



М. В. ТАРАРОЩЕНКО, Н. В. БАБКІНА, Д. О. АЛІЙНИК,
В. М. КОВАЛЕНКО, В. І. ЯНГОЛЬ

КЛПЗ «Чернігівська міська лікарня № 3»

Рання реабілітація хворих з інсультом в умовах неврологічного відділення

Статтю присвячено ранній реабілітації хворих з мозковими інсультами в умовах неврологічного відділення. Своєчасне застосування комплексу заходів з моменту госпіталізації хворого з інсультом дає можливість уникнути багатьох небажаних ускладнень, спрямувати спільні зусилля хворого, медичного персоналу та родичів на відновлення функцій, розлад яких відбувся внаслідок захворювання. Організація системи ранньої реабілітації не потребує значних матеріальних витрат та є дієвим інструментом для допомоги у відновленні пацієнтів з інсультом.

Ключові слова: рання реабілітація, етапність, комплексність.

Проблема мозкового інсульту залишається актуальною в Україні, оскільки кожні 4—5 хв одна людина стає жертвою інсульту, а кожні 16 хв одна хворий помирає від нього. У 80—88% пацієнтів виникає ішемічний інсульт, у решти — геморагічний. Близько 29% інсультів є повторними.

Лікування пацієнтів з інсультами необхідно проводити в умовах спеціалізованого неврологічного відділення. В Чернігівській міській лікарні № 3 створено всі умови для надання адекватної та ефективної медичної допомоги хворим з гострими цереброваскулярними катастрофами. В структурі лікарні є неврологічне відділення для хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) на 60 ліжок з блоками інтенсивної терапії і ранньої реабілітації, відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 6 ліжок, 10 нейрохірургічних ліжок і відділення загальної реабілітації (єдине в Чернігівській області) на 40 ліжок. У лікарні є все необхідне для своєчасної діагностики мозкового інсульту: здійснюють нейровізуалізацію за допомогою комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, дуплексне сканування брахіоцефальних судин, електронейроміографію. Таким чином, у лі-

кувальному закладі надають повноцінну та своєчасну невідкладну медичну допомогу, за потреби виконують нейрохірургічне втручання, а також проводять як ранню реабілітацію в умовах неврологічного відділення, так і відновне лікування в умовах загальноореабілітаційного відділення.

Необхідно якомога раніше (не пізніше ніж через 3 год після появи перших ознак інсульту) госпіталізувати пацієнта в спеціалізований стаціонар. Окрім своєчасного та повноцінного лікування мозкового інсульту, важливе значення мають реабілітаційні заходи.

Реабілітація — це комплекс заходів (медичних, психологічних, педагогічних, соціальних), спрямованих на відновлення втрачених унаслідок захворювання функцій, соціальну і психологічну реадaptaцію пацієнта.

Основні принципи реабілітації:

- ранній початок;
- тривалий період;
- етапність;
- комплексність;
- активна участь хворого та членів його родини;
- систематичність.

Етапність реабілітації хворого з мозковим інсультом означає, що її починають проводити з перших днів після інсульту (якщо дозволяє загальний

стан хворого) для відновлення порушених функцій, запобігання розвитку вторинних ускладнень. Етапи: госпіталізація в неврологічне відділення для хворих з ГПМК → реабілітаційне відділення, за можливості — в спеціалізованому санаторії.

Ранню реабілітацію при інсульті починають одразу в приймальному відділенні лікарні. Вона передбачає повноцінне, сучасне та адекватне лікування інсульту, профілактику його ускладнень, розширення рухового режиму та адаптацію хворих у побуті до їх стану залежно від функціональних порушень, які виникли внаслідок інсульту.

Основними завданнями реабілітації хворих, які перенесли інсульт, є адаптація в соціальному середовищі, в родині, побуті, досягнення незалежності пацієнта від сторонньої допомоги та його збереження як особистості.

Порушення, які виникають у пацієнтів після інсульту:

- довільних рухів (парези, плегії);
- мови (афазії та дизартрії);
- ковтання;
- координації та рівноваги;
- схеми тіла;
- тазові;
- когнітивні (легкі, помірні, виражені, деменція).

Розрізняють три рівні відновлення.

