

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

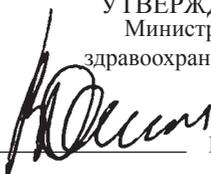
СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника по науке
Главного управления кадровой
политики, учебных заведений и науки

_____ В.В. Кирковский

УТВЕРЖДАЮ

Министр
здравоохранения



_____ В.А. Остапенко

5 января 2002 г.

Регистрационный № 111-0801

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ
ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ
И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ
НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Минск
2002

Учреждение-разработчик: НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии

Авторы: канд. мед. наук Г.Д. Ситник, канд. мед. наук Э.С. Кашицкий, канд. мед. наук А.В. Астапенко, д-р мед. наук С.А. Лихачев, канд. мед. наук Г.В. Зобнина, канд. мед. наук Н.В. Мазур, В.М. Устимов

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Л.С. Гиткина, д-р мед. наук, проф. Н.Ф. Филиппович

Методические рекомендации рассчитаны на врачей-невропатологов, физиотерапевтов и реабилитологов, занимающихся лечением и медицинской реабилитацией больных с инвалидизирующей патологией центральной нервной системы. Излагаются типовые программы медицинской реабилитации больных с сосудистыми, воспалительными и токсическими поражениями центральной нервной системы.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

ВВЕДЕНИЕ

Решение проблемы полноценного восстановительного лечения больных с заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС) может быть достигнуто при условии преемственности и этапной последовательности оказания медицинской помощи. Недостаточно интенсивная восстановительная терапия или ее отсутствие в ряде случаев приводят к возникновению стойких необратимых анатомических и функциональных нарушений, к снижению трудоспособности, увеличению инвалидности. Одним из эффективных путей снижения трудопотерь являются реабилитационные мероприятия, представляющие собой комплекс методов оздоровления и лечения.

Медицинская реабилитация — восстановление нарушенных функций организма (или их компенсация), трудоспособности больных и инвалидов, направленное на возможно раннее и наиболее эффективное возвращение их в общество, к общественно-полезному труду путем осуществления ряда социально-экономических и медицинских мероприятий. В реабилитации нуждаются больные, длительно и часто болеющие, а также нетрудоспособные вследствие врожденного заболевания или дефекта.

В то время, когда лечение основных инвалидизирующих заболеваний в остром периоде отработано в достаточно полной мере, отвечает современным требованиям и не вызывает каких-либо затруднений у практикующих врачей, специальные восстановительные мероприятия у больных проводятся сравнительно реже в связи с недостаточной разработкой и апробацией оригинальных схем, отдельных методик и способов реабилитации.

Сегодня назрела необходимость создания реабилитационных программ, базирующихся на основных принципах реабилитации, и системы медицинского обслуживания больных с основными инвалидизирующими заболеваниями ЦНС, дифференцированных в соответствии с периодами течения болезни и поэтапными задачами реабилитации с учетом использования стационарозамещающих технологий, сети дневных стационаров и санаторных учреждений.

Основой для методических рекомендаций послужил шестилетний опыт совместной деятельности неврологических отделений 5-й и 10-й клинических больниц, поликлиник Заводского р-на г. Минска, санаториев «Несвиж», «Сосновый бор», «Радон», НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии.

ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

При составлении индивидуальных программ медицинской реабилитации учитывается степень выраженности функциональных нарушений и реабилитационный потенциал больного (Гиткина Л.С., 1995).

Функциональный класс-1 (ФК-1) — легкие двигательные, афатические, координаторные, речевые нарушения, легкие вегетативно-сосудистые расстройства и психоорганический синдром, редкие эпилептические припадки.

ФК-2 — умеренные двигательные, афатические, координаторные и речевые нарушения, выраженный астенический, умеренный психоорганический синдромы, редкие или средней частоты вегетативно-сосудистые пароксизмы и эпилептические припадки.

ФК-3 — выраженные двигательные, афатические, координаторные и речевые нарушения, выраженный астенический, психоорганический синдромы, вегетативно-сосудистые пароксизмы и средней частоты эпилептические припадки.

ФК-4 — резко выраженные афатические, координаторные и речевые нарушения, резко выраженный астенический, психоорганический синдромы, частые вегетативно-сосудистые нарушения и эпилептические припадки.

Ранняя реабилитация больного в условиях стационара проводится сразу после острого периода заболевания, на повторные курсы направляются больные с ФК-3–4, когда из-за функциональных нарушений (парезов, координаторных расстройств, нарушений речи, гипертензионного синдрома и т. д.) больной не в состоянии ежедневно посещать поликлинику, но имеется высокий или

средний реабилитационный потенциал. Ранняя реабилитация и повторные курсы лечения в условиях дневного стационара и отделения восстановительного лечения поликлиники проводятся при ФК-1–2 с высоким и средним потенциалом. На этот этап направляются также больные с ФК-3 со средним реабилитационным потенциалом после стационарного этапа при наличии положительной динамики. Реабилитация в домашних условиях проводится на амбулаторно-поликлиническом этапе больных с ФК-3–4 при наличии низкого реабилитационного потенциала. На санаторный этап реабилитации направляются преимущественно больные трудоспособного возраста, ФК-1–2 при высоком реабилитационном потенциале.

В реабилитационные отделения для восстановительного лечения принимаются больные после окончания острого периода заболевания (травмы) и инвалиды трудоспособного возраста с реабилитационным потенциалом по направлению заведующих неврологических отделений больниц и врачей-невропатологов городских поликлиник в соответствии с рекомендациями по отбору. В направлении должен быть указан диагноз заболевания (повреждения), где и сколько времени лечился больной, виды проведенного ранее лечения, сроки временной нетрудоспособности, сопутствующие заболевания и данные обследования (общий анализ крови, мочи, рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ, рентгенография позвоночника в зависимости от заболевания, осмотр гинеколога, реакция Вассермана).

На каждом этапе после проведения комплекса реабилитационных мероприятий оценивается динамика состояния жизнедеятельности больного по общепринятым международным критериям:

1. Способность к передвижению (восстановлена полностью, значительно, умеренно, незначительно, не восстановлена).
2. Способность к самообслуживанию (восстановлена полностью, значительно, умеренно, незначительно, не восстановлена).
3. Способность к общению (восстановлена полностью, значительно, умеренно, незначительно, не восстановлена).

Особенности этапов медицинской реабилитации для больных, перенесших церебральные инсульты, воспалительные и токсические заболевания центральной нервной системы

Базовая терапия различных клинических синдромов во многом схожа, поскольку направлена на коррекцию нарушений, имеющих во многих аспектах единый патогенез. При наличии нескольких клинических синдромов назначается комплексное лечение, включающее медикаментозную и немедикаментозную коррекцию нарушений с учетом ведущих клинических синдромов (см. табл. 1), имеющихся у конкретного больного.

Таблица 1

Ведущие клинические синдромы

Инсульты	Воспалительные	Токсические
1. Двигательные нарушения (параличи, парезы)	1. Гипертензионный синдром	1. Стволово-мозжечковые нарушения
2. Стволово-мозжечковые нарушения	2. Двигательные нарушения (параличи, парезы)	2. Экстрапирамидный синдром
3. Речевые нарушения	3. Стволово-мозжечковые нарушения	3. Синдром паркинсонизма
4. Когнитивные нарушения	4. Синдром паркинсонизма	4. Когнитивные нарушения
	5. Когнитивные нарушения	5. Синдром вегетативно-сосудистой неустойчивости
	6. Эпилептический синдром	
	7. Речевые нарушения	
	8. Синдром вегетативно-сосудистой неустойчивости	
	9. Синдром вестибулярной дисфункции	
	10. Невротический	

Медицинская реабилитация больных, перенесших инсульты, воспалительные и токсические поражения ЦНС, проводится на трех этапах: стационарном, поликлиническом и санаторном. При

определении объема интенсивности реабилитационных мероприятий наряду с общими принципами необходимо учитывать особенности раннего и позднего восстановительных периодов заболеваний и их последствий с учетом нозологической формы. Ранняя реабилитация начинается сразу по миновании острого периода заболевания, что определяется стабилизацией процесса и появлением первых признаков восстановления нарушенных функций. На последующих этапах реабилитации проводимые мероприятия интенсифицируются с учетом реабилитационного потенциала и функционального класса.

В восстановительном и резидуальном периодах задачи реабилитации указанной категории больных во многом однотипны, однако имеют и ряд отличий, учитывающих специфику заболеваний. Базовые программы применения медикаментозных и немедикаментозных средств на различных этапах приведены в табл. 2.

Выбор этапа реабилитации осуществляется с учетом широкого внедрения стационарозамещающих технологий, создания сети дневных стационаров в больницах и поликлиниках, строгого соблюдения показаний к госпитализации.

Программы медицинской реабилитации составляются с учетом особенностей каждого ее этапа.

Стационарный этап:

1. Применение медикаментозных средств с внутривенным капельным, струйным и внутримышечным введением препаратов. Активное физиотерапевтическое лечение.

2. Большие диагностические возможности для контроля, определения эффективности и своевременной коррекции лечебных мероприятий.

3. Возможность активного лечения больных с ограничением самостоятельного передвижения.

Поликлинический этап:

1. Направляются больные, которые могут самостоятельно посещать поликлинику.

2. Проводимое физиотерапевтическое лечение меньшей интенсивности по сравнению со стационарным и санаторным этапами.

В медикаментозной терапии преимущество отдается таблетированным формам и внутримышечным инъекциям.

3. Это самый длительный по протяженности этап. Программа поликлинической реабилитации требует динамической коррекции в зависимости от результатов лечения в реабилитационных отделениях стационаров и санаториев, а также при изменении реабилитационного потенциала.

4. Значительную часть времени больной находится дома, в привычной обстановке, в условиях домашнего ухода. В связи с этим ведущую роль приобретают самостоятельные занятия, тренировки, тренажеры и приспособления для индивидуального пользования.

Санаторный этап:

1. Направляются больные, сохранившие способность передвижения и самообслуживания.

2. Использование курортных факторов, климатотерапии: дозированные прогулки (терренкур), общие и местные воздушные и солнечные ванны, талассотерапия в щадящем, нагрузочно-раздражающем и тренирующем режимах.

3. Возможность активного применения природных физических факторов (лечебные грязи, различные виды ванн и др.).

4. Положительная эмоционально-психологическая обстановка пребывания среди людей без видимых физических дефектов и живущих полноценной жизнью.

