

ПМ.02 Участие в
лечебно-
диагностическом и
реабилитационном
процессе
МДК.02.02. Основы
реабилитации

t.haritonova.2011@yandex.ru

vk.com/kharitonovavmk

ЧТО ТАКОЕ ИНСУЛЬТ



Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов и может привести к инвалидизации или смерти больного



80%
всех случаев – ишемический инсульт. Развивается при сужении или закупорке артерий головного мозга

20%
геморрагический инсульт (кровоизлияние в вещество головного мозга или под его оболочки)

СТАТИСТИКА



ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА



Возвращаются к работе



Летальный исход



Ограничения в повседневной жизни*

*Ворлоу Ч. П., М. С. Деннис, Ж. ван Гейн и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных // Пер. с англ. – СПб. – 1998. – С. 429.



Цели лекции:

ЗНАТЬ:

- Виды, формы и методы реабилитации пациентов с заболеваниями нервной системы;
 - Правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, показания и противопоказания к применению ЛФК, массажа и физиотерапевтических процедур при заболеваниях нервной системы.
- 

Вопрос
дня:

□ Наиболее эффективным и безопасным средством ортезирования функции ходьбы у пациента с центральным гемипарезом является:

Технические средства реабилитации

1. Классические
ходунки



2. ходунки-
роллаторы с
локтевыми
опорами




Технические средства реабилитации

3. Четырехопорная трость



4. Канадская трость






По мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Цель реабилитации постинсультных пациентов – наиболее полное восстановление утраченных возможностей организма, но если это недостижимо, ставится задача частичного восстановления либо компенсация нарушенной или утраченной функции и в любом случае – профилактика повторного инсульта.

Периоды течения инсульта






Для оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных медицинская сестра может использовать:

МКФ для оценки нарушений функционирования

Индекс мобильности Ривермид

Индекс активности повседневной жизни Бартела

Коэффициенты дефицита самохода (с учетом факторов риска возникновения осложнений)



Оценка функционального состояния проводится у постинсультного пациента в зависимости от имеющегося у больного неврологического дефицита (дефицит оценивается по шкале мобильности Ривермид). Значение индекса мобильности Ривермид может составлять от 0 (невозможность самостоятельного выполнения каких-либо произвольных движений) до 15 (возможность пробежать 10 метров). При значении индекса по шкале Ривермид 8 и более баллов (то есть возможность ходьбы больного за пределами квартиры) реабилитация осуществляется преимущественно на амбулаторно-поликлиническом уровне. Достоинства использования индекса мобильности Ривермид – не требуется какое-либо оборудование для проведения проб и простота расчета показателя мобильности.

Таблица 2. Индекс мобильности Ривермид

№	Навык	Вопрос
1	Повороты в кровати	Можете ли вы повернуться со спины на бок без посторонней помощи?
2	Переход из положения лежа в положение сидя.	Можете ли вы из положения лежа самостоятельно сесть на край постели?
3	Удержание равновесия в положении сидя.	Можете ли вы сидеть на краю постели без поддержки в течение 10 секунд?
4	Переход из положения сидя в положение стоя.	Можете ли вы встать (с любого стула) менее чем за 15 секунд и удерживаться в положении стоя около стула 15 секунд (с помощью рук или, если требуется с помощью вспомогательных средств)?
5	Стояние без поддержки	Наблюдают, как больной без опоры простоит 10 секунд.
6	Перемещение	Можете ли вы переместиться с постели на стул и обратно без какой-либо помощи?
7	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо.	Можете ли вы пройти 10 метров используя, при необходимости вспомогательные средства, но без помощи постороннего лица?
8	Подъем по лестнице	Можете ли вы подняться по лестнице на один пролет без посторонней помощи?

