Акценты реабилитационного лечения пациентов перенесших ОНМК и ЧМТ

Врач невролог, заведующая 3 неврологическим отделением РКБ им. Семашко Т.Д. Очирова

07.09.2019 г.

Актуальность

В структуре смертности населения в РФ сердечно-сосудистые заболевания занимают 1 место, составляя 56 %. За последние 5 лет в РФ от болезней системы кровообращения умерло 6,4 млн человек. Доля ОНМК в структуре общей смертности в нашей стране составляет 21,4 % . Ожидается ,что вследствие демографического старения населения, недостаточного контроля основных факторов риска количество пациентов с инсультом будет продолжать увеличиваться

Актуальность

В России от инсульта ежегодно умирают 175 человек на 100 тыс. населения, этот показатель смертности из наиболее высоких в мире. Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации российского населения. 31% перенесших инсульт больных нуждаются в посторонней помощи, еще 20% не могут самостоятельно ходить, лишь 8% выживших больных способны вернуться к прежней работе. Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного, значительно снижая их трудовой потенциал, и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество.

Актуальность

Медицинская реабилитация, по определению комитета экспертов ВОЗ – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Нейрореабилитация выходит за рамки классической неврологии, поскольку рассматривает не только состояние нервной системы при том или ином неврологическом заболевании, но и изменение функциональных возможностей человека в связи с развившейся болезнью на всех этапах восстановительного лечения

Реабилитация после инсульта

ПРИКАЗ
от 15 ноября 2012 г. N 928н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

- ✓ Предупреждение осложнений
- ✓ Ранняя мобилизация больного: первые 12-48 часов после инсульта
- ✓ Вмешательство основано на доказательствах его эффективности
- ✓ Активное участие самого пациента
- ✓ Преемственность этапов реабилитации

Без осложнений

- Дегидратация
- Недостаточность питания
- Уроинфекции
- Пневмонии
- Пролежни
- Тромбоз, ТЭЛА
- Обездвиженность
- Боль в плече
- Спастичность

Дегидратация

Баланс жидкости (30 мл/кг)

(В/венно / в рот / выделено с мочой / потери)

- Последствия дегидратации:
  - Тромбообразование
  - Артериальная гипотензия – ортостатические реакции
  - Пролежни
  - Дизурия
  - Запоры
  - Мышечная слабость, головная боль
- Количество выпитой жидкости?
- Подгузники - количество выделенной мочи?
- Оценка глотания?

Дисфагия

Оценка глотания:

- кому?
- кем?
- когда?

- 45% пациентов имеют дисфагию при поступлении (Э.Радд, 2005)
- 80% пневмоний (ОНМК, острый период) – аспирационного характера

Недостаточность питания пациентов:

- более медленное выздоровление,
- угроза развития различных осложнений,
- более длительное пребывание в стационаре,
- более высокие расходы на их лечение и реабилитацию,
- более высокая летальность больных.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРМЛЕНИЮ

ИМЯ ПАЦИЕНТА ***Иванов Петр Сергеевич***

- ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОЛНОСТЬЮ **РАЗБУЖЕН** ДЛЯ ПРИЕМА ПИЩИ ЧЕРЕЗ РОТ
- ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ **ПОСАЖЕН** ДО ЕДЫ И ДОЛЖЕН ПРОВЕСТИ 20-30 МИНУТ СИДЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРИЕМА ПИЩИ

КОНСИСТЕНЦИЯ ПИЩИ	ОДНОРОДНОЕ ПЮРЕ	НЕОДНОРОДНОЕ ПЮРЕ	МЯГКАЯ	НОРМАЛЬНАЯ

КОНСИСТЕНЦИЯ ЖИДКОСТИ ВИЛОЧНЫЙ ТЕСТ	ПОВИДЛО Держится на вилке	МЁД Стекает с вилки крупными каплями	СИРОП Окутывает вилку, но быстро стекает	ВОДА 0

