

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ СО МОЗОЧЕН УДАР

Член 1

Со ова упатство се пропишува рехабилитација на пациент со мозочен удар.

Член 2

Начинот на рехабилитација на пациент со мозочен удар е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на рехабилитација на пациент со мозочен удар по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8889/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТ СО МОЗОЧЕН УДАР

МЗД Упатство
29.05.2009

- Основни податоци
- Претходни податоци
- Форми на рехабилитација
- Примена на рехабилитацијата
- Планирање на рехабилитационата терапија
- Адаптивен тренинг
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Најдобри резултати се добиваат ако рехабилитацијата започне што порано (nnd-A).
- Екстензивна, долготрајна терапија е наменета за корекција и ублажување на последиците од оваа болест.
- Поддршка на пациентот да се адаптира на состојбата.
- Форми на рехабилитација:
 - Физиотерапија.
 - Работна терапија.
 - Терапија на говорот.
 - Невропсихолошка рехабилитација.

ПРЕТХОДНИ ПОДАТОЦИ

- Многу луѓе кои страдале од мозочен удар продолжуваат да ги имаат симптомите кои им пречат во секојдневниот живот. Меѓу позначајните се:
 - Парализа на екстремитетите (во акутна фаза, тројца од четворица пациенти го имаат овој симптом).
 - Дефекти во визуелното поле.
 - Нарушувања на повисоките функции на мозокот.
 - Афазија или тешкотии во говорот и разбирање на говорот.
 - Апраксија или дисфункција на движење.
 - Агнозија или когнитивна дисфункција.

ФОРМИ НА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

- **Физиотерапија**
 - Промовира спонтано заздравување.
 - Превенира погрешно држење и движење.
 - Нормализира мускулен тонус.
 - Ефикасноста на физиотерапијата е подобрена со нови техники.
- Функционална електрична стимулација е корисна во активирањето на своеволна мускулна функција и кутана електрична стимулација може да го подобри осетот во екстремитетот и да ја намали спастичноста.

- Форсиран тренинг на горен екстремитет може да генерира ново активно движење и да ја зголеми функционалноста (ннд-Д).
- Тренинг на одење со парцијално оптоварување ја зголемува ефикасноста за учење на одење и учењето е побрзо.
- **Работна терапија (ннд-А)**
 - Вештините, стекнати во физиотерапијата се користат во секојдневните активности.
 - Се одредува потребата од помагала за пациентот и се дава тренинг за нивна употреба.
- **Терапија на говорот (1)**
 - Се дефинира природата на афазичното и (ретко кај болни со мозочен удар) на дизартричното говорно оштетување и се планира курс за индивидуална говорна терапија.
 - На членовите на фамилијата им се даваат информации и инструкции за алтернативни методи на комуникација.
- **Неврофизиолошка рехабилитација**
 - Само некои пациенти со удар имаат потреба од неврофизиолошка рехабилитација. Ограничена е достапноста на служби за неврофизиолошка рехабилитација.
 - Неврофизиолошки тестови се користат за утврдување на природата и степенот на когнитивно оштетување.
 - Рехабилитацијата цели кон корекција на функционалното оштетување и создавање место за нивна компензација со користење на другите способности.

ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА НА РЕХАБИЛИТАЦИЈАТА

- Рехабилитацијата опфаќа тимска рандо (ннд-А). Кога се достапните ресурси соодветни, рехабилитациониот тим треба да се состои од:
 - Лекар.
 - Сестра.
 - Социјален работник.
 - Физиотерапевт.
 - Работен терапевт.
 - Говорен терапевт.
 - Неврофизиолог.
- Ефикасна е организирана стационарна нега; пациентите кои се третирани на оддели за мозочен удар, поверојатно ќе останат живи, независни и ќе живеат дома по една година од ударот (ннд-А).
- Без оглед на степенот на достапни ресурси, најважен аспект е вистинскиот интерес за рехабилитација на пациент со мозочен удар.
- Одговорности на рехабилитациониот тим:
 - Поставува специфични рехабилитациони цели (на пр. враќање на работа или независен живот дома).
 - Составува план за постигање на целите кои треба да се ревидира и да се промени кога има потреба.

РЕДОСЛЕД НА РЕХАБИЛИТАЦИОНАТА ТЕРАПИЈА

1. Интензивна рехабилитација (ннд-Б) на болничкиот оддел:
 - Физиотерапијата треба да започне на денот на ударот или следниот ден, во почеток со постурална терапија, а подоцна со прогресивни активни вежби. Особено парализираната страна треба да се вежба и не треба да се дозволи неафектираната страна да компензира за функциите на парализираната страна. Во раната фаза не треба да се даваат помошни помагала. Евалуацијата на потреба за помошни помагала треба да се остави за подоцна, додека состојбана на пациентот не се стабилизира.
 - Треба да се направат напори да се иницираат други форми на рехабилитација во болницата (како што е говорна терапија) што е можно побргу.

- Цел присутен персонал и членовите на фамилијата на пациентот треба да учествуваат во рехабилитацијата.
 - Акутното заболување често е придружено со реактивна депресија. Препознавањето и третманот на оваа состојба ќе ја зголеми мотивацијата за рехабилитација и ќе ги подобри резултатите.
 - Иницијално, терапијата треба да се спроведува дневно.
 - Пациентот треба да се испише штом ќе има можност да се згрижи дома (ннд-Б).
 - Ако пациентот не е во состојба во акутната фаза да функционира дома, а има потенцијал за рехабилитација, треба да се размисли за континуирана интензивна рехабилитација во специјализирани установи.
2. Интензивна рехабилитација по испишувањето.
- Интензивна рехабилитација (ннд-Б) треба да продолжи по болничкиот испис на база на амбулантна терапија 2-3 пати неделно.
 - Интензивната рехабилитација треба да продолжи, сè додека не се види дека нема понатамошен напредок.
3. Рехабилитација на одржување.
- Промената во рехабилитација на одржување се јавува по интензивната фаза на рехабилитација, општо за 6 месеци до година од ударот.
 - Целта на рехабилитацијата на одржување е да ги одржи резултатите од:
 - Рехабилитацијата.
 - Рехабилитацијата на одржување обично се состои од:
 - Годишно 2-3 пати физиотерапија, според потребите на секој пациент посебно.
 - Друга терапија (како говорна терапија) неколку посети или контроли годишно.
 - Групна терапија (на пр. групна говорна терапија, групи за подобрување на меморијата итн.), по потреба.
 - Тешко инвалидизирани пациенти на домашна нега, ако има потреба, треба да се префрлат на терапија во рехабилитациона установа на 3-4 недели. Целта е одржување на независноста на пациентот и зголемување на мотивацијата на членовите на фамилијата за домашна нега.
 - Терапијата со рехабилитација за одржување е одговорност на примарната здравствена заштита.

ТРЕНИНГ ЗА АДАПТАЦИЈА

- По интензивната фаза на рехабилитација, кога се евидентни долготрајните последици од ударот, пациентот често станува депресивен и страда од други адаптивни проблеми (како пензионирање). Во оваа фаза често помага адаптивен тренинг.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane-ови прегледи 1.
- Други апсракти со докази.
- Литература 1.

Authors:

Mervi Kotila

Article ID: ebm00763 (036.092)

- © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 29.05.2009 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2015 г.**