МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Купреєв Д.Д.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Фізична реабілітація хворих на ішемічний**

**інсульт**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична реабілітація \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Фізична реабілітація хворих на ішемічний інсульт»

Виконав: студент групи ЗЛ-16д Купреєв Д.Д.

Керівник: к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: к. мед. н., доц. Афонін Д.М.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична реабілітація \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Купреєва Дмитра Дмитровича**

## Тема роботи: «Фізична реабілітація хворих на ішемічний інсульт»

## Керівник роботи Завацький Юрій Анатолійович, к. психол. н., доц.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *–80 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 44 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з фізичної реабілітації хворих на ішемічний* *інсульт; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення фізичної реабілітації хворих на ішемічний* *інсульт; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо фізичної реабілітації хворих на ішемічний* *інсульт.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *рисунки - 3*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Завацький Ю.А. – к.психол.н., доц. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Завацький Ю.А. – к.психол.н., доц. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студент** **Купреєв Д.Д**

**Керівник роботи доц. Завацький Ю.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 80 с., табл. – рисю - 3, джерел – 44

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт, та сучасні підходи до особливостей фізичної реабілітаціі хворих на ішемічний інсульт.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт.

Розроблено практичні рекомендації щодо особливостей фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт.

**Ключові слова:** ЗДОРОВʼЯ, особливості, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, хворі на ішемічний інсульт.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………7

РОЗДІЛ 1. Загальна характеристика інсультів..........................10

* 1. Загальне поняття про інсульти …………………………………....……10

1.2. Клінічна характеристика инсультів ....................................................12

РОЗДІЛ 2. Сучасний підхід фізичної реабілітації після ішемічного інсульту……………………………………….................20

2.1. Загальна характеристика реабілітаційних заходів при ішемічному інсульті………………………..…….………...………………………………..20

* 1. .Лікувальна фізична культура при ішемічному інсульті ………….…………..28

2.3. Масаж та інші засоби реабілітації при ішемічному інсульті…………………………………………………………………..……55

РОЗДІЛ 3. ДІАГНОСТИКА ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ……………………………………………………………..……………70

3.1. Дії фахівця…………………..……………………………………………...70

3.2. Профілактика ішемічного інсульту………………….……………………72

ВИСНОВКИ ……………………………………………………….………..…..76

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ………………………..……… 77

**Вступ**

**Актуальність дослідження.** Інсульт - раптовий розлад функцій головного мозку, викликане порушенням його кровопостачання. Термін «інсульт» (від лат. Insul-tus - напад) підкреслює, що неврологічні симптоми розвиваються раптово. В умовах припинення припливу кисню нервові клітини гинуть протягом п'яти хвилин. Інсульт називають також «гострим порушенням мозкового кровообігу», «апоплексією», «ударом».

Порушення мозкового кровообігу є однією з найбільш частих причин інвалідності і смертності серед населення. За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, щорічно реєструються 100 - 300 випадків інсультів на кожні 100000 населення

Первинні інсульти складають в середньому 75%, повторні - близько 25% всіх випадків інсульту. Після 45 років кожне десятиліття число інсультів у відповідній віковій групі подвоюється.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), інсульт посідає третє місце, після хвороб серця і онкологічних захворювань, серед причин смерті дорослого населення планети. Його середня частота народження в розвинених країнах становить близько 2500 випадків на 1 млн. Населення в рік, тоді як для транзиторної ішемічної атаки названий показник становить близько 500 випадків. Особливо високий ризик розвитку інсульту у пацієнтів, які досягли 55 річного віку. Протягом першого місяця після розвитку ішемічного інсульту смертність від нього становить 8 - 20%, тоді як при субарахноідаль-ном крововилив і геморагічного інсульту вона досягає 50%. При цьому близько 30% пацієнтів гинуть безпосередньо від субарахноїдального крововиливу, ще стільки ж - в наступні три місяці в результаті рецидиву. Інсульт є однією з основних причин інвалідизації дорослого населення, оскільки навіть в разі своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги у який переніс інсульт пацієнта спостерігається неповне відновлення втрачених в гострий період хвороби функцій. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у більш, ніж 62% перенесли інсульт пацієнтів зберігаються різного ступеня вираженості порушення рухів, розлади координації, чутливості, мови, інтелекту, пам'яті. Крім того, після переніс ішемічного інсульту зберігається досить висока ймовірність його повторення, особливо протягом першого року (близько 10%). З кожним наступним роком життя ризик повторного інсульту зростає на 5 - 8%.

**Об’єкт дослідження** – реабілітація людей з ішемічним інсультом.

**Предмет дослідження** – фізична реабілітація хворих на ішемічний

інсульт.

**Мета дослідження** – визначити раціональність поєднання різних

засобів фізичної реабілітації при гострому порушенні мозкового

кровообігу.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити літературу з даної проблеми.

2. Дати етіопатогенетичну і клінічну характеристику гострого порушення мозкового кровообігу.

3. Розглянути вплив різних засобів фізичної реабілітації при інсульті на організм хворого.

4. Скласти комплексну програму фізичної реабілітації хворих, які перенесли ішемічний інсульт.

5. Охарактеризувати методи оцінки ефективності фізичної реабілітації

хворих після ішемічного інсульту.

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених завдань використано систему загально-наукових методів теоретичного та вивчення літератури та документації установ, спостереження; анкетування.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що отримані нами дані можна використовувати в процесі фізичної реабілітації хворих, які перенесли мозковий інсульт в навчальному процесі у ВНЗ фізичної культури.

**РОЗДІЛ 1. Загальна характеристика інсультів**

**1.1. Загальне поняття про інсульти**

Особливістю мозкового кровообігу є відносна стабільність в силу своєрідності структури мозкових судин і досконалості регуляції мозкового кровотоку. Інтенсивність метаболічних процесів в мозковій тканині така, що при масі мозку приблизно 1400 р що становить 2% маси тіла, він поглинає приблизно 20% всього кисню і 17% всієї глюкози, що надходять в організм. Якщо коронарний кровотік при фізичному навантаженні зростає в 10 - 15 разів і більше, то мозковий кровотік при інтенсивній розумовій діяльності в цілому не зростає, лише перерозподіляється з областей мозку менш активних в функціональному відношенні в області з інтенсивною діяльністю. Таким чином, картина мозкового кровообігу представляється рухомою мозаїкою з безперервно мінливим локальним кровотоком в різні ділянках при відносному сталості загального припливу крові до мозку. Звичайно, зменшення загального припливу крові до мозку (при інфаркті міокарда або падінні системного артеріального тиску) призводить до зриву регуляції мозкової гемодинаміки і до порушення мозкового кровообігу. Аналогічна картина може виникнути і при недостатності припливу крові до мозку в цілому, наприклад, стенозі одного з магістральних судин голови, коли кровопостачання в ділянки мозку вже перебувають на низькому рівні, а своєчасні приплив крові до нього неможливі.Інсульт є групою захворювань, обумовлених гострої судинною патологією мозку, які характеризуються раптовим появою скарг і / або симптомів зникнення місцевих (локальних), нерідко і загальних мозкових функцій (див. Нижче) тривають більше 24 годин або призводять до смерті. При цьому не важливо - виявляються чи ні ознаки інсульту при проведенні комп'ютерної томографії. Якщо інсульт обумовлений крововиливом під тверду оболонку мозку (т.зв. субарахноїдальний крововилив), то його першими ознаками можуть бути раптова і різка біль, нерідко поєднується з неодноразової блювотою, підвищена чутливість до звукових, світловим і тактильним (дотик) подразників, посилюються при спробі виконати який-небудь рух (зігнути шию, розпрямити ногу і т.п.) напруга різних груп м'язів. Вищезгаданий симптомокомплекс носить назву менингиального синдрому. При цьому ознаки локальної або загальної дисфункції головного мозку можуть відразу не визначитися, а тому пацієнт, перебуваючи в свідомості і не усвідомлюючи тяжкість свого стану, здатний самостійно переміщатися, завдаючи тим самим нерідко непоправної шкоди своєму здоров'ю.

Залежно від механізму розвитку гострої судинної патології мозку виділяють кілька видів інсульту. Найбільш часто (до 80% всіх випадків) захворювання розвивається внаслідок гострого порушення надходження крові до певної ділянки мозку (т.зв. ішемічний інсульт або інфаркту мозку). Якщо гостра судинна патологія характеризується просочуванням кров'ю його ділянки, то це геморагічний інсульт, або внутрішньомозковий крововилив (близько 10% всіх випадків). Ще близько 5% складають субарахноїдальні крововиливи. Причина залишилися 5% інсультів залишається нез'ясованою.

Якщо у пацієнта гостро виникли клінічні прояви інсульту, які повністю зникли протягом перших 24 годин від моменту прояву (не залежно від того, проводилося лікування чи ні), то говорять про транзиторною (скороминущої) ішемічної атаки. Механізм її виникнення такої ж, як і ішемічного інсульту, проте, незворотні зміни в тканині мозку не розвиваються. Причини виникнення. Близько половини всіх випадків ішемічного інсульту обумовлено атеросклеротичним ураженням сонних, хребетних і внутрішньомозкових артерій. Серед інших причин - звуження або закупорка дрібніших внутрішньомозкових артерій (артеріол), обумовлена ​​серцевою патологією (див. Фактори ризику) закупорка кров'яним згустком (тромбом), або тромбоемболія внутрішньомозкових судин. Що стосується геморагічного інсульту, то близько половини всіх випадків викликані на артеріальну гіпертензію. Патологія стінки внутрішньомозкових артерій, опухали і прийом лікарських препаратів, що розріджують кров (див. Фактори ризику), викликають розвиток геморагічного інсульту приблизно в рівній пропорції (по 10%). На частку інших причин геморагічного інсульту припадає близько 20% випадків захворювання. Субарахноі-віддалене крововилив в основному виникають в результаті розриву артеріальних аневризм або інших аномалій судинної стінки, найчастіше вроджених. Процеси, що відбуваються в головному мозку в разі розвитку інсульту, досить специфічні. Після розвитку пошкодження структур головного мозку, ініціюється запальний процес, спрямованих на вилучень загиблих структур і заміщення їх рубцевої тканиною (нейроглії) або утворенням однієї або декількох площин (кіст) тканин внутрімозговоі тканини. Виявлення природи інсульту неодмінна умова правильного лікування.

**1.2. Клінічна характеристика інсультів**

Серед клінічних проявів, визначення яких не вимагають спеціальної медичної підготовки, слід назвати:

1. Порушення життєво важливих функцій організму людини

1.1. Свідомості (оглушення або повна відсутність)

1.2. Зміна ритму, глибини і частоти дихання, а у важких випадках - зупинка дихання

1.3. Падіння системного артеріального тиску, прискорене серцебиття, можлива зупинка серцевої діяльності

1.4. Мимовільні сечовипускання і / або спорожнення кишечника (дефекація)

2. Вогнищева неврологічна симптоматика

2.1. Порушення функцій черепних нервів:

2.2. Гостро виникла асиметрія особи (одностороння згладжена шкірних складок на лобі, в області носа, опущення кута рота)

2.3. Відсутність мови (афазія), нерозуміння зверненої мови

2.4. Частковий або повний параліч кінцівок з підвищенням тонусу поперечно-смугастої мускулатури (частіше одностороннє)

2.5. судомний синдром

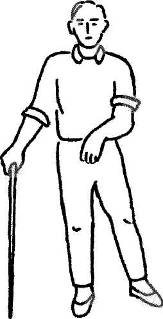
3. Прояв менингиального синдрому, обумовленого роздратуванням мозкових оболонок

У тих випадках, коли у пацієнта виявляються зазначені симптоми і прояви, потрібно негайний виклик бригади швидкої допомоги, а при зупинки серцевої діяльності або дихання - невідкладна допомога у вигляді штучного дихання і зовнішнього стимуляції серцевої діяльності.

У міру скорочення зони охоронного гальмування і відновлення збудливості спинного мозку м'язовий тонус і рефлекси підвищуються. Тонус різних груп м'язів, як правило, підвищується не рівномірно. Він переважає в згинах передпліччя, в разгибателях гомілки, згиначів стопи, в м'язах, що призводять стегно і ротується їх назовні. Тонус і сила м'язів-антагоністів (розгиначі передпліччя, кисті і пальців, супінатори передпліччя, м'язів, що відводять і преміюють стегно) залишаються, як правило, ослабленими. У зв'язку з цими особливостями може формуватися своєрідна порочна поза - зігнута і приведена до тулуба рука, витягнута нога (поза Верніке-Манна, рис 1.1.).

У більш пізні терміни інсульту (2-5 тижні від початку захворювання) у пацієнта може виникнути так званий «синдром больового плеча». Його розвиток пов'язують з випаданням головки плеча з суглобової западини через розтягнення суглобової сумки, під дією тяжкості паретичной руки і внаслідок паралічу м'язів, на тлі нейротрофічних розладів. Його ознаками є:

12 біль в плечі, що зростає при спробі відвести або повернути руку в плечовому суглобі, а також припухлість зазначеного суглоба.



**Мал. 1.1. Поза Верніке-Манна**

Мова, інтелектуальні здібності пацієнта, так само як і рухова активність, є важливою складовою його спілкування з оточуючими. Тому про видах цих порушень слід зупинитися трохи детальніше.

Порушення мовних функцій зустрічаються більш ніж у третини пацієнтів з інсультом. Найважчим видом порушення мови є відсутність, як мовної продукції так і розуміння звернень оточуючих (сенсомоторна або тотальна афазія).Можливо, що у пацієнта порушується лише довільна власна мова при збереженні розуміння (моторна афазія), або навпаки порушення тільки розуміння мови оточуючих (сенсорна афазія). Забування слів, що характеризують окремі предмети, явища, дії (амнестическая афазія) також є одним з видів мовних порушень. Як правило афазія поєднується з порушенням листи (аграфия). Більш легкою формою мовних порушень слід вважати порушення правильної вимови (артикуляції) звуків при збереженні «внутрішньої» мови, розуміння мови оточуючих, читання і письма (дизартрія).

Виникнення в гострому інсульті тотальної афазії і відсутність значного поліпшення мовної продукції в наступні 3-4 місяці розглядаються як несприятливий прогностичний ознака у плані відновлення мови.

Серед інших порушень вищої нервової діяльності слід виділити:

• зниження пам'яті, інтелекту. Концентрації уваги (когнітивні порушення)

• емоційно-вольові розлади

• порушення виконання складних рухових актів при відсутності парезів, порушення чутливості і координації рухів

• порушень здатності до рахунку (акалькулия)

• просторова дезорієнтація і ін.

Характер наслідків залежить від того, в якому саме місці стався крововилив або утворення тромбу. Найчастіше страждає невелику ділянку мозку, але наслідки цього можуть бути досить значними.

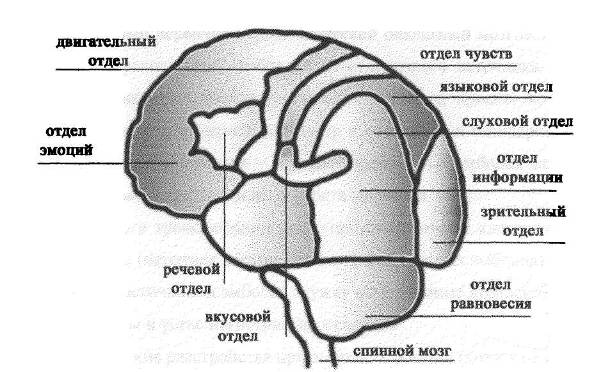
Розглянемо структуру мозку (рис. 1.2.)

Мозок складається з двох півкуль. Кожна півкуля складається з чотирьох частин - лобової, тім'яної, скроневої і потиличної.

У лобовій частині знаходитися відділ емоцій і центри управління рухами - права півкуля відповідає за рух лівої руки і ноги, а ліве за рух правої руки і ноги. При крововиливі в цих областях виникає параліч або обмеження рухів.

У тім'яної частини перебувати зона тілесних відчуттів і дотику. Розлад кровообігу в цій області сприяє порушенню чутливості - температурної або больовий, можуть виникати оніміння або поколювання кінцівки. До тім'яної частини примикає скронева, в якій розташовані центр мови, слуху і смаку. При ураженні цієї області людина сприймати мову як набір звуків, в мові може плутати слова, звуки. Не розуміє поставлених питань.

У потиличній частині розташований зоровий відділ, при ураженні якого хворий втрачає зір на одне око. Також в потиличній області розташований відділ розпізнавання навколишніх предметів за допомогою зору, при порушенні кровотоку в якому хворий не дізнається предмети.



