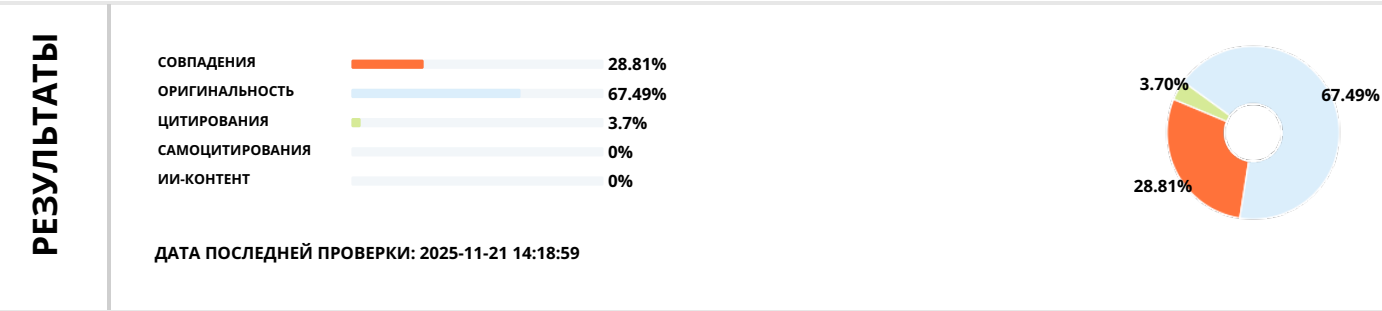


СПРАВКА

о результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

Автор работы:
Самоцитирование
рассчитано для:
Название работы: 2025-11-21_141806-6920749e7ad32.docx
Тип работы:
Подразделение:



Модули поиска: ИПС Адилет, Библиография, Сводная коллекция ЭБС, Интернет Плюс, Сводная коллекция РГБ, Переводные заимствования (RuEn), Переводные заимствования по eLIBRARY.RU (EnRu), Переводные заимствования по Интернету (EnRu), Переводные заимствования издательства Wiley (RuEn), eLIBRARY.RU, СПС ГАРАНТ, Модуль поиска "КГАУ", Медицина, Диссертации НББ, Перефразирования по eLIBRARY.RU, Перефразирования по Интернету, Патенты СССР, РФ, СНГ, СМИ России и СНГ, Шаблонные фразы, Кольцо вузов, Издательство Wiley, Переводные заимствования, Коллекция НБУ, Перефразирования по коллекции издательства Wiley, Перефразирования по СПС ГАРАНТ: аналитика, СПС ГАРАНТ: аналитика, СПС ГАРАНТ: нормативно-правовая документация, Интернет

Работу проверил: ФИО проверяющего

Дата подписи:

Подпись проверяющего



Чтобы убедиться
в подлинности справки, используйте QR-код,
который содержит ссылку на отчет.

Ответ на вопрос, является ли обнаруженное заимствование
корректным, система оставляет на усмотрение проверяющего.
Предоставленная информация не подлежит использованию
в коммерческих целях.

Для скачивания отчета
воспользуйтесь QR
кодом.



Отчет о проверке

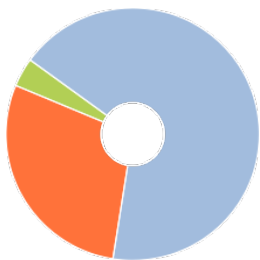
Автор:

Название документа: 2025-11-21_141806-6920749e7ad32.docx

Проверяющий:

Название организации:

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ



Совпадения:
28.81%



Оригинальность:
67.49%



ИИ-контент:
0%



Цитирования:
3.7%



Самоцитирования:
0%



❗ «Совпадения», «Цитирования», «Самоцитирования», «Оригинальность» являются отдельными показателями, отображаются в процентах и в сумме дают 100%, что соответствует полному тексту проверяемого документа.

