

Лекция № 15

Тема «Принципы организации реабилитации пациентов с инсультом»

План лекции:

1. Организационно-правовые аспекты ведения пациентов с ОНМК.
2. ОРИТ неврологического профиля - I этап медицинской реабилитации (в острейший период течения инсульта).
3. Правила организации деятельности неврологического отделения для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
4. I этап медицинской реабилитации в неврологическом отделении стационара (в острый период течения заболевания).
5. II этап медицинской реабилитации постинсультных пациентов (стационарные условия реабилитационного отделения в ранний восстановительный период при наличии реабилитационного потенциала).
6. III этап медицинской реабилитации постинсультных пациентов (поздний восстановительный период в амбулаторных и санаторных условиях)

ОНМК характеризуется внезапным появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

Актуальность проблемы. Острые нарушения мозгового кровообращения (инсульты) являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. Из 100 больных, перенесших инсульт, в первые 3-4 недели умирает 35-40 человек. По данным европейских исследователей на каждые 100 тыс. населения приходится 600 больных с последствиями инсульта, из них **60 %** являются инвалидами. В России ежегодно происходит более 400 тыс. инсультов к труду возвращается не более 20 % больных, перенесших инсульт. Инсульт «молодеет» и часто поражает людей в трудоспособном возрасте, что существенно повышает не прямые расходы государства – на лечение.

Согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», медицинская помощь пациентам с ОНМК оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в структуре которых

организовано реанимационное неврологическое отделение, в условиях обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. Специализированная, в том числе **высокотехнологичная**, медицинская помощь включает в себя диагностику, лечение ОНМК, иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, проведение мероприятий, направленных на предотвращение развития повторных ОНМК, а также медицинскую реабилитацию.

Бригада скорой медицинской помощи доставляет пациентов с признаками ОНМК в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «неврология». Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится **в течение 20 минут** с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу отделения. После проведения предыдущих мероприятий, пациент с признаками ОНМК направляется в отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии и (или) кабинетом магнитно-резонансной томографии для проведения компьютерной томографии (далее – КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее – МРТ-исследование) головного мозга для уточнения диагноза. Заключение по результатам проведения исследований, передается дежурному врачу-неврологу отделения.

Время с момента поступления пациента с признаками ОНМК в отделение до получения дежурным врачом-неврологом отделения заключения КТ - исследования или МРТ - исследования головного мозга и исследования крови составляет **не более 40 минут**.

ОРИТ неврологического профиля

При подтверждении диагноза ОНМК пациенты со всеми типами ОНМК в острейшем периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии.

Время с момента поступления пациента в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет **не более 60 минут**.

Пациентам, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ - исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок **не позднее 60 минут** с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

Пациентам со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии **в первые 24 часа** от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

Длительность пребывания пациента с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии определяется тяжестью состояния пациента, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

Мероприятия *по предупреждению развития повторного ОНМК* проводятся не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения.

Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжают непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях под наблюдением медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Этапы медицинской реабилитации при инсульте

I этап – в острый период течения заболевания (острый период – до 21-х суток) или травмы осуществляется в ОРИТ и палатах ранней реабилитации неврологического отделения стационара.

II этап осуществляется в стационарных условиях отделения реабилитации в **ранний восстановительный период течения заболевания (ранний восстановительный период с 21 суток по 6 месяцев включительно)** или травмы при наличии реабилитационного потенциала.

III этап – в поздний восстановительный период (поздний восстановительный период – 6 месяцев – 2 года), проводится в амбулаторных и санаторных условиях.

Особенности реабилитации на I этапе оказания медицинской помощи

I этап: острый период течения заболевания или травмы

Региональное бюро ВОЗ по европейским странам предложило бригадную форму в качестве модели организации восстановительного лечения, основанную на принципе работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады (МДБ). Состав МДБ: врач анестезиолог-реаниматолог, врач-невролог, врач-нейрохирург, врач функциональной диагностики, врач-

психиатр, врач-кардиолог, врач ЛФК, врач по медицинской реабилитации, врач - физиотерапевт, логопед, инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог, врач ультразвуковой диагностики, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии, медицинские сестры ОРИТ.