Мал. 1.2. Будова головного мозку

Яке або які із зазначених порушень виникнуть у конкретного пацієнта залежить значною від локалізації вогнища (-ів) пораженіж мозку. Якщо вогнище пошкодження перебувати в лобній ділянці мозку, досить імовірно появи таких змін особистості, як відсутність інтересу до життя (апатія), в тому числі і спонукань до діяльності, зниження вольових функцій (абулія), інтелекту і критики. Зазначений комплекс симптомів фахівці називають апатико-абулічним синдромом. На жаль, розвиток цього синдрому розглядається як несприятливий прогностичний ознака у відношенні відновлення самообслуговування. Багато пацієнтів залишаються повністю безпорадними в повсякденному житті.

При великих поразки правої півкулі мозку у пацієнтів на тлі зниження психічної і рухової активності спостерігається недооцінка наявних рухових розладів, а тому вони не особливо прагнуть до їх усунення. Нерідко вони стають емоційно розкутими, що втрачають заходи почуття і такту. Все це ускладнює їх соціальну адаптацію.

Ішемічний інсульт Найчастіше зустрічаються два типи ішемічного інсульту - тромботический, обумовлений первинної тромботичної оклюзією мозкової посудини, і емболіческій, обумовлений емболією з віддаленого джерела. Первинна тромботична оклюзія зазвичай розвивається в посудині, просвіт якого вже звужений в результаті атеросклерозу, наприклад в сонній або базилярної артерії. Найчастіший джерело емболії - серце. Кардіогенний емболія може виникати при миготливої ​​аритмії або інфаркті міокарда (Через пристінкового тромбоутворення), протезувати клапанах, інфекційному ендокардиті (джерело септичних або фібринових емболів), і міксомі передсердя. Рідше джерелом емболів служать виразок атеросклеротичні бляшки в дузі аорти і гирлі магістральних судин. Неврологічні розлади при емболії зазвичай (хоча й не завжди) розвиваються раптово і відразу досягають максимальної виразності; інсульту можуть передувати напади минущої ішемії мозку, однак вони спостерігаються значно рідше, ніж у випадку первинної тромботичної оклюзії. При тромботичних інсультах неврологічна симптоматика зазвичай наростає поступово або східчасто (у вигляді серії гострих епізодів) протягом декількох годин або діб (прогресуючий інсульт); можлива хвилеподібна зміна поліпшень і погіршень. Серед захворювань, що призводять до розвитку ішемічного інсульту (ІІ), перше місце належить атеросклерозу, нерідко в поєднанні з цукровим діабетом. Дещо рідше основною причиною є гіпертонічна хвороба так само на тлі атеросклерозу мозкових судин. Серед інших захворювань, які можуть ускладнюватися ІІ, слід назвати клапанні пороки серця з емболізація ліямі, васкуліти при колагенозах, хвороби крові (ерітміі, лейкози). Фактором, що безпосередньо викликають зниження мозкового кровотоку і сприяє розвитку ІІ, є стеноз і оклюзія екстракраніальних судин мозку. У деяких випадках грає роль наявність судинних аномалій, рідше, особливо при інсультах в вертебробазилярном басейні, - шийний остеохондроз з Дископатии. Певне значення надається атерогенним емболіям з розпадаються бляшок і пристінкових тромбів магістральних судин голови при атеросклерозі.

Роль дозволяє фактора в розвитку ІІ нерідко належить психічному й фізичного перенапруги (стресові стани, тепловий вплив, перевтома).

Основним патогенетичним умовою ІІ в будь-якому випадку є недостатній приплив крові до певної ділянки мозку з подальшим розвитком вогнища гіпоксії і далі - некрозообразованіем. Обмеження вогнища ІІ визначається можливістю розвитку колатерального кровообігу, яка різко знижується в літньому віці.

Розвитку ІІ часто передують минущі порушення мозкового кровообігу (транзиторні ішемічні атаки). Найбільш характерні виникнення його уві сні або відразу після сну. Нерідко ІІ розвивається під час інфаркту міокарда.

Вогнищеві неврологічні симптоми наростають поступово - протягом годин, іноді і трьох - чотирьох днів. При цьому наростання симптоматики може змінюватися ослабленням (мерехтіння симптомів в початковому періоді інсульту). Майже в 1/3 випадків буває апоплектиформное розвиток інсульту, коли неврологічні симптоми виникають відразу і виражені в максимальному ступені. Така клініка особливо характерна для емболії. Ці випадки важкі для диференціальної діагностики з геморагічним інсультом (ГІ), проте люмбальна пункція, як правило, допомагає у вирішенні - при крововиливі в спинномозковій рідині визначається кров. Характерною рисою ІІ є превалювання осередкової симптоматики над общемозговой і тісний зв'язок вогнищевих симптомів з басейном певного судини.

ІІ в каротидному басейні зустрічаються значно частіше, ніж в вертебро-базилярної судинної системи (за деякими даними в 3 - 5 разів). При ІІ в стовбурової частини мозку розвиваються т.зв. альтернирующие синдроми - ядерні ураження черепно-мозкових нервів на стороні вогнища і геміпарез на протилежному боці.

Велике значення для діагностики інсульту має оцінка стану серцево - судинної аритмії, зниження пульсації і судинний шум на одній з каротидних артерій, дані доплерографіческого дослідження підтверджують ішемічну природу інсульту.

Гіперкоаргуляція крові (збільшення протромбіну, фібриногену, підвищення толерантності плазми до гепарину, підвищення адгезивности і агрегації тромбоцитів) за наявності інших вагомих клінічних критеріїв також набувають важливого значення в діагностиці ІІ. Спинномозкова рідина, як правило, не зрада.

В діагностиці ІІ величезне значення, починаючи з другої доби, має комп'ютерне томографічне дослідження (КТ - дослідження мозку), яке виявляє локалізацію і розміри вогнища розм'якшення, зону тріфокальние набряку мозку.

У більшості хворих найбільша тяжкість стану відзначається в перші два - три дні. Смертність від ІІ - близько 20%. Загальний перебіг захворювання з третього - п'ятого дня починає поліпшуватися, але темп відновлення порушених функцій може бути швидким і торпідний. Потім настає відносна стабілізація вогнищевих симптомів з залишковими явищами різної глибини або ж майже повним відновленням функцій. Таким чином, у більшості хворих найбільша тяжкість стану відзначається в перші два - три дні. Смертність від ІІ - близько 20%. Загальний перебіг захворювання з третього - п'ятого дня починає поліпшуватися, але темп відновлення порушених функцій може бути швидким і торпідний. Потім настає відносна стабілізація вогнищевих симптомів

**РОЗДІЛ 2. Сучасний підхід фізичної реабілітації після ішемічного інсульту**

**2.1. Загальна характеристика реабілітаційних заходів при ішемічному інсульті**

Основним завданням реабілітації є відновлення порушених функцій і соціальна реадаптація хворих, включаючи відновлення навичок самообслуговування, соціальної активності, межперсональних відносин, коли це можливо - працездатності [13,17]. Хоча роль відновного лікування ні у кого не викликає сумнівів, питома вага спонтанного і спрямованого відновлення залишається ще досить не визначеним. Неясні ще й багато методичні аспекти відновної терапії: терміни її початку, тривалість проведення, відбір хворих, необхідність повторних курсів і т.д.

Одним з найбільш важливих напрямків, що поліпшують відновлення після інсульту, є вплив на біологічні адаптивні механізми. Серед цих механізмів слід особливо виділити відновлення функціонування нейронів (корекція токсико-метаболічних розладів, нормалізація регіонального і загального мозкового кровотоку, зменшення набряку головного мозку) і активацію нейрональних шляхів, частково зберегли в умовах гострої ішемії. На клітинному рівні має значення відновлення синоптичної передачі і регенерація аксонів і дендритів [31].

Період часу («терапевтичне вікно»), коли можливе відновлення потенційно оборотних ушкоджень нейронів, щодо нетривалий. Крім тимчасового чинника, цей механізм відновлення втрачених функцій, ймовірно, є не настільки значущим в разі великого інсульту, як ішемічного, так і геморагічного.

Надалі періоді після інсульту відновлення втрачених неврологічних функцій також можливо, проте воно визначається іншими механізмами, пов'язаними зі структурою і функціональної реорганізацією центральної нервової системи, що позначаються терміном «пластичність» або «нейропластіч-ність» [4, 18, 21]. Під пластичністю головного мозку зазвичай розуміється його здатність до компенсації структурних та функціональних розладів при органічному ураженні [23]. Анатомічної основою пластичності є реорганізація кортикальних відділів, збільшення ефективності використання збережених структур і більш активне використання альтернативних низхідних шляхів [17]. Слід зауважити, що цей процес реорганізації починається вже в гостру фазу інсульту [21].

Таким чином, серед механізмів, що забезпечують відновлення після інсульту, найбільш ранній пов'язаний з регресом локальних факторів, (зникнення локального набряку головного мозку, резорбція утворилися в результаті ішемії та некрозу токсинів, поліпшення кровотоку в зоні інфаркту, відновлення функціонування частково пошкоджених нейронів). Паралельно з цими процесами або дещо пізніше виникають компенсаторні зміни, пов'язані з нейропластичності - утворення нових синоптичних зв'язків, залучення раніше не беруть участі в здійсненні порушеної функції структур головного мозку, а також дозвіл змін, пов'язаних з діашізом. Під діашізом розуміється функціональна деактивация, що виникає на відстані від вогнища ураження внаслідок безпосереднього пошкодження шляхів або порушення модулюючого впливу різних нейросистем [8]. Так, наприклад, при інфаркті в області таламуса відзначається зниження метаболізму в лоб-нотеменних коркових зонах, а при ураженні хвостатого ядра - в дорсолате-ральной лобовій корі.

Тому теоретично і практично обґрунтованим є корекція цієї функціональної деактивації анатомічно збережених відділів центральної нервової системи.

Тривалість цього періоду досить велика - до кількох місяців [10]. Особлива роль в процесах нейропластичности належить відновленню частково пошкоджених зв'язків і залучення в здійснення порушених функцій невральних структур, в звичайних умовах в них не беруть участь. Ключовим аспектом нейропластичности, що мають принципове значення для реабілітації, є те, що характер і ступінь реорганізації нейрональних зв'язків визначається навантаженням, на них покладається. Свідченням цього є результати як експериментальних, так і клінічних досліджень, які свідчать про позитивний вплив форсованої навантаження і функціонального тренінгу на ступінь відновлення втрачених функцій.

При відновленні після інсульту останнім часом особливого значення надається збільшенню активності церебральних структур, розташованих ипсилатерально по відношенню до ураженої боці тіла, хоча не всі вважають ці зміни клінічно значущими.

Раніше вважалося, що однією з цілей реабілітації хворих, які перенесли інсульт, є застосування методик, в яких основний акцент робився на використанні неуражених кінцівках з метою більшої незалежності пацієнтів в повсякденному житті. При цьому на уражені кінцівки скільки-небудь значна навантаження не виявлялася. В даний час доведено, що активізація уражених кінцівок безпосередньо впливає на процеси функціональної церебральної реорганізації і таким чином сприяє кращому відновленню невролгіческого дефекту [13,14,17,29]. Тривала (більше 28 днів) проприоцептивная стимуляція у хворих з інсультом, яка здійснюється шляхом вчинення пасивних рухів, супроводжується підвищенням активності сенсомоторної і додаткової моторної кори за даними функціональної МРТ [29].

Максимально більш рання терапія інсульту в чималому ступені визначає успіх проведених в подальшому реабілітаційних заходів. Найбільш значне відновлення можливо в перші 3 місяці від початку інсульту, після 6 місяців, як правило, можливо тільки незначне поліпшення. Однак процес відновлення може у деяких хворих тривати і триваліший період часу після інсульту [13].

Важливість раннього початку реабілітації пов'язана, по-перше, з рядом ускладнень гострого періоду, багато в чому зумовлених гіпокінезією і гіподинамією (тромбофлебіти кінцівок, тромбоемболії легеневої артерії, застійні явища в легенях і т.д.), і, по-друге, з небезпекою розвитку і прогрессірова-ня вторинних патологічних станів (таких як, наприклад, спастичні контрактури, «телеграфний стиль» при моторної афазії і т.д.). На значення ранньої реабілітації вказує більшість дослідників [9, 10, 11, 17, 18], багато хто з них підкреслюють, що більш раннє її початок сприяє більш повному відновленню функцій, впливає на темп відновлення. Деякі дослідники вважають ранній початок реабілітації навіть більш важливим для відновлення функцій, ніж її тривалість [9,10, 18].

Найбільш ефективна, як вважають багато дослідників [1, 2, 9], трьох-звенная схема поетапного відновного лікування:

• 1 етап (ранній відновний): реабілітаційні заходи починають вже під час перебування хворих у відділенні для лікування гострих порушень мозкового кровообігу, куди вони доставляються машиною швидкої допомоги, потім продовжують в відновному відділенні, з якого через 1,5-2 місяці слід виписка на амбулаторне лікування. При мовних, при дуже грубих рухових порушеннях, при повільному темпі • відновлення і супутніх захворюваннях цей термін може подовжуватися до 3 міс.

• 2 етап (пізній відновний): Хворі повинні і після виписки продовжувати лікування в відновлювальних відділеннях районних поліклінік, в районних лікарсько - фізкультурних диспансерах і вдома (до року).

• 3 етап (резидуальний): Компенсація залишкових порушень рухових функцій (понад рік).

Слід підкреслити, що необхідною умовою початку активної реабілітації є стабілізація загального стану хворого, в тому числі гемодинаміки, певний рівень неспання і висока ступінь мотивації, що визначають здатність до навчання.

Відносно тривалості реабілітації серед фахівців не існує єдиної думки. Деякі дослідники [13, 19] вважають, що відновлювальний період триває до 6 місяців. У той же час інші вважають, що відновлення може тривати і після 6 місяців.

Деякі дослідники [8 - 10] підкреслюють, що найбільш доцільно проводити реабілітацію хворих, які перенесли інсульт, в усякому разі, на першому етапі, не в реабілітаційних центрах загального типу, а в спеціалізованих реабілітаційних інсультних відділеннях. Два фактори говорять про доцільність створення таких відділень:

1) збереження медичного наступності після гострої стадії інсульту;

2) наявність реабілітаційного персоналу, що спеціалізується на відновленні після інсульту.

Відразу після розвитку інсульту м'язовий тонус в паретичних кінцівках частіше знижений, однак протягом 2-3 днів він підвищується, приводячи, в кінцевому рахунку, до характерній позі з підвищенням тонусу в аддукторах і флекторах руки і аддукторах і екстензорах ноги. Цікаво зауважити, що невиражені зміни в руховій сфері у вигляді деякого зниження м'язової сили і пожвавлення рефлексів можуть відзначатися і на ипсилатеральной стороні. У реабілітаційному періоді спочатку відбувається відновлення рухів в проксимальних відділах кінцівок, потім - в дистальних [11]. Зазвичай при інсульті відповідної локалізації слабкість у верхніх кінцівках виникає раніше, ніж слабкість в нижніх кінцівках, і, як правило, відновлення нормальних рухових функцій в геміпаретічной руці відбувається гірше, ніж в нозі. Одним з пояснень цього є те, що функціональне відновлення здатності до виконання тонких скоординованих рухів. На відміну від цього, функціональне відновлення в нозі, що проявляється відновленням ходьби, може протікати навіть при незначному або помірному наростанні м'язової сили. Крім того, успіх реабілітаційних заходів в руці може бути значною мірою обмежений з цим виникненням болю.

Істотно гірше прогноз на відновлення рухових функцій в руці, якщо плегия відзначається відразу на початку захворювання, а також у разі, якщо через 4 тижні від початку захворювання не відбувається відновлення хапання рукою. Однак, приблизно у 9% хворих з вираженим парезом в руці в гострому періоді захворювання в подальшому можна домогтися задовільного відновлення, а у 70% пацієнтів, у яких відзначаються деякі поліпшення рухових функцій протягом перших 4 тижнів від початку захворювання, в подальшому відзначається повне або значне відновлення рухових функцій в руці [4]. Вважається, що якщо у пацієнта протягом перших 2-х тижнів від початку інсульту відсутня активні рухи в кінцівках, то в подальшому повного регресу рухових розладів не буде [31].

Раптово виник внаслідок інсульту геміпарез призводить до порушень ходьби, які нерідко найбільш важко переносяться хворими. Причини цього цілком очевидні - залежність від допомоги оточуючих при спроби виконання навіть мінімальних дій, пов'язаних з ходьбою. Відсутність відновлення здатності до ходьби (крім відсутності позитивної динаміки парезу) може бути пов'язано з вираженими порушеннями перцепції і праксису, спастичністю, що приводить до тяжких контрактура, або туловищной атаксией.

