



Реабилитация после инсульта

Восстановление двигательной активности



Реабилитация после инсульта – процесс, который должен осуществляться по многим направлениям одновременно. В данной брошюре уделяется внимание восстановлению двигательной активности.

Реабилитация после инсульта подразумевает максимальное использование всех возможностей больного человека для увеличения физической активности. Необходимо помнить, что подобрать режим тренировок, их интенсивность и частоту должен врач, причем делается это в индивидуальном порядке, с учетом физического состояния больного человека. Тем не менее, в брошюре даются некоторые рекомендации по восстановлению способности к движению у больного инсультом.

Чтобы быстро восстановить утраченные навыки ходьбы после инсульта, процесс реабилитации должен начинаться с самых первых дней купирования острой фазы мозгового удара. Кроме того, процесс реабилитации, в таких случаях, должен включать в себя несколько отдельных этапов восстановительного курса:

- I. Первичное восстановление положением, когда с пациентами проводится исключительно пассивная гимнастика в положении лежа.
- II. Обучение правильному сидению.
- III. Обучение самостоятельному стоянию и, главное, самостоятельному вставанию.
- IV. Восстановительное лечение, при котором больной учится самостоятельно ходить.

I. Первичное восстановление положением

Основная цель ранней реабилитации - профилактика образования устойчивых патологических систем (контрактур и устойчивых патологических поз). Это достигается как медикаментозной, так и двигательной терапией. Важно понимать, что если бездействовать на этом этапе и положиться полностью на волю случая, реабилитация после выписки из больницы значительно усложнится, а в ряде случаев будет попросту невыполнима. Большинство методов ранней двигательной реабилитации достаточно просты. И, что не менее важно, являются доступными для родственников больного.

При **лечении положением** необходимо учитывать несколько важных правил.

1. Соблюдение симметричности расположения частей тела и конечностей.
2. Поддержка всех сегментов тела.
3. Бережное отношение к суставам.
4. Ограничение времени пребывания на спине, чтобы избежать образование пролежней.
5. В положении на спине парализованное плечо должно быть поддержано плоской подушкой.
6. Под ягодицей с пораженной стороны тоже подкладывается подушка, чтобы «больная» нога не была развернута кнаружи.
7. Положение тела меняется каждые 2- 4 часа.

Лечение положением имеет решающее значение в ранней профилактике пролежней, развития тромбоза глубоких вен конечностей и пневмонии. Лечение положением начинают с 3-5-го дня после заболевания.

Лечение положением способствует

- Снижению спазма мышц.
- Восстановлению схемы тела, т.е. больной начинает ощущать парализованные конечности.
- Нормализации глубокой чувствительности.
- Уменьшению болевого синдрома.
- Снижению патологических установок на невозможность восстановления при заболевании.
- Предупреждению развития контрактур.
- Ранней профилактике пролежней.
- Профилактике развития тромбоза глубоких вен конечностей.
- Профилактике пневмонии.

Лечение положением необходимо производить с первых дней после инсульта, чтобы придать парализованным конечностям правильное положение, а это в дальнейшем благотворно повлияет на функции этих конечностей.

- При восстановлении положением особое внимание следует обращать на то, чтобы на стороне парализации вся рука и ее плечевой сустав находились на одном уровне в горизонтальной плоскости во из-

бежание растяжения сумки плечевого сустава под действием силы тяжести конечности.

- О растяжении мышц, фиксирующих плечевой сустав (это происходит достаточно часто), говорит возникновение болей.
- Чтобы не допустить развитие пролежней и пневмонии, надо постоянно перемещать пострадавшего, а так же следить за чистотой тела, используя средства по уходу, не требующие смывания.



Внимание! К восстановлению положением необходимо относиться с осторожностью, если у больного имеются проблемы с почками (врожденные аномалия) или застойная пневмония

Виды восстановления положением

1. Положение на спине



- Голова и плечи лежат на подушке.
- Парализованная рука отведена и находится на одном уровне с кроватью под углом 90° , если больному больно - угол выпрямления руки нужно увеличивать постепенно.
- Парализованная рука должна быть с разведенными пальцами (для этого можно между ними

проложить кусочки ваты, или использовать специальную перчатку).

- Парализованная рука должна быть повернута ладонью вверх и лежать на подушке прижатой сверху мешочком с песком или быть в лангетке для руки.
- Нога с парализованной стороны согнута в колене под углом 15-20°, под нее надо подложить валик.
- Стопы в приведенном к себе положении упираются твердые предметы, например, в ящик от посылки.



Стопы ни в коем случае стопы не должны висеть, иначе разовьется контрактура сустава стопы

2. Укладка на здоровом боку



- При укладке в положении на более здоровой стороне парализованным конечностям придается согнутое положение.
- Парализованную руку сгибают в локтевом суставе и кладут на подушку, парализованную ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, помещая на другую подушку.
- Если мышечный тонус еще не повысился, лежать на спине и здоровой стороне надо поочередно через каждые 1,5-2 часа.

- Если больному не комфортно на боку, восстановление положением на спине длится 1,5-2 часа, а на здоровом боку - 20-30 минут.

2.А. Вариант положения на здоровом боку



- Голова находится в удобном положении на одной линии с телом, туловище повернуто вперед.
- Рука лежит на подушке, согнута в плечевом суставе под углом 90° и вытянута вперед.
- Нога на парализованной стороне немного согнута в тазобедренном, и в коленном суставах; голень и стопа лежат на подушке.
- Здоровая рука в удобном для больного положении.
- Здоровая нога разогнута в коленном и тазобедренном суставах.

3. Укладка на спине



- Голова лежит на подушке, шею не сгибают, плечи на подушке.
- Парализованная рука лежит на подушке на небольшом расстоянии от туловища, выпрямлена в локтевом и кистевом суставах, пальцы выпрямлены.
- Бедро парализованной ноги разогнуто и лежит на подушке.

4. Положение на парализованной половине.



- Голова кладется в удобном положении, тело слегка развернуто и поддерживается подушками со стороны спины и ноги.
- Парализованная рука полностью опирается на прикроватный столик, согнута в плечевом суставе на 90° , а ладонь смотрит вверх.
- В локтевом и кистевом суставах парализованной руки - максимально возможное разгибание, пальцы разведены.
- Положение ноги на стороне паралича: бедро разогнуто, в коленном суставе — легкое сгибание.

Пассивная гимнастика

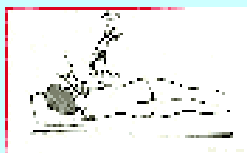


Чтобы сохранились движения в суставах и не развились контрактуры в них производят сначала пассивную (на первом, самом раннем этапе) гимнастику. Упражнения необходимо сочетать с дыхательной гимнастикой и обучением активному расслаблению мышц. Пассивную гимнастику проводят 3 – 4 раза в день.

- При ишемическом инсульте пассивную гимнастику начинают проводить уже в блоке интенсивной терапии на 2-4-й день,

- При геморрагическом инсульте пассивная гимнастика начинается на 6-8-й день.

Основные правила
проведения пассивной гимнастики:



1. Проведение гимнастики следует начинать с крупных суставов конечностей, постепенно переходя к мелким суставам.



2. Пассивные движения выполняют как на больной, так и здоровой стороне.



3. Число повторений по каждой из суставных осей составляет 5-10 раз.

4. Осуществляют пассивную имитацию ходьбы лежа на спине.



5. Пассивную гимнастику сочетают с дыхательной гимнастикой и обучением активному расслаблению мышц.

6. 3- 4 раза в день пассивную гимнастику в стационаре (дома) проводят с участием родных, которые обучаются правильному выполнению пассивных движений.

Активная гимнастика (при отсутствии противопоказаний)



Активную гимнастику после инсульта совершают по тем же правилам, что и пассивную гимнастику.

Начинают проводить активную гимнастику при ишемическом инсульте через 7-10 дней от начала заболеваний.

- При геморрагическом инсульте активную гимнастику начинается через 15-20 дней от начала болезни.

