деятельность сократился с 7,8 (± 0,7) до 5,7 (± 0,6), так и в контрольной группе с 7,2 (±1) до 6,1, (± 0,9).

Данные результаты свидетельствуют об эффективности ТРИАР-массажа, так как под ее воздействием у пациентов экспериментальной группы произошло достоверное улучшение состояния сердечно - сосудистой системы. Улучшение эмоционального состояния пациентов экспериментальной группы объясняется тем, что при ТРИАР-масаже происходит рефлекторный выброс нейропептидов - эндорфинов и энкефалинов (своеобразных опиатов человеческого организма), которые обладают обезболивающим и поднимающим настроение действием. Происходит активизация крово- и лимфообращения как в обрабатываемой анатомической области, так и во всём организме, и, как следствие, ускорение общего обмена веществ. Выброс эндорфинов приводит к значительному улучшению настроения, чувству психологического комфорта и устранению напряженности в межличностных отношениях.

3.2 Влияние ТРИАР-массажа на психо-эмоциональное состояние пациента с ишемическим инсультом

Для оценки психического состояния нами применялся опросник Бека. В начале проведения эксперимента для всех пациентов было характерно состояние, характеризующееся как «легкий и средний уровень депрессии». Динамика произошедших за период реабилитации изменений представлена в таблице 3.2.1 и на рисунке 3.2

Таблица 3.2.1 - влияние ТРИАР-массажа на уровень депрессивного состояния пациентов с ишемической болезнью сердца в баллах

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группы | Уровень депрессии | Достоверность |
|  | до применения  | после применения  |  |
| Экспериментальная группа n = 10 | 14,6 + 2,3 | 5,3+ 1,2 | р<0,05 |
| Контрольная группа n = 10 | 14,8 + 2,4 | 11,2+ 3,1 | р>0,05 |
| Достоверность | p>0,05 | p<0,05 |  |



Рисунок 3.2 - Изменение уровня депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Как видно из табличных данных, после проведения программы реабилитации, показатель самооценки уровня депрессии в обеих группах снизился, но в различной степени. В экспериментальной группе он снизился с 14,6+2,3 до 5,3+1,2 баллов, что соответствует уровню «отсутствие депрессивных тенденций» (р<0,05), а в контрольной группе с 14,8+2,4 до 11,2 + 3,1 баллов (р>0,05). но эти данные статистически не значимы.

3.3 Влияние ТРИАР-массажа на функциональное состояние нервной системы пациентов с ишемическим инсультом

Для оценки психического состояния нами применялся тест Шульте.

В начале проведения эксперимента у всех пациентов было среднее время, затраченное на таблицы. Динамика произошедших за период реабилитации изменений представлена в таблице 3.3.1 и на рисунке 3.3.

Таблица 3.3.3 - влияние массажа на состояние нервной системы пациентов с миопией в секундах

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группы | Тест Шульте | Достоверность |
|  | до применения  | после применения  |  |
| Экспериментальная группа n = 10 | 244,2 + 6,7 | 228,9+ 6,6 | р<0,05 |
| Контрольная группа n = 10 | 242,2 + 5,6 | 237,3+ 5,5 | р>0,05 |
| Достоверность | p>0,05 | p<0,05 |  |



Рисунок 3.3 - Изменение состояния нервной системы у пациентов с ишемическим инсультом под влиянием ТРИАР-массажа

Как видно из табличных данных, после проведения программы реабилитации, время, затраченное на таблицы в обеих группах, снизилось, но в различной степени. В экспериментальной группе он снизился с 244,2+6,7 до 228,9+6,6 секунд (р<0,05), а в контрольной группе с 242,2+5,6 до 237,3+ 5,5 секунд (р>0,05). но эти данные статистически не значимы.

Заключение

Работа над выбранной темой подтвердила высокую актуальность реабилитации пациентов с ишемическим инсультом, так как заболевания являются в настоящее время причиной инвалидности населения. Для решения проблем восстановительного лечения больных с данной патологией необходим комплексный подход в выборе методов лечения и реабилитации. Возникает необходимость изучения и исследования уже существующих, а также исследование новых эффективных способов.

В остром периоде нарушения мозгового кровообращения реабилитация должна быть направлена на уменьшение отека головного мозга и восстановление функционирования поврежденной, но не разрушенной ткани мозга. Этот процесс протекает в течение первых дней от начала заболевания.

Целью исследования было изучить влияние ТРИАР-массажа в комплексной реабилитации больных с ишемическим инсультом для повышения качества восстановительного процесса.