5. Пациенты с мозговым инсультом в раннем восстановительном периоде направляются в специализированное неврологическое отделение для реабилитации больных с цереброваскулярной патологией санатория «Сосновый бор», а в позднем — в санатории неврологического профиля.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА

Нейропротективным эффектом (прямым или опосредованным) обладают препараты различных фармакологических групп, способные уменьшить действие повреждающего фактора на головной или спинной мозг, влиять на темпы восстановления нарушенных неврологических функций, ускоряя регресс общемозговых и

очаговых нарушений. Ряд препаратов, обладающих терапевтической и превентивной нейропротективной активностью, оказывают полифункциональное воздействие. Антигипоксантами повышают транспортировку кислорода и глюкозы в клетку, усиливают их внутриклеточную утилизацию, ускоряют метаболизм АТФ, что повышает энергетические ресурсы клетки в условиях нарушенного ограниченного мозгового кровотока (пептидэргические антигипоксантами и нейропептиды: актовегин, диавитол, церебролизин, семакс). Антиоксидантами ингибируют повышенную в условиях гипоксии активность свободно-радикального и перекисного окисления липидов, стабилизируя мембранные структуры клеток (эмоксипин, α -токоферола ацетат, комплексы витаминов А, Е, С). Нейропротективное действие не исчерпывается вышеуказанными механизмами. Влияя на метаболические процессы мозговой ткани, систему нейротрансмиттеров, препараты этой группы нормализуют энергетический обмен, стимулируют функционально неактивные нейроны, предупреждают развитие когнитивных нарушений, усиливают репаративные процессы. Актовегин — внутривенно капельно 10–30 мл на 200 мл изотонического р-ра хлорида натрия или 5% глюкозы либо внутримышечно 2–5 мл № 10; диавитол — внутривенно капельно 30–50 мл на 200 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% глюкозы № 10; церебролизин — внутривенно капельно по 10–50 мл на 200 мл изотонического р-ра хлорида натрия или 5% глюкозы либо внутримышечно 2–5 мл № 10; семакс — в суточной дозе 12–18 мг в 2 введения интраназально в 4 каплях физиологического р-ра (по 2 капли в каждый носовой ход) 15–20 дней; эмоксипин — внутривенно капельно 10–20 мл на 200 мл изотонического р-ра хлорида натрия или 5% глюкозы № 10; α -токоферола ацетат — 100 мг/сут внутрь 15–20 дней; аевит — по 1 капсуле 3 раза в день 30 дней; антиоксикапс — по 1 капсуле 3 раза в день 20 дней; глицин — сублингвально в суточной дозе 1 г 20–30 дней; танакан — по 1 таблетке 3 раза в день 30 дней; аплегин (р-р карнитина хлорида 10% для инъекций) при интенсивной терапии — первые 2 сут 10 мл 2 раза в день (12–15 мг на 1 кг веса), на 3–4-е сутки по 10 мл 1 раз в день, на курс введения 10–14 ампул (по 10 мл) при 5–7 днях введения, при восстановительной терапии — 5–10 сут по 5 мл,

на курс введения 5–10 ампул, способ внутривенного капельного введения — на 1 мл карнитина по 40 мл изотонического р-ра хлорида натрия, скорость инфузии — 60–80 капель/мин; глиатилин — внутривенно или внутримышечно по 4 мл (1000 мг) № 5, затем по 1 капсуле (400 мг) 2–3 раза в день 20–30 дней; милдронат — внутривенно струйно (внутримышечно) по 5 мл 10% р-ра № 10 или по 1 капсуле (0,25 г) 2–3 раза в день 15–20 дней; пирацетам (ноотропил) — внутрь в суточной дозе 2,4–4,8 г на 3 приема в течение 1 мес. или внутривенно капельно на изотоническом р-ре хлорида натрия 6–12 г/сут № 10; аминалон — внутрь таблетки по 0,25 г в суточной дозе до 3 г на 3 приема 30 дней; пикамилон — внутрь в суточной дозе — 0,06–0,15 г на 2–3 приема 30 дней.

Вазоактивные препараты усиливают кровоток, улучшают снабжение мозга кислородом, ряд препаратов способствует утилизации глюкозы, уменьшает агрегацию тромбоцитов, вязкость крови: кавинтон (винпоцетин) — внутрь 1–2 таблетки (по 5 мг) 3 раза в день 20–30 дней или внутривенно (только капельно) медленно 1–2 ампулы 0,5% р-ра по 2 мл в 500 мл изотонического р-ра натрия хлорида № 5; пентоксифиллин (трентал) — внутрь 0,2 г 3 раза в день или таблетки 400 мг пролонгированного действия 2 раза в день 20–30 дней либо внутривенно капельно 100–300 мг на 200 мл изотонического р-ра натрия хлорида или 5% глюкозы № 5–10; сермион (ницерголин) — внутрь таблетки по 0,01 г 3 раза в день 20–30 дней или внутривенно 0,04 мл на 200 мл изотонического р-ра натрия хлорида № 4–8; инстенон — внутрь по 1 драже инстенона форте или по 2 драже инстенона 2–3 раза в день 20–30 дней или внутривенно капельно по 2–4 мл на 200 мл 5% р-ра глюкозы или изотонического р-ра натрия хлорида № 5; эуфиллин — внутрь по 0,15 г после еды 1–3 раза в день 10–15 дней или внутривенно струйно медленно (в течение 4–6 мин) по 5–10 мл 2,4% р-ра, которые предварительно разводят в 10–20 мл изотонического р-ра натрия хлорида, или внутривенно капельно 10 мл 2,4% р-ра эуфиллина на 100–200 мл изотонического р-ра натрия хлорида № 5–10, внутримышечно — по 1 мл 2,4% р-ра (при невозможности введения в вену) № 10; циннаризин (стугерон) — внутрь по 1 таблетке (25 мг) 3 раза в день или по 1 капсуле стугерон-форте (75 мг) 1 раз в день 20–30 дней;

вазобрал — внутрь по 2 мл 2–4 раза/сут 20 дней; бетастин — внутрь 2 таблетки (по 16 мг) 3 раза в день в первую неделю, затем по 1 таблетке (8 мг) 3 раза в день последующие 3 недели.

Антихолинэстеразные препараты активируют процессы синаптической передачи, восстанавливают нервно-мышечную проводимость: галантамин — внутримышечно 0,25–1,0 мл 1% р-ра 1–2 раза/сут № 10; прозерин 0,05% 1,0 мл подкожно № 10; амиридин — внутрь по 0,01–0,02 г 3 раза в день 15 дней или подкожно и внутримышечно от 5 до 15 мг (1 мл 0,5%–1,5% р-ра) 1–2 раза в день № 10.

Противосудорожное действие оказывают различные вещества, ослабляющие процессы возбуждения или усиливающие процессы торможения в ЦНС, а также ряд средств со специфической противосудорожной активностью: карбамазепин — внутрь во время еды, начиная с 0,1 г (1/2 таблетки) 2–3 раза в день, постепенно увеличивая дозу до 0,4–1,2 г (4–6 таблеток) в день; клоназепам (антелепсин) — 0,5 мг 3 раза/сут, каждый третий день увеличивая дозу на 0,5–1 мг до получения максимального эффекта, обычно назначают 4–8 мг/сут, не рекомендуется превышать суточную дозу в 20 мг; депакин (конвулекс, энкорат, орфирил) — внутрь во время или сразу после еды, суточная доза в начале лечения — 0,3–0,6 г (1–2 таблетки), затем ее постепенно повышают до 0,9–1,5 г; фенobarбитал — внутрь, начиная с дозы 0,05 г и постепенно повышая ее до тех пор, пока не наступит урежение припадков, но не более 0,6 г/сут; бензонал — внутрь в таблетках по 0,1 г 3 раза/сут после еды, суточная доза — до 0,8 г; гексамидин — внутрь после еды, начальная суточная доза 0,125 г (в 1–2 приема), затем дозу постепенно увеличивают до 0,5–1 г в день, высшая разовая доза — 0,75 г, суточная — 2 г; дифенин — внутрь по 1 таблетке 2–3 раза в день, высшая разовая доза — 3 таблетки, суточная — 8 таблеток. Прием противосудорожных препаратов проводится длительно, до прекращения приступов, подтвержденного динамическим наблюдением, не менее года.

Препараты, понижающие мышечный тонус

Противопаркинсонические:

1. Содержащие леводопу: леводопа — внутрь во время или после еды, начальная доза — 0,25 г в день, через каждые 2–3 дня

дозу увеличивают на 0,15 г до суточной дозы 3 г, затем при необходимости дозу увеличивают на 0,25–0,5 г через каждые 10–14 дней до общей суточной дозы 4–5 г (ее делят на 3–4 приема); наком — внутрь как во время, так и после еды, прием начинают с 1/2 таблетки 1–2 раза/сут, при необходимости увеличивают дневную дозу, добавляя 1/2 таблетки через каждые 2–3 дня до достижения оптимального эффекта (обычно до 3–6 таблеток в сутки, но не более 8); мадопар — начинают лечение с приема по 1 капсуле 3 раза в день в течение недели, затем с интервалами в одну неделю увеличивают дозу на 1 капсулу до достижения оптимального эффекта, лечебная доза составляет обычно 4–8 капсул в день (в 3–4 приема).

2. Стимулирующие выделение дофамина из пресинаптических окончаний: мидантан — внутрь после еды, начиная с 0,05–0,1 г 2 раза, а затем 3–4 раза/сут, суточные дозы — 0,2–0,4 г.

3. Агонисты дофаминовых рецепторов (непосредственно стимулирующие дофаминовые рецепторы): бромокриптин (парлодел) — внутрь по 1–2 капсулы (5 или 10 мл) 3 раза в день, суточная доза — до 40 мг.

4. Ингибиторы MAO-B (ингибируют активность MAO типа B в ЦНС, что приводит к повышению концентрации в тканях мозга медиаторных моноаминов и содержанию в полосатом теле дофамина): селегилин (юмекс) — по 5–10 мг 1–2 раза/сут, дозу подбирают индивидуально, применяют вместе с леводопой, мадопаром, наком, дозировки которых можно снижать.

5. Антихолинергические (оказывают центральное Н-холинолитическое действие, уменьшают тремор, вегетативные проявления заболевания, в меньшей степени влияют на ригидность и брадикардию): циклодол — внутрь (во время или после еды) в таблетках, начиная с 0,5–1 мг в день, в последующем добавляют по 1–2 мг в день до суточной дозы 5–6–10 мг в день (в 2–3 приема). Препараты принимаются длительно.

