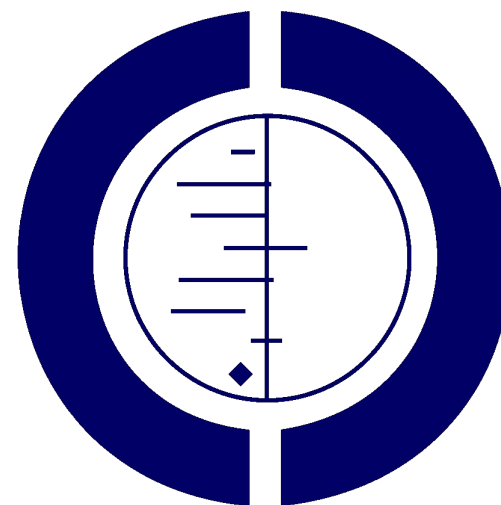


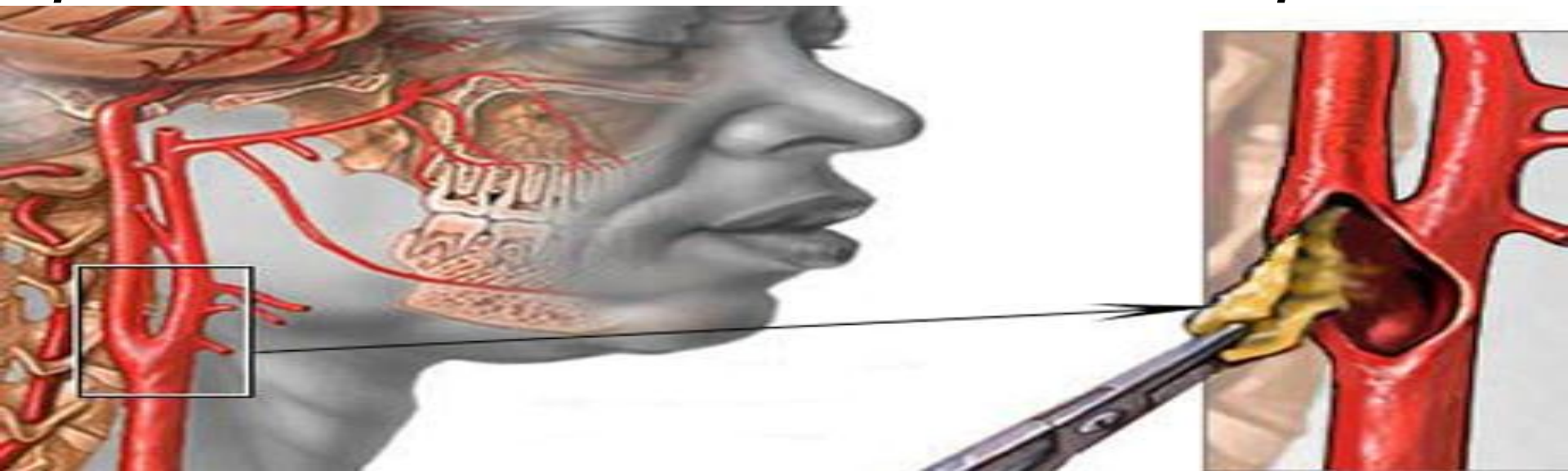
Применение реабилитационных мероприятий при лечении перенесенного ишемического инсульта




**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Кафедра нервных болезней КазНМУ
им. С.Д. Асфендиярова
Д.м.н., профессор Раимкулов Б.Н.
Студент Кабикен А.С. ОМ11-004-1к

Мозговой инсульт – это заболевание, которое относится к неотложным состояниям. Современные подходы лечения инсульта предполагают максимально быструю госпитализацию больных, раннюю дифференциальную диагностику ишемического, геморрагического инсульта и САК и целенаправленную патогенетически обоснованную интенсивную терапию. В наибольшей мере успех лечения мозгового инсульта определяется фактором времени. Эффективность терапевтических мероприятий зависит не только от своевременности их начала, но и от преемственности и последовательности терапии в



- 
- Ежегодно в России происходит около полумиллиона инсультов и лишь 20% больных возвращаются после него к работе. 60% перенесших инсульт становятся инвалидами и 20% нуждаются в постороннем уходе. Причины инсульта две: кровоизлияние в мозг в результате разрыва сосуда или, наоборот, закупорка сосуда, кровоснабжающего мозг в результате отрыва тромба или "зарастания" просвета атеросклеротической бляшкой. 80% всех инсультов связаны именно с возникновением препятствия кровотоку в сосудах, кровоснабжающих мозг человека. Около 30% из числа таких инсультов происходят именно из-за появления в сосуде препятствия, вызванного атеросклеротической бляшкой или, по-другому, стеноза сонной артерии.