1. Поза:
   изголовье 30^0 / 45^0 / 60^0 / сидя на кровати с полной поддержкой / сидя в кресле
2. Тип помощи:
   кормление с ложки / физическое сопровождение руки пациента / жестовые подсказки/ вербальные подсказки / наблюдение
3. Кто кормит:
   специалист по глотанию / медсестра / сиделка / родственники / сам пациент
4. Где:
   В палате / в кабинете логопеда
5. Какое количество в рот за 1 раз:
   ½ чайной ложки, чайная ложка, ½ десертной ложки, _____
6. Сколько раз в день пациент должен есть: ***3***
7. Какие стратегии и компенсации можно использовать: ***Поворот в слабую сторону***
8. Количество пищи и жидкости за 1 кормление: ***100 мг***
9. Общая расчетная калорийность назначенного питания (30 ккал/кг веса, при дефиците веса-35 ккал/кг) ***2100 ккал***
10. Общее расчетное количество жидкости за сутки: ***2100 мл***
    В том числе внутрь: через зонд: ***1500 мл*** через рот: ***200 мл***

Должность: ***логопед*** Подпись Дата ***24.09.12***

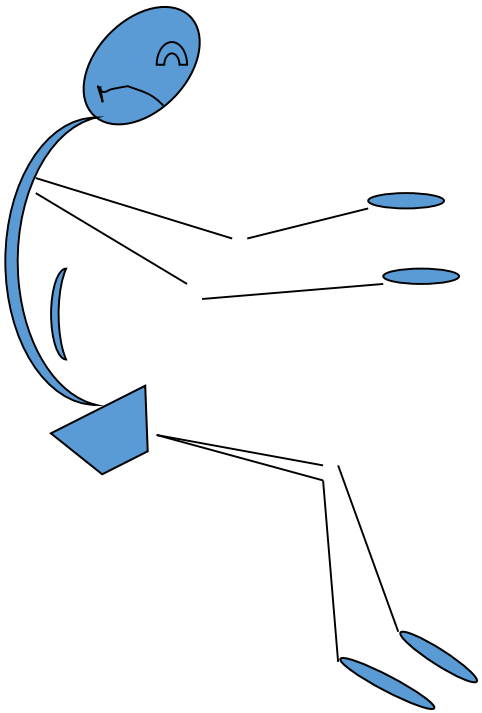
Дисфункция тазовых органов

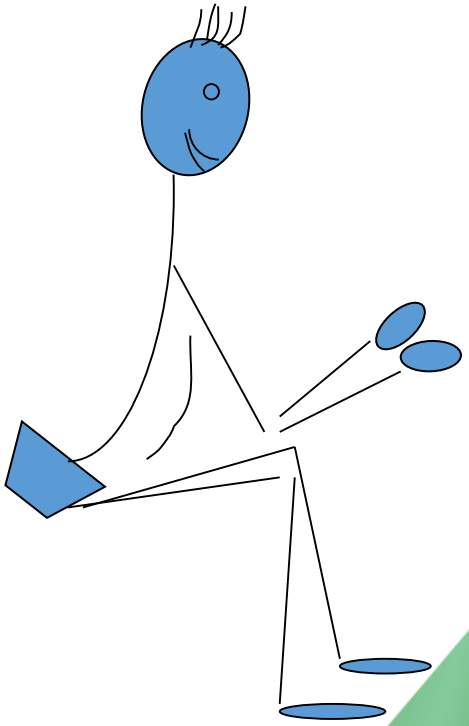
- Достаточная гидратация
- Постановка постоянного катетера (Фолея) только по показаниям
  - Повторные задержки мочеиспускания
  - Необходимость точного учета выделенной жидкости у больных с сердечной недостаточностью (?)
  - Очень высокий риск развития пролежней
- Использование только стерильных мочесборных мешков с постоянным катетером (не открытая система!)
- Не промывать мочевой пузырь!