ОРИТ неврологического профиля

- Контроль состояния сознания.
- Мониторинг функции дыхания.
- Мониторинг гемодинамики.
- Мониторинг терморегуляции.
- Мониторинг выделительной функции.
- Коррекция измененного психоэмоционального состояния.
- Коррекция патологического тонуса мышц.
- Профилактика тромбоэмболических осложнений.
- Обеспечение адекватной нутритивной поддержки.
- Оценка и коррекция расстройств глотания.

Лечение положением – укладка парализованных конечностей в физиологических положениях, препятствующих развитию контрактур, болевого синдрома и формированию «порочных поз»:

- положение на спине – противоположное позе Вернике-Манна (с фиксацией руки лангетой и мешочком с песком)
- укладка паретичных конечностей на одном уровне в горизонтальной плоскости лежа на здоровом боку
- удерживание стопы под углом 90° с валиком под колено и др.

ЛФК – состоит из комплекса пассивных и активных упражнений в сочетании с дыхательной гимнастикой. Пассивные упражнения в суставах паретичных и здоровых конечностей начинают с 3-4 дня при ишемическом инсульте, с 5-7 – при геморрагическом, упражнения выполняются плавно, в медленном темпе, начинают с крупных суставов, упражнения должны быть безболезненными, с 10-12 повторениями, 2-3 раза в день, следует избегать патологических синкинезий (лангета).

Активные упражнения – необходимо строго дозировать нагрузку и постепенно её увеличивать (кратность повторения, амплитуду движения, время). При выраженных парезах следует начинать с идиомоторного упражнения, а затем сделать попытку его выполнить для облегчения выполнения упражнения можно использовать вспомогательные средства (гладкую поверхность, блоки, специальные гамаки и др.).

Массаж – назначают с 3-4 дня болезни, ежедневно в рамках массажно-гимнастической процедуры начинают с **точечного массажа** по тормозной методике – при спастике, по тонизирующей методике – при атонических процессах приемы классического массажа (поглаживание, неинтенсивное растирание и разминание). Массаж не должен быть длительным, а приемы должны выполняться в щадящем режиме. **Начинают массаж с нижних конечностей**, с пораженной стороны, от проксимальных отделов к дистальным (бедро, голень, стопа). **затем массируют спину, надплечья** (область трапециевидной мышцы), **грудь**, уделяя преимущественно внимание пораженной стороне.

Далее переходят к верхней конечности и массируют ее в той же последовательности, что и нижнюю (плечо, предплечье, кисть).

Необходимо учитывать, что в паретичных мышцах под массажным воздействием быстро наступают явления утомления, поэтому процедура должна быть непродолжительной (10-20 минут).

Неврологическое отделение

На 8-10 день, при стабильном состоянии, больного начинают обучать сидению (контроль Ps, АД), постепенно переводя его из горизонтального положения в вертикальное (функциональная кровать с вертикализатором, постепенное опускание ног, рука фиксируется косыночной повязкой).

Следующий этап – обучение стоянию на обеих ногах, попеременное стояние на здоровой и паретичной ноге, ходьба на месте (опора), ходьба с помощью вспомогательных реабилитационных средств.

Для больных с инсультом очень важен ранний переход от абстрактных упражнений к упражнениям, тренирующим бытовые и простые трудовые навыки. **Трудотерапия** – важный этап в обучении больного самообслуживанию, его подготовка к возвращению в дом, в семью и приспособление к жизни в «быту», где продолжают вырабатываться и закрепляться навыки, необходимые ему для новых условий жизни.

Механотерапия - это метод кинезотерапии, заключающийся в выполнении физических упражнений с помощью специальных аппаратов, сконструированных для развития движений в суставах. Упражнения стимулируют остаточную активность мышц, активизируют кровообращение, предотвращают развитие контрактуры суставов и повышают жизненный тонус прикованных к постели больных.

