Содержание

1. Общая характеристика инсульта

2. Механизм лечебного действия физических упражнений

3. Методики физической реабилитации на разных этапах инсульта

3.1 Острейший период

3.2 Острый период

3.3 Ранний восстановительный период

3.4 Поздний восстановительный период и период стойких остаточных проявлений

Заключение

Список литературы

Введение

Ежегодно во всем мире церебральный инсульт переносят около 6 млн чел., а в России - более 450 тыс. В крупных городах Российской Федерации количество острых инсультов составляет от 100 до 120 в сутки[3, с.300].

Проблема оказания помощи больным с церебральным инсультом является чрезвычайно актуальной на современном этапе вследствие высокой заболеваемости и инвалидизации. Заболевание является лидирующей причиной инвалидизации населения. При этом наблюдается «омоложение» инсульта и увеличение его распространенности среди лиц трудоспособного возраста. К труду же возвращается лишь каждый пятый больной. Около 80 % больных, перенесших инсульт, становятся инвалидами, из них 10 % - тяжелыми и нуждаются в постоянной посторонней помощи. Примерно 55 % пострадавших не удовлетворены качеством своей жизни и лишь менее 15 % выживших могут вернуться к своей работе.

Следует также отметить, что инсульт накладывает особые обязательства на всех членов семьи больного и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество. Инвалидизация обусловлена, прежде всего, тяжестью нарушений двигательной функции, разнообразие проявлений которых зависит от многообразия причин и механизмов развития острого очагового поражения мозга, его локализации и размеров.

Цель реферата - изучит особенности ЛФК при инсульте.

Задачи:

дать общую характеристику инсульта;

раскрыть механизм лечебного действия физических упражнений;

осветить методики физической реабилитации на разных этапах инсульта.

1. Общая характеристика инсульта

инсульт физический упражнение гимнастика

Инсульт (позднелат. insultus - приступ, от лат. insulto - скакать, выпрыгивать), острое нарушение кровообращения в головном мозге с развитием стойких симптомов поражения центральной нервной системы, вызванных инфарктом мозга или кровоизлиянием в мозговое вещество[1, ст.417].

По характеру патологического процесса инсульты разделяют на геморрагические и ишемические.

В течении инсульта выделяют следующие периоды[6, с.91-92]:

) острейший (3 - 5 сут) - период стабилизации гемодинамики и основных жизненно важных функций (дыхания, глотания и пищеварения, выделения). К концу периода, как правило, регрессирует общемозговая симптоматика;

) острый (от 3 - 5 до 21 сут) - период формирования стойких неврологических синдромов: гемипареза, плегии; начало развития контрактур, болевых синдромов, нарушения памяти, внимания, мышления, коммуникаций, формирование тревожно-депрессивного синдрома;

) ранний восстановительный (с 21-х суток до 6 мес) - период наиболее интенсивного восстановления и компенсации функций;

) поздний восстановительный (от 6 мес до 1 года) - период компенсации и функционального приспособления к окружающей обстановке, более медленное течение восстановительных процессов;

) стойких остаточных проявлений (более 1 года).

Устойчивая картина нарушения двигательной функции, сопровождающая центральные парезы (спастичность, контрактуры, болевой синдром), в том числе и поза Вернике - Манна, формируются, как правило, к 3--4-й неделе заболевания, что и определяет необходимость раннего применения методов, препятствующих их развитию. Реабилитацию следует начинать до образования устойчивого патологического состояния, развития выраженной мышечной спастичности, формирования патологических двигательных стереотипов, поз и контрактур.

Чем раньше начаты реабилитационные мероприятия, тем они эффективнее, поэтому особое значение имеет внедрение в практику системы ранней реабилитации, направленной на коррекцию функции дыхания и кровообращения, повышение общей выносливости организма больного, целенаправленную дозированную стимуляцию и восстановление форм чувствительности, возможности управления процессом активного поддержания позы и перемещения в вертикальном положении самостоятельно или с использованием вспомогательных средств, манипулятивной способности верхней конечности.