Дисфункция тазовых органов

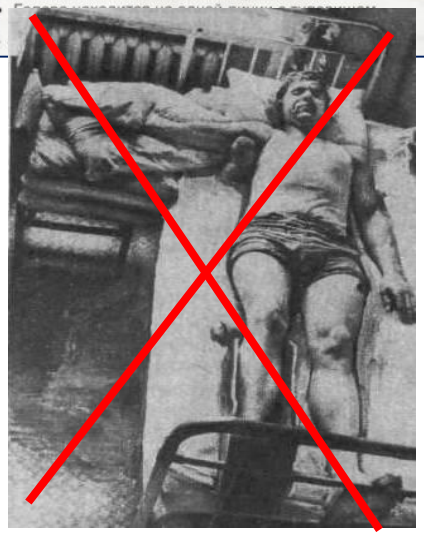
- Использование у мужчин уропрезервативов (с фабрично-чистыми мешками)
- Предупреждение запоров
  - Гидратация
  - Вертикализация- использование прикроватных туалетов
    - без колес (самостоятельно)
    - с колесами (нестабильные, высокие)

Правильная поза для дефекации





Позиционирование:
«На любом боку, но не на спине»

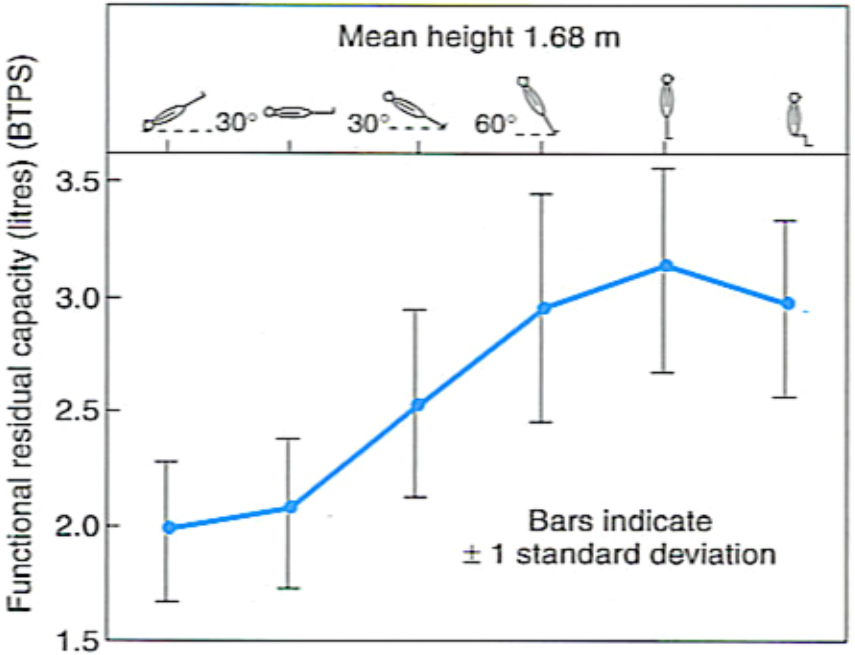


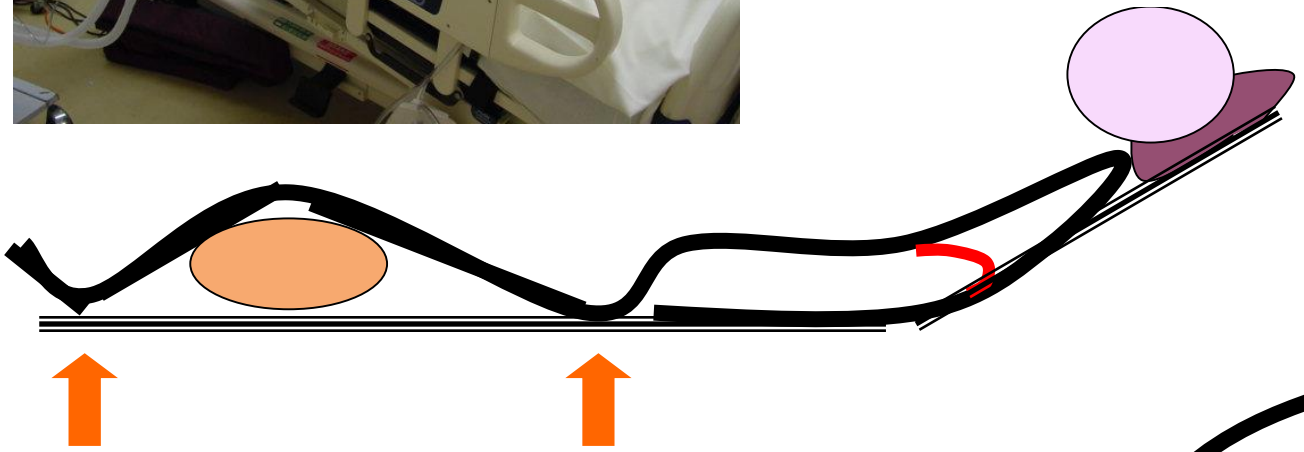
- Поддержана респираторная функция
- Снижен риск аспирации
- Нет влияния СШТР и АШТР
- При перекладывании – пассивные движения в суставах
- Профилактика пролежней:

