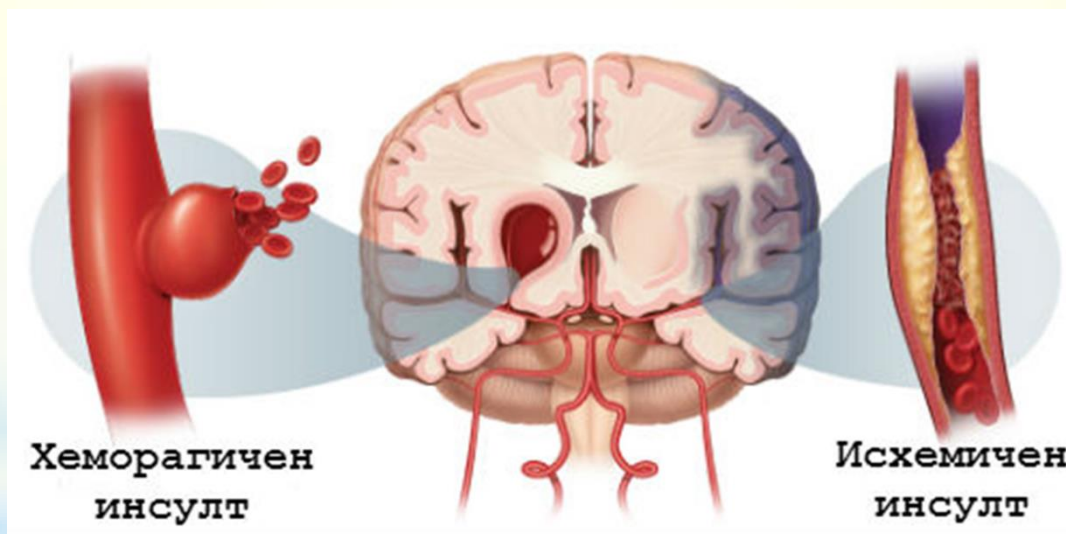




**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ**  
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“**  
**ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**

**Лекция №4**

**ПРЕВЕНЦИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ  
БОЛНИ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ**

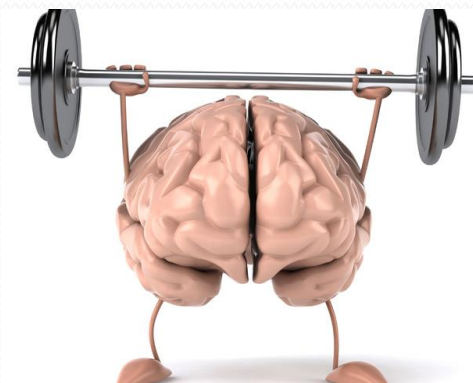


**Доц. Таня Мегова, д.п.**

## Мозъчният инсулт е остро нарушение на мозъчното кръвообращение.

Исхемичните мозъчни инсулти представляват приблизително 87% от всички мозъчни инсулти. Физически активните индивиди имат по-нисък риск от инсулт в сравнение с тези индивиди, които са с ниска физическа активност. Тази зависимост се дължи на положителния ефект който оказва физическата активност върху телесното тегло, кръвното налягане, серумния холестерол и глюкозния толеранс.

Кинезитерапията е неотменна част от комплексния терапевтичен подход на болните с мозъчен инсулт. Всеки болен, независимо от възрастта, трябва да се рехабилитира по начин, който дава възможност да се развие максимално неговия потенциал



**В началото след инсульта се получава потискане на функциите и вялост на мускулите. После започва проявяване симптомите на инсульта, колкото по – рано се появи спастичност, толкова „по–добро“ възстановяване. Лечението започва от проксимални към дистални мускулни групи, ако работим обратно мускулния тонус се повишава.**

Невъзможно е да бъдат наслоени нормални физиологични движения върху болестни двигателни схеми. Поради това болестните движения първо трябва да бъдат потиснати и след това да се изградят нормални движения.



