

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**  
Министерство здравоохранения Забайкальского края

---

**Государственное учреждение здравоохранения**  
**КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

Коханского ул., д. 7, г. Чита, 672038 тел. 31-43-23, факс (302-2) 31-43-24

E-mail: okboffice@mail.ru

---

«01» ноября 2017 г.

№538-о

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ «ККБ» \_\_\_\_\_

Шальнёв В.А.

**Информационное письмо**

**Принципы проведения, преимущества и риски**  
**ранней реабилитации**

*Врач отделения ОНМК, главный внештатный невролог МЗ Забайкальского края*  
*Н.И.Ускова*

## Принципы проведения, преимущества и риски ранней реабилитации

В мировой практике имеется хорошо разработанная система оказания помощи больным с инсультом в которой большое место отводится реабилитации, в том числе и ранней. Известно, что чем раньше начаты реабилитационные мероприятия, тем они эффективнее. Простые и достаточно эффективные реабилитационные методы могут с успехом внедряться в любом сосудистом неврологическом отделении.

Ранняя реабилитация должна создать базу, позволяющую на следующих этапах лечения достичь требуемого результата. Основная цель ранней реабилитации это профилактика образования устойчивых патологических систем (контрактур, артралгий, патологических двигательных стереотипов и поз) или уменьшение степени выраженности их за счет активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем с привлечением как медикаментозных, так и не медикаментозных методов воздействия. Если на ранних этапах не будет проведено профилактическое лечение, то задача постстационарных реабилитационных служб значительно усложнится, а в ряде случаев может быть не выполнима.

В целом ранняя реабилитация в большей степени направлена на двигательную сферу, это определяется не только ее воздействием на пластичность, но и тем, что: 1) двигательные расстройства наблюдаются более чем у 85% больных инсультом; 2) они в большей степени мешают самообслуживанию; 3) двигательная функция является наиболее подвижной, она быстро нарушается при снижении мозгового кровотока и также быстро может восстанавливаться; 4) неравномерное восстановление отдельных мышц приводит к развитию патологических двигательных паттернов, что определяет необходимость контроля за процессом восстановления движений; 5) на моторику можно воздействовать с периферии через интернейроны спинного мозга как методами кинезотерапии, так и сенсорными стимулами; б) воздействие на двигательную сферу будет способствовать нормализации и других функций, так как одни и те же транзиттеры принимают участие в передаче информации в двигательной, чувствительной, когнитивной системах.

Оснащение палат не требует больших экономических затрат. Палаты должны быть просторными - для обеспечения подхода к больным со всех сторон, оснащены функциональными кроватями, специальными противопролежневыми матрацами, прикроватными функциональными креслами, функциональными прикроватными столиками, переносными биотуалетами, приспособлениями для укладки больных.

В фазе ранней мобилизации необходима организация активизирующего ухода и контроля за витальными функциями: мочеиспусканием, дефекацией, приемом пищи. К активизирующему уходу на ранних этапах относится лечение положением (ЛП): ранняя активизация (вертикализация), раннее использование прикроватного туалета (а не судна), постоянная проверка функции глотания, применение специально подобранной диеты, достаточного количества потребляемой жидкости, одевание компрессионных чулок.

ЛП - придание парализованным конечностям и телу правильного положения (корректирующие позы) в течение того времени, когда больной находится в постели или в положении сидя.

ЛП можно проводить всем больным вне зависимости от тяжести состояния с первых часов инсульта, поэтому его широко применяют в блоке интенсивной терапии, куда первоначально поступают больные с инсультом.

ЛП включает: укладку парализованных конечностей на одном уровне, в горизонтальной плоскости при положении пациента на здоровом боку, что обеспечивает равномерную гравитационную нагрузку на конечности: положение на парализованной стороне: укладку в положении противоположной позы Вернике Манна: положение на животе без подушки; положение на животе с опорой на предплечья и кисти.

