

**Краснова Марина Алексеевна,
Белянская Елена Николаевна**

**РЕАБИЛИТАЦИЯ
ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

УДК 616-085
ББК 53.52
Б44

Белянская, Е., Краснова, М.

Б44 Реабилитация после инсульта / Е. Белянская, М. Краснова. — М. : Т8 Издательские технологии / RUGRAM, 2020. — 208 с. — (Здоровая жизнь).

ISBN 978-5-521-75052-8

Инсульт — серьезное заболевание, которое, к сожалению, в последнее время все чаще поражает не только пожилых людей. Почему это происходит? И как быть, если приходит беда? Как помочь себе и своим близким? Как справиться с последствиями и не допустить повторного инсульта? Эта книга — лучший помощник для тех, кто хочет прийти в норму после перенесенного заболевания и вернуться к полноценной жизни.

BIC VXH
BISAC MED011000

Глава I

Понятие реабилитации

Общие понятия

Реабилитация, или восстановительное лечение, – это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или как можно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Восстановительное лечение необходимо, когда у больного значительно снижены функциональные способности, способности к обучению, нарушены трудовая деятельность, социальные отношения и т. д.

Восстановительное лечение является частью ежедневного ухода за больным. Обычно при уходе больного умывают, кормят, перестилают ему постель и выполняют другие манипуляции, которые облегчают течение болезни. При восстановительном уходе главная цель состоит в том, чтобы помочь больному стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи настолько это возможно, несмотря на то что он не может быть таким, как прежде. Восстановительный уход уменьшает последствия болезни или инвалидности.

Следует помогать больным, но не делать ничего за них. Прежде чем выполнять какие-либо действия по уходу, надо узнать у больного, что он может делать самостоятельно (например, чистить зубы, умываться, причесываться, принимать пищу), и поощрять его к этому.

В связи с болезнью и ее последствиями больной может утратить повседневные бытовые навыки, которыми он раньше владел. Поэтому его нужно постепенно обучать

этим навыкам, чтобы он мог приспособиться к болезни и жить более полноценно. В тех случаях, когда возможности больного выразить свои потребности и желания ограничены, необходимо помочь ему активизировать свое участие в освоении навыков. Кроме того, больному надо объяснять задания, которые он должен выполнять.

Этапы определения реабилитационной программы

1. Проведение реабилитационно-экспертной диагностики. Тщательное обследование больного или инвалида и определение его реабилитационного диагноза служат той основой, на которой строится последующая программа реабилитации. Обследование включает в себя сбор жалоб и анамнеза пациентов, проведение клинических и инструментальных исследований. Особенностью этого обследования является анализ не только степени повреждения органов или систем, но и влияния физических дефектов на жизнедеятельность больного, на уровень его функциональных возможностей.

2. Определение реабилитационного прогноза – предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала в результате проведения лечения.

3. Определение мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, позволяющих пациенту восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, социальной или профессиональной деятельности.

Виды реабилитационных программ и условия проведения

1. Стационарная программа. Осуществляется в специальных отделениях реабилитации. Она показана пациентам, которые нуждаются в постоянном наблюдении медицинских работников. Эта программа обычно эффективнее других, поскольку в стационаре больной обеспечен всеми видами реабилитации.

2. Дневной стационар. Организация реабилитации в условиях дневного стационара сводится к тому, что пациент живет дома, а в клинике находится только во время проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

3. Амбулаторная программа. Осуществляется в отделениях восстановительной терапии при поликлиниках, куда пациент приходит только для проведения реабилитационных мероприятий, например массажа или лечебной физкультуры.

4. Домашняя программа. Все лечебные и реабилитационные процедуры больной принимает дома. Эта программа имеет свои преимущества, так как пациент обучается необходимым навыкам и умениям в привычной домашней обстановке.

5. Реабилитационный центр. В таких центрах пациенты участвуют в реабилитационных программах, принимают назначенные лечебные процедуры. Специалисты по реабилитации обеспечивают пациента и членов его семьи необходимой информацией, дают советы относительно выбора реабилитационной программы, возможности ее осуществления в различных условиях.

Обычно восстановительное лечение начинается в стационаре, когда больной еще находится в постели, и продолжается затем в домашних условиях. Правильное

положение тела в постели, повороты, регулярные пассивные движения в суставах конечностей, дыхательные упражнения позволяют больному избежать таких осложнений, как мышечная слабость, мышечная атрофия, пролежни, пневмония и др. У пациента всегда нужно поддерживать физическую активность, так как она укрепляет больного, а бездействие его ослабляет.

Следует обращать внимание не только на физическое, но и на эмоциональное состояние пациента. В результате болезни или инвалидности человек утратил способность трудиться, участвовать в общественной жизни. Это может вызвать страх, тревогу, привести к развитию депрессии. Поэтому важно создать вокруг больного атмосферу психологического комфорта.

Виды реабилитации

1. Медицинская реабилитация:

- 1) физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия);
- 2) механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия);
- 3) массаж;
- 4) нетрадиционные методы лечения (акупунктура, фитотерапия, мануальная терапия, трудотерапия);
- 5) психотерапия;
- 6) логопедическая помощь;
- 7) лечебная физкультура;
- 8) реконструктивная хирургия;
- 9) протезно-ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование, сложная ортопедическая обувь);
- 10) санаторно-курортное лечение;

- 11) технические средства реабилитации;
- 12) информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации.