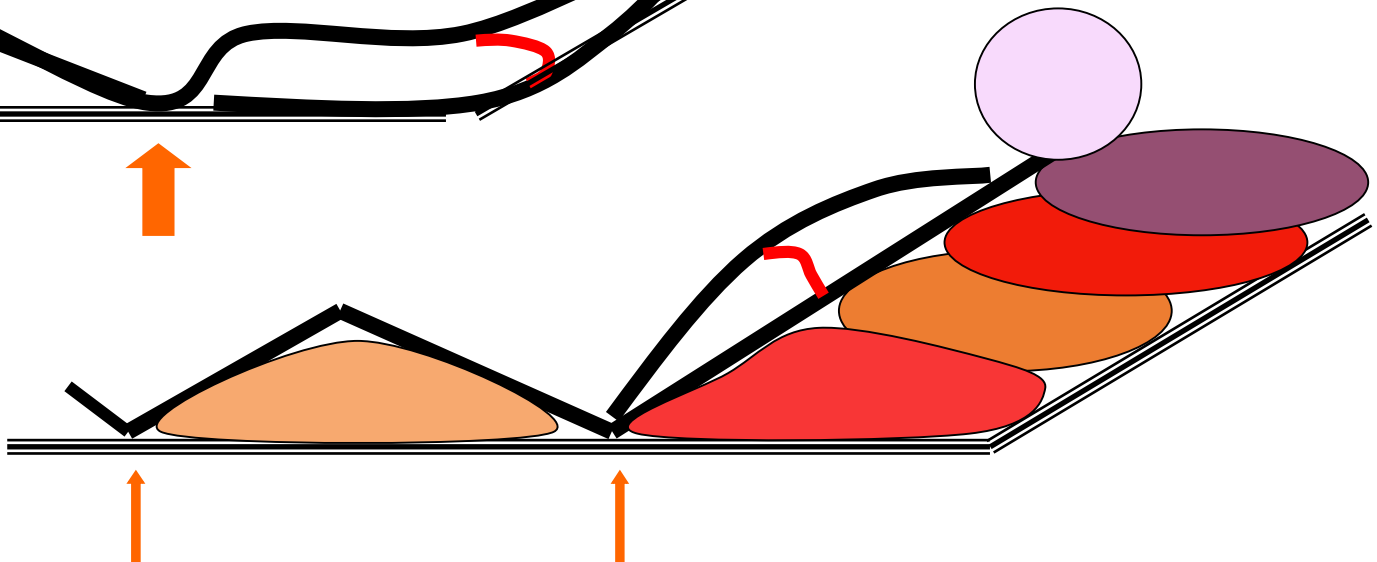
- частая смена положений
- правильное позиционирование

- НЕ КАМФОРНЫЙ СПИРТ!

Функциональная кровать







Высокое изголовье

- Как высоко поднимать изголовье?
- Как долго оставлять в этом положении?
- Сколько раз в день?