- **Совпадения** — фрагменты проверяемого текста, полностью или частично сходные с найденными источниками, за исключением фрагментов, которые система отнесла к цитированию или самоцитированию. Показатель «Совпадения» – это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к совпадениям, в общем объеме текста.
- **Самоцитирование** — фрагменты проверяемого текста, совпадающие или почти совпадающие с фрагментом текста источника, автором или соавтором которого является автор проверяемого документа. Показатель «Самоцитирования» – это доля фрагментов текста, отнесенных к самоцитированию, в общем объеме текста.
- **Цитирования** — фрагменты проверяемого текста, которые не являются авторскими, но которые система отнесла к корректно оформленным. К цитированиям относятся также шаблонные фразы; библиография; фрагменты текста, найденные модулем поиска «СПС Гарант: нормативно-правовая документация». Показатель «Цитирования» – это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к цитированию, в общем объеме текста.
- **Текстовое пересечение** — фрагмент текста проверяемого документа, совпадающий или почти совпадающий с фрагментом текста источника.
- **Источник** — документ, проиндексированный в системе и содержащийся в модуле поиска, по которому проводится проверка.
- **Оригинальный текст** — фрагменты проверяемого текста, не обнаруженные ни в одном источнике и не отмеченные ни одним из модулей поиска. Показатель «Оригинальность» – это доля фрагментов проверяемого текста, отнесенных к оригинальному тексту, в общем объеме текста.

Обращаем Ваше внимание, что система находит текстовые совпадения проверяемого документа с проиндексированными в системе источниками. При этом система является вспомогательным инструментом, определение корректности и правомерности совпадений или цитирований, а также авторства текстовых фрагментов проверяемого документа остается в компетенции проверяющего.

ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

Номер документа: 20372

Тип документа: Не указано

Дата проверки: 2025-11-21 14:18:59

Дата корректировки: Нет

Комментарий: не указано

Количество страниц: 14

Символов в тексте: 21955

Слов в тексте: 2586

Число предложений:

ПАРАМЕТРЫ ПРОВЕРКИ

Выполнена проверка с учетом редактирования: Да

Выполнено распознавание текста (OCR): Нет

Выполнена проверка с учетом структуры: Нет

Модули поиска: ИПС Адилет, Библиография, Сводная коллекция ЭБС, Интернет Плюс, Сводная коллекция РГБ, Переводные заимствования (RuEn), Переводные заимствования по eLIBRARY.RU (EnRu), Переводные заимствования по Интернету (EnRu), Переводные заимствования издательства Wiley (RuEn), eLIBRARY.RU, СПС ГАРАНТ, Модуль поиска "КГАУ", Медицина, Диссертации НББ, Перефразирования по eLIBRARY.RU, Перефразирования по Интернету, Патенты СССР, РФ, СНГ, СМИ России и СНГ, Шаблонные фразы, Кольцо вузов, Издательство Wiley, Переводные заимствования, Коллекция НБУ, Перефразирования по коллекции издательства Wiley, Перефразирования по СПС ГАРАНТ: аналитика, СПС ГАРАНТ: аналитика, СПС ГАРАНТ: нормативно-правовая документация, Интернет