1. Істинне відновлення. Можливе тоді, коли не відбувається повної загибелі нервових клітин, а патологічне вогнище містить переважно інактивовані елементи (внаслідок набряку, гіпоксії, зміни провідності нервових імпульсів).

2. Компенсація. Основним механізмом є функціональна перебудова, залучення у функціональну систему нових структур.

3. Реадаптація (приспособлення до дефекту). У разі вираженого рухового дефекту використовують різні приспособування (палицю, ходунці, крісло-каталку).

Ступінь відновлення порушених функцій при інсульті залежить від масштабу катастрофи, яка

відбулася в головному мозку, та його нейропластичності, котра є основою реабілітаційного потенціалу хворого.

Основні напрями ранньої реабілітації:

- лікування положенням;
- активні рухи в кінцівках;
- пасивні рухи в кінцівках;
- масаж кінцівок;
- рання вертикалізація (висаджування хворого);
- навчання стоянню;
- навчання ходьбі;
- вправи на розвиток дрібної моторики.

Лікування положенням передбачає надання парализованим кінцівкам і тілу правильного положення. Розпочинають з моменту госпіталізації хворого, незалежно від його тяжкості. Положення пацієнта з перших хвилин захворювання — з піднятим головним кінцем (голова та плечі мають лежати в одній площині, і бути піднятими так, щоб не згиналася шия). Парализовані кінцівки розміщують на одному рівні в горизонтальній площині при положенні пацієнта на здоровому боці, що забезпечує рівномірне гравітаційне навантаження на кінцівки. Положення на животі без подушки і положення на животі з опорою на передпліччя та кисти (рис. 1). Лікування положенням сприяє зниженню м'язової спастичності, відновленню схеми тіла, нормалізації глибокої чутливості, зниженню больового синдрому та патологічних установок, запобігає розвитку контрактур, пролежнів, тромбозу глибоких вен кінцівок і пневмонії.

Початок ранньої вертикалізації залежить від типу інсульту, загального стану хворого, стабільності неврологічних порушень та життєво важливих функцій. При ішемічних інсультах рекомендують ліжковий режим протягом 3—5 днів, при крово-виливах — протягом 1—2 тиж, при субарахноїдальному крововиливі — 4—6 тиж.

Спочатку хворого саджають у ліжку, потім, спускаючи його ноги на підлогу, за умови стабільності