Основой правильной укладки являются; симметричность расположения частей туловища и конечностей, поддержка всех сегментов тела, бережное отношение к крупным суставам, в частности к плечу паретичной руки, ограничение времени пребывания на спине. Если же больной лежит на спине, то паретичное плечо должно быть поддержано подушкой (высотой 2-3 см), под ягодицей с пораженной стороны должна находиться плоская подушка, чтобы "больная" нога не была развернута кнаружи. В настоящее время не целесообразным считается упор паретичной стопы, а также распластывание кисти руки под мешочком с песком, приводящие к нарастанию мышечного тонуса из-за механического растяжения мышц в положении дискомфорта.

Несмотря на свою простоту, правильное выполнение ЛП способствует: снижению мышечной спастичности, выравниванию асимметрии мышечного тонуса, восстановлению схемы тела, нормализации глубокой чувствительности, снижению патологической активности с тонических шейных и лабиринтных рефлексов, предупреждению развития контрактур, болевого синдрома, патологических установок в конечностях и туловище. Так как положение больного меняется каждые 2-3 ч, то ЛП выполняет также функции профилактики пролежней, тромбофлебита, пневмонии.



Ранняя вертикализация больных предусматривает возвышенное положение туловища и грудной клетки уже в первые дни пребывания больного в стационаре, возвышенное положение туловища при приеме пищи. В последующие дни поднятие головного конца кровати, присаживание больного и опускание нижних конечностей, затем (при адекватном соматическом статусе) вставание с помощью медицинского персонала на 2-3-5 мин около кровати и пересаживание в прикроватное кресло при легком и средней тяжести ишемическом инсульте.

Оценка и коррекция расстройств глотания. Поперхивание при глотании жидкой или твердой пищи, которое возникает, как правило, у большого числа больных и, к сожалению, может привести к тяжелым последствиям аспирационной пневмонии, повышению артериального давления, резкой головной боли, асфиксии, потери сознания и даже к летальному исходу. С первых часов и суток больному следует поднимать и придерживать голову во время еды. Но уже на 2-3-й день показано возвышенное положение в момент приема пищи, кормление маленькими глотками, контроль за проглатыванием, исключение скопления пищи и слюны в полости рта.

Всем пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения необходима оценка функции глотания. В зависимости от результатов тестирования осуществляется выбор системы питания для каждого пациента. При выраженных расстройствах глотания используются зондовое и парентеральное питание или встает вопрос о гастростоме.

При затруднении глотания кормление проводят только в положении больного сидя с опорой под спину, дополнительно подбирается поза для наиболее эффективного и безопасного глотания (наклон головы вперед, поворот в пораженную сторону в момент проглатывания). Весьма важным является подбор консистенции пищи (мягкая, густое пюре, жидкое пюре, густой кисель, мусс, йогурт и пр. полужидкая пища). Исключение из рациона продуктов, часто вызывающих аспирацию, жидкость обычной консистенции, хлеб, печенье, орехи и т.п. После кормления необходимо тщательно обрабатывать полость рта для исключения возможности аспирации и сохранять вертикальное положение больного около 30 мин.

**Противопоказаниями к активизации** являются признаки тяжелого отека мозга, угнетение сознания до сопора или комы. По мере улучшения состояния пациента и стабилизации мозгового кровообращения необходимо своевременно приступать к расширению режима. Кроме того, темп расширения режима и интенсивность занятий могут быть ограничены у больных с сердечно-легочной недостаточностью, снижением сердечного выброса и наличием мерцательной аритмии.

При геморрагическом инсульте вопрос о сроках , расширения двигательного режима решается строго индивидуально. Главными при этом критериями являются наличие и выраженность признаков высокого внутричерепного давления, отека и дислокации мозга, а также относительно низкое артериальное давление. При их отсутствии, особенно по данным КТ или МРТ, при гематомах (возникших вследствие артериальной гипертензии) небольшого объема (менее 30 см<sup>3</sup>) и не располагающихся рядом со стенкой желудочка мозга, расширение режима только в первые дни ограничивается приподнятым изголовьем, в дальнейшем режим расширяется по мере улучшения состояния больного.

При подозрении на кровоизлияние вследствие разрыва аневризмы сосуда расширение режима откладывается на недели и часто определяется нейрохирургом.