## *Етапи в лечението на Бобат*

1. Потискане на спастичността като се използва мануален контрол върху т.нар. ключови контролни точки – от проксимално към дистално. Главния подтискащ модел е обратен на спастичния.
2. След намаляване на спастичността се преминава към активно раздвижване на болния, като се използват различни прийоми – рефлексни, равновесни реакции и др.
3. Постигане на статичен контрол в пространството, като се стимулира активния усет се постига изработване на сложни равновесни реакции

## **Периоди в развитието на мозъчния инсулт**

1. Най – ранния е коматозния. При него активните движения при болния липсват. Парализираните крайници са тежки, вяли и отпуснати. Понякога се наблюдава отклонение на главата и очите към здравата страна. В този период грижите са насочени към сърдечно съдовата и дихателната дейност.



2. В периода на diashisa болния е в съзнание. Двигателния дефицит е силно изразен в засегнатите крайници – хемиплегията е вяла. Волева двигателна активност в крайниците липсва. Парализираната ръка е прибрана до тялото, паретичният крак е във външна ротация и плантарна флексия. При лека степен на засягане парезите доминират предимно в дисталните сегменти на крайниците. Рехабилитацията е предимно пасивна. Обръща се внимание на правилната позиция на крайниците с оглед предпазване от порочните положения.



3. Период на двигателния дефицит. Появяват се ясни пирамидни белези: повишаване на мускулния тонус, болестно усилване на сухожилни и надкостни рефлексии, наличие на патологични рефлексии. Физиотерапията е най-активна през този период.

Счита се, че двигателното възстановяване на болния хемиплегик започва от началото на мозъчния инсулт.

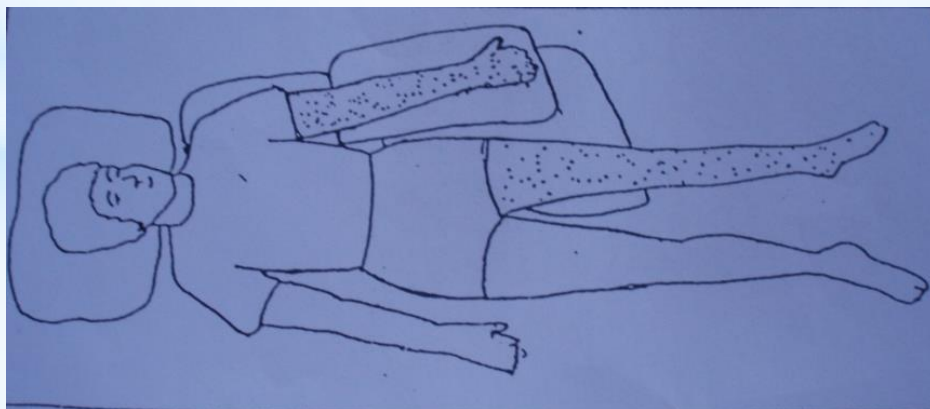
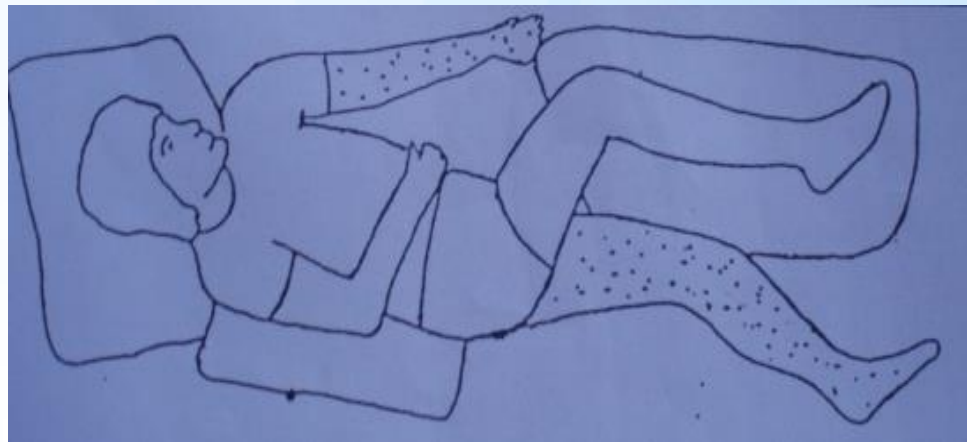
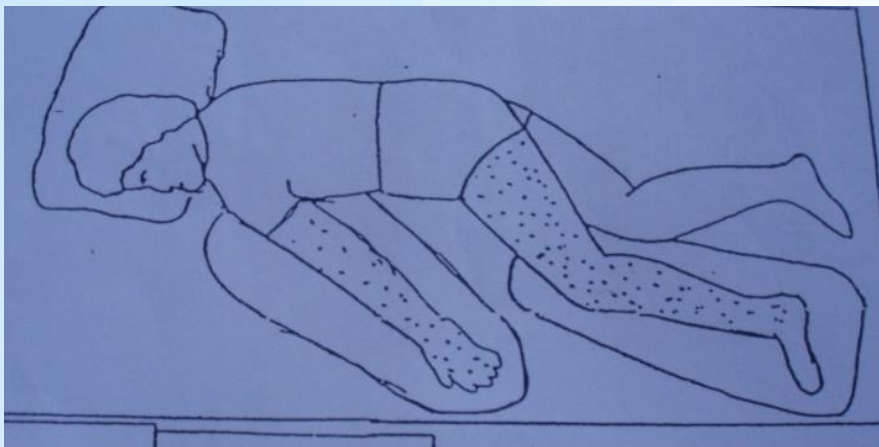