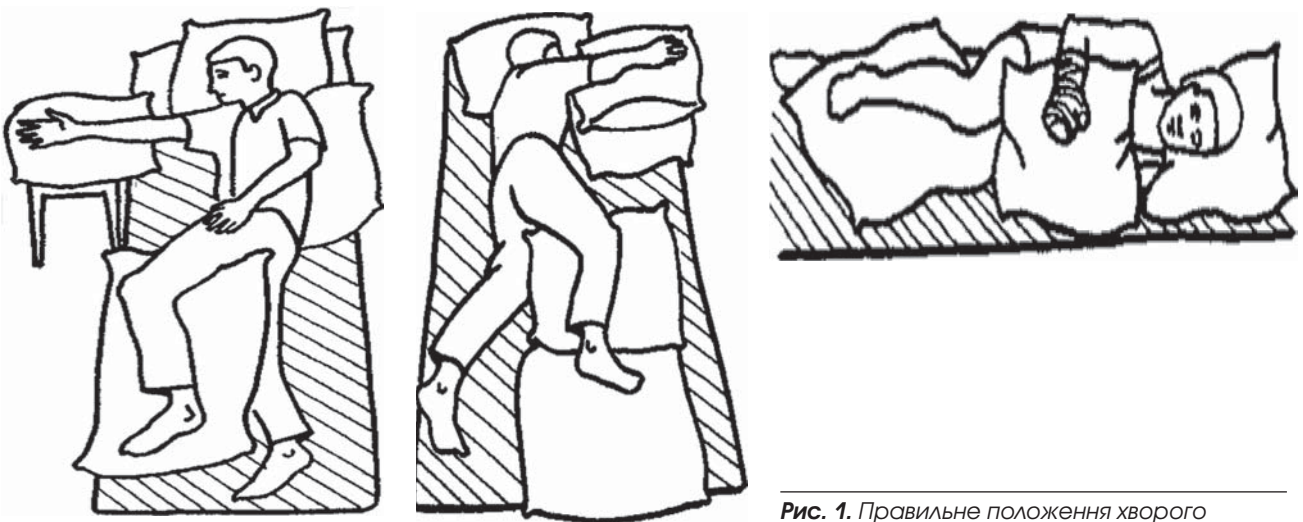


Рис. 1. Правильне положення хворого

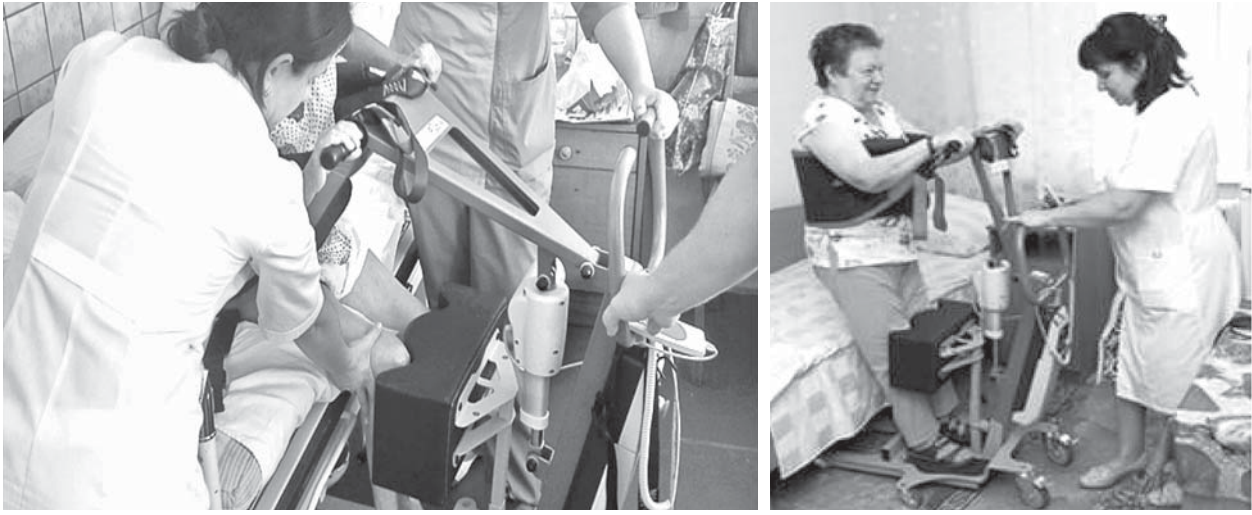


Рис. 2. Вертикалізатор

гемодинамічних показників, ставлять на ноги. Рання вертикалізація дає змогу запобігти розвитку таких ускладнень, як тромбофлебіт, застійна пневмонія, трофічне ураження шкіри, і сприяє більш швидкому і значному регресу неврологічного дефіциту. В нашій лікарні для пацієнтів використовують вертикалізатори (рис. 2).

Протипоказаннями для ранньої вертикалізації є ознаки тяжкого набряку мозку, пригнічення свідомості до сопору або коми, нестабільний стан гемодинаміки (систоличний артеріальний тиск менше ніж 110 мм рт.ст. або понад 220 мм рт.ст., пульс у стані спокою менше ніж 40 або понад 110 за 1 хв), сатурація $O_2 < 92\%$, температура тіла понад $38,5^\circ C$).

Після ранньої вертикалізації пацієнта навчають ходити, спочатку на місці, потім з опорою в межах палати.

Основний метод реабілітації хворих після інсульту з руховими порушеннями — лікувальна фізкультура (кінезотерапія), метою якої є відновлення рухів (повне або часткове), зокрема об'єму рухів, відновлення сили в паретичних кінцівках, функції рівноваги при атаксії, навичок самообслуговування.

