

Восстановление После Инсульта: Домашняя Реабилитация Как Ключ К Успеху

Боисов Сухроб Камилжанович

Ташкентская медицинская академия

Инсульт является одной из основных причин смерти и основной причиной инвалидности взрослых во всем мире [3]. Около половины пациентов, перенесших инсульт, остаются с различной степенью физических или когнитивных нарушений. [8].

Ишемический инсульт, вызванный атеросклерозом крупных артерий и кардиоэмболией, встречается у 20% и 15% пациентов с инсультом соответственно [13].

INTRODUCTION.

Лица, перенесшие инсульт, также испытывают большие страдания; например, физические ограничения, эмоциональную травму, потерю работы и отторжение со стороны семьи из-за бремени [2]. Большая часть двигательного и функционального восстановления обычно происходит в первые три месяца после инсульта [4]. Более того, депрессия и деменция значительно влияют на качество жизни и физические возможности пациентов с инсультом [19,11,9,21,12]. пребывания в больнице для реабилитации пациентов с острым инсультом сократилась, поэтому восстановление часто не является полным на момент выписки. После выписки могут включать не только стойкие неврологические нарушения, но и пожизненную инвалидность [12].

Предыдущие исследования показали, что 25%–74% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в помощи со стороны лиц, осуществляющих уход, для выполнения повседневных задач, [24] а качество жизни как пациентов, так и лиц, осуществляющих уход, сильно страдает [5]. Хотя потребность в реабилитационных услугах для пациентов, перенесших инсульт, после выписки из больниц

острого течения заболевания широко признана, амбулаторная и стационарная реабилитация часто оказывается под угрозой по таким причинам, как недостаточная доступность, повышенные расходы и плохое соблюдение режима лечения [1,14]. С другой стороны, способность выполнять повседневные задачи в условиях учреждения не может быть обобщена на домашнюю обстановку, которая является конечным пунктом выписки для большинства пациентов, перенесших инсульт [20]. Более того, двигательное повторное обучение пациентов, перенесших инсульт, улучшается за счет контекстно-специфического обучения, и предпочтительным является обучение в собственной среде пациента [7]. Ранняя поддерживаемая выписка из больницы с последующими реабилитационными услугами на дому оказалась более экономически эффективной, чем обычный уход, с меньшей нагрузкой на лиц, осуществляющих уход, и более короткой продолжительностью пребывания в больнице. [23,18].

Реабилитация после инсульта на дому играет важную роль в восстановлении пациента и возвращении его к полноценной жизни. Правильная организация реабилитационного процесса помогает восстановить утраченные функции и предотвратить повторные инсульты.

Вот несколько аспектов, которые могут быть включены в реабилитацию на дому:

1. Медицинское наблюдение: необходимо регулярное наблюдение врача, особенно в первые недели после инсульта. Это может быть терапевт, невролог или реабилитолог. Также важно следить за состоянием здоровья (артериальное давление, сахар в крови и т.д.).

2. Физическая реабилитация: Физические упражнения помогают восстанавливать подвижность и силу.

К ним могут относиться: Лечебная физкультура (ЛФК): упражнения для восстановления координации и силы мышц, улучшения походки.

Массаж: стимулирует кровообращение и расслабляет мышцы.

Работа с физиотерапевтом: при необходимости, профессионал может помочь в составлении программы для восстановления движений.

3. Речевая терапия: если инсульт повлиял на речь, потребуется работа с логопедом. Это может включать в себя тренировки артикуляции, восстановление понимания речи и улучшение способности строить фразы.

4. Психологическая поддержка: Инсульт часто приводит к депрессии или тревожности. Психологическая поддержка или консультации с психотерапевтом могут помочь человеку адаптироваться к изменениям и справиться с эмоциональными трудностями.

5. Окружающая среда: Очень важно создать условия для безопасного и комфортного проживания.

Для этого:

Убираются препятствия, которые могут привести к падениям.

Мебель, оборудование и другие предметы должны быть расположены так, чтобы пациент мог легко передвигаться.

Использование вспомогательных средств: трости, ходунков, инвалидных колясок и т.д.

6. Правильное питание: Правильное питание имеет важное значение для восстановления здоровья после инсульта. Диета должна быть сбалансированной, с акцентом на продукты, которые поддерживают сердечно-сосудистую систему (например, продукты, богатые клетчаткой, омега-3 жирными кислотами, а также низким содержанием соли и жиров).

7. Социальная поддержка: Поддержка со стороны близких и семьи очень важна. Своевременное общение, помощь в бытовых делах и поддержка в эмоциональном плане помогут пациенту быстрее восстанавливаться.

8. Контроль за состоянием: Важно регулярно проводить необходимые медицинские обследования, такие как контроль давления, анализы крови, а также следить за функциями, которые были затронуты инсультом (движения, речь, зрение).

Все этапы реабилитации требуют терпения, времени и усилий как со стороны пациента, так и со стороны его близких. Основная цель — помочь человеку вернуться к нормальной жизни и минимизировать последствия инсульта.

