

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Зав. кафедрой: д.м.н, проф. Прокопенко С.В.

Реферат на тему: «Нейросифилис».

Выполнил: врач-ординатор Деревенько К.В.

2019 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	2
1) История развития и становление службы реабилитации	3-5
2) Нейрореабилитация - как отрасль науки	6-7
3) Основы реабилитации больных с заболеваниями нервной системы	8-9
4) Реабилитация после инсульта	10-16
Заключение	17
Список использованной литературы	20

ВВЕДЕНИЕ

Первые сведения о заболеваниях нервной системы встречаются в письменных источниках глубокой древности. В египетских папирусах около 3000 лет до н.э. упоминаются параличи, нарушения чувствительности. В древнеиндийской книге Аюр-Веды сообщается о судорожных припадках, обмороках, головной боли. В трудах Гиппократ, Рази, Ибн-Сины описаны клинические проявления разнообразных неврологических заболеваний, методы их диагностики и лечения. Уже в то время отдельные состояния четко обозначались как болезни головного мозга (эпилепсия, мигрень и др.). Развитие неврологии как науки связано с появлением и совершенствованием методов исследования нервной системы. В Средние века Д.М.Морганьи и Т.Виллизий смогли связать определенные неврологические нарушения с соответствующими структурами мозга. Важный вклад в развитие учения о морфологии нервной системы был сделан Андреем Везалием, Якобом Сильвием, Констанцо Варолием. Декарт сформулировал понятие рефлекса. Так закладывались основы нейрофизиологии.

XVIII в. был описательным периодом в развитии неврологии. Появлялись все новые сведения об отдельных симптомах, синдромах и заболеваниях нервной системы. Предпринимались попытки их лечения.

В XIX в. интенсивно разрабатывались методы изучения структуры и функций нервной системы, методы химического исследования мозга. Были систематизированы патологоанатомические исследования. Появилась возможность фиксировать и окрашивать нервную ткань, получать серийные срезы, осуществлять микроскопические исследования нервной системы. Большую роль в развитии неврологии сыграли сравнительные анатомические, эмбриологические и экспериментальные исследования. Они послужили методологической основой прогресса в изучении физиологии

нервной системы. Развитие этого направления связано с именами И. М. Сеченова, И. П. Павлова, Н. Е. Введенского, А. А. Ухтомского, Магнуса, Шеррингтона и др.

1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЕ СЛУЖБЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Реабилитация - это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами. Цель реабилитации - эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое к этому определение реабилитации: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут». Термин реабилитация происходит от латинского слова *habilis* - «способный», *rehabilis* - «восстановление способности».

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.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: медицинская, физическая, психологическая, профессиональная (трудовая) и социально-экономическая.

Главной задачей медицинской реабилитации является полноценное восстановление функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата (ОДА), а также развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду.

Реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Еще древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для более быстрого восстановления своих пациентов. Врачи Древней Греции и Рима также использовали в лечебных комплексах физическую активацию пациентов и трудовую терапию. В этих же странах широко применяли массаж как гигиеническое и лечебное средство, а также с целью повышения работоспособности. В это же время стали уделять внимание и нетрудоспособным гражданам, получившим увечье при защите отечества. Так, в Римской империи legionерам, получившим увечье в военных походах, предоставлялись земельные наделы с рабами и единовременным материальным вознаграждением.

В эпоху средневековья отношение к неполнофункциональным гражданам ухудшилось, что выражалось в задержке развития организационных форм оказания помощи и только введение христианства способствовало становлению более высокого, чем ранее, уровня отношения к инвалидам в виде общественного и частичного призрения. При монастырях стали открываться приюты и богадельни, в которых призреваемые должны были отрабатывать предоставляемые им кров и пищу.

В это время понятие «инвалид» применялось только к бывшим военнослужащим, которые из-за увечья или болезни не могли содержать себя и в силу этого направлялись в приют. Это было широко распространено во многих странах Европы. Однако далеко не все нуждающиеся имели возможность проживания в приютах, несмотря на то, что условия пребывания в них были крайне скромными, питание очень бедным, а медицинская помощь практически отсутствовала. Безусловно, в те времена ни в одной из стран не ставился вопрос о восстановлении призреваемых лиц до уровня полноценных членов общества, хотя следует отметить, что уже наметились определенные сдвиги в области восстановительного лечения и материальной компенсации.