2. Механизм лечебного действия физических упражнений

Истинное восстановление функций головного мозга возможно лишь в первые 6 мес. после инсульта. Оно обеспечивается «растормаживанием» функционально неактивных нервных клеток, в том числе в зоне «ишемической полутени», и обусловлено исчезновением отека, улучшением метаболизма нейронов и деятельности синапсов. Однако показано, что спонтанное истинное восстановление неэффективно без дополнительной целенаправленной стимуляции процессов репарации и регенерации методами, составляющими реабилитационное лечение. Другой механизм - компенсация, обеспечивающаяся пластичностью ткани мозга с реорганизацией функционирования нейрональных ансамблей.

Организация двигательных функций человека представляется многоуровневой системой с многоканальными связями, как прямыми, так и обратными, как вертикальными, так и горизонтальными. Выработке каждого двигательного навыка предшествует переработка афферентных импульсов, поступающих в кору и подкорковые ганглии с периферии. Для выработки двигательной программы имеют значение не только импульсы с проприоцепторов, заложенных в мышцах, синовиальных оболочках, связках, суставах, но и от других рецепторов, исходящих из окружающей среды (звук, свет, тепло, холод), а также с рецепторов кожи и слизистых оболочек (боль, чувство давления, веса, влажности и пр.). Эти импульсы информируют вышележащие отделы ЦНС о необходимости изменения движения, его амплитуды, мышечной силы, включения других мышечных групп или изменении положения конечностей. Подкорковые образования, в частности гипоталамус в комплексе с лимбико-ретикулярной системой, обеспечивают вегетативную «окраску» любого двигательного акта: изменение кровоснабжения, скорости сосудистых реакций, метаболизма, появление болевых компонентов, чувства жжения и пр. Таким образом, в регуляции двигательной активности сложно переплетаются двигательные, чувствительные, когнитивные и другие функции. Все это свидетельствует о том, что подходы к восстановлению двигательных расстройств могут опосредоваться через разные системы. Следовательно, должны быть использованы различные методы, предусматривающие общий системный эффект.

Восстановление двигательных функций наиболее активно происходит в первые 6 мес. после инсульта, опережая восстановление глубокой чувствительности и проходит те же стадии, что и раннее психомоторное развитие младенца. Все это определяет первоочередную направленность ранней реабилитации на двигательную сферу. В процессе онтогенеза функциональной системы движения в организме формируются стойкие проприоцептивно-моторные связи, использование которых возможно только с учетом онтогенетических закономерностей развития функциональной системы движения. Реализация этих механизмов у больных с церебральным инсультом может стать базой для создания программы восстановительного лечения.

Функциональная система движений высокочувствительна к воздействию таких отрицательных факторов, как гиподинамия, которая приводит к снижению либо нарушению функциональных связей и толерантности к физическим нагрузкам, или как попытка обучения движениям более высокого порядка, в результате чего образуются «нефизиологичные», «нефункциональные» связи, нарушается воздействие мышечных тяг на суставы конечностей и туловища, т. е. формируются патологические позы и движения. В связи с этим при проведении реабилитационных мероприятий у больных с церебральным инсультом необходима постоянная, ежедневная оценка состояния двигательного компонента и функционального состояния.

Основными принципами восстановительного лечения постинсультных двигательных нарушений являются раннее начало, адекватность, этапностъ, длительность, комплексность, преемственность и максимальное активное участие больного. Для успешного проведения этого лечения необходимы правильная оценка состояния нарушенной функции у каждого пациента, определение возможности ее самостоятельного восстановления, степени, характера и давности дефекта и на основе этого - выбор адекватных способов устранения расстройства.