ИСТОЧНИКИ

№	Доля в тексте	Источник	Актуален на	Модуль поиска
[11]	17.5%	https://nsportal.ru/npo-spo/zdravookhranenie/library/2023/02/05/metodi-cheskaya-razrabotka-prakticheskogo-zanyatiya-dlya	13 03 2025	Сводная коллекция РГБ
[2]	17.24%	https://doctor.by/entsiklopediya/lechebnaya-fizkultura/226-e-5--	26 04 2023	Диссертации НББ
[3]	16.56%	https://studfile.net/preview/4405121/	06 02 2024	eLIBRARY.RU
[4]	16.2%	https://nsportal.ru/npo-spo/obrazovanie-i-pedagogika/library/2012/06/19/lechebnaya-fizicheskaya-kultura-ot-teorii-k	01 06 2025	Переводные заимствования
[5]	13.28%	https://infourok.ru/osobennosti-lechebnoy-fizicheskoy-kulturi-1053506.html	14 12 2024	Шаблонные фразы
[6]	13.26%	https://nsportal.ru/shkola/fizkultura-i-sport/library/2016/10/25/dopolnitelnaya-obshcheobrazovatel'naya-programma	04 02 2025	Шаблонные фразы
[7]	12.11%	https://infourok.ru/dopolnitelnaya-obshchezivayushaya-programma-po-fizkulturno-ozdorovitelnoj-deyatelnosti-adaptivnaya-fizicheskaya-kultura-6159375.html	20 10 2024	Перефразирования по коллекции издательства Wiley
[8]	11.97%	http://cmr55.ru/artical/lechebnaya-fizicheskaya-kultura/	27 02 2025	Переводные заимствования издательства Wiley (RuEn)
[9]	11.23%	https://infourok.ru/lekcija-na-temu-zozh-5533806.html	20 06 2025	Переводные заимствования
[10]	10.52%	https://studfile.net/preview/3599080/page:10/	02 02 2025	Сводная коллекция РГБ
[11]	9.66%	https://infourok.ru/nauchnaya-rabota-po-teme-chasto-i-dlitelno-boleyuschie-deti-1975010.html	24 12 2024	Библиография
[12]	8.59%	https://en.ppt-online.org/1077690	01 04 2025	Кольцо вузов
[13]	8.02%	https://www.xn----8sbempclcwd3bmt.xn--p1ai/article/17006	01 01 2025	Сводная коллекция ЭБС
[14]	7.09%	https://infourok.ru/lekcija-osnovy-lechebnoj-fizkultury-6318343.html	13 04 2023	Библиография
[15]	5.01%	https://studfile.net/preview/15636759/page:5/	28 11 2023	ИПС Адилет
[16]	3.89%	https://studfile.net/preview/12765609/page:47/	07 09 2024	Переводные заимствования
[17]	3.73%	https://studfile.net/preview/14254502/page:12/	11 03 2024	Перефразирования по eLIBRARY.RU
[18]	1.6%	https://www.beluo31.ru/wp-content/uploads/2022/01/f2c21.pdf	18 09 2023	Сводная коллекция ЭБС
[19]	3.7%	Цитирование	23 05 2025	Цитирование

ТЕКСТ ДОКУМЕНТА

1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Понятие, причины возникновения ОНМК

Инсульт, известный в медицинских кругах как ОНМК, считается одним из самых серьезных повреждений головного мозга. Современная медицина существенно продвинулась в его лечении: если раньше диагноз практически не оставлял надежд на выздоровление, то сегодня у пациентов появилась возможность вернуться к полноценной жизни.

При ОНМК происходит блокировка кровеносных сосудов мозга, вследствие чего определенная его область лишается питания и отмирает [14]. Развитие этого опасного состояния обусловлено воздействием различных патологических факторов.

Механизм развития инсульта связан с внезапным отмиранием участка нервной ткани. Это происходит, когда кровоток в определенной области мозга прекращается из-за тромбоза, накопления атеросклеротических масс или сосудистого спазма. Мозговая ткань особенно чувствительна к недостатку кислорода, поэтому даже кратковременное нарушение кровоснабжения приводит к серьезным последствиям.

В наши дни ОНМК становится все более распространенной причиной летальных исходов и инвалидизации среди людей различного возраста. Тревожной тенденцией последних лет стало появление этого заболевания у молодых пациентов - в неврологических отделениях все чаще можно встретить мужчин моложе 30 лет, перенесших сосудистую катастрофу [20].

ОНМК характеризуется как клинический синдром, проявляющийся внезапным нарушением определенных мозговых функций. Его продолжительность превышает сутки, а в тяжелых случаях может привести к летальному исходу за этот период. В основе патологического процесса лежит закупорка артерий, питающих мозг, что ведет к гибели нейронов в пораженной области [25].

Ишемический инсульт, также известный как ОНМК, представляет собой серьезную проблему современного здравоохранения. Статистика неутешительна: четверть пациентов погибает непосредственно при развитии инсульта, пятая часть не доживает до конца первого года, а каждый четвертый выживший становится инвалидом.

В основе развития ОНМК лежат патологические изменения сосудов головного мозга. Ключевыми причинами выступают атеросклеротическое поражение церебральных артерий, резкие колебания артериального давления, вызывающие сосудистый спазм, а также генетически обусловленная склонность к образованию тромбов - наследственная тромбофилия [13].