На Руси, после введения христианства, отношение общества к лицам с ограниченными возможностями сводилось к кормлению нищих, в годы правления князя святого Владимира на Руси появились первые больницы, в которых оказывалась медицинская помощь. При многих монастырях устраивались особые помещения для нищих и убогих в соответствии с Церковным уставом 996г., в котором в обязанности духовенства вменялись надзор и попечение.

В последующие столетия на Руси грандиозными масштабами развивается нищенство, издается Указ о регистрации всех «прокаженных и престаревшихся» и о введении дифференцированного подхода к нуждающимся. При этом рекомендуется либо призрение в богадельнях, либо «питание по дворам», либо привлечение к работам на добровольной основе или в принудительном порядке. В это же время начинают формироваться ростки медико-социальной экспертизы, в результате чего в 1663. был издан Указ о назначении инвалидам-раненым и пришедшим из плена денежного и кормового довольствия. Инвалиды по этому указу делились на две категории - тяжело- и легкораненые, а с 1678г. инвалиды подразделялись уже на три разряда: тяжело-, средне- и легкораненых.

Систематизация мероприятий в сфере общественного призрения происходит при императоре Петре I - появляется дифференциация нуждающихся по их потенциалу (трудоспособные, профессиональные нищие, временно нетрудоспособные и т.д.). В 1700г. император пишет о создании во всех губерниях богаделен для старых и увечных, а также госпиталей для незаконнорожденных («засорных») детей и сиротских домов.

В 1775г. Екатерина II повелела создать в 40 губерниях целую сеть специальных учреждений, именуемых «Приказами общественного призрения», которым вменялось попечение народных школ, сиротских домов, госпиталей и больниц, домов для умалишенных и др.

В конце XIX - начала XX столетия возникают понятия «полной и частичной трудоспособности», а в 1903г. издаются «Правила для

определения утраты трудоспособности от телесных повреждений вследствие несчастных случаев», в которых степень утраты трудоспособности выражалась в процентах. Было указано, что владельцы предприятий обязаны были лечить пострадавшего и уплачивать ему денежное пособие во время лечения и пенсию в случае наступления инвалидности. Однако вознаграждение по этому закону могли получать лишь те лица, несчастные случаи, с которыми не были вызваны грубой неосторожностью пострадавшего. Пострадавшие должны были на суде привести доказательства того, что несчастный случай произошел по вине нанимателя, а не рабочего.

Начиная с 1908г. в России стали организовываться врачебные консультационные бюро, явившиеся прообразом экспертных учреждений, главная задача которых заключалась в оценке трудоспособности больных с учетом характера заболевания или травмы. В состав консультационных бюро входило от трех до пяти врачей, и размещались они на базе городских больниц.

2. НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ - КАК ОТРАСЛЬ НАУКИ

Под медицинской реабилитацией подразумевается система государственных, социально-экономических, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду. По определению комитета экспертов ВОЗ (1980) медицинская реабилитация это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально - оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе (McLellan DL., 1997; Wade D-Б 1992).

Реабилитация как самостоятельная отрасль медицины стала бурно развиваться после Второй мировой войны, при которой инвалидизация населения достигла небывалых размеров.

Нейрореабилитация, или реабилитация больных неврологического профиля, является собственно разделом медицинской реабилитации, который как отрасль науки сформировался относительно недавно.

Только в 1996 г. в Ньюкасле (Англии) состоялся первый всемирный конгресс по неврологической реабилитации. В настоящее время эти конгрессы проводятся регулярно каждые три года. В апреле 1999 в Торонто (Канаде) состоялся второй и третий в апреле 2002 г. в Венеции, четвертый в феврале 2006 в Гонконге. Эти конгрессы проходят под эгидой американского общества нейрореабилитации, всемирного форума неврологической реабилитации и немецкого общества неврологической реабилитации. Однозначного ответа, какие контингенты больных и инвалидов нуждаются в физической нейрореабилитации в литературе не существуют (Черникова Л.А., 2003). Одни авторы полагают, что медицинская реабилитация, должна быть частью лечебного процесса для всех больных, которым угрожает длительная нетрудоспособность, другие - считают, что реабилитацию следует применять только для инвалидов.