Основные правила выполнения активной гимнастики:

1. Активную гимнастику начинают с тех движений, которые раньше всего восстановились.
2. При грубых парезах гимнастику начинают с упражнений статического характера (в удержании сегментов конечности в приданном им положении).



3. Выполняют упражнения динамического характера, то есть упражнения сопровождающиеся выполнением движений.
4. При выраженных парезах начинают с идеомоторных упражнений (больной вначале должен мысленно представить себе заданное движение, а затем попытаться его выполнить).

Обучение правильному сидению

Сажать больного в постели начинают, как только позволит его самочувствие и состояние сердечно-сосудистой системы. Обучать сидению после инсульта рекомендуется постепенно.

- При ишемическом инсульте обучение начинают с 8-10-го дня, после начала болезни.
 - При геморрагическом инсульте начинают на 3- 4-й недели после начала заболевания.
1. Вначале больному придают полусидячее положение с углом посадки около 30° 1- 2 раза в день на 3- 5 мин. С этой целью под голову и спину ему подкладывают подушку. Так высаживают больного в течение 3-6 дней.
 2. Через 3- 6 дней угол подъема доводят до 90° , а время сидения - до 15 мин. Таким путем в течение 2-3 дней больного переводят в полувертикальное положение.
 3. Обучение сидению со спущенными ногами начинают примерно через 4- 5 дней после перевода в полувертикальное положение, постепенно увеличивая время пребывания в сидячем положении. При этом под спину больного подкладывают подушку, парализованную руку фиксируют косынкой, под ноги подставляют скамейку. Время сидения в постели с опущенными ногами следует постепенно увеличивать с 10 - 15 минут до 1- 2 часов и больше в зависимости от самочувствия больного.

4. Как только больной начинает сидеть в постели с опущенными ногами, в комплекс лечебной гимнастики включаются упражнения для укрепления мышц ног: с помощью качающегося валика, локтевого эспандера или резиновой «лягушки» для наполнения воздухом надувных матрацев, приспособленных для тренировки мышц голени и разработки движений в голеностопном суставе.
5. В это же время начинают применять упражнения для больной руки с различными предметами (в качестве которых можно использовать некоторые детские игрушки). Рекомендуется собирать и разбирать пирамиды, детские конструкторы, различные фигуры из кубиков.

III. Обучение самостоятельному стоянию, вставанию

Обучение стоянию и ходьбе осуществляют по следующему плану:

- 1) Обучение стоянию около кровати на 2 ногах (попеременно - то на парализованной, то на здоровой):
 - А). Первый раз больному предлагают, держась здоровой рукой за прикроватную раму или спинку кровати, привстать. Помощник должен помогать больному, находясь со стороны парализованных конечностей. Больного следует поддерживать за талию, одновременно зафиксировав коленный сустав парализованной ноги в разогнутом состоянии.

- Б). Стоять больной должен прямо, равномерно распределяя вес тела на больную и здоровую стороны.
- В). В самом начале обучения в положении стоя больной может находиться не более минуты. Постепенно время стояния на ногах увеличивают до 5 - 7 минут.
- Г). После того как больной сможет уверенно, держась за спинку кровати, самостоятельно стоять на обеих ногах, переходят к обучению его попеременному переносу тяжести тела на здоровую и больную ногу. Для этого больному предлагают расставить ноги на ширине плеч и совершать легкое покачивание из стороны в сторону. При этом можно использовать резиновую «лягушку», на которую больной давит парализованной ногой: если нагрузка на больную ногу достаточно велика, то появится характерный звук выходящего воздуха. При выполнении этого упражнения больного необходимо поддерживать.
- Д). Затем больного необходимо учить стоять на одной ноге - вначале на здоровой. В этом случае парализованная нога находится в согнутом положении (с помощью помощника).
- Е). Когда учат стоять на больной ноге, то вначале помощник должен фиксировать коленный сустав парализованной ноги в разогнутом состоянии под прямым углом. Лучше, если при этом будет присутствовать еще один человек, поддерживающий больного. При проведении данного упражнения

необходимо, чтобы больной имел надежную опору: высокую спинку кровати, прикроватную раму, скобу, вбитую в стену. Для страховки или отдыха позади него должен находиться стул.

