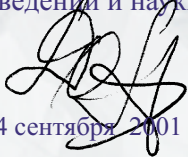


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

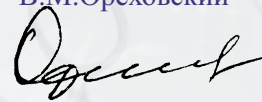
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



4 сентября 2001 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



5 сентября 2001 г.
Регистрационный № 12-0101

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Минск 2001

[Перейти к оглавлению](#)

Учреждения-разработчики: НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации, Белорусская медицинская академия последипломного образования

Авторы: д-р мед. наук, проф. Л.С. Гиткина, канд. мед. наук Т.Д. Рябцева, д-р мед. наук, проф. В.Б. Смычек, И.С. Сикорская, Л.Н. Горустович, А.В. Копыток, И.Я. Чапко, Н.Б. Вольнец, Г.Д. Аркинд

Рецензент: канд. мед. наук. Е.Н. Пономарева

В данных методических рекомендациях представлена организация этапов реабилитации больных мозговым инсультом, тактика ведения больного мозговым инсультом на каждом этапе реабилитации, цели и задачи реабилитации каждого этапа, сроки, показания к направлению на этапы реабилитации, объем необходимой реабилитационной помощи.

Настоящие методические рекомендации отражают восьмилетний опыт реабилитации больных мозговым инсультом, накопленный неврологическим отделением НИИ МСЭ и реабилитации и кафедрой МСЭ и реабилитации БелМАПО.

Методические рекомендации предназначены для врачей-реабилитологов, невропатологов лечебно-профилактических учреждений, для врачей ВКК и МРЭК.

Методические рекомендации разработаны в рамках НИР 02.16. Республиканской государственной программы «Реабилитация».

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ	5
2. ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭТАП	7
Показания к направлению на этапы реабилитации после лечебно-реабилитационного этапа	13
3. СТАЦИОНАРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ	16
Тактика ведения больного по окончании стационарного этапа реабилитации	24
4. АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ	26
5. САНАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ	31
6. ДОМАШНИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ	34
7. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ ПО ЗАВЕРШЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ	36

ВВЕДЕНИЕ

Реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, по-прежнему остается одной из актуальных проблем медицины. За рубежом доказана эффективность реабилитационного направления в неврологии, оно получило широкое развитие. Общеввропейское согласительное совещание (Швеция, 1995) показало, что реабилитация больных мозговым инсультом наиболее эффективна, если начинается в самые ранние сроки после развития инсульта и проводится в течение первых шести месяцев.

Реабилитация базируется на конкретных механизмах, оптимальное использование которых позволяет получить максимально возможное функциональное восстановление.

Процесс реабилитации больных инсультами проводится в несколько этапов, следующих друг за другом, обеспечивая непрерывность и преемственность процесса реабилитации, который продолжается от 3–6 месяцев до 1–1,5 лет в зависимости от достигнутого результата. Разделение всего периода реабилитации на этапы или стадии принципиально важно, т.к. на каждом из них решаются конкретные задачи, без реализации которых переход к следующему этапу невозможен.

В Республике Беларусь разработана этапная система оказания медицинской помощи больным инсультом. Предусматривается помощь на догоспитальном этапе, создание инсультных отделений или коек в неврологических отделениях, внедрение реабилитации на этом этапе, и проведение реабилитации на собственно реабилитационных этапах: стационарном, амбулаторном, санаторном (приказ МЗ РБ № 188 от 21.06.2000 г. «О мерах по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Беларусь», приказ МЗ РБ № 203 от 21.07.2000 г. «О дальнейшем развитии медицинской реабилитации больных в Республике Беларусь»).

1. ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

В острейшем периоде мозгового инсульта организация медицинской помощи подчинена концепции «терапевтического окна». Основное положение концепции — как можно более раннее начало медицинской помощи в первые минуты и часы от начала инсульта. Это требует, во-первых, создания специализированных бригад скорой помощи или обучения врачей обычных бригад принципам оказания неврологической помощи в острейшем периоде инсульта. Бригада «скорой» оказывает первую медицинскую помощь на дому, включая нейрометаболическую защиту мозга, и осуществляет транспортировку больного в стационар. Вторая задача — создание специализированных отделений по лечению острого мозгового инсульта или выделение «инсультных» коек в обычном неврологическом отделении (приказ МЗ РБ № 188 от 21.06.2000г.). На этом этапе проводится интенсивная терапия острого инсульта и начинается ранняя реабилитация больного, что позволяет назвать его лечебно-реабилитационным этапом. Отнесение его к первому этапу реабилитации важно, так как на этом этапе реабилитация показана всем больным без исключения. Она необходима для выяснения реабилитационного потенциала (РП) и реабилитационного прогноза (РПр).

РП — интегральный показатель, учитывающий резервные возможности различных органов и систем организма, потенциал личности больного и влияние среды его обитания на процесс восстановления функциональных возможностей, повседневной деятельности и профессиональной пригодности больного.

РП характеризует возможности реабилитации в целом. В соответствии с задачами реабилитации он может быть разделен на несколько составных частей: потенциал восстановления и компенсации нарушенных функций, потенциал восстановления основных способностей к повседневной деятельности, потенциал восстановления способности к профессиональному труду.

Наряду с РП оценивается РПр. Под РПр понимают прогнозирование возможности реализации РП. Для конкретизации реабилитационного прогноза целесообразно определять его дифференцированно по отношению к отдельным составным частям РП:

- прогнозирование восстановления нарушенных функций — соответствует клиническому прогнозу и зависит от факторов, его определяющих;
- прогнозирование восстановления способности к труду, т.е. трудовой прогноз;
- прогнозирование восстановления повседневной деятельности (социально-бытовой активности).

Направление больного на дальнейшие этапы реабилитации проводится путем отбора, зависящего от РП и состояния больного к моменту направления на реабилитацию.