Заняття лікувальною фізкультурою розпочинають у перші дні після інсульту, якщо дозволяють загальний стан хворого та рівень свідомості. Розпочинають з пасивної гімнастики (легкі рухи без напруження спочатку в здорових кінцівках, потім — у паретичних). Перші пасивні рухи з метою поліпшення рухливості суглобів здійснюють у перші години перебування в стаціонарі. Їх виконують під керівництвом інструктора з лікувальної фізкультури, медсестри, родичів у годину відвідування пацієнта. Рухи мають бути плавними, повільними, ізо-

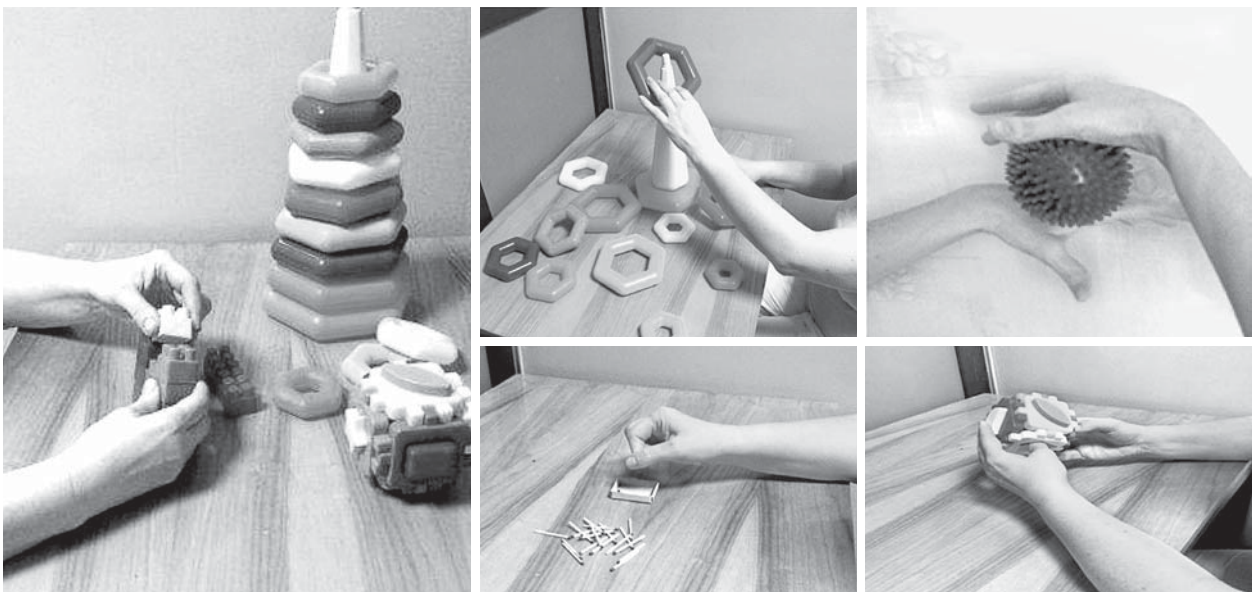


Рис. 3. Вправи з предметами для відновлення дрібної моторики

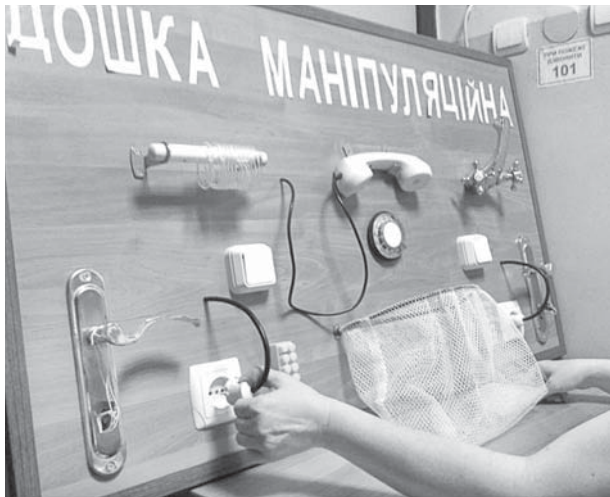


Рис. 4. Маніпуляційна дошка

льованими в кожному суглобі в усіх площинах, не спричиняти болючих відчуттів.

Рухи виконують щодня, повторюючи їх у кожному суглобі 10—15 разів. Пасивну гімнастику проводять спочатку на здоровому боці. При тяжкому інсульті пасивні рухи починають з кисті і стопи, оскільки рух дрібних суглобів майже не відображується на загальному кровообігу.

Дихальна гімнастика спрямована на запобігання розвитку застійних явищ.