Типы инсульта.

- Согласно МКБ-10, принятой ВОЗ в 1992 г., выделяют следующие типы инсульта: инфаркт мозга (ИМ), внутримозговое кровоизлияние (ВК), субарахноидальное кровоизлияние (САК). По данным международных мультицентровых исследований, количество ИМ среди всех инсультов составляет 75—80%, ВК — 15—20%, САК — 5% [5]. Летальность при ИМ достигает 12—37%, при ВК — 52—82%, при САК — 32—64% [8].

Выделяют следующие классификации факторов риска:

- **Б.С. Виленский (1978):**
 - • **Общебиологические**
 - • **Соматические**
 - • **Социально-гигиенические**
 - • **Собственно неврологические.**
- **Н.Н. Аносов (1978):**
 - • **Способствующие инсульту**
 - • **Приводящие к инсульту**
 - • **Определяющие возникновение**
- **А.Е. Семак, В.И. Адамович (1980):**
 - • **Корригируемые**
 - • **Не корригируемые**
 - • **Частично корригируемые.**
- **Ч. Ворлоу (1998):**
 - • **Определенные**
 - • **Вероятные**
 - • **Возможные.**



Всего выявлено более 150 ФР инсульта. По мнению Консультативного совета NSA, к ведущим факторам возникновения ОНМК относятся АГ, инфаркт миокарда, мерцательная аритмия (МА), сахарный диабет, асимптоматическое поражение сонных артерий

- В.Л. Фейгин, Д.О. Виберс важнейшими ФР считают АГ, патологию сердца, транзиторные ишемические атаки (ТИА), сахарный диабет, высокий уровень фибриногена в крови, курение и отягощенную наследственность. Некоторые исследователи относят к наиболее значимым ФР возраст, мужской пол, повышенное артериальное давление (АД), курение, сахарный диабет, высокий уровень фибриногена в плазме, липиды крови [9]. Одни ФР имеют большее значение для возникновения ИМ (возраст, курение, сахарный диабет и др.), другие — для кровоизлияния (АГ, психоэмоциональные стрессы, злоупотребление алкоголем и др.).

- **Лечение.** Большое значение при всех типах инсульта имеет проведение базисной терапии: поддержание оптимального уровня оксигенации (обеспечение проходимости дыхательных путей, ИВЛ), коррекция сердечной деятельности и поддержание оптимального уровня АД (не более чем на 20 — 30 мм рт. ст. выше рабочего), контроль основных параметров гомеостаза, борьба с отеком мозга.
- Применение реабилитационных мероприятий при лечении перенесенного ишемического инсульта

Актуальность

- Сосудистые заболевания центральной нервной системы – этиологически гетерогенная группа заболеваний, обусловленных нарушением ее кровообращения. Сосудистые заболевания головного мозга включают как острые, так и хронические нарушения мозгового кровообращения. Ишемические инсульты в структуре общей смертности в России и в Казахстане в раннем восстановительном и отдаленном периоде составляют львиную долю – 21, 4%, с тенденцией к ранней и длительной инвалидности населения от инсультов. Летальность от инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась за последние 10 лет более чем на 30% (247,1 на 100 000 населения) и имеет тенденцию к ежегодному приросту до 3-4%.

Цель

- Были проведены исследования основной целью которого являлось: выяснить эффективность лечения с применением лечебной физической культуры, массажа с контрольной группой больных при ишемическом инсульте



Материалы и методы

- В данном исследовании были взяты 59 пациентов методом случайной выборки и были разделены на 2 группы:
- 1. Основную (29 пациентов), которым проводилось лечение с применением лечебно-физической культуры и массажа.
- 2. Контрольную группу (30 пациентов), получали стандартное лечение.
- Клинико-неврологическое обследование проводилось дважды: в начале и при окончании лечения (на 1 и 10 день)

Результаты

- Результаты данного исследования показали что после проводимого лечения двигательный и неврологический дефицит в основной(1) группе составлял 23 пациента (79,31%) до лечения и 13 пациентов (44,5%) после лечения, тогда как в контрольной группе(2) эффективность лечения была достоверно ниже и составляла 22 пациента (73,3%) до и 18 пациентов (60%) после окончания курса лечения. Коэффициент достоверности составил ($P < 0.05$)

Анализ

- Делая анализ данного лечения пришли к выводу, что лечение больных с последствиями ишемического инсульта с применением лечебной физической культуры и массажа, по сравнению с контрольной (2) группой больных, получавших стандартное лечение более результативно.