Собственно реабилитационные этапы: стационарный, амбулаторно-поликлинический, санаторный и домашний. В зависимости от РП и Рпр больной может последовательно переходить с этапа на этап или пропустить 1–2 и даже 3 этапа.

2. ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭТАП

Лечебно-реабилитационный этап начинается в острой фазе инсульта сразу после стабилизации жизненно важных функций, он обеспечивает реализацию одного из важнейших принципов реабилитации — раннего ее начала.

Этот этап объединяет интенсивную терапию (нейрометаболическую защиту мозга и восстановление нормальной его перфузии) с последовательно расширяющимися реабилитационными мероприятиями. Принципиально важным является начало интенсивной терапии в период сохранения «терапевтического окна». При инсульте в центре очага поражения располагается зона необратимого поражения, а по периферии — зона, в которой нервные структуры частично сохранены («метаболическая или ишемическая полутень»). Судьба этой зоны решается в ближайшие 6 часов, составляющих «терапевтическое окно». В последующем каскад патологических биохимических реакций обуславливает гибель элементов полутени. Сохранение обратимо пораженных структур и восстановление их функции — *реституция* — обеспечивает раннее и наиболее значительное из возможного восстановление функций нормальным физиологическим путем. Это первый и наиболее существенный механизм реабилитации.

Целью реабилитации на этом этапе является психологическая и физиологическая подготовка к активной реабилитации, ранняя моторная активизация, мобилизация саногенетических механизмов, способствующих восстановлению функций и предупреждению осложнений, угрожающих жизни (легочные, тромболитические и др.) и здоровью (пролежни), препятствующих нормальному восстановлению деятельности головного мозга.

Раннее начало реабилитации способствует растормаживанию и активной стимуляции нервных центров, что ускоряет и оптимизирует процесс реституции, создает предпосылки для более полной его реализации. Позднее срабатывает менее физиологичный механизм — *компенсация* нарушенных функций за счет функциональной реорганизации, возможной вследствие пластичности нейронов головного мозга. Вначале перестраиваются сохранившиеся элементы пораженной структуры (через 1–3 мес.), позднее — соседние с очагом, затем отдаленные области мозга. Для проявления реорганизации функций требуются длительные и упорные тренировки, побуждающие анатомические структуры к функциональной перестройке. Чем раньше начинается этот процесс, тем более значителен эффект реабилитации, хотя полного или значительного восстановления функции только этим путем добиться не удастся.

Большое значение в реабилитации имеет сохранение сложных двигательных навыков, таких как повороты в постели, сидение, стояние и др. Способность к их осуществлению обеспечивается наличием в мозгу программы реализации двигательных навыков. Распад этой программы происходит уже через 10–14 дней, если ее не поддерживать повторением соответствующих движений, которые используются в раннем периоде реабилитации.

Еще один аргумент в пользу раннего начала реабилитации — предупреждение патологических состояний. При двигательных нарушениях — это борьба со спастикой (мышечной гипертонией), патологическими позами, синкинезиями, автоматизмами, артропатиями. Раннее начало реабилитации способствует их предупреждению или смягчению.

Ранняя двигательная активизация способствует также предупреждению соматических осложнений острого периода инсульта, вызванных гиподинамией и гипокинезией (пневмония, тромбоэмболии, пролежни и др.), что повышает возможности реабилитации.

Этапы реабилитации больных мозговым инсультом

В соответствии с положениями общеевропейского согласительного совещания (Хельсинборг, 1995), в остром периоде инсульта реабилитация показана всем больным. Она необходима для оценки реабилитационного потенциала.

Ранняя реабилитация проводится на фоне интенсивной медикаментозной терапии, применяемой не менее 7–10 дней. Показано назначение антигипоксантов (актовегин, диавитол), повышающих переносимость гипоксии, антиоксидантов (эмоксипин, витамины Е, С и др.) и метаболических препаратов, оказывающих нейропротекторное действие (церебролизин, пирацетам (ноотропил), ганглиозиды (кронессиол), карнитин (аплегин), семакс и др.). Для улучшения церебральной гемодинамики используют вазоактивные препараты (кавинтон (винпоцетин), стугерон (циннаризин), сермион (ницерголин) и др.) и антиагреганты (трентал и др.).

Важным компонентом реабилитационной программы в остром периоде инсульта является психологическая реабилитация. Одна из основных ее задач — снижение эмоционального напряжения, вызванного внезапно развившимся заболеванием, коррекция масштаба переживаний, формирование положительной установки на участие в реабилитационных мероприятиях. Пока в неврологических отделениях, в том числе в специализированных для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, нет врача-психотерапевта и психолога, их задачи выполняются лечащим врачом. Он должен оказывать пациенту эмоционально-психологическую поддержку по принципу «осторожного оптимизма». Необходимо объяснить больному перспективу восстановления двигательных и других функций. С родственниками больного нужно обсудить реальное положение вещей, прогноз, возможности реабилитации, необходимость госпитализации или целесообразность лечения в домашних условиях, поставить перед ними ясные цели на ближайшее время. Психотерапия и психокоррекция в остром периоде инсульта должны завершиться снятием стресса, вызванного острым инсультом, и подготовкой больного к активному включению в реабилитационный процесс.

Второе направление ранней реабилитации — физическая реабилитация. Пассивные ее методы (повороты в постели, лечение положением) применяются с первых дней инсульта, активные — включаются как только позволяет состояние больного.

Первым компонентом реабилитационных мероприятий при гемипарезах является лечение положением — физиологические укладки. Они начинаются сразу после обнаружения тяжелых двигательных нарушений. Удобство позы позволяет находиться в одном положении 1,5–2 ч, а путем последовательной смены поз можно добиться круглосуточного пребывания в физиологически правильном положении. В положении лежа используют три основных вида укладок: на пораженной стороне, на здоровой стороне, на спине. Особое внимание следует обращать на положение парализованной руки. Рука и ее плечевой сустав должны находиться на одном уровне в горизонтальной плоскости во избежание растяжения сумки плечевого сустава под действием силы тяжести конечности. Такое растяжение при параличе мышц, фиксирующих плечевой сустав, происходит достаточно часто, сопровождается постгемиплегической артропатией, вызывающей сильные боли и препятствующей нарастанию объема движений.