Антиспазматические: мидокалм (блокирует полисинаптические спинномозговые рефлексы, обладает центральным Н-холиномиметическими свойствами, оказывает избирательно угнетающее влияние на каудальную часть ретикулярной формации) — внутрь, начиная с 1 драже (0,05 г) 2–3 раза в день, дозу постепенно повыша-

ют до 2 драже 2–3 раза в день; баклофен (являясь агонистом ГАМК-В-рецепторов, угнетает спинальные и висцеральные рефлексy, оказывает антиспастический и менее выраженный анальгезирующий эффект) — внутрь, начиная с 5 мг 3 раза в день с постепенным повышением до максимальной суточной дозы 60–75 мг; тизанидин (сирдалуд) (миорелаксант центрального действия подавляет полисинаптические спинномозговые рефлексy, уменьшает высвобождение из интернейронов возбуждающих медиаторных аминокислот) — внутрь в таблетках по 0,02 г 3 раза в день, постепенно повышая суточную дозу до 12–14 мг. Препараты принимаются длительно.

Препараты белладонны снижают возбудимость центральных и периферических адренергических и холинергических систем организма: беллатаминал (белласпон) — внутрь после еды по 1 таблетке 2–3 раза в день 10–25 дней; беллоид — внутрь по 1–2 таблетки (драже) 3 раза в день 10–15 дней.

β-адреноблокаторы оказывают специфическое блокирующее влияние на эффекты, связанные со стимуляцией β-адренореактивных систем, гипотензивное, антиаритмическое действие, уменьшают потребление миокардом кислорода, купируют симпатико-адреналовые кризы, применяются для профилактики приступов мигрени: анаприлин (обзидан, индерал) — внутрь по 40–120 мг/сут в 3–4 приема за 15–20 мин до еды; атенолол — внутрь в разовой дозе 50–100 мг в 1–2 приема. Длительность лечения 2–4 недели с постепенным последующим снижением дозы.

Рассасывающая терапия назначается для профилактики рубцово-спаечных процессов: алоэ — подкожно по 1 мл, максимальная суточная доза — 3–4 мл № 10–20; гумизоль — внутримышечно, начиная с 1 мл в первые 2–3 дня, при хорошей переносимости — по 2 мл 1 раз в день, № 10–20; торфот — подкожно по 1 мл № 10–20; лидаза — подкожно или внутримышечно по 1 мл р-ра (64 усл. ед.) ежедневно или через день № 10–15.

Психотропные препараты оказывают седативный, анксиолитический, снотворный, антидепрессивный эффекты: хлзепид (элениум) — внутрь, начиная с 5–10 мг в день, при необходимости увеличивают на 5–10 мг в день до суточной дозы — 30–50 мг

(в 3–4 приема); сибазон (диазепам) — внутрь, начиная с дозы 2,5–5 мг 1–2 раза в день, при необходимости постепенно увеличивают дозу до 25 мг/сут; феназепам — внутрь, начиная с 0,25–0,5 мг 2–3 раза в день, максимальная суточная доза — 0,01 г; мезапам (рудотель) — внутрь (независимо от приема пищи) 10–20 мг 2–3 раза в день, высшая суточная доза — 60–70 мг; оксилитин — внутрь по 0,02 г 3–4 раза в день, затем разовую дозу увеличивают до 0,06 г и суточную — до 0,2–0,3 г (4–6 таблеток по 0,05 г), внутримышечно и подкожно — 1 мл 2% р-ра, разовая доза может быть увеличена до 1–2 мл 5% р-ра, суточная — до 4–6 мл 5% р-ра; ксанакс — внутрь по 0,25–0,5 мг 2–3 раза/сут, средняя поддерживающая доза — 0,5–4,0 мг/сут в несколько приемов, повышение дозы необходимо начинать сначала в дневной, а затем в вечерний прием; препараты валерианы, пустырника, бромиды. Антидепрессанты оказывают специфическое антидепрессивное действие: амитриптилин — внутрь после еды, начиная с 50–75 мг в день, затем дозу постепенно увеличивают на 25–50 мг до получения желаемого эффекта, средняя суточная доза — 150–250 мг на 3–4 приема (в течение дня и перед сном); имипрамин — внутрь 0,075–0,1 г/сут на 3–4 приема. Длительность курсового лечения психотропными препаратами определяется степенью выраженности невротических, тревожных, депрессивных и других расстройств.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Физические методы лечения при двигательных нарушениях

Задачами физиотерапии при двигательных нарушениях (парезах и параличах) являются: снижение мышечного гипертонуса, улучшение кровообращения в паретичных конечностях, предупреждение развития контрактур и восстановление двигательной функции.

На стационарном этапе назначают:

1. Облучение паретичных мышц инфракрасным и видимым излучением (лампы типа «соллюкс» или Минина, светотепловая ванна) продолжительностью до 30 мин, ежедневно или 2 раза в день, курс — 10–12 процедур.

2. Постоянное магнитное поле на мышцы-сгибатели руки и разгибатели ноги (ферритовые кольцевые магниты МКМ-1-2, магнитофоры или магнитоэласты), индуктивность — 20–30 мТл, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно или через день, курс — 8–10 процедур.

3. Электрофорез 0,1% прозерина (–), 2% эуфиллина (–), 1–2% новокаина (+) на паретичные конечности продольно, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

4. По мере стабилизации процесса проводится 1-й курс электростимуляции антагонистов спастичных мышц синусоидальными модулированными токами (по Багель Г.Е.), по 2–3 мин на поле, 1 мин перерыв, ежедневно, курс — 15–20 процедур.

5. Избирательный массаж антагонистов спастичных мышц, ежедневно, курс — 12–15 процедур.

6. Гипербарическая оксигенация (ГБО). Рекомендуемый диапазон давления чистого кислорода — от 1,5 до 1,75 ата. Продолжительность сеанса — 40 мин, ежедневно, курс — 5–7 процедур.

На поликлиническом этапе рекомендуется проведение следующих процедур:

1. Дарсонвализация паретичных мышц слабоискровым разрядом, продолжительность — 10–12 мин, ежедневно или через день, курс — 8–10 процедур.

2. Криотерапия спастичных мышц (ванночки со льдом на 2–3 мин), ежедневно или через день, курс — 12–15 процедур.

3. Второй курс электростимуляции мышц-разгибателей (эффективнее через 1–2 ч после криотерапии).

4. При артралгиях центрального генеза и для предотвращения контрактуобразования возможно воздействие на сустав СМТ, ДДТ, УФО, ДМВ по обезболивающим методикам.

Санаторно-курортное лечение включает в себя:

1. Электрофорез 0,1% прозерина (–) вдоль конечностей и 1–2% дибазола (+) на сегментарную зону, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно, курс — 8–10 процедур.

2. Аппликации парафина или озокерита (48–50° С), грязевые аппликации (40–44° С) на паретичные конечности,

продолжительность — 20–30 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

3. Третий курс электростимуляции по вышеописанной методике.

4. Через 3–6 мес. йодобромные ванны, температура — 35–37° С, продолжительность — 10–12 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

5. Кислородные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

6. Пресные, хвойные, соляные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

7. Через 6 мес. — радоновые ванны, 40 нКи/л, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

8. Подводный душ-массаж или вихревые ванны на конечности, через день, курс — 10–12 процедур.

9. Массаж воротниковой зоны и антагонистов спастичных мышц, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

Физические методы лечения при стволово-мозжечковых синдромах

Цели физиотерапии — улучшение метаболизма и кровообращения головного мозга, способствование восстановлению нейродинамических процессов.

На стационарном этапе:

1. Электрофорез на воротниковую зону 2% эуфиллина (–), 2–3% хлористого кальция (+), продолжительность — 2–15 мин, ежедневно или через день, курс 1–5% оксибутирата натрия (–), 2–5% магния сульфата (+), сила тока — 10–15 мА, продолжительность — 10–12 мин.

2. Переменное магнитное поле (ПеМП) на воротниковую зону, 25–30 мТл, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно, курс — 8–10 процедур.

3. Дарсонвализация воротниковой зоны, продолжительность — 8–10 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

4. ГБО. Рекомендуются диапазон давления чистого кислорода — от 1,25 до 1,75 ата. Продолжительность сеанса — 40 мин, ежедневно, курс — 5–7 процедур.

5. Массаж воротниковой зоны, ежедневно, курс — 12–15 процедур.

На поликлиническом этапе:

1. Электросонтерапия, частота — 90–120 Гц, продолжительность — 30–60 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

2. Дециметровые волны на затылочную область, зазор — 3–4 см, мощность — 20–30 Вт, продолжительность — 10–12 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

3. Массаж воротниковой зоны, ежедневно, курс — 12–15 процедур.

На санаторно-курортном этапе:

1. Аппликации парафина или озокерита (48–50° С), грязевые аппликации (40–44° С) на воротниковую зону, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

2. Радоновые ванны, 40–80 нКи/л, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

3. Сульфидные ванны, 50–150 мг/л, температура — 35–37° С, продолжительность — 12–15 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

4. Углекислые ванны, температура — 35–32° С, продолжительность — 7–15 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

Физические методы при синдроме паркинсонизма

Цели физиотерапии — уменьшение общей скованности и дрожания, снижение ригидности мышц, улучшение обменных процессов головного мозга.

На стационарном этапе:

1. Электрофорез 1–3% йода (–), 1% никотиновой кислоты (–), 2% эуфиллина (–), 0,5% кавинтона (+), 2% трентала (–) по Бургинойну, 3–4 мА, продолжительность — 20–30 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

2. Электрическое поле УВЧ на воротниковую или затылочную область, олиготермическая доза, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно или через день, курс — 12–15 процедур.

3. Дециметровые волны на воротниковую или затылочную зоны, 20 Вт, продолжительность — 7–10 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

4. УФО вдоль позвоночника, начиная с 1,5 биодоз, 3 поля, 3 тура.

5. Дарсонвализация или ультратонотерапия воротниковой зоны, продолжительность — 5–10 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

6. СМТ паравертебрально с на уровнях C5-D2 и D12-L4, 1 режим, III–IV род работ, частота — 70–30 Гц, глубина модуляции — 50–100%, по 5 мин на поле, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

7. ГБО. Рекомендуемый диапазон давления чистого кислорода — от 1,5 до 1,75 ата. Продолжительность сеанса — 40 мин, ежедневно, курс — 5–7 процедур.

8. Массаж вдоль позвоночника, воротниковой зоны, ежедневно, курс — 15–20 процедур.