9	Ходьба за пределами квартиры (по ровной поверхности)	Можете ли вы ходить за пределами квартиры, по тротуару без посторонней помощи?
10	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств.	Можете ли вы пройти 10 метров в пределах квартиры без костыля, ортеза и без помощи другого лица?
11	Поднятие предметов с пола	Если вы уронили что-то на пол, можете ли вы пройти 5 метров, поднять предмет, который вы уронили, и вернуться обратно?
12	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)	Можете ли вы без посторонней помощи ходить за пределами квартиры по неровной поверхности (трава, гравий, снег и т.п.)?
13	Прием ванны	Можете ли вы войти в ванну (душевую кабину) и выйти из нее без присмотра, вымыться самостоятельно?
14	Подъем и спуск на 4 ступени	Можете ли вы подняться на 4 ступени и спуститься обратно, не опираясь на перила, но, при необходимости, используя вспомогательные средства?
15	Бег	Можете ли вы пробежать 10 метров, не прихрамывая, за 4 секунды (допускается быстрая ходьба)?

Значение индекса соответствует баллу, присвоенному вопросам, на который исследующий может дать положительный ответ в отношении пациента.

□ Определить степень независимости от каких-либо видов помощи, физической или вербальной, даже если она требуется в минимальной степени, можно, используя индекс активности повседневной жизни Бартела. Степень потребности пациента в посторонней помощи оценивается в баллах по различным направлениям повседневной деятельности пациента. Обычно способности пациента оцениваются по его состоянию в течение последних 24-48 ч, однако иногда подходит и оценка состояния за более длительный период времени. Выбор промежуточных характеристик степени потребности в посторонней помощи при выполнении вида деятельности означает, что более 50% затраченных на выполнение данной функции усилий принадлежат пациенту. Категория полной независимости допускает использование пациентом вспомогательных средств и пособий.



Индекс активности повседневной жизни Бартела

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Контроль дефекации	Недержание (или нуждается в применении клизмы, которую ставит ухаживающее лицо)	0
	Случайные инциденты (не чаще 1 раза в неделю) либо требуется помощь при использовании клизмы, свеч	5
	Полный контроль дефекации, при необходимости может использовать клизму или свечи, не нуждается в помощи	10

ИНДЕКС АКТИВНОСТИ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ БАРТЕЛА

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Контроль мочеиспускания	Недержание или используется катетер, управлять которым сам больной не может	0
	Случайные инциденты (максимум 1 раз за 24 ч)	5
	Полный контроль мочеиспускания (в том числе те случаи катетеризации мочевого пузыря, когда больной самостоятельно управляется с катетером)	10

Индекс активности повседневной жизни Бартела

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Персональная гигиена (чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица)	Нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены	0
	Независимость при умывании лица, причесывании, чистке зубов, бритье (орудия для этого обеспечиваются)	5

Индекс активности повседневной жизни Бартела

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Посещение туалета (перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета)	Полностью зависим от помощи окружающих	0
	Нуждается в некоторой помощи, однако часть действий, в том числе гигиенические процедуры, может выполнять самостоятельно	5
	Не нуждается в помощи (при перемещении, снятии и надевании одежды, выполнении гигиенических процедур)	10

Индекс активности повседневной жизни Бартела

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Прием пищи	Полностью зависим от помощи окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)	0
	Частично нуждается в помощи, например при разрезании пищи, намазывании масла на хлеб и т.д., при этом принимает пищу самостоятельно	5
	Не нуждается в помощи (способен есть любую нормальную пищу, не только мягкую; самостоятельно пользуется всеми необходимыми столовыми приборами; пища готовится и сервируется другими лицами, но не разрезается)	10

Индекс активности повседневной жизни Бартела

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Перемещение (с кровати на стул и обратно)	Перемещение невозможно, не способен сидеть (удерживать равновесие), подниматься с постели	0
	При вставании с постели требуется значительная физическая помощь (одного сильного / обученного лица или двух обычных лиц)	5
	Может самостоятельно сидеть в постели, при вставании с постели требуется незначительная помощь (физическая, одного лица) или требуется присмотр, вербальная помощь	10
	Не нуждается в помощи	15