Массаж после инсульта начинают в те же сроки, что и лечение положением. Проводят его в положении больного на спине и здоровом боку. Начинают с 10 мин ежедневно, постепенно увеличивая продолжительность процедуры до 20 мин. Чтобы не усиливать спастичность, применяется лишь непрерывное плоскостное и обхватывающее поглаживание в медленном темпе как наиболее щадящий прием, который не повышает мышечный тонус. Массаж начинают с проксимальных отделов конечности и продолжают по направлению к дистальным.

Пассивная (пока нет активных движений) лечебная гимнастика улучшает кровоток в парализованных конечностях, способствует снижению мышечного тонуса, а также стимулирует появление активных движений. Пассивные движения выполняют как на больной, так и на здоровой стороне, в медленном темпе (быстрый темп способствует повышению тонуса), плавно, без рывков, сочетают с дыхательной гимнастикой и обучением больного активному расслаблению мышц.

Активную гимнастику при отсутствии противопоказаний начинают при ишемическом инсульте через 2–5 дней, при геморрагическом через 4–7 дней от начала заболевания. Двигательная активность в пределах постели включает обучение технике подъема головы и таза («мост» и «полумост») и поворотов на больную и здоровую сторону. Основная цель — достигнуть независимости в пределах постели (способность принять удобное положение, повернуться, поправить белье и просто удерживать подушку под головой). К концу острого периода инсульта характер активных движений усложняется, увеличивается темп, число повторений.

Следующий этап двигательной активности — постепенная вертикализация. Переход в положение сидя из положения лежа является важным шагом к достижению функциональной независимости. Начиная с 5–10-го дня при ишемическом и с 7–4-го дня при геморрагическом инсульте, если позволяет общее состояние, больного начинают обучать сидению. Вначале больному 1–2 раза в сутки придают полусидячее положение на 3–5 мин. Затем начинается обучение сидению со спущенными ногами. Вслед за этим переходят к вертикализации — обучению стоянию около кровати на обеих ногах, попеременно на больной и здоровой. Если больной овладевает стоянием, начинается обучение ходьбе.

У больных с афатическими нарушениями в комплекс ранних реабилитационных мероприятий входит речетерапия. Речетерапия должна начинаться с элементарных упражнений, простых для понимания и выполнения. Речетерапия включает и лечебную гимнастику для тренировки моторики мимических мышц, стимулирующую периферические рецепторы речедвигательной мускулатуры. Комплекс упражнений включает гимнастику губ, щек и языка. Проводится 1–2 раза в день, каждое упражнение повторяется до 8 раз.

Через 2–3 недели от начала заболевания еще раз оценивается тяжесть инсульта и РП, от которого зависит перевод больного на последующие этапы реабилитации. Определение РП через 2–4 недели от начала заболевания не всегда позволяет точно оценить его величину, но дает возможность выявить его наличие, главным признаком которого служит раннее начало восстановления неврологического дефицита. Чем раньше проявляются первые симптомы обратного развития нарушенных функций и чем быстрее их темп, тем выше потенциал восстановления функций. Значительное обратное развитие дефектов в течение первого месяца — ведущий предиктор высокого РП, умеренное — среднего РП, незначительное — низкого РП, а стойкость дефекта сопряжена с отсутствием РП.

Показания к направлению на этапы реабилитации после лечебно-реабилитационного этапа

Показания к отбору на разные этапы реабилитации зависят от тяжести инсульта и величины РП.

На *стационарный* этап реабилитации направляются следующие больные:

1. Больные с низким РП при тяжелом инсульте, у которых к концу первого месяца проявились первые признаки обратного развития тяжелого дефекта (активность в постели, вертикализация в положении сидя, признаки восстановления очагового дефицита). Цель их реабилитации — восстановление насущных навыков самообслуживания, что значительно увеличивает их независимость от помощи других лиц (позволяет прогнозировать возможность установления II, а не I первой группы инвалидности).

2. Больные со средним РП при инсульте средней тяжести, у которых не было тяжелого неврологического дефицита и (или) в течение первого месяца проявилось значительное его восстановление, достигнута вертикализация и передвижение в пределах палаты, нет ограничений РП по другим критериям.

Цель их реабилитации — полное восстановление бытовой активности, независимость от постороннего ухода и частичное (редко полное) восстановление трудоспособности при сохранении дефекта, умеренно ограничивающего жизнедеятельность и создающего социальную недостаточность (инвалидность III группы).

На *амбулаторный* этап реабилитации направляются больные с малым и легким инсультом, у которых не было грубого неврологического дефицита, имевшиеся очаговые симптомы и мобильность больного полностью или значительно восстановлены. РП таких больных чаще высокий, прогнозируется реализация трех основных задач реабилитации: функционального, социально-бытового и профессионального восстановления, иногда сохранение ограниченного и незначительного дефекта (моносиндромного). Реже РП у таких больных средний. Это обусловлено наличием ограничений по другим критериям РП (выраженное основное или сопутствующее заболевание с недостаточностью органов и систем, низкий потенциал личности, наличие невротических наслоений, интеллектуального снижения). Чаще средний РП связан с утратой профессиональной пригодности (при невозможности равноценного трудоустройства) лиц, профессия которых предъявляет повышенные требования к состоянию здоровья.

Цель их реабилитации — полное восстановление жизнедеятельности, включая лиц трудоспособного возраста профессиональной трудоспособности, а при утрате профпригодности в своей профессии — профподбор равноценной профессии и проведение медико-профессиональной реабилитации.

