

медленного диапазона характерны для артериальной гипертензии III стадии с наличием у больного двигательной заторможенности, замедленной психической деятельностью. Выраженность изменения ЭЭГ зависит от влияния поражения на подкорковые ядра и стволовые образования и подразумевает необходимость комплексного исследования (ангиография, ЭхоЭЭГ, РЭГ) для освещения таких вопросов дифференциального диагноза, как глубина расположения гематомы, отношение ее к стволовым структурам и магистральным мозговым артериям и бассейнам.

Литература:

1. Акулова Ф.Д. Реография. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы: Справочник.-М., 1986.-с.340-364.
2. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней (Руководство для врачей).- 2-е изд., перераб. и доп.-М.: Медицина, 1991.- с. 423-525.
3. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы: Справочник// Под редакцией Т.С.Виноградовой.-М.: Медицина, 1986.-416 с.
4. Методика ЦГД Шрамека-Бернштайна //Critical Care Medicine, April 1990, Vol.18, N 4, p.414-418.

УДК 616.831 - 005.1 - 08

КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

С. У. Абенова

КГКП «Поликлиника города Аксу», Павлодарская область, г. Аксу

Ишемиялық инсульт өткерген науқастарды реабилитациялаудың шараларының кешені

Науқастарды реабилитациялаудың негізгі бағыты, инсультты өткергендерді белсендірілген күтім, емі, онтогенетикалық, кинезотерапия медикаментозды, гомеостазды үрдісті қамтамасыз еті.

Complex of rehabilitational measures of patients with ischemic stroke

Basical directions of rehabilitation of patients after stroke are: active care, treatment with moving, ontogenetical kinesiotherapy, medicamental provision of homeostasis processes.

Общеизвестно, что острые нарушения мозгового кровообращения сопровождаются высокими показателями смертности и летальности и большим удельным весом инвалидизации среди выживших больных (80%). В нашей стране инвалидизация вследствие инсульта занимает одно из первых мест среди патологии, являющейся причиной инвалидности.

В мировой практике имеется хорошо разработанная система оказания помощи больным с инсультом, в которой большое место отводится реабилитации, в том числе и ранней. В настоящее время в Казахстане созданы и доказали свою эффективность службы ранней реабилитации в рамках сосудистых неврологических отделений. Основная цель ранней реабилитации - это профилактика образования устойчивых патологических систем или уменьшение степени выраженности их за счёт активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем с привлечением как медикаментозных и немедикаментозных методов воздействия.

Существует система этапной реабилитации постинсультных больных на основе интеграции стационарного, поликлинического и санаторно-курортного этапов, соответствующая трём уровням реабилитации (восстановление, компенсация и реадaptация).

Организация реабилитационной работы осуществляется выбором методов восстановительной терапии. Восстановительная терапия должна быть простой, доступной как медицинскому персоналу, так и ухаживающим за пациентом лицам. Реабилитационные мероприятия в большей степени направлены на двигательную сферу, это определяется тем, что: 1) двигательные расстройства наблюдаются более чем у 85% больных инсультом; 2) двигательные расстройства в большей степени мешают самообслуживанию; 3) двигательная функция является наиболее подвижной, она быстро нарушается при снижении мозгового кровотока и также может быстро восстанавливаться; 4) неравномерное восстановление отдельных мышц приводит к развиту патологических двигательных паттернов, что определя-

ет необходимость контроля над процессом восстановления движений; 5) на моторику можно воздействовать с периферии через интернейроны спинного мозга как методами кинезотерапии, так и сенсорными стимулами; 6) воздействие на двигательную сферу будет способствовать нормализации и других функций.

В фазе ранней мобилизации необходима организация активизирующего ухода и контроля над витальными функциями: мочеиспусканием, дефекацией, приёмом пищи. К активизирующему уходу на ранних этапах относится лечение положением: ранняя активизация, раннее использование прикроватного туалета (а не судна), постоянная проверка функции глотания, применение специально подобранной диеты, достаточного количества потребляемой жидкости, одевание компрессионных чулок.

Ранняя вертикализация больных предусматривает возвышенное положение туловища уже в первые дни пребывания больного в стационаре, возвышенное положение туловища при приёме пищи. В последующие дни поднятие головного конца кровати, присаживание больного и опускание нижних конечностей, затем-вставание с помощью медицинского персонала на 3-5 минут около кровати при лёгкой и средней тяжести ишемического инсульта.

Внимательно нужно следить за функцией глотания. При затруднении глотания кормление проводят только в положении больного сидя с опорой под спину. Очень важным является подбор консистенции пищи.

Для этапного восстановления функции мускулатуры необходима онтогенетически обусловленная кинезотерапия. Механизмы спонтанного восстановления напоминают становление моторики ребёнка в онтогенезе: сначала восстанавливается аксиальная мускулатура и проксимальные отделы конечностей, затем-дистальные и тонкая моторика.

Значительная роль в восстановительном лечении больных, перенесших инсульт, отводится медикаментозной терапии. Принципы медикаментозной терапии

включают лечение фоновых, сопутствующих заболеваний и активацию регенеративно-репаративных процессов мозга. Немаловажную роль в профилактике инсультов отводится антиагрегантным средствам.

В зависимости от давности инсульта применяют различные препараты. В остром периоде инсульта применяются реперфузия и нейропротекция (магния, глицин, препараты альфа-липоевой кислоты и др.). В раннем восстановительном периоде назначаются препараты, влияющие на репаративные процессы в головном мозге (нейропептиды, ноотропы, вазоактивные препараты и др.). В позднем восстановительном и резидуальном периодах рекомендованы препараты, предотвращающие развитие вторичных патологических синдромов, например контрактур мышц парализованных конечностей (миорелаксанты и др.). Одновременно с целью коррекции различных психопатологических расстройств (в первую очередь, тревоги и нарушения сна) на всех этапах восстановительного лечения назначают транквилизаторы.

В настоящее время успешное применение находят препараты, влияющие на холинергическую нейротрансмиссию. Введение таких препаратов в лечение позволяет за счет дополнительной активации нейропластичности значительно ускорить и сделать более эффективным процесс восстановления.

Таким образом, основными направлениями реабилитации больных, перенесших инсульт, являются: активизирующий уход, лечение положением, онтогенетическая кинезотерапия, медикаментозное обеспечение процессов гомеостаза.

Литература:

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. М. 2000
2. Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. М., Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004.
3. Erita T., Ilmavirta M. Does an intensive care stroke unit reduce the early case-fatality rate of ischaemic stroke. Stroke 1990; 21 (Suppl. 1): 153.

УДК 614.27: 615.225.2 (517.14)

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

¹Р. Е. Кулубек, ²С. А. Акитова, ³Г. Ш. Сабрбаева

¹Государственный медицинский университет г. Семей

²КГКП «МО Глубоковского района ВА с. Бобровка»,

³КГКП «МО Глубоковского района ВА с. Прапорщиково»

В обзоре представлены лекарственные средства, применяющиеся для рациональной терапии артериальной гипертензии. Описаны их фармакологические параметры, возможный режим дозирования и ожидаемые нежелательные эффекты.

Гипертензияға қарсы дәрігерлік заттар

Артериальды гипертензияның рациональды емінде қолданылатын дәрі-дәрмектер көрсетілген. Олардың фармакологиялық көрсеткіштері, мөлшерлеу режимдері мен болжам жазғымсыз әсерлері сипатталған.

Antihypertensive remedies

In review were performed the remedies rational therapy for treatment arterial hypertension. Pharmacodynamics and pharmacokinetics parameters not rigdts, and possible regime of dosage and expertly adverse effects.

Антигипертензивные средства действуют на одну или несколько анатомо-физиологических структур, участвующих в регуляции АД и оказывают эффект путем вмешательства в механизмы повышения АД. Нами представлены группы гипотензивных препаратов, используемых в амбулаторной практике, а также возможные стандарты лечения артериальной гипертензии.

Диуретики - препараты, прямое действие которых на почки приводит к угнетению реабсорбции натрия и воды, и следовательно, увеличивает объем экскретируемой жидкости. Все диуретики первоначально снижают АД за счет увеличения экскреции натрия, уменьшения объема циркулирующей крови, внеклеточной жидкости и снижения сердечного выброса. Через 6-8 недель отмечается постепенное уменьшение диуретического действия при нормализации сердечного выброса. В этих условиях гипотензивный эффект диуретиками связан с уменьшением периферического сопротивления, обусловленный снижением миогенного тонуса сосудов вследствие уменьшения концентрации внутриклеточного натрия и увеличением калия в сосудистой стенке. Диуретики понижают как систолическое, так и диастолическое давления, поддерживают или даже увеличивают

сердечный выброс, почти не вызывают ортостатической гипотонии.

Гидрохлортиазид (гипотиазид, эзидрекс) - тиазидный диуретик с умеренным по силе и средним по продолжительности действием. Назначается внутрь по 25-100 мг/сут при однократном или двукратном применении. Лечение может быть длительным или прерывистым. В первом случае стремятся к минимальной эффективной дозе препарата. У больных с почечной недостаточностью при клубочковой фильтрации менее 20 мл/мин (уровень креатинина в плазме выше 2,5 мг/100 мл) гидрохлортиазид, из-за неэффективности не применяется как и другие тиазиды.

Фуросемид (лазикс) - мощный сульфаниламидный диуретик кратковременного действия. Назначается по 40-120 мг/сут внутрь или в/в. Максимальная доза 240 мг/сут.

Спиронолактон (альдактон, верошпирон) - калийсберегающий диуретик с длительным действием. Диуретический эффект выражен умеренно, гипотензивное действие слабо и непостоянно. Гипотензивный эффект не проявляется при нормальном или низком АД. Назначается по 25 - 100 мг/сут.

Триамтерен (дайтек, птерофен) - калийсберегающий слабый диуретик со средней продолжительностью