На поликлиническом этапе:

1. Повторить электрофорез эндоназально L-допа (+), 0,5–2 мА, продолжительность — 10–25 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

2. Гидрогальванические четырехкамерные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–15 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

3. Аппликации парафина или озокерита (48–50° С), грязевые аппликации (40–44° С) на нижнегрудной-верхнепоясничные отделы позвоночника, продолжительность — 20–30 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

4. Массаж вдоль позвоночника, воротниковой зоны, ежедневно, курс — 15–20 процедур.

В условиях санатория (легкая степень выраженности экстрапирамидного синдрома) рекомендуется:

1. Аппликации парафина или озокерита (48–50° С), грязевые аппликации (40–44° С) на нижнегрудной-верхнепоясничные отделы позвоночника, продолжительность — 20–30 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

2. Хвойные, морские, йодобромные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

3. Радоновые ванны, 40–80 нКи/л, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

4. Сульфидные ванны, 50–150 мг/л, температура — 35–37° С, продолжительность — 12–15 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

5. Массаж вдоль позвоночника, воротниковой зоны, ежедневно, курс — 15–20 процедур.

Физические методы при гипертензионном синдроме

Цели физиотерапии — способствование улучшению ликворо- и гемодинамики, оказание спазмолитического и рассасывающего действия.

Стационарный этап:

1. Электрофорез по Бургиньону 1–3% йодида калия (–), 1–2% новокаина (+), 3–4 мА, продолжительность — 15–20 мин, через день, курс — 10–15 процедур.

2. КВЧ-терапия на синокаротидную область, 7,1 мм, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

3. Ингаляции растворов папаверина, дибазола, магния сульфата, ежедневно, курс — 2–3 раза.

4. УФО вдоль позвоночника, начиная с 1,5–2 биодоз, 3 поля, 3 тура.

5. ГБО. Рекомендуемый диапазон давления чистого кислорода — от 1,25 до 1,75 ата. Продолжительность сеанса — 40 мин, ежедневно, курс — 5–7 процедур.

Поликлинический этап:

1. Электрофорез по Бургиньону 1–3% йодида калия (–), 1–2% новокаина (+), 3–4 мА, продолжительность — 15–20 мин, через день, курс — 10–15 процедур.

2. Дарсонвализация воротниковой зоны, продолжительность — 8–10 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

3. Массаж воротниковой зоны, ежедневно, курс — 10–15 процедур.

Санаторное лечение не показано.

Физические методы при когнитивных нарушениях

Задачи физиотерапии — нормализация функции вегетативной и центральной нервной системы, способствование регрессу явлений пирамидной, экстрапирамидной и мозжечковой недостаточности, стимулирование трофических процессов.

На стационарном этапе:

1. Постоянное магнитное поле с использованием парных дисковых магнитов на очаг поражения, 10–12 мТл, продолжительность — 30–50 мин, ежедневно, курс — 12–15 процедур.

2. Низкочастотное переменное магнитное поле от аппарата «Полюс» на теменно-височную, затылочную доли на стороне пора-

жения, 25 мТл, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно или через день, курс — 12–15 процедур.

3. Дециметровые волны от аппарата «Волна» на воротниковую область, 20–30 Вт, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно или через день, курс — 12–15 процедур.

На поликлиническом этапе:

1. Дарсонвализация головы и воротниковой зоны, слабоискровый разряд, продолжительность — 3–5 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

2. Ультратонотерапия воротниковой области, положение переключателя 4–6, продолжительность — 3–5 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур

3. Электрическое поле УВЧ от аппарата «Ундатерм» на лобно-затылочную зону или битемпорально, олиготермическая зона, продолжительность — 5–15 мин, курс — 20–25 процедур, первые 10–14 процедур проводятся ежедневно, остальные — через день.

4. Массаж воротниковой зоны.

5. Занятия с логопедом.

Санаторно-курортное лечение не показано.

Физические методы при эпилептическом синдроме

Задачи физиотерапии — снижение судорожной активности головного мозга, нормализация возбuditельно-тормозных процессов в ЦНС, нормализация тонуса вегетативной нервной системы.

На стационарном этапе показано:

1. Электросон или суперэлектросон с 2–5% оксибутиратом натрия (–), 1–3% бромидом натрия (+), 1–3% йодидом калия (+), 5–10 Гц, продолжительность — 20–30 мин, ежедневно или через день, курс — 8–10 процедур.

2. Электрофорез по Бургиньону 1–3% йодида калия (–), 0,5–2% глутаминовой кислоты (–), 3–4 мА, продолжительность — 15–20 мин, через день, курс — 10–15 процедур.

3. Электрофорез эндоназально 5% фенибута (+), 0,5% галоперидола (+), 0,5% седуксена (+), 0,5–2 мА, продолжительность — 10–25 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

4. ДДТ на область верхних шейных симпатических узлов, ток двухтактный непрерывный, продолжительность — 5–8 мин, 7–8 мА, ежедневно, курс — 8–10 процедур.

5. СМТ на область верхних шейных симпатических узлов, режим переменный, род работы I, частота — 150 Гц, глубина модуляции — 50–75%; род работы IV, частота — 70 Гц, глубина модуляции — 50–75%, по 3–5 мин на каждый род работы, ежедневно, курс — 8–10 процедур.

На поликлиническом этапе:

1. УФО воротниковой зоны, начиная с 2 биодоз, через день, 3–4 тура.
2. Дарсонвализация вдоль позвоночника, продолжительность — 8–10 мин, ежедневно, курс — 8–10 процедур.
3. Массаж воротниковой зоны ежедневно, курс — 10–12 процедур.
4. Хлоридные натриевые, хвойные, йодобромные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.
5. Радоновые ванны, 40–80 нКи/л, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

Санаторно-курортное лечение не показано.

Физические методы при речевых нарушениях

Задачи физиотерапии — нормализация трофических процессов в ЦНС, улучшение метаболизма и кровообращения головного мозга с целью стимуляции речевых функций и улучшения произношения слов.

На стационарном этапе:

1. Воздействие СМТ от аппарата «Амплипульс» на подъязычные мышцы, 50–100 Гц, 25–75%, III и IV роды работы, по 5–10 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.
2. Дециметровые волны от аппарата «Волна-2» на воротниковую область, 20–30 Вт, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно или через день, курс — 12–15 процедур.
3. Электрофорез 1–3% йода (–), 1% никотиновой кислоты (–), 2% эуфиллина (–), 0,5% кавинтона (+), 2% трентала (–) по Бургиньону, 3–4 мА, продолжительность — 20–30 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

4. Занятия с логопедом.

На поликлиническом этапе:

1. Дарсонвализация головы и воротниковой области, слабоискровый разряд, продолжительность — 3–5 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

2. Ультратонотерапия воротниковой области, положение переключателя 4–6, продолжительность — 3–5 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

3. Массаж воротниковой области.

4. Занятия с логопедом.

Санаторно-курортное лечение не показано.

Физические методы при синдроме вегетативно-сосудистой неустойчивости

Задачи физиотерапии — нормализация функции вегетативной и центральной нервной системы, оказание общеукрепляющего действия, стимулирование трофических процессов.

На стационарном этапе показано:

1. УФО воротниковой зоны, начиная с 1 биодозы, 2–3 тура.

2. Электрофорез 5% витамина В1(+), 2–3% хлористого кальция (+), 1–2% аминалона (–), 2–5% оксibuтирата натрия (–) эндоназально, продолжительность — 10–20 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

3. Электрофорез 2% эуфиллина (–), 1–2% новокаина (–), 2–5% магния сульфата (+), 0,1–0,5% папаверина (+), 2–3% хлористого кальция (+) на воротниковую зону, продолжительность — 10–20 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

4. Электрофорез 1–2% новокаина (–), 0,25–0,5% ганглерона (+), 1–2% бензогексония (+), 2–3% хлористого кальция (+) на шейные симпатические узлы, продолжительность — 8–12 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

5. Электросон, 5–10 Гц, 0,8–1 мА, продолжительность — 20–40 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

6. Иглорефлексотерапия (ИРТ). Выбор метода воздействия (тормозной или возбуждающий), конкретного сочетания точек зависит от состояния больного и клинических проявлений. Точки общеукрепляющего действия: хэ-гу (G14), цюй-чи (G11), сань-инь цзяо (RP6), гао-хуан (V43). К точкам специфического действия относятся нэй-гуань (MC6), чжун-чжу (TR3), чжун-чун (MC9), вай-гуань (TR5), бай-хуэй (T20) и др. На каждую процедуру используют 1–2 точки общеукрепляющего действия и 5–7 специфического действия. Сеансы проводятся ежедневно, курс — 8–10 процедур.

7. ГБТ. Высота подъема — 3 000 м над уровнем моря (698,0 гПа). Понижение и повышение давления в барокамере — со скоростью 5 м/с. Снижение давления — ступенчато, с остановкой на 5 мин через каждые 1000 м для адаптации. Длительность сеанса — 60 мин, ежедневно, курс — 15 процедур.

8. Циркулярный душ, температура — 32–33° С, продолжительность — 3–5 мин, ежедневно или через день, курс — 8–10 процедур.

9. Хвойные, морские, йодобромные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

10. Массаж воротниковой зоны, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

На поликлиническом этапе показано:

1. Суперэлектросон с 1–2% бромом (+), 1–2% эуфиллином (–), 2–5% оксибутиратом натрия (–), продолжительность — 25–30 мин, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

2. Переменное магнитное поле на нижнешейный-верхнегрудной отделы позвоночника, 25 мТл, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно, курс — 12–15 процедур.

3. Электрическое поле УВЧ на верхние шейные симпатические узлы, 40 Вт, продолжительность — 5–10 мин, ежедневно или через день, курс — 8–10 процедур.

4. Гальванизация позвоночника, продольное расположение электродов, 12–15 мА, продолжительность — 15–20 мин, через день, курс — 8–10 процедур.

5. ИРТ — см. предыдущий этап. Рекомендуемые интервалы между 1-м и 2-м курсами — 2–3 недели, между 2-м и 3-м — около 3 мес.

6. Массаж воротниковой зоны, ежедневно, курс — 8–10 процедур.

7. Прерывистая нормобарическая гипоксия (ПНБГ). Дыхание газовой смесью, состоящей из 10% кислорода и 90% азота при нормальном атмосферном давлении в циклично-фракционированном режиме. На сеанс (30–35 мин) — 3 цикла дыхания гипоксической смесью по 5–8 мин. Процедуры проводятся ежедневно, 12–15 процедур на курс лечения.