На *санаторный* этап реабилитации направляются работающие больные, как правило, трудоспособного возраста, имеющие высокий, реже средний РП, при условии восстановления достаточной мобильности и коммуникабельности, необходимых для их пребывания в санатории.

Этапы реабилитации больных мозговым инсультом

1. Больные, перенесшие малый или легкий инсульт направляются на санаторный этап непосредственно из острого отделения. Цель их реабилитации — полное восстановление личной независимости, мобильности, подготовка к труду.

2. Больные с инсультом средней тяжести без отягощающих факторов с хорошим обратным развитием неврологического дефицита направляются на санаторный этап, после месячного «долечивания» на поликлиническом или домашнем этапе.

На *домашний* этап реабилитации направляются больные тяжелым инсультом, у которых на протяжении 4–6 недель резко выраженные очаговые симптомы слабо подвергаются обратному развитию, что позволяет прогнозировать сохранение резкого дефекта, нуждаемость в регулярной помощи других лиц и уходе, невозможность труда, т.е. абсолютно неблагоприятный реабилитационный прогноз в связи с отсутствием РП. Альтернативой домашнему этапу является перевод больного на медико-социальную койку, где уход осуществляют специально подготовленные медицинские сестры.

3. СТАЦИОНАРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

В связи с ограниченным количеством реабилитационных коек и их высокой стоимостью выделяются приоритетные контингенты, подлежащие реабилитации на стационарном этапе. По окончании острого периода инсульта на стационарный этап направляются больные, жизнедеятельность которых значительно ограничена, но может быть улучшена в процессе реабилитации, т.е. имеющие РП. Основной контингент стационарных отделений реабилитации — больные тяжелым инсультом, имеющие низкий РП, что позволяет прогнозировать у них восстановление важнейших навыков самообслуживания, и больные инсультом средней тяжести, имеющие средний РП, у которых прогнозируется полное или значительное социально-бытовое восстановление и частичное восстановление профессиональной трудоспособности.

Больные с малым и легким инсультом не нуждаются в стационарном этапе реабилитации, т.к. достаточная мобильность позволяет проводить их реабилитацию на амбулаторном или санаторном этапе.

Сроки госпитализации зависят от тяжести инсульта, возраста больного, выраженности основного сосудистого заболевания, момента начала и темпов обратного развития нарушенных функций. Самый ранний срок направления в отделение реабилитации — 2 недели от начала инфаркта мозга и 2,5–3 недели после кровоизлияния, если больной допенсионного возраста, без нарушений кровообращения в других органах и системах, при отсутствии сопутствующих заболеваний и раннем проявлении признаков обратного развития процесса; при тяжелых инсультах и наличии сопутствующих заболеваний направление в отделение реабилитации проводится не ранее 3–4 недель от начала инсульта.

Оптимальные возможности для проведения стационарной реабилитации больных инсультами создаются в специализированных отделениях и центрах реабилитации. Здесь формируется реабилитационная среда, режим, интерьер, возможности занятости; окружающая больного обстановка должна быть позитивной, эмоционально стимулирующей, приближенной к домашней. Специализированные отделения включают широкий спектр восстановительных методов и средств реабилитации, а эффективность реабилитации в них на порядок выше, чем в общих отделениях реабилитации.

Оптимальной формой организации работы отделения реабилитации больных инсультами является бригадная. Единая бригада (команда) включает междисциплинарную группу, в состав которой входят: врач-реабилитолог-невропатолог, психолог или психотерапевт, кинезоэрготерапевт, логопед, медицинская сестра, по возможности, социальный работник. Допускается совмещение некоторыми специалистами нескольких функциональных обязанностей. Важную роль в бригаде играет медицинская сестра — незаменимый помощник врача в вопросах активного восстановительного лечения. Заботливое отношение к больному, умение найти подход и проявить понимание его характера, создание благоприятных дружеских отношений между больным и персоналом, — все это входит в работу по уходу за больным. Непременным участником реабилитационного процесса должны быть пациент, члены его семьи и волонтеры. Члены реабилитационной бригады специально обучают их определенным методам реабилитации, используемым как дополнение к тренировочным в отделении или на домашнем этапе.

Образовательная программа — важный момент эффективности реабилитации. Приветствуется создание школ, ассоциаций (клубов) пациентов и членов их семей с целью расширения возможностей общения, обмена информацией и улучшения социальной поддержки.

Медикаментозная терапия является фоном, который должен обеспечивать наиболее эффективное восстановление, стимулировать растормаживание временно инактивированных клеток головного мозга. Рекомендуется пероральный прием ноотропных и вазоактивных препаратов (ноотропил, кавинтон, танакан, инстенон и др), миорелаксанты (мидокалм, баклофен), антихолинэстеразные препараты, проникающие через гематоэнцефалический барьер, — галантамин, дезоксипеганин).

В раннем восстановительном периоде инсульта поддерживается психологическая установка на активную реабилитацию и достижение оптимально возможного функционального и социально-бытового восстановления. В этом периоде, наряду с поддержанием эмоционально-волевой стабильности, формированием ценностных ориентаций и жизненных установок, большое внимание уделяется активизации содержательного общения (с родственниками, медперсоналом, пациентами). Реализация этих задач требует участия подготовленного специалиста-психотерапевта и (или) медицинского психолога, по возможности нейропсихолога.

