

Келехсаева Анна Алановна,
ст. преп. кафедры медицинской биохимии
Юго-Осетинского государственного университета им. А.А. Тибилова
Kelekhsaeva Anna Alanovna, Lecturer of the Department of Medical Biochemistry
of the South Ossetion State University named by A. Tibilov

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА REHABILITATION OF PATIENTS IN THE EARLY RECOVERY PERIOD AFTER ISCHEMIC STROKE

Аннотация: В настоящей статье рассматриваются основные мероприятия, осуществляемые при реабилитации пациентов после перенесенного ишемического инсульта в раннем восстановительном периоде. Как известно, эффективность лечения после инсульта во многом зависит от того, насколько правильно специалистом подобран комплекс приемов и методов терапии. Кроме того, необходимо применять медикаментозное лечение и методы физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, лечебной физкультуры в комплексе. От того, насколько корректно специалист составит план лечения и реабилитации пациента, будет зависеть скорость и эффективность его выздоровления, восстановление двигательных, речевых и других функций. Именно поэтому реабилитации в раннем восстановительном периоде после инсульта отводится такое огромное значение, ведь от мероприятий, осуществляемых на этой стадии восстановления, зависит в конечном счете качество дальнейшей жизни пациента.

Abstract: This article discusses the main measures carried out in the rehabilitation of patients after an ischemic stroke in the early recovery period. As you know, the effectiveness of treatment after a stroke largely depends on how well a specialist has selected a set of techniques and methods of therapy. In addition, it is necessary to apply medication and methods of physiotherapy, reflexology, manual therapy, physical therapy in a complex. The speed and effectiveness of the patient's recovery, restoration of motor, speech and other functions will depend on how correctly the specialist will draw up a treatment and rehabilitation plan for the patient. That is why rehabilitation in the early recovery period after a stroke is of such great importance, because the quality of the patient's future life ultimately depends on the measures taken at this stage of recovery.

Ключевые слова: реабилитация, ишемический инсульт, спастичность, двигательные функции, лечебная физкультура.

Keywords: rehabilitation, ischemic stroke, spasticity, motor functions, physical therapy.

Реабилитация в раннем восстановительном периоде после перенесенного ишемического инсульта осуществляется на II и III стадиях реабилитации. В ходе реабилитации необходимо применять методы, используемые на первой стадии. При этом следует принимать во внимание исходное состояние пациента, а также те результаты, которых удалось достичь в ходе стационарного лечения. Необходимо продолжать реализацию мероприятий, направленных на вторичную профилактику инсульта. Отметим, что данные мероприятия представляют собой обязательный элемент процесса реабилитации вне зависимости от стадии восстановления. Кроме того, необходимо осуществлять антигипертензивную, гиполипидемическую терапию (статины), с использованием блокаторов тромбообразования – антикоагулянтов и антиагрегантов.

Для того чтобы поддержать нормальную мозговую деятельность пациента, проводя медикаментозное лечение в раннем восстановительном периоде следует применять лекарственные средства, оказывающие нейрорепаративный и нейропротективный эффект. В круг таких лекарственных средств входят цитиколин (цераксон®), а также целлекс российского производства [1, с. 35].



В раннем восстановительном периоде цель реабилитационных мероприятий состоит в том, чтобы и дальше развивать и расширять двигательные и функциональные возможности пациента, восстанавливать его когнитивные функции, исключать потенциальные осложнения, контрактуры, патологическую установку тела и конечностей, мышечный гипертонус.

Огромная роль в раннем восстановительном периоде после перенесенного ишемического инсульта отводится мероприятиям, позволяющим восстановить двигательные функции при мышечном гипертонусе. Эта необходимость обусловлена тем, что как минимум у 1/5 больных в течение первых трех месяцев и почти у 42% больных в последующем периоде тонус мышц нарушается в сторону спастичности. Спастичность является двигательным отклонением – элемент синдрома поражения верхнего мотонейрона. При этом у пациента наблюдается скоростьзависимое повышение тонуса мышц, при котором повышаются рефлексы сухожилий. Причиной становится гипервозбудимость рецепторов растяжения. Клиническая картина мышечной спастичности подразумевает чрезмерные ответы на процесс растяжения мышечной ткани; при этом развиваются локальные паталогические явления – в частности, мышцы и сухожилия в спокойном состоянии становятся короче. Это приводит к появлению в мышцах изменений, среди которых – фиброз и уплотнения, снижение гибкости и эластичности. В результате постоянно повышенного мышечного тонуса сухожилие все время напрягается, вследствие чего происходит его укорочение и деформация. Дистрофическими изменениями оказываются охвачены не только сухожилия и мышцы, но и костная ткань вместе с суставами, к которым они крепятся. При этом происходит тугоподвижность сустава, а в отдельных случаях появляется контрактура. Развитие спастичности негативно сказывается на двигательной активности пациента. Адаптивные механизмы, активизирующиеся при появлении рассматриваемых отклонений, приводят к изменению двигательного стереотипа. Поэтому пациентам с такими деформациями бывает сложно вновь учиться ходить и обслуживать себя. Также им сложно бывает проводить кинезиотерапию и в целом ухаживать за ними. Все это приводит к ухудшению качества жизни пациентов и членов их семей [4, с. 15].