Индекс активности повседневной жизни Бартела

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Мобильность (перемещения в пределах дома/палаты и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)	Не способен к передвижению	0
	Может передвигаться с помощью инвалидной коляски, в том числе огибать углы и пользоваться дверями	5
	Может ходить с помощью одного лица (физическая поддержка либо присмотр и моральная поддержка)	10
	Не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например трость)	15

Индекс активности повседневной жизни Бартела


Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Одевание	Полностью зависим от помощи окружающих	0
	Частично нуждается в помощи (например, при застегивании пуговиц, кнопок и т.п.), но более половины действий выполняет самостоятельно, некоторые виды одежды может надевать полностью самостоятельно, затрачивая на это разумное количество времени	5
	Не нуждается в помощи, в том числе при застегивании пуговиц, кнопок, завязывании шнурков и т.п., может выбирать и надевать любую одежду	10

Индекс активности повседневной жизни Бартела

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Подъем по лестнице	Не способен подниматься по лестнице, даже с поддержкой	0
	Нуждается в присмотре или физической поддержке	5
	Не нуждается в помощи (может использовать вспомогательные средства)	10

Индекс активности повседневной жизни Бартела

Направления повседневной деятельности пациента	Степень потребности в посторонней помощи	Баллы
Прием ванны	Нуждается в помощи	0
	Принимает ванну (входит и выходит из нее, моется) без посторонней помощи и присмотра или моется под душем, не требуя присмотра и помощи	5



Интерпретация
результатов
оценки
активности
повседневной
жизни Бартела
(Суммарный
балл – 100)

▶ Показатели от 0 до 20 баллов соответствуют полной зависимости;

▶ от 21 до 60 баллов - выраженной зависимости;


▶ от 61 до 90 баллов - умеренной зависимости;

▶ от 91 до 99 баллов - легкой зависимости в повседневной жизни



К задачам реабилитации относятся:

1. восстановление бытовых возможностей больного, то есть способности к передвижению, самообслуживанию и выполнению несложной домашней работы;
2. восстановление трудоспособности, то есть утраченных профессиональных навыков путем использования и развития функциональных возможностей двигательного аппарата;
3. предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, то есть осуществление мер вторичной профилактики



Индивидуальная программа медицинской реабилитации (ИПМР) пациента стационарного отделения включает

- двигательный режим;

- лечебное питание;


- медикаментозная терапия;

- лечение (коррекция) положением общего и локального характера;

- физические упражнения: пассивные, пассивно-активные, активные для пораженных конечностей, дыхательные;

- различные виды массажа: лечебный, точечный, сегментарно-рефлекторный и др.;

- физические факторы.