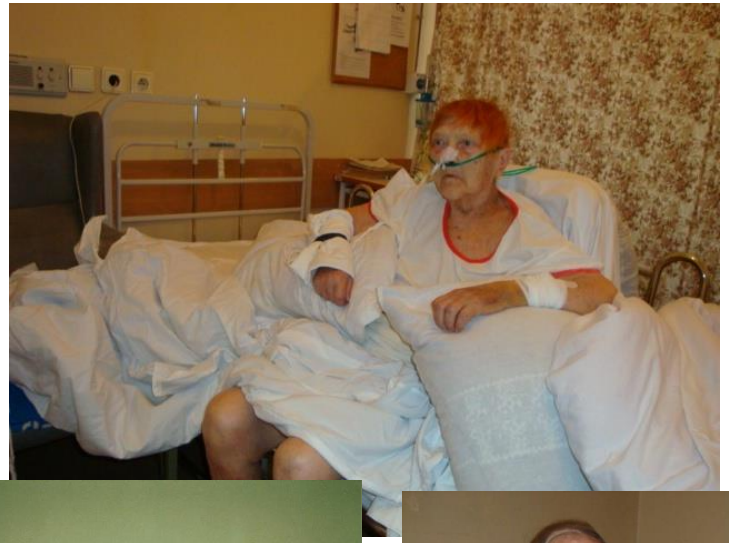
Зависит от:

- Особенностей течения инсульта
- АДЕКВАТНОЙ ГИДРАТАЦИИ
- Медикаментозного сопровождения
- Регулярности выкладывания
- Активности в вертикальном положении

дальнейшая вертикализация

- Цель – как можно раньше посадить пациента вертикально со спущенными ногами

- Изголовье – выше
- Изголовье – чаще
- Изголовье – дольше
- Вертикально



Положение сидя. Что это значит для пациента?

- Оптимальная респираторная функция – профилактика пневмонии
- Вертикальный обзор – восстановление восприятия пространства
- Общение
- Возможность самостоятельного приема пищи
- Самостоятельное умывание, мытье тела сидя
- Дефекация в вертикальном положении
- Работа мышц туловища по поддержанию позы

Положение сидя вне кровати

Тромбоз, ТЭЛА

- Примерно у 50% пациентов с гемипарезом развивается венозный тромбоз на стороне поражения
- Иногда двухсторонний, но никогда изолировано на здоровой стороне
- Вероятно, причиной этого является потеря функции мышечного насоса
- Эмболия легочной артерии - частая причина смерти на раннем этапе
- Нет доказательств эффективности компрессионного трикотажа при ОНМК (Кохрейновский обзор,2010)

Тромбоз, ТЭЛА

- Ранняя активизация
- Не допущение дегидратации
- Аспирин при ишемическом инсульте
- Механотерапия несколько раз в сутки:
- Активные и пассивные повороты в кровати

Восстановление ходьбы

- Отличная профилактика тромбообразования!
- Невозможно в положении лежа.

Боль в плече

30 – 80% больных

8% - до инсульта

Боль концентрирует внимание на себе

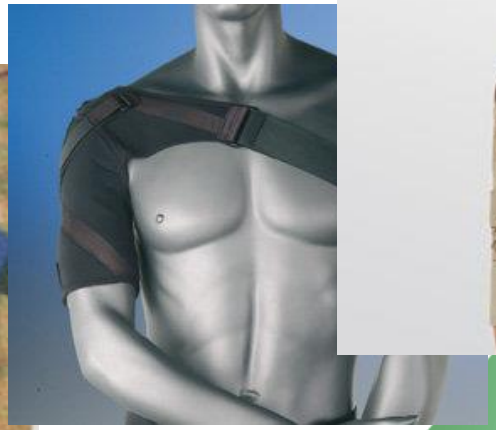
- боль не дает возможность использовать уже имеющиеся навыки и приобретать новые
- человек становится зависимым от окружающих
- снижены реакции равновесия, а значит больной может бояться двигаться
- плохое настроение
- нарушенный сон

Ортопедическая поддержка плеча

Плечо всегда поддержано!!!

- В положении сидя – подушкой

- В положении стоя и при ходьбе:
  - Бандажи косыночные
  - Плечевые ортезы



Общие рекомендации по профилактике и ведению боли в плече

- Поддерживать слабое плечо

- Избегать давления или оттягивания руки при перемещении пациента

- Поддерживать амплитуду пассивных движений в плече **(лежа, не сидя)**

Спастика /контрактуры

Причины:

- Немоделируемые
  - Величина и локализация поражения
- Моделируемые

  Любой дискомфорт:
  - Долгое положение в одной позе (особенно на спине)
  - Нарушение приватности
  - Боль (в том числе от инъекций)
  - Запах от собственного грязного тела

Чрезмерное усилие

Местное лечение спастики - ботулинотерапия

- Возраст до 60 лет
- Инсульт 3 мес – 2 года назад
- 2-3 балла по шкале Эшворта
- Наличие движений в разгибателях руки
- Негрубое нарушение чувствительности
- Сохранение когнитивных функций
- Отсутствие контрактур
- Активное участие самого пациента
- Программы домашних тренировок

Главной проблемой при лечении людей является злоупотребление антибиотиками

~ Резистентность является естественным биологическим феноменом.