Программа реабилитации в стационаре включает разные методы. Психологическая реабилитация включает общую психотерапию (успокоение, эмоциональная поддержка, разъяснение) и специальные методы: рациональную психотерапию (убеждение), суггестивную (внушение, в том числе гипнотерапия, внушение в состоянии фармакологического сна и др.), условно-рефлекторную психотерапию (аутогенная тренировка и др.), патогенетическую психотерапию (индивидуальную и групповую), а также социотерапию, способствующую оптимизации связей пациента с его социальной средой. Особое место среди приемов психотерапии занимает аутогенная тренировка (АТ). Овладение больным этой методикой означает приобретение им навыков саморегуляции, направленных на подавление патологических влияний, неприятных ощущений, реализацию психологической собранности в трудных для него ситуациях. Задачей АТ у постинсультных больных является также коррекция органического дефекта, внушение увеличения силы, объема движений, выносливости, координации, чувствительности, ощущение тепла в парализованных конечностях. АТ способствует сглаживанию и уменьшению частоты вегетативно-сосудистых пароксизмов, головных болей, болей в области сердца.

В настоящее время находит все более широкое и эффективное применение в практике специализированных реабилитационных учреждений групповая психотерапия, которая должна сочетаться с индивидуальной. Групповая патогенетическая терапия дает возможность использовать положительное влияние больных друг на друга при общении пациентов в ранней стадии инсульта с выздоравливающими постинсультными больными. В группах из 3–5 человек 1–2 раза в неделю проводятся занятия по 10–15 мин (с учетом тяжести состояния больного, при наличии достаточного уровня памяти, мышления, позволяющего понять смысл беседы, при отсутствии психомоторного возбуждения и т.п.). Современная психотерапия широко использует приемы психомышечной тренировки (ПМТ), основанной на методе «прогрессивной мышечной релаксации» Э.Джекобсона. Существенное значение в общем комплексе мероприятий психологической реабилитации имеют мероприятия по коррекции межличностных отношений. При этом работа проводится не только с пациентом, но и с членами его семьи.

Основными методами физической реабилитации на этом этапе являются групповая либо индивидуальная лечебная гимнастика. Характер активных движений усложняется. Кинезотерапия в форме индивидуальной гимнастики назначается больным с выраженным гемипарезом, а также больным с речевыми нарушениями. Продолжается лечение положением; активные движения в здоровых конечностях, пассивные, активно-пассивные и активные с помощью, либо в облегченных условиях — в паретичных; упражнения на расслабление в сочетании с точечным массажем и АТ. Пассивные и активные движения выполняют плавно, в медленном темпе, с повтором до 10–15 раз в сочетании с правильным дыханием. Болезненных ощущений при выполнении упражнений не должно быть.

Особое внимание уделяется вертикализации больного, обучению навыкам стояния, тренировке равномерного распределения тяжести тела на паретичную и здоровую конечность, опоре на всю стопу, удержанию равновесия, обучению ходьбе. Обязательным компонентом занятий является ходьба вверх и вниз по ступенькам. Длительное использование вспомогательных средств при ходьбе, как правило, тормозит защитные реакции рук и развивает у больного страх перед падением, поэтому от них необходимо отказываться как можно раньше.

Групповая лечебная гимнастика проводится больным с умеренными и легкими двигательными нарушениями. Основными задачами ее является расширение двигательной активности, тренировка кардиореспираторной системы, улучшение мозгового кровотока. Групповая гимнастика назначается ежедневно. Очень важным моментом для повышения адаптации к физическим нагрузкам является определение толерантности постинсультного больного к общей физической нагрузке. Для ориентировочной оценки можно использовать формулу А.Н. Беловой (1995).

$$П = 19,7 + 22,1 \times X1 + 26,7 \times X2 + 18 \times X3 + 4,5 \times X4,$$

где П — пороговая нагрузка в Вт;

X1 — степень гемипареза (0 — выраженная, 1 — умеренная, 2 — легкая, 3 — нет);

X2 — повторность инсульта (0 — повторный, 1 — первичный);

X3 — клиническое проявление ИБС (0 — есть, 1 — нет);

X4 — степень изменений ЭКГ (0 — выраженные, 1 — умеренные, 2 — легкие, 3 — норма).

Если толерантность больного не превышает 25 Вт, назначается общий комплекс упражнений, свыше 25 Вт — в комплекс лечебной гимнастики включаются упражнения на велоэргометре с контролем артериального давления и пульса.

Параллельно с обучением больного ходьбе начинают эрготерапию, основанную на использовании сложных комплексных движений, применяемых в повседневной жизни. Вначале проводят работу по восстановлению бытовых навыков: одевания, выполнения процедур личной гигиены, приема пищи и ее приготовления, пользования бытовыми приборами. Для этой цели в условиях реабилитационного стационара предусмотрены помещения, воссоздающие кухню, бытовые приспособления, на которых проводится обучение элементарным навыкам самообслуживания. Проводит занятия специально подготовленный инструктор, ежедневно по 30–40 мин. Позднее начинают отработку двигательных актов, используемых в профессиональной деятельности.

Для речевой терапии в фазе стабилизации афазии логопедами используется русскоязычная версия международной методики по системе активизации вербальных функций (МОДАК), которая основана на понимании языка как системы речи, воспроизведении наименьшей языковой единицы — фразы и на восстановлении нарушенных языковых систем в комплексе. Ее цель — составление комплексных предложений, т.е. активация и стимуляция общения. В процессе занятий специальными упражнениями тренируется артикуляционно-звуковая координация, обеспечивающая плавность и непрерывность голосового звука. Восстановительная терапия афазий проводится в форме индивидуальных (по 35–40 мин) и групповых (45–60 мин) занятий, 3–5 раз в неделю, группы не более 5 человек. Кроме этого больной ежедневно в вечернее время выполняет домашние задания, которые назначает логопед.

Этапы реабилитации больных мозговым инсультом

Важное значение в восстановительном лечении больных, перенесших мозговую инсульт, принадлежит трудотерапии. На стационарном этапе целесообразно использовать элементарные виды труда, такие как лепка из пластилина или глины, шитье, плетение, чеканка и др., а также домашний труд по самообслуживанию. Трудотерапия оказывает общеукрепляющее, восстановительное и психотерапевтическое воздействие, она позволяет оценить реальные трудовые возможности больного, его социальный прогноз.

