

Г.К. Эширбеков, Г.Н. Таскынова, М.Н. Кулниязова, Н.К. Ходжаев, Д.А. Дильбарханова  
Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қаласы

### ҚАРТ НАУҚАСТАРҒА СОҢҒЫ ЖӘНЕ РЕЗИДУАЛЬДІ ҚАЛЫПҚА КЕЛУ КЕЗЕҒІНЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ ЖОЛ

Нейрореабилитацияда денсаулықпен байланысты өмірдің сапасы деген түсінік бар. Көптеген авторлар науқастарда реабилитацияның әсерін бағалағанда осы көрсеткіштерді басты назарға алу керек деп есептейді.

Егер көптеген жағдайда реабилитация аяқталған патологиялық процес (инсульт, травма, инфекция) кезінде жеткілікті әсер етсе, ал ОЖЖ ауруларының өршуі кезінде оның әсері аурудың сипатымен қоса реабилитациялық іс-шаралардың ұдайылығына байланысты, бірақ аурудың өршуіне, сатысына, ағымына және патогенетикалық дәрі-дәрмектік емнің мүмкіншілігіне баса мән беріледі. Сондықтан негізгі қалыпқа келтіру шаралары науқастың бұзылған қызметтерін қалыпқа келтіруге және өмір сүру үрдісін жақсартуға бағытталуы керек. Неврологиялық науқастар үшін жүруді ұйретумен өз-өзіне қызмет етуді үйрету өзекті болып табылады.

**Түйінді сөздер:** Нейрореабилитация, тамырлық бұзылыстар, денсаулық, физикалық белсенділік, қарттық.

Бас миының тамырлық зақымдалуы динамикалық және органикалық болып екіге бөлінетіні белгілі. Ми қан айналымының динамикалық бұзылысы өтпелі (транзиторлық, уақытша, қайтымды), желгілікті ми қан айналымының бұзылысы ("жүйке орталығының қайталамалы ақауы"-Джерин және Грассе) және гипертониялық аурулар кезіндегі бас ми кризінде, қарттардың бас ми ішлік қысымы, балалардың бас ми ішлік қысымы болып бөлінеді.

Ми қан айналымының органикалық бұзылысы бас миына қан құйылумен инсульт (ишемиялық, геморрагиялық), ми қабықтарына қан құйылу, ісіктер, су жиналу, бас миының жұмсарып кетуі (тромбоз және ми қан тамырларының эмболиясы), бас ми тамырларының атеросклерозы, веналық қан айналымының бұзылысы (қатты ми қабығының қойнауы мен веналарының тромбозы) түрінде көрініс береді.

**Зерттеу мақсаты:** неврологиялық ақауы бар науқас адамдардың денсаулық жағдайын зерттеу және ары қарайғы нейрореабилитацияның мүмкіндіктерін зерттеу болып табылады.

**Зерттеу материалы:** Түркістан қ-да аудандық ауруханада тексеруден өткен және емделген егде жастағы адамдар.

**Зерттеу нәтижелері:** Науқас Д 1935 ж туылған, Түркістан қ-ның тұрғыны, зейнеткер. Ауруханаға 2017ж ақпан айында мынадай шағымдармен түскен: екінші қабатқа көтерілгендегі ентігу, кеуде тұсының ұстамалы қысып ауырсынуы, ауырсынуы сол иыққа, сол қолға таралуы, ауырсынуының физикалық күш түскенде күшеюі, бас айналу, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, тез шаршау, белінің сыздап ауырсынуы.

**Зерттеу нәтижелерінде** ЖҚТ: эр.- $4,0 \times 10^{12}/л$ , Нв - 127 г/л, т/к. - 0,9, лейко. -  $4,2 \times 10^9/л$ , сег/ядер. - 64%, лим. - 26%, мон. - 4%, ЭТЖ - 11 мм/ч, микрореакция - теріс.

В ЖЗТ - көлемі- 190,0, түсі - с/с, реакция - қышқыл, салыс/тығыздығы - 1010, түссіз, белок және қант - abs, жалпақ эп- 2-3 в п/з, өтпелі эп. - 2-3 в к/а, лейко. - 4-5 в к/а, эрит. - 0-1 в к/а. Нечипоренко әдісі: лейкоциттер - 1250, эритроциттер - 250, цилиндрлер - 0. Биохимиялық талдау: АлАТ - 10,6 б/л, АсАТ - 13,0 б/л, мочевина - 4,9 ммоль/л, билирубин - 12,5 мкмоль/л, глюкоза - 5,3 ммоль/л, креатинин - 75,2 мкмоль/л, холестерин - 5,9 ммоль/л. Коагулограмма: протромбин уақыты - 16,2", протромбин индексі - 98,7%, жалпы фибриноген - 2,42 г/л, β-нафтоловый тест - теріс, этанол тест - теріс. Қандағы электролиттер: Na<sup>+</sup> - 141,9 ммоль/л, K<sup>+</sup> - 3,93 ммоль/л, Са<sup>++</sup> - 1,19 ммоль/л.