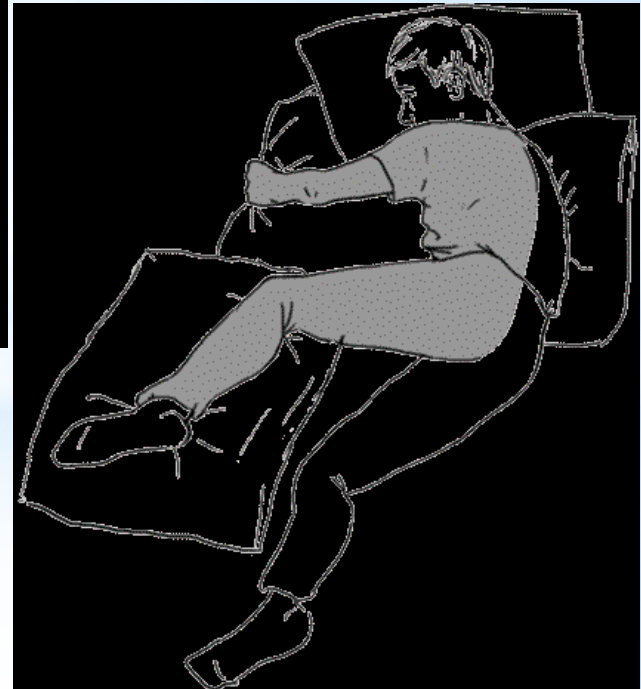


1. **Остър период** (ранен период) – първите 7-10 дни.  
Прилага се

- ЛЧП;
- Дихателна гимнастика;
- Вибрационен масаж на гръден кош;
- Пасивни упражнения (от проксимални към дистални стави);
- Автопасивни упражнения;
- Упражнения за здравите крайници;