Уже в условиях реабилитационного стационара целесообразно начинать работу по профориентации тех больных, у которых выясняется благоприятный реабилитационный прогноз.

Продолжительность пребывания в стационарном отделении реабилитации варьируется от 20 до 45 дней (в зависимости от тяжести инсульта), а заканчивается этот этап через 1,5–2,5 мес. от начала инсульта, когда возможна окончательная оценка РП, уточнение РПр, обоснование дальнейшего ведения и реабилитации больного.

Тактика ведения больного по окончании стационарного этапа реабилитации

У больных тяжелым инсультом при низком РП тактика ведения больного зависит от реализации РП. Если он реализован и получено восстановление основных навыков самообслуживания, по выписке из стационара больной направляется на МРЭК для определения II группы инвалидности и проведения реабилитации инвалида на дому. Если в стационаре РП полностью не реализован, но прогнозируется возможность его реализации, больной выписывается на домашний этап для продолжения реабилитации. К концу стационарного этапа больного и его родственников обучают методам и приемам, которые он должен использовать дома. Наблюдение за ним и продление больничного листа осуществляет участковый врач или невропатолог, а направление на МРЭК проводится после получения прогнозируемого результата реабилитации, но не позднее наступления обязательного срока направления на МРЭК (4 мес. от начала периода временной нетрудоспособности).

Если у больного тяжелым инсультом первично предполагалось наличие РП, но в стационаре выявилось его отсутствие, сразу после уточнения РП и абсолютно неблагоприятного РПр больной выписывается из стационарного отделения реабилитации на домашний этап и направляется на МРЭК для определения I группы инвалидности.

При инсультах средней тяжести уточненный РП может оказаться средним либо низким. Низкий РП зависит от замедленного и недостаточного функционального восстановления, при хорошем восстановлении нарушенных функций — от снижения других компонентов РП (повторность нарушения мозгового кровообращения, выраженные основное и сопутствующее заболевания, низкий психологический потенциал личности и др.). При *низком* РП показано раннее направление на МРЭК для определения II группы инвалидности и перевод больного на домашний этап реабилитации. При *среднем* РП со стационарного этапа реабилитации больной переводится на амбулаторный этап, а в благоприятных случаях (сразу или через месяц) — на санаторный.

Главный критерий среднего РП при инсульте средней тяжести — восстановление социально-бытовой активности и возможность возвращения к труду в обычных производственных условиях при сохранении, как правило, умеренного неврологического дефицита. Трудоспособность в некоторых профессиях может восстанавливаться полностью, но чаще бывает ограниченной, в обоих случаях наличие функционального дефекта ограничивает другие критерии жизнедеятельности и служит основанием для признания больного инвалидом III группы, что заставляет оценивать общий РП как средний.

4. АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Направление на амбулаторный этап может осуществляться непосредственно из острого отделения или с любого этапа реабилитации (стационарного, санаторного, домашнего). Главное условие направления в поликлиническое отделение реабилитации — восстановление коммуникабельности и мобильности, достаточных для посещения больными поликлиники. Лимитирующим фактором является место проживания в городе (районном центре), в котором расположена поликлиника, или на селе. Реабилитация сельских жителей, если этот этап оказывается недоступным, даже при достаточном восстановлении мобильности может проводиться только в стационаре.

На амбулаторный этап реабилитации сразу по окончании острого периода инсульта направляются больные с малым и легким инсультом, у которых не было грубого неврологического дефицита и имевшиеся очаговые симптомы полностью или значительно восстановлены. РП таких больных чаще высокий, прогнозируется реализация всех основных задач реабилитации: социально-бытового и профессионального восстановления при полной отстройке очаговых выпадений, иногда сохранении ограниченного и незначительного дефекта (моносиндромного). Реже РП у таких больных средний. Это обусловлено наличием ограничений по другим критериям РП (выраженное основное или сопутствующее заболевание с недостаточностью органов и систем, низкий потенциал личности, наличие невротических наслоений, интеллектуального снижения). Чаще снижение РП больных малым и легким инсультом связано с утратой профессиональной пригодности (при невозможности равноценного трудоустройства) в некоторых профессиях, предъявляющих повышенные требования к состоянию здоровья. Больные с более тяжелыми формами инсульта направляются на амбулаторный этап в более поздние сроки, пройдя стационарный, а иногда и другие этапы реабилитации. Их РП, как правило, средний, что обеспечивает у большинства из них восстановление трудоспособности в обычных производственных условиях, чаще со значительным ее ограничением в связи с сохранением умеренного или легкого дефицита.

На амбулаторном этапе реабилитации продолжаются те же мероприятия, что и на стационарном этапе.

Психологическая реабилитация сохраняет ведущую роль в комплексе реабилитационных мероприятий. Решаются проблемы, касающиеся выработки положительных установок на трудовую и общественную деятельность, наряду с решением вопросов профориентации, проводится психопрофилактическая и психогигиеническая работа с семьями больных.

Опыт психологической реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга свидетельствует о том, что включение психокорректирующих воздействий и активация психологических форм компенсации и психологической защиты способствуют повышению общей эффективности лечебных мероприятий и методов медицинской и социальной реабилитации в связи с устранением тех мотивационно-поведенческих нарушений и неверных представлений, которые были обусловлены сложным взаимовлиянием различных составляющих деонтологической ситуации. Адекватная психологическая реабилитация имеет существенное значение для достижения прогнозируемого уровня реабилитации.

Столь же важную роль среди реабилитационных мероприятий играет кинезотерапия. Основными формами кинезотерапии на этом этапе являются групповая или индивидуальная лечебная гимнастика. Приемы и методы лечебной гимнастики в целом соответствуют тем, которые использовались и на стационарном этапе. Увеличивается интенсивность и продолжительность занятий. С каждым больным инструктор занимается по 30–40 мин. Больной должен два раза в день заниматься самостоятельно по программе, разработанной инструктором.