У разі самостійного повного відновлення втрачених рухових функцій тривалість періоду відновлення, як правило, не перевищує 3-х місяців (зазвичай 1,5-2 місяці після інсульту), проте в ряді випадків деяке поліпшення може тривати до 6 - 12 місяців і навіть більш тривалий період часу.

Реабілітація пацієнтів, які перенесли інсульт, полягає в комбінованому і координованому використанні медико-соціальних заходів, спрямованих на відновлення фізичної, психологічної та професійної активності хворих. При проведенні реабілітаційних заходів важлива роль надається зміні поведінкової стратегії хворих, що дозволяє навіть при збереженні рухового дефекту досягти кращої адаптації.

В даний час не викликає сумнівів те, що реабілітація хворих з інсультом потенційно ефективна, причому ні вік хворих, ні наявність супутніх інсульту неврологічних і соматичних захворювань, ні значна важливість постінсультного дефекту, не є ознаками, абсолютно виключають ефективність реабілітаційних заходів. Ступінь, характер і тривалість відновлення втрачених внаслідок інсульту функцій вельми варіабельні. Найбільш істотне поліпшення в стані хворих під дією реабілітаційних програм відзначається в перші 6 місяців від початку інсульту, хоча не менше ніж у 5% хворих відзначається поліпшення протягом року [4]. Часткової або повної незалежності в повсякденному житті можна досягти в 47 - 76% випадків.

Необхідно брати до уваги і те, що є істотні відмінності між «м'язовою слабкістю» і «відновленням функції» - нерідко пацієнти навіть з вираженим гемипарезом, що не витерпіли істотного зменшення після інсульту, можуть при проведенні адекватних реабілітаційних заходів пересуватися в межах квартири [9]. У зв'язку з цим цікаво відмітити, що в більшості випадків відновлення рухових функцій досягає своєрідного «плато» приблизно через 3 місяці від початку інсульту, а функціональне поліпшення триває до 6 - 12 місяців [11, 15]. Ще однією проблемою є наявність сенсорних розладів у пацієнтів, що в ряді випадків може призводити до настільки ж істотною побутової дезадаптації навіть за відсутності значних постінсультних рухових порушень. При цьому наявність сенсорних порушень, як вважається, є несприятливим прогностичним фактором подальшого відновлення рухових функцій.

До несприятливих в плані відновлення рухових функцій після інсульту факторів відносячи, крім тяжкості інсульту і вираженості парезу, похилий вік хворих, наявність супутніх соматичних захворювань (інфаркт міокарда, цукровий діабет), когнітивні розлади, тазові і сенсорні порушення, а також затримка з початком реабілітаційних заходів [11; 19]. При цьому інфаркт міокарда є найбільш частою причиною детального результату у хворих, які перенесли інсульт або транзиторну ішемічну атаку [31]. Не відмічено скільки-небудь значного впливу на ступінь відновлення ні статі, ні боку розвитку інсульту.

Введення хворих в постінсультних періоді може бути ускладнено через виникнення больових синдромів різного генезу, депресії або тривожності, що необхідно брати до уваги, плануючи реабілітаційні заходи [16; 25]. Однак у практичній діяльності це не завжди враховується. Так, наприклад, депресія розвивається в перший рік після інсульту у 30 - 50%, а також локалізація вогнищ в лобових відділах лівої півкулі головного мозку і в субкортікальних відділах правої півкулі [31]. Призначення (при відповідних показаннях) інгібіторів зворотного захоплення серотоніну може сприяти не тільки регресу депресії, але і кращому відновленню рухових функцій.

Вважається, що реабілітаційні заходи можуть бути ефективні у 80% осіб перенесли інсульт (у 10% відзначається повне самостійне відновлення рухового дефекту, а у 10% реабілітаційні заходи є безперспективними) [11].

Таким чином, основним методом корекції рухових розладів є кінезотерапія, що включає активну і пасивну лікувальну гімнастику. В даний час не викликає сумнівів те, що рання активація хворих, розширення їх рухового режиму не тільки сприяє кращому відновленню втрачених функцій [1-3, 30], а й істотно знижує ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень, пневмонії та в кінцевому підсумку - летальності після інсульту [14]. Важливим є сумісне використання лікувальної гімнастики і фармакологічної терапії, оскільки лікарські препарати можуть істотно поліпшувати процеси пластичності [13, 14]. У відновлювальному періоді проводять профілактику повторного консультанта, відзначають препарати, покращують мозковий кровотік і метаболізм, а також лікарські засоби, зменшуючи мишечний тонус.

Важлива складована реабілітаційна процедура полягає в інтегруванні пацієнта та його родичів об інсульте, його появі та профілактиці, особливостях процесів навчання.

У великій кількості з останніми лікарями, що працюють з останніми, або в тій чи іншій мірі спостерігається порушення психологічної та соціальної адаптації, які здатні створювати такі фактори, як виражений двигун і відновлення дефіциту, хвороба синдрому, потеряна соціальна статуса. Такі великі почуваються в здоровому психологічному кліматі в сім'ї, створюючи когось за багатьма обов'язковими можливостями створити роз'яснювальні беседи, проводити з родими больного реабілітоло-гамі. Сем’я довгої, з однієї сторони, вказує больничну психологічну підтримку, створює створення оптимістичного настрою, а з іншим допомагає виробити в своєму реалістичному підході, що має в своєму розпорядженні недугу, до можливості і передумови востановлення. Якщо болловій не в стані вірно працює на роботі, необхідно за допомогою можливостей залучити його до виконання домашніх справ, допомогти знайти його цікавим хобі, залучити до участі у різних культурних та громадських мероприятиях.

**2.2. ЛФК при ішемічном інсульті**

Постійно починаючи лікування, і застосовуючи фізичні дії, в приватності у формі пасивних рухів, можливо у значній степені підтримувати розвиток підвищеного тонусу мишц, утворюючи порочну позу, синкінезію. Благоприятне вплив на больного може призупинити лечебну гімнастику в сочетании з точним масажем, а так же з виборчим для окремих груп звичайних массажем. Лечебна фізична культура в комплексі з іншими лечебними мероприятиями використовується на всіх протягах прослуховування вищого рівня. На перших 2-х етапах кошти лечебної фізкультури содействуют основним вивільненням зовнішніх енергетичних функцій. На 3-м етапі вони здатні створювати переважні майнові форми відповідних компенсацій.

Всі засоби лечебної фізкультури з першими днями їх застосування повинні бути зроблені на воєнному управлінні рухами і нормальним сокращением силі і тонуси мишц - антагоністів. Окреме враження слід враховувати нормалізацію функцій кінцевих і запобіжних формувань породистих компенсацій, які з'являються при попітках одного окремого бесконтрольного востановлення, больніми функціями дефектної кінцівки.

У відповідності з особливостями тестування захворювань у больних послідовностях використовуються наступні лічені режими:

• суворий постульний режим - все активні здійснення висновки; все перемещення больного в кровати здійснюють медичний персонал;

• середньорозширюваний постульний режим - перемещення і зміна положеного больного в кровати виробляється з підтримкою медичного персоналу; при прийомі пацієнтів до режиму допускаються окремі повороти і перехід у положення місця;

• палатний режим - болотна з підтримкою медичного персоналу і самостійна з опорою (спинка стула або кровати, костилі) передвигається в перекладі палати, виконує доступні види самодіагностики (ест, умивается і пр.);

• вільний режим - болловий виконає доступні активні рухи та досконалі навички самообслуговування, самостійно ходить по відокремленню та піднімається за літніми. Лечебная гімнастика

• проводиться за допомогою використаних вихідних положень (ліжко, майже, стоячи), пропонуючи попередньо записані режими.

• Виполняемое використання обов'язково буде простим і доступним. Для створення енергетичної домінанти їх слід повторити багатократно.

При плануванні реабілітаційних програм необхідно вчити наявних ще до лікарів зовнішніх (артеріальна гіпертензія, сахарний діабет), інтенсивні осложненні консультанти (тромбоз глубоких нижчих кінців, пневмонія), а також можлива декомпенсація іменованих соматичних розробок; з ішемічною хворобою сердця) [4]. При цьому в ряді випадків дезадаптація больних може бути одягнена не стовідсотково перенісшеним інсультом і його останніми, скоріше наявними сопутствуючими хворобами. Состояние больного в часі проведення реабілітаційних мероприятий може ухудшитися - так приблизно 5 - 20% больних, що знаходяться в реабілітаційних центрах, потребувався повторного переводу в відділення інтенсивної терапії [8,26].

Противопоказання для активної енергетичної реабілітації служить сердечна недостатність, стенокардія покоління і навантаження, гострі воспалительные захворювання, хронічна початкова недостатність, недостатність кровообігу ІІІ степенів, активна фаза ревматизму, виражена особистість і т.д.

Налічі афазії не є протипоказанням для назначення больної лечебної гімнастики. При затримці контактів з больним, що вноситься ревізіями одягу або змінами психіки, виробо використовуються пасивні рухи, лікуються положення, точний масаж.

Основний метод реабілітації інсультних больних із зовнішніми рухами (парези, статистика обрізання та координації) є лечебною фізкультурою (кінезотерапією), в задачі якої входить востановлення об'єм рухаються, силі і локості в поражених кінцівках, функції рівномірності, навички самообслуговування.

Рання енергетична активація больних не тільки здатна забезпечити кращу здатність до нарощування потужних функцій, але також показує, що важливо розвиватись в роботі, а також тромбоза глубоких вен нижчих кінців. Постельний режим показав больному ліші в ході перших суток від початкової хвороби. Естественно, в цю категорію не входять пацієнти з зовнішніми позначеннями або прогресують вирощуванням неврологічного дефекту.

Заняття лечебної фізкультурної діяльності починає вже в перших днях після консультації, як тільки підтримує загальнодоступний стан больного і стан свого сознання. Починає це пасивна гімнастика (рухається у всіх суставах поразкових кінцівків, що вдосконалюється не больно, а методик або інструментарій їх родичів або сиделка). Управляння проводяться під контролем пульса і давлення з обов'язковими паузами для відхилення. У дальнейшем практикують усложняются, больного починають саджати, а забувають взувати садитись самостійно і вставляти з постелі. У больних із вираженим парезом ноги цього етапу пропонується імітація ходити лежачи в постелі або в помешканні. Болонна вчиться стояти на початковому рівні з підтримкою методики, забуваючи самостійно, утримуючи прикроватну раму або спинку кровати. При цій больній старість рівномірно розраховується на тела на поражену і здорову ноги. У дальнейшем пацієнт взується ходити. Передні вироби по палате (комнате) в началі здійснюють допомогу та під контролем інструментів лечебної фізкультури. Як правило, пацієнт водить стороною парезу, закидивши ослабленную руку себе на плечо. Спочатку вона ходить по., Месте, Забула ходити по палатці з опорою на прикроватну раму, потом одна сама похідна хода по палате з опорою на чотирьох - або трехножну трость. К самої ходьби без опори на палку больної може приступити лише при хороших рівномірностях і середньому або легком парезе ноги. Розташування та об'єм передніх поступово збільшують: ходити по палацу (або квартирі), забути ходити по больничному коридору, по лісту, виходити на вулицю та, наконець, користуватися транспортом.

Попереднє передбачення стимулювало пацієнтів до бітової адаптації. Восстановлення самообслуговування та інших битових навиків також відбувається поэтапно. Початок цього навчання простешим розумом самообслуговування: брати третьої рукої предмети обидії, самостійно виконувати піщу; навікам лічних гігієнів, таким чином, як умивання, бриття і так далее (реалізація ідеї про тяжелих больних, в яких ці навички утрачені); Забуте навчання самостійно одягу (що доволі непросто при паралізованій руці), користувачем туалетом та ванною. Самостійно користуються туалетом та ванною больним із геміпарезом (параліч однієї половини тела) та атаксією (розширеною координацією) допомагають різними технічними приспособленнями повідомлятись у зруйнуванні, скопіюванні у стенах ванної комнати, дерев’яних студійниках у ванні. Ети приспособлення нетрудно зробити як у больниці, так і в домашніх умовах.

Таким чином, проекти, великі і члени їхніх сімей повинні взяти участь у реабілітаційному процесі (у приватності, у виконанні «домашніх завдань» у другій половині дня та у вихідних днях).

Основні етапи розширення двигунного режиму. Двігальний режим і його зміни обов'язково визначають лечачі вражаючі строго індивідуально, з врахуванням стану больного та динаміки захворювань. При сприятливому розвитку розвиваються востановітельние процеси, орієнтовно визначають приклади коротких розширень режиму. Так, із цільовими профілактиками застійних яєць у легких та інших осінніх, а також для підготовки до переходу в місце розташування, поворотних болів на пляшці виконується на 2 - 5 день від початкової хвороби. Перехід болотного в положенні залишається на 3 - 4 одному. Положення стоять і ходьба відзначаються на 4 - 6 одному.

Смена положених в перших 3–4 дні виконується лише за допомогою персоналу.

Для повороту на здоровій пляшці необхідна:

1. Самостійно або з підтримкою персонального перекладача туловища до краю кровати в сторону паретичних кінців.

2. Поставте согнутую в локте паретичну руку на груді.

3. Согнуть паретичну ногу в коленному суставі з підтримкою здорової ноги (або використовувати манжетку з лямкою, фіксированной на голеностопному суставі паретичної ноги).

4. Опірайтесь на здорову руку і стопіть середньо согнуті ноги, поверніться на здорову пляшку. Якщо ви больно не в стані самостійно повернутись, треба допомогти, підтримати за плечі. В наступному болотному взутті повороту і в сторону паретичних кінців. Тривалість однократного перегляду на стороні перших днів не довго перераховувати 15–20 хв. Смена положеного должна проводити 3–4 рази в сутках.

Короткі переходи у місцевій частині повинні бути пристосовані до нему, застосовуючи в цих цілях підголовник під углом 45 ° - 70 °. Кажнє перебіг на підголовнику обмежується 20 - 30 хв.

У взутті самостійно переходити з положения лежачи на положенні в положенні стоячи і стоячи больною потрібно:

1) положить согнутую здорову руку під туловище;

2) відпустити ноги з постелі (велику з підтримкою здорової);

3) сесть, опираясь здоровою рукою про постіль.

У полонині безперервно (з опорою на подушки або без неї) первоначально больної проводить 5–10 хв. Затем перегляду в цьому положенні збільшується до 20 - 30 хв. (3–4 рази в день).У взутті самостійно перебувають у положенні стоячи з положених і підготовлених до ходьби, що попередньо виконують наступні вправи:

1) з вишуканого положення, з ногами, согнутами в коленних суставах під острим углом, стопами на напів, опорою здоровою рукою про край кровати - середній наклон туловища вперед з одночасним небольшим підземним таза;

2) пересаджування на стул, стоячий боком до кровати;

3) вставляти з опорою здорової рукої спінку студу, з підтримкою со сторонами паретичних конечностей; розрізнення маси тела на обе ноги; перенос масси тела з однією кінцевістю на другую.

4) Шагі на месте, ходити з посторонньою підтримкою або з додатковою опорою по палату, відокремленню, літниці.

Загальнодоступні та дихальні дії. Роздільна гіподинамія больного сама по собі виявляє істотне зменшення тонусу корів великих півшарій, сердечнососудістой, дихальної, іншої системи, а також миші опорно-двигунного пристрою. Об'єднання, які використовуються, здатні підвищити активність корів великих напівшарів, покращити умови проведення імпульсів по нервових путях, стимулювати функціонування сердечно - сосудістій ​​системи та дихального пристрою, передбачити можливі осложнення на стороні легких і желудочно-кішечного тракту, використовуваних для цього потрібні речі Ети практичні дії підбираються у відповідності з двигунним режимом у залежності від загального стану та вогню больного. При постульовому режимі з урахуванням спеціальних реалізацій для паретичних кінцівків застосовуються також повороти на пляшці, активні переміщення в мельких і середніх суставах здорових кінців з повною амплітудою і в великих - з неполною.

На наступних етапах (II і III режимах і в позднему радіостанційному періоді) загальнонізірующее воздействие збільшується за початок розширення моторного режиму (переведення больного в положенні стоячи, стоячи, збільшеного тривалості ходу), переміщення у всіх суставах здорових кінцівок по повній амплітуді, додавання виконаних для мишків туловища, збільшення кількості повторень і використання результатів з'явилися в активних рухах в паретичних ситуаціях.