Физиотерапия. В комплексном лечении пациентам назначают дифференцированные методики физиотерапии:

- аппликации парафина или озокерита (при

тенденции к формированию ранних контрактур и болевом синдроме)

- электрофорез с новокаином (для купирования боли в паретичных мышцах)
- иглорефлексотерапия (дисфункция мочевого пузыря, нарушение глотания и др.)
- электромиостимуляция и др.

Психотерапия. В остром периоде инсульта в психологической помощи нуждаются как больные, так и их родственники. Психотерапия направлена на нормализацию эмоционально-волевой сферы больных, коррекцию поведенческих нарушений, раздражения, слабодушия и т.д., на формирование рационального отношения к своему состоянию и активизацию участия в реабилитационных мероприятиях.

Логопедическая помощь. Специальный комплекс упражнений, выполнение которого заключается в автоматическом многократном произношении простых слов и звуков. Обычно, все упражнения выполняются по десять раз:

- «Лошадка» - цокать языком о небо, как цокают копытами лошадка.
- «Жало змеи» - до предела высовывать свой язык, шипя, как змея.
- «Забор» - полностью показать свои передние зубы (можно выполнять без звука) и др.

БОС-терапия. Использование биологической обратной связи (БОС) направлено на восстановление функции паретичных конечностей за счет коррекции мышечного тонуса, улучшения сенсорного обеспечения движения, увеличения амплитуды и точности движений, активацию концентрации внимания на ощущениях степени мышечного сокращения и пространственного расположения конечностей.

Ортопедическая помощь. В практике реабилитации больных с инсультом широко используются различные ортопедические приспособления:

- для защиты суставов
- для уменьшения выраженности спастичности
- для улучшения функции ходьбы.

II этап осуществляется в стационарных условиях отделения реабилитации в *ранний восстановительный период течения заболевания (ранний восстановительный период с 21 суток по 6 месяцев включительно)* или травмы при наличии реабилитационного потенциала.

2 этап – реабилитация в специализированных реабилитационных стационарах, куда больной переводится через 3-4 недели после инсульта, черепно-мозговой травмы, операции удаления гематомы,

доброкачественной опухоли, абсцесса, аневризмы. Перед выпиской из стационара оценивается не только достигнутая степень восстановления, но и прогнозируется возможность дальнейшей нормализации функций и определяются перспективы постинсультного восстановления: пациенты, имеющие положительный реабилитационный потенциал должны быть направлены в специализированные реабилитационные центры, а позже – в специализированные санатории.

2-й этап может иметь разные варианты в зависимости от тяжести состояния больного:

- **первый вариант** – больной с полным восстановлением функции выписывается на амбулаторное долечивание или в реабилитационный санаторий
- **второй вариант** – больные с выраженным двигательным дефектом, которые к концу острого периода не могут самостоятельно передвигаться и элементарно обслуживать себя, переводятся в нейрореабилитационное отделение (отделение ранней реабилитации) той же больницы или в нейрореабилитационное отделение крупной городской или областной больницы
- **третий вариант** – больные с двигательными дефектами, которые могут самостоятельно передвигаться и элементарно обслуживать себя переводятся из неврологического или нейрохирургического отделения в **Реабилитационный центр**. Реабилитационные центры или отделения принимают на лечение не всех- реабилитацию проходят способные передвигаться самостоятельно и способные сами себя обслуживать. Речь идет о центрах, работающих в системе ОМС (принимающих на лечение по полису). Тяжелых лежачих пациентов могут принять по договоренности с заведующим отделением и в присутствии сиделки.

Реабилитационное отделение

Определение реабилитационного потенциала

При оценке РП учитывают три основные группы факторов:

- **медицинские** (вид нарушения мозгового кровообращения, размер очага и его локализацию, выраженность неврологического дефицита, степень декомпенсации основного заболевания, сопутствующие заболевания)
- **психологические** (готовность и возможность участия в процессе реабилитации)

- **социальные** (уровень социальной независимости человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности является показателем его интеграции в общество).

Перевод больного на следующий этап реабилитации

Перед выпиской из стационара оценивается не только достигнутая степень восстановления, но и прогнозируется возможность дальнейшей нормализации функций и определяются перспективы постинсультного восстановления. Пациенты, имеющие положительный реабилитационный потенциал должны быть направлены в специализированные реабилитационные центры, а позже – в специализированные санатории.

Специализированные центры для неврологических больных осуществляют программы реабилитации, направленные на борьбу с остаточными проявлениями неврологического синдрома:

- двигательными нарушениями
- потерю речевой функции
- потерю зрения и слуха
- психоневрологическими нарушениями
- потерю памяти и др.

Программы реабилитации включают:

- медикаментозную терапию
- психотерапию
- кинезотерапию
- физиотерапию
- занятия с логопедом и др.

Эти манипуляции для переживших инсульт проводятся бесплатно в государственных центрах!

Неврологические реабилитационные центры в СПб

1. Санкт-Петербург, Городская больница 23, просп. Елизарова 32 телефон для справок: (812) 365-22-19
2. Сосудистые центры Санкт-Петербурга: Александровская больница, больница № 26 на ул. Костюшко 2, Елизаветинская и Мариинская больницы, НИИ СМП. им. Джанелидзе и Покровская больница.
3. 197706 г. Санкт-Петербург, ул. Борисова д.9, тел. (812) 437-40-75, 437-09-07, городская больница № 40, Сестрорецк, официальный сайт центра www.gb40.ru

III этап – в поздний восстановительный период (поздний восстановительный период – 6 месяцев – 2 года), проводится в амбулаторных и санаторных условиях.

Амбулаторная реабилитация в условиях районного или межрайонного поликлинического реабилитационного центра или реабилитационных

отделений поликлиники или восстановительных кабинетов поликлиники. Возможны такие формы амбулаторной реабилитации как «дневной стационар», а для тяжелых плохо ходящих больных – реабилитация на дому.

Санаторная реабилитация

Задачи санаторного этапа реабилитации:

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

Реабилитация больных, перенесших ОНМК, проводится только в **местных санаториях**

Основными лечебными факторами являются: климатотерапия, бальнеолечение, грязелечение, физиотерапия, кинезотерапия, психотерапия, медикаментозное лечение.

В первые дни после поступления на реабилитацию больным назначается щадящий режим. По мере улучшения функционального состояния организма, повышения адаптации к более высоким физическим и другим нагрузкам больного переводят на щадяще-тренирующий режим (расширяют объем, интенсивность и продолжительность лечебных воздействий).

Перевод больного с одного режима на другой осуществляется с учетом данных медицинского наблюдения и контроля за переносимостью назначенного лечения и результатов электрофизиологических и других методов исследования.

Климатотерапия. Аэротерапия предусматривает пребывание больного на свежем воздухе и включает ночной и дневной сон на открытом воздухе или в специально оборудованном климатопавильоне, длительное пребывание на балконах, верандах, в парке во время пешеходных прогулок, терренкура. Гелиотерапия проводится при РЭЭТ не ниже 20–21°C, начиная с 1/2

биодозы с постепенным повышением на 1/2 биодозы через каждые три процедуры, доводя к концу курса лечения до одной биодозы.

Бальнеотерапия. Сероводородные ванны назначаются в виде камерных (на паретичную конечность или 2–4 камерных) ванн при концентрации сероводорода 50–75–100 мг/л и температуре 36–37°C. Общие сульфидные ванны назначаются только при хорошей переносимости камерных ванн по ступенчатой методике с постепенным увеличением концентрации сероводорода (25–50–75–100 мг/л) и удлинением времени приема процедуры. Радоновые ванны назначают концентрацией 60–120 нКи/л при температуре 36–37°C продолжительностью 8–15 минут.

Грязелечение применяют в основном в виде местных аппликаций на паретичную конечность, гальваногрязелечения, электрофореза грязевого раствора и грязеиндуктотермии, проводимых по общепринятым методикам.

Физиотерапия: лекарственный электрофорез; диадинамо - и амплипульстерапия; электростимуляция; индуктотермия; ДМВ-терапия; магнитотерапия; ультразвуковая терапия; иглорефлексотерапия.

