

зрачна, зеркальна, сферична. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачна. Радужка не изменена, зрачок — 3 мм, круглый, в центре. Хрусталик и стекловидное тело прозрачны, глазное дно — без особенностей. Острота зрения обоих глаз = 1,0. После проведенного обследования пациенту выставлен диагноз: инородное тело (дирофилярий?) конъюнктивы глазного яблока левого глаза. С целью иммобилизации введен 2 % раствор лидокаина и произведено иссечение конъюнктивы над областью гельминта. Извлечен живой белый червь диаметром 0,6 мм, длиной 13,5 см, который доставлен в микробиологическую лабораторию ГУ «Гомельский областной ЦГЭиОЗ» для установления вида. Заключение: «Неполовозрелая самка *Dirofilaria repens*». Пациенту назначено местное антибактериальное и противовоспалительное лечение. Общего антипаразитарного лечения не проводилось.

#### **Выводы**

1. В связи с расширением ареала заболеваемости дирофиляриозом необходимо помнить о возможности заражения, иметь соответствующую настороженность.

2. Подвижность паразита — важный характерный диагностический критерий. Как правило, это нерегулярные синусоидальные поступательные движения, не связанные с пульсацией близлежащих сосудов.

3. Хирургическое удаление дирофилярии является оптимальным методом выбора лечения. 4. Учитывая возможную скорость перемещения дирофилярии в тканях человека (до 30 см в сутки), при обнаружении паразита вблизи глазного яблока показано оперативное лечение по экстренным показаниям.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Караленкова, Е. Ю. Медицинская паразитология / Е. Ю. Караленкова // Мед. паразитол. — 2004. — № 2. — С. 49–51.
2. Тканевые гельминтозы: диагностика, патогенез, клиника, лечение, эпидемиология / Л. И. Карпук [и др.] // Труды науч.-практ. конф.; под ред. член-корр. НАН Беларуси, проф. О.-Я. Л. Бекиша. — Витебск: ВГМУ, 2000. — С. 38–39.
3. Дирофиляриоз (*D. repens*) в Российской Федерации и некоторых странах СНГ: ситуация и тенденция ее изменения / Т. И. Авдюхина [и др.] // Мед. паразитол. — 2003. — № 4. — С. 44–48.

**УДК 616.831-005.1-036.82**

### **ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Барбарович А. С., Митрахович О. О., Литвинов Г. Е., Усова Н. Н.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Инсульт является третьей по частоте причиной смерти в большинстве стран Европы, Америки и ведущей причиной инвалидности. На сегодняшний день в мире этой болезнью страдает около 16,9 млн человек [1, 5]. Частота инсультов в индустриально развитых странах составляет от 5,6 до 6,6 млн, две трети из них представлены инфарктами мозга (ИМ). Летальность широко варьирует в зависимости от организации медицинской помощи в первые часы мозговой катастрофы и оснащенности реанимационных отделений. Во многих странах она составляет от 50 до 100 человек на 100 тыс. населения в год [2]. В первый месяц от начала заболевания при ИМ погибает 8–15 % пациентов, при кровоизлиянии — 48–52 %, при субарахноидальном кровоизлиянии — 42–46 %. Однако еще больший процент пациентов становятся инвалидами: в 30 % случаев они не полностью возвращаются к труду, а еще в 20 % — нуждаются в постоянной посторонней помощи и уходе. В структуре инвалидности взрослого населения Беларуси мозговые инсульты составляют 6–7% [1].

#### **Цель**

Проведение анализа литературных отечественных и зарубежных источников по проблеме ранней реабилитации пациентов с инфарктом головного мозга.

Ликвидация или уменьшение активности патологических систем, служащих патофизиологическим базисом стойких неврологических синдромов — главная задача восстановительной терапии. Эта цель может быть достигнута: подавлением патологических детерминант, дестабилизацией патологической системы.

В зоне поражения головного мозга можно выделить три основных репаративных механизма: функционирование существующих, но ранее неактивных путей, спрутинг волокон сохранившихся клеток с формированием новых синапсов, реорганизация нейрональных цепей — формирование альтернативных цепей, обеспечивающих близкие функции [3, 4].

**Базисными принципами успешной нейрореабилитации являются:** раннее начало, непрерывность, преемственность на всех этапах ее проведения, мультидисциплинарный организационный подход.

В Республике Беларусь определены программы медицинской реабилитации, которые позволяют предупредить тяжелые осложнения в постинсультном периоде. Медицинская реабилитация пациентов с ИМ начинается с первых часов пребывания их в блоке интенсивной терапии или в отделении интенсивной терапии, что позволяет существенно улучшить исход инсульта [3].

Поддержание дыхания позволяет обеспечить достаточную оксигенацию, а контроль артериального давления (АД) и сердечной деятельности обеспечивают нормальную гемодинамику.

Параллельно с базисной и патогенетической терапией в лечение пациентов включаются элементы предупреждения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), частота которой при инсульте достигает 10–15 % в первые недели после инсульта. В 90 % случаев она возникает на фоне тромбоза глубоких вен парализованной нижней конечности, реже в результате тромбоза тазовых вен.

*Внутрибольничная легочная инфекция* на первой неделе инсульта является ведущей причиной летального исхода, для предупреждения которой показано назначение вибрационного или ручного массажа, дыхательной гимнастики и ранней мобилизации пациента.

Применяются следующие **виды реабилитации:** лечение положением, дыхательная гимнастика (пассивные приемы), коррекция расстройств глотания, кинезитерапия (комплексная система рефлекторных упражнений), ранняя вертикализация.