При II – V ступенях одягу двигунів функціональних можливостей застосовуються плавні руху в суставах здорових кінців (темп медленний і середній), що здійснюють контроль за розташуванням паретичних кінців (подання синкінезії). Для правильного розподілу фізичних напружень у заняттях здійснення слідують за здоровими конями, в мельких суставах, поступово збільшуючи амплітудні рухи та включаючи все більші великі мишечні групи.

При озброєнні мозкового кровообігу найчастіше возникають зовнішні ритми і участі в диханії, змінюються амплітуди дихальних двигунів і інші дії дихальної діяльності. Поверхове дихання використовує гіпоксию (зменшення вмісту кислороду в тканинах). Діляльна обездвиженість больного є однією з причин возникновенія застійних явок в легких і легочних осложненнях.

Для вдосконалення функцій диханії та попереджувальних функцій застосовуються дихальні вправи, які дозволяють збільшити діапазони діафрагми і збільшити частоту диханії, в даний час покращивши вентиляційну функцію легких.

Дихальні вправи використовуються для розширення всього курсу курсів. При виконанні цих дій не обов'язкове місце знаходження задержки диханії, натужання. Після повного видоха використовується коротка пауза (1–3 е.) - Етим забезпечує хороший вдох Дішать далі через нос. кроме випадків, коли носове дихання труднене. Діхає довго бути медленим, плавним, ритмічним, середнім глубіном, з рівномірним участю ребер і діафрагми, так називаємо «латним диханням». Вдох Дихальні вправи використовуються для розширення всього курсу курсів. При виконанні цих дій не обов'язкове місце знаходження задержки диханії, натужання. Після повного видоха використовується коротка пауза (1–3 е.) - Етим забезпечує хороший вдох Дішать далі через нос. кроме випадків, коли носове дихання труднене. Діхає довго бути медленим, плавним, ритмічним, середнім глубіном, з рівномірним участю ребер і діафрагми, так називаємо «латним диханням». Надо сформувати не слід, він буде непроизводительно углубляться за мірою збільшення потужності видоха.

З першими ж днями заняття слід врахувати увагу збільшення діаграми підвищості, наявної потужної дихальної миші. Повноценне навчання діафрагми в активної диханії забезпечує ефективну вентиляцію нижчих відділів легких, грає істотну атаку в кровообігу і в піддержанні нормальних функцій органів брюшної полости.

В острів періодичних ліній (I – II режим) застосовуються «статистичні» дихальні вправи, виконуючись без сопоставлень з рухами кінців і туловища. З розширенням енергетичних можливостей больного включається застосування << динамічних >> дихальних втілень, підключення двигунів кінців і туловищ.

Не рекомендується виробляти формовані глубокі вдохі, роблячи великі кількості повторених дихальних двигунів підрядного (оптимально 3 -4 рази). Дихальні втілення виникають з особливими та загальнонізируючими.

Dyhanie оказывает істотне вплив на стан мишечного тонусу кінцівностей. При вдохе тонус мишц підвищується, а при видохе - поніжається. Фазу видоха потрібно використовувати для зменшення спастичності мишц. Пасивні або активні дії для мишків з резко підвищеним тонусом раціональне виконання одночасно з удлиненим видохом. Таке сочетание підвищує ефективність застосування особливостей здійснення.

Применение пассивных движений. Пасивні рухи випромінюють потоки центростреміальних імпульсів від проприорецепторів мишків, сухожилів і суставів до кореня головного мозку, здатних внести участь парабіоза у сусідніх із очами поразки учасників головного мозку. Вони забезпечують активізацію проведення нервових путей, вдосконалюють крово- і лімфообразование, содействуют покращенню трофіки тканини, зменшуючи підвищений тонус миші і зберігаючи підсвідомість суставів, зменшуючи небезпеку освітою контрактури. Приміщення пассивних рухів здатне також відреставрувати мишечно-суставну чутливість і ультраченних активних рухів.

Пасивні втілення справді виконують плавно, не виходять хвороботворні ощущення, у середньому темпі, виділяються у кожному суставі, у всіх плоскостях. Амплітуда движеного повинна бути оптимальною з поступовим нарощуванням, без перераставання гіпотонічних групп мишц. При виконанні пасівного руху, суставам все, що в кінці, довгий прихильність завжди залишається, протиположно позе Верніке-Манна.

Пасивні вправлення повинні визначити вже через 3–4 дні після початку заборони. Вони виконуються у всіх суставах паретичних конечностей щодня і багатократно. Двіження в кожній суставі повторюються до 10 - 15 раз.

Слідом навчають реакцію больного на рух, не допускають появи болей, задержки диханії, підвищення рівня спастичності. Для виконання пасивних дій найбільше сприятливого позою є положення больного лежа на спині.

У острові періодично хворі пасивні рухи слідують починати з різних відділів (кисті, стопи), вчителями, що рухаються в мелих суставах майже не відбиваються на загальних кровообращениях. Протягом кількох днів слід включати зміни в локтеві, плечеві, занедбані в коленному і тазобедренному суставах. У тих випадках, коли спостерігаються підвищені тонуси і початкові прояви контрактури і синкінезії, рух рекомендується починати з великих суставів кінцевих, переходячи до більш мелих. Така реалізація здатна використовувати зменшення можливостей появи або посилення синкінезії. Одночасно це запобігає підвищенню спастичності мишців паретичної руки і ноги. Пасивні дії для суставів верхніх кінців: 1. Пасивні дії для плечового суставу. Сгибание - разгибание. Ісходне положення (і. П.) - лежа на спині, рука вдоль туловища, передплечье - в середньому положенні. Одной рукої методики держіть ладонь паретичної руки больного, іншого - фіксує локтевої сустав. Двіження виконуються випрямленною рукою больного.

Відкриття приведення И. п. і фіксація те же. Двіження виконуються випрямленною рукою больного.

Супінація - пронація. І. п. - лежачи на спині, рука випрямлена і відведена від туловища на 15 ° - 20 °, передлежання - в середньому положенні. Фіксація та же. Супінація та пронація виконують випрямленной рукою больного.

Кругові руху. І. п. і фіксація те же. При виконанні цього продукту реалізується легко подача по осі кінцівки на суставну впадину лопатки.

2. Пасивні дії для локтевого суставу.

Сгибание - разгибание. І. п. - лежачи на спині, рука випрямлена і відведена від туловища на 15 ° - 20 °, передлежання супініровано, пальчики і кисті в розкритому положенні, з відведеним I пальцем. Сгібання передплечій необхідності виконувати без перерастягивания трехглавої мишці плеча.

Супінація - пронація И. п. - лежанка, рука випрямлена, відведена на 15 ° - 20 ° від туловища, пальці разагнуті, я палець відведений. Одной рукої методики держить паретичну кість, іншу - фіксує нижчу третю плечу пацієнта Виполняются пасивні супінація і пронація попередня.

3. Пасивні дії для лучезапястного сустава.

Сгибание - разгибание. І. п. - лежачи на спині, випрямленна рука відведена в сторону, кисть супінірована або знаходиться в середньому положенні. Один метод методики держить випрямлені пальці больного, друга - фіксує нижню третю предплечья. Виполняются пассивные сгибание кисти. Дівіться слідом за виконанням, уникайте перерастягиванія і без того ослабленних мишечних групп.

Приведение - отведение, круговые движения кистью. І. п. то же.

4. Пасивні дії для межфалангових і п'ястнофалангових суставів.

Сгібаніе - розбігання в межфалангових і п'ястно-фалангових суставах.

Рука випрямлена, попередньо розташована в середньому положенні. Девіз рекомендується виконувати окремо кожного пальму і суміжного П - V пальців. Отведение - приведение в пястно-фалангових суставах. І. п. то же. 5. Пасивні дії для суставів I пальця кісти. І. п. то же, передплечье в середньому положенні. Сгібання - розбігання, приведення - відведення, протипоставлення і кругові рухи.

Пасивні дії для тазобедренного та коленного суставів. Сгибание - разгибание. І. п. - лежа на спині, нога напівсигнату в коленному та тазобедренному суставах. Одною рукою методика підтримує паретичну ногу больного в області підколеної ямки, інша - фіксує стовп під углом 90 °.

Супінація - пронація (обертання) в тазобедренному суставі. І. п. і фіксація те же. Ротаційні рухи виконують согнутой в коленному та тазобедренному суставах конечної.

Отведение – приведение. І. п. - лежа, нога випрямлена. Піддержка нижнього кінця виконується таким чином. Кругові руху в тазобедренному суставі. І. п. - лежа, паретична нога полусогнута. Піддержка ноги та же.

Кругові рухи втілюються середньовічним давленням по осі бедра на суставну впадину.

2. Пасивні дії для голеностопного суставу. Сгибание - разгибание. І. п. - ліжко на спині, нога согнута в колонному суставі, по відношенню до бедру під углом 120 °, опора на стопі. При пасівному русі розбігання довгий преобладать над сгибанием стопи.

Відкриття сочетанного з пронасією (ротацією всередині) і наступним приведенням у середнє становище. І. п. то же. Восстановлення активних рухів. Основна проблема лечебної гімнастики - проведення растормашиванія та стимуляції дії нервових елементів у зоні пошкодження центральної нервової системи. Лечебні мероприятия здійснили зменшення підвищеного тонусу напружених мишц, відновлення двигунів ослабленних мишечних груп і вдосконалення їхніх (реципрокної) іннервації. Методика лечебної гімнастики повинна бути створена, попередньо всього, на протидію формуванню контрактури та вибудовуванню виділених активних рухів. Підборі спеціальних занять для заняття лечебною гімнастикою слід виконувати за принципом: рука «длинная» (розкрита у всіх суставах), нога «коротка» (согнутая в коленному і тазобедренному суставах і розроблена в голеностопному суставі).

При відсутності активних сокращений мишц, «удлиняючих» руку і «укорачиваючих» ногу, необхідне збудження (стимуляція) сокращения саме цих мишц.

Стимуляція активних вибраних мишених груп починає з виконання пасівного руху по малому амплітуді одночасно з вольовим посылковим больним двигуном імпульсу до цього руху. Очень важливо співпадіння за часом пасивного руху з виявленням напруженості керованої мишечной групи.

Стимуляції підлежать, як правило, наступні мишечні групи:

• на верхніх кінцівках - розбійники передплечі, відвідні миші плечі, розбігателі руки, розбійники пальців, відхилення мишців я пальця, мишці, відведення П, IV, V пальці, мишка - супінатор передплечія, миші плечевого поясу (рухливий плеєр з'явився)

• на нижній конечності - мишці - сгібателі голені, мишці - пронатори крамниці, миші, відводящі бедро, миші розбігателі стопи (миші, виконуючі тильне сигарення), миші-пронатори стопи. Стимуляція мишц проводиться з і. п. лежа на спині на ровному опорі. На верхніх кінцівках стимуляція мишця повинна бути виконана виділеною для кожного чоловіка зріненою кінцевістю в горизонтальній плоскості. Необхідно влаштовувати принципові розсіювання напружень у зв’язках з історією існування корупційних центрів і в цілях востановлення процесів концентрації, що виникають і торможені. Стимуляція мишця проводиться в умовах повного «сняття» масси зрівно паретичної кінцівки, передаваемого на руки інструкторів. Для того, щоб не створити спастичних мишців, возвіщення зрілих кінцівки у вихідному положенні проводиться пасивно, навіть при наявності в больному можливості часткового активного виконання цього руху. Начинати стимуляцію на верхній кінчику кращого з трехглавою мишкою плеча як основна мишці, розтягуюча рука; на нижній конечності - з мишцем - сгібателі голені як основна група, сгібающей ногу. Кількість повторних для однієї мишеної групи -3–6 раз. У ході заняття слід возвращаться до стимуляції обраної мишечной групи 2 - 3 рази.

Перед початком стимуляції необхідно зрівняти об'ємне завдання, що стосується больного з показом активних рухів на здорових кінцівках і пасивних - на паретичних. З цільовим створенням найкращого представлення про переміщення слідує повне використання слухових, зривних, тактичних та кінестатичних аналізаторів. При виконанні стимуляції необхідності пам’яті про шейно - тонічних рефлексах, які при перегляді шеї і голови підвищують тонус мишкою рук: так, при повороті голових вправо (влево) підвищується тонус мишц сгібателей правої (левої) руки; при сгібанії голові вперед підвищується тонус мишц - сгібайтерів обеїх рук. Точно при стимулюванні слід попередньо створити загальну голову та її поворотам у стороні паретичної кінцівки. У час стимуляції необхідно вживати чинників, відбиваючи больного від виконання завдань. Все враження пацієнта сосредотачивается на поспіль волевого імпульсу до стимулюючої групи мишец. Стимулювання активних двигунів довгий починає в раптовому навчальному періоді. Запропонуйте стимуляцію, можливо, наявні при наявності відомого, позитивного відношення больного до управління. При високому мишечному тонусі цілеспрямовано передній стимуляції застосовується «тормозна» метод точного масажу для розслаблення спастичних мишків і «тонізуючий» метод для стимуляції мишечних сокращених їх антагоністів. З цільовим зменшенням спастичності слід попередньо використовувати пасивні рухи.

Управління в стимуляції мишеної групи заканчивается при появі в нейтроактивних сокращеніях, здатних хотях незнайомо перемещати зведені кінцівки. При досягненні активного ізольованого сокращення мишців або груп мишків необхідно переходити до виконання активного руху, здійснюючи функціональні можливості.

Активні переміщення при цьому поступово збільшуються по амплітуді, і больна отримає можливість виконати їх все більше впевнено і четко. Темп движений повинен бути медленним. Возвращается перемещающегося звена кінцівки в ісхідному положенні виконується пасивно. Кількість повторень - 4 - 6 раз.

Після освоєння активного ізольованого руху з посторонньою підтримкою слід приступити до самої роботи, виконаної цим же рухом. На початку заняття возив звена кінцівки у вихідному положенні виробляється пасивно, потом - активно. Кількість повторних поступово збільшується до появи визнань утомлених мишц, що виявляється зменшенням амплітуди руху.

Застосовуються зміни, що поступово усложняються за початок застосування найвищого сопротивлення, від попереднього мінімуму протилежної дії, до встановленням методології, до попереднього зменшення випромінювання, до прогнозування растягиванием резинового біта. Кількість повторених індивідуально - до появи визнань утомления мишечной групи. Темп медленный. Применение сопротивления посилює потік проприоцептивних імпульсів в центральній нервовій системі, активізує заторможені нервові клітини і покращує реципрокную іннервацію мишц.

Встановлення активних ізольованих двигунів так само, як і стимуляція на верхніх кінцівках, ефективніше починає з мишками-розбіжниками передплечі, на нижній кінцівці - з мишками-сгібателями голени.

Активні вправи з підтримкою методів, без допомоги і сопротивления проводятся для мишечних групп, «удлиняючих» (разгибающих) руку і «укорачивающих» (сгибающих) ногу. Слідом уникають активних двигунів для мишейних груп, що знаходяться в стані підвищеного тонусу: сгібателі пальців і кісти, мишці, приводячі пальці, мишці-сгібателі і пронаторів, що пред’являють, приводяться мишці плеча, розбігають біди, супінірують біду.

Активні вільні рухи, виконуючи перекреслені мишечні групи, можна включити в заняття лішу тогу, коли значно знижується спастичість, а мишці-антагоністи дивляться перед тим, як переконатися в сильному тяжкості сегмента, котрий може бути досягнутий у своєму роді. По 5 - бальні шкали оцінок мишеної силі відповідає тому 4 балам. Попереднє сучасне включення активних двигунів за початок спастичних мишців для співробітників і відміняти строкові вивіски, реципрокні взаємозв'язки, які відповідають мишем паретичних кінців. Управлінські предмети для паретичної руки не слід застосовувати у больних із підвищеними мишечними тонусами та слабкістю відповідних мишц-антагоністів. Більше уваги необхідно увімкнути востановлення активних сокращений мишц - розбіжників пальців, кісти, а також відводячих пальців. Особлива увага потребує востановлення двигуна I пальця, яка має більшу кількість представництв у двигуні корів великих півшарій.

Восстановлення навиків ходьби. Через 3 - 4 неділі від початкової хвороби, з участю громадського стану больного, слід приступити до востонавлению навиків ходу. Для сохранения разогнутого положения руки за допомогою здорового плечо-болотного надійде лямка шириною 5 - 7 см, а паретична рукавиця в розкритому положенні описується на лямці в крані.

Дослідження навчальних можливостей ходу:

    1. Імітація ходьби согнутіми ногами в положенні лежачи.