# Лечение чрез положение

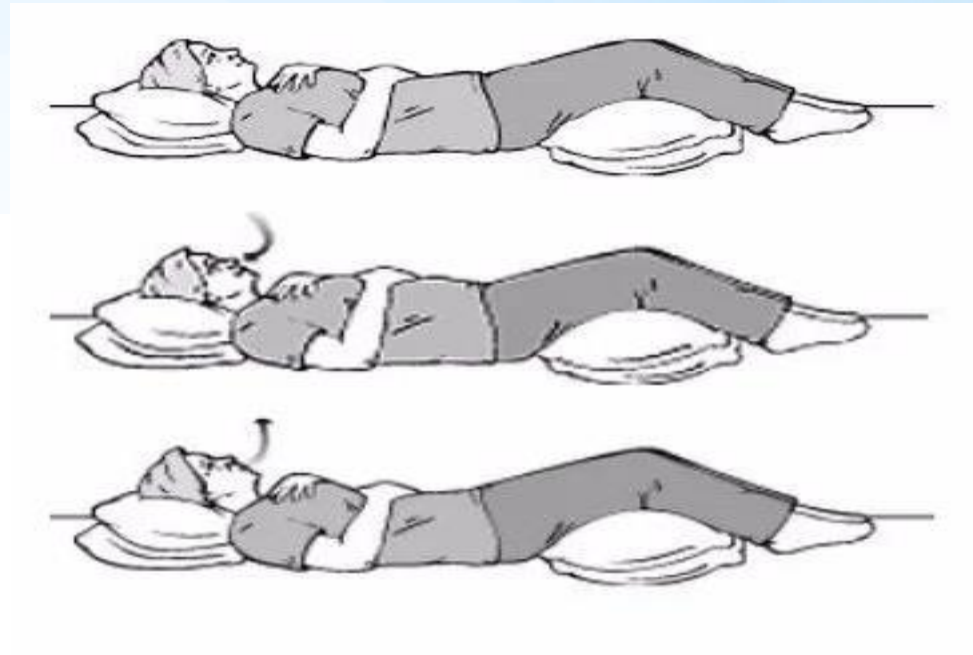
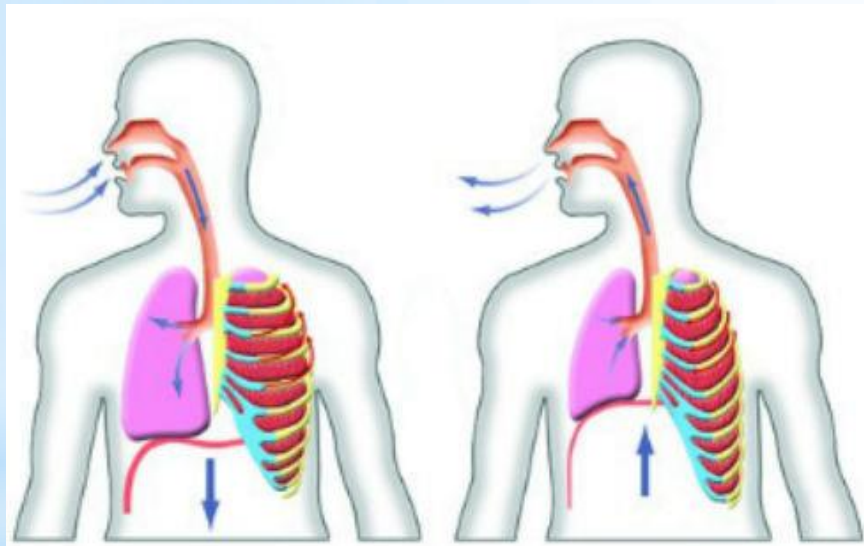