ЭКГ: ырғағы дұрыс, ЖСС 63 рет/мин, ЖЭО қалыпты орналасқан, қарыншалардың бұлшықетінің диффузды өзгерісі.

ЭхоЭг: ауытқулар жоқ

ЭЭГ: L-θ - дизритмия, ми қан айналымының өзгерісі.

Іш қуысы мүшелерінің УДЗ: бауыр паренхимасының диффузды өзгерісі, созылмалы панкреатит, ӨТА, созылмалы калькулезді холецистит.

Бел омыртқаның КТ: Бел омыртқасының остеохондрозы, II кезең.

Емдеуден кейінгі диагноз: Негізгі диагноз: ЖИА, Күштемелі стенокардия ФК II. Артериялық гипертензия 2 саты. Қ.Т 4 НІ. Қосымша диагноз: Дисциркуляторлық энцефалопатия II с.қан-тамырлық себепті. Созылмалы гастрит, толық емес ремиссия. ӨТА. Созылмалы калькулезді холецистит. Реактивті панкреатит, толық емес ремиссия. Омыртқаның бел-құйымшақ бөлігінің остеохондрозы. Нейро-бұлшықеттік синдром.

Науқас Д. 1931ж.т Кентау қаласының тұрғыны, зейнеткер. Ауруханаға 2017ж сәуір айында төмендегідей шағымдармен түскен: бас ауру, АҚҚ 230/80 мм.с.б.б жоғарылауы, жүрек қағуы, жүктемеден кейінгі ентігу, жиі зәрге отыру, бел аймағының мезгіл-мезгіл сыздап ауырсынуы, сол аяғының әлсіздігі, сол жақ тізе-табан буынының қозғалысының шектелуі, жалпы әлсіздік.

**Зерттеу нәтижелері:** ЖҚТ: эр.- $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 143 г/л, т.к. - 0,9, лейко. -  $4,0 \times 10^9/л$ , пал. - 1%, сег/ядер. - 59%, лим. - 25%, мон. - 10%, эоз. - 5%, ЭТЖ - 7 мм/ч, микрореакция - теріс.

ЖЗТ - көлемі-90,0, түсі - с/с, реакция - қышқыл, салыс/тығыз - 1025, түссіз, белок- abs, қант - жоққа тән, жалпақ эп. - бірлік. к/а, лейко. - 1-2 к/а, гиалин цилиндрлер - бірлік. к/а, слизь\*.

Биохимиялық талдау: АлАТ - 22,6 б/л, АсАТ - 30,4 б/л, мочевина - 7,3 ммоль/л, билирубин - 17,6 мкмоль/л, жалпы кальций - 2,1 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 130,0 ед/л, глюкоза - 6,33 ммоль/л, креатинин - 72,4 мкмоль/л, общий белок - 65,3 г/л, триглицериды - 1,55 ммоль/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, тимол сынама - 7,76. Коагулограмма: протромбин уақыты - 17,2", протромбин индексі - 93,0%, жалпы фибриноген - 3,8 г/л, β-нафтол тесті - теріс, этанол тесті - теріс. Қандағы электролиттер: Na<sup>+</sup> - 146,6 ммоль/л, K<sup>+</sup> - 4,42 ммоль/л, Са<sup>++</sup> - 1,18 ммоль/л. Гликемиялық профиль: 6,4 - 4,9 - 6,4 ммоль/л.

ЭКГ: ырғақты аритмия с ЖСС 60 рет/мин, ЖЭО горизонтальды орналасқан, Гис будасының оң аяқшасының толық емес блокадасы, қарынша миокардының реполяризация үдерісінің төмендеуі.

ЭхоКГ: аорта қақпақшасының жеткіліксіздігі I-II дәр, митральді қақпақшасының жеткіліксіздігі I дәр, сол қарыншаның диастолалық қызметінің 1 типі бұзылысы, гипертрофия, ҚАП гипокинезиясы, миокардтың жиырылуының төмендеуі, шығару фракциясының төмендеуі, жүрек ырғағының бұзылысы (экстрасистолия).

Іш қуысы мүшелерінің УДЗ: бауырдың, ұйқы безінің паренхимасының диффузды өзгерісі, майлы гепатоз. ӨТА, созылмалы калькулезді холецистит. Екі бүйректің ТАЖ деформациясы. ЗТД. Сол жақ бүйректің кистасы. (2,2×2,3см); екі жақты созылмалы пиелонефрит белгілері. Зәр қышқылды диатез.

УЗИ ОМС: қуық асты бездің аденомасы, қалдық зәр - 87,8 мл.

Емдеуден кейінгі диагноз: Негізгі диагноз: Артериялық гипертензия 3 дәр қ.т IV. ЖИА, ырғақтың политопты экстрасистолия типті бұзылысы, СЖЖІ ФКІ. Қосымша диагноз: Метаболикалық синдром. 2 типті қант диабеті, орташа ауырлық дәрежесі. ӨТА. Созылмалы калькулезді холецистит. ДГЖП II-III ст. Созылмалы зәр ұстау. Сол жақ бүйректің кистасы, екіншілік созылмалы пиелонефрит, ремиссия фазасы. Дисциркуляторлық энцефалопатия II дәр. Қан тамырлық себепті. Сол жақ кіші жіліншік жүйкесінің ишемиялық нейропатиясы. Остеохондроз, омыртқаның бел бөлігінің спондилоартрозы, L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> грыжасы, радикулоишемиялық синдром. L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> сол жақ түбірлік.