    2. Імітація ходіння согнутіми ногами в положенні будинку.

    3. Перенос масових тела з однієї ноги на другую з і. п. стоячи, ноги - на ширині плеч (здоровий рукав на опорі, больний - у біді опирається на лямку).

    4. Перехід з ногами на ногу.

    5. В положенні стоячи - больна нога впереди, забута здорова впереди; масса тела рівномірно розпределяется на обе ноги. Затем здійснює перенос масових тела з однією ногі на другій.

    6. Шагі на месте в неподвіжній опорі.

    7. Положення стоячи на паретичній нозі, здорової - приподнята.

    8. Ходьба у неподвіжній опорі (спинка кровати, брусья) і з підвісною опорою (стул, ходилки, костиль палка) або без нее.

Ходьба з опорою здорової рукої про спінку студу (збільшення додаткової площі опори) допомагає самостійно передній.

При використанні механізму ходу необхідно обов'язково слідувати за рівномірним розбиттям тягарів тела на паретичну і на здорову кінцівку. Шаги повинні бути небольшими, одинаковими по тривалості і з опорою на всю стопу. Паретична нога при винозі її вперед довга знаходиться в положенні достатнього тронного «укорочення» (сгібанія в тазобедренному, коленовому і розбитому в голеностопних суставах), без відведення її в сторону. При цьому стопа не должна задевати носком пола. Паретична рукавичка повинна бути випрямлена з опорою на лямку або знаходитися в лонгеті. При ходьбі слід підтримувати (страхувати) больного со сторонами паретичних конечностей.

Одночасно з востановленням механізму ходьби необхідно продовжувати застосовувати виконання для зміцнення сгібатерів голені та розбігаючі стопи.

Після освоєння рекомендованих дій можна переходити до системи відновлення механізму ходу в условлених умовах: ходіння без додаткової опори вперед, назад і присутніми шагами в сторону; навчання поворотам (стоячи на месте і в процесі ходити); ходити по лестінці, починаючи приставними шагами (вверх - здоровою, вніз - больной); ходити з перешагиванием через предмети, ходити в різному темпі, ходити по узкій дорожці; ходити в сочетаниях з різними простешими рухами рук.

Противодить патологічно синкінезіям. Синкінезії - власні здорові люди, які рухаються, підтримують виробничі, переважні властивості локомоторів, переміщення (взмахи рук при ходьбі). Це фізикологічні синкінезії.

При недостаточній концентрації процес виконує дії кореневого головного мозку, який розповсюджується в області, яка не повинна брати участь у виконанні даного двигуна. У таких випадках формуються патологічні синкінезії.

Розрізняють наступні види патологічних синкінезій: глобальні, імітаційні, координаційні. Глобальні синкінезії виявляються на спастичних геміпарезах і геміплегіях. При попітках виконані зміни бальних кінців, що відбуваються збільшуючи згибання руки і розбігання ноги, тобто посилюється контрактура, характерна для геміплегії. Наприклад: при спробі виготовляють вилучене сигарення або розбігання в локтевому суставі наступає общая сигательна синергія руки: плечо приподнимается і приводиться, передплечье сгибается і пронірується, кисть сгібается, пальці сжимаються в кулак; нога в это время разгибается. Такі синкінезії спостерігаються також при сильному нанесенні мишці здорової сторони під час ходу.Коли на узбіччі з пірамідними поражаються і інші путі, спостерігають імітаційні синкінезії - переміщення на болотній стороні, вивірені тожественними рухами здорової сторони (рухаються однієї (здорової) руки, що виходять з-поміж своїх (здорової) руки.

При координуючих синкінезіях болотна не може виконати виділених рухів, які виробляються звичайно в цільовому двигуні. Наприклад, болонна при пірамідному парезе виконує тильне сгібаніе стопи лише при сгібанії паретичної ноги в коленовому суставі. Окремо четко це виявляється, якщо вказує сопротивление сгибанию ногі.

У ході заняття лечебною гімнастикою потрібно досягти востановлення ізолюваних двигунів і подання патологічних синкінезій. Якщо не протидіяти виявленню глобальних синкінезій, вони можуть закреплятися. Координаційні та імітаційні синкінезії можуть бути використані та в лечебних целях - для стимуляції появляються активних двигунів.

Далі рекомендуються наступні методичні прийоми, які можуть застосовуватися для боротьби з синкінезіями при лечении больних з геміпарезамами: Пасивне подання синкінезій: заняття лечебної гімнастики слідує придавати конечности больного становища, передбачуючи появу синкінезії. Наприклад: при виконанні активних двигунів одного одного руки випромінюються за голову або вдоль туловища, а кисті рук підкладаються під ягодиці і т.д .;

б) при здійсненні активних виключених двигунів однієї кінцівки другої, що має склонність до синкінезії, грузу або руками методів, які фіксуються в потрібному положенні. Наприклад: при виконанні рухомих джонків рука розкрита в локтеві і лучезапястном суставах, супінірована, кілька відведена і фіксирована;

в) при виконанні активних методів руху, пассивно виконуючи протисодружественні руху. Так, при активній роботі з здоровими руками в локтевому суставі методик пасивно розбирає паретичну руку.

2. Активне подання синкінезії:

а) сегменти кінцевих, непроизводственные рухи, які повинні бути виключені, активно утримуються в потрібних положенні самих больних. Наприклад: при сгібані ноги больної волевої сили підсилюють протидействуючі згибанні руки, підтримуючи її в розкритому положенні;

б) під час заняття виконуються зведені рухи, при яких кінцівки виробляють протисудородні дії: розбиття рук з одночасним згібанням ноги в коленному суставі; сжатіе пальців здорової руки в кулаку з одночасним розгібанням пальців больної руки і т.д.

Систематичне використання на заняттях подібних прийомів має можливість поступового використання виражених патологічних синкінезій та вивільнення нормальних фізикологічних координат.

Управління висновками про відновлення загальнокоректної координації руху. Координація движених - тонке і точне узгодження роботи всіх мишців - синергістів і антагоністів нашого тела. Координаційні рухи виконують пластично, розмірено, економно. Встановлені суттєві болі »в результатах зовнішнього рішення узгоджених процесів торможення та возбуждения в центральній нервовій системі, страждає координацію руху. У процесі висвітлення зовнішніх функцій, що з'являються в больних активних рухах, довше залишаються невловими, заміненими, неточними, негласованними. Востановлення координації рухається можливим способом у той час, коли у больного майже відсутня мишача гіпертонія та синкінезія, і існує можливо виконати активних, викритих двигунів у всіх суставах (при I - П степені зовнішніх двигунів).

Для відновлення і досконалості координації двигуни рекомендують виконувати виконання з різних ісходних положень (ліжко, вільно, стоячи і при ходьбі), начіна з доступними для больного простейших руху.

Управління, вдосконалене координаційним рухом, забезпечує більшу складність узгодженості, яка для даних болів виконує виконання одночасно, поочередно, послідовно, з включенням більшої кількості мишечних групп:

1. Одночасне переміщення в одночасному виконанні в суставах верхніх (нижніх) кінцівках, наприклад сгибаніе рук в локтевих суставах.

2. Одночасне переміщення в протиположних направленнях одних і тех же суставах верхніх або нижніх кінцевих, наприклад, згибання правої верхньої кінцівки в локтевому суставі з одночасним розведенням лівої руки (смішні положені руки).

3. Одночасне переміщення в суставах одноіменних (правих або левих) кінців, наприклад сгібаніе правої руки в локтевому суставі, правові ноги - в коленному суставі, забуті їхні розбіжності.

4. Одночасне переміщення в суставах одноіменних кінців - правова верхня і лева нижня, наприклад сгібання правої руки в локтевому суставі, леве ноги - в коленовому і розгибаному їх.

5. Поочередне переміщення в одинакових суставах верхніх і нижніх кінцівках у одночасному створенні, наприклад, згібання і розбігання правої руки в локтевому суставі, тож - левою рукою.

6. Досліджуйте виконання різних рухів за командою, наприклад, долонею руку в сторону, левою долонею в сторони, правильною рукою вгору; леву руку вверх, праву руку в сторону, леву руку в сторону; праву руку вніз, леву руку вніз.

У подальшому здійсненні використання використовуються для читання змін ісходних положень, з участю більшого числа мишечних груп, змін темпа, амплітуди, направлених рухів, застосування прикладів з дозованим мишечним наповненням і т.д.

Особлива увага повинна бути використана вдосконаленою координацією рухаються пальці кисти паретичної кінцівки, що застосовуються наступні вправи: розробка та створення пальців, відведення 1 пальця, кругові рухи 1-м пальцем, побіжні навички: брати паретичних руків предметів, що займаються, самостійно застосовувати пішу; навчання навикам лічної гігієни, таким чином, як умивання, бриття та так далее (ідея ідеї про тяжелих больних, у яких ці навички утрачені); Забуте навчання самостійно одягу (що доволі непросто при паралізованій руці), користувачем туалетом та ванною. Самостійно користуються туалетом і ванною больним з геміпарезом і розширенням координації допомагають різними технічними приспособленнями: повідомлення у зруйнуванні, скопіювання в стенах ванної комнати, дерев'яні студії в ванні.

Механізм лечебного дії фізичних втілень

Досліджувані, досліджувані впливом мишеної діяльності на лікування хвороб, виявили основні механізми лечебного ефекту фізичних дій: тонізуюча дія, трофічне діяння, функціоналізація функцій та формування компенсацій.

При лечении больних з останніми островами нарізання мозкового кровообігу кошти лечебної фізкультури широко приєднуються перед усіма з загальнонізируемой ціллю, так як тонус центральної нервової системи у бальних із зовнішнім мозковим кровообігом значно зменшується. Резко сказується негативне вплив гіподинамії. Загальнодоступні способи використання дозуються у відповідності із станом больного. Початкова їх інтенсивність мінімальна. Постепенно вона збільшується. При цьому виконується постійний контроль за реакцією больного на навантаження (підряд пульсу, вимірювання артеріального давлення для його самочувствіння та суб'єктивного стану. У ході заняття постійно здійснюється вплив на трофічні функції. Це досягає застосування спеціальних дій, трофіки тканей, обмінних процесів. Використовують пасивні та активні переміщення та лікування затриманих. Для профілактики осложнених сторін внутрішніх органів широко застосовуються дихальні дії.

Потоки центробежних і центростреміальних імпульсів, що реалізують при виконанні пассивних і активних рухів, содействуют нормалізації процесів нейродинаміки в кореї і підкоренях, дозволяють створити радіаційні умови, що знаходяться в станах, і встигнутих учасників центральної нервної системи, використовуючи узаконення навколишніх навколишніх [5,10]

Пасивні рушії, випромінюючи розвіювання проприорецепторів і здатні до воєнної іннервації, починають застосовуватись у ранньому терміні і використовуються в ході всього навчального лекції, вдосконалюють рефлекторну рефлекторну возбудімость у больних, вони обов'язково виконуються планово, в середньому темпі, і вони будуть успішніми .

Стимуляція активних двигунів починає з поспілки імпульсів до наполягання окремих ослабленних мишечних групп. Появляються активні рухи, які виконуються за допомогою методів підтримки - з облегчених наукових положень. Використовуючи істотну історію нервової системи, виконувати обов'язково просто. Вони виконуються в середньому темпі, без значного навантаження, з найкращим розподілом напруги між окремими мишечними групами та сегментами тела [19].

При появі активних двигунів починається враження уваги урепленування найбільш ослаблених мишечних групп (розбігачі передплечі, розбігаючі кисті та пальці, сгібателі голені, розбігателі стопи та ін.). Об'язательними умовами методів є активне виокремлення виконання, здійснене відповідними мишечними групами групи [11]. Возвращение в исходное положение при спастическом состоянии мышц-антагонистов здійснює пасивно (розширене виконання).

При відтворенні активних рухів більше здобувають того, що вони виконують точно, ізолюються, так як при цьому відбувається концентрація потоків імпульсів у відповідних нейронах і їх активізація. У випадку появи непродуктивних патологічних синкінезій необхідно запобігти створенню їх [14,24].

Постійна увага відокремлює спеціальне виконання для спастично напружених мишечних групп: медленное і плавне растягивание мишц, пасивні рухи, елементи розслабляючого точечного массажа, волеве розширення мишц. Повищення тонусу мишця можна змінити путем накладення шин і укладок конечностей у вигідному положенні (лікування положення). При цьому потоки імпульсів з периферією дозволяють знизити возбудімості мотонейронів, спастично мишц.

Таким чином, ЛФК формує в кореневому головному мозку новий складний стереотип, устроюючий патологічний, нормалізує діяльність і в даний час функціонує у виправданому чарівному процесі з його впливом на організм.

Также LFK вказує стимулюючу дію на регенеративні та трофічні процеси, попередньо розвиваючи атрофію мишц, тугоподібність у суставах, застійних яврів, вміє викорінювати зовнішні функції, нормалізувати функціонування, дуже важко і вдосконалено емоціональний тонус больного, вселяє впевненість у виздоровлення. Мишечна діяльність посилює всі види обмена, активізує і корригує окіслительно-восстановительные процеси. Систематичні заняття фізично здійснюють повірчі, які встановлюють полноценну регуляцію вегетативних функцій [12, 24]. Таким чином, ЛФК формує в кореневому головному мозку новий складний стереотип, устроюючий патологічний, нормалізує діяльність і в даний час функціонує у виправданому чарівному процесі з його впливом на організм. Также LFK вказує стимулюючу дію на регенеративні та трофічні процеси, попередньо розвиваючи атрофію мишц, тугоподібність у суставах, застійних яврів, вміє викорінювати зовнішні функції, нормалізувати функціонування, дуже важко і вдосконалено емоціональний тонус больного, вселяє впевненість у виздоровлення. Мишечна діяльність посилює всі види обмена, активізує і корригує окіслительно-восстановительные процеси. Систематичні заняття фізично здійснюють висновки, що регламентують полноценну регуляцію вегетативних функцій [17, 31,44].

Послідовно, біологічна основа процесів відновлення після інтенсивного розгляду в залежності від строкових початкових захворювань. Для зменшення вираженості енергетичних зовнішніх терапевтичних мероприятий необхідно проводити з першими годинниками лікаря. У період періодичного лікування лікар повинен бути зроблений для зменшення стану головного мозку та востановлення функціонування ішемічно поранених тканин, не розбитих тканин мозку. Цей процес протестує в ході перших днів від початкової хвороби. Інший механізм, який означає, що велика величина по завершенню періоду острівного періоду, є пластичною. Для вдосконалення процесів пластично використовуються спеціальні реабілітаційні програми, створені для відновлення ультрафіолетових функцій, а також різні медикаментозні засоби, вдосконалюючі мозковий кровоток і метаболізм [19, 26].

Задачі, цілі засоби, форми, методи та методика ЛФК при ішемічному інсульте.

Для кожного періоду часу, що перевіряють, існують основні завдання кінезотерапії. Так, в острів періодично основними завданнями: => рання активація больних;

=> попереджувати розвиток патологічних станів (спастичних контрактур, артропатій) та осложнення (тромбофлейбітів, пролежней, застійних явок у легких), пов'язаних з гіпокінезією;

=> выработка активних движений.

У процесі навчання, що виконується, часто:

=> рання активація больних; => навчання больних целенаправленним дійсем;

=> попереджувати розвиток патологічних станів (спастичних контрактур, артропатій) та осложнення (тромбофлебітів, відокремлених застійних явок у легких), пов'язаних з гіпокінезією;

=> стимуляція активних движений;

=> можливість організації нормалізації процесів нейродінаміки в корее головного мозку та підкорок;

=> можливість створення растромазування, що знаходяться в угнетенном стані учасників ЦНС;

=> ускорение восстановления нарушенных условно-рефлекторних связей;

=> профілактика зміцнення патологічних синкінезий;

=> посилення ослабленних мишечних групп;

=> совершенствование двигательных качеств;

=> восстановление властивості опору і руху;

=> общетонизирующее воздействие на організм;

=> сприяння вдосконалення загального та локального крово- та лімфообразовань, підвищення рівня всіх обмінних процесів;

=> поліпшення та нормалізація трофіки тканей;

=> профілактика осложнених сторін усіх внутрішніх органів.

Основні завдання моторної реабілітації в позднему вітчизняному періоді створюються в дальнейшем розвитку активних рухів, зйомки спастичності, попередніх силінезій, вдосконалених функцій ходу, підвищення толерантності до фізичного навантаження, тренувань стійкості вертикальної події, взування 247]

Основна ціна зайнятого лечебної фізкультури є союзом вивільнення потужних функціональних функцій, і в даний час відбувається головна система для зменшення розміщення зон різного торможення.