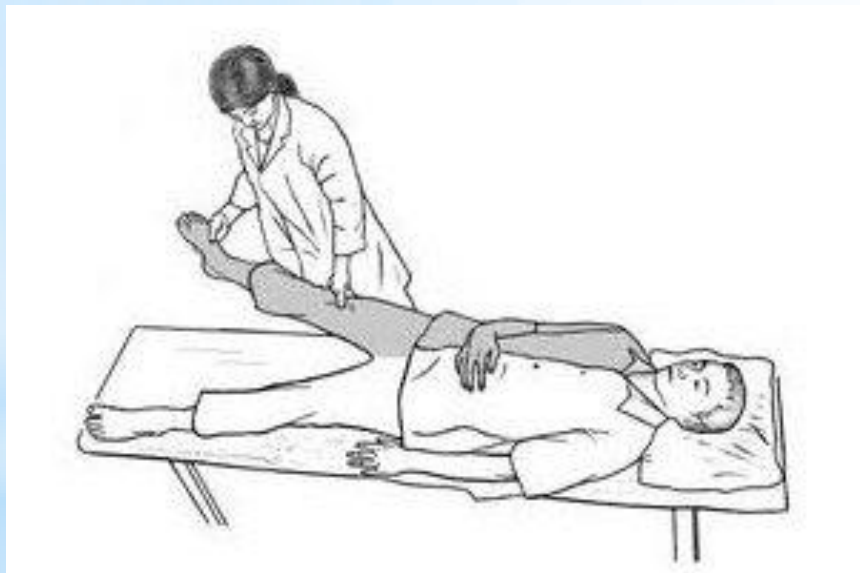
Коригиращите позиции по Бобат (лчп),

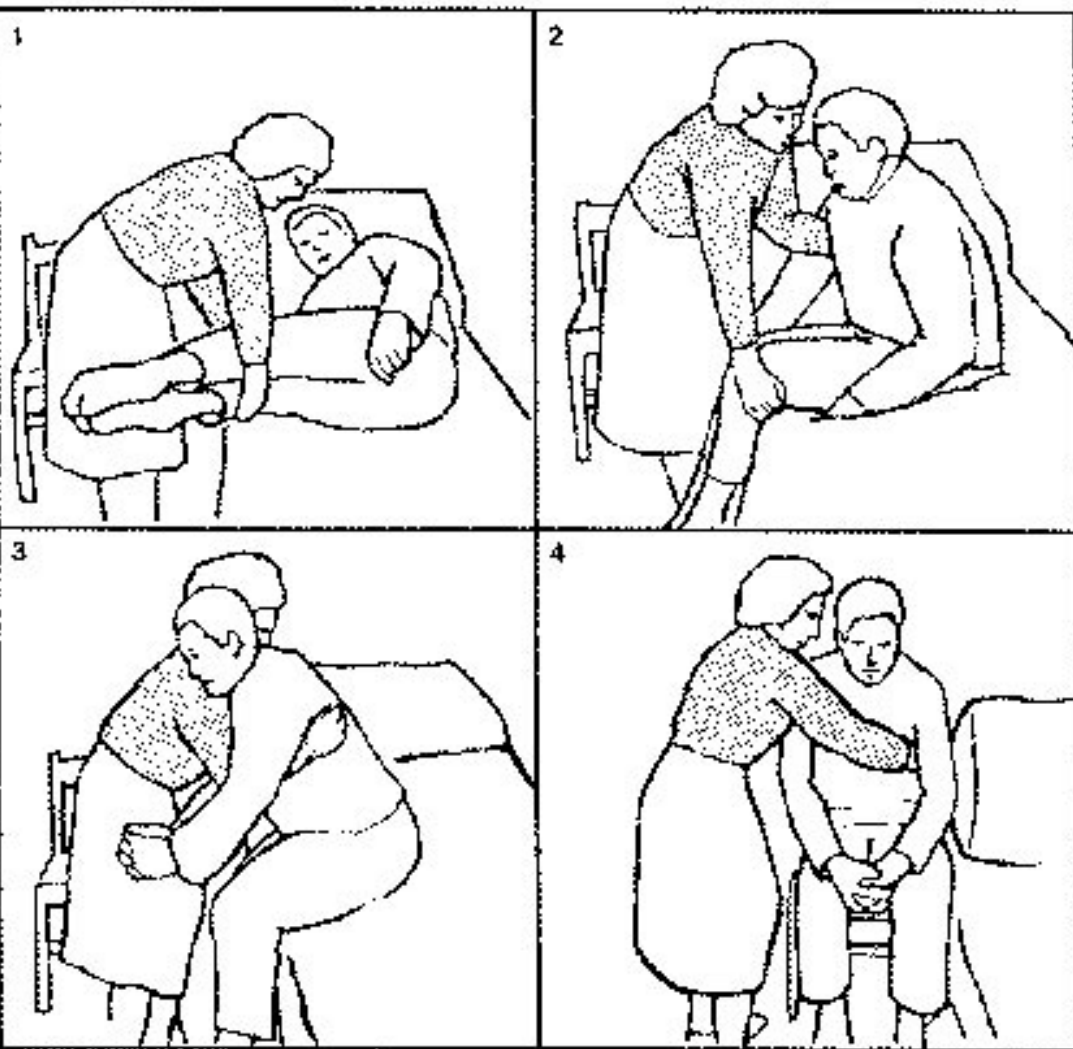
Чрез тях се намалява спастичността, пре моделира се кинестатичният усет за правилно положение на телесните сегменти.