Традиционно к основным заболеваниям нервной системы, нуждающимся в реабилитации, относили:

- 5) инсульт;
- 6) травматические повреждения головного и спинного мозга;
- 7) периферические нейропатии;
- 8) вертеброгенные неврологические синдромы;
- 9) детский церебральный паралич.

Показания к реабилитации демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний считались спорными. К настоящему времени определился основной список нозологических форм, при которых должна использоваться физическая реабилитация. К ним относятся:

- 10) инсульт;
- 11) травма головного и спинного мозга;
- 12) повреждения периферических нервов;
- 13) детский церебральный паралич;
- 14) рассеянный склероз;
- 15) болезнь Паркинсона;
- 16) болезнь Гентингтона;
- 17) заболевания двигательного нейрона (боковой амиотрофический склероз, прогрессирующий бульбарный паралич, прогрессивная мышечная атрофия);
- 18) наследственные заболевания нервной системы (торзионная дистония, мозжечковые атаксии);
- 19) полинейропатии;
- 20) заболевания мышц;
- 21) вертеброгенные неврологические синдромы.

Безусловно, цели и задачи физической нейрореабилитации для заболеваний, при которых имеется сформировавшийся неврологический дефект (как, например, инсульт, травмы головного и спинного мозга) и для прогрессирующих дегенеративных и наследственных заболеваний (болезнь Паркинсона, болезни двигательного нейрона и т.д.) различны.

3. ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Реабилитация — комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, проводимых с целью максимально возможного восстановления или компенсации нарушенных или утраченных функций организма и социальной реадaptации больных.

Реабилитации подлежат больные, перенесшие острые поражения центральной или периферической нервной системы (инсульт, черепно-мозговая и позвоночно-спинномозговая травма, энцефалит, синдром

Гийена—Барре, травмы периферических нервов и др.), а также больные с последствиями острых заболеваний или прогрессирующими заболеваниями нервной системы (такими, например, как рассеянный склероз, болезнь Паркинсона или боковой амиотрофический склероз).

У больных с повреждением центральной и периферической нервной системы возможно самопроизвольное восстановление функций, связанное с регенерацией, а также структурной или функциональной перестройкой нервной ткани. Возможности восстановления функций при повреждениях периферической и центральной нервной системы различны. При поражениях периферической нервной системы даже в самых тяжелых случаях: при тетраплегии, выраженной дыхательной недостаточности, требующей длительного проведения искусственной вентиляции легких,— может произойти полное восстановление функций. Это объясняется возможностью регенерации поврежденных периферических нервных волокон. В центральной нервной системе невозможна не только замена погибшей клетки на новую, что, например, происходит при повреждениях некоторых внутренних органов, но и регенерация поврежденного нервного волокна. Таким образом, восстановление функций в центральной нервной системе осуществляется только за счет того, что соседние неповрежденные нейроны берут на себя функцию погибших. Это возможно путем установления новых связей с другими клетками. Указанный процесс начинается уже в первые дни после поражения и в последующем продолжается в течение нескольких месяцев, иногда лет.

Экспериментально и клинически установлено, что в условиях специальных тренировок нарушенных двигательных или нейропсихологических функций

процесс их восстановления протекает быстрее и более полно.

В тех случаях, когда восстановление утраченных функций оказывается невозможным, больной в процессе реабилитации может приобрести новые

навыки, восстановить самообслуживание и способность к общению с окружающими.

Степень восстановления зависит от возраста больного, локализации, обширности, характера и давности повреждения, наличия когнитивных нарушений и мотивации больного, сопутствующих заболеваний. Эффективная реабилитация возможна при применении комплекса медикаментозных, физических и психологических воздействий и требует совместных усилий целой команды специалистов, включающей врачей-реабилитологов, логопедов, физиотерапевтов, психологов, медицинских сестер по реабилитации.