Бұл науқас жоғарыда аталған аруларымен қоса қозғалыс белсенділігінің төмендеуі дисциркуляторлық энцефалопатия II дәр. қан тамырлық себепті диагнозымен түскен. Физикалық жүктемеге төзімділіктің жоғарлауын қажет ету, өмір сүру қабілетін арттыру сол сияқты денсаулықты тұрақтандыру үшін патологиялық процестің өршуін төмендету үшін нейрореабилитация өте қажет. Бірақ аурудың қайсы бір нозологиялық түріне тәуелсіз, жалпы реабилитацияны қажет ететін науқастарда нейрореабилитация негізгі тәртіпке сай қолданып жатыр.

Осылай бұл науқастар қартайған жаста тұрғылықты мекен-жай бойынша реабилитацияны қажет етеді, ол үшін жеңіл физикалық жүктеме, емдік қайта қалпына келтіру жаттығулары және жылы ванна, суық уақытта тұзды ванна, Шарко сусепкісі бұзылған қызметін толық және жылдам қалыпқа келтіру үшін керек.

Жүйелі реабилитация тек реабилитацияны дәрежесіне сай ұйымдастырылғанда болады.

Кешенді өткізу (барлық қол жетімді және қажет реабилитациялық шараларды қолдану), жан-жақты (реабилитациялық іс-шараларға әр түрлі мамандарды қосып), адекватты (дара реабилитациялық бағдарламалар), әлеуметтік бағытталу, сол науқастың реабилитациялық процесске белсенді қатысуы, сол науқастың туған-туыс жақындарының реабилитацияның әсерін және жүктемені бақылау әдістерін қолдануы.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Мошков В.Н. Лечебная физическая культура на курортах и в санаториях. – М.: Медицина, 1968. – 205 с.
- 2 Polloch-Michael L., Donalad. H. Schmidt. Заболевания сердца и реабилитация. – Киев: 2000. – 172 с.
- 3 Аманасенко З.К., Волков В.В. ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. - Киев: Здоровья, 1987. – 332 с.
- 4 Амосов Н.М. Физическая активность. - Киев: Здоровья, 1984. – 224 с.
- 5 Гасилин В.С., Сидоренко Б.А., Стенокардия. - М.: Медицина, 1987. – 156 с.

**Г.К. Аширбеков, Г.Н. Таскынова, М.Н. Кул尼亚зова, Н.К. Ходжаев, Д.А. Дильбарханова**  
*Международный Казахско-Турецкий университет имени К.А. Ясауи, г. Туркестан*

#### **ПОДХОДЫ К НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ПОЗДНЕМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПЕРИОДАХ**

**Резюме:** В нейрореабилитологии имеется понятие «качество жизни», связанное со здоровьем. Некоторые авторы считают, что именно на этот показатель надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных.

Если реабилитация больных с уже закончившимся патологическим процессом (инсульт, травма, инфекция) в большинстве случаев оказывается достаточно эффективной, то при прогрессирующих заболеваниях ЦНС её эффективность зависит не только от характера и интенсивности реабилитационных мероприятий, но в значительной мере от степени и темпа прогрессирования болезни и от возможностей патогенетической медикаментозной терапии. Поэтому основные восстановительные мероприятия должны быть направлены на восстановление нарушенных функций и приспособление больного к жизнедеятельности в новых условиях. Для неврологических больных особенно актуальным является обучение ходьбе и навыкам самообслуживания.

**Ключевые слова:** нейрореабилитация, сосудистые расстройства, здоровье, физическая активность, старческий возраст

**G.K. Ashirbekov, G.N. Taskynova, M.N. Kyniazova, N.K. Chodgaev, D.A. Dilbarchanova**  
*International Kazakh-Turkish university of K.A. Yasau, Turkestan*

#### **APPROACHES TO NEUROAFTERTREATMENT OF PATIENTS OF SENILE AGE IN THE LATE AND RESIDUAL RECOVERY PERIODS**

**Resume:** In neurorehabilitology "quality of life" bound to health is known. Some authors consider that it is necessary to be guided by this indicator at assessment of efficiency of aftertreatment of patients.

If aftertreatment of patients with already ended pathological process (a stroke, a trauma, an infection) in most cases is rather effective, then at the progressing CNS diseases its efficiency depends not only on character and intensity of rehabilitational actions, but considerably on degree and the rate of advance of illness and on opportunities of pathogenetic medicamentous therapy. Therefore the main recovery actions have to be referred on restoration of the broken functions and the patient's adaptation to vital activity in new conditions. For neurologic patients training in walking and skills of self-service is especially relevant.

**Keywords:** neuroaftertreatment, vascular disorders, health, physical activity, senile age