8. Хвойные, морские, йодобромные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

На санаторно-курортном этапе показано:

1. Грязевые аппликации на воротниковую зону, температура — 40–44° С, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

2. ИРТ — см. предыдущие этапы.

3. Циркулярный душ, температура — 32–33° С, продолжительность — 3–5 мин, ежедневно или через день, курс — 8–10 процедур.

4. Хвойные, морские, йодобромные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

5. Радоновые ванны, 40–80 нКи/л, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

6. Сульфидные ванны, 50–150 мг/л, температура — 35–37° С, продолжительность — 12–15 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

7. ПНБГ — см. поликлинический этап.

Физические методы при синдроме вестибулярной дисфункции

Задачи физиотерапии — оказание противовоспалительного, противоотечного действия, улучшение нарушенной гемодинамики.

На стационарном этапе показано:

1. ПеМП на затылочную область, 25 мТл, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

2. СМВ или ДМВ на затылочную область, 20–30 Вт, продолжительность — 10–12 мин, ежедневно, курс — 8–10 процедур.

3. Электрофорез эндоаурально 1% никотиновой кислоты (–), 1–3% калия йодида (–), 1–3 мА, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно, курс — 12–15 процедур.

4. Дарсонвализация шейно-воротниковой зоны, продолжительность — 6–10 мин, ежедневно, курс — 8–10 процедур.

5. ГБО. Рекомендуемый диапазон давления чистого кислорода — от 1,5 до 1,75 ата. Продолжительность сеанса — 40 мин, ежедневно, курс — 5–7 процедур.

На поликлиническом этапе:

1. УФО воротниковой зоны, начиная с 2 биодоз, через день, 3–4 тура.

2. Электрофорез на воротниковую зону 2–3% кальция хлорида (+), 1–2% новокаина (+), 2–5% натрия бромид (+),

продолжительность — 10–20 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

3. Массаж воротниковой зоны, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

В санаторно-курортных условиях:

1. Аэроионизация лица, 25–35 кВ, продолжительность — 5–15 мин, ежедневно, курс — 8–10 процедур.

2. Грязевые аппликации на воротниковую зону, температура — 40–44° С, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.

3. Радоновые ванны, 40–80 нКи/л, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

4. Сульфидные ванны, 50–150 мг/л, температура — 35–37° С, продолжительность — 12–15 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

5. Йодобромные ванны, температура — 35–37° С, продолжительность — 10–15 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

6. Массаж головы и воротниковой зоны, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

Физические методы при невротическом синдроме

Цели физиотерапии — нормализация возбuditельно-тормозных процессов в ЦНС, оказание общеукрепляющего, тонизирующего действия, уменьшение выраженности основной симптоматики.

На стационарном этапе:

1. Общие УФО по основной или замедленной схеме.

2. Электрофорез на воротниковую зону 2–5% оксибутирата натрия (–), 2–5% магния сульфата (+), 1–3% бромид натрия (+), 10–15 мА, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

3. Электросон или суперэлектросон с 2–5% оксибутиратом натрия (–), 1–3% бромидом натрия (+), 8–15 Гц, продолжительность — 20–30 мин, ежедневно или через день, курс — 8–10 процедур.

4. Дарсонвализация головы и воротниковой зоны, продолжительность — 8–10 мин, курс — 10–12 процедур.

5. Массаж головы и воротниковой зоны, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

6. Пресные, хвойные, морские, соляные ванны, температура — 35–37° С, продолжительность — 8–10 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

7. ИРТ. Рецепт на каждую процедуру составляется индивидуально с учетом жалоб, предъявляемых больными. При преобладании головных болей чаще используются точки цюй-чи (GI11), шао-чун (С9), чжун-чун (МС9), чжун-чжу (TR3) и др.; при головокружении — сань-инь-цзяо (RP6), бай-хуэй (T20) и др.; при сердцебиении — нэй-гуань (МС0), хэ-гу (GI4), гао-хуан (V43) и др.; при нарушениях сна — сань-инь цзяо, (RP6) гао-хуан (V43), чжун-чун (МС9), ли-дуй (E45) и др. Сеансы проводятся ежедневно, курс — 8–10 процедур.

8. ГБТ. Высота подъема — 3000 м над уровнем моря (698,0 гПа). Понижение и повышение давления в барокамере — со скоростью 5 м/с. Снижение давления — ступенчато, с остановкой на 5 мин через каждые 1000 м для адаптации. Длительность сеанса — 60 мин, ежедневно, курс — 15 процедур.

На поликлиническом этапе:

1. СМТ на область верхних шейных симпатических узлов, I режим, III род работ, 100 Гц, 50%, по 2–3 мин с каждой стороны, через день, курс — 8–10 процедур.

2. Аэроионотерапия, ежедневно, курс — 12–15 процедур.

3. Дождевой душ ванны, t 36–38° С, продолжительность — 5–15 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

4. ИРТ — см. предыдущий этап. Рекомендуемые интервалы между 1-м и 2-м курсами — 2–3 недели, между 2-м и 3-м — около 3 мес.

5. ПНБГ. Дыхание газовой смесью, состоящей из 10% кислорода и 90% азота при нормальном атмосферном давлении в циклично-фракционированном режиме. На сеанс (30–35 мин) — 3 цикла дыхания гипоксической смесью по 5–8 мин. Процедуры проводятся ежедневно, 12–15 на курс лечения.

6. Массаж шейно-воротниковой зоны и сегментарных зон позвоночника, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

На санаторном этапе:

1. Хвойно-жемчужные ванны, температура — 36–37° С, продолжительность — 15–20 мин, ежедневно или через день, курс — 10–12 процедур.

2. Радоновые ванны, 40–80 нКи/л, температура — 36–37° С, продолжительность — 10–20 мин, через день, курс — 10–12 процедур.

3. Плавание в бассейне с минеральной водой, гидрокинезотерапия.
4. Подводный душ-массаж сегментарных зон позвоночника, давление струи — 1,6–1,8 ат, продолжительность — 10–15 мин, ежедневно или через день, курс — 10–15 процедур.
5. Циркулярный душ, температура — 36–35–34° С, продолжительность — 3–5 мин, через день, курс — 12–15 процедур.
6. ИРТ — см. предыдущие этапы.
7. ПНБГ — см. поликлинический этап.
8. Массаж воротниковой зоны и вдоль позвоночника, ежедневно, курс — 10–12 процедур.

КИНЕЗОТЕРАПИЯ

В реабилитации больных с двигательными нарушениями кинезотерапии принадлежит ведущая роль как в коррекции частных нарушений моторики, так и в уменьшении неблагоприятных последствий гиподинамии в целом. Дозированные мышечные нагрузки обладают общетонизирующим действием, стимулируют сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Восстановление проприоцептивной импульсации, моторно-висцеральных рефлексов способствует активизации желез внутренней секреции, нормализации обмена веществ, улучшению трофики в мышцах, принимающих участие в движениях. Обеспечивая коррекцию двигательных дефектов, кинезотерапия содействует восстановлению бытовых навыков, положительно влияет на психику больного.

На раннем этапе реабилитации восстановительные комплексы направлены в первую очередь на растормаживание и стимуляцию нейрональных структур, находящихся в состоянии пониженной активности, на более поздних этапах начинается работа над компенсацией дефекта, вызванного структурными изменениями в очаге. В соответствии с этим положением наибольшее распространение получили две группы методик кинезотерапии:

1. Облегчающие и ингибирующие.
2. Функциональный подход.

Облегчающие и ингибирующие методики (Бобат, Бруннстрем) основаны на том, что поза и сенсорные стимулы могут влиять на двигательные рефлексы, которые изменяются после повреждения ЦНС. Цель этих методик — обеспечение достижения нормальной

позы и характера движений на пораженной стороне посредством использования своеобразных релаксирующих поз для облегчения или ингибирования рефлекторной активности и движения, выработки путем многократного повторения движений в этих позах, максимальной тренировки равновесия. Функциональный подход ставит целью путем тренировок и работы с непораженной стороной максимально компенсировать утрату функции.

Лечебная гимнастика включает четыре основных элемента:

1. Дыхательные упражнения.
2. Лечение положением (осуществляется, пока больной находится в постели, приданием конечности либо туловищу специальных корригирующих поз при помощи различных простых приспособлений — лонгет, фиксирующих повязок) направлено на предупреждение или устранение контрактур в суставах либо патологических синкинезий.

3. Пассивные движения (выполняемые инструктором либо с помощью здоровых конечностей самого больного, но без волевого усилия и мышечного напряжения в пораженной конечности).

4. Активные упражнения (выполняются самим больным, требуют волевого усилия и напряжения мышц в тренируемой части тела). Выделяют упражнения статического напряжения (при их выполнении происходит тоническое напряжение мышц), способствующие удержанию сегментов конечностей в определенном положении, и динамического характера, сопровождающиеся выполнением собственно движения. При выраженных парезах активную гимнастику начинают со статических упражнений (наиболее легкие); выполнению динамических упражнений предшествуют идеомоторные (больной должен мысленно представить себе заданное движение).

Основные формы кинезотерапии больных с двигательными нарушениями — индивидуальная и групповая лечебная гимнастика, конкретными направлениями физических упражнений являются объем движений в суставах, мышечная сила, тонус мышц, координация, сложные двигательные навыки.

К основным методическим принципам кинезотерапии относятся:

- принцип наглядности, доступности и индивидуализации упражнений;

– принцип систематичности лечебных нагрузок (обычно занятия проводятся 1–2 раза в день, но их надо сочетать с домашними заданиями, которые больной должен выполнять самостоятельно не менее 3–4 раз в день);

– принцип дозирования усилий, недопустимости утомления, постепенного увеличения нагрузок.

Восстановительные мероприятия должны начинаться как можно раньше, при стабилизации жизненно важных функций, в первую очередь — показателей гемодинамики. При этом лечение положением, массаж, пассивную и активную гимнастику можно начинать с первых дней заболевания, срок же начала активных реабилитационных мероприятий (активные упражнения, переход в сидячее положение, вставание) индивидуален. Активизация больных проводится при условии ясного сознания и относительно удовлетворительного соматического состояния.