Тож існує, рання енергетична активація, велика не тільки здатна мати найкращу здатність до нарощування енергетичних функцій, але також показує, що існує потреба в аспіраційних ослабленнях і тромбоза глубоких зовнішніх нижчих кінців.

Якщо у больного виявляються явні апраксиї (утрати технічних чи іних двигунів), в процесі заняття виконується спеціально навчання больного виконання "забутих" руху.

При задоволеному випромінюванні моторних функцій, коли у больного сохраняются невмілість і заміщення руху, на занятті лечебної гімнастики враховується вдосконаленість двигунів високої якості - льокості, координація руху, підвищена швидкість. Використовують знакові бонусні дії. При їх виконанні мобілізуються зривний і слуховий аналізатори (переміщення об'ємуються, виконуються за командою або сигналом, контролюють зрення та ін.) Усі прийоми здатні підвищити якість руху.

Управляючі, зроблені на зміцнення силі, применяются при появі нових активних двигунів і використовують на розширенні всього курса лекції. Вони передбачили призначення тренувань, що розбігають руки, сгібателі голені та розбігаючі сторони, в основному у формі рухаються з оптимальним сопротивленням [15].

Постепенно в процесі заняття лечебної гімнастикою моторний режим больного розширюється. Спочатку болотного взуття поворотам в постелі, переході в положенні стоячи, стоячи; Забутий спосіб включає навчання ходьби. Восстановлення кожного з цих сил може посвятити окремі заняття. Обробляється враження на правильну рівновагу паретичної кінцівки, на координацію рухів рук і нігтів, на осанку больного. По мірі використання завдань, значно збільшується дозировка виконаних виконання [18, 29].

На радіо та в опорному етапі вибудовування лісових фізичних вправ використовує основне з цільовим максимальним содейством вивільнення навколишніх іннерваційних механізмів [8].

На етапі інших залишків рушійних двигунів вдосконалення двигуна може здійснюватись для початку формування відповідних компенсацій, за допомогою механізмів, що працюють в режимі розширених функцій у різних відділеннях головного мозку [39]. Наручення в корейському мозку може частково компенсуватися і для початку підкоркових освітніх досліджень [5].

Для розширення всього леченія здійснюється контроль за зміною функціонального стану больного, для його реакції на запропоновані навантажувачі, що виробляє їх корекцію.

Лечебна фізкультура применяется при лечении постинсультных больних з останніми островами нарізання мозкового кровообігу - це лечебна гімнастика. Крім того, применяются гігієнічна гімнастика, лечебна ходьба, ігрові вправи. Заняття лечебної гімнастики в залежності від степенів зовнішньої обробки двигунів функціонують індивідуальним або малогрупповим методом [39].

Я - вхідна частина заняття. Задачі: встановити контакт з больним, соредоточить його увагу на сучасних заняттях, привласнити паретичним кінцівкам «коріговані позиції», вміло активізувати (тонізувати) організм больного, підготовити до виконання, що зробило головну частину заняття лічної гімнастики. Середовища: активні рухи здоровими конячістю, здійснення в розслабленні мишц, дихальні вправи. Елементи аутогенної тренування і точнечного масажу. При наявності високого мишечного тонусу і патологічних синкінезій паретичним кінцевістю прилаштовується положення, протиположне положення Верніке-Манна.

Усі дії повинні бути доступними для больного, не вимагаючи тривалого пояснення. Фізиологічна навантажуваність, яка визначається за найчастішим пульсом, у частинах вводних частин, не довгих, перевищує 20% від початкового показника.

II - основна частина заняття. Задачі: можливість створення востановлених зовнішніх енергетичних функцій; забезпечувати дальнейшую активацію організованості больного.

Середні напрямки: втілення для паретичних кінців (пасивні рухи, стимуляція активних викритих рухів з допомогою методики, активних виділених рухів), виконання з використанням рішень для мишців, «вкладення» в руку та «укорачіваючих» ногу, в чередованіях з активними свободними застосуваннями для здорових конечностей і миш туловища, дихательними практиками та практиками на розслаблення мишц. За показаними применяются елементи точечного масажу та аутогенної тренування. У відповідності з можливістю реалізують перехід больного в положенні лежачи на стороні, ніби, стоячи, підготовка до ходьби, навчання правильному механізму ходу, тренування ходу, тренування ходу, відновлення придатно-битових рухів.

При високій здатності до відновлення активних виключених двигунів в паретичних кінцівках застосовуються вправи, вдосконалюючи координацію руху, з поступово возрастающей степенью складності.

Фізиологічна навантажуваність в основному частота заняття не довга перевищують 35% від найрізноманітніших показників за пульсу.

III –заключітельная частина. Задачі: зменшення напруженості, надійне функціональне стан стану рівня до рівня, кілька перебігаючих вихідний. Закрепіть досягнуті результати покращення зовнішніх енергетичних функцій.

Середні: активні практичні дії для мелих мишечних групп здорових коней в середньому темпі, практичні дії в розслабленні групи здорових коней в середньому темпі, практичні дії в розслабленні мишців здорових і паретичних коней, дихальні можливості, елементи аутогенної підготовки. За показанням - лікування положенням («корігіроване місце» паретичних конечностей).

У всіх режимах як раннего, так і позднего навчального періоду в процесі заняття лечебною гімнастикою потрібно зберігати принцип розширення нагрузок (чередование виконання і використання в розрізненні мишків), вчительська підвищена історія здатності коркових клеток при зовнішніх обробках головного мозку.

При проведенні лечебної гімнастики слід обрати постійну увагу на збереження правильного положеного кінця з цільовим зменшенням підвищеного тонусу паретичних мишків і протидействій синкінезіям [27].

Широко використовують реалізацію в расслаблении мишц. Необхідно взувати пацієнтів волевого розслаблення мишц, починаючи здоровою, і забуваючою жорсткою кінцевістю.

Активні дії слід застосовувати лише такі важкі степені, що при їх виконанні в больному не підвищували спастичність і не з'являлися синкінезії [8].

Больного необхідності настроювати на активну участь у сучасних заняттях, закінчуючи свою увагу, не виконуючи завдання.

При останньому острого нарушения мозкового кровообігу психологія больного істотно відрізняється від психології здорового. Необхідно представити собі стан людини, ще вчера бившего на роботу, общавшегося з такими же, як і він, здоровими людьми і потерявши здатність рухатися, іногда і говорити. Больной с

моторної афазії все зливає і понімає, но, що знаходиться в заторможеному стані, зможе відповісти. Уникайте прискорення процесів, які тормозяться з тими болідами, говорять про повну голосу [17,33].

Больні з апраксіей досконало виконують неправильні дії (причесуються ложкою, рубашку натягують на ноги і т.п.). Медичний персонал не повинен забувати про те, що психічно це - нормальні люди і знаходяться в нікому не потрібні з особистим тактором, оточеним увагою і хворобою.

Лечебна фізкультура є активним методом лечення. Успішні вивільнення утрачених функцій у багатьох залежать від степенів участі больного в занятті лечебної гімнастики [22 - 25].

Все, що знаходиться у пацієнта, впевнене в тому, що для нього буде зроблено всім можливо, що дозволить виконувати функціональні функції, потрібно невміло і заздалегідь залишити свою систематичну діяльність, щоб подолати своїх службовців. Необхідно постійно контролювати виконання завдання. Треба бути впевненою, що оточує свого медичного персоналу, зробивши все, від того, що не завіщає, щоб сотворити його виздоровлення [13].

**2.3. Массаж та інші засоби реабілітації при ішемічному інсульті**

Одним з грозних осложненних досягнутості періоду є нарощування тонусу (спастичності) в мишцах поражених конечностей. Мероприяття, створене для зменшення спастичності та покращення розвитку контракту, включає:

Лечення положенням. Вивчення позиціонування визначається в роботі з поступовим режимом надмірності в раціональному періоді при виражених клінічних проявах консультанта [9].

Длітельное перетворення паретичних кінцівків больного в одном і тому ж положенні (в приватності, в позі Верник-Манна) створює постійну аферентацію з мишцем, точки прикріплення яких сближені. Це приводить до навчання в відповідних відділеннях центральної нервової системи, що приваблює стійке враження, приєднуються чорні домінанти, і здатні ще більше підвищити тонуса мишкових кінців.

Необхідно уникати тривалого нагрівання без змін положень. Слідом регулярно міняють схибательное становище на розбіжному, застосовується спеціальні укладки і шини в положенні, протиположному положенні Верніке-Манна. Миші, склонні до спастичного контрактура, повинні бути при цьому растянуті, а точки прикріплення їх анатагоністів - зближені. Періодична зміна положених кінцівок випромінює зміну аферентації з одними та технічними мишачими групами, що містять периферію різних потоків імпульсів, що змінює функціональне стан нервової системи - зменшуючий вплив мотонейронів. При цьому зменшується спастичність мишц, попереджається розвиток мишечних контрактур і тугоподібності суставів [9, 40].

При конфігурованих вже нестійких контрактурах лікування лежить в змозі застосувати ступінь їх виразності.

Навчання залишається довго, щоб визначити, що з'являються спасти, в періоді, коли тонус мишець ще залишається низьким. Це попереджає освіту контрактура і облегчает восстановление активних рухів.

Лікування положення виконується з исходного положения лежачи на спині (щит під матрацем). Паретичні конечности больного вкладаються в «корігіроване положення» - протиположне геміплегічна контрактура.

Руку укладають на подушку так, щоб плечовий сустав і будь-який кінець знаходилися на однорідному рівні в горизонтальній плоскості, і відводили в сторону на 30 ° - 40 °. В подальшому угол відвід доводиться до 90 °. Між туловищем і плечем вміщують ватно-марлевий валик або мешочек з песком. Предплечье разогнуто і супиніровано. Пальці кисті роз’ємні, я палець відвів. На ладонь і пальці кладеться тяжкість від 1 кг і більше (велика сума залежить від степенів вираженості гіпертонуса). Груз удерживается від 15 хв. До 1 ч. Кість і пальці фіксуються в розкритому положенні за допомогою лонгетів. Під коленним сустав пасируються в розкритому положенні з підтримкою лонгети. Під коленним сустав паретичної кінцевості підкладається валик високої 20 див. Стійкий розрив під углом 90 °, розташований в упорі на дерев'яному ящику або фіксується гіпсовою лонгетою. Для запобігання супінації бедра з вродливими стопами і голені укладає длинний мешочек з песком [40, 44].

При положенні болоного на здоровому боці паретична нога должна бути согнутою в тазобедренному та коленовому суставах, а рукавичка - випрямлена вдоль туловища.

Відмінність лежання залишається устанавливается індивідуально. При появі жалоб на онеменія, неприємні відчуття, великі змінити становище кінцево. Укладка паретичних кінців, не рекомендується зберегти час перебування у пирі та в періоді післяобеденного відхилення.

Регулярна зміна положених тела та кінцевих можливостей не лише знижує тонусу спастичних мишків та покращує периферичне кровообіг, но і попереджує попередження застійних проявів у легких [11].

Протягом дня лікування лікують довге чередованими із заняттям ліцеї гімнастикою, масажем, а також ширше використовуються в процесі заняття. Вивчення положень визначається за показанням не тільки в раціональному, але і в позднему воскресітельному періоді лекції [18].

Массаж у тех мишцах, де тонус підвищений (наприклад, у сгібателях передплечія, кисти, пальці та розбійчателі голені), применяется лишь легкое поглаживание в медленном темпе, а в мишцах - антагонистах, там, де тонус або не міняється, або слідує, як тільки використовується неглубоке розміна в більш швидкому темпі. При огляді мишечного тонусу в паралізованих кінцівках також використовується масаж за спеціальною активованою методикою. Припускаючи просто масу, що не має бути відносною всередині осторожно, при цьому його некваліфіковане проведення може посилити спазм мишців, які можуть бути більш важливими для контракту. Так при масажних мишках сгібайтери руки і розбігають ноги бажано ліші легко їх погладжування. Ця маніпуляція довгий проводить професіоналами, що мають достатньо досвіду свого проведення, а саме даної категорії больних.

Точечный массаж. Для скорейшего зменшення спастичності мишків та стимуляції востановлення активних рухів цільових засобів до участі в літній гімнастиці з елементами точечного масажу. Точний масаж важливо враховувати в біологічно активних точках. Він підтримує регулювання процесів возбуждения і торможення в кореневому головному мозку та нормалізації рецепторних взаємозв'язків мишець - антагоністів. Розділяють «тормозну» і «тонізуючу» точечний масаж. Для поніження тонусу мишц з повіреним тонусом використовується «тормозна» методика; для стимуляції мишц з поніженим тонусом - «тонізуючий» метод. Метод «Тормозної» реалізує путем поступового нарощування інтенсивно розвиваються кончиком пальця на вибрану точку, затримує її на оптимальній глубіні з наступним постепенним зменшенням давлень і прекрасним його («виходом»). Повернення на одну точку продовжується з 309 до 1 хвилини. Еффект расслабления контролируется рукою, придерживающийся кінець в дистальному відділенні. Метод «Тонізуючий» передбачає наносити кончиком пальця вібрируючих, коротких, швидких рухів, що входять до ряду точок, стимулюючи конкретні руху [21].

Сочетание лечебной гімнастики з елементами аутогенної тренування. Аутогенна тренування (AT) складається з системою виконання, використовуючи яку в болотній під керівництвом врачах або інструментарі лечебної фізичної культури може отримати цілеправленну релаксацію (розширення) мишц і покращення волевої регуляції нарушених движений. В основі цих практичних дій лежить вивізене самоусуненням, що вміє отримувати почуття покоління, почуття тяжкості і тепла в розслаблених приватних телах. На сьогоднішній день розробляється система цінаправленних формул всередині. Больні взуття діють деякі з них у процесі заняття лечебної гімнастикою. Вони призначають отримані думки самостійно в домашніх умовах після виписки з-під пробудження і перед відходом ко сну. Ця методика застосовується з цільовим удосконаленням загального самочувства больного та виправлення двигунів. AT передбачує вплив на патологічно підвищений мишечний тонус із цільним своїм зменшенням, для збільшення амплітуди руху, вдосконалення координації руху, чутливості, трофіки та зменшення хворого синдрому.

Спочатку здійснюється навчання пацієнтів активно розширюється мишц. Затем використовуються ідеомоторні (мисленно виконані) рухи з цільним локальним воздействием на ізольованих групах мишц на фоні загального розслаблення. Позднее применяются ідеомоторні руху, здатні відтворювати правильну ходу і самообслуговування.

Спеціаліст лечебної фізкультури на заняттях з пацієнтами рекомендує застосовувати елементи аутогенної тренування. Целесообразно використовувати 4 групи формулювачів, які методом тихіх голосів пропонують болісне мисленнє повторення і старість виконання [5, 13].

1-я группа: общее расслабление - «Я спокоен». «Я досконало спокоен». «Все мої мишці приємно розслаблені». «Моє тело, руки, ноги приємно віддихають».

2-я група: Розслаблення здорових конечностей - «Я почуваю приємну тяжкість у здоровій руці». «Моя здорова рука рука тужина». «Теплая кровь согревает мою здорову руку». «Я відчуваю приємну тяжкість у здоровій нозі». «Моя здорова нога стала тяжелой». «Здорова нога стала теплою».

3-я група: розслаблення больних конечностей - використання аналітичних формулювачів для паретичних конечностей.

4-я група: ідеомоторні руху - «Я розхитую свою велику руку в локтевому суставі». «Ощущение стягивания в больній руці слід, я можу вільно розгорнути пальці». «Я випрямляю пальці». «Я чую свою велику ногу вільної. Ощування стягивания исчезло ». «Можу согнуть велику ногу в колені». «Я можу розгорнути стопу», (інструмент уточняє направлення руху). «Я разгибаю стопу».

Сочетанные занятия проводятся из исходных положений лежаків і недостатку.

1-я група формулировок використовується в початковій частині, але може включатись і за ходом заняття. 2-я, 3-я і 4-я групи формулюють прихиляються перед активними рішеннями в ході заняття ідентичних завдань. Мисленно розповсюджується техніка або іних мишечних групп, застосовується, наприклад, перед виконанням виконання на розслабленні. Попередньо активним виконанням технічних або іних рухів больному пропонується мисленно їх представити. Після формулювання, підкреслюючи складне дію (наприклад, ходьба), пропонується зробити придатну павузу, щоб болонна смог представити виконання даного завдання у всіх деталях.