Следует руководствоваться следующими правилами[6, с.94]:

• индивидуальная направленность воздействия;

• строгая дозированность воздействия;

• обоснованность выбора форм и методов воздействия;

• целенаправленность, планомерность и регулярность применения выбранного воздействия;

• постепенное увеличение интенсивности воздействия, основанное на эффективном контроле;

• преемственность в использовании выбранных форм и методов двигательной активности на разных этапах восстановительного лечения.

Противопоказаниями к назначению ЛФК больным в остром периоде мозгового инсульта являются: гипертермия; ишемические изменения на ЭКГ; недостаточность кровообращения, значительный стеноз аорты; острое системное заболевание; неконтролируемая аритмия желудочков или предсердий, синусовая тахикардия выше 120 уд./мин; атриовентрикулярная блокада III степени; тромбоэмболический синдром; острый тромбофлебит; некомпенсированный сахарный диабет; дефекты опорно-двигательного аппарата, затрудняющие занятия физическими упражнениями.

Применение ЛФК у больных церебральным инсультом предусматривает активные и пассивные формы.

К активным относятся:

) лечебная гимнастика - дыхательная, общеукрепляющая, специальная, рефлекторная, аналитическая, корригирующая, психомышечная, гидрокинезотерапия;

) трудотерапия (эрготерапия) - коррекция активности и участия пациента в повседневной привычной деятельности, активное взаимодействие с факторами окружающей среды;

) механотерапия - аппараты простейшие, блоковые, маятниковые, с электроприводом, с механоприводом;

) лечение с помощью ходьбы (террентерапия) - дозированная ходьба, терренкур, ходьба с препятствиями, дозированные прогулки;

) специализированные методические системы - Клапп, Кэбот, Ботат, Брунстром, баланс, йога, суспензионная терапия, пулитерапия и др.;

) биологическая обратная связь - использование данных ЭМГ, ЭЭГ, стабилографии, спирографии, динамометрии, кинематографии;

) высокотехнологичные компьютерные технологии - компьютерные комплексы виртуальной реальности, биоробототехника;

) другие методические приемы - «неиспользование» интактной стороны, эффект «кривых» зеркал и др.

Пассивная ЛФК включает следующие формы:

) массаж - лечебный, классический, рефлекторный, сегментарный, механический, вибрационный, пневмомассаж, гидромассаж;

) роботизированная механотерапия (террентерапия) экстензионная терапия;

) мануальные манипуляции - вертебротерапия, суставные манипуляции;

) лечение положением (постуральная терапия) - использование валиков, подушек и аппаратов;

) пассивные движения, осуществляемые инструктором и врачом;

) высокотехнологичные компьютерные технологии - компьютерные комплексы виртуальной реальности, биоробототехника.

Лечебная гимнастика у больных с церебральным инсультом включает в себя использование в терапевтических целях разных положений, движений и упражнений как больным самостоятельно, так и при помощи специалистов и дополнительных приспособлений.

3. Методики физической реабилитации на разных этапах инсульта

.1 Острейший период

Задачами реабилитации в этот период являются:

• восстановление нормального стереотипа активного дыхания;

• формирование симметричной сенсорной афферентации от про-приорецепторов суставов и мышц при лечении положением;

• формирование устойчивой реакции вегетативной нервной системы на дозированную нагрузку;

• ранний перевод больного в вертикальное положение (пассивный и активный);

• повышение толерантности больного к физическим нагрузкам;

• восстановление статического и динамического стереотипа аксиальной мускулатуры (глубоких мышц позвоночника, шеи, спины, мышц груди, живота, диафрагмы);

• коррекция нарушений глотания;

• контроль за процессами восстановления.

В блоке нейрореанимации применяют следующие виды ЛФК:

) лечение положением;

) дыхательная гимнастика;

) онтогенетически ориентированная кинезотерапия (ЛФК), включающая элементы специализированных систем: PNF, Фельден-крайса, Войты;

) переведение в вертикальное положение с помощью роботизированного поворотного стола.