Существенно ускорить развитие сосудистой катастрофы способны различные неблагоприятные факторы. К ним относятся вредные привычки, избыточная масса тела, неконтролируемая гипертензия, психоэмоциональные перегрузки. Особую опасность представляют сопутствующие эндокринные и метаболические нарушения, включая диабет и дисфункцию щитовидной железы, а также патологии почек и надпочечников.

Развитие ОНМК обычно происходит стремительно. Симптоматика определяется локализацией пораженного участка мозга, но типичными проявлениями становятся сильнейшая цефалгия, нарушение симметрии лица, парестезии или параличи конечностей, потеря сознания, возможны судороги. Клиническая картина варьируется у разных пациентов. При поражении стволовых структур мозга возможен моментальный летальный исход вследствие остановки кардиореспираторной деятельности [5].

При подозрении на инсульт критически важно незамедлительно вызвать неотложную помощь, подробно описав все наблюдаемые симптомы. В таких случаях бригада скорой помощи прибывает максимально оперативно. Ключевое значение имеют первые два часа - именно в этот период введение специального тромболитического препарата может предотвратить гибель мозговой ткани. По истечении этого времени эффективность терапии существенно снижается, а лечение последствий инсульта становится длительным процессом с неопределенным результатом [30].

Цереброваскулярные заболевания представляют собой группу **серьезных патологий центральной** ¹¹ **нервной системы**, связанных с нарушением **мозгового кровообращения**. Они ¹¹ **подразделяются на острые формы**, включающие транзиторные ишемические атаки (ТИА), ¹¹ **инсульты**, острую гипертоническую энцефалопатию и тромбоз **церебральных вен**, и ¹¹ **хронические состояния**.

Инсульты классифицируются на ишемические и **геморрагические** ¹¹ **типы**. При ишемическом варианте происходит стойкий спазм сосуда, что приводит к формированию очага ишемии в зоне его кровоснабжения. Это вызывает нарушение функций соответствующего участка мозга. Геморрагический инсульт характеризуется разрывом сосуда с последующим кровоизлиянием в паренхиму мозга, желудочковую систему или субарахноидальное пространство.

Ишемический инсульт подразделяется на три основных типа: атеротромботический, кардиоэмболический и лакунарный. Атеротромботический вариант развивается на фоне церебрального атеросклероза, при котором формирование атеросклеротических бляшек приводит к сужению просвета сосудов. Утрата эластичности сосудистой стенки и наличие бляшек существенно нарушают кровоснабжение мозговой ткани, что провоцирует развитие ишемического инсульта.

Кардиоэмболический инсульт возникает как следствие сердечно-сосудистых нарушений, преимущественно различных форм аритмии. При этом фрагмент тромба, называемый эмболом, отрывается и блокирует мозговой кровоток.

Несмотря на иной механизм развития, последствия аналогичны - отмирание участка мозговой ткани приводит к

нарушению соответствующих функций.

Лакунарные инфаркты отличаются минимальными размерами и зачастую протекают бессимптомно. Пациент может даже не подозревать о перенесенном остром нарушении мозгового кровообращения такого типа.

В спектре острых цереброваскулярных патологий доминируют инсульты и транзиторные ишемические атаки. Острая гипертоническая энцефалопатия и венозный тромбоз встречаются значительно реже и имеют характерную клиническую картину.

Статистика показывает существенное преобладание ишемических инсультов, составляющих около 70% случаев, над геморрагическими, на долю которых приходится примерно 12%. По данным российской статистики, ежегодно регистрируется порядка 400 тысяч случаев ишемического инсульта.

Тревожной тенденцией становится "омоложение" заболевания. В возрастной группе 25-29 лет каждый девятый человек на 100 тысяч населения сталкивается с ишемическим инсультом. Более того, заболевание фиксируется даже у лиц моложе 20 лет.

Растущая тенденция к возникновению инсультов у молодых людей создает серьезные вызовы для системы здравоохранения, особенно в сферах неврологической помощи и реабилитационной медицины.