2) Ходьба на месте. Это упражнение больной должен делать, держась за прикроватную раму или за стол.

3) Ходьба по палате и коридору с помощью помощника.

А) В ходе восстановления первое время больной при передвижении пользуется трех- или четырехопорным костылем, затем палкой.

Б) При обучении ходьбе следует обращать внимание на положение стопы; проверять устойчивость больного; следить, чтобы он достаточно сильно сгибал ногу в тазобедренном и коленном суставе, не заносил ее в сторону, не задевал носком пол и правильно ставил стопу.

Г) Во время тренировки больную руку лучше фиксировать косынкой для предупреждения растяжения сумки плечевого сустава, а для устранения отвисания стопы используют приспособления, фиксирующие ее: резиновую тягу (соединяющую носок или ботинок с подвязкой, расположенной над коленкой) или ботинки с высоким жестким креплением.

По мере улучшения походки больного учат ходьбе с помощью специальных приспособлений.

4) Ходьба с использованием следовых дорожек (для выработки правильного стереотипа ходьбы).



Для закрепления навыка правильной постановки ноги желательно ходить по дорожке, на которую нанесены следы обучающих шагов.

С той же целью используется и другой метод — преодоление препятствий высотой 5-15 см (например, дощечек, которые расставлены перед следами ног на той же дорожке).

При этом помощнику следует постоянно корректировать положение стопы при упоре на пол всей подошвой, а также при переносе ноги.

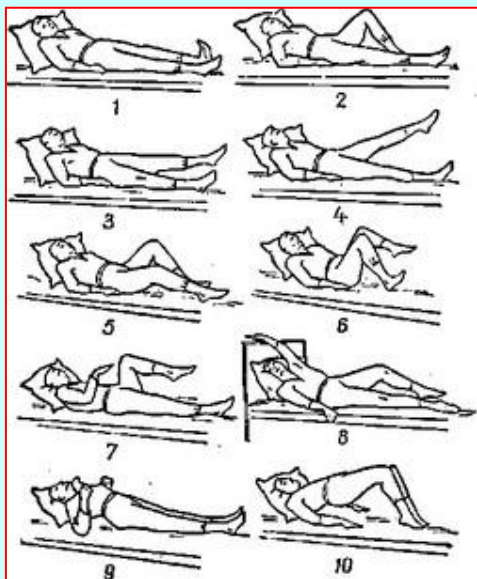
- 5) Тренировка ходьбы по лестнице. При этом надо быть особенно внимательным, страховать больного от падения. Так как при этих упражнениях больной затрачивает значительные усилия, необходимо время от времени делать паузы для отдыха в положении сидя и для выполнения дыхательных упражнений.

IV. Обучение самостоятельной ходьбе

Обучение самостоятельной ходьбе больного начинают сначала используя ходунки, затем костыли или трость, а после этого учат ходить без какой-либо опоры. Для восстановления ходьбы используют упражнения:

- 1). Скольжение стопами по постели.
- 2). Ногу на ногу.
- 3). Пятку на колено.

4). Ногу в сторону – на колено.



5). «Велосипед».

6). Стопы внутрь - наружу.

7). Скольжение пяткой по передней поверхности голени.

8). Поднимание выпрямленной ноги и многие другие.

Наряду с упражнениями по восстановлению функций ноги проводятся упражнения для руки.

Но это разговор отдельный.

При работе с больными после инсульта родственникам следует обратить внимание на то, что теперь все нужно будет делать под особым их контролем за физическим состоянием здоровья больного, и с учетом мер максимальной предосторожности.

Родственники больного должны поддерживать всеми силами своего заболевшего родного человека. Недопустимо демонстрировать свое раздражение, уныние, усталость.

(По материалам сайтов <http://doctorspb.ru/>; <http://lekmed.ru/>)