Лечение положением имеет целью придание парализованным конечностям правильного, симметричного с обеих сторон положения в течение того времени, пока больной находится в постели или в положении сидя в прикроватном кресле. Несмотря на свою простоту, при правильном выполнении лечение положением имеет важное значение и способствует снижению мышечной спастичности, выравниванию асимметрии мышечного тонуса, восстановлению схемы тела, повышению глубокой чувствительности, снижению патологической активности с тонических шейных и лабиринтных рефлексов. Это в свою очередь предупреждает развитие болевого синдрома и патологических установок в конечностях и туловище, а в дальнейшем - контрактур. Кроме того, лечение положением можно проводить всем больным вне зависимости от тяжести состояния и практически с первых часов инсульта.

Лечение положением включает укладку парализованных конечностей в следующих позах пациента: на здоровом боку; на парализованной стороне; в положении, противоположном позе Вернике - Манна; на животе. Отрицательными факторами положения больного на спине являются: недостаточная респираторная функция легких, плохой дренаж бронхов, снижение легочного объема из-за высокого стояния диафрагмы, высокий риск аспирации слюны, усиление патологической рефлекторной активности шейно-тонических и лабиринтных рефлексов, боли в позвоночнике из-за длительного пребывания в одной позе. В каждом положении больной должен находиться от 20 до 40 мин.

Дыхательная гимнастика направлена на нормализацию гемодинамики, восстановление оксигенации, купирование гипоксической гипоксии, формирование устойчивого нормального динамического стереотипа дыхания. Пассивные приемы включают контактное дыхание (сопровождение и стимулирование дыхательных движений прикосновением рук к грудной клетке), вибрацию с помощью рук на выдохе, встряхивание, терапевтические положения тела (дренажные положения, положения, облегчающие дыхание и аэрацию, способствующие мобилизации грудной клетки), межреберные поглаживания (кожная и мышечная техника).

Согласно методике PNF (Кэбота) на первом этапе необходимо получить сложное физиологическое движение в осевой мускулатуре больного, затем в поясе верхних или нижних конечностей, одновременно сочетая его с движениями в туловище, используя приемы короткого растяжения, адекватного сопротивления движению, реверсии (изменения направления движения) антагонистов, аппроксимации (увеличения давления суставных поверхностей друг на друга) суставов при жестком контроле физиологичности позы пациента.

Так как наибольшей проблемой острейшего периода является нарушение регуляции двигательной функции, то нецелесообразно использовать «обычные» активные движения (раздельное сгибание, разгибание, отведение, приведение в разных суставах), являющиеся сложными активными движениями здорового человека, недоступные пока для больного. При осуществлении этого типа движений организм использует функционирующие сохранные, более примитивные программы, которые при несоответствии задач результатам способствуют формированию патологических устойчивых познотонических установок, т. е. способствуют закреплению или формированию патологических двигательных стереотипов.

Ранний перевод больных в вертикальное положение предусматривает комплекс мероприятий. При пассивном переводе 1) используют стол-вертикализатор по специальному протоколу с целью стимуляции рецепторов глубокой чувствительности, вестибулярного аппарата, восстановления вегетативной реактивности; 2) изменяют положение изголовья кровати в процессе ежедневного ухода за больным, при приеме пищи придают туловищу возвышенное положение, постепенно опускают нижние конечности и пересаживают больного. Активную вертикализацию осуществляют в зависимости от функционального состояния и двигательных возможностей больного.

3.2 Острый период

Задачами реабилитации являются:

• поддержание симметричной сенсорной афферентации от про-приорецепторов суставов и мышц при лечении положением;

• поддержание устойчивой реакции вегетативной нервной системы на дозированную нагрузку увеличивающейся интенсивности;

• последовательное изменение положения тела больного;

• повышение толерантности к физическим нагрузкам;

• этапное восстановление динамического стереотипа туловища и проксимальных, средних и дистальных отделов верхних и нижних конечностей - дестабилизация патологических систем;

• концентрация внимания на последовательности и правильности «включения» мышц в конкретный двигательный акт;