Для быстрой диагностики инсульта диспетчеры службы скорой помощи используют простой, но эффективный тест "УЗП". Этот метод включает проверку трех ключевых функций:

- Улыбка (при инсульте она становится асимметричной)
- Звучание речи (наблюдается нарушение артикуляции вплоть до полной невнятности)
- Подвижность конечностей (проявляется в виде пареза или паралича руки или ноги)

Данный диагностический алгоритм позволяет быстро выявить основные признаки инсульта даже неспециалистам, что критически важно для своевременного оказания медицинской помощи.

1.2 Средства и методы физической реабилитации лиц, перенесших ОНМК

Лечебная физическая культура (ЛФК) базируется на использовании физических упражнений и природных факторов как основных терапевтических инструментов. В качестве вспомогательных методов применяются механотерапия с использованием специальных тренажеров и блоковых устройств, а также массаж и эрготерапия.

Подбор физических упражнений осуществляется индивидуально, с учетом причин заболевания, механизмов его развития, клинической картины и функциональных возможностей пациента. Разнообразие упражнений позволяет оказывать различное воздействие на организм.

В структуре ЛФК выделяют три основных направления: гимнастические упражнения, спортивно-прикладные элементы и игровую активность.

Гимнастические упражнения представляют собой комплексы целенаправленных движений, позволяющих воздействовать как на отдельные группы мышц и суставы, так и на организм в целом. Они подразделяются на общеукрепляющие, специальные и дыхательные. Общеукрепляющие упражнения направлены на общее оздоровление организма, повышение работоспособности и эмоционального тонуса, улучшение кровообращения и дыхания. Они создают благоприятный фон для действия специальных упражнений.

Специальные упражнения целенаправленно воздействуют на опорно-двигательный аппарат. Интересно отметить, что одни и те же упражнения могут быть как общеукрепляющими для здоровых людей, так и специальными для пациентов с определенными патологиями. Например, упражнения для туловища считаются специальными при остеохондрозе или сколиозе, а упражнения для ног приобретают статус специальных после травм или операций на нижних конечностях.

Важно понимать, что эффект от упражнений зависит от методики их применения. Так, одно и то же движение может использоваться для различных целей: развития подвижности, укрепления мышц или совершенствования проприоцепции. Оптимальный терапевтический результат достигается при комбинировании специальных упражнений с общеразвивающими.

Физические упражнения в ЛФК классифицируются по характеру мышечного сокращения на две основные категории: динамические (изотонические) и статические (изометрические). При изометрическом сокращении мышца создает напряжение без изменения длины. Это можно проиллюстрировать на примере упражнения с подниманием ноги: сам подъем представляет динамическую работу, а удержание конечности в поднятом положении - статическую. Изометрические упражнения особенно эффективны при иммобилизации после травм, хотя в целом предпочтение отдается динамическим упражнениям с чередованием напряжения и расслабления мышц. Отдельную категорию составляют упражнения на растяжение, которые применяются при ограничении подвижности суставов.

По функциональному назначению выделяют несколько типов упражнений. Упражнения на равновесие способствуют улучшению координации движений и осанки, особенно важны при патологиях центральной нервной системы и вестибулярного аппарата. Корректирующие упражнения используются для исправления положения позвоночника, грудной клетки и нижних конечностей.

Координационные упражнения¹ направлены¹² на восстановление общей двигательной¹ координации⁹ или¹ отдельных частей¹⁴ тела. Они выполняются в различных¹ исходных положениях с комбинированием движений рук и ног¹ в разных плоскостях. Такие упражнения особенно важны² в реабилитации после неврологических травм и длительного постельного¹ режима.