Задачами исследования ставилось выявить эффективность ТРИАР-массажа в комплексной реабилитации на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы пациентов с ишемическим инсультом, а также на психо-эмоциональное состояние. Критериями произошедших изменений мы выбрали пробу Бека, проба Руфье - Диксона, тест Шульте.

Экспериментальная часть работы проводилась на баз ГБУЗ ОКБ № 3.

По окончанию эксперимента получены выводы, что использование ТРИАР-массажа в комплексной реабилитации пациентов с ишемическим инсультом достоверно улучшает функциональные состояние сердечно-сосудистой системы и организма в целом.

Мы объясняем это тем, что под воздействием ТРИАР-массажа снимается общее утомление, улучшается эмоциональное состояние пациентов, возникает чувство психологического комфорта и устранения напряженности, улучшается сон, и нормализуется артериальное давление. Во время массажа происходит расширение сосудов, улучшается кровообращение сосудов, органов грудной полости, возрастает устойчивость к гипоксии.

Массаж способствует образованию и поступлению в кровь биологически активных веществ, гормонов, которые воздействуют на нервные клетки, сосуды, органы и системы. Под их воздействием меняется соотношение катехоламинов, ацетилхолина, гистамина, серотонина, кортикостероидов, которые в свою очередь способствуют восстановлению нарушенных функций и нормализации обменных процессов.

Во время массажных приемов увеличивается объем циркуляции крови, лимфы, межтканевой жидкости. Следовательно, улучшается кожное дыхание, усиливается обмен веществ, выводятся шлаки из организма.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать заключение, что использование процедур ТРИАР-массажа в комплексной реабилитации пациентов с ишемическим инсультом положительно влияет на уровень здоровья.

Выводы

. Применение ТРИАР-массажа у больных с ишемическим инсультом, достоверно улучшает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.

. Применение ТРИАР-массажа у больных с ишемическим инсультом, достоверно улучшает состояние нервной системы.

. Применение ТРИАР-массажа у больных с ишемическим инсультом, достоверно улучшает психо-эмоциональное состояние.

Практические рекомендации

. ТРИАР-массаж можно применять в комплексе с физическими упражнениями.

. Занятия должны проходить в спокойной обстановке, в индивидуальном режиме.

. Систематические занятия лечебной физической культурой и спортом, в соответствии с рекомендациями врача.

. Систематические процедуры массажа.

. Соблюдение режима труда и отдыха.

Список сокращений

БАТ - биологически активные точки

ВОЗ - всемирная организация здравоохранения

ГГГ - групповая гелототерапия

КТ - компьютерная томография

ИП - исходное положение

ЛГ - лечебная гимнастика

ЛФК - лечебная физическая культура

НПНКМ - начальные проявления недостаточности кровообращения мозга

ОНМК - острое нарушение мозгового кровообращения

ПСД - показатель сердечной деятельности

ССС - сердечно-сосудистая система

ТТ - триггерная точка

УД - уровень депрессии

ЧСС - число сердечных сокращений

ЦНС - центральная нервная система

ЭКГ - электрокардиограмма

ишемический инсульт массаж сердечный

Список использованных источников

Ванчакова, Н.П. Организационные, клинические и психосоматические аспекты психосоматической медицины / Н.П. Ванчакова - СПб.: Весь Мир, 1996. - 15 с.

Винокуров, Д.А. Частные методики лечебной физической культуры / Д.А. Винокуров. - М.: Медицина, 2000. - 176 с.

Волков, В.С. Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза / В.С. Волков. - М.: Каунас, 2003. - 141с.

Волошин, П.В. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга / П.В. Волошин. - М.: Здоровье, 2001. - 406 с.

Герасименко, М.Ю. Физические факторы в комплексной реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения / М.Ю. Герасименко, С.А. Афошин - М.: Просвещение, 2011. - 50 с.

Гиляревский, С.Р. Самоконтроль и самолечение больных с хронической сердечной недостаточностью: границы эффективности и безопасности. Сердечная недостаточность / С.Р. Гиляревский, В.А. Орлов, Е.А. Середенина. - М.: Здоровье, 2002. - 237 с.

Дифференцированные методики комплексного восстановительного лечения постинсультных больных с двигательными нарушениями: восстановительная терапия постинсультных больных / под ред. Т.Д. Демиденко. - СПб.: 2004. - 211 с.

Гурленя, А.М. Физиотерапия и курортология нервных болезней / А.М. Гурленя, Г.Е. Багель. - М.: Основа, 2009. - 221 с.