• интенсификация процессов восстановления и (или) компенсации дефекта с активацией индивидуальных резервов организма за счет формирования новых функциональных связей;

• использование синкинезий на этапе инициализации физиологической двигательной активности;

• торможение нефизиологических движений и патологических позных установок, увеличение амплитуды и точности активных движений, борьба с повышением мышечного тонуса и выравнивание его асимметрии;

• улучшение сенсорного обеспечения двигательных актов (визуальный, вербальный, тактильный контроль);

• восстановление статического стереотипа вертикального положения;

• начало обучения навыкам симметричной ходьбы с дополнительной опорой, активной самостоятельной ходьбы;

• коррекция нарушений глотания;

• коррекция речевых расстройств;

• обучение безопасному перемещению с помощью средств дополнительной опоры;

• обучение элементам функционального приспособления к выполнению социально значимых действий по самообслуживанию и восстановлению активной роли в повседневной жизни;

• контроль за процессами восстановления.

В специализированном неврологическом отделении применяются следующие методы: лечение положением; дыхательные упражнения (активные приемы); дальнейшее постепенное переведение больного в вертикальное положение; онтогенетически обусловленная кинезотерапия; механотерапия; занятия на циклических тренажерах; тренировки с использованием биологической обратной связи по параметрам электронейромиографии, стабилометрии, гониометрии; динамическая проприокоррекция, обучение бытовым навыкам (эрготерапия).

Основной задачей активной дыхательной гимнастики является формирование навыка контроля за соотношением определенных фаз дыхательного цикла. Соотношение фаз вдоха и выдоха должно быть 2:3, соотношение пауз в акте дыхания -1:2. Если нужно снизить активность симпатоадреналовой системы, следует удлинить время выполнения фазы выдоха и второй паузы в цикле дыхания, а если, наоборот, увеличить - удлинить время выполнения фазы вдоха и первой паузы. Дыхание не должно вызывать напряжения. После 5 - 6 глубоких вдохов целесообразен перерыв на 20 - 30 с.

Второй задачей активной дыхательной гимнастики является процесс обучения медленному выполнению всех фаз дыхания с его постепенным углублением. Подобные упражнения приведут к увеличению потребления кислорода из вдыхаемого воздуха при одновременном поддержании уровня углекислого газа, что эффективно снизит АД и ЧСС, будет способствовать установлению медленного паттерна дыхания и «разрушению» патологического гипервентиляционного и быстрого паттерна дыхания.

Решению задач дыхательной гимнастики также способствует ги-поксическая тренировка, проводимая на специальных дыхательных тренажерах. Принцип работы этих аппаратов заключается в подаче воздуха в дыхательную маску с нормальным содержанием кислорода и повышенным содержанием углекислого газа.

Дозированное воздействие реабилитационных мероприятий без перенапряжения сердечно-сосудистой и дыхательной систем является необходимым условием восстановления вертикального положения и ходьбы. В функции перемещения тела, в том числе и ходьбы как способа передвижения, выделяются два момента. Первый из них связан с перемещением тела в пространстве и поддержанием равновесия в каждом из занимаемых положений, второй - с возможностью трофического обеспечения этой работы. Выбор исходного положения для проведения коррекции двигательной функции определяется, прежде всего, адекватной возможностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем обеспечить активность в заданном положении тела. Очень важно обеспечить контроль параметров общего состояния пациента (АД и ЧСС) во время каждого нагрузочного упражнения и в фазе восстановления.

Массаж и пассивная гимнастика начинаются одновременно с лечением положением, если нет противопоказаний к их применению.

Пассивное выполнение движений способствует поддержанию эластичности мышечно-связочного аппарата, трофики в конечностях и туловище. Пассивное выполнение сложных спиралевидных трехпло-скостных движений, способствующих быстрому растягиванию мышечно-связочного аппарата на 20 - 30 % среднего физиологического положения, помогает стимуляции активности двигательных единиц, инициации сократительной активности в паретичной мышце.