*Двигательные расстройства* наблюдаются более чем у 85 % пациентов с ИМ. Восстановление двигательных функций наиболее активно происходит в первые 6 мес после ИМ, опережая восстановление глубокой чувствительности [4].

Для предупреждения контрактур со 2-го дня начинают пассивную гимнастику, под колени и пятки подкладывают валики, стопу укладывают в состоянии легкого тыльного сгибания, руке придают тыльное сгибание с отведением в плечевом суставе, разогнутом в локтевом и слегка ротируют кнаружи. В последующем можно назначать физические факторы на парализованные конечности (аппликации парафина или озокерита, фонофорез лекарственных средств, электропроцедуры).

*Лечение положением* (корректирующие позы) при правильном выполнении **имеют важное значение и способствуют:** снижению мышечной спастичности, выравниванию асимметрии мышечного тонуса, восстановлению схемы тела, повышению глубокой чувствительности, снижению патологической активности с тонических шейных и лабиринтных рефлексов.

*Дыхательная гимнастика* направлена на нормализацию гемодинамики, восстановление оксигенации, купирование гипоксической гипоксии, формирование устойчивого нормального динамического стереотипа дыхания.

Для предупреждения мочевого инфекции и развития в последующем мочекаменной болезни используют постоянные закрытые дренажные системы, у мужчин — кондомные катетеры, регулярно промывают мочевой пузырь антисептиками и назначают обильное питье и подкисление мочи.

Оценка и коррекция *расстройств глотания* приобретает особое значение у пациентов с инсультом. Поперхивание при глотании жидкой или твердой пищи, которое возникает, как правило, у большого процента поступивших в стационар, к сожалению, может привести к тяжелым последствиям — аспирационной пневмонии, повышению артериаль-

ного давления, асфиксии, потере сознания и даже к летальному исходу. В связи с этим показано: возвышенное положение пациента в момент приема пищи, кормление маленькими глотками, контроль за проглатыванием, исключение скопления пищи и слюны в полости рта, после кормления следует сохранять вертикальное положение больного в течение 30 мин.

*Кинезитерапия* включает стимуляцию статокинетических рефлекторных реакций. Наиболее эффективным методом кинезитерапии является комплексная система рефлекторных упражнений. Механизм спонтанного восстановления после инсульта напоминает становление моторики ребенка в онтогенезе: вначале восстанавливается функция аксиальной мускулатуры и проксимальных отделов конечностей, затем — дистальных, ходьба и тонкая моторика, то есть сам организм использует проторенные в онтогенезе пути [4].

*Ранняя вертикализация* пациентов предусматривает поднятие головного конца кровати уже в первые дни пребывания пациента в блоке интенсивной терапии, возвышенное положение туловища при приеме пищи. В последующие дни — опускание нижних конечностей и присаживание пациента.

Среди расстройств речи, вызываемых поражениями центральной нервной системы, *дизартрия* занимает значительное место. Дизартрия — форма нарушения речи, которая связана с расстройствами артикуляции, дефектами голосообразования, речевого дыхания, просодической стороны речи: темпа, ритма, мелодики, интонации. В зависимости от очага поражения различают следующие виды дизартрии: *бульбарная, псевдобульбарная, корковая*, проводят их коррекцию.

Среди немедикаментозных средств, используемых в восстановительном лечении пациентов в остром периоде ИМ, немаловажную роль играют лечебные *физические факторы*, направленные на основные звенья патогенеза заболевания. В основе применения физических факторов лежат результаты экспериментальных и клинических исследований, подтверждающие рефлекторный механизм их действия. Общим для различных физических факторов при любом месте их приложения является ответная реакция гипоталамо-гипофизарной системы на любую афферентную импульсацию.

Для эффективной работы палат или блоков ранней реабилитации требуется создание *мультидисциплинарных бригад* специалистов. Бригада объединяет специалистов, которые работают как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход к реализации задач реабилитации. В состав бригады, как правило, входят: невролог, кинезитерапевт, физиотерапевт, инструктор по лечебной физкультуре, нейропсихолог-логопед, психиатр, психолог, эрготерапевт, специально обученные приемам реабилитации медицинские сестры. Желательно включение в состав бригады социального работника и диетолога [4, 5].

### **Выводы**

1. Принцип преимущества поэтапной медицинской реабилитации, основанной на мультидисциплинарных подходах организации, позволяет повысить эффект реабилитационных мероприятий а также снизить временную и стойкую нетрудоспособность пациентов.
2. Экономическая эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий уменьшает затраты на содержание инвалида, предоставляется возможность членам семьи продолжать свою работу, а при хорошем восстановлении функций — вернуть пациента к трудовой деятельности и улучшить качество его жизни.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Банк данных по ишемическому инсульту — основные результаты / Е. И. Гусев [и др.] // Неврол. журн. — 2002. — № 4. — С. 8–12.
2. Ограничения жизнедеятельности у больных после мозгового инсульта, черепно-мозговой травмы: пособие для врачей / В. Б. Смышек [и др.]; НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации. — Минск, 2003. — 63 с.
3. Белова, А. Н. Нейрореабилитация: рук-во для врачей / А. Н. Белова. — М.: Антидор., 2000. — С. 253–321.
4. Ранняя реабилитация больных с инсультом: метод. рекомендации / В. И. Скворцова [и др.]. — М., 2004. — 40 с.
5. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V. L. Feigin [et al.] // Lancet. — 2014. — Vol. 383. — P. 245–255.