Масаж виконують у напрямку від дистальних відділів до проксимальних, починають з верхніх кінцівок, потім переходять до нижніх, завжди починають масаж зі здорових кінцівок. У м'язах з підвищеним тонусом застосовують погладження в повільному темпі, розтирання, а у м'язах зі знизеним тонусом — розминання м'язів.

Дрібна моторика — це сукупність скоординованих дій нервової, м'язової і кісткової систем, часто — в поєднанні із зоровою системою для виконання точних рухів кистями і пальцями рук та ніг. Для відновлення функції руки необхідно виконувати вправи для розроблення м'язів кисті, відновлення координації рухів пальців. Для відновлення дрібної моторики в неврологічному відділенні для хворих з ГПМК виконують вправи з різними предметами (рис. 3).

Для відновлення самообслуговування спочатку навчають навикам самообслуговування (самостійний прийом їжі, особиста гігієна). У нашій лікарні є маніпуляційні дошки, за допомогою яких пацієнти відновлюють певні побутові навички (рис. 4).

Когнітивна реабілітація. У більшості хворих порушуються пам'ять, увага та інші когнітивні функції. Щоб відновити їх, потрібно постійно тренувати пам'ять (вчити фрази, вірші, згадувати події з минулого, читати та переказувати прочитане вголос). Для контролю за динамікою когнітивної дисфункції використовують шкалу MMSE (Mini-Mental State Examination) або Монреальську шкалу когнітивної оцінки.

Психологічна та соціальна реабілітація особливо важлива для осіб молодого та працездатного віку, коли хворі не можуть обійтися без сторонньої допомоги, виконувати звичні дії, брати участь у громадському житті, схильні до депресій, замкнутості. Завдання родичів та оточення — підтримати хворого, за потреби звернутися по допомогу до психотерапевта.

Реабілітація — це спільна праця багатьох людей, які оточують хворого! Наслідки захворювання залежать від терпіння, завзятості медперсоналу та рідних хворого, а також від бажання самого пацієнта вилікуватися.

Література

1. Белова Н.А. Нейрореабілітація: Рук-во для врачей.— М.: Антидор, 2000.— 568 с.
2. Кадыков А.С., Шапаронова Н.В. Ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт. Роль медикаментозной терапии // Нервные болезни.— 2014.— № 1.— С. 22—25.
3. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта.— М.: Миклош, 2003.— 176 с.
4. Мицкан Б., Єдинак Г., Остапак З. та ін. Інсульт: різновиди, фактори ризику, фізична реабілітація // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: Зб. наук. пр.— 2012.— № 3 (19).— С. 295—302.
5. Мурашко Н.К., Парникоза Т.П., Сулик Р.В. и др. Реабилитация больных с инсультом: Учеб.-метод. рекомендации.— К.: Изд-во НМАПО, 2013.

Н. В. ТАРАРОЩЕНКО, Н. В. БАБКИНА, Д. А. АЛИЙНЫК, В. М. КОВАЛЕНКО, В. И. ЯНГОЛЬ
КЛПЗ «Черниговская городская больница № 3»

Ранняя реабилитация больных с инсультом в условиях неврологического отделения

Статья посвящена ранней реабилитации больных с мозговыми инсультами в условиях неврологического отделения. Своевременное применение комплекса мероприятий с момента госпитализации больного с инсультом позволяет избежать многих нежелательных осложнений, направить совместные усилия больного, медицинского персонала и родственников на возобновление функций, нарушенных в результате заболевания. Организация системы ранней реабилитации не требует значительных материальных расходов и является действенным инструментом в возобновлении пациентов с инсультом.

Ключевые слова: ранняя реабилитация, этапность, комплексность.

N. V. TARAROSCHENKO, N. V. BABKINA, D. A. ALIYNYK, V. M. KOVALENKO, V. I. YANGOL
Chernigiv City Hospital N3

Early rehabilitation of patients with stroke in neurological department

The article presents the data on the early rehabilitation of patients with cerebral strokes in neurological department. Well-timed administration of the therapy since the moment of patients' admission contributes to elimination of complications and allows to restore impaired functions successfully. The organization of early on rehabilitation therapy does not require much expenditures and it is an effective method for stroke patients restoration.

Key words: early rehabilitation, stages, complexity.