Поскольку у больных с церебральным инсультом наблюдается избирательное повышение мышечного тонуса, то массаж у этих больных тоже должен быть избирательным, т. е. следует использовать разные приемы при массаже гипертоничных мышц и мышц, в которых развивается гипотония. Любая дополнительная афферентация с гипертонических мышц может вызвать еще большее повышение их тонуса, поэтому в методике избирательного массажа мышц с повышенным тонусом применяется лишь непрерывное плоскостное и обхватывающее поглаживание как наиболее щадящий прием, вызывающий афферентацию только с кожных покровов. Методика точечного массажа в сочетании с иглоукалыванием направлена на снижение тонуса мышц и раздражение глубоких рецепторов. Точечный массаж и иглоукалывание применительно к больным с постинсультными параличами и парезами были разработаны в нашей стране.

Наиболее эффективно способность удерживать равновесие в разных положениях и способность к ходьбе восстанавливаются при применении комплекса онтогенетически обусловленной кинезотерапии, тренажеров и аппаратов с биологической обратной связью, роботизированной механотерапии с разгрузкой массы тела больного.

Наряду с лечебной гимнастикой ведущим средством ЛФК, использующимся более 150 лет для восстановления функции ходьбы, является механотерапия. Воздействие этого метода должно быть дозируемым, контролируемым и воспроизводимым. Качество и дозировку упражнений контролируют с помощью параметров биоуправления.

В соответствии с формулой новых концепций реабилитации «кто хочет вновь научиться ходить, должен ходить» были разработаны системы с поддержкой массы тела, способствующие симметричной разгрузке нижних конечностей, что облегчает ходьбу пациентов, неспособных передвигаться в обычных условиях с полной массой тела, а также разгрузочные и коррекционные костюмы. Это дало возможность минимизировать препятствия для ходьбы на начальных стадиях реабилитации, т. е. начинать тренинг ходьбы в максимально ранние сроки.

Одним из эффективных методов восстановления двигательной функции является тренинг, построенный на принципе биологической обратной связи (БОС). Данные методики направлены на коррекцию мышечного тонуса, улучшение сенсорного обеспечения движений, увеличение амплитуды и точности движений, активацию концентрации внимания на ощущениях степени мышечного сокращения и пространственного расположения конечностей.

В последнее время активно развивается новое направление в реабилитации больных- метод искусственной коррекции ходьбы и ритмических движений посредством программируемой электростимуляции мышц во время активного выполнения движения.

Восстановление двигательной функции самой по себе еще не означает восстановление возможности к самостоятельному самообслуживанию, что не менее важно для пациента в его повседневной жизни. Приоритетными направлениями эрготерапии являются восстановление ежедневной активности (прием пищи, одевание, умывание, туалет, ванна, уход за собой и пр.), разработка мелкой моторики руки, подбор специальной инвалидной техники и вспомогательного оборудования.

.3 Ранний восстановительный период

Задачами реабилитации являются:

• поддержание устойчивой реакции вегетативной нервной системы на дозированную нагрузку увеличивающейся интенсивности;

• повышение толерантности больного к физическим нагрузкам;

• этапное восстановление динамического стереотипа туловища и проксимальных, средних и дистальных отделов верхних и нижних конечностей - торможение нефизиологических движений и патологических позных установок, разработка амплитуды и точности активных движений, борьба с повышением мышечного тонуса и выравнивание его асимметрии;

• улучшение сенсорного обеспечения двигательных актов (про-приоцептивный, визуальный, вербальный, тактильный контроль);

• восстановление статического стереотипа вертикального положения;

• продолжение обучения навыкам симметричной ходьбы с дополнительной опорой, активной самостоятельной ходьбы;

• коррекция речевых расстройств и нарушений высших психических функций, психоэмоционального состояния;

• продолжение обучения безопасному перемещению с помощью новых средств дополнительной опоры и перемещения;

• продолжение обучения элементам функционального приспособления к выполнению социально значимых действий по самообслуживанию и восстановлению активной роли в повседневной жизни;

• контроль за процессами восстановления.