Было проведено много исследований для изучения реабилитации пациентов, перенесших инсульт, но результаты были противоречивыми. Предыдущие исследования документально подтвердили, что у пациентов обычно наблюдается значительная остаточная физическая инвалидность, функциональные нарушения и снижение качества жизни. Некоторые исследования показали, что

двигательная функция постепенно восстанавливается только в результате спонтанного восстановления. Поэтому программы реабилитации после инсульта могут не улучшить результаты [22].

Несколько исследований [15] предположили, что домашняя реабилитация более эффективна и дешевле обычного ухода. Реабилитация, начатая на ранней стадии острой стадии, оптимизирует потенциал пациента для функционального восстановления. Ранняя мобилизация предотвращает или минимизирует вредные последствия детренированности и потенциал вторичных нарушений. Восстановление после инсульта и повторное обучение основано на способности мозга к реорганизации и адаптации. Эффективный план реабилитации использует этот потенциал и поощряет функциональное использование задействованных частей тела. Выбираются виды деятельности, которые значимы и важны для пациента. Оптимальное обучение двигательным навыкам может быть обеспечено путем внимания к ряду факторов: наиболее важным из которых является разработка стратегии, обратная связь и практика. Реабилитация может начинаться, как только пациент стабилизируется с медицинской точки зрения, как правило, в течение 72 часов после инсульта. Пациенты могут быть госпитализированы в специальное инсультное отделение или неврологическое отделение с реабилитационными услугами. Доказательства подтверждают преимущества таких услуг в значительном улучшении функциональных результатов по сравнению с пациентами, не получающими эти услуги.

Не было достаточных доказательств для определения краткосрочного эффекта домашнего вмешательства по сравнению с

вмешательством в учреждении или для определения долгосрочного эффекта домашнего вмешательства по сравнению с обычным уходом из-за ограниченного числа исследований и участников, включенных в метаанализы. Не было достаточных доказательств для доказательства краткосрочного эффекта домашнего вмешательства на выполнение повседневной деятельности у пациентов, перенесших инсульт, по сравнению с отсутствием вмешательства. Не было достаточных доказательств для предположения краткосрочного эффекта домашнего вмешательства по сравнению с обычным уходом или для предположения долгосрочного эффекта домашнего вмешательства в дополнение к обычному уходу по сравнению с обычным уходом. Неоднородность между исследованиями ограничивала выводы, которые можно было сделать.

Многие современные реабилитационные вмешательства разрабатываются в клинических условиях, а некоторые переносятся на дом. Стратегии домашнего вмешательства различаются по типу, продолжительности, интенсивности, частоте и способу доставки. Этот систематический обзор показал, что практика физиологии упражнений и тренировка повседневной активности обычно выполнялись в качестве домашних вмешательств, что подтверждается текущими доказательствами.

Руководство Американской кардиологической ассоциации/Американской ассоциации по борьбе с инсультом (AHA/ASA) предположило, что упражнения для укрепления нижних конечностей и сердечно-сосудистые упражнения полезны для улучшения способности к ходьбе у пациентов, перенесших инсульт, а также могут улучшить их способность выполнять задачи, связанные с

ходьбой [17]. Более того, тренировка повседневной активности настоятельно рекомендуется для пациентов, перенесших инсульт, проживающих в обществе [10]. Некоторые недавно разработанные домашние вмешательства, такие как реабилитация, опосредованная лицом, осуществляющим уход, и телереабилитация, появились за последние два десятилетия, чтобы заменить традиционные домашние визиты специалистов. Систематический обзор Кокрейна показал, что реабилитация, опосредованная лицом, осуществляющим уход, не увеличила нагрузку на лиц, осуществляющих уход, но эффективность в способности выполнять BADL у пациентов, перенесших инсульт, была неопределенной [25]. Одно крупное исследование показало, что более низкая доза реабилитационного обучения под руководством лица, осуществляющего уход, и немультимедийная координация могут снизить эффективность домашних вмешательств, опосредованных лицом, осуществляющим уход [16]. Телереабилитация, по-видимому, является хорошей альтернативой традиционной реабилитации. Чен и др. применили одну и ту же стратегию лечения для группы телереабилитации на дому и группы реабилитации в учреждении В конце вмешательства и при последующем наблюдении обе группы показали значительное улучшение способности выполнять повседневные действия, и не было никакой значительной разницы между двумя группами на протяжении всего времени. Аналогичным образом, при сравнении с традиционным очным способом домашнего вмешательства, выполняемого специалистами, домашняя телереабилитация показала равное положительное влияние на улучшение

способности выполнять повседневные действия у пациентов, перенесших инсульт [6]. Для доказательства эффективности этих новых стратегий необходимы более качественные исследования и практика.