Основными принципами реабилитации являются:

- 22) раннее начало;
- 23) комплексное проведение всех видов восстановительной терапии, направленных на разные сферы функционирования больного (психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга);
- 24) этапность реабилитационных мероприятий с соблюдением определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного комплекса и постепенным увеличением нагрузок;
- 25) непрерывность и преемственность между отдельными этапами реабилитации;
- 26) партнерство, т.е. привлечение больного к активному сотрудничеству с персоналом в процессе реабилитации с постоянным подкреплением его
- 27) мотивации и поощрением даже минимальных успехов;
- 28) индивидуальный характер всех реабилитационных мероприятий;
- 29) осуществление реабилитации в коллективе больных;
- 30) максимально широкое привлечение родственников и близких больному лиц.

4. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Инсульт (от лат. insulto - скачу, впрыгиваю), "мозговой удар" — представляет собой группу заболеваний, обусловленных острой сосудистой патологией мозга, характеризующихся внезапным исчезновением или нарушением мозговых функций, длящихся более 24 часов или приводящих к смерти.

При развитии инсульта самыми дорогими являются первые минуты и часы заболевания, именно в это время медицинская помощь может быть наиболее эффективной

Одними из наиболее важных проблем современной неврологии являются диагностика и лечение мозговых инсультов, что обусловлено их широкой распространенностью и высоким уровнем смертности. Около 80% выживших после перенесенного мозгового инсульта становятся инвалидами, часть из них нуждается в постоянном уходе родственников трудоспособного возраста, поэтому проблема эта не только медицинская, но и социально-экономическая. Достижение необходимого уровня самообслуживания больного, его социальная, психологическая и двигательная адаптация в постинсультном периоде, восстановление трудоспособности - цели нейрореабилитации.

В процессе нейрореабилитации больных, перенесших инсульт, необходимо учитывать ряд особенностей, в частности:

31) Наличие соматических, в первую очередь кардиологических заболеваний, декомпенсация которых привела к развитию ОНМК.

32) Возможное нарушение речевого общения с пациентом из-за наличия афатических или дизартрических расстройств (в том числе и понимания обращенной речи).

33) Возможные нарушения когнитивных функций (иногда до уровня деменции), снижающие мотивацию пациента к занятиям.

34) Сочетание ряда выраженных неврологических синдромов, значительно затрудняющих процесс восстановительного лечения (гемипарез и нарушение чувствительности, атактический синдром и др.).

35) Наличие депрессии у больного. Вероятность полного восстановления здоровья после перенесенного инсульта является низкой. Даже при полном регрессе неврологического дефекта, пациент в большинстве случаев должен

изменить образ жизни с особым вниманием на факторы риска развития повторного инсульта (контроль АД, постоянный прием гипотензивных препаратов, пожизненная антиагрегантная терапия).

Основные принципы нейрореабилитации больных, перенесших инсульт являются:

- 1 раннее начало реабилитационных мероприятий;
- 2 систематичность и длительность, т.е этапная реабилитация;
- 3 комплексность, мультидисциплинарность, адекватность реабилитационных мероприятий;
- 4 активное участие в реабилитации самого больного, его близких и родственников.

Острые повреждения головного мозга (инсульты, черепно-мозговые травмы) часто приводят к тяжелым расстройствам двигательных и познавательных возможностей больных. Полнота и скорость восстановления нарушенных функций зависит не только от качества процесса лечения, но и от организации ухода за больным и вовлечения его в привычную повседневную жизнь. Значение ухода за больным и помощи ему в удовлетворении им своих потребностей переоценить трудно. Самое современное и правильное лечение может не дать ожидаемого эффекта в том случае, если у пациента, например, из-за длительного неподвижного положения в постели развиваются пролежни, пневмония или другие осложнения, либо если не обеспечиваются способствующие восстановлению нарушенных функций условия. В лечебном учреждении необходимую

медицинскую помощь и повседневный уход за больным организуют и осуществляют врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал. Однако большое содействие больному способны оказать и близкие ему люди. Их помощь важна при выполнении гигиенических процедур, перемещении, питании больного. Очень большое значение имеет и психологическая поддержка больного, а также создание благоприятствующих его выздоровлению условий. Роль членов семьи и близких людей особенно возрастает тогда, когда больного выписывают из стационара домой. От их активного участия во многом зависит, сумеет ли больной преодолеть последствия болезни, восстановить или компенсировать свои нарушенные функции и возвратиться к полноценной жизни в семье и обществе. Однако для оказания подобной помощи родственникам больного полезно знать основные правила ухода за больным и оказания ему помощи в восстановлении навыков повседневной активности.