Двигательный режим

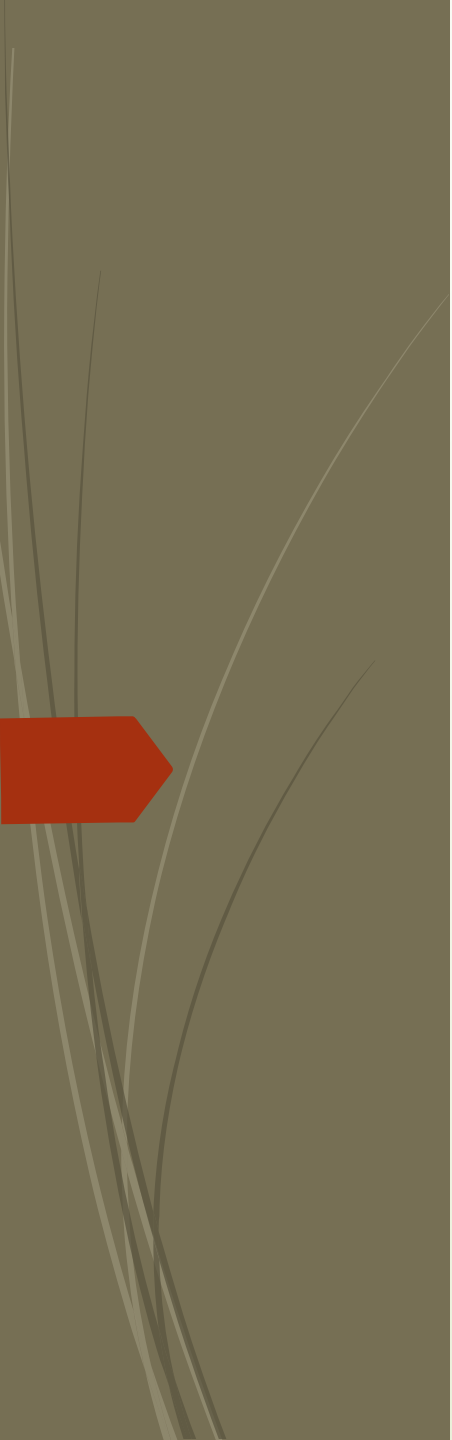
1. Постельный

- строгий

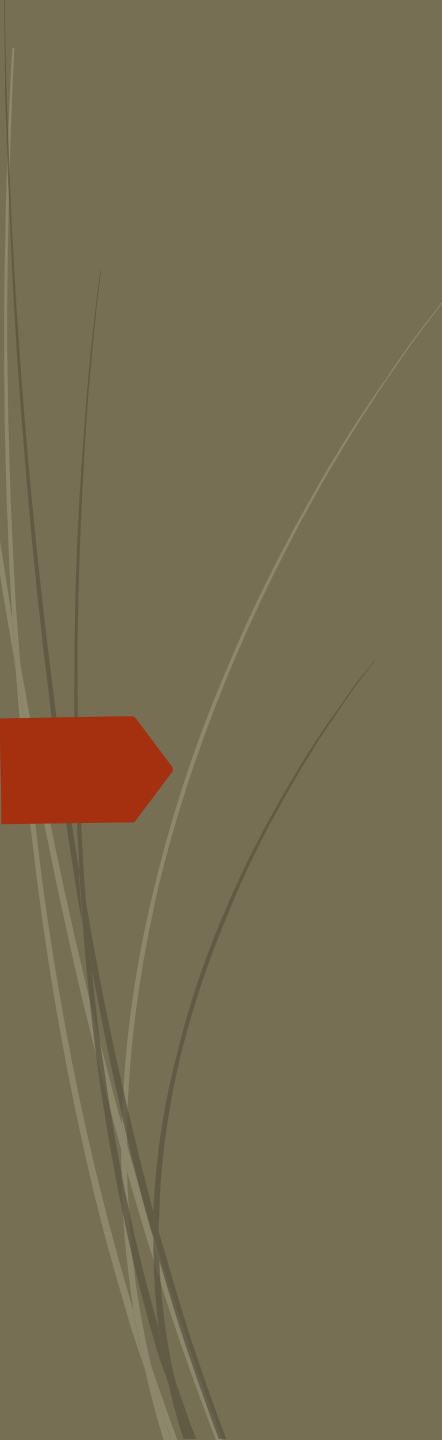
- полупостельный

2. Палатный

3. Общий




□ Оценка нарушений питания должна регулярно проводиться с целью выявления его недостаточности и сопровождаться оценкой, прежде всего, пищевого поведения пациента. При любом виде недостаточности питания нужно понять ее причину, степень выраженности и определить тактику лечения.




□ Оценка пищевого поведения проводится врачом или медицинской сестрой при каждом визите и осмотре больного, с регистрацией в медицинской документации. Следует оценивать аппетит, режим и особенности потребления пищи, водный баланс, состояние кожных покровов и т.д. Необходимо также выявить все факторы, которые могут способствовать развитию недостаточности питания (болевого синдром, когнитивные нарушения, депрессия, тревога, нарушения глотания, ухудшение общего состояния, тошнота, рвота, анорексия, запоры, лихорадка и др). Для удобства сбора данных целесообразно рекомендовать пациенту и/или лицам, осуществляющим уход, вести лист наблюдения пациента (дневник питания).