Динамические упражнения⁸ классифицируются по степени активности на активные, пассивные и¹ упражнения на⁷ расслабление. Эффективность упражнений во⁴ многом¹⁰ зависит от правильного¹ выбора исходного положения (ИП):¹ Для облегчения¹ работы мышц конечностей рекомендуются следующие¹ позиции:⁵

- Сгибатели и разгибатели рук и ног - ИП лежа на противоположном¹ боку
- Мышцы стопы¹ - ИП на одноименном боку¹
- Приводящие и отводящие мышцы¹ - ИП на спине или животе⁵

Для усложнения работы применяются другие положения:¹

- Сгибатели⁵ и разгибатели - ИП на¹ спине или животе⁷
- Приводящие и¹ отводящие⁹ мышцы¹⁴ - ИП на противоположном боку⁸

Особое⁸ место занимают идеомоторные¹ (фантомные) упражнения,⁷ выполняемые мысленно, которые¹ особенно важны⁹ при иммобилизации¹⁰ и параличах. Рефлекторные упражнения основаны¹ на¹⁰ взаимосвязи мышечных¹ групп⁹ - например, укрепление плечевого¹ пояса влияет² на¹² мышцы таза и бедер.

Пассивные упражнения⁶ выполняются с помощью¹ инструктора¹² без активного участия⁶ пациента и применяются при⁸ невозможности самостоятельного движения. Упражнения⁸ на расслабление включают маховые движения и встряхивания, чередующиеся с другими¹ видами нагрузки.⁸

По⁸ использованию оборудования упражнения делятся¹ на:⁸

- Без предметов и снарядов¹
- С предметами (гантели, палки, мячи¹ и др.)¹
- На тренажерах⁴ и механоаппаратах⁴

Дыхательные упражнения подразделяются¹ на динамические (сочетающиеся¹ с движениями) и статические (изолированные¹ дыхательные движения). Особое внимание уделяется активному выдоху. Наиболее физиологичным считается¹ полное⁷ дыхание, задействующее все дыхательные мышцы и обеспечивающее расширение грудной¹ клетки во всех направлениях.

Статические дыхательные упражнения включают несколько основных категорий¹

Упражнения по типу дыхания:¹

- Полное дыхание (комплексная работа всех дыхательных мышц)¹
- Грудное дыхание¹
- Диафрагмальное дыхание¹

Упражнения с дозированным сопротивлением:¹

- Диафрагмальное дыхание¹ с⁹ мануальным сопротивлением инструктора в области реберной дуги¹
- Диафрагмальное дыхание с отягощением (мешочек с песком 0,5-1¹ кг на верхний квадрант¹ живота)
- Верхнегрудное дыхание с сопротивлением¹ в подключичной¹⁰ области⁴
- Нижнегрудное дыхание с сопротивлением в области¹ нижних ребер
- Асимметричное верхнегрудное дыхание¹ с односторонним сопротивлением⁹
- Дыхательные упражнения² с использованием надувных² предметов

Дыхательные упражнения подразделяются на общие и специальные. Общие направлены на¹ улучшение вентиляции легких и укрепление¹⁴ дыхательной мускулатуры. Специальные применяются при патологиях легких и нарушениях работы дыхательных мышц.¹

Особую категорию составляют дренажные дыхательные упражнения, способствующие эвакуации бронхиального секрета. Они выполняются¹ в различных положениях¹⁷ (лежа на животе, спине, боку с приподнятым¹ ножным концом¹² кровати,⁴ сидя,⁵ стоя) в⁴ зависимости от локализации поражения и⁷ могут быть как статическими,⁴ так⁹ и динамическими.¹²

Спортивно-прикладные упражнения⁴

Спортивно-прикладные упражнения⁴ представляют собой важный компонент лечебной⁴ физкультуры. Среди них особое место занимает ходьба, которая применяется при широком спектре заболеваний и является универсальным методом реабилитации.¹²

Интенсивность нагрузки при ходьбе регулируется¹ несколькими параметрами:¹

- Протяженность маршрута¹
- Размер¹ шага
- Скорость¹ передвижения
- Особенности рельефа¹
- Сложность маршрута¹

Различают несколько видов ходьбы:¹

- Обычная¹ (подготовительная)
- Усложненная (на носках,¹ пятках, скрестным шагом, в полуприседе,¹ с высоким подниманием колен)¹
- Специальная¹ (с использованием костылей,¹⁸ палок, протезов)

