

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВETERANОВ ВОЙН ПРИ ПОВТОРНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТАХ.

Н.И. Леспух.

Свердловский областной психоневрологический госпиталь для ветеранов войн,
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Правильная организация реабилитационных мероприятий должна предусматривать их применение уже в остром периоде болезни. Основными мероприятиями этого времени являются борьба с отеком, набуханием и гипоксией мозга. Первыми на отек, аноксию, интоксикацию реагируют синапсы. Изменения в синапсах приводят к нарушению проводимости нервных импульсов, к проявлению дефицита возбуждения. Создаются динамические очаги неадекватности, появление которых часто объясняется недостаточным притоком возбуждающих импульсов. Длительная недостаточность рефлекторной дуги приводит к затруднению синаптического проведения, усиленная деятельность - облегчению проведения.

Рядом исследователей показано, что во время выполнения физических упражнений в умеренном темпе общий кровоток, как правило, не претерпевает выраженных изменений, в то время, как локальный кровоток в системах, ответственных за мотосенсорный контроль, возрастает в среднем на 40 %, несмотря на наличие вазоконстрикторного фактора. Отмечено усиление мозгового кровотока в сенсомоторных отделах коры головного мозга. Это может способствовать улучшению метаболических процессов в участках, ответственных за выполнение тех или иных двигательных актов. Возникает как бы обратная связь, заключающаяся в позитивном воздействии двигательных актов на те отделы центральной нервной системы, которые вовлечены в рефлекторное звено осуществления данных движений.

Известно, что природа обратимого выпадения функций не идентична. Считается, что патологический процесс мозга может:

- √ Вызывать расстройство функции по соседству с очагом деструкции за счет отека и набухания, гипоксии с последующей фиксацией нарушенного мозгового метаболизма;
- √ Изменить проводимость нервных импульсов к определенным структурам мозга, создавая дефицит возбуждения со стойкими расстройствами метаболизма в нервных клетках;
- √ Приводить к гибели не всех, а лишь части нервных элементов, ответственных за данную функцию.

Вероятно, возможны и другие механизмы обратимого выпадения функций. Очевидно, что в каждом конкретном случае могут иметь место комбинации различных механизмов. Таким образом, одной из главных задач реабилитации на ранних этапах заболевания будет наиболее оптимальное

обеспечение усиленного притока импульсов к морфологически сохранным, но не деятельным образованиям.

Для обеспечения положительного эффекта активных реабилитационных мероприятий, требующих от больного участия в 4-5 реабилитационных процедурах ежедневно, с учетом комплексного подхода, использовалась методика лечебной физической культуры, адаптированная Н.Н.Макеевой. Сказанное делает актуальным дальнейшее изучение связи цереброваскулярной патологии и основ реабилитационного подхода в лечении этого контингента больных.

Под наблюдение находилось 86 ветеранов войн в возрасте от 70 до 78 лет, перенесших повторные нарушения мозгового кровообращения в течении последних 7 лет. Преобладал ишемический характер инсульта у 82 (95,3 %), кровоизлияния были менее характерны и встречались в 4,7 %. У 82 больных с последствиями повторного острого нарушения мозгового кровообращения в том же бассейне наблюдались нарастания гемипарезов, у 19 они сочетались с речевыми расстройствами, у 4 больных отмечены тетрапарезы. Как правило, преобладали парезы с пирамидным тонусом. Помимо основного дефекта, все больные, независимо от показателей кровяного давления, жаловались на упорные головные боли, головокружение, нарушение сна, понижение настроения.

Тяжесть физических дефектов, утрата социально-бытовой активности понижала у больных волю к выздоровлению, многие (26 %) проявляли негативизм к участию в восстановительных мероприятиях. Одной из немаловажных задач является преодоление пассивного отношения к лечению, активизация воли. С этой целью в комплекс реабилитационных мероприятий включалась психотерапия, которая была направлена на смягчение нервно-психических проявлений и выработку у больных адекватного отношения к лечению. Кроме того, этим больным назначалась дифференцированная трудотерапия, которая имела целью тренировку социально-бытовых навыков.

В результате проведения реабилитационных мероприятий по указанной методике у большинства больных сгладились нервно-психические нарушения. Они стали спокойнее, уравновешеннее, у них выработалось разумное отношение к лечению. Улучшилось общее нервно-соматическое состояние, оживилась моторика.

При поступлении самостоятельно обслуживали себя 67 % больных, частично - 27 %; 6 % нуждалось в постоянном постороннем уходе. В конце курса восстановительного лечения показатели были соответственно 88 и 8 %, не отмечено четкого улучшения у 4 % больных с выраженной деменцией.

Таким образом, по нашему мнению, эффективность активной реабилитации у ветеранов войн обратно пропорциональна степени выраженности психических нарушений.