Одной из форм лечебной физкультуры является механотерапия. Она проводится в комплексе с лечебной физкультурой для восстановления активных движений в паретичных конечностях. Для этого используются механотерапевтические устройства, наборы шаров и т.д. Выбор режима механотерапии для каждого больного индивидуален.

Работа на тренажерах выполняется во время основной части сеанса лечебной гимнастики. В зависимости от толерантности больного к физической нагрузке ее мощность во время работы на тренажерах варьирует от 10–15 до 40–60 Вт, продолжительность до 4–5 мин, при этом необходим контроль за состоянием больного.

Применяются также точечный массаж по тормозной методике каждый день или через день. Проводится избирательный массаж паретичных конечностей, ежедневно, на курс не менее 15–20 сеансов.

Для больных с гемипарезом, выраженным в руке, продолжается обучение навыкам самообслуживания. В поликлиническом отделении реабилитации должен быть кабинет эрготерапии, в котором имеется оборудование, имитирующее кухню, тренировочный стенд с бытовыми приборами и т.д. Проводит занятия специально подготовленный инструктор. Постепенно больные осваивают нарастающие по сложности операции, проводимые здоровой конечностью (умывание, одевание, уборка постели и др.). При умеренных и легких парезах применяются постепенно усложняющиеся упражнения для больной руки и совместные занятия обеими руками (причесывание, приготовление пищи и т.д.).

При речевых нарушениях продолжается восстановительная терапия в форме индивидуальных, возможно и групповых занятий. Желателен постоянный контакт с родственниками больного. Важное место в восстановительной терапии принадлежит коммуникативному тренингу. Для этого применяются конкретные ситуации и речевые темы из домашних ситуаций пациента. Целью групповых занятий является установление контактов между пациентами и преодоление социальной изоляции. Параллельно необходимо обучать родных и близких грамотному и правильному общению с данным больным.

Этапы реабилитации больных мозговым инсультом

На амбулаторном этапе больным, перенесшим мозговой инсульт, медикаментозная терапия проводится ограниченно. В основном назначаются этиопатогенетическая и симптоматическая терапия: гипотензивные средства при артериальной гипертензии; антиаритмические препараты при постоянных или пароксизмальных нарушениях ритма, антиатеросклеротические, антиоксидантные, вазоактивные препараты. Важное значение имеет вторичная профилактика повторного инсульта, которая помимо постоянного этиотропного лечения включает систематическое использование антиагрегантов и, по показаниям, антиаритмических препаратов при ишемическом инсульте и ангиопротекторов и гипотензивных средств при кровоизлияниях.

Продолжительность реабилитации на амбулаторном этапе варьируется от 1–2 мес. при малом и легком инсульте, до 3–6 мес. при инсульте средней тяжести, 6–12 мес. при тяжелом инсульте. При длительных сроках амбулаторной реабилитации она проводится по принципу непрерывности курса путем чередования амбулаторного и домашнего этапов реабилитации. На домашнем этапе больной вместе с родственниками выполняет задания, выработанные на амбулаторном этапе. При последующих курсах амбулаторной реабилитации задания расширяются. По завершении амбулаторного этапа реабилитации оценивается трудоспособность больного и он выписывается к труду или в показанных случаях направляется на МРЭК для определения инвалидности.

5. САНАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Санаторный этап реабилитации имеет специальные показания. Он предназначен для больных, у которых прогнозируется полное восстановление трудоспособности в обычных производственных условиях или относительно благоприятный трудовой прогноз (инвалидность III группы). Этот этап организуется за счет средств социального страхования, из которых оплачивается стоимость путевки и пособие по временной нетрудоспособности на весь период санаторной реабилитации. На санаторный этап реабилитации направляются работающие граждане, подлежащие социальному страхованию, преимущественно в трудоспособном возрасте. При благоприятном трудовом прогнозе на этот этап также могут направляться работающие пенсионеры.

Санаторное отделение реабилитации для больных инсультом в Республике Беларусь было открыто в 1997 г., вначале на базе санатория «Несвиж», а с 1999 г. — в санатории «Сосновый бор» (Радошковичи). Порядок направления на санаторный этап реабилитации регламентирован приказом МЗ РБ № 53 от 20.3.2000 г. «О расширении показаний и порядке направления больных в отделения медицинской реабилитации санаториев» и постановлением МЗ РБ от 1.9.2000 г. № 38/3/1р «Об утверждении нормативных правовых актов по вопросам порядка отбора и направления больных в отделения медицинской реабилитации санаториев Республики Беларусь».

На *санаторный* этап реабилитации непосредственно из стационара направляются больные, перенесшие легкий или малый инсульт или больные инсультом средней тяжести после амбулаторного долечивания в течение 1 мес. при условии восстановления достаточной мобильности и коммуникабельности, необходимых для пребывания в санатории и использования активных санаторных методов реабилитации. Цель их реабилитации в санатории — дальнейшее повышение физической работоспособности, психологической выносливости и других саногенетических механизмов, полное восстановление мобильности, подготовка к профессиональной деятельности.

Санаторный этап предусматривает не только закрепление положительных результатов, полученных на стационарном или амбулаторном этапах, но и мероприятия по предупреждению повторных нарушений кровообращения, повышению психической и физической выносливости, развитию компенсаторных возможностей, тренировке приспособительных механизмов, направленных на повышение их работоспособности с целью приобщения больных к трудовой деятельности.