2. Социальная реабилитация:

- 1) социально-бытовая адаптация:
 - информирование и консультирование пациента и членов его семьи по вопросам социально-бытовой реабилитации;
 - обучение пациента самообслуживанию;
 - адаптационное обучение семьи пациента;
 - обучение больного или инвалида пользованию техническими средствами реабилитации;
 - организация жизни пациента в быту (адаптация жилого помещения к потребностям больного или инвалида);
 - обеспечение техническими средствами реабилитации (в программе указываются необходимые мероприятия для создания бытовой независимости пациента);
 - сурдотехника;
 - тифлотехника;
 - технические средства реабилитации;
- 2) социально-средовая реабилитация:
 - проведение социально-психологической и психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование);
 - осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости);
 - содействие в решении личных проблем;
 - консультирование по правовым вопросам;
 - обучение навыкам проведения досуга и отдыха.

Программа профессиональной реабилитации

1. Профориентация (профинформирование, профконсультирование).
2. Психологическая коррекция.
3. Обучение (переобучение).
4. Создание специального рабочего места инвалида.
5. Профессионально-производственная адаптация.

Специалисты, занимающиеся реабилитацией

1. Врачи-специалисты (невропатологи, ортопеды, терапевты и др.). Они решают проблемы медицинской реабилитации, помогают диагностировать и лечить заболевания, которые ограничивают жизнедеятельность пациентов.

2. Реабилитолог.

3. Реабилитационная медицинская сестра. Осуществляет уход, оказывает помощь пациенту, обучает его и членов его семьи.

4. Специалист по физиотерапии.

5. Специалист по лечебной физкультуре.

6. Специалисты по лечению нарушений зрения, речи, слуха.

7. Психолог.

8. Психотерапевт.

9. Социальный работник, а также другие специалисты.

Приступить к обучению навыкам самообслуживания можно уже в больнице. Для лежащих больных восстановительный процесс может начаться с обучения тому, как умываться, чистить зубы, причесываться, принимать пищу, пользоваться столовыми приборами. Больных, которые могут сидеть, нужно обучать

самостоятельно одеваться и раздеваться. При восстановительном уходе рекомендуется использовать технические средства реабилитации, которые помогают больному при ходьбе, приеме пищи, купании, посещении туалета и т. д. Например, из-за болезни или инвалидности больной может нуждаться в приспособлениях, помогающих ему ходить, таких как трость, ходунки, костыли, инвалидное кресло-коляска. Их использование дает человеку возможность передвигаться и быть независимым от других. Для облегчения приема пищи предназначены специальные столовые приборы, посуда (тарелки, чашки), разработаны также специальные приспособления, помогающие больному при приеме ванны, посещении туалета.

Кроме того, поскольку больной человек утратил способность трудиться и большую часть времени проводит дома, важно организовать для него досуг, что позволит ему успешно адаптироваться к новым условиям жизни.

Глава II

Инсульт

Общие сведения, классификация

Инсульт – острое нарушение коронарного кровообращения. Инсульт определяется как клинический синдром, характеризующийся часто возникающими жалобами или симптомами утраты функций мозга (очаговых и иногда общемозговых), длящимися дольше 24 ч или приводящими к смерти без иной явной причины, кроме сосудистой патологии. Причинами инсульта являются инфаркт головного мозга (ишемический инсульт), первичное внутримозговое кровоизлияние

(геморрагический инсульт), внутрижелудочковое кровоизлияние (САК).

Если длительность очаговых неврологических симптомов менее 24 ч, то говорят о транзиторной ишемической атаке (ТИА) или преходящем нарушении мозгового кровообращения.

На сегодняшний день сосудистые заболевания головного мозга вышли в России на второе место после кардиоваскулярных заболеваний среди всех причин смерти населения. В нашей стране ежегодно отмечается более 400 тысяч инсультов, летальность при которых достигает 35%. Во многом это объясняется недостаточным вниманием к работе по предупреждению инсультов и хронических прогрессирующих сосудистых заболеваний мозга. Хотя 2/3 инсультов происходит у больных старше 60 лет, чаще всего на фоне повышенного артериального давления, распространенного атеросклероза, сахарного диабета, острые нарушения мозгового кровообращения представляют существенную проблему и для лиц трудоспособного возраста.

В последние годы наметилась тенденция к «омоложению» данной патологии, что связывают с неблагоприятной экологической обстановкой, стрессами, курением, злоупотреблением алкоголем.

Существует два основных вида инсульта: геморрагический, происходящий при разрыве сосудов (кровоизлияние в мозг, под оболочки и в желудочки мозга), и ишемический, развивающийся при закупорке сосудов (тромбоз или эмболия мозговых сосудов).

Само слово «инсульт» переводится с латыни как «скакать», «прыгать». Нередко можно услышать: «У меня подскочило давление». К сожалению, именно гипертоническая болезнь становится одной из наиболее частых причин геморрагического инсульта.