В позднем восстановительном и резидуальном периодах лечебная гимнастика направлена на компенсацию нарушенных двигательных функций, основанную на включении сохранных звеньев и функциональной их перестройке. Поскольку в эти периоды зачастую имеются нарушения мышечного тонуса, контрактуры, боли в суставах, — одной из основных задач ЛФК становится устранение или уменьшение выраженности этих патологических явлений. Это достигается лечением положением, избирательным массажем, пассивным расслаблением мышц паретичных конечностей в сочетании с точечным и сегментарным массажем, активным расслаблением в сочетании с аутогенной тренировкой, применением физиотерапевтических процедур (лечение теплом, холодом). В резидуальном периоде нередко на первый план выходит задача обучить больного движениям, замещающим утраченные. Продолжается закрепление достигнутых на предыдущих этапах результатов, совершенствование самообслуживания и бытовых навыков.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия — система психологически опосредованного лечения психических, нервных и психосоматических расстройств, в процессе которых решаются задачи по смягчению или ликвида-

ции имеющейся симптоматики и изменению отношений к социальному окружению и собственной личности.

Сам факт неврологического заболевания, срочные лечебные мероприятия, госпитализация, осознание того, что болезнь представляет угрозу для жизни, предъявляют к психике пациента повышенные требования и создают серьезные психологические проблемы.

Выделяют адекватную и патологическую реакцию больного на острое неврологическое заболевание. При адекватной реакции поведение пациента, его отношение к своему заболеванию и возможным последствиям соответствуют полученной от врача информации. Больной активно и целенаправленно следует предписаниям медперсонала, соблюдает режим, его эмоции подконтрольны, не наблюдаются эмоционально — аффективные нарушения. При патологической реакции требуется коррекция развивающихся психопатологических синдромов, таких как депрессия (сниженное настроение, пессимизм, тревога, внутренняя напряженность, предчувствие надвигающейся беды), истерическая реакция (демонстративность, эмоциональная лабильность, стремление привлечь к себе внимание окружающих и вызвать сочувствие), ипохондрия (чрезмерная фиксация внимания на своих ощущениях, здоровье), анозогностическая реакция (отрицание болезни и игнорирование лечебных мероприятий, нарушения режима), суицидальные попытки (не видит выхода из катастрофического положения, осознание невозможности быстрого выздоровления), различного рода острые реактивные состояния.

Методы психологической реабилитации у больных с инвалидизирующими неврологическими заболеваниями включают индивидуальную, рациональную, коллективную, групповую, семейную психотерапию, аутогенную тренировку, музыкотерапию, игротерапию и нацелены в первую очередь на снижение остроты восприятия необратимых неврологических дефицитарных синдромов. Очень важен индивидуальный подход к больному, учитывающий его жизненный опыт, особенности личности, конкретные социальные условия, а также ряд элементов повседневной деятельности врача, такие как разъяснение пациенту характера его болезни, стремление вселить в него оптимизм и надежду на выздоровление.

Рациональная психотерапия построена на логической аргументации с использованием различных дидактических и риторических приемов, ознакомлении пациента с определенными материалами, способными поколебать его ложные убеждения, коррекции с помощью логических доводов неопределенных и противоречивых представлений больного о патологическом процессе. Коллективная и групповая психотерапия предполагает организуемое и направляемое врачом лечебное воздействие больных друг на друга в специально создаваемых для этой цели терапевтических группах атмосферы откровенности, взаимного доверия, заинтересованности в лечении. Семейная психотерапия способствует созданию щадящей эмоциональной атмосферы в семье пациента, направленной на перестройку и компенсацию нарушенных семейных взаимоотношений. Аутогенная тренировка — эффективный метод лечения и психопрофилактики, предусматривающий овладение больным методов самовнушения на фоне психического и мышечного расслабления. При необходимости к методам психотерапии подключают психотропные средства.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Применение медикаментозных и немедикаментозных средств у больных с заболеваниями центральной нервной системы сосудистого генеза

Неуклонный рост числа больных с острой цереброваскулярной патологией повышает актуальность медицинской помощи этим больным. Смертность от мозговых инсультов находится в числе первых трех причин в структуре общей смертности. Для инсульта характерно формирование тяжелого неврологического дефицита, нарушающего основные показатели жизнедеятельности пациента. Лишь 15–20% больных инсультом возвращаются к труду, до 80% остаются инвалидами, 20% из них нуждаются в постороннем уходе.

При разработке программ реабилитации этих больных учитывают этиологический фактор, характер и степень выраженности

неврологических нарушений, особенности клинического течения, компенсаторные возможности организма, индивидуальные особенности пациента. Основные инвалидизирующие факторы при инсульте:

- нарушение передвижения, обусловленное двигательными (параличи, парезы), координаторными расстройствами, наличием экстрапирамидного синдрома;

- нарушение коммуникации, обусловленное речевыми расстройствами и изменением высшей нервной деятельности (критика, память, интеллект, ориентация и т. д.).

Ведущий инвалидизирующий синдром — двигательные нарушения. Характеристика степени выраженности гемипареза согласно функциональным классам разработана сотрудниками БелНИИ ЭТИН и кафедры медико-социальной экспертизы и реабилитации БелГИДУВ (Приложение).

Этиотропные препараты (гипотензивные, антиаритмические, антиагреганты, антикоагулянты, сахаропонижающие) назначаются по показаниям.

Применение медикаментозных и немедикаментозных средств у больных с заболеваниями центральной нервной системы воспалительного генеза

Воспалительные заболевания ЦНС — одна из наиболее частых форм неврологической патологии. Благодаря внедрению новых диагностических технологий и мощных антибактериальных и противовирусных препаратов, достигнуты значительные успехи в лечении этих заболеваний. В то же время значительная часть из них (острые и хронические менингиты, гнойные очаговые поражения головного мозга и его оболочек, острые энцефалиты, параинфекционные и поствакцинальные поражения нервной системы и др.) приводят к значительной временной и стойкой нетрудоспособности.

Неврологические дефицитарные синдромы после воспалительных заболеваний ЦНС многообразны, а развивающиеся осложнения разделяются на ранние и поздние. Ранние включают повышение внутричерепного давления, эпилептические припадки, двигательные, стволочно-мозжечковые нарушения, невротические

расстройства. К поздним относят интеллектуальные нарушения, постоянный фокальный неврологический дефицит, эпилепсию. При энцефалитах (менингоэнцефалитах) нередки изменения высших психических функций, поведенческие расстройства. Очаговые неврологические знаки (пирамидные симптомы, координаторные нарушения и чувствительные расстройства) могут встречаться в самой разнообразной комбинации. На поздних этапах хронических менингитов появляются локальные симптомы — моно- или гемипарезы, свидетельствующие о поражении вещества мозга. При абсцессах головного мозга к частым очаговым симптомам можно отнести гемипарез или гемиплегию, возникающие при поражении полушарий большого мозга, аспонтанность и спутанность, наблюдающиеся преимущественно при повреждении лобных долей. Вовлечение височных и теменно-затылочных отделов обычно проявляется гемианопсией и афазией. Абсцесс мозжечка приводит к возникновению тремора, атаксии, нистагма и других проявлений мозжечковой дисфункции. Нередко абсцесс проявляется лишь признаками мозжечковой дисфункции. В стадиях регресса и остаточных явлений клиническая картина заболеваний этой группы состоит из следующих синдромов: гипертензионного, двигательных, стволово-мозжечковых, когнитивных, речевых нарушений, эпилептического синдрома и синдрома паркинсонизма, вегетативно-сосудистой неустойчивости и вестибулярной дисфункции, невротических нарушений.

Противовоспалительная терапия проводится по показаниям в остром периоде или при обострении в случае рецидивирующего течения.

Применение медикаментозных и немедикаментозных средств при токсических поражениях центральной нервной системы

Токсические поражения ЦНС обусловлены поступлением в организм токсичных веществ, применяемых в промышленности, сельском хозяйстве и в быту (растворители, инсектициды и др.), приемом чрезмерных доз лекарственных препаратов или их хроническим потреблением, а также злоупотреблением алкогольными

напитками. Учитывая, что указанной патологией страдает наиболее трудоспособный контингент населения и при развивающихся неврологических проявлениях токсического поражения ЦНС встает вопрос об утрате профессии, а нередко и об установлении инвалидности, социальный аспект данной проблемы за последние годы возрос.

При острых отравлениях барбитуратами, нейролептиками, наркотическими анальгетиками, антихолинэстеразными препаратами, ганглиоблокирующими средствами, окисью углерода в зависимости от доз действующего агента развиваются состояния различной степени тяжести с определенными клиническими симптомокомплексами, вплоть до коматозных. Экстренная помощь оказывается обычно в специализированных стационарах. В последующем в ряде случаев развивается клиника токсической энцефалопатии с астеническим, вегетативно-сосудистым, эпилептическим синдромами. При отравлении метиловым спиртом наблюдается ухудшение зрения вплоть до слепоты, нередко наружная офтальмоплегия, судорожный синдром, нарушения мышечного тонуса. Длительное применение значительных доз нейролептиков нередко вызывает нейролептический синдром — гипокинезию, экстрапирамидную ригидность, оральные гиперкинезы. При отравлении марганцем постепенно развивается симптомокомплекс паркинсонизма. При хронической алкогольной интоксикации наиболее часто развиваются синдромы вегето-сосудистой дистонии, хроническая энцефалопатия с судорожным синдромом, поздней кортикальной мозжечковой атаксией, острая мозжечковая атаксия и др. Наиболее часто при токсических поражениях ЦНС встречаются стволочно-мозжечковые нарушения, синдром паркинсонизма, эпилептический синдром, когнитивные и вегетативные нарушения.