Реабилитация в неврологии : учеб. пособие / Е.И. Гусев, А.Б. Гехт, В.Б. Гаптов, Е.В. Тихопой. - М.: Сов. Спорт, 2000. - 431 с.

Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге / И. В. Дамулин, В.А. Парфенов, А.А. Скоромец, Н.Н. Яхно. - М.: Медицина, 2001. - 302 с.

Добровольский, В.К. Лечебная физкультура в реабилитации постинсультных больных / В.К. Добровольский. - СПб. : Медицина, 2006. - 144 с.

Торозова, О.В. Инсульт. Реабилитация в домашних условиях / О.В. Торозова: СПб.: Феникс, 2006.- 224 с.

Веселова, М. О. Инсульт. Современный взгляд на лечение и профилактику / М. О. Веселова. - М. : Просвещение, 2009. - 96 с.

Кадыков, А.С. Реабилитация после инсульта / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова - М.: Советский спорт, 2006. - 58 с.

Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных: учебное пособие / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. - М.: 2009.

Ранняя реабилитация больных с нарушениями мозгового кровообращения / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Л.А. Калашникова, Н.В. Шахпаронова // неврологический журнал. - 1997. - № 1. - С. 24 - 27.

Кукушкина, Т.Н. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. - М.: Медицина, 2009. - 175 с.

Лечебная физическая культура : учебник / под общ. ред. В.Е. Васильевой. - М.: Физкультура и спорт, 2000. - 387 с.

Маркин, С.П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С.П. Маркин, С.А. Борисов. - Воронеж: Феникс, 2003. - 322 с.

Мошков, В.Н. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней / В.Н. Мошков. - М.: Медицина, 2002. - 224 с.

Патофизиологические механизмы геморрагического инсульта и пути дифференцированной терапии / Е.И. Гусев, В.А. Стоник, М.Ю. Мартынов и др. // Журнал неврологии и психиатрии. - 2007. - № 21. - С. 10-15.

Попов, C.Н. Лечебная физическая культура / С.Н. Попов - М.: Академия, 2007. - 167 с.

Природные физические факторы в восстановительном лечении / Н.А. Микитченко, А.В. Червинская, Д.А. Иванова и др. // Вестник восстановительной медицины. - 2003. - № 1. - С. 7-11.

Руководство по кинезотерапии: сборник / под ред. Л.В. Бонева. - СПб.: Медицина и физкультура, 2008. - 357 с.

Селихова, М.В. Диагностика и лечение двигательных нарушений у больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта : автореф. дис.. канд. мед. наук / М.В. Селихова; РГПУ - СПб. : 2003. - 223 с.

Силуянова, В.А. Учебное пособие по лечебной физкультуре в терапии / В.А. Силуянова, Э.В. Сокова. - М.: Медицина, 2008. - 176 с.

Скворцова, В.И. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом / В.И. Скворцова, В.В. Гудкова, Г.Е. Иванова // Журнал неврологии и психиатрии. - 2002. - № 7. - С. 28-33.

Скворцова, В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации: сборник методических рекомендаций, программ, алгоритмов / В.И. Скворцова. - М.: Просвещение, 2007. - 219 с.

Скворцова, В.И. Ишемический инсульт / В.И. Скворцова, М.А. Евзельман. - Орел: Физкультура и спорт, 2006. - 214 с.

Скоромец, А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А.А. Скоромец - СПб.: Советский спорт, 2009. - 314 с.

Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / под ред. А.Б. Смулевича. - М.: Физкультура и спорт, 1994. - 198 с.

Сорокина, Е.И. Физические методы лечения в кардиологии / Е.И. Сорокина - М.: Медицина, 2009. - 383 с.

Столярова, Л.Г. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами / Л.Г. Столярова, Г.Р. Ткачева. - М.: Медицина, 2008. - 216 с.

Стрелкова, Н. И. Физические методы лечения в неврологии / Н.И. Стрелкова - М.: 2001. - 324 с.

Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: учебник / З.А. Суслина, Ю.Я. Варанкин, Н.В. Верещагин. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. - 768 с.

Учебник инструктора по лечебной физкультуре : под общ. ред. В.П. Правосудова. - М.: Физкультура и спорт, 2000. - 415 с.

Черникова, Л.А. Клиническое, физиологические и нейропсихологические аспекты баланс-тренинга у больных с последствиями инсульта: монография / Л.А. Черникова. - Новосибирск: Панорама, 1998. - 203 с.

41. Киржнер Б. Западные массажные мануальные техники и корригирующая гимнастика: практическое пособие по ТРИАР-массажу / Б. Киржнер - М.: Наука и Техника, 2009. - 448 с.