По темпу ходьба классифицируется на:²

- Медленную (60-80 шагов/мин)¹
- Среднюю (80-100 шагов/мин)¹
- Быструю (100-120 шагов/мин)¹
- Очень быструю (120-140 шагов/мин)

Лечебная ходьба, реализуемая в форме прогулок или дозированных нагрузок, благотворно влияет на дыхательную,⁸ сердечно-сосудистую и нервную системы, повышая¹⁰ общий тонус организма. Её преимущество заключается в возможности точного¹ дозирования нагрузки через контроль количества и длительности остановок,⁸ скорости движения и¹ пройденного расстояния.⁸

Особую актуальность правильно подобранная программа¹ ходьбы приобретает при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК),¹² последствия⁴ которых⁵ проявляются как⁴ в острой фазе, так и в отдаленном периоде.⁴

1.3⁹ Лечебная физическая¹² культура лиц,⁴ перенесших ОНМК⁴

Спортивно-прикладные упражнения представляют собой⁴ важный компонент лечебной физкультуры. Среди них особое место занимает ходьба, которая применяется при широком спектре заболеваний и является¹² универсальным методом реабилитации.¹

Интенсивность нагрузки¹ при ходьбе регулируется несколькими параметрами:¹

- Протяженность¹ маршрута
- Размер¹ шага
- Скорость передвижения¹
- Особенности рельефа¹
- Сложность маршрута¹

Различают несколько видов¹ ходьбы:

- Обычная (подготовительная)¹
- Усложненная (на носках, пятках, скрестным¹ шагом, в полуприседе, с высоким подниманием¹ колен)
- Специальная¹⁸ (с использованием костылей, палок, протезов)

По темпу² ходьба классифицируется на:¹

- Медленную (60-80 шагов/мин)¹
- Среднюю¹ (80-100 шагов/мин)
- Быструю (100-120 шагов/мин)
- Очень быструю (120-140 шагов/мин)

Лечебная ходьба, реализуемая в форме прогулок или дозированных нагрузок, благотворно⁸ влияет на дыхательную, сердечно-сосудистую и нервную системы, повышая общий тонус организма. Её преимущество заключается⁸ в возможности точного дозирования нагрузки через контроль количества и длительности остановок, скорости движения⁸ и пройденного⁸ расстояния.

Особую⁸ актуальность правильно подобранная программа ходьбы приобретает при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК), последствия которых проявляются как в острой фазе, так и в отдаленном периоде.

Реабилитация после инсульта начинается с щадящих методов восстановления: пассивных упражнений, массажа и дыхательной гимнастики. Эти процедуры можно начинать в стационаре после стабилизации состояния пациента.

Разработка суставов паретичных конечностей проводится с выполнением 5-10 повторений для каждого сустава, при этом количество подходов определяется лечащим врачом-реабилитологом.

Сроки начала массажа зависят от типа инсульта:

- При неосложненном ОНМК - на 2-4 день
- При геморрагическом инсульте - через неделю после стабилизации

Массажные движения выполняются в направлении от проксимальных к дистальным отделам конечностей, избегая резких движений и сильного воздействия, которые могут усилить мышечную спастичность.

Первый этап реабилитации может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев [1].

Начало активных реабилитационных мероприятий определяется типом инсульта:

- При ишемическом - через 7-10 дней
- При геморрагическом - через 15-20 дней

Основные компоненты реабилитации включают:

- Регулярную смену положения тела
- Гимнастические упражнения
- Тренировку навыков самообслуживания

Физическая активность способствует профилактике депрессии, нарушений ортостатической регуляции и застойной

пневмонии, улучшает координацию и позволяет оценить степень когнитивных и двигательных нарушений [5].

Второй этап реабилитации, характеризующийся постепенным увеличением нагрузок под контролем гемодинамических показателей, может продолжаться от нескольких недель до полугода.

На третьей стадии реабилитационного процесса пациент переходит к более интенсивным восстановительным мероприятиям. На этом этапе существенно расширяется диапазон допустимых физических нагрузок для перенесших ОНМК. Больные начинают самостоятельно выполнять комплекс гимнастических упражнений и осваивают навыки подъема с кровати. Особую значимость приобретают упражнения для восстановления мелкой моторики рук, тренировки двигательных функций и навыков ходьбы. Комплексное применение ЛФК, массажных техник и физиотерапии демонстрирует высокую эффективность.