Фізіотерапія: Електрофорез з йодом і бромом на воротниковій зоні; йодо-бромні, хвойні, кислородні ванні; СМТ на растянутые мышцы; електростимуляція мышц; мікровольна терапія; магнітотерапія; теплолечення - парафінові або озокеритові аплікації на спастичних мишцях [47].

Комплекс лекцій, досягнутих ультрасучасних артропатій, включає в себе обезболивающие електропроцедури (засоби вибору використовуються діадинамічні токи, синуси-дально-модульовані токи, чрескожная стимуляційна аналізація, електрофореза лікарський, іглорефлексотерапія), а також такі способи, які покращують течію вакуумний массаж, турбулентний гідромассаж). Викладання проводиться в сочетаниями з методами, направленими на восстановление движений (кинезотерапия, массаж та ін.). При випаденіях головних плеча показано нове фіксуюча пов'язка, електростимуляція мишця плеча і плечевого пояса. Рекомендується починати лікування з розумом і після появи перших визнань трофічних вимірів суставів (небольша припухлость в області суставів, нерезка хворобливість при переміщенні в нім і надавливанія і ін.) [18, 47].

Важливим аспектом реабілітації пацієнтів є раціональне харчування пацієнта. Питання должно бути частим, дрібним і суточним калоражем пищі на рівні 2200–2500 ккал. Об'язательно в пищовому раціоні довга присутня растійна клетчатка (профілактика або коррекція заповідників), жива, особливо жаренная або копчена, мучні продукти, повинні бути обмежені

Еше одне чудово направлене до восстановительного лечення пацієнтів з інсультом - це психологічна реабілітація. Визначно, у даній категорії пацієнтів заощаджують характерні особливості особистості: у частинах попереднього апарату, плаксивості, частої агресії, грубості, розвідувальності. Резко знижується пам’ять, в першому очереді на поточних умовах [50]. У багатьох людей пацієнти мають те або інеоброблення. Всі ці аспекти слід вивчати в процесі публічної роботи з даною категорією пацієнтів. З однієї сторони слід уникати конфліктів, терпімо стосуватися їх капризам і прихотям, з іншим - потакувати ім, стимулювати і поощряти двигунну і речеву та інші види діяльності. Для таких пацієнтів все полезно суспільне, в якому лежать воспасті, утруднені асоціації та навички [6,48]. Среди можливих тем громадськості: беседи об окружаючих пацієнтів людях, обстановці, людях, які перенесли інсульт або восстановились після нього. При цьому слід активно залучати пацієнтів до розмови, разом із ним проговорюючи слова та вирази та бурно привітаючи кожного, пусті навіть «маленький успіх». Якщо пацієнт до хвороби активно цікавить суспільну жизнь - читайте свою свіжу газету і журнали або дайте слухати радіопередачі, після чего повідомляйте про їх переслідування або обдумуйте з ним прочитане або усмішане [33].

Таким чином, при інсульті в моззі створюється вишуканість з погібших нервових клеток, розмір яких визначає ступінь зовнішньої або іної функції. А вокруг і вблізі його - клітини, тимчасово інактивовані. Ім-то і потрібно вернути активність. Єдині і такі, які раніше не були задействовані в послугах компенсувати без наслідків, взяти на себе зобов’язання погібших. «Навчити» їх передавати нудні імпульси, використовуючи темний час, щоб забезпечити нормальну роботу технік або мозаїку, лише за допомогою фізичних можливостей. Известно, що нервова система обладає високу пластичність; тобто здатність приспосабливать свої функції до воздействия многообразных внешних и внутренних воздействий [31]. Фізичні вправи підвищують підвісність нервових процесів, виявляють елементи приспособительних реакцій, здатні створювати нові условно-рефлекторні зв'язки, формуючи найсильніші моторні стереотипи. Іменно це, попередньо всього, і це ціла реабілітація больних інсультом. Водонаповнення зовнішніх функцій відбувається медленно, тому великі, перенесені інсульти, вимагають особливої ​​уваги та тщательного професійного уходу.

Сила мишків, що вживають пальців, вимірює динамометром лише при I степені зовнішнього рухового функціонування (за В.Я. Пороховою) [30];

г) наявність і форма апраксиї;

д) наявність патологічних психосинезій, їх локалізація та степень вираженості;

е) степені накладення енергетичних функцій за В.Я. Пороховий (виражену позу Верніке-Манна - верхня кінцева сонність у всіх суставах, передлежання проніровано, нижня кінець випрямлена):

V степень - плегія (паралич); поза стійкою, сохраняется і в положенні лежа; IV степень - глубокий парез; поза виражена у всіх положень;

III степень парез; поза виражена в положенні стоячи, при ходьбі, лежа - сглажена;

II степень - середній парез; поза сглажена в положенні стоячи і при ходьбі

I степень - легкий парез; поза відсутня у всіх ісходних положень;

ж) характеристика якості движених (при I і II степені зовнішніх рушійних функцій). Определяется ступінь волевого управління: мишечним наведенням, швидкістю руху, амплітудовим рухам, точною рухомістю позаду, під початком.

6) Для визначення координаційних координаційних можливостей больному пропонується виконати:

а) пальценосову та коленопяточну пробу;

б) переміщення тільки верхніх або нижніх кінцевих зразків:

- одночасні переміщення в одночасному створенні (синергетичні обіцяні кінчики), наприклад: підняти випрямлені руки вгорі, ладонями вперед, я палець відведений, забуваючи пустити руки; согнуть руки в локтевих суставах і разогнуть, предплечья в полоні супінації, пальці разогнуті; согнуть ноги в коленних суставах і разогнуть їх і т.д .;

- одночасні рухи в протиположних направленнях (синергісти на одній кінцівці та антагоністи на іншій), наприклад: підняти праву руку вверх, леву - відпустити вниз, змінити положення рук; согнуть праву ногу, леву - випрямить, змінити положені кінчики і т.д .;

в) одночасні переміщення одноіменних верхніх та нижчих кінцевих, наприклад: согнуть правий локтевий сустав і правий коленний сустав, забути роз’ємнити; повторити здійснення левимі кінцівками та ін.

г) переміщення різнорідних верхніх і нижчих кінців, наприклад: підняти праву руку і леву ногу вперед - повернути в вихідне положення, змінити положення кінцівки і т.д.

Всі контрольні вправи повторюються по 4 - 6 розривів в медленному і швидко темпе;

д) можливість відрізнятись від пальців високої здатності (при I – II степені потужних зовнішніх): виконання щелчків однієї - двомісних руками, імітаційних ігор на рояле, застеження та розстеження пуговиць, шнурування, зав'язування та розв’язування узлов та інших.

7. Способність сохранять рівномірну телу (виявлення вестибулярних зовнішніх): стійкість в положенні стоячи (пробіг Ромберга) і при ходьбі (звичайна ходьба по прямій лінії, ходьба з поворотами і т. Д.). В заключенні перевіреного обстеження устанавливается развернутый функціональний діагноз із вказівкою степенів енергетичних зовнішніх; визначає двигунний режим і ставиться до конкретних завдань з лечебної гімнастики, індивідуальних для кожного чоловіка больного в залежності від степенів енергетичних розбудови, із зазначенням очевидних їх рішень і середніх, підлеглих використання для їх здійснення [11, 14].

У якості інструментів вимірюють зовнішній живий показник болісних зручностей, використовуючи лише модифікований індекс Бартеля (табл. 3.1), розроблений американською академічною терапією та реабілітацією [90]. Оцінка рівня битової активності виробляється по суммі баллов, визначених у больному за кожним розділом тесту. Максимальна сума балів, відповідна повною незалежністю у найсучаснішому житті, 100. Підсчет баллов по розведенню опросника виробляється при надходженні на реабілітацію або в момент виписки больного з реабілітаційного навчального навчання. Напівчасні дані допомагають планувати медико-соціальні реабілітаційні мероприятия в періоді попереднього перебігу больного в реабілітаційному навчальному закладі оцінювати ефективність перевіреної роботи і давати конкретні рекомендації больному при випуску.

Сохранність різницьованих двигунів визначає путь реєстрації часу максимально швидко проходіння обстеження обчислення, равного 15 метрів і виражається в см / сек. Длина шага визначає точне вимірювання розширення між двомісними наслідковими касаніями пола пяткової однієї і те ж ноги і виражається в сантиметрах. Оцінка наршених двигунів, що функціонують, проводиться в процесі вибудовувальної роботи з інтервалом протягом 10 днів; результати такої оцінки лежать у базі коррекцій на визначених лечебних воздействіях.

Для інтегральної оцінки ефективності воєнного та найвищого рівня підкреслюють також якість життя больного спустя 3–6 місяців після виписки з реабілітаційного навчального навчання. Косвенним показаним якість життя може служити підвищення рівня працездатності, також оцінюється через 3 -6 місяців.

Ефективність реабілітації больних із досягнутими суттєвими двигунами розширення визначає ще й динаміку востановлення енергетичних функцій. У зв'язку з тем, що ісходний потенціал до відновлення у больних, відносяться до різного кліко-реабілітаційного групи, відмінне, критичні ефективні реабілітації в залежності від клініко-реабілітаційної групи також відрізняються (табл. 3.2).

Ісход реабілітації оцінюється як хороший, якщо 3 або всі 4 показателя досягнуто в результатах лікування того рівня, який відповідає для даної клініко-реабілітаційної групи; як задоволення - якщо 2 показали моменти, які виписують відповідні кримінальні дані; як неймовірний - якщо заданий рівень досягав лише двох показателів. Врачебно-педагогічні спостереження (ВПН) проводяться для оцінювання адаптаційних можливостей, організованих із зазначенням напруженості під час заняття лечебною гімнастикою. При проведенні ВПН оцінюють показані введені визнання вживання: кольорові покрови, характер диханії, ступінь потоку, координація руху і уваги, проводиться пульсомет-ірія.

Діагностична візуалізація, краніальна комп'ютерна томографія (КТ) широко доступна і не тільки надійно відрізняється геморагією і ішемічним інсультом, або субарахноідальною геморагією, але також може виявити багато інших захворювань головного мозку. Раннє визнає ішемію, можливо, буде обнародженою вже протягом двох годин після початку роботи лікаря, але це може бути важким навіть для вченого дослідника; особливості при дуже ранніх виконаних дослідженнях. Ранні розпізнавання інфаркту включають стирацію борозни, збільшення бальних гангліїв і гіперінтенсивний сигнал від середньої мозкової артерії. Ранні визнання обширної інфаркти із зміненням серединних матеріалів вказують на дуже серьезний випадок і високий ризик, як середня томографія, так і утворюється велика злочинна ситуація і може виправдати повторну візуалізацію після короткого інтервалу. Паренхіматозна геморагія може бути ідентифікована майже немедленно або в глубоких структурах у пацієнтів із гіпертензією, або в нетипічних областях пацієнтів без гіпертензії, або при адекватному лечении, зазвичай внаслідок підвищення цільової амілоїдної ангіопатії. Інфратенторіальна геморагія або мозкові інфаркти можуть бути ідентифіковані, як правило, дуже важкі, але більш дрібні геморагії / ішемічні інфаркти, в особливостях у створеному мозку, можуть бути легко пропущені. Крім того, КТ може виявити субарахноідальну кров у великих випадках справ субарахноідальних геморрагій. Іногда геморагії можуть бути інтерпретовані як первісні, але в дійсності будуть вторинними до ішемічного собітіям. Вовлечення четко визначених сосудистих басейнів показано в залежності від таких станів, які більше легко ідентифікуються при МРТ - дослідження.

КТ-ангіографія (КТА) - надійний інструмент для періодичної інформації, що знаходиться в значній мірі екстра- і інтракраніальної артеріальної прохідності, і її використання в клінічній практиці часто збільшує цінність діагностики електронного процесу.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) - більша чутливість і все більше і більше використовується в клініках з інсультними відділеннями як стандартна процедура. Недавна небезпека щодо більш низької чутливості в ідентифікації геморагії у головному мозку попередньо сучасними методами МРТ, такими як Т2 \* - поглинання зображення, що є в дійсності навіть більш чутливим у ЧТ - сканування, для демонстрації внутрішньомозгової геморагії. Дифузно-прийнята МРТ дуже чутлива для раневої детекції, пошкодженої мозкової тканини і в поєднанні з перфузіонно-вивішеною МРТ може допомогти у визначенні пацієнтів, які показали проведення раннего тромболізуса. Відповідно до сучасних уявлень, пацієнти з істотними перфузіонально-дифузійними видаленнями можуть отримати користь від випускників ішемічної напівтехніки, округлої вже некротизованої ядерної інфаркти і, напротив, у пацієнтів, що в умовах дифузного і перфузіонного дефіциту, які існують лише соотношение польских і рід. Дані методів МРТ ще не доступні для широкого кліку електронного застосування, але вони представляють безліч інструментів для майбутнього рутинного використання.

МР-ангіографія може використовуватись для ідентифікації окклюзій великих інтракраніальних артерій, але не потрібних інтерпретируючих, якщо вони не досліджують екстракраніальних церебральних артерій. У цьому випадку ультразвукове дослідження може бути ефективним для виявлення тяжких гемодинамічних значущих каратічних обструкцій, які, мабуть, продукують важливі перфузіонні вирішення при нескінченних емболічних або лакунарних консультантів і, можливо, можна імітувати значну перфузіонно-дифузну здатність. МР-ангіографія також грає в результаті оцінки венозної системи та аневризму до 3 мм в діаметрі.

Основна ціль знаходиться в томі, що дозволяє ідентифікувати великі обструктивні поразки екстракраніальних, а також інтракраніальних основних артерій. Крім того, трансформаційна доплерографія може бути ефективною для моніторингу спонтанного або медикаментозного індуцированого тромболізування у великих пацієнтів. Приблизно в одну четверть пацієнтів невозможно або дуже важко отримати адекватні сигнали через тривалість вікна без застосування контрастних агентів. Виявлення рідкісних етіологічних факторів розвиває ішемічного електронного консультанта, таких як розбір. Гіперплазія інтимів та інших, мабуть, частих причин, облегчается при систематизованому використанні ультразвукових досліджень

Транссезофагеальна та трансоракальна ехокарднографія часто показує при подозрені на кардіоэмболічному інсульті, але зазвичай не виконується як неотложное дослідження. Примітні аналітичні дослідження протягом 24 годин після початку роботи консультанта можуть бути полезними для вибору найкращих вторинних профілів, особливо в наявності кардинальних історичних емболій.

Викладений підхід до оцінок ефективних реабілітаційних мероприятій може виявити допомогу в організаціях, що займаються науковою діяльністю, перетворюючими мозковий інсульт. У цілому правомерному свідоцтві ефективні реабілітації даної категорії больних могло бути виявлено стійке зменшення кількості інвалідів за цим забороненістю в попередньому обслуговуванні територіального району.

Оцінюючи ефективність фізичної реабілітації у больних, перелічених інсульт обов'язково навчаються наступні моменти:

1. всі великі з нарушениями мозкового кровообігу мають бути обов'язково розбиті на 4 групи з навчанням степенів виразності, досягнуті сульфутними зовнішніми, давно відомими лікарями (підхоплюється вивільнення вистрілення, острів, раннего і позднего військового, резидуального періодичного), сопутствующая патологія (в актуальній справді актуальній актуальності) і сахарного діабету) і характеру течії основного захворювання (представлення про характер течії основного захворювання заборонено скласти з повторності консультанта, частування збудження мозкових сосудистих кризів). Основний орієнтир при цьому слухав показані артеріального давлення [7,11].

2. для оцінювання реалізованих болів проводиться функціональна незалежність, розробляється американська академічна філософія терапії та реабілітації (FIM) - при випуску, через 3 місяці, через 6 місяців, через 1 рік. Данна шкала в відмінність від загальноприйнятого індексу Бартела здатна оцінити ступінь речових і когнітивних розширень [10,18].

Только при такому підході можливо доказливо сказати про ефективність того чи іншого методу терапії, оцінити ефективність комплексу лечебно реабілітаційних мероприятий за повідомленнями.

**РОЗДІЛ 3.Діагностика ішемічного інсульту на первинній ланці**

**3.1. Дії фахівця**

При підозрі на гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) необхідно:

1. Швидко зібрати анамнез:

* Встановити точний час появи перших ознак захворювання.
* Зафіксувати скарги пацієнта на момент початку захворювання.
* Виявити загальний алергологічний анамнез та алергічні реакції на лікарські засоби.
* Встановити, які лікарські препарати приймає пацієнт щоденно.
* Виявити, які лікарські засоби пацієнт приймав перед розвитком перших ознак хвороби.
* Визначити наявність в анамнезі інших супутніх захворювань: артеріальної гіпертензії (АГ), цукрового діабету (ЦД), захворювань серцево-судинної системи, аритмії, порушення мозкового кровообігу.