Методы восстановительного лечения на санаторном этапе существенно расширяются. Рекомендуются психотерапия в сочетании с аэрофитоароматерапией в форме групповых или индивидуальных занятий. Обязательными являются дозированная ходьба (терренкур), физические тренировки (на велоэргометре и др.), дыхательная гимнастика, плавание в бассейне, витаминные и успокаивающие фиточаи. Показано водолечение: хлоридно-натриевые (общие или ножные) ванны, жемчужные или углекислые ванны, подводный массаж.

Продолжаются занятия ЛФК, направленные на восстановление тонкой моторики, логопедические занятия с больными, у которых были речевые нарушения.

Этапы реабилитации больных мозговым инсультом

По завершении данного этапа больные возвращаются к труду сразу по его окончании или после амбулаторного долечивания. В ряде случаев больные нуждаются в мероприятиях медико-профессиональной реабилитации (определение профессиональной пригодности, профподбор для лиц, потерявших профпригодность) и трудоустройстве.

6. ДОМАШНИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Проведение реабилитации на домашнем этапе показано разным категориям больных с различным РП и Рпр.

На *домашний* этап после лечения в остром отделении направляются больные *тяжелым инсультом* с абсолютно неблагоприятным реабилитационный прогнозом в связи с отсутствием РП. Перевод на домашний этап возможен при наличии благоприятных социально-средовых факторов, обязательный из которых — наличие родственников, которые будут осуществлять уход. Они являются важнейшими участниками реабилитационного этапа на дому и нуждаются в обучении, чтобы освоить навыки ухода за больным инсультом и проведения доступных для него тренировок. В домашнем этапе должны участвовать и социальные службы, территориальные поликлиники, а также добровольцы и общественные организации. Альтернативой домашнему этапу для этих больных является перевод больного на медико-социальную койку, где уход осуществляют специально подготовленные медицинские сестры.

На домашний этап после стационарного этапа реабилитации направляются больные тяжелым или среднетяжелым инсультом с низким РП, у которых произошло восстановление навыков самообслуживания после стационарного этапа реабилитации. Их зависимость от посторонней помощи менее значительная, регулируемая. Задачей реабилитации является расширение рамок их независимости, адаптация к жилью, тренировка ходьбы, выход за пределы жилья.

Этапы реабилитации больных мозговым инсультом

На домашний этап реабилитации направляются также больные после малого, легкого или среднетяжелого инсульта с высоким и средним РП по окончании стационарного, санаторного или амбулаторного этапа реабилитации или в перерыве между этими этапами. Задачей их реабилитации является дальнейшее восстановление функций, полное или значительное восстановление социально-бытовой активности, особенно мобильности и коммуникабельности, подготовка к возобновлению работы. Программа их реабилитации составлена на предшествующем этапе, где больной получает задание и обучается необходимым приемам и упражнениям физической и психологической реабилитации. Параллельно осуществляется необходимая медикаментозная поддержка.

7. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ ПО ЗАВЕРШЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ

При *легком и малом инсульте* лечение и медицинская реабилитация больных проводится в периоде временной нетрудоспособности (ВН), оптимальный (минимальный) ее срок при малом инсульте 3–5 недели (в зависимости от продолжительности сохранения неврологического дефицита), при легком — 5–7 недель, при сохранении постинсультной астении ВН может продлеваться еще на 1–2 недели.

При *инсультах средней тяжести и среднем РП* больной проходит стационарный, амбулаторный и домашний этап, а иногда и санаторный. При необходимости он может повторно направляться на стационарный этап, но не более одного раза, так как возможности реабилитации значительно снижаются уже после первого курса. Весь процесс реабилитации требует длительного времени. ВН таких больных редко заканчивается до 4 мес., что вызывает необходимость их обязательного направления на МРЭК. При благоприятном или относительно благоприятном трудовом прогнозе, если трудоспособность больного еще не восстановилась, МРЭК выносит решение о продлении лечения, после чего ЛПУ продлевает больничный лист в общем порядке до момента, когда больной сможет приступить к труду. ВН таких больных может продолжаться от 4 до 6 мес. и более. Большие сроки ВН необходимы в случае утраты профессиональной пригодности и применения мер медико-профессиональной реабилитации. Для успешности этого этапа имеет значение положительная установка на труд, возможность рационального трудоустройства без серьезного переобучения, сохранность других компонентов РП. По окончании реабилитации в большинстве случаев больной повторно направляется на МРЭК для определения III группы инвалидности, в связи с сохранившимся неврологическим дефицитом и (или) значительным снижением квалификации.

При *тяжелом инсульте* и наличии потенциала для преодоления полной зависимости от посторонней помощи реальная возможность достижения этого результата существует в пределах до 4 мес., пока реализуются механизмы восстановления нарушенных функций путем реституции и компенсации за счет ближайших структур. Позднее возможна только адаптация к дефекту, требующая более продолжительного времени. Если РП удастся реализовать до истечения 4 мес. от начала инсульта, на период реабилитации определяется ВН, после чего больной направляется на МРЭК для определения II группы инвалидности. Если через 4 мес. восстановления навыков самообслуживания не произошло, дальнейшее продление ВН не оправдано, и больной признается инвалидом I группы.

При тяжелых инсультах и отсутствии РП, ВН определяется на период до окончательного выяснения реабилитационного прогноза, что обычно возможно через 2–2,5 мес., после чего больной направляется на МРЭК для определения I группы инвалидности.

После установления инвалидности начинается процесс реабилитации инвалида. Индивидуальную программу его реабилитации составляет МРЭК. Помимо медицинской реабилитации, она включает социальную и (или) профессиональную реабилитацию. Медицинская реабилитация инвалидов, как и больных, осуществляется в ЛПУ. РП инвалида может быть различным — от полного отсутствия до высокого. При высоком РП особую значимость, кроме медицинской реабилитации, приобретает профессиональная реабилитация, которая осуществляется МРЭК и службой занятости. При низком РП первостепенное значение имеет социально-бытовая реабилитация, осуществляемая органами социальной защиты населения.