Употребление алкогольных напитков категорически запрещено в течение первого года после ОНМК. В дальнейшем рекомендуется полностью исключить алкоголь или максимально ограничить его прием. Крепкие спиртные напитки вступают в опасное взаимодействие с медикаментами, применяемыми в процессе восстановления. Систематическое употребление алкоголя провоцирует развитие атеросклеротических изменений сосудистых стенок и значительно повышает вероятность повторного нарушения мозгового кровообращения [34].

После перенесенного ОНМК табакокурение строго противопоказано. Никотин способствует уплотнению сосудистых стенок, что приводит к сужению артериального просвета и замедлению кровотока. Происходит учащение сердечного ритма, повышается концентрация холестерина и токсических веществ в крови. Все это увеличивает риск тромбообразования и развития атеросклероза, часто приводящих к повторному инсульту.

В первые 3-6 месяцев реабилитации следует избегать продолжительного пребывания под прямыми солнечными лучами, принятия солнечных ванн и посещения бань. Воздействие высоких температур создает чрезмерную нагрузку на ослабленный организм, а нарушения кровообращения могут спровоцировать разрыв сосудов.

Что касается авиаперелетов, управления автомобилем и возобновления трудовой деятельности после инсульта, универсальных ограничений не существует. Специалисты подходят к каждому случаю индивидуально, учитывая тяжесть перенесенного заболевания и особенности состояния пациента. Для многих воздушные путешествия становятся доступны спустя 2-3 месяца после острого периода, однако возвращение к активной деятельности и вождению автомобиля рекомендуется только после полного восстановления [13].

После инсульта рекомендуется избегать статических физических нагрузок. Вместо силовых упражнений с утяжелителями, способных травмировать сухожилия рук, целесообразно применять щадящие средства – такие как эспандеры и резиновые ленты, обеспечивающие безопасную нагрузку.

Любые физические упражнения необходимо выполнять под наблюдением лечащего врача, при постоянном мониторинге кардиологических показателей пациента.

Программа реабилитационных тренировок для пациентов, проходящих лечение амбулаторно или в стационаре, предусматривает следующий график:

- аэробные упражнения для крупных мышечных групп: 3-5 сеансов еженедельно продолжительностью от 20 до 60 минут;

- комплекс для развития мобильности, силы и выносливости конечностей и корпуса: 2-3 занятия в неделю, включающие 8-10 упражнений с 10 повторениями в 1-3 подходах;

- упражнения на растяжку: 2-3 раза в неделю;

- нейромышечная тренировка для улучшения реакции: минимум 2-3 сеанса еженедельно [24].

Индивидуальный план тренировок составляется врачом с учетом состояния пациента и степени поражения организма.

Для минимизации риска повторного ОНМК необходима коррекция образа жизни. Приоритетной задачей становится мониторинг артериального давления – при систематических отклонениях от нормы требуется медицинская консультация для назначения соответствующего лечения.

Диета должна включать антикоагулянты и препараты для снижения уровня холестерина. Медикаментозную терапию назначает врач, учитывая анамнез пациента.

На поздних стадиях восстановления после ОНМК лечебная физкультура фокусируется на компенсации утраченных функций путем активизации сохранных механизмов. Особое внимание уделяется освоению навыков самообслуживания: пациентов обучают использовать здоровую руку или адаптировать частично функционирующую конечность для выполнения бытовых задач.

ОНМК продолжает оставаться предметом активных исследований, стимулируя разработку инновационных методов реабилитации и схем лечения. Критическими факторами выживаемости и успешного восстановления при инсульте являются своевременность и правильность оказания помощи. Исследования показывают, что каждый час развития заболевания уничтожает 120 миллионов нейронов и ускоряет старение организма на 3,5 года.

Максимально быстрая госпитализация пациента с инсультом в специализированное медицинское учреждение является ключевым условием сохранения жизни и последующего восстановления утраченных функций.