# Дихателна гимнастика



# Пасивните движения





**2. Ранен възстановителен** – първите 6 месеца, той се разделя на два подпериода.

- **Първият – до 3 месец**, в който се възстановяват активните движения и силата на паретичните крайници.

- **Вторият – от 3 до 6 месец**, през които се възстановяват сложните двигателни навици.





**3. Късен възстановителен период** – от 6 месец до 1 година. През който продължават да се възстановяват двигателните навици но и речта, статиката и трудовите навици. Основна задача на кинезитерапията е обучение за изпълнение на дейности за независимост в домашни условия.

**4. Резидуален (остатъчен) период** – след 1 година, през който се възстановяват остатъчните по-леки нарушения.



Целта на рехабилитационната програма при болни с МИ е подобряване на двигателните възможности, постуралната стабилност и походката .

Подготвителна част

- и.п. Тилен лег с длан на коремната стена. Вдишва се през носа като се издува корема, издишва се през устата и се стяга коремната мускулатура.
- И.п. Тилен лег, дланите се поставят в долната част на гръдния кош. Издишва се бавно през устата. Статичните дихателни упражнения се повтарят два, три пъти.
- И.п. Тилен лег. С лакти се осъществява натиск към леглото за 2-3 сек и се отпуска 2-3 сек. Упражнението се изпълнява **без задържане на дишането**. Дозировка- 2,3 пъти.

## Основна част

- И.п. Тилен лег, незасегнатия горен крайник хваща засегнатата ръка, така че палецът да сочи тавана. Болният си флектира коляното, поставяйки цялото стъпало на опората. Упражнение: извършва обръщане на засегнатата страна и преместване в леглото. Връща се в изходно положение. Извършва обръщане на незасегнатата страна и отново заема и.п.
- И.п. Седеж. Упражнение: седеж със спуснати крака. Повдига се главата и се завърта по посока на движението.

- И. П. Седеж. Упражнение: наклон на тялото напред и вертикализиране. дозировка: 2-3 пъти.

И.п. Седеж на леглото със спуснати крака ( $90^\circ$  в ТБС, коленни и глезенни стави). Упражнение: вертикализиране и сядане на стол (колкото вертикализирането е по-бавно, толкова е по-трудно).

- и.п. Седеж, с опора на двете ръце (напред, настрани и назад). Упражнение: пренасяне на тежестта на тялото в предно задна и странична посока. Дозировка: 30 сек.

- Същото упр се повтаря и от стоеж.

- И.п. седеж. Пред маса, с опора на лакътя само на засегнатия крайник. Упражнение: извършват се дейности с незасегнатия горен крайник (пресягане и задържане, преместване на предмети, пъркаляне на малка топка и др).

- и.п. Седеж със спуснати крака. Упражнение: пренасяне на тежестта на тялото настрани с и без опора на длани (при пренасяне тежестта на единия хълбок, главата и трупа се накланят в противоположна посока). Дозировка 30 сек.