Медицинская реабилитация и медико-социальная экспертиза при нарушении мозгового кровообращения

Нарушения мозгового кровообращения являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности. 70 % всех МИ составляют инфаркты мозга (ИМ). Наиболее частыми последствиями МИ являются: двигательные нарушения, двигательные расстройства (81,2 %), чувствительные нарушения, голосово-речевые нарушения (75 %), когнитивные нарушения (60 %), нарушения высших психических функций, психопатологические нарушения (100 %).

Процесс восстановления движений в паретичных конечностях длится в первые 3-6 месяцев от начала инсульта. Восстановление сложных двигательных навыков, таких как самообслуживание, трудовая деятельность может восстанавливаться до 1-2 лет. Восстановление речи может длиться до 3-х лет. Основные задачи реабилитации пациентов, перенесших МИ:

- 1) Повышение толерантности к физической нагрузке.
- 2) Восстановление мышечной силы.
- 3) Нормализация мышечного тонуса.

- 4) Восстановление речи.
- 5) Восстановление высших психических функций.
- 6) Восстановление чувствительности.
- 7) Улучшение психоэмоционального состояния.
- 8) Нормализация АД.
- 9) Сохранение социального статуса.
- 10) При возможности наиболее полный возврат к труду.
- 11) Предотвращение инвалидности.
- 12) Снижение смертности.
- 13) Достижение поставленной цели при минимальных материальных затратах.
- 14) Отказ или уменьшение потребности в курении.
- 15) Улучшение липидного профиля.
- 16) Уменьшение массы тела.

Реабилитационные мероприятия проводятся на всех этапах МР. В реабилитации пациентов, перенесших ИМ, используются следующие методы реабилитации: I. Лечение положением (физиологические укладки). Лечение положением предполагает придание парализованным конечностям правильного положения во время нахождения пациента на постельном режиме. Важно предотвращение длительной фиксации конечностей в одной позиции. Необходима периодическая смена укладок на спине, на здоровом боку и на парализованной стороне, фиксация кисти и предплечья на лангете. Укладка в положении на спине проводится в позе, противоположной позе Вернике-Манна. Парализованную руку укладывают на подушку так, чтобы вся рука и плечевой сустав находились на одном уровне в горизонтальной плоскости, руку отводят до угла 90° (при болях начинают с меньшего угла, доведя его в последующем до 90°), выпрямляют и супинируют. Кисть с разведенными и разогнутыми пальцами фиксируют лонгетой, предплечье — мешочком с песком. Ногю на стороне паралича сгибают в коленном суставе под углом $15-20^\circ$ (под колено подкладывается валик), стопу приводят в

положение тыльного сгибания под углом 90° и удерживается в таком положении упором стопы о край кровати или деревянного ящика, прикрепленного к спинке кровати и обтянутого мягкой тканью, либо с помощью специального футляра. Укладки в положении на спине и здоровом боку меняют через 2 ч. При раннем повышении тонуса лечение на спине продолжается до 2 ч, на здоровом боку — 30-60 мин. II. Кинезотерапия. При выборе физических нагрузок определяют толерантность пациента к физической нагрузке. Наиболее используемым методом для расчета является формула, предложенная А.

36) Беловой (1998, 2000). При этом следует обращать внимание на сопутствующую патологию, профиль факторов риска, особенности внутренней картины болезни и социальное окружение. В ИПР включают:

Бобат-терапия: восстановление двигательной активности лежа, обучение самостоятельному сидению, обучение самостоятельному вставанию, тренировка навыков самостоятельной ходьбы, тренировка равновесия (сидя, стоя, динамического). 2. Проприоцептивная нейромышечная стимуляция. 3. Тренировка координации. 4. Дыхательная гимнастика. 5. Подбор вспомогательных средств и адаптация к ним (кресло-каталка, шины, средства для ходьбы). 6. Групповые занятия. В острый период ИМ проводится кинезотерапия в форме лечения положением, дыхательной гимнастики, пассивных, пассивно-активных движений с постепенной вертикализацией пациентов. Двигательная реабилитация пациентов с МИ включает ряд последовательных стадий с учетом режима: двигательная активность в пределах постели; активный переход в положении сидя из положения лежа; переход в положение стоя из положения сидя; обучение ходьбе. Важным этапом является обучение стоянию и ходьбе. В положении стоя вырабатываются реакции равновесия (вертикализации по Бобату), без которых свободная ходьба затруднена. Дыхательные упражнения предусматривают наличие в комплексе удлиненного выдоха, вдоха через нос. Выдох осуществляется через несколько приоткрытый рот.

Сгибание предплечья или кисти проводят на фоне вдоха, разгибание — на фоне удлинённого выдоха. Пассивную гимнастику при неосложнённом ИМ начинают в первый день болезни, при внутримозговом кровоизлиянии — на 2-3 (при стабильном состоянии пациента и стабильной гемодинамике). Для предупреждения повышения мышечного тонуса упражнения начинают с проксимальных отделов конечности, постепенно переходя к дистальным. Движения выполняются как на больной, так и на здоровой стороне (избегая повышения тонуса), сочетаются с дыхательной гимнастикой и обучением пациента активному расслаблению мышц. Активная гимнастика при отсутствии противопоказаний начинается при ИМ через 7-10 дней, при внутримозговом кровоизлиянии — через 2-3 недели от начала болезни. Нагрузки должны строго дозироваться амплитудой, темпом, количеством повторений движения. На 8-10 день при ИМ и на 2-3-й неделе при внутримозговом кровоизлиянии на фоне стабильных показателей гемодинамики начинается обучение сидению, затем стоянию около кровати на обеих ногах и попеременно на здоровой и паретичной ноге. При этом коленный сустав поражённой стороны фиксируется руками методиста или лангетой. В настоящее время наиболее физиологичным методом двигательной реабилитации у неврологических пациентов является метод нейромоторного переобучения по Бобату. Она применяется как нейродинамический метод восстановления. Методика оказалась эффективной при большинстве видов поражений головного мозга.

III. Массаж. Массаж при неосложнённом ИМ начинают уже на 2-5 день болезни, при внутримозговом кровоизлиянии — на 6-8. При раннем массаже спастичных мышц возможно применение только плоскостного поверхностного поглаживания в медленном темпе; при массаже их антагонистов — плоскостное поглаживание, негрубое растирание и разминание, темп более быстрый. Массаж проводят в положении пациента на спине и здоровом боку, ежедневно, 8-10 мин, увеличивая постепенно продолжительность процедуры до 15-20 мин. Массаж начинают с

проксимальных отделов конечности и продолжают по направлению к дистальным отделам, на курс до 30-40 сеансов. У пациентов с ИМ применяются следующие виды массажа: точечный, лимфодренаж.

Психологическая помощь больному:

Психологическая помощь больному. Человек, имеющий тяжелые последствия болезни или травмы головного мозга (паралич руки или ноги, нарушения речи и др.), часто бывает подавлен, угнетен или испуган. Особенно тяжело переносится им возвращение из больницы домой. В больнице были врачи, беседы с ними и с товарищами по несчастью, процедуры, занятия. Жизнь текла по определенному режиму, и после его нарушения больной может почувствовать себя даже в кругу семьи особенно одиноко и беспомощно. Реакция разных людей на кризисную ситуацию неодинакова, но есть и общие ее проявления. Впервые время после несчастья человеку свойственно отказываться верить в жестокую действительность и испытывать надежду на скорое чудо. Такое отрицание случившегося затем нередко сменяется обидой на судьбу или окружающих. «Почему именно я?» - этот вопрос может не давать покоя больному долгое время. Часто раздражение его направлено на медперсонал, на общество в целом, на тех, кто мог бы оказаться на его месте, либо даже на самого себя. Такая эмоциональная реакция вполне естественна для определенных стадий болезни, но если она затягивается, то начинает мешать восстановлению нарушенных функций и/или приспособлению к болезни. В таких случаях особенно важна поддержка родственников, а если ее недостаточно - то и помощь психолога или психотерапевта. Больному важно помочь осознать и принять свое положение, предоставив ему объективную информацию о заболевании, его последствиях и перспективах восстановления нарушенных функций. Эти знания позволяют лучше решить вопрос, как приспособиться к болезни. Не всегда надо рассказывать больному все негативные детали о его состоянии, чтобы защитить его от ненужных переживаний. Но все же больной имеет право знать настолько много о своем положении, насколько