Таблица 2

**Базовая программа применения
медикаментозных и немедикаментозных средств
у больных с заболеваниями центральной нервной системы**

Ведущий клинический синдром	Этапы реабилитации	Медикаментозные средства	Немедикаментозные средства
1	2	3	4
Двигательные нарушения (параличи и парезы)	стационарный	– нейропротекторы (эмоксипин, диавитол, милдронат, актовегин, церебролизин, пирацетам, ноотропил) – понижающие мышечный тонус (баклофен, мидокалм, сирдалуд) – улучшающие микроциркуляцию (кавинтон, трентал, сермион) – антихолинэстеразные препараты (прозерин, галантамин, амиридин и др.)	– лечение положением – магнитотерапия – электрофорез лекарственных веществ (прозерин, эуфиллин, новокаин) – электростимуляция – гипербарическая оксигенация – психокоррекция, психотерапия – массаж – эрготерапия – кинезотерапия
	поликлинический	– нейропротекторы (эмоксипин, диавитол, милдронат, актовегин, церебролизин, пирацетам, ноотропил) – понижающие мышечный тонус (баклофен, мидокалм, сирдалуд) – улучшающие микроциркуляцию (кавинтон, трентал, сермион) – антихолинэстеразные препараты (прозерин, галантамин, амитриптилин и др.)	– магнитотерапия – электрофорез лекарственных веществ (прозерин, эуфиллин, новокаин) – дарсонвализация – электростимуляция – криотерапия – психокоррекция, психотерапия – эрготерапия – кинезотерапия – массаж – при артралгиях — СМТ, ДДТ, УФО
	санаторный	– препараты, понижающие мышечный тонус (баклофен, мидокалм, сирдалуд)	– электрофорез лекарственных веществ (прозерин, дибазол) – магнитотерапия – электростимуляция – парафино-озокеритовые аппликации – дарсонвализация – иглотерапия – терренкур – климатотерапия – подводный душ-массаж – бальнеотерапия (йодобромные, радоновые, хвойные, соляные, кислородные ванны)

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
Ство- лово- мозжеч- ковые наруше- ния	ста- цио- нар- ный	– нейропротекторы (эмоксипин, диавитол, милдронат, актовегин, церебролизин, пирацетам, ноотропил) – улучшающие микроцир- куляцию (кавинтон, трен- тал, сермион) – антихолинэстеразные пре- параты (прозерин, галанта- мин, амиридин и др.)	– психотерапия и психокор- рекция – электрофорез лекарствен- ных веществ (эуфиллин, хло- ристый кальций, оксипутират натрия, магния сульфат) – магнитотерапия – дарсонвализация – кинезотерапия (координатор- ный комплекс) – массаж – гипербарическая оксигена- ция – магнитотерапия (ПеМП)
	поли- кли- ниче- ский	– нейропротекторы (эмек- сипин, милдронат, актове- гин, церебролизин, пираце- там, ноотропил) – улучшающие микроцир- куляцию (кавинтон, трен- тал, сермион) – антихолинэстеразные пре- параты (прозерин, галанта- мин, амиридин и др.)	– психокоррекция, психоте- рапия – электрофорез лекарствен- ных веществ (сернистая магnezия, йодистый калий, глутаминовая кислота) – дарсонвализация – магнитотерапия – электросонотерапия, – ДМВ – координаторный комплекс – кинезотерапия – массаж
	сана- тор- ный	этиотропное лечение (гипотензивные, анти- аритмические анти- агреганты)	– магнитотерапия – электрофорез лекарствен- ных веществ (сернистая магnezия, эуфиллин) – дарсонвализация – координаторный комплекс кинезотерапии – терренкур – массаж – парафино-озокеритовые аппликации – бальнеотерапия (радоно- вые, сульфидные, углекислые ванны)

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
Синдром паркинсонизма	стационарный	<ul style="list-style-type: none"> – заместительная дофаминергическая терапия (леводопа, синемет, мадопар, мидантан) – центральные холинолитики (циклодол) – β-блокаторы (анаприлин, обзидан, атенолол) – ингибиторы МАО-В (селегилин) – нейропротекторы (эмоксипин, милдронат) – агонисты дофаминовых рецепторов (парлодел) 	<ul style="list-style-type: none"> – гипербарическая оксигенация – магнитотерапия – кинезотерапия – массаж – электрофорез лекарственных веществ (калия йодида, эуфиллина, кавинтона, трентала) – УВЧ, – ДМВ – УФО вдоль позвоночника – дарсонвализация – СМТ
	поликлинический	<ul style="list-style-type: none"> – заместительная дофаминергическая терапия (леводопа, синемет, мадопар, мидантан) – центральные холинолитики (циклодол) – β-блокаторы (анаприлин, обзидан, атенолол) – ингибиторы МАО-В (селегилин) – нейропротекторы (эмоксипин, милдронат) – агонисты дофаминовых рецепторов (парлодел) 	<ul style="list-style-type: none"> – магнитотерапия – кинезотерапия – массаж – электрофорез лекарственных веществ (калия йодида, трентала) – гидрогальванические четырехкамерные ванны – парафино-озокеритовые и грязевые аппликации
	санаторный	<ul style="list-style-type: none"> – заместительная дофаминергическая терапия (леводопа, синемет, мадопар, мидантан) – центральные холинолитики (циклодол) – β-блокаторы (анаприлин, обзидан, атенолол) – ингибиторы МАО-В (селегилин) – агонисты дофаминовых рецепторов (парлодел) 	<ul style="list-style-type: none"> – парафино-озокеритовые и грязевые аппликации – массаж – бальнеотерапия (хвойные, морские, йодобромные, сульфидные, радоновые ванны)

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
Гипертензионный синдром	стационарный	– диуретические средства (фуросемид, диакарб, лазикс) – антигипоксанты (эмоксипин) – средства, улучшающие венозный отток (троксевазин, эуфиллин) – рассасывающие препараты и биостимуляторы (лидаза, алоэ, стекловидное тело)	– ГБО – электрофорез лекарственных веществ (йодистого калия, новокаина) – ультратонотерапия – массаж – магнитотерапия (ПеМП) – КВЧ-терапия – УФО – ингаляции растворов папаверина, дибазола, магния сульфата
	поликлинический	– периодический прием диуретических средств (диакарб, фуросемид с оротатом калия) – периодически (2 раза в год) рассасывающая терапия (лидаза, ронидаза) – препараты для улучшения венозного оттока (венорутон, троксевазин)	– электрофорез лекарственных веществ (йодистого калия, новокаина) – магнитотерапия (ПеМП) – массаж – дарсонвализация
	санаторный	не показан	не показан
Когнитивные нарушения	стационарный	– нейротропекторы (эмоксипин, диавитол, милдронат, актовегин, церебролизин, пирацетам, ноотропил, глиатилин, семакс)	– психотерапия и психокоррекция – магнитотерапия – ДМВ
	поликлинический	– нейротропекторы (эмоксипин, диавитол, милдронат, актовегин, церебролизин, пирацетам, ноотропил, глиатилин, семакс)	– психокоррекция, психотерапия – дарсонвализация – ультратонотерапия – УВЧ – массаж
	санаторный	не показан	не показан

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
Эпилептический синдром	стационарный	<ul style="list-style-type: none"> – противосудорожная терапия: – вальпроаты (депакин, конвулекс, энкорат, орфирил и др.) – иминостильбены (карбамазепин, финлепсин, зептол, тегретол) – производные бензодиазепина (клоназепам, антилепсин) – барбитураты (фенобарбитал, бензонал, гексамидин) – производные гидантоина (дифенин) – ламотриджин – препараты, улучшающие метаболические процессы в мозговой ткани: (глутаминовая кислота, пиридоксин) 	<ul style="list-style-type: none"> – электросон – электрофорез лекарственных веществ (оксибутирата натрия, бромид натрия, фенибута, галоперидола, седуксена, глютаминово кислоты, йодида калия) – ДДТ – СМТ
	поликлинический	<ul style="list-style-type: none"> – противосудорожная терапия: – вальпроаты (депакин, конвулекс, энкорат, орфирил и др.) – иминостильбены (карбамазепин, финлепсин, зептол, тегретол) – производные бензодиазепина (клоназепам, антилепсин) – барбитураты (фенобарбитал, бензонал, гексамидин) – производные гидантоина (дифенин) – ламотриджин – препараты, улучшающие метаболические процессы в мозговой ткани: (глутаминовая кислота, пиридоксин) 	<ul style="list-style-type: none"> – электросон – электрофорез лекарственных веществ (оксибутирата натрия, бромид натрия, фенибута, галоперидола, седуксена, глютаминово кислоты, йодида калия) – УФО – массаж – дарсонвализация – бальнеотерапия (хвойные, йодобромные, радоновые ванны)
	санаторный	не показан	не показан

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
Речевые нарушения	стационарный	<ul style="list-style-type: none"> – нейропротекторы (эмоксипин, диавитол, милдронат, актовегин, церебролизин, пирацетам, ноотропил, глиатилин) – улучшающие микроциркуляцию (кавинтон, трентал, сермион) – антихолинэстеразные препараты (прозерин, галантамин, амиридин и др.) 	<ul style="list-style-type: none"> – психотерапия и психокоррекция – занятия с логопедом – СМТ – ДМВ – электрофорез лекарственных веществ (калия йодида, никотиновой кислоты, эуфиллина, кавинтона, трентала)
	поликлинический	<ul style="list-style-type: none"> – нейропротекторы (эмоксипин, диавитол, милдронат, актовегин, церебролизин, пирацетам, ноотропил, глиатилин) – улучшающие микроциркуляцию (кавинтон, трентал, сермион) – антихолинэстеразные препараты (прозерин, галантамин, амиридин и др.) 	<ul style="list-style-type: none"> – психокоррекция, психотерапия – занятия с логопедом – дарсонвализация – ультратерапия – массаж
	санаторный	не показан	не показан
Синдром вегетативно-сосудистой неустойчивости	стационарный	<ul style="list-style-type: none"> – α- и β-блокаторы (анаприлин, обзидан, пирроксан) – антидепрессанты (амитриптилин) – транквилизаторы (феназепам, альпрозолам) – нейропротекторы и стимуляторы метаболизма (милдронат, рибоксин) – седативные (препараты валерианы и брома, новопассит) – нейролептики (сонопакс) 	<ul style="list-style-type: none"> – ИРТ – гипобарическая терапия – массаж – кинезотерапия в бассейне – бальнеотерапия (ванны углекислые, углекисло-сульфидные, хвойно-жемчужные, радоновые, подводный душ-массаж) – дарсонвализация – электрофорез (новокаина, сернокислой магнезии, эуфиллина, обзидана, хлористого кальция, аминалона, оксибутирата натрия, ганглера, бензогексония) – электросон – УФО

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
	<p>поли- кли- ниче- ский</p>	<p>– α- и β-блокаторы (анаприлин, обзидан, пирроксан) – антидепрессанты (амитриптилин) – транквилизаторы (феназепам, альпрозолам) – нейропротекторы и стимуляторы метаболизма (милдронат, рибоксин) – седативные (препараты валерианы и брома, новопассит) – нейролептики (сонопакс)</p>	<p>– ИРТ – массаж – магнитотерапия (ПеМП) – бальнеотерапия (ванны углекисло-сульфидные, хвойно-валериановые) – дарсонвализация – электрофорез новокаина, сернокислой магнезии, эуфиллина, обзидана, хлористого кальция – электросон и суперэлектросон – УВЧ – гальванизация позвоночника – ПНБГ</p>
	<p>сана- тор- ный</p>	<p>седативные (препараты валерианы и брома, новопассит)</p>	<p>– ИРТ – массаж – кинезотерапия в бассейне – магнитотерапия (ПеМП) – бальнеотерапия (ванны углекислые, углекисло-сульфидные, хвойно-жемчужные, радоновые, подводный душ-массаж, циркулярный душ) – дарсонвализация – электросон – терренкур – грязевые аппликации – ПНБГ</p>
<p>Син- дром вестибу- лярной дисфунк- ции</p>	<p>ста- цио- нар- ный</p>	<p>– бетастин – атропинсодержащие (беллоид, беллатаминал, белласпон) – дегидратирующие (фуросемид, диакарб) – вазоактивные (циннаризин, стугерон, вазобрал, эуфиллин, винкопан) – седативные (рудотель, оксазепам)</p>	<p>– СМТ или электрофорез сернокислой магнезии – Магнитотерапия (ПеМП) – координаторный комплекс кинезотерапия – ГБО – ДМВ – дарсонвализация – электрофорез лекарственных веществ (никотиновой кислоты, калия йодида)</p>