Рассмотрим комплекс ключевых принципов ведения больных в раннем восстановительном периоде, у которых очаговое поражение головного мозга привело к отклонениям в тонусе:

- применяя тот или иной метод по показаниям, следует руководствоваться соображениями фармакоэкономической целесообразности;
- важно обеспечивать пациентам, у которых отмечается хронический этап болезни, мотивацию. В частности, следует составлять программы самореабилитации больных;
- следует развивать продолженную реабилитацию для пациентов, у которых отмечаются очаговые поражения, включая дистанционную;
- необходимо лечить симптомокомплекс фокальной/мультифокальной спастичности. При этом следует назначать пациенту инъекции БТА, используя алгоритм осуществления ботулинотерапии;
- необходимо на ранней стадии обнаруживать признаки появления спастичности у пациента;
- важно вовремя отслеживать и оценивать уровень тонуса мышц и назначать соответствующую терапию;
- в программе реабилитации пациентов должны присутствовать методы, которые позволяют воздействовать на симптомы как моторного, так и немоторного характера;
- необходимо придерживаться мультидисциплинарного подхода;
- необходимо начинать реабилитационные мероприятия на ранней стадии. При этом следует предупреждать наступление вторичных осложнений и стимулировать скорейшее восстановление двигательных отклонений [5, с. 3].

В течение раннего восстановительного периода после перенесенного ишемического инсульта необходимо осуществлять мероприятия, позволяющие выработать правильную механику движений. Для этого следует правильно подобрать средства, которые позволят



пациенту более удобно и легко выполнять какие-либо функции. При этом целесообразно использование ортезов, роботизированных элементов экзоскелета, костюмов, тростей, ходунков, костылей, разгрузочных рам для ходьбы и пр. При каждой новой нагрузке следует принимать во внимание полное восстановление пациента после предшествующих нагрузок. Родственники пациента и лица, ухаживающие за ним, должны обеспечить благоприятный эмоциональный фон для скорейшего восстановления и для создания стимулов к этому восстановлению. Следовательно, пациент должен и сам активно участвовать в проведении мероприятий по реабилитации. Если пациент занимается самостоятельно, он должен выполнять лишь те упражнения, которые он может выполнить корректно без посторонней помощи. При этом нельзя резко увеличивать нагрузку, а значит, выполнение упражнения должны контролировать родственники больного. Также запрещается самостоятельно назначать себе комплекс упражнений – необходимо выполнять лишь те из них, которые рекомендует специалист. Это обусловлено в том числе тем, что в результате неверно выполненных упражнений у пациента могут выработаться и закрепиться новые паталогические стереотипы, в результате чего возрастет тонус и появятся болевые реакции [2, с. 144].

Если имеется ярко выраженный неврологический дефект, пациент не сможет производить сложные движения. Поэтому специалисты рекомендуют пользоваться методиками рефлексоломоции. Отметим, что рефлексоломоция представляет собой индивидуальную дифференцированную онтогенетически обусловленную кинезиотерапию. Ее основные виды – это методы Темпл Фей, Фелпса, Кенни. Также сюда следует включить методику К. Войта, Бобат-терапию, PNF (Кэбота) и модификацию данного метода – «Баланс».