это возможно, и только достаточно полная объективная информация поможет ему принять рациональные решения, как жить дальше. Одновременно важно помочь больному научиться жить, не подавляя и не скрывая своих переживаний, но и не выставляя их на показ. Если больному хочется плакать, посоветуйте ему плакать, не стыдясь своих слез. Это снимет часть его напряжения и даст возможность затем перейти к новому периоду его жизни, сосредоточиться на решении новых задач и начать работать над восстановлением нарушенных функций. Важно напомнить больному, что он остается таким же единственным и неповторимым человеком, каким был до болезни или травмы, хотя некоторые части тела и перестали его слушаться его столь же хорошо, как и раньше. Но все то, что составляло его Я, он сохранил: свою личность, вкусы, симпатии и антипатии, свои надежды и тревоги, даже свое чувство юмора. Осознать новую ситуацию и принять себя в ней - это значит сделать первый шаг на пути к восстановлению своих возможностей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Помимо медицинской реабилитации, выделяют профессиональную и социальную реабилитацию.

Профессиональная реабилитация может включать адаптацию на прежнем рабочем месте; реадаптацию на новом рабочем месте с измененными условиями труда, но на том же предприятии; реадаптацию на новом рабочем месте в условиях, близких к прежней профессиональной деятельности, но с пониженной физической нагрузкой; полную переквалификацию с работой на прежнем предприятии; полную переквалификацию в реабилитационном центре с трудоустройством по новой специальности. Переквалификация создает условия для домашнего труда или работы в особых цехах (отделах предприятий) с укороченным рабочим днем, индивидуальной нормой выработки и постоянным медицинским наблюдением. Вопрос о переобучении лиц, получивших инвалидность,

решает медико-социальная экспертная комиссия; направление на переобучение выдает отдел социального обеспечения. Реабилитация лиц, утративших слух или зрение, осуществляется на базе учебно-производственных предприятий обществ глухих или слепых; для психически больных с этой целью используют лечебно-производственные мастерские.

Социальная реабилитация означает прежде всего гарантированные права больных на бесплатную медицинскую помощь, льготное получение лекарств и путевок в санаторий, материальное обеспечение при частичной или полной утрате трудоспособности, обязательное выполнение администрацией учреждений и предприятий предложенных медико-социальной экспертной комиссией трудовых рекомендаций (связанных с продолжительностью рабочего дня, исключением работы в ночные смены, предоставлением дополнительного отпуска и т.д.). Наряду с этим социальная реабилитация включает в себя весь комплекс мер по восстановлению или компенсации нарушенных функций с помощью современных инженерно-технических методов, в том числе совершенствование различных видов протезов при дефектах опорно-двигательного аппарата, проведение слухопротезирования, обеспечение инвалидов специальными транспортными средствами, создание особых конструкций бытовых приборов и т.п.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. В.Я.Латышева “Медицинская реабилитация при основных заболеваниях терапевтического и неврологического профиля” - Гомель:ГомГМУ 2012-152с.
2. С.В.Прокопенко, Э.М.Аракчаа “Алгоритм реабилитации больных, перенесших инсульт”, учебно-методическое пособие: Красноярск, 2008 - 40с.
3. «Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения»: Учебно-методическое пособие по неврологии для студентов медицинских вузов / под. ред. В.И.Скворцовой.- М.:Литтерра, 2006.-104 с.