Продолжается преемственное использование всех методов, которые применялись на стационарном этапе реабилитации в зависимости от исходного состояния больных и достигнутых результатов. Ранний восстановительный период реабилитации направлен на дальнейшее расширение функциональных и двигательных возможностей пациента с обоснованным выбором перечисленных методов, а также на борьбу с осложнениями течения острого периода: конрактурами, высоким тонусом, патологической установкой туловища, конечностей, пальцев, тромбозом глубоких вен нижних конечностей, нарушений мочевыделительной функции и дефекации, возникающих большей частью при нарушении основных принципов ведения больных.

Для самостоятельных занятий широко рекомендуется выполнение только тех движений, которые больной может активно совершать сам биомеханически правильно в доступном объеме под контролем родственников или ухаживающих лиц. Рекомендации своими силами «разрабатывать» движения, выполняемые с выраженным отклонением от нормы, у данной категории пациентов приведут к закреплению и формированию новых патологических стереотипов, увеличению тонуса и болевых реакций.

С целью увеличения толерантности больного к физическим нагрузкам целесообразно использовать циклические тренажеры, позволяющие выполнять в пассивном, пассивно-активном, активном режимах движения верхними или нижними конечностями в аэробном режиме. Интенсивность тренировки не должна превышать 25 % максимального потребления кислорода. Контроль интенсивности проводят по показателям ЧСС, сатурации кислорода и АД.

Выбор количества используемых методов реабилитации и их последовательность зависит как от индивидуального уровня функциональных возможностей больного, так и от целей тренировки. Следует помнить, что переход на следующий уровень нагрузки возможен только после полного восстановления от предыдущей, в фазу суперкомпенсации.

Активное участие больного в реабилитационных мероприятиях, как показывает опыт, играет существенную роль в восстановлении нарушенных функций и, особенно, сложных двигательных навыков и социальной реадаптации. В связи с этим в ранний восстановительный период особое внимание обращают на правильный выбор средств, позволяющих облегчить пациенту биомеханически правильное выполнение той или иной функции (разгрузочные рамы для ходьбы, костыли, ходунки, трости, костюмы, роботизированные элементы экзоскелета, медикаментозные средства, ортезы) и обеспечить психоэмоциональную поддержку и педагогическое наблюдение.

.4 Поздний восстановительный период и период стойких остаточных проявлений

В эти периоды возрастает значимость решения задач по активному перемещению пациентов с помощью дополнительной опоры и специальных средств (коляски), совершенствованию ходьбы и навыков самообслуживания. Увеличивается роль эрготерапевтических и психотерапевтических методов коррекции состояния.

Особенностью позднего периода реабилитации является стойкость неврологического дефицита. У больного в различной степени выражены проявления как центрального, так и периферического пареза вследствие «неиспользования» сегментов тела и функций в связи с первоначачьным поражением. Не менее значимыми становятся проявления соматической патологии, на фоне которой развился инсульт или которая проявилась в период восстановления.

Задачами реабилитационных мероприятий в поздний период становятся:

• нормализация тонусно-силовых взаимоотношений мышц регионов тела больного и должных объемов движений в отдельных суставах туловища и конечностей;

• дальнейшее продолжение совершенствования двигательных функций с акцентом на процессе поддержания вертикального положения и перемещения (самостоятельного, с дополнительной опорой, с помощью технических средств или другого лица), совершенствование координации в пространстве, тонкой целенаправленной моторики кисти и пальцев (совершенствование захватов, манипулирования), координированность работы мышц ротолицевого комплекса, дыхательных мышц;

• преодоление контрактур;

• дальнейшее увеличение толерантности больного к нагрузкам, как физическим, так и психоэмоциональным;

• восстановление и поддержание трофики тканей опорно-двигательного аппарата;

• преодоление болевого синдрома;

• восстановление и поддержание выделительной и сексуальной функций больного;

• восстановление речевой и высших психических функций;

• совершенствование приспособления больного к окружающей среде путем использования эрготерапевтических технологий и трудотерапии, а также приспособление окружающей среды к нуждам пациента с выраженными ограничениями функций;

• профессиональная переориентация на базе трудотерапевтиче-ских мероприятий;

• восстановление межперсональных отношений, социальной активности больного, его ролевой функции в значимом окружении.