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
	поли-клинический	<ul style="list-style-type: none"> – бетагин – седативные (рудотель, оксазепам) – дегидратирующие (фуросемид, диакарб) – вазоактивные (циннаризин, кавинтон, стугерон, винкопан, вазобрал) 	<ul style="list-style-type: none"> – магнитотерапия (ПеМП) – координаторный комплекс кинезотерапия – СМТ-электрофорез сернокислой магнезии – электрофорез лекарственных веществ (кальция хлорида, новокаина, натрия бромида) – УФО – массаж
	санаторный	не показаны (пациенты — в стадии компенсации)	<ul style="list-style-type: none"> – массаж – кинезотерапия в бассейне – координаторный комплекс кинезотерапии – электрофорез лекарственных веществ (никотиновой кислоты, калия йодида) – магнитотерапия – бальнеотерапия (ванны хвойно-валериановые, жемчужные, углекислые, радоновые, сульфидные) – массаж – грязевые аппликации
Неврогический синдром	стационарный	<ul style="list-style-type: none"> – транквилизаторы (тазепам, ксанакс, сибазон, альпрозалам, транксен) – антидепрессанты (амитриптилин) – седативные (препараты валерианы и брома) – ноотропные средства (пирацетам, аминалон, энцефабол) 	<ul style="list-style-type: none"> – гипобарическая терапия – бальнеотерапия (хвойно-жемчужные, морские, соляные, пресные ванны, подводный душ-массаж) – ИРТ – кинезотерапия – массаж – электросон – электрофорез лекарственных веществ (оксибутирата натрия, бромида натрия магния сульфата) – дарсонвализация – психотерапия – УФО

Окончание таблицы 2

1	2	3	4
	поли- кли- ниче- ский	– транквилизаторы (тазепам, ксанакс, альпрозалам, сибазон, транксен) – антидепрессанты (амитриптилин) – седативные (препараты валерианы и брома) – ноотропные средства (пирацетам, аминалон, энцефабол)	– СМТ или ДДТ на шейные симпатические узлы – ИРТ – кинезотерапия – массаж – дарсонвализация – электрофорез оксибурата натрия, бромида натрия – ПНБГ
	сана- тор- ный	седативные (препараты валерианы и брома)	– массаж – кинезотерапия – ИРТ – терренкур – гидрокинезотерапия – бальнеотерапия (хвойно-жемчужные ванны, подводный душ-массаж, циркулярный душ) – ПНБГ

Примеры программ восстановительного лечения при заболеваниях центральной нервной системы

1. Диагноз: инфаркт мозга в левом каротидном бассейне с наличием умеренно выраженных правостороннего гемипареза, моторной афазии при атеросклерозе мозговых сосудов, симптоматической артериальной гипертензии, ранний восстановительный период.

8.00–8.20	Прием гипотензивных препаратов
9.00–9.20	Массаж паретичных мышц
9.30–10.00	Электростимуляция паретичных мышц
10.00–10.30	Введение вазоактивных препаратов
10.30–11.00	Эрготерапия
11.00–11.40	Психотерапия
11.40–12.00	Введение нейропротекторов, ноотропов
12.30–13.00	Занятия с логопедом
13.00–13.30	Кинезотерапия
18.00–18.20	Прием гипотензивных препаратов, понижающих мышечный тонус
19.00–19.30	Индивидуальные занятия по программе, разработанной логопедом

2. Диагноз: инфаркт мозга в вертебрально-базилярном бассейне с наличием умеренного правостороннего гемипареза, легких координаторных нарушений при атеросклерозе мозговых сосудов, мерцательной артерии, сердечной недостаточности I ст., поздний восстановительный период.

8.00–8.20	Прием антиаритмических препаратов, ноотропов
9.00–9.20	Координаторная гимнастика
10.30–11.00	КВЧ-терапия на воротниковую область
12.00–12.20	Массаж паретичных конечностей (избирательный)
13.00–13.30	Механотерапия
13.40–14.00	Психотерапия
14.00–14.20	Прием антиаритмических препаратов, ноотропов
18.00–18.20	Прием антиаритмических препаратов, ноотропов

3. Диагноз: отдаленные последствия перенесенного менингоэнцефалита с правосторонним умеренным спастическим гемипарезом и генерализованными судорожными припадками средней частоты.

8.00–8.20	Прием диуретиков, препаратов, понижающих мышечный тонус и противосудорожных средств
9.00–9.30	Кинезотерапия
10.30–11.00	Введение рассасывающих препаратов
11.00–11.30	Массаж паретичных конечностей
12.00–12.30	Психотерапия
14.00–14.20	Прием препаратов, понижающих мышечный тонус и противосудорожных средств
20.00–20.20	Прием препаратов, понижающих мышечный тонус и противосудорожных средств

4. Диагноз: последствия отравления окисью углерода с поражением подкорковых ганглиев с умеренно выраженным акинетико-ригидным синдромом.

8.00–8.20	Прием противопаркинсонических и вазоактивных препаратов, нейропротекторов
9.00–9.30	Магнитотерапия на воротниковую зону
10.30–10.45	Кинезотерапия
11.00–11.40	Психотерапия, психокоррекция
12.00–12.30	Массаж воротниковой зоны
14.00–14.30	Прием противопаркинсонических и вазоактивных препаратов, нейропротекторов
17.00–18.00	ГБО
18.00–18.20	Прием противопаркинсонических и вазоактивных препаратов, нейропротекторов

5. Диагноз: токсическая (алкогольная) энцефалопатия II ст. с умеренно выраженными координаторными и когнитивными нарушениями, редкими генерализованными судорожными припадками.

8.00–8.20	Прием противосудорожных, вазоактивных препаратов
9.00–9.20	Электрофорез оксибутирата натрия по Бургиньону
10.00–10.20	Массаж воротниковой зоны
11.00–11.20	Введение витаминов группы В
12.00–12.30	Координаторный комплекс кинезотерапии
14.00–14.20	Прием противосудорожных, вазоактивных препаратов
17.00–17.40	Психотерапия, психокоррекция
18.00–18.20	Прием противосудорожных, вазоактивных препаратов

6. Диагноз: хроническая интоксикация нейролептиками с умеренным экстрапирамидным синдромом.

8.00–8.20	Прием противопаркинсонических и вазоактивных препаратов, нейропротекторов
9.00–9.20	Электрофорез йодистого калия по Бургиньону
10.00–10.40	Сульфидные ванны
11.00–12.00	Психотерапия
12.00–12.40	Кинезотерапия
13.00–13.30	Массаж воротниковой зоны
14.00–14.20	Прием противопаркинсонических и вазоактивных препаратов, нейропротекторов
17.00–18.00	ГБО
19.00–19.20	Прием противопаркинсонических и вазоактивных препаратов

ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Первичные и повторные инфаркты миокарда, другие заболевания сердца при наличии недостаточности кровообращения II–III ст.

2. Высокая некорректируемая артериальная гипертензия.

3. Декомпенсированный сахарный диабет.

4. Почечная, печеночная и легочно-сердечная недостаточность более II ст.

5. Острые воспалительные заболевания и лихорадочные состояния.

6. Инфекционные и венерические заболевания до окончания сроков изоляции.

7. Все формы туберкулеза в активной стадии.

8. Психические заболевания, выраженные когнитивные расстройства.

9. Эпилепсия с частыми приступами и изменением личности.

10. Все виды наркомании и алкоголизма (исключая состояние стойкой ремиссии).

11. Кахексии любого происхождения.

12. Злокачественные новообразования.

13. Наличие показаний к оперативному вмешательству.

Заболевания, препятствующие применению комплекса восстановительного лечения (несросшиеся переломы, заболевания кожи в остром периоде или в стадии обострения и др.).

Характеристика степени выраженности гемипареза

Степень выраженности гемипареза	Характеристика клинических симптомов
ФК-0 нет нарушений или уменьшается пирамидная недостаточность	Объем движений полный, мышечная сила, мышечный тонус в норме; незначительная анизорефлексия ($D > S, S > D$). Нормальное сопротивление мышц при пассивном движении, отсутствие «разболтанности» в суставе
ФК-1 легкий парез	Объем движений полный, умеренное снижение мышечной силы (до 4 баллов), преодолевает силы гравитации, сопротивление действующей извне силы умеренно затруднено; легкое повышение мышечного тонуса, анизорефлексия ($D > S, S > D$); непостоянный синдром Бабинского
ФК-2 умеренный парез	Объем движений полный или незначительно ограничен (обычно в дистальном отделе), преодолевает силы гравитации, снижена мышечная сила (до 3 баллов), сопротивление действующей извне силы затруднено; анизорефлексия, стойкие патологические рефлекс; умеренное повышение мышечного тонуса: сопротивление мышц-антагонистов позволяет осуществить лишь 75% от полного объема пассивного движения в норме
ФК-3 значительно выраженный парез	Движение в вертикальной плоскости отсутствуют, возможны только в горизонтальной (не преодолевает силы гравитации); мышечная сила снижена до 2 баллов, сопротивление действующей извне силы резко затруднено; резко выражена анизорефлексия, четко — клонусы стоп и патологические рефлекс; значительное повышение мышечного тонуса: при значительном сопротивлении удается достичь не более половины объема нормального движения в данном статусе
ФК-4 плегия или резко выраженный парез	Активные движения конечностей отсутствуют или возможны отдельные движения мышечных групп; мышечная сила снижена до 0 или 1 балла; мышечный тонус может быть резко повышен или наблюдается склонность к гипотонии; резко выражена анизорефлексия, патологические рефлекс, клонусы; сопротивление мышц-антагонистов настолько велико, что не удастся изменить положение сегмента конечности