Они справились! Справитесь и ВЫ!



1. Борисов А.В.— Гродно, 2003. — 19 с.
2. Борисов А.В., Семак А.Е. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — Мн., 2002. — С. 167 — 172.
3. Борисов А.В., Семак А.Е. // Бел. мед. журнал. — 2002. — № 2. — С. 58 — 61.
4. Борисов А.В., Семак А.Е. // М-лы 2-й Междунар. науч.-практ. конф. «Стратегия борьбы с артериальной гипертензией и ее осложнениями в условиях реформирования здравоохранения». — Витебск, 2002.— С. 60 — 63.
5. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. — М., 2002.
6. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения: Метод. рекомендации. — М., 2000.
7. Виленский Б.С. Инсульт. — СПб., 1995.
8. Виленский Б.С., Семенова Г.М. // Неврол. журнал. — 2000. — № 4. — С. 10 — 13.
9. Ворлоу Ч.П. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных.— СПб., 1998.
10. Кадыков А., Шахпаронова Н. // Мед. газета. — 1999. — № 6. — С. 1—8.
11. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. // Рус. мед. журнал. — 2001. — № 10. — С. 1—8.
12. Мрочек А.Г. // Здравоохранение. — 2001. — № 9. — С. 38— 42.
13. Парфенов В.А. // Рус. мед. журнал. — 2000. — Т. 8, № 10. — С. 1 — 17.
14. Полонский В.М. // Фарматека. — 2000. — № 1. — С. 6 — 9.
15. Семак А.Е., Борисов А.В., Карнацевич Ю.С. и др. // М-лы съезда неврологов и нейрохирургов Республики Беларусь. — Мн., 2003. — С. 57 — 59.
16. Семак А.Е., Карнацевич Ю.С., Борисов А.В. // Мед. новости. — 2002. — № 1. — С. 3 — 7.
17. Семак А.Е., Карнацевич Ю.С., Борисов А.В. и др. // Актуальные вопросы современной медицины. — Мн., 2001. — С. 135 — 137.
18. Система прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактики: Метод. рекомендации / А.Е.Семак, В.И.Адамович, В.В.Евстигнеев, В.Б.Смычек. — Мн., 1999.
19. Сменянович А.Ф., Цыбин А.К., Короткевич Е.А. и др. // Мед. панорама. — 2002. — № 10. — С. 21 — 23.
20. Суслина З.А., Верещагин Н.В., Пирадов М.А. // Consilium medicum. — 2001. — № 5. — С. 1 — 7.
21. Фейгин В.Л., Никитин Ю.П., Холодов В.А. // Журн. неврологии и психиатрии. — 1996. — № 6. — С. 59—64.
22. Antiplatelet Trialists' Collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy. 1. Prevention of death, myocardial infarction and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories patients // Brit. Med. J. — 1994. — V. 308. — P. 81—106.
23. Asplund K., Bonita R., Kuulasmaa K. // Stroke. — 1995. — V. 26. — P. 355 — 360.
24. Bonita R., Beaglehole R. // Stroke: Populations. Cohorts and Clinical Trials. — Oxford: Heinemann, 1993. — P. 59 — 79.
25. CAPRIE Steering Committee // Lancet. — 1996. — V. 348. — P. 1329 — 1339.
26. Danesh J., Collins R., Reto R. // Lancet. — 1997. — V. 350. — P. 430 — 436.
27. Gorelick P.B., Sacco R.L., Smith D.B. // JAMA. — 1999. — V. 281. — P. 1112 — 1120.
28. Kaste W.B., Hacke W., Fieschi C. // Cerebrovask. Dis. — 1995. — V. 5. — P. 255.
29. Melnik J., Adam E., DeBakey M. // JAMA. — 1990. — V. 263. — P. 2204 — 2207.
30. Saikku P., Leinonen M., Tenkanen L. // Ann. Intern. Med. — 1992. — V. 116. — P. 273—278.

. Проспективное прогнозирование и профилактика мозговых инсультов у лиц с высокой степенью их риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.

A close-up photograph of a vibrant blue rose, its petals glistening with numerous water droplets. The background is dark and blurred, showing other blue roses. Overlaid on the center of the rose is the text 'Инсулт излечим!' in a bold, red, italicized font.

***Инсулт
излечим!***

A close-up photograph of a bouquet of vibrant red roses. The roses are in various stages of bloom, with some fully open and others as buds. The petals have a rich, deep red color. Green leaves with serrated edges are interspersed among the flowers. The background is a plain, light color, making the roses stand out.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!