

РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИ СО МОЗОЧЕН УДАР

Енис Иревул, Доц. д-р. Ленче Николовска

Краток извадок (Abstract)

Мозочниот удар претставува тешко оштетување на мозочната функција, настаната поради акутно растројство на мозочната циркулација. Според етиологијата и клиничката слика, мозочните удари се делат на: исхемични и хеморагични.

Исхемичните мозочни удари се јавуваат како: минливи церебрални исхемии (TIA), реверзибилен исхемичен невролошки дефицит (RIND), инфаркт и инфаркт во еволуција.

Хеморагичните мозочни удари се манифестираат како: интрацеребрални, интравентрикуларни, субарахноидални, епидурални и субдурални.

Ризик факторите за појава на инсулт се класифицирани како: природни (возраст, пол, наследност); стекнати (покачен крвен притисок, шеќерна болест, срцеви заболувања, дебелина, пушење, алкохолизам); малформации на крвите садови во мозокот, инфекции, тумори и трауми. За правилно лекување на мозочниот удар потребна е правилна и навремена дијагностика, изработка на програма за рехабилитација и кинези терапевтски комплекс соодветен за различите стадиуми на болеста како и добар кинези терапевтски тим кој правилно ќе го следи процесот на лекување и рехабилитација на пациентите со мозочен удар.

Според зачестеноста, мозочните удари се на прво место меѓу невролошките заболувања кај возрасните, а на трето место по смртност во светот, веднаш после кардиоваскуларните и малигните болести. Се смета дека 21% од сите инсулти спаѓаат во TIA (транзиторна исхемична атака), 65% се исхемични инсулти (од кои 45% се тромботични, а 20% емболични), 24% се хеморагични инсулти (од кои 12% се интрацеребрални, а 12% се субарахноидални хеморагии). Инвалидноста кај преживеаните изнесува околу 50 %.

Цел: да се постигне максимално функционално оспособување на пациентите и отстранување на последиците од мозочниот удар.

Методи за рехабилитација на пациенти со мозочен удар

Профил на болен со хемиплегија:

Различни нивоа на пореметувања на свеста,

Нарушувања на волевата моторна контрола:

- парализа – пареза на половина од телото со изменет мускулен тонус
- нарушување на елиминација на урина и столицата
- нарушување на цвакањето и голтањето и евентуално на артикулацијата

Сензорни нарушувања:

- нарушување на перцепцијата;
- нарушување на сензибилитетот за бол, допир, топлина
- нарушување на говорот и комуникацијата
- нарушување на слухот и разбирањето

- дефицит на видното поле – хомонимна хемианопсија

Нарушување на меморијата и мислењето

Емоционална нестабилност

Цел на рехабилитацијата:

Превенција од секундарни компликации

- контрактури и деформитети,
- респираторни компликации,
- васкуларни компликации
- декубити.

Максимално возможно подобрување на состојбата

- воспоставување на комуникација;
- обновување на рефлексните активности;
- воспоставување на нормален моторен одговор – движења,
- зголемување на степенот на подвижност и
- постигнување на функционална независност.

Задачи на рехабилитацијата:

Подобрување на обемот на движење во зглобовите на засегнатите екстремитети;

- стимулирање на синкинетичните моторни шеми и нивната волева контрола;
- исправување и обука за одење по рамно а покасно и за искачување на скали;
- обука за дејностите од секојдневниот живот;

Средства:

- лекување со положба;
- пасивна мобилизација на засегнатите екстремитети;
- терапија во суспензија;
- PNF-техники и дијагонални движења по Херман Кабат;
- одење по рамен терен со помошни средства и визуелна контрола;

Методи на работа

Тестирање на движечката функција

Одредување на степенот на функционално опоравување по Brunstrom;

- тестирање на спастичност;
- локомоторен тест;
- тестирање на секојдневните активности.

Заклучок

За пациентите со мозочен удар од суштинско значење е што побрзото започнување на рехабилитацијата, бидејќи во раниот стадиум користејќи ја пластичноста на ЦНС, може да се намалат последиците од ударот и да се спречи појавата на патолошки движења. Основното лекување на хемиплегијата се состои во физикалниот третман, а најважна улога при рехабилитацијата има кинезитерапијата. Во третманот е вклучена и работна и окупациона терапија. Резултатите од третманот зависат од состојба на организмот на пациентот (невролошка и физичка проценка), од неговата волја за активно учество и соработка за време на рехабилитацијата. Секако, најважна мотивација за пациентот се најблиските кои ќе му ја дадат најголемата поддршка.

Користена литература

1. Венова, Л., (1997) Лечебна физкултура при вътрешни болести и в гериатрията. София.
2. Влашки – Жекиќ, С., Илиевска Л., Наумовски Р., Поповски А., Даскаловска В., Љапчев Р., Петрова В., Џонов И. (2002). Основни принципи на современата неврологија.
3. Димитрова, Е., Попов, Н., Ръководство за упражнения по функционална диагностика на опорно-двигателния апарат, Софија., 2003
4. Иванова Е., Рязаква М., Костадинов Д. (1983). Рехабилитация на болни със слединсултни хемипарези.
5. Каранешев, Г., Л, Тодоров., Лечебна физкултура при домашни условия. София, 1986.
6. Марекв, М., Кинезитерaпия – основи и средства. София, 2006.
7. Николовска, Л., Крстев, Т., Василева, Д., Страторска, Т., (2014) [Практикум по клиничка кинезитерaпија](#). ISBN 978-608-244-131-3.
8. Поповски А. (1989). Апоплексија и биометеорологија.
9. Радоичиќ Б. (2006). Клиничка неврологија.
10. Соколов, Б., Милчева, Д., Лечебна физкултура при нервни и при детски заболявания. София, 1991.
11. Фичорска, Д., Деновите по мозочен удар. Штип, 2006.