Темпы ее роста зависят от различных причин, одной из которых является частота использования антибиотиков,

В настоящее время достигла критического уровня.

~ Невосприимчивость к антибиотикам ежегодно уносит жизни 700 тыс. человек.

~ К 2050 году при сохранении темпов роста на имеющемся уровне предполагается возрастание этой цифры до 10 млн

~ Потери мировой экономики

от этой проблемы составят

до 7% глобального ВВП,

то есть около $210 трлн.

Устойчивые к антибиотикам возбудители

- продуценты бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС/ ESBL),

- метициллинорезистентный S. Aureus (MRSA),

- ванкомицинорезистентные энтерококки (VRE),

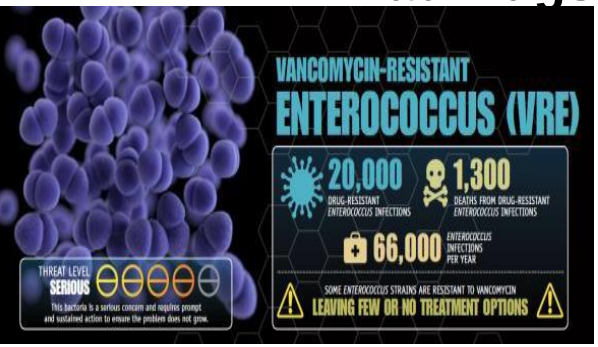
- неферментирующие продуценты

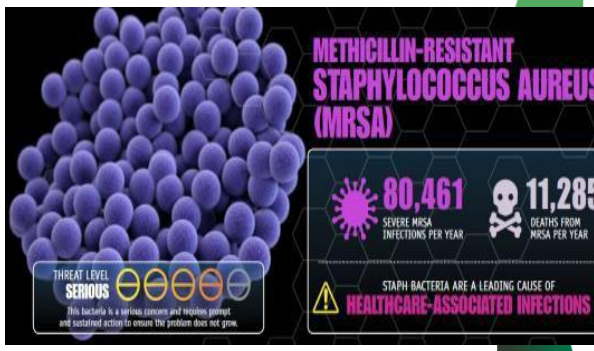
металло-бета-лактамаз (МБЛ),

- C. Diffcile

Проблема резистентности госпитальной инфекции

“Bad Bugs, No Drugs: No ESCAPE Revisited”





Патогены гр уппы ESCAPE:

E - Enterococcus faecium

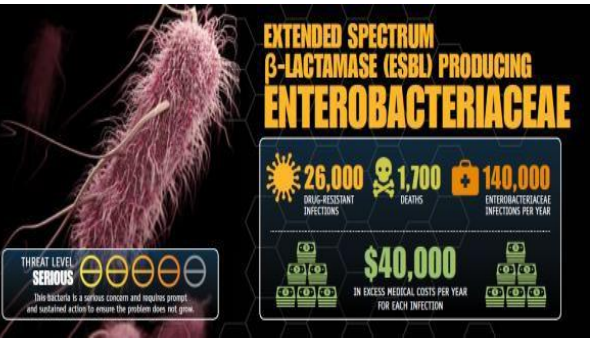
S - *Staphylococcus aureus (MRSA*

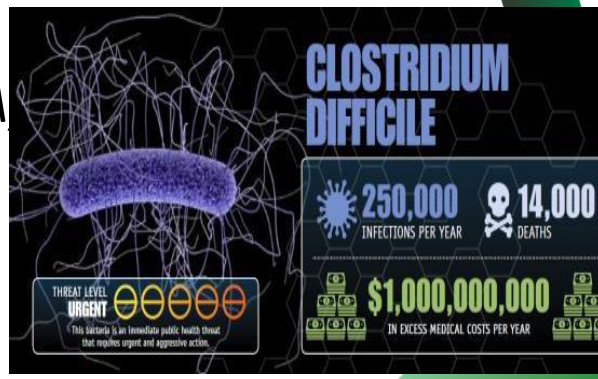
C - *Clostridium difficile*

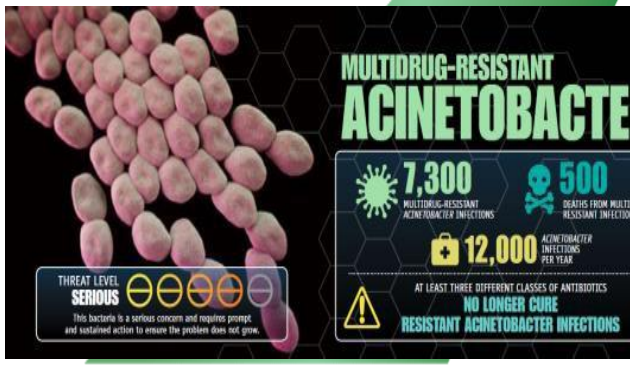
A - Acinetobacter *baumannii*

P - Pseudomonas *aeruginosa*

E - *Enterobacteriaceae*







Peterson et al. Clinical Infectious Diseases 2009; 49:992–3

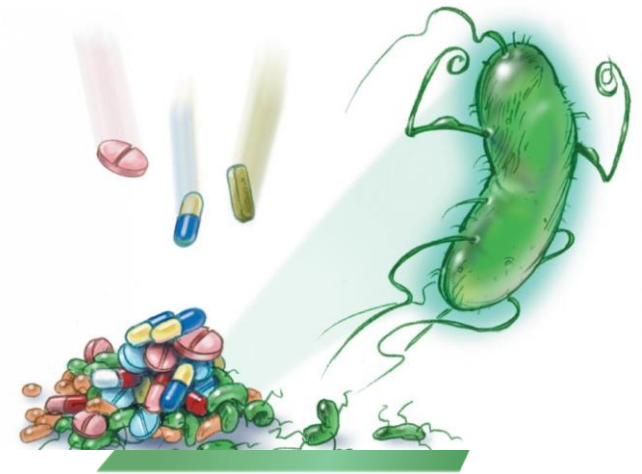
Параллельный ущерб

- Использование ц/с повышает риск колонизации и инфекции штаммами БЛРС-продуцирующих K. pneumonia и E. Coli (ОШ=3,9 и 6 соответственно) *Paterson D.L. et al, 2004; Rodrigues-Bano J. et al, 2010*
- Более высокие уровни потребления ц/с III пок. независимо связаны с более широким распространением VRE *Fridkin S.K., 2001*
- Использование ф/х сопровождается риском возникновения инфекций, вызванных штаммом Ps. Aeruginosae, продуцирующих МБЛ (ОШ=3,5) *РеВАНШ, 2009; Zavascki A.P et al, 2006*
- Предшествующие использование АМП повышает риск инфекций, вызванных MRSA в 1,8 раз:

  - ф/х - 3,1;

  - гликопептиды – 2,9;

  - ц/с – 2,2 *SarmaJ.B., Ahmed G.U., 2010*



Ключевые вопросы рациональной антибактериальной терапии

Что лечить?

Чем лечить?

Как лечить?

Что лечить?

Правило №1: Диагноз инфекционного заболевания должен быть сформулирован

- предварительный

- сформулированная концепция о наличие инфекционного заболевания отраженная в истории болезни (сепсис без первичного очага, криптогенный сепсис)

NB!!!