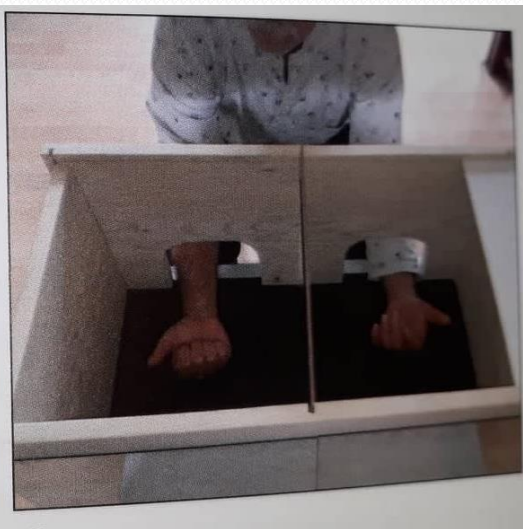
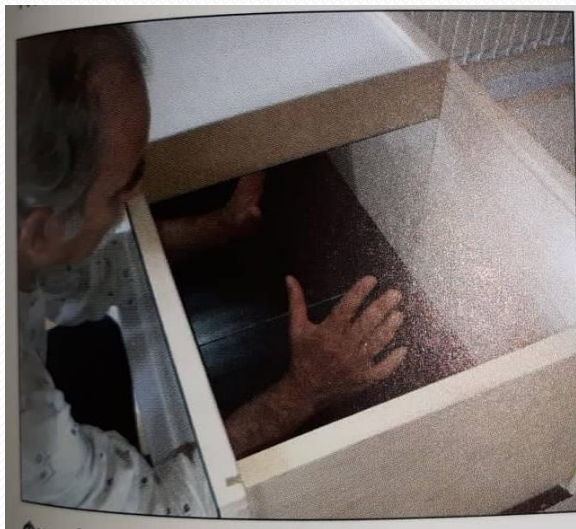
- и.п. Стоеж. Упражнение: различни видове ходене.

Заклучителна част.

- и.п. Тилен лег със затворени очи. Упражнение: активни упражнения за горните и долните крайници . Тялото е отпусната и се диша свободно.

## Огледална терапия (Mirror therapy)

Огледалната терапия се основава на принципа за стимулиране на движение в засегнатия крайник чрез визуални сигнали, произхождащи от другата страна на тялото.





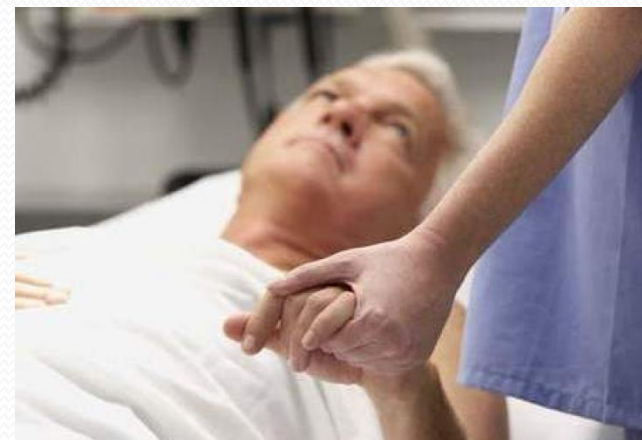
Принудително-индуцираната двигателна терапия цели интензивно (4-5 часа/дневно) обучение на засегнатата ръка чрез ограничение (имобилизация) на незасегнатата ръка в продължение на поне 5-10 (30 мин. на ден) дни. Терапията подобрява функционалното възстановяване.

Принудително индуцирана двигателна терапия”

Важно условие за приложението на терапията е, че болните трябва да имат поне 20° екстензия на китката и минимална екстензия на пръстите. Да нямат голяма спастичност в мускулите на горния крайник. Без значителни проблеми с равновесието. Давност на заболяването минимум 7 месеца.

Предимствата на терапията – подобрява функцията на горния крайник. Тя е по-ефективна при болни със загуба на сетивност.

Недостатък е фактът, че практическото ѝ приложение създава значителни затруднения на болните, което бързо ги демотивира и отказва от терапията.







Методиката на Бобат е изградена въз основа на неврофизиологичната интерпретация на двигателните смущения при увреда на ЦДН. Основния проблем на тези болни е не липсата на мускулна сила, а неспособността за насочване на нервните импулси към точно определени мускули и невъзможността за двигателни комбинации.

Прекомерното усилие води винаги до увеличаване на спастичността.



**БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО**