

одов, регулируемая в апертуре терминала 0-120 мВт., магнитная индукция не менее 20 мТл.

Терминал накладывается на область проекции выхода нервного пучка, на стороне поражения, затем медленно легким касанием передвигается по ходу поражения нервного ствола, по линиям к области лба, носа и подбородка. Частота 50 гц. по 1 минуте на каждую линию, мощность светодиодов 50 мВт. Потом воздействуем на проекцию верхнего шейного симпатического узла. При мышечной слабости частота 5 гц. Длительность курса 10 процедур. Сеанс проводился ежедневно. Все больные хорошо переносили лечение.

На фоне лечения полное выздоровление отмечено у 3 больных. Значительное улучшение у 10 больных (больные стали закрывать глаза, исчезла сглаженность носогубной складки, расстройства вкуса и слюноотделения.) У 5 больных улучшение было незначительное.

Всем больным с неполным выздоровлением было продолжено лечение в амбулаторных условиях с рекомендациями продолжить физиолечение, лечебную гимнастику, иглоукалывание и курсами массаж.

Выводы

1. Включение квантовой терапии в комплексное лечение больным с невралгией лицевого нерва является одним из эффективных методов патогенетической терапии;

2. Хорошая переносимость позволяет широко использовать его и у пожилых больных;

3. Таким образом, квантовую терапию можно рекомендовать как обязательный элемент комплексной терапии на раннем этапе лечения.

Литература:

1. Фарбер М.А., Фарбер Ф.М. Невралгия лицевого нерва – Алма-Ата. - Гылым, - 1991 – 155с.

2. Боголюбов В.М. Физиотерапия и курортология, книга 3, - Москва, - Издательство БИНОМ, 2012. – С. 46-48;

3. Гурленя А.М., Багель Г.Е., Смычек В.Б. Физиотерапия в неврологии. - Москва: Медицинская литература. - 2008. - С. 108-113.

Тұжырым АЯДЫҒЫ БЕТ ЖҮЙКЕНІҢ НЕВРИТИНДЕГІ КВАНТТЫҚ ТЕРАПИЯ Р.Е. Сарсенова

Ақмола облыстық ауруханасыб, Көкшетау қ.

Бас сүйегі жүйкесінің алдыңғы бет жүке невриті жиірек кудеседі. Кванттық терапия қарқынды өркендеуін 90 ж. басында алды.

Емдеудің бастапқы кезеңінде кванттық терапиялы кешендік терапияның міндетті элементі ретінде ұсынуға болады.

Негізгі сөздер: кванттық терапия, бет жүйкесінің невриті

Summary QUANTUM THERAPY WITH NEURITIS OF THE FACIAL NERVE R.E. Sarsenova

Akmola regional hospital, Kokshetau c.

Neuritis of the facial nerve is more common the defeat of other cranial nerves.

Quantum therapy had a rapid development in the early 90 s. quantum therapy can be recommended for the treatment on early stages of disease.

Key words: quantum therapy, neuritis of the facial nerve.

УДК 616.831-005-08

А.Р. Темирова, М.Б. Сыздықов, Ш.Ф. Капаров, Т.Е. Каирбекова, Р.Е. Сарсенова, Л.Т. Бекенова

Ақмолинская областная больница, г. Кокшетау

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Аннотация

Основными принципами реабилитации являются: раннее начало реабилитационных мероприятий, систематичность и длительность, что возможно при хорошо организованном поэтапном построении реабилитации, комплексность, мультидисциплинарность, адекватность реабилитационных мероприятий, активное участие в реабилитации самого больного, его близких и родных. Важность ранней реабилитации связана с тем, что к комплексному восстановительному лечению нужно приступать уже через неделю после возникновения инсульта, если отсутствуют противопоказания.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, ранняя реабилитация.

Острое нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно регистрируется 100–300 случаев инсультов на каждые 100000 населения. По данным европейских исследователей, на каждые 100 тысяч населения при-

ходит 600 больных с последствиями инсульта, из них 360 (60%) являются инвалидами. Частота инвалидизации в Республике Казахстан составила 104,6 случаев на 100000 населения.

Реабилитация лиц - это система мероприятий, направленных на быстрое восстановление здоровья и возвращение человека к активной жизни и обществен-

но-полезному труду. Основной задачей реабилитации является восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, включая восстановление навыков самообслуживания, социальной активности, межперсональных отношений, когда это возможно – трудоспособности [3]. Комплексность и адекватность реабилитационных мероприятий могут обеспечить только высококвалифицированные специалисты работающих как единая команда (мультидисциплинарная команда), с четкой согласованностью и координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации задач реабилитации. Мультидисциплинарная бригада – это команда квалифицированных специалистов, помогающих пациенту достичь поставленных реабилитационных целей: неврологи-реабилитологи, методисты ЛФК, логопеды-афазиологи, физиотерапевты, психотерапевты, рефлексотерапевты, медицинские сестры, специально обученные приемам реабилитации.

В случаях с геморрагическими инсультами – через 2-3 недели. Европейская организация по изучению инсульта рекомендует начало проведения реабилитационных мероприятий в пределах первых 3-4 недель. Эти рекомендации основаны на изучении случаев ранней и поздней реабилитации, которое показало, что ранняя реабилитация значительно улучшает прогнозы восстановления после инсульта и снижает риск повторных инсультов [5]. В целом, если комплексное восстановление начинается как можно раньше, организм больного быстрее мобилизуется на победу осложнений инсульта, включая такие как: тромбоз глубоких вен, застойная пневмония, расстройства желудочно-кишечного тракта, формирование контрактур, пролежней. На этом этапе реабилитационные мероприятия начинаются уже в блоке интенсивной терапии инсультного центра и включают: лечение положением, дыхательную гимнастику, коррекцию расстройств дыхания, раннюю вертикализацию, кинезотерапию.

Целью данного исследования являлась оценка эффективности применения принципов ранней реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Материалы и методы. С открытием инсультного центра в Акмолинской областной больнице, возросло число пролеченных пациентов в раннем восстановительном периоде после мозгового инсульта с 22,5% в 2011 г. до 46,5% в 2012г. За 2012 год и за квартал 2013года пролечено 190 пациентов в раннем восстановительном периоде после ОНМК. Реабилитационные мероприятия проводились на фоне приема нейротрофических и вазоактивных препаратов. Реабилитационная программа для каждого больного была строго индивидуальной в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером основного заболевания, возрастом, сопутствующими заболеваниями.

Наиболее частыми последствиями инсульта являются двигательные расстройства в виде параличей и парезов, чаще всего односторонних гемипарезов различной степени выраженности. Нами используются физические факторы рефлекторного, местного действия с целью коррекции изменений работы сердечно-сосудистой системы и двигательных нарушений: электрофорез с применением различных лекарственных препаратов (прозерин, КI, дибазол), квантовая терапия, электромагнитотерапия низкой интенсивности и частоты на область пораженных конечностей. Эта методика позволяет добиться миорелаксирующего, спазмолитического и анальгетического эффекта, улучшения трофики и питания; переменное магнитное поле, ампли-

пульс, интерференцтерапия с воздействием на сгибатели предплечья, кисти, разгибатели голени и биоптрон на область пролежней; дифференцированный массаж пораженных и здоровых конечностей [7].

Результаты и обсуждение. Из 175 пролеченных пациентов с гемипарезами у 19,4% отмечены улучшения в виде полного регресса пареза, чувствительных нарушений, снижения спастичности; у 40% - значительное улучшение; у 35%- минимальное улучшение; у 5% больных - практически без эффекта.

Рефлексотерапия является одним из наиболее эффективных методов реабилитации больных как в раннем восстановительном, так и в отдаленном периоде инсульта. Большим преимуществом рефлексотерапии является способность воздействовать на весь организм, стимулируя его защитно-компенсаторные и приспособительные механизмы и нормализуя измененную реактивность. Нами используются самые разнообразные виды рефлексотерапии: иглоукалывание, поверхностная многоигольчатая иглотерапия, термопунктура, точечный массаж, цубо-терапия, электропунктура, прижигание, многоигольчатые разнометаллические аппликаторы и валики Ляпко, позитивная даосская медитативная психотерапия, ци-гун терапия (дыхательная гимнастика) и другое. Существуют определенные трудности в дозировании воздействия, так как у больных часто имеются разнонаправленные патологические процессы (например, парез - снижение функции, и одновременно спастичность мышц - повышение тонуса. Основные точки: E36 цзу-сань-ли, IG хоу-си, V62 шэнь-май, G14 хэ-гу, C5 тун-ли, VB39 сюань-чжун, VB20 фэн-чи, VB21 цзянь-цин, V11 да-чжу, V23 шэнь-шу, G115 цзянь-юй. Воздействие проводится тормозным методом с учетом общего состояния больного и всех проявлений инсульта. В последнее время получает распространение методика краниопунктуры со стимуляцией (в зависимости от преобладающих нарушений) моторной, сенсорной, оптической, речевых и других зон. В постинсультный период у больных часто развиваются различные трофические нарушения: артропатии суставов паретичных конечностей, мышечные атрофии. Среди этой группы пациентов улучшение в процессе комплексного лечения отмечали 91,4% человек в виде уменьшения болевого синдрома.

Вторым по значимости и распространенности последствием инсульта являются речевые нарушения, которые проявляются в виде афазии и дизартрии; афазия развивается у 39,5% больных (наиболее часто сочетается с двигательными нарушениями), дизартрия развивается в 23,4% случаев (чаще встречается одновременно с нарушением глотания). Необходимо использовать раннюю речевую активность пациентов уже в острой стадии мозгового инсульта. Это связано с тем, что активное, стимулирующее, а затем и перестраивающее речевую функцию вмешательство оказывается особенно действенным, когда оно начинается на фоне самопроизвольного (спонтанного) процесса восстановления. Поэтому логопедическое воздействие тем более эффективно, чем раньше оно начато [10]. Приёмы восстановительной терапии дифференцируются в зависимости от сущности нарушения речи (расстройства деятельности того или иного анализатора или их взаимодействия). Наиболее интенсивное восстановление речи происходит в первые 3-6 месяцев, и оно может продолжаться до 2-3 лет [12]. В результате проведения логопедических работ с 54 пациентами в ранний период реабилитации отмечалась следующая динамика: из 27 пациентов с афазией, 20 человек выписаны с улучшением, 3 человека отказались от занятия в связи с де-

прессивным состоянием, 4 пациентов не получили результативности в связи грубыми нарушениями понимания обращенной речи. Из 21 пациентов с дизартрий улучшение отмечалось у 15 пациентов, из 6 пациентов с дисфагией все выписаны с улучшением. На раннем этапе восстановительной работы в инсультом центре проводится работа над стимулированием понимания ситуативной и внеситуативной речи, растормаживанием экспрессивной стороны речи, проводится работа над преодолением нарушения глотания при дисфагии, создание подвижности органов артикуляции. Логопедические занятия проводятся, ежедневно, начиная с 8-10 минут с учетом общего состояния пациентов и увеличиваются до 35-40 минут. Проводится консультативно-обучающая работа с родственниками пациентов, для дальнейшей работы для коррекционно-восстановительных мероприятий в домашних условиях. Всем родственникам и ухаживающими за пациентами с речевыми нарушениями выдаются на электронном носителе комплекс практических упражнений по восстановлению речи.

Психологом проводится консультирование больных и психологическая коррекция индивидуально и в группе. Они направлены на осознание пациентом своих чувств и возможностей, на принятие ответственности на себя, преодоление сопротивления, на изучение и коррекцию неадекватных установок больных по отношению к болезни и к лечению. Используются методы гуманистической психотерапии и консультирования. Занятия проводятся в кабинете, в палате. Длительность занятий от 30-40 мин. При выраженных когнитивных расстройствах занятия проводятся индивидуально, чаще в присутствии родственников. Проводится экспериментально-психологическое тестирование, клиническое интервью, наблюдение. Занятия на выполнение на психомоторную координацию, запоминание слов, ориентацию в пространстве, на определение, краткосрочной, долгосрочной, смысловой памяти и т.д. Применяются техники АРТ - терапий для оценки и коррекций эмоционального состояния и мобилизации сил больного. Так же проводятся консультации с родственниками с целью оптимизации их отношений с больным. Применение консультирования и психологической коррекции в процессе восстановительного лечения постинсультных больных с когнитивными и двигательными нарушениями способствует формированию у них позитивных установок, вовлеченности в лечебный процесс, созданию оптимистической лечебной и жизненной перспективы.

Выводы. Восстановительное лечение на сегодняшний день является важным завершающим этапом медицинской деятельности, определяющий в дальнейшем социальную адаптацию и профессиональный маршрут пациента.

Литература:

1. Балун О.А. Банк данных постинсультных больных: факторы, влияющие на эффективность реабилитационного процесса // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1994. - №3. - С.60-65.
2. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта // Российский мед. журн. - 1997. - №1 - с. 21-24.
3. Григорьева В.Н., Белова А.Н., Густов А.В. Методология оценки эффективности реабилитации неврологических больных. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1997. - №12. - С. 95-99.
4. Суслина З.А. Лечение ишемического инсульта. // Лечение нервных болезней. - 2000. - Том 1. - №1. - С.3-7.
5. Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт. Социальные последствия. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1979. - №9. - С. 12-88.
6. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация, том 2, Москва 2007. - С. 3-4.
7. Гурленя А.М., Багель Г.Е., Смычек В.Б. //Физиотерапия в неврологии. - Москва: Медицинская литература 2008. - С. 205-209.
8. Цой В.П., Белоусов П.В. Краткая энциклопедия иглоукалывания и прижигания (чжэньцзю-терапии). Алма-Ата. - 1995 - 11 с.
9. Проскурин В.В. Рефлексотерапия болезней нервной системы. Москва. - 1997г. -22 с.
10. Визель Т.Г., Секачев В. Как вернуть речь. Инсульт и нарушения речи. Афазия и ее формы. Дизартрия и ее формы. Восстановление речевой функции. Уход за больными. - 2005 - 154 с.
11. Шорох-Троцкая М.К. «Коррекция сложных речевых расстройств» Сборник упражнений. 2-ое издание. - 2006. - С. 37-39.
12. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. - М. 2000. - 17 с.
13. Ермакова Н.Г. Психологическая коррекция в реабилитации больных с выраженными двигательными, когнитивными нарушениями после инсульта. Спб. - 2010. - С. 84-90.
14. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 4-издание. 2006. - 109 с.

Тұжырым

МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫНЫҢ ЖІТІ БҰЗЫЛУЫН БАСТАН КЕШІРГЕН НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ САУЫҚТЫРУ

А.Р. Темирова, М.Б. Сыздықов, Ш.Ф. Капаров, Т.Е. Кайрбекова, Р.Е. Сарсенова, Л.Т. Бекенова

Ақмола облыстық ауруханасы, Көкшетау қ.

Сауықтырудың негізгі қағидаларының бірі науқас пен оның отбасының белсенді ат салысуы болып табылады. Туысқандарының емдеу үрдісіне белсене араласуы неврологиялық тапшылық пен емделудің қарқынына толығымен әсер етеді. Алайда ол үшін бірлесіп, аянбай жұмыс істеу керек. Науқасты қалпына келтіру емі қазіргі таңда емделушінің одан арғы әлеуметтік бейімделуін, әрі кәсіби жол бағытын анықтайтын медициналық қызметтің маңызды ақырғы кезеңі екенін атап өткен жөн.

Негізгі сөздер: ми қанайналымының жіті бұзылуы, сауықтыру.

Summary

EARLY REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE

A.R. Temirova, M.B. Syzdykov, Sh.F. Kaparov, T.E. Kairbekova, R.E. Sarsenova, L.T. Bekenova

Akmola regional hospital, Kokshetau

The one of the important principle and rehabilitation is active taken part of sick person and his family in treating, because the elderly under way of principled treatment with family will much depended: recoup of neurology deficit, how long time is workable him quick recovery q.e.f in order to promising unto habitual life. Nowadays rehabilitation is cardinally and finishing tread in medicine, will determine the social accustom and professional route of person.

Key words: acute ischemic stroke, early rehabilitation.