Приложение А

Таблицы теста Шульте

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  14 | 18 | 7 | 24 | 21 |
| 22 | 1 | 10 | 9 | 8 |
| 16 | 5 | 6 | 20 | 11 |
| 23 | 2 | 25 | 3 | 15 |
| 19 | 13 | 17 | 12 | 4 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 21127120 |  |  |  |  |
| 5 | 15 | 17 | 3 | 18 |
| 19 | 4 | 8 | 25 | 13 |
| 24 | 2 | 22 | 20 | 6 |
| 9 | 14 | 11 | 23 | 16 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 51412232 |  |  |  |  |
| 16 | 25 | 7 | 24 | 13 |
| 11 | 3 | 20 | 4 | 18 |
| 8 | 10 | 19 | 22 | 1 |
| 21 | 15 | 9 | 17 | 6 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 222572111 |  |  |  |  |
| 6 | 2 | 10 | 3 | 23 |
| 17 | 12 | 16 | 5 | 18 |
| 1 | 15 | 20 | 9 | 24 |
| 19 | 13 | 4 | 14 | 8 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 95112320 |  |  |  |  |
| 14 | 25 | 17 | 1 | 6 |
| 3 | 21 | 7 | 19 | 13 |
| 18 | 12 | 24 | 16 | 4 |
| 8 | 15 | 2 | 10 | 22 |

Приложение Б

Опросник депрессии Бека

Инструкция: Перед Вами находится психологический тест Бека, содержащий группы из четырех утверждений (А-Н). Прочитывайте, пожалуйста, каждую группу утверждений целиком. Затем выбирайте из каждой группы одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствуете сегодня, то есть прямо сейчас. Обведите номер выбранного Вами утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то обведите их номера. Прежде чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочитали все утверждения в каждой группе.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| А | 0 | Мне не грустно |
|  | 1 | Мне грустно или тоскливо |
|  | 2 | Мне все время тоскливо или грустно, но я ничего не могу с собой поделать |
|  | 3 | Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести |
| Б | 0 | Я смотрю в будущее без особого пессимизма или разочарования |
|  | 1 | Я чувствую разочарование в будущем |
|  | 2 | Я чувствую, что мне нечего ждать впереди |
|  | 3 | Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может |
| В | 0 | Я не чувствую себя неудачником |
|  | 1 | Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей |
|  | 2 | Когда я оглядываюсь на жизнь, я вижу лишь цепь неудач |
|  | 3 | Я чувствую, что потерпел неудачность как личность (родитель, муж, жена) |
| Г | 0 | Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности |
|  | 1 | Ничто не радует меня, так как раньше |
|  | 2 | Ничто больше не дает мне удовлетворения |
|  | 3 | Меня не удовлетворяет все |
| Д | 0 | Я не чувствую никакой особенной вины |
|  | 1 | Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным |
|  | 2 | У меня довольно сильное чувство вины |
|  | 3 | Я чувствую себя очень скверным и никчемным |
| Е | 0 | Я не испытываю разочарования в себе |
|  | 1 | Я разочарован в себе |
|  | 2 | У меня отвращение к себе |
|  | 3 | Я ненавижу себя |
| Ж | 0 | У меня нет никаких мыслей о самоповреждении |
|  | 1 | Я чувствую, что мне было бы лучше умереть |
|  | 2 | У меня есть определенные планы совершения самоубийства |
|  | 3 | Я покончу с собой при первой возможности |
| З | 0 | У меня не потерян интерес к другим людям |
|  | 1 | Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми |
|  | 2 | У меня потерян почти весь интерес к другим людям и почти нет никаких чувств к ним |
|  | 3 | У меня потерян всякий интерес к другим людям и они меня совершенно не заботят |
| И | 0 | Я принимаю решения примерно так же легко, как и всегда |
|  | 1 | Я пытаюсь отсрочить принятие решений |
|  | 2 | Принятие решений  |
|  | 3 | Я больше совсем не могу принимать решения |
| К | 0 | Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно |
|  | 1 | Меня беспокоит то, что я выгляжу старо и непривлекательно |
|  | 2 | Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным |
|  | 3 | Я чувствую, что выгляжу гадко или отталкивающе |
| Л | 0 | Я могу работать примерно также хорошо, как и раньше |
|  | 1 | Нужно делать дополнительные усилия, чтобы начать что-то делать |
|  | 2 | Мне нужно с трудом пересилить себя, чтобы что-то сделать |
|  | 3 | Я совсем не могу выполнять никакую работу |
| М | 0 | Я устаю не больше, чем обычно |
|  | 1 | Я устаю быстрее, чем раньше |
|  | 2 | Я устаю от любого занятия |
|  | 3 | Я устал чем бы то ни было заниматься |
| Н | 0 | Мой аппетит не хуже, чем обычно |
|  | 1 | Мой аппетит не так хорош, как бывало |
|  | 2 | Мой аппетит теперь гораздо хуже |
|  |  | У меня совсем нет аппетита |