Приложение Б1. Дневник питания

Дата ФИО, возраст	Отметьте, есть ли у вас						
	Тошнота				Рвота		
	Нет	Не влияет на прием пищи	Загрудняет прием пищи	Прием пищи невозможен	Нет	1 р/сут	2-5 р/сут
Вес/рост	Оцените свой аппетит						
Диета/стол	Отметьте, какой объем пищи удалось съесть сегодня:						
	100%	75%	50%	25%	0%	флако н	фл
Завтрак							
Второй завтрак							
Обед							
Полдник							
Второй полдник							
Ужин							
Перед сном							
Ночью							



Нутритивная поддержка




– это процесс субстратного обеспечения больных, не имеющих возможности адекватного естественного питания, всеми необходимыми для жизни питательными веществами с помощью специальных методов и искусственно созданных ПС различной направленности.



Энтеральное питание

– это процесс субстратного обеспечения больных через ЖКТ с помощью специальных методов, отличающихся от обычного приема пищи, и специально разработанных для этой цели энтеральных питательных смесей (сипинг – пероральное потребление энтеральных ПС мелкими глотками, зондовое введение ПС в желудок, 12-перстную или тощую кишку).



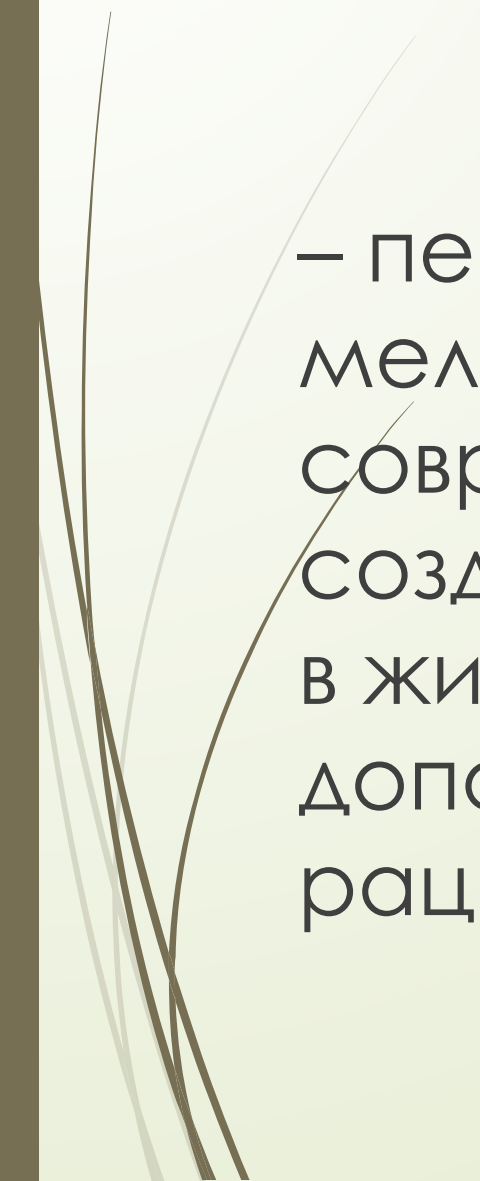
Энтеральное питание может быть реализовано:


- пероральным приемом специальных обычных или загущённых питательных смесей или путем обогащения обычных блюд с необходимой для облегчения глотания консистенцией порошкообразными и иными энтеральными питательными смесями;
- через назогастральный зонд, гастро- или энтеростому;
- смешанным питанием с применением различных методик одновременно.