~ Наличие отдельных симптомов системной воспалительной реакции (лихорадка, лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ) не всегда является отражением бактериального воспаления

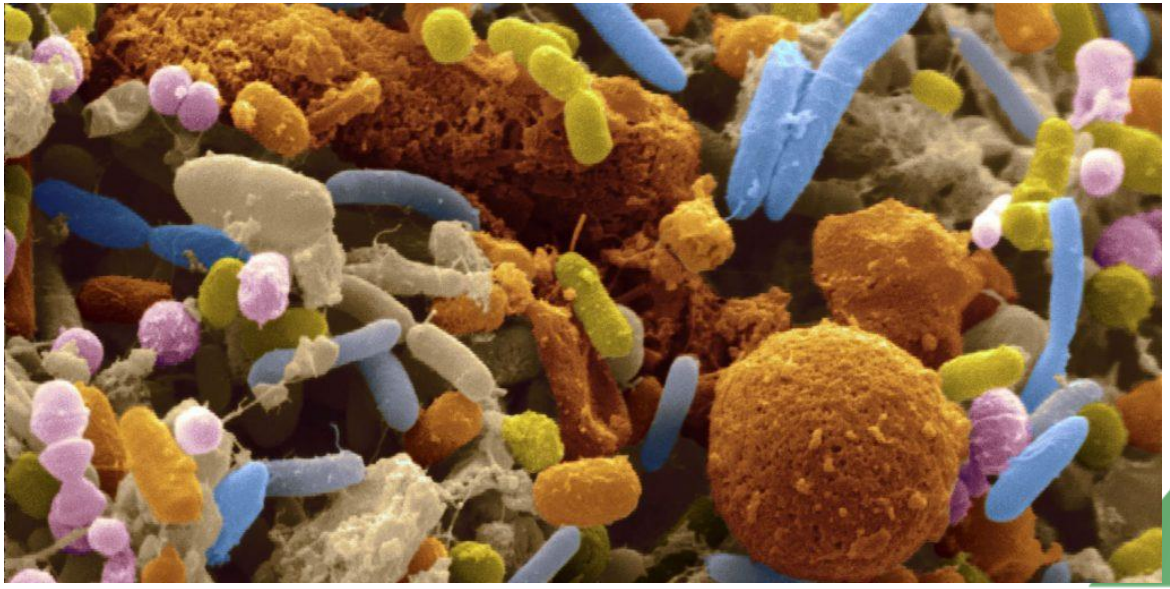
~ Выделенный м/о из нестерильных локусов — не всегда означает инфекционный процесс, необходимо учитывать клиническую картину

~ Для решения вопроса о назначении АБП полезным может быть - исследование прокальцитонина и СРБ

Что лечить?

Правило №2 Должен быть определен возбудитель инфекционного заболевания и чувствительность к антибактериальным препаратам этиологическая диагностика инфекционного заболевания

- Микробиологическая диагностика = Этиотропная АБ терапия
- Эмпирическая диагностика = Эмпирическая АБ терапия



Факторы риска внебольничных инфекций, вызванных антибиотикорезистентными возбудителями

- Госпитализация в течение предшествующих 3 месяцев
- Прием антибиотиков по любому поводу в течение предшествующих 3 месяцев
- Пребывание в учреждениях длительного ухода
- Лечение в дневных стационарах поликлиники
- Гемодиализ в течение 30сут.

Факторы риска MRSA

- Недавнее пребывание в хирургических стационарах и ОРИТ
- Длительное нахождение в стационаре
- Близкий контакт с инфицированными MRSA
- Предшествующая антибиотикотерапия
- Ожоги, хирургические раны
- Нахождение на гемодиализе или перитонеальном диализе
- Катетеризация центральных вен
- Пожилой возраст
- Иммунодефицитные состояния

Факторы риска P.aeruginosa

- Искусственная вентиляция легких
- Катетеризация мочевого пузыря и центральных вен
- Назогастральное зондирование
- Продолжительное пребывание в ОРИТ
- Продолжительная предшествующая терапия АМП широкого спектра действия
- Длительный прием ГКС
- Возраст старше 60лет
- Нейрохирургическое вмешательство
- Патология органов дыхания

Как лечить?

Nota Bene!!!

- Сохранение отдельных симптомов — субфебрильная лихорадка, лейкоцитоз без п/я сдвига, повышенная СОЭ

- Небольшое количество гнойного трахеального секрета

- Остаточная инфильтрация на рентгенограмме

- Наличие дренажей в брюшной полости или катетера в мочевых путях

Не являются основанием для продолжения АБТ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

www.rkbsemashko.ru

rkbsemashko@yandex.ru