В рамках методики PNF (Кэбота) применяются такие приемы, как реверсия (смена направления движения) антагонистов, адекватное сопротивление движению, короткое растяжение. При этом важно контролировать физиологичность позы больного. В качестве модификации PNF выступает методика «Баланс». Методика У. Войты направлена на то, чтобы воздействовать на каждый регуляторный уровень центральной нервной системы, включая мозжечок, подкорковые ядра и спинной мозг. Методика подразумевает глобальную скоординированную активацию скелетной мускулатуры. В ее основе лежат генетически обусловленные двигательные акты в виде ходьбы, ползания, переворачивания, толкания, хватательных движений и пр. наряду с мышцами скелета данная методика способствует активации дыхания, функций кишечника и мочевого пузыря, движений глаз и лицевых мышц. Метод Бобат-терапии применяется, как правило, при лечении пациентов, у которых диагностированы спастические гемипарезы. В основе данного метода лежат поздние спинальные рефлексы. При пассивном движении головой, тазовым и плечевым поясом в пространстве происходит стимулирование реакций выпрямления. В частности, голова выпрямляется по отношению к туловищу, туловище выпрямляется по отношению к голове и пр. Кроме того, данная методика стимулирует появление лабиринтных реакций или реакций равновесия. Подобные тренировки, выполняемые на протяжении долгого периода, способствуют преобладанию физиологических рефлексов с вытеснением нежелательных рефлексов паталогического характера. В качестве самого действенного подхода можно назвать рефлекторные упражнения, система которых включает в себя разнообразные составляющие разных методик, которые подбираются, принимая во внимание конкретные задачи, стоящие перед специалистом в каждом отдельном случае [3, с. 20].

Третья стадия медицинской реабилитации проводится для больных, у которых отмечено хроническое протекание болезни. Это лица, которые в быту постоянно зависимы от других людей, поскольку они не могут нормально себя обслуживать, передвигаться (либо они передвигаются, используя дополнительные средства опоры). Этот этап реабилитации проводится в случае, если результаты обследования свидетельствуют о том, что функции пациента могут быть восстановлены. Данный этап подразумевает мануальную терапию, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, физиотерапию. Данные мероприятия проводятся, как правило, амбулаторно. Комплекс мероприятий по реабилитации пациента должна



проводить мультидисциплинарная бригада, в которую должны входить психотерапевт, мануальный терапевт, рефлексотерапевт, медицинский психолог, физиотерапевт, кинезиотерапевт и т.д. Указанные специалисты МДБ должны находиться в постоянном взаимодействии друг с другом и с больным. Это позволит им осуществить реабилитационный план и составить регулярные отчеты, требующиеся раз в три месяца, каждую неделю или каждый месяц. Данные отчеты позволяют отслеживать результаты, которых удалось достичь в реабилитации пациента, и, если нужно, скорректировать план терапии. Когда пациент выписывается, ему необходимо подготовить среду и домашние условия. в частности, следует подобрать кровать, определить место и условия питания, осуществления гигиенических процедур. Ухаживающим следует помнить, что даже на дому больному необходимо будет заниматься ЛФК и делать утреннюю зарядку. Весьма эффективным методом является также трудотерапия, главным образом земледелие и садоводство.

Таким образом, реабилитация пациентов в раннем восстановительном периоде после перенесенного ишемического инсульта включает в себя большое количество мероприятий и видов терапии, которые проводятся как в стационарных условиях, так и амбулаторно. Огромная роль отводится физическим упражнениям, специально подобранным специалистом с учетом конкретного случая заболевания. Однако при этом не следует забывать и о том, что терапия должна быть комплексной и включать в себя в том числе медикаментозное лечение.

Каждый случай восстановления после ишемического инсульта является индивидуальным, поэтому средства, методы и виды терапии также подбираются врачом индивидуально, с учётом состояния больного и степени тяжести последствий инсульта.

Список литературы:

1. Белова А.Н., Богданов Э.И., Вознюк И.А., Жаднов В.А., Камчатнов П.Р., Курушина О.В., Маслова Н.Н. Терапия умеренных когнитивных расстройств в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121 (5):33-39.
2. Восстановительная неврология. Инновационные технологии в нейрореабилитации: научное издание / под ред. Л.А. Черниковой. – Москва: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 342 с.
3. Ковальчук В.В. Пациент после сосудистой катастрофы: принципы реабилитации и особенности ведения / В.В. Ковальчук, А.О. Гусев, Е.Р. Баранцевич [и др.] // *Consilium Medicum*. – 2019. – 19 (9). – С. 18-25.
4. Новикова Л.Б. Роль реабилитационного потенциала в восстановительном периоде инсульта / Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, А.Р. Ахметова // *Consilium Medicum*. – 2017. – 2.1. – С. 14-16.
5. Суслова Е.Ю. Ведение больных в раннем восстановительном периоде инсульта / Е.Ю. Суслова, Н.В. Вахнина // *Медицинский совет*. – Москва: ООО «Группа Ремедиум», 2021. – 18. – С. 1-5.