СИПИНГ

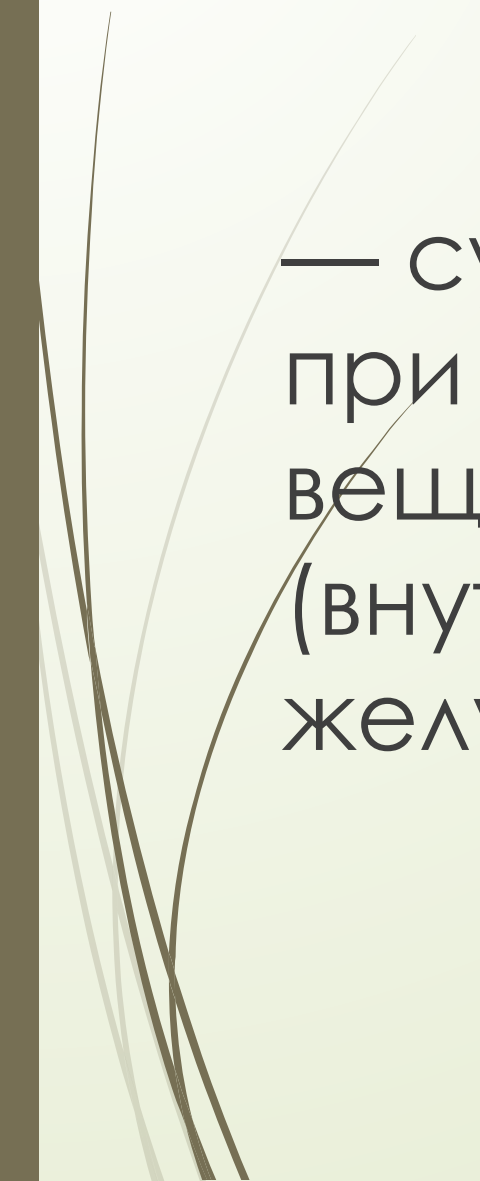
– пероральное потребление мелкими глотками современных искусственно созданных питательных смесей в жидком виде (частичный, как дополнение к основному рациону или полный).





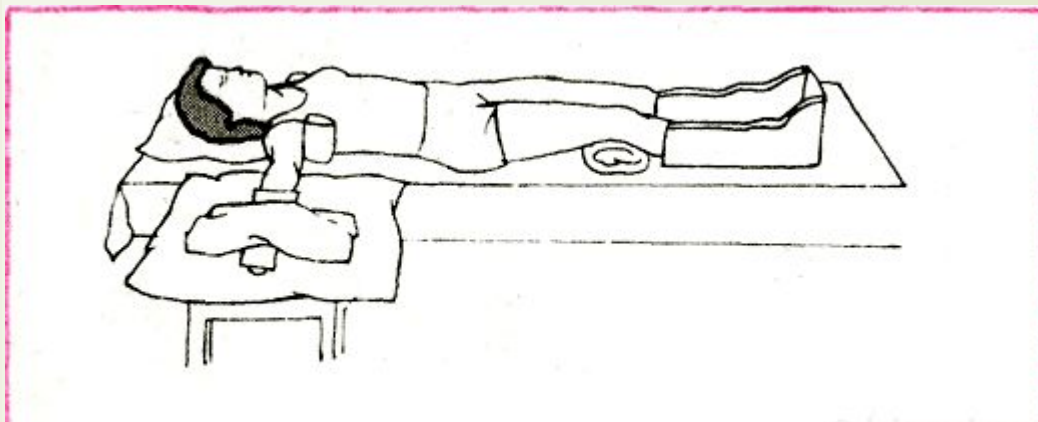
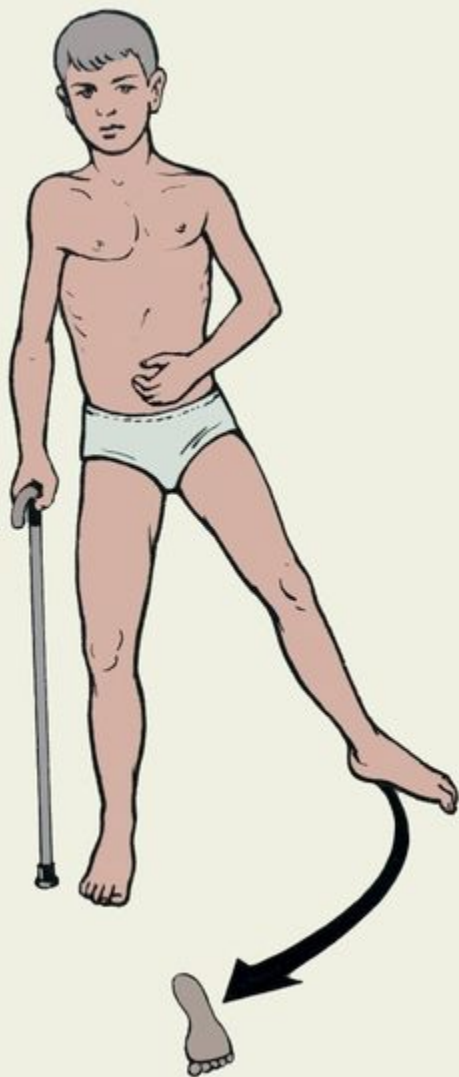
Парентеральное питание