Список литературы:

Ллен Л., Джон-Батист А., Мейер М. и др. Оценка влияния программы реабилитации после инсульта на дому: исследование экономической эффективности. *Disabil Rehabil* 2019;41:2060–

американская кардиологическая ассоциация. Статистика сердечных заболеваний и инсультов Обновление 2004 г. Даллас, Техас: Американская кардиологическая ассоциация; 2003 г. [[Google Scholar](#)]

онита Р., Мендис С., Труелсен Т. и др. Глобальная инициатива по инсульту. *Lancet Neurol* 2004;3:391–3. 10.1016/S1474-b

М 4. Брандштейтер М.Е. Обзор реабилитации после инсульта. *Инсульт*. 1990;21:1140–2. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

5. Ди Карло А. Человеческое и экономическое бремя инсульта. *Age Ageing* 2009;38:4–5. 10.1093/ageing/afn282 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

о 6. Кулкантракорн К, Джирапрамукупитак ТА проспективное исследование кумулятивной заболеваемости депрессией после ишемического инсульта и болезни Паркинсона за один год: предварительное исследование. *J Neurol Sci*. 2007;263:165–8. doi: 10.1016/j.jns.2007.07.014. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

ангхорн П., Бернхардт Дж., Кваккель Г. Реабилитация после инсульта. *Ланцет* 2

Фйс Д., Энон Х., Маковьяк-Кордолиани М.А. и др. Постинсультная деменция. *Ланцет Нейрол*

2005;4:752–9. [10.1016/S1474-4422\(05\)70221-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70221-1)

9. Робинсон-Смит Г., Джонстон М.В., Аллен Дж. Самопомощь, самоэффективность, качество жизни и депрессия после инсульта. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81:460–4. doi: 10.1053/mr.2000.3863. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Anderson CS, Jamrozik KD, Stewart-Wynne EG. Модели неотложной помощи в больнице, реабилитации и выписки после острого инсульта: исследование инсульта в Перте 1989–1999.

11. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik KD и др. Тревожные расстройства после инсульта: результаты исследования инсульта в сообществе Перта. *Br J Psychiatry.* 1995;166:328–32. doi: 10.1192/bjp.166.3.328. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

12. Dam M, Tonin P, Casson S и др. Влияние долгосрочной реабилитационной терапии на пациентов с гемиплегией после инсульта. *Stroke.* 1993;24:1186–91. doi: 10.1161/01.str.24.8.1186. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

13. Dharmasaroja P. Базовые характеристики пациентов с острым ишемическим инсультом в пригородном районе Таиланда. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2008;17:82–8. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2007.11.005. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

14. Dodakian L, McKenzie AL, Le V и др. Программа телереабилитации на дому для пациентов с инсультом. *Neurorehabil Neural Repair.* 2017;31:923–33. doi: 10.1177/1545968317733818 [[DOI](#)] [[Бесплатная статья PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

15. Duncan P, Richards L, Wallace D и др. Рандомизированное контролируемое пилотное исследование программы домашних упражнений для лиц с легким и умеренным инсультом. *Stroke.* 1998;29:2055–60. doi: 10.1161/01.str.29.10.2055. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

16. Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Результаты исследований острого инсульта: системный обзор и некоторые рекомендации по улучшению практики. *Stroke.* 2000;31:1429–38. doi: 10.1161/01.str.31.6.1429. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

17. Geurts HB, De Weerd WJ, Selz BE и др. Эффект терапевтического вмешательства для гемиплегической верхней конечности в острой фазе после инсульта. Простое слепое рандомизированное контролируемое многоцентровое исследование. *Stroke.* 1998;29:785–92. doi: 10.1161/01.str.29.5.785

18. Langhorne P, Baylan S, Early Supported Discharge Trialists. Службы ранней поддержки выписки для людей с острым инсультом. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD000443. doi: 10.1002/14651858.CD000443.pub4 [[DOI](#)]

[[Бесплатная статья PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

19. Page SJ, Levine P, Sisto SA и др. Умственная практика в сочетании с физической практикой при дефиците моторики верхних конечностей при подостром инсульте. *Phys Ther.* 2001;81:1455–62. doi: 10.1093/pt/81.10.1455

20. Iemontsa P, Dörr C, Alray L и др. Факторы, влияющие на реализацию реабилитации после инсульта на дому: систематический обзор.

21. Stephens S, Kenny RA, Rowan E и др. Нейропсихологические характеристики умеренных сосудистых когнитивных нарушений и деменции после инсульта. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19:1053–7. doi: 10.1002/gps.1209. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

22. Studenski S, Duncan PW, Perera S и др. Повседневное функционирование и качество жизни в рандомизированном контролируемом исследовании терапевтических упражнений для выживших после подострого инсульта. *Stroke*. 2005;36:1764–70. doi: 10.1161/01.STR.0000174192.87887.70. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

23. Teng J, Mayo NE, Latimer E и др. Расходы и последствия для лиц, осуществляющих уход, при ранней выписке пациентов с инсультом с поддержкой. *Stroke* 2003;34:528–36 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.0000049767.14156.2C> [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

24. Veerbeek JM, Kwakkel G, van Wegen EEN и др. Раннее прогнозирование результатов повседневной деятельности после инсульта: систематический обзор. *Stroke* 2011;42:1482–8. 10.1161/STROKEAHA.110.604090 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Young J. Лучше ли лечить инсульт в обществе? *Br Med J*. 1994;309:1356–8. doi: 10.1136/bmj.309.6965.1356. [[DOI](#)] [[Бесплатная статья PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]