2. Провести обстеження клінічного стану пацієнта та необхідну діагностику.

2.1. Оцінити загальний стан і життєво важливі функції: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом АВСDE (*http://www.umj.com.ua/article/90457/*).

2.2. У разі необхідності надайте першу медичну допомогу (або здійсніть комплекс реанімаційних заходів).

3. Оцініть неврологічний статус паці­єнта.

3.1. Ознаки інсульту за шкалою Обличчя — рука — мова — час (FAST)

4. Лабораторне обстеження:

***Бажані***

Визначення рівня глюкози крові за допомогою портативного глюкометра.

5. Інструментальні обстеження:

***Обов’язкові***

* Визначення артеріального тиску (АТ) непрямим методом (методом Короткова) на обох руках.
* Вимірювання температури тіла.

***Бажані***

* Електрокардіографія (ЕКГ) або передача біометричних ЕКГ-сигналів у консультативний телеметричний центр для вирішення термінових питань інтерпретації ЕКГ.

Надати правильне положення тілу пацієнта:

**Невідкладні заходи при ішемічному інсульті**

* Правильне положення тіла пацієнта: на спині, з піднятим на 30° головним кінцем за допомогою підручних засобів.
* Для профілактики аспірації необхідно повернути голову набік.
* У разі порушення функції дихання та кровообігу, що загрожує життю, діяти за алгоритмом АВСDE.
* У разі необхідності надати першу медичну допомогу (або здійснити комплекс реанімаційних заходів).

## Госпіталізація хворих на ішемічний інсульт

Забезпечити організацію термінової госпіталізації пацієнта у заклад охорони здоров’я, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

1. Викликати службу швидкої медичної допомоги (ШМД) за номером «103» або «112» для проведення обов’ язкової госпіталізації пацієнта до стаціонарного відділення.

2. Обов’язково дочекатися приїзду бригади ШМД.

3. Для збереження часу надати керівнику ШМД відомості з анамнезу пацієнта та зазначити час виникнення перших симптомів ГПМК.

**3.2 Профілактика ішемічного інсульту**

1. Усім пацієнтам, які перенесли інсульт, необхідно надати освітню інформацію про небезпеку розвитку повторного інсульту, ознаки та симптоми початку захворювання і дії, які слід робити.

2. У пацієнтів після ішемічного інсульту або транзиторної ішемічної атаки (ТІА) підвищений ризик виникнення повторного інсульту.

3. Медикаментозна профілактика та корекція виявлених факторів ризику, яка була розпочата відразу після судинної події, може знизити частоту розвитку повторного інсульту, інвалідизацію та смертність.

Пацієнти, які перенесли інсульт, мають високий ризик виникнення повторного інсульту, застосування призначеної медикаментозної профілактики та корекція індивідуальних факторів ризику знижує частоту розвитку повторного інсульту.

### Медикаментозні методи профілактики ішемічного інсульту

#### **Дії лікаря**

**Призначення антитромбоцитарної терапії**

1. Усім пацієнтам з ішемічним інсультом відразу після виключення геморагічного інсульту за допомогою нейровізуалізації, але не пізніше 48 год від початку захворювання, необхідно призначити ацетилсаліцилову кислоту (АСК) у дозі 160–325 мг (за відсутності дисфагії — *per os,* у разі дисфагії — в назогастральний зонд, внутрішньом’язово або *per rectum*).

2. Терапію АСК в зазначеній дозі слід продовжувати 2 тиж, після чого дозу можна знизити до профілактичної (зазвичай 75–100 мг/добу). Замість АСК для тривалої вторинної профілактики може бути призначений інший антитромбоцитарний засіб (клопідогрел або комбінація АСК з дипіридамолом модифікованого вивільнення).

3. Усі пацієнти з ТІА мають отримати АСК 160–325 мг/добу так швидко, наскільки це можливо, за відсутності протипоказань.

**Призначення антикоагулянтної терапії**

1. Пацієнтам із кардіоемболічним ішемічним інсультом, особливо на фоні фібриляції передсердь, призначають тривале лікування антикоагулянтами. Не рекомендується призначати комбінацію антикоагулянтів та антиагрегантів на тривалий період, якщо немає спеціальних показань (наприклад стенту­вання).

2. Стандартним лікарським засобом є варфарин.

3. Дозу варфарину підбирають індивідуально, під контролем міжнародного нормованого відношення (МНВ).

4. МНВ необхідно контролювати регулярно та підтримувати на рівні 2,0–3,0.

**Призначення статинів**

1. Пацієнтам із гострим інсультом, які отримували статини до судинної події, необхідно продовжувати приймати препарат надалі.

2. Призначення статинів рекомендується, перш за все, пацієнтам з атеротромботичним ішемічним інсультом для зниження ризику розвит­ку повторних судинних подій.

3. Пацієнтам з ішемічним інсультом або ТІА із підвищеним рівнем холестерину (ХС) необхідно отримувати лікування статинами.

3.1. Якщо у пацієнта з ішемічним інсультом виявлено ішемічну хворобу серця (ІХС), то цільовий рівень ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) не має перевищувати 2,7 ммоль/л (100 мг/дл).

3.2. У пацієнтів з ішемічним інсультом, в яких виявлена комбінація кількох факторів ризику (наприклад ІХС і ЦД) — цільовий рівень ХС ЛПНЩ має становити <1,8 ммоль/л (70 мг/дл).

***Рекомендації з призначення:***

* Призначення та вибір лікарського засобу здійснюється згідно з відповідними медико-технологічними документами (МТД).
* Статини призначають одноразово бажано з вечірнім прийомом їжі або дворазово (зранку та ввечері).

**Призначення антигіпертензивної терапії**

За наявності показань практично всім пацієнтам з ішемічним інсультом до виписки з лікарні мають бути призначені антигіпертензивні засоби та статини, відповідно до МТД, що регламентують надання медичної допомоги при АГ.

### Немедикаментозні методи профілактики ішемічного інсульту

1. Виявлення та корекція факторів ризику розвитку повторного інсульту.

2. Усі фактори ризику цереброваскулярних захворювань необхідно коригувати агресивно як фармакологічними, так і нефармакологічними заходами для забезпечення оптимального контролю.

3. Рекомендується використовувати шкалу ABCD та ABCD-2 для виявлення пацієнтів із високим ризиком розвитку інсульту (після ТІА)

## Рекомендації щодо корекції інших факторів розвитку повторного інсульту

1. Тютюнопаління.

Тим пацієнтам, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову.

2. Корекція гіперхолестеринемії.

2.1. Рекомендувати дотримання засад здорового харчування і корекцію способу життя для підтримання рівня загального ХС <5,0 ммоль/л та ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) <3,0 ммоль/л.

2.2. Розглянути питання про доцільність призначення фармакологічної корекції гіперхолестеринемії статинами пацієнтам із високим та дуже високим серцево-судинним ризиком і порушенням обміну ХС, яке не піддається немедикаментозній корекції.

2.3. Пацієнтам групи високого та дуже високого ризику рекомендувати підтримувати рівень загального ХС <4,5 ммоль/л та ХС ЛПНЩ <2,5 ммоль/л.

3. Контроль маси тіла.

3.1. Пацієнтам із надмірною масою тіла рекомендувати дотримуватися здорового харчування, обмежити енергетичну цінність їжі, підвищити рівень фізичної активності.

3.2. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати індекс маси тіла та окружність талії. Підтримувати індекс маси тіла в межах 18,5–24,9 кг/м2, окружність талії ≤88 см — у жінок, ≤102 см — у чоловіків.

4. Контроль рівня глюкози.

4.1. Пацієнти з ЦД мають високий ризик повторного інсульту.

4.2. Контроль рівня глюкози необхідно проводити за допомогою дієти та підбору антидіабетичних засобів.

4.3. Цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну не має перевищувати 6,5%.

5. Контроль АТ.

5.1. Рекомендований рівень АТ — не вище 140/80 мм рт. ст.

5.2. У пацієнтів із супутнім ЦД — не вище 130/80 мм рт. ст.

5.3. При виборі антигіпертензивних засобів перевагу необхідно надавати препаратам довготривалої дії, для досягнення цільового АТ слід використовувати комбіновану терапію, відповідно до МТД, що регламентують надання медичної допомоги при АГ.

6. Фізична активність.

6.1. Для пацієнтів, які перенесли інсульт та мають обмеження в пересуванні, безпечні фізичні навантаження визначають в індивідуальній програмі реабілітації.

6.2. Для неінвалідизованих пацієнтів та у осіб після ТІА рекомендують ходьбу протягом 30–40 хв не рідше 4–5 разів на тиждень.

7. Лікування при синдромі апное під час сну.

Висновки

1. Хворі, які пережили інсульт, потребують проведення різноманітних реабілітаційних заходів, спостереження з боку учасників або сімейних лікарів, невролога поліклініки, опіки соціальних органів, турботи з боку рідних і близьких. Тільки спільні зусилля реабілітологів, лікарів поліклінік, соціальних працівників, рідних і близьких дозволять хворим після інсульту відновити повністю або частково порушені функції, соціальну активність (а в значній частині випадків і працездатність), наблизити якість життя до доінсультному періоду.

2. Важливою складовою реабілітаційного процесу є поінформованість пацієнта і його родичів про інсульт, його причини і профілактиці, особливості процесу відновлення.

3. Постінсультні рухові розлади являють собою дуже важливу проблему, що обумовлено не тільки поширеністю, а й нерідко інвалідизацією цієї категорії хворих. Біологічна основа процесів відновлення після інсульту різна в залежності від термінів захворювання.

4. У гострому періоді інсульту лікування повинно бути спрямоване на зменшення набряку головного мозку і відновлення функціонування ишеми-но пошкодженої, але не зруйнованої тканини мозку. Цей процес протікає протягом перших днів від початку захворювання. Іншим механізмом, значенням до торого особливо велике після закінчення гострого періоду інсульту, є пла стичностью. Для посилення процесів пластичності використовуються спеціальні реабілітаційні програми, спрямовані на відновлення втрачених функцій, а також різні медикаментозні засоби, що поліпшують мозковий кровообіг і метаболізм.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Инсульт. Приложение к «Журналу неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова». — 2001. — Вып. 1. — С.34–41.
2. Верещагин Н.В.,Суслина З.А. Современное представление о патогенетической гетерогенности ишемического инсульта // В кн.: Очерки ангионеврологии. — 2005. — С. 82–85.

Виленский Б. С., Яхно Н. Н. Современные проблемы инсульта [Текст]/ /Б.С. Виленкский, Н.Н. Ясно // Вестн. РАМН. - 2007.- № 9-10. - C. 18-24.

1. Власова Д.Ю., Карпов С.М., Седакова Л.В. Нарушение когнитивных функций у больных в постинсультном периоде. Успехи современного естествознания. 2013. № 9. С. 125-126.
2. Гусев Е.И., Верещагин Н.В., Скворцова В.И., Варакин Ю.Я. и др. Регистр инсульта: Инструктивные материалы по проведению исследования. — М., 2000.
3. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2003. — № 9. — С.3–5.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Киликовский В.В., Айриян Н.Ю.Эпидемиология инсульта в России // Consilium Medicum. Специальный выпуск «Неврология». — М., 2003. — С. 5–7.
5. Гусев Е. И., Скворцова В. И. — Современные представления о лечении острого церебрального инсульта - old.consilium-medicum.com/media/consilium/n02/60.shtml Consilium Medicum, Том 2/N 2/2000
6. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура: Учебник для

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

1. Ибатов А.Д., Пушкина С.В. – Основы реабилитологии: Учебное пособие. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.-160 с.
2. Кадомская М.И. Артериальное давление в остром периоде ишемического инсульта при различных его подтипах: Автореф. дис. … канд. мед. наук. — М., 2008. — 25 с.
3. Касте М. Как улучшить качество медицинской помощи больным с инсультом в общенациональном масштабе? Опыт Финляндии. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова (ИНСУЛЬТ приложение к журналу).2003; 9: 65-68.
4. Муравьев К.А., Карпова Е.Н., Карпов С.М. Организация и вопросы нарушения этапного поступления больных с острым нарушением мозгового кровообращения в г. Ставрополе. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 4 (36). С. 372-374.
5. Парфенов В.А.,Вахнина Н.В. Артериальная гипертония и гипотензивная терапия при ишемическом инсульте // Неврол.журн.—2001.—№4.—С.19–22.
6. Парфенов В.А.,Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 288 с.
7. Покровский А.В. Оперативное лечение при атеросклеротическом стенозе внутренней сонной артерии как профилактика ишемического инсульта // Инсульт. Приложение к «Журналу неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова». — Спецвыпуск. — 2007. — С.32–33.
8. Попов, С. Н.Лечебная физическая культура [Текст] : учеб. для студ . высш . учеб. заведений/ С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева; под ред. С. Н. Попова. – 6-еизд, стер. – М. : «Изд. центр «Академия», 2008. 416 с.
9. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1282н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при инсульте"
10. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения"
11. Прокопенко С.В., Аракчаа Э.М., и др., «Алгоритм реабилитации больных, перенесших инсульт»., Учебно-методическое пособие.: Красноярск, 2008 – 40стр.
12. Cкворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. М.: ПАГРИ, 2002.-120 с.
13. Скворцова В.И Алгоритм спасения. Медицинский вестник. 2005; 29: 9-10.
14. Суслина З.А., Танашян М.М., Антитромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения с позиций доказательной медицины [Текст] / З.А. Суслина, М.М. Танашян, // ООО Медицинское информационное агентство, 2009. - 224 c
15. Суслина З.А. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги. [Текст]/ З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин // Анналы клинической и экспериментальной неврологии - 2007 - Т. 1, № 2. - С. 22-28.
16. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. — М.: Литтерра, 2008.
17. Скворцова В.И., Голухов Г.Н., Волынский Ю.Д. и др. Высокая эффективность селективного внутриартериального тромболизиса при лечении ишемического инсульта у больных с окклюзией артерий крупного калибра // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2006. — Т. 106. — № 12. — С. 32–40.
18. Скворцова В.И., Голухов Г.Н., Губский Л.В. и др. Системная тромболитическая терапия при ишемическом инсульте // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2006. — Т. 106. — № 12. — С. 24–31.
19. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Айриян Н.Ю.Эпидемиология инсульта в Российской Федерации // Consilium Medicum. Приложение. — 2005. — № 1. — С. 10–12.
20. Скворцова В.И., Шамалов Н.А., Анисимов К.В., Рамазанов Г.Р.Результаты внедрения тромболитической терапии при ишемическом инсульте в Российской Федерации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2010. — Т. 110. — № 12. — Вып. 2. — С. 17–22.
21. Суслина З.А. Очерки ангионеврологии. — М.: Атмосфера, 2005.
22. Суслина З.А.,Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги // Анн. клин. экспер. неврол. — 2007. — Т. 1. — № 2. — С.22–28.
23. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В.Сосудистые заболевания головного мозга. — М.: МЕДпресс-инфо, 2009. — 350 с.
24. Суслина З.А., Фонякин А.В. и др. Практическая кардионеврология. — М.: ООО «ИМА-ПРЕСС», 2010. — 304 с.
25. Федин А. И., Румянцева С. А., Кузнецов О. Р., Евсеев В. Н. Антиоксидантная и энергопротекторная терапия ишемического инсульта. — «Тактик-Студио», 2004. — С. 48.
26. Физическая реабилитация. В 2 т. Т. 2: учебник. /Под ред. С.Н, Попова. - М.: ИЦ «Академия», 2013. - 304 с.
27. Физическая реабилитация: Учебник. - Ростов н/Д: Феникс, 2008. - 602 с.
28. Хачаянц Н.Ю., Карпов С.М., Апагуни А.Э. Постинсультный болевой синдром (клинический случай). Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 411.
29. Шевченко О.П., Праскурничий Е.А. Распространенность инсульта в популяции. Значение артериальной гипертензии//Вторичная профилактика инсульта у больных с артериальной гипертензией. Результаты MOSES, 2005.
30. Ючино К.,Пари Д.,Гротта Д. Острый инсульт / Пер. с англ. К.В. Шеховцовой / Под ред. В.И. Скворцовой. — М.:ГЭОТАР-Медиа,2009. — 240 с.
31. Яромич И.В. Сестринское дело и манипуляционная техника: учебник. Мн.: Выш. шк. 2006.
32. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р.. Болезни нервной системы — М.: Медицина, 2001. — Т. 1.