— субстратное обеспечение,
при котором питательные
вещества вводятся в организм
(внутривенно), минуя
желудочно-кишечный тракт.



Учитывайте все факторы, влияющие на аппетит: место и время приема пищи, положение, присутствие кого-то из родственников или персонала и др. Следует рекомендовать: дробное питание малыми порциями, используя блюда и продукты с высокой питательной плотностью; исключить потребление насыщенных трудно перевариваемых жиров (замедление эвакуации); избегать крайних температур, резких вкусов и запахов. Рацион питания пациентов должен быть максимально приближен к пищевым предпочтениям с учетом противопоказаний, а пища должна быть приятной на вид.

Поза Вернике-Манна



ЛФК при инсульте


Степень пареза	Упражнения и эффекты движений, положений, упражнений				
	Снижение спастичности мышц	Прирост мышечной силы	Устранение патологических синергии	Восстановление двигательных навыков	Общеукрепляющее ее воздействие
Тяжелая (0-3 б)	Пассивные движения во всех суставах паретичных конечностей. Дозированное напряжение и расслабление мышц	Полуактивные движения с минимальным напряжением и амплитудой. Импульсивно-фантомные упражнения	Рефлекторные шейно-тонические упражнения (повороты головы, шеи)	Ортостатическая гимнастика. Обучение поворотам в постели. Переход в положение сидя и сидение в постели	Общие и дыхательные специальные упражнения

ЛФК при инсульте

Степень пареза	Упражнения и эффекты движений, положений, упражнений				
	Снижение спастичности мышц	Прирост мышечной силы	Устранение патологических синергии	Восстановление двигательных навыков	Общеукрепляющее ее воздействие
Средняя (4-6 б)	Напряжение мышц-антагонистов. Дозированное напряжение и расслабление мышц. Растягивание мышц	Движения в облегченных условиях, адекватных сохранной силе мышц	Противосодруженное движение. Фиксация суставов. Активное расслабление. Сознательное подавление синкинезии	Вставание и стояние с различной степенью поддержки (брусья, манеж, козелки). Обучение ходьбе. Туалет, одевание. Бытовые навыки	Дыхательные упражнения. Упражнения разминочного характера: повороты, наклоны корпуса, вращение в крупных суставах здоровых конечностей

ЛФК при инсульте

Степень пареза	Упражнения и эффекты движений, положений, упражнений				
	Снижение спастичности мышц	Прирост мышечной силы	Устранение патологических синергии	Восстановление двигательных навыков	Общеукрепляющее ее воздействие
Легкая (7-15 б)	Дозированное и дифференцированное расслабление мышц. Усиление мышц-антагонистов	Изометрические упражнения. Движения в затрудненных условиях	Сознательное подавление синкинезий. Сочетание силовых, антиспастических и противосодружественных движений	Спортивные элементы: дриблинг, броски мяча, имитация гребли, фигурная ходьба. Ходьба по лестнице в усложненных условиях. Пользование транспортом. Восстановление профессиональных навыков	Разминочные упражнения со снарядом-палкой, медицинболом, мячом