Как и в предыдущие периоды реабилитации, очень важен режим дня больного для формирования стойких и экономичных должных реакций на вмешательства (занятия) с учетом места Нахождения пациента и мест проведения терапевтических мероприятий, возможностей перемещения к месту занятий, особенностей питания, гигиены и социальной активности (работа, участие в общественной жизни, внутрисемейные обязанности и др.). Следует обеспечить максимальную самостоятельность больного. С целью восстановления двигательных функций используют утреннюю гигиеническую гимнастику, ЛФК и физиотерапевтические мероприятия.

Утренняя гигиеническая гимнастика должна включать только те упражнения, которые больной может выполнить самостоятельно в доступном объеме. Они носят циклический характер, симметричны и воспроизводятся не менее 7 раз, включая упражнения ротолицевого комплекса. Упражнения выполняют в хорошо проветренном помещении, желательно перед большим зеркалом (самоконтроль), с обязательным измерением АД и ЧСС. Длительность гимнастики не более 10 -15 мин. Самостоятельно выполненные упражнения (при правильных рекомендациях специалиста) и возможность самоконтроля будут способствовать повышению мотивации больного к реабилитационным мероприятиям и экономить время специальных занятий по кинезотерапии. Занятия ЛФК в поздний период следует проводить не менее 3 раз в неделю.

Актуальным направлением реабилитационных мероприятий в поздний восстановительный период является массаж. Как и на более ранних этапах, используют рефлекторный, сегментарный, точечный массаж, применяемый в комплексе с лечебной гимнастикой, механотерапией, медикаментозной терапией, физиотерапией. Он подготавливает ткани к работе, снижает эффект от интенсивной работы и способствует более полному и быстрому восстановлению.

Заключение

Среди острых нарушений церебральной гемодинамики выделяют преходящие нарушения мозгового кровообращения с обратным развитием повреждения мозговых функций и инсульты, при которых развивается стойкий неврологический дефицит.

Для лечения последствий инсульта используют лечебную гимнастику, массаж, трудотерапию, проводят занятия с логопедом, психологом и др.

Проблему восстановления двигательной функции необходимо рассматривать в двух аспектах: нейрофизиологическом (восстановление конструкции движения) и психосоциальном (восстановление самообслуживания, приспособление к дефекту, когда восстановление невозможно). Оба аспекта основываются на тщательной муль-тидисциплинарной диагностике, очень важны для больного и требуют специфичных методов воздействия. Так, важная роль придается изменению поведенческой стратегии пациентов, что позволяет даже при сохранности двигательного дефекта достигнуть лучшей адаптации.

Задачи лечебной физкультуры на каждом из этапов реабилитационного процесса будут разными в зависимости от состояния больного, степени двигательного и когнитивного дефицита, уровня регуляции двигательных функций, квалификации специалистов, наличия необходимого оборудования и помещений.

Список литературы

1. Большая Российская энциклопедия. Т. 11. - М.: Изд-во Большая Российская энциклопедия, 2008. - 767 с.

. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура: Учебник для

студентов вузов. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2008.- 608 с.

3. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1282н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при инсульте"

4. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения"

. Спортивная медицина, лечебная физическая культура и массаж. - М.: Физкультура и спорт, 2005. - 351 с.: ил.

. Физическая реабилитация. В 2 т. Т. 2: учебник. /Под ред. С.Н, Попова. - М.: ИЦ «Академия», 2013. - 304 с.

. Физическая реабилитация: Учебник. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. - 602 с.