

Кинезитерапия при исхемичен мозъчен инсулт в основен възстановителен период

Ивалинка Павлова, Нели Петрова, Деница Василева-Дечева

The report aims to show applied by us kinesitherapeutic program effective in patients who have ischemic stroke in basic recovery period. Scheme focuses on therapeutic exercise and massage kenerapiyata an important part of rehabilitation.

Key words: stroke, rehabilitation, massage, kenerapiya.

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчните инсулти обхващат група заболявания, възникващи в резултат на остро нарушение на артериалното или венозното мозъчно кръвообращение. Могат да се изявят като остри и подостри инсулти (исхемични, хеморагични, венозни тромбози). Инсултът е дефиниран според определението на Световната здравна организация като остро настъпил огнищен неврологичен дефицит с продължителност повече от 24 часа, резултат от мозъчно-съдово заболяване и документиран чрез компютърна томография на глава. Клиничната картина се състои от фокален неврологичен дефицит, често в съчетание с количествено нарушение на съзнанието. Около 85% от инсултите са исхемични (мозъчни инфаркти), които възникват при недостатъчен приток на кръв, кислород и глюкоза към мозъка (фиг.1) [4,5].



Фиг. 1. Патогенеза и морфология на исхемичен инсулт

ЕТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧНИ ПРОЯВИ

Водещите причини за исхемичен инсулт са:

- стенози на големите артериални съдове,
- заболяване на малките съдове - липохиалиноза,
- кардио-емболизъм,
- каротидни или вертебрални дисекации,
- васкулити,
- тромбофилии и др.

Мозъчните инфаркти имат многофакторна патогенеза:

- тромбоза – развива се сравнително по-бавно и в течение на няколко часа,

- емболия – настъпва внезапно, понякога при сравнително спокойно състояние на пациента,
- нарушения на общата хемодинамика – настъпват при тежка атеросклероза, понякога рано сутрин при относително ниско артериално налягане.

Основните клинични симптоми при мозъчен инсулт са:

- внезапна слабост, парализа или загуба на чувствителност в едната половина на тялото;
- нарушение на зрението – загуба на зрението, замъглено зрение или двойно виждане;
- остро настъпило нарушение в говора – загуба на говора или затруднения при разбирането на речта;
- слабост на лицевата мускулатура – увисване на едната половина на лицето;
- внезапна поява на силно, нетърпимо главоболие без ясна причина, често съпроводено с гадене и многократни повръщания [4,5].

В съвременното общество настъпилите промени в начина на живот, намалената двигателна активност, постоянно увеличаващия се стрес водят до увеличаване разпространеността на съдовите рискови фактори, които пък повишават риска от допълнително увреждане на централната нервна система [6]. В настоящето съвсем ограничен процент от населението има само един изолиран съдов рисков фактор като захарен диабет тип 2, артериална хипертония, затлъстяване и дислипидемия, в повечето случаи се открива комбинация от тях. Широко разпространение през последните години се установява за метаболитния синдром, в който рисковите фактори имат синергичен ефект, като честотата му се движи между 20% и 30% в световен мащаб и се увеличава с напредване на възрастта [9], съответно се увеличават неговите ефекти върху централната нервна система и спомагат за развитие на мозъчно-съдова патология.

България е на едно от първите места в света по заболяемост, болестност и смъртност от мозъчни инсулти, които през последните 15 години показват тенденция за прогресивно нарастване. Характерно за страната е широкото разпространение на рисковите фактори за мозъчен инсулт и съчетанието на няколко рискови фактори у един болен [2].

При голяма част от пациентите, преживели инсулт е нарушена тяхната активност като проява на остатъчни функционални, когнитивни и психични промени, които са от съществено значение за социалните, професионални и семейни взаимоотношения. За това от изключително значение е провеждането на адекватно медикаментозно и/или интервенционално лечение, съчетани с максимално ранна рехабилитация и кинезитерапевтично въздействие и съответна психологическа подкрепа.

ДИАГНОСТИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧЕН АЛГОРИТЪМ ЗА РАННА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

Представяме алгоритъм на специализирания екип от невролози, кинезитерапевти и интернисти в „МБАЛ-Русе“ АД за комплексна кинезитерапевтична програма при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт в основен възстановителен период. Той е изцяло съобразен с основните правила и насоки за диагностично и терапевтично поведение при пациенти с мозъчен инсулт съгласно Българския национален консенсус за профилактика, диагностика и лечение на мозъчно-съдовите заболявания, актуализиран през ноември 2013 год. (фиг. 2) [3].



Фиг. 2. Етапи в организацията и лечението на исхемичен инсулт [3]

Диагностичният алгоритъм включва подробна анамнеза, соматичен и неврологичен преглед, оценка на рехабилитационния потенциал.

При всички болни се снима подробна анамнеза за настоящото страдание, а така също и за минали заболявания. Провежда се щателно изследване на соматичния и неврологичен статус. Прилагат се и подробни лабораторни изследвания на кръв и урина, с цел етиологично уточняване на причините за съдбовия инцидент.

Анамнезата за медицински, соматични и неврологични проблеми се получава от болния, членове на семейството му (съпруг/а или деца) или други лица, които се грижат за него. Отчитат се данни за предшестваща артериална хипертония, захарен диабет, ритъмни и проводни сърдечни нарушения, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия, тютюнопушене. Отражават се телесното тегло и ръст, изчислява се индекс на телесна маса (Body Mass Index - BMI), възрастта и пола.

Неврологичният дефицит, съответно тежестта на инсулта, се оценява с NIH Stroke Scale (NIHSS, National Institute of Health Stroke Scale). Тази клинична скала се използва при проследяване на инсултни пациенти за определяне тежестта на инсулта, съответно за сравнимост и динамика в развитието на неврологичния дефицит [7]. Съдържа 11 въпроса, като първият включва три уточняващи. Отчита се нивото на съзнание, очни движения и погледна парализа, зрителни нарушения и зрителни полета; централна лезия на лицевия нерв, двигателна дейност за горни и долни крайници, атаксия на крайниците, сетивност, най-добро езиково представяне и афазия, дизартрия и игнориране.

Целта на кинезитерапевтичното лечение е максимално възстановяване на засегнатите крайници, постигане на самостоятелност и независимост в дейностите от ежедневиия живот.

Рехабилитационните задачи, които се решават са:

- намаляване на повишения мускулен тонус в спастичните мускули, възстановяване на нарушения мускулен баланс;
- нормализиране на равновесните и ортостатични реакции на организма;
- последователно възстановяване на локомоторните движения;

- стимулиране трофичните процеси в засегнатите крайници;
- профилактика на контрактурите;
- положително психо-емоционално повлияване на пациента;
- възстановяване на битовите и трудовите двигателни навици на засегнатия крайник;

Средства на кинезитерапията в основен възстановителен период са [1]:

- масаж - с леко, повърхностно поглаждане и леко размачкване на мускулите на паретичните крайници, които създават патологична спастична флексионно-пронаторна и екстензорна тенденция на засегнатите крайници;
- активни аналитични упражнения за незасегнатите крайници;
- суспензионна терапия;
- дихателни упражнения;
- кенитерапия - влажни увивания по Кенпу – с топли вълнени парчета плат, добре изцедени с температура до 50° се увива спастичния крайник, покрит с мушам и одеало, в продължение на 20 минути;
- пасивни движения, непосредствено след кенитерапията;
- диагонали на Кабат;
- позотонични упражнения - пасивно изваждане на пациента от равновесие, които стимулират рефлекторно позата;
- упражнения с и на уреди за фините движения;
- трудотерапия.

На таблица 1 са представени основните етапи и методи на нашата кинезитерапевтична програма.