Дифференцированный массаж

- общетонизирующее воздействие путем усиления крово- и лимфообращения, а также неспецифического стимулирования чувствительности (классический, сегментарно-рефлекторный, точечный массаж);
- тонизирующее воздействие на вялопаретичные мышцы с помощью различных приемов классического (лечебного) массажа в большом объеме, с достаточной силой потряхивания, мелкоточечной вибрации и кратковременного (до болевых ощущений) прижатия мышцы;
- расслабляющее воздействие на ригидные, спастичные и локально-спазмированные мышцы, осуществляемое с помощью общих расслабляющих приемов классического (лечебного) массажа (поглаживания, потряхивания, мелкой вибрации), выполняют в медленном темпе с обязательными паузами между приемами, а также с помощью точечного и рефлекторно-сегментарного массажа определенных точек и зон;
- противоболевое воздействие благодаря рефлекторному влиянию точечного и классического (по седативной методике) массажа.

Психокоррекция - комплекс мероприятий, направленных на восстановление навыков психологической деятельности и социального поведения:

- рациональную психотерапию (беседы, убеждение и др.);
- аутогенную тренировку;
- методы рефлексотерапии, электросон и электростимуляцию;
- психофармакотерапию (седативные, транквилизаторы и др.);
- занятия в кабинете эрготерапии.



Речевая реабилитация

- раннее начало уже в остром периоде - с 10 мин/день до 30-45 мин в более поздние сроки (так как больные быстро истощаются);
- обязательное выполнение заданий «на дом» после основного занятия;
- восстановление осуществляется в большие сроки, чем расстройство движений;
- занятия с логопедом-афазиологом;
- беседы с родственниками;
- просмотр телепередач, кинофильмов.

Программа медицинской реабилитации постинсультного пациента на 3 этапе включает в себя:

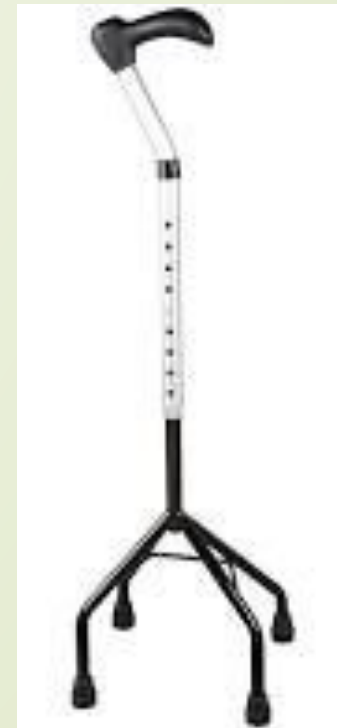
1. физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, бальнеотерапия и др.);
2. механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия, применение биологической обратной связи);
3. медицинский массаж;
4. традиционные методы лечения (акупунктура, фитотерапия, мануальная терапия и другие);
5. трудотерапия;
6. психотерапия;
7. логопедическая помощь;
8. лечебная физкультура;
9. протезно-ортопедическая помощь (ортезирование, сложная ортопедическая обувь);
10. санаторно-курортное лечение,
11. технические средства медицинской реабилитации (калоприемник, мочеприемник, тренажеры, технические средства для обучения ходьбе);
12. информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации;
13. другие мероприятия, услуги, технические средства (программа «Доступная среда»).

Неврит лицевого нерва



Наиболее эффективным и безопасным средством ортезирования функции ходьбы у пациента с центральным гемипарезом является:

1. Использование классических ходунков
2. Использование ходунков-роллаторов с локтевыми опорами
3. Использование четырехопорной трости
4. Использование канадской трости





**Спасибо
за внимание!**