Приложение В

Схема лечения ишемического инсульта при помощи рефлексотерапии

Основные точки на каналах желудка и толстого кишечника, вспомогательные точки на каналах тонкого кишечника, сань-пзяо, желчного и мочевого пузыря.

В случае острого состояния иглы ставят на пораженную сторону, а в случае лечения последствий острых нарушений мозгового кровообращения(OHM К) терапию начинают (2-3 сеанса) со здоровой стороны с последующим переходом на пораженную. Варианты выбора основных точек при остром случае:

а) Gi 15, Gi 11, Gi 10, TR 5, Gi 4, VB 30, VB 34, E 36, E 41, V 60.

б) укол в точки цзин (колодец) до капли крови.

в) TR 14, TR4, Ig 3, VB 31, Е 33, VB 39.

Дополнительные точки могут быть выбраны с 12 основных каналов, Варианты выбора точек при неостром процессе: Т 14, Ig 14, Т 3, V 30.

При судорогах и спазмах мышц добавляются МС 3, МС 7, Ig 13, Ig 3.

При нарушениях речи - Т 15, J 23, С 5.

При параличе лица -Е 4, Е 6, Gi 4, Е 44, F 3, Т 26, Е 2, Е 7. В остром случае точки берутся на стороне поражения, в неостром - на обеих сторонах.

Основные точки - на думай и точки цзин (колодцы) на всех 12 каналах. Методика - седирующая или укол до капли крови. Выбор точек: Т 26, точки цзин, F3, МС8, Е40.

При тризме добавляются Е 6, Gi 4. При афазии -Т 15, J 23. F 3. Необходимо обратить внимание, что данные методики являются лишь основой для составления индивидуального рецепта. В остром случае рекомендуется начинать лечение с пораженной стороны, а при неостром лучше начинать со здоровой стороны. Возможны такие следующие сочетания точек: ) укол точек-колодцев (цзунь) на всех (или некоторых) ян каналах до появления капли крови. ) Цзян-ляо TR 14, ян-чиТЯ4, хоу-си Ig 3, фен-ши VB31, инь-шиЕЗЗ, сюань-чжун VB 39.

Лечение последствий ОНМК:

Да-чжуй Т 14. цзянь-вай-шу lg 14, яо-ян-гуань Т 3, бай-хуан-шу VB 30.

При судорогах и спазмах на пораженной стороне необходимо добавить цюй-цзе МС 3, да-лин МС 7, цюй-цюань Ig 13, тай-си R 3.

При афазии добавляется: я-мэнь Т15, лянь-цюань J 23, тун-ли С 5.

Паралич лица при ОНМК. Основные точки выбираются на каналах желудка и толстого кишечника. Возможен следующий вариант: ди-цан Е4, цзя-чеЕб, хэ-гу Gj 4, ней-тин Е44, тай-чун FЗ. Дополнительная точка жэнь-чжуп Т 26, сы-бай Е 2, ся¬гуань Е 7, их необходимо чередовать каждый сеанс.

Сущность данного лечения при чжун-цзин-ло: «вредный» ветер повреждает ян-каналы, поэтому точки на них используются для его нейтрализации. При этом наблюдается избыток ци и крови на ян-мин каналах (желудка и толстого кишечника), поэтому на них выбираются точки для улучшения движения ци и крови.

Основные точки на ду-май (канале управителе), а также точки цзин (колодец) на 12 основных каналах. Метод воздействия: рассеивающий, или укол до капли крови. Рекомендуемые точки: жень-чжун Т 26, точки цзин на основных каналах, тай-чун F 3, лао-гун МС 8, фэн-лун Е 40. Использование этих точек позволяет успокаивать печень, усмирять ветер, устранять мокроты, расслаблять мышцы.

Дополнительно используются: Тризм - пзя-че Е 6, хэ-гу Gj 4. Афазия - я-мэнь Т 15, лянь-цуань J 23, той-чун F 3.

При сильном ослаблении врожденной ци основные точки выбираются на жень-май (канале зачатия). Воздействовать лучше прижиганием: гуань-юань J 4, шень-цуэ J 8 (прижигать через соль).