Табл. 1. Схема на кинезитерапевтична програма в основен възстановителен период

Етапи	Съдържание	Дозировка	Методични указания
Подготвителна част	Дихателни упражнения, Масаж	10 мин.	Лек, избиращ
Основна част	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Пасивни движения след кенитерапия, ✓ Суспензионна терапия, ✓ Диагонали на Кабат, ✓ Активни аналитични упражнения за здравите крайници, ✓ Упражнения за равновесие, ✓ Упражнения с и на уреди 	30 мин.	Бавен темп
Заклучителна част	Дихателна гимнастика	5 мин.	С участие на горни крайници

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Посочените данни за мозъчно-съдовите заболявания в страната, както и тези от проведените проучвания показват тяхната изключителна социална значимост. Въпреки успехите в лечението на исхемичните инсулти с тромболиза, резултатите все още не са достатъчно задоволителни [8]. Това подчертава необходимостта от изясняване на рисковите фактори, водещи до мозъчен инсулт, както и дават основание да се акцентира върху първичната и вторична профилактика на съдовите заболявания и усложненията, предизвикани от тях. Установено е, че първичната профилактика на инсултите е най-ефективния подход за намаляване на забелеваемостта и смъртността от тях. Следователно ранното установяване на рисковите фактори, адекватното им и своевременно повлияване, и последващо проследяване, може да увеличи ефективността на превенцията на мозъчно-съдови инциденти. При пациенти с преживян исхемичен инсулт провеждането на своевременно комплексно медикаментозно, кинезитерапевтично и психологично лечение ще допринесе за редуциране степента на неврологичния дефицит, намаляване на тежката инвалидизация и зависимост от грижите на околните и подобряване възможностите за обичайното ежедневно функциониране.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Горанова З., Маркова-Старейшинска Г., Крайджикова Д. Масаж. Учебник за студенти от НСА, София, 1992
- [2] Миланов И. Профилактика на мозъчно-съдовите заболявания. Българска неврология, Том 16/ брой 1 – 04.2015; стр. 1-4
- [3] Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчно-съдовите заболявания. Българска неврология, 12.2013, Том 14/ брой 3, допълнение 1; стр. 170-179
- [4] Райчев Р., Райчев И. Неврология, София, 2001
- [5] Янчева Ст. Исхемични нарушения на мозъчното кръвообръщение. В: Неврология за общопрактикуващи лекари. Миланов, И., Янчева Ст., под редакция, София, Медицина и физкултура, Второ издание, 2012, стр. 189-206
- [6] Bowler JV. Modern concept of vascular cognitive impairment. British Medical Bulletin 2007;83:291-305.
- [7] Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, Spilker J, Holleran R, Eberle R, Hertzberg V, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke 1989; 20, 864-870.
- [8] Cronin C, Sheth K, Zhao X, Messé S, Olson DW, Hernandez A, Bhatt D, Schwamm L, Smith E. Adherence to Third European Cooperative Acute Stroke Study 3- to 4.5-Hour Exclusions and Association With Outcome: Data From Get With The Guidelines-Stroke. Stroke. 2014; 45:2745-2749
- [9] Grundy SM. Metabolic syndrome pandemic. Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. 2008 Apr; 28(4):629-636.

За контакти:

Ивалинка Павлова Неделчева, „МБАЛ-Русе“ АД, Отделение Ортопедия и травматология, тел.: 082/887446, e-mail: nedelcheff@mail.bg

Д-р Нели Стефанова Петрова, дм, „МБАЛ-Русе“ АД, Отделение Функционална диагностика на нервната система, тел.: 082/887388, e-mail: npetrova27@yahoo.com

Деница Василева – Дечева, РУ“Ангел Кънчев“, Факултет Обществено здраве и социални дейности, Катедра Кинезитерапия, тел.: 0878253907, e-mail: denivasileva1988@abv.bg

Докладът е рецензиран.