Амбулаторный этап реабилитации

Социально-бытовая адаптация:

- информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации пациента и членов его семьи
- обучение пациента самообслуживанию
- адаптационное обучение семьи пациента
- адаптация жилого помещения к потребностям больного и инвалида
- обучение больного и инвалида пользованию техническими средствами реабилитации (создание бытовой независимости пациента)
- обеспечение техническими средствами реабилитации
- сурдотехника
- тифлотехника (позволяет заменить отсутствующее зрение другими видами чувствительности и обострить восприятие внешнего мира) .

Социально-средовая реабилитация:

- проведение социально-психологической и психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование)
- осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости)
- содействие в решении личных проблем
- консультирование по правовым вопросам
- обучение навыкам проведения досуга и отдыха

Профессиональная реабилитация

- профориентация
(профинформирование, профконсультирование)
- психологическая коррекция
- обучение (переобучение)
- создание специального рабочего места инвалида
- профессионально- производственная адаптация

Результаты реабилитационного процесса

Классификация исходов восстановления после инсульта:

- **1-й класс** – полное восстановление трудоспособности, бытовых навыков и социальной активности
- **2-й класс** – возвращение к прежней работе с ограничениями, некоторые ограничения бытовых возможностей
- **3-й класс** – трудоспособность потеряна, значительно ограничены возможности выполнения прежних домашних обязанностей, снижены почти все виды социальной активности
- **4-й класс** – значительная зависимость в повседневной жизни
- **5-й класс** – полная утрата самообслуживания, полная зависимость от окружающих

Таким образом, проблема реабилитации постинсультных больных является весьма актуальной. В связи с этим, согласно программному документу ВОЗ (Европейскому согласованному заявлению по инсульту), основной целью ближайшего десятилетия является достижение функциональной независимости в «деятельности повседневной жизни» через 3 месяца более чем у 70 % больных, перенесших острую фазу.

Контрольные вопросы для закрепления:

1. Назовите организационно-правовые аспекты ведения пациентов с ОНМК.
2. Охарактеризуйте ОРИТ неврологического профиля - I этап медицинской реабилитации (в острейший период течения инсульта).
3. Перечислите правила организации деятельности неврологического отделения для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
4. Охарактеризуйте I этап медицинской реабилитации в неврологическом отделении стационара (в острый период течения заболевания).
5. Дайте характеристику II-му этап медицинской реабилитации постинсультных пациентов (стационарные условия реабилитационного отделения в ранний восстановительный период при наличии реабилитационного потенциала).

б. Расскажите о III-м этапе медицинской реабилитации постинсультных пациентов (поздний восстановительный период в амбулаторных и санаторных условиях).

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Быковская Т. Ю. Основы реабилитации: ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе / Т. Ю. Быковская [и др.] ; под ред. Б. В. Кабарухина – Ростов н/Д :Феникс, 2015. – 430 с. – (Среднее медицинское образование)
2. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. пособие / Л. В. Козлова, С. А . Козлов, Л. А . Семенов; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. – Изд. 7-е. – Ростов н /Д : Феникс, 2012. – 475 с. : ил. – (Среднее профессиональное образование).

Дополнительная литература:

1. Быковская Т.Ю. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: учеб. пособие / Т.Ю. Быковская, А.Б. Кабарухин, Л.А. Семенов, Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Т.В. Бесараб; под общ. ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов н/Д : Феникс, 2010. – 557 с. (Медицина).
2. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник для медицинских училищ и колледжей / В.А. Епифанов – «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 528 с.
3. Ерёмускин М.А. Классический массаж: учебник для медицинских училищ и колледжей / под ред. М.А. Ерёмускина – «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 448 с.
4. Соколова Н. Г. Физиотерапия / Н. Г. Соколова. – Ростов н/Д: Феникс, 2018. – 350 : ил. – (Дополнительное медицинское образование).

Электронный ресурс:

<http://insultu-net.ru/> О доступной реабилитации в России