

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ

Л.Р. КАНАФИНА, Р.М. ДЮСЕМБАЕВ, Е.В. МАКИЕВСКАЯ, Г.Ж. САКЕНОВА, Л.Н. ТИТАРЕНКО

ОПЫТ РАБОТЫ ПО РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

ККГП Городская больница №1 г. Павлодар

Распространенность острых нарушений мозгового кровообращения, высокие показатели смертности, летальности и значительный процент инвалидов среди выживших (80%) ставят инсульт на одно из первых мест в ряду медико-социальных проблем. Инсульт часто оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и иных нарушений. По данным европейских исследователей, на каждые 100 тысяч населения приходится 600 больных с последствиями инсульта, из них 360 (60%) являются инвалидами. В мировой практике имеется хорошо разработанная система оказания помощи больным с инсультом, в которой большое место отводится реабилитации, в том числе и ранней. Чем раньше начаты реабилитационные мероприятия, тем они эффективнее. Основная цель ранней реабилитации – это профилактика образования устойчивых патологических систем (контрактур, артралгий, патологических двигательных стереотипов и поз), а также уменьшение степени их выраженности, за счет активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем с привлечением как медикаментозных, так и не медикаментозных методов воздействия. Ранняя реабилитация препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, астенодепрессивных и невротических состояний. Раннее начало реабилитации способствует полному и быстрому восстановлению функционального дефекта. Наряду с основной задачей реабилитации (восстановление нарушенных функций, социальная и психологическая реадaptация) она также должна включать: профилактику постинсультных осложнений, профилактику повторных инсультов.

Наш опыт показывает, что основой лечения на ранних этапах восстановления является лечение положением и онтогенетическая кинезотерапия. Как спонтанное восстановление после перенесенного инсульта, так и нормализация функций на фоне лечения опосредуется саногенетическими механизмами, в основе которых лежит пластичность мозга. Последняя определяется, как способность

нервной ткани изменять структурно-функциональную организацию под влиянием внешних и внутренних факторов. Процессы пластичности активируются под влиянием окружающей среды, насыщенной стимулирующими объектами. Это определяет необходимость внедрения методов ранней реабилитации в восстановительный процесс. Положительную роль при этом играет двигательная мобилизация. В целом ранняя реабилитация в большей степени направлена на двигательную сферу, это определяется не только ее воздействием на пластичность, но и тем, что:

1) двигательные расстройства наблюдаются более чем у 85% больных инсультом;

2) они в большей степени мешают самообслуживанию;

3) двигательная функция является наиболее подвижной, она быстро нарушается при снижении мозгового кровотока и также быстро может восстанавливаться;

4) неравномерное восстановление отдельных мышц приводит к развитию патологических двигательных паттернов, что определяет необходимость контроля за процессом восстановления движений;

5) на моторику можно воздействовать с периферии через интернейроны спинного мозга как методами кинезотерапии, так и сенсорными стимулами;

6) воздействие на двигательную сферу будет способствовать нормализации и других функций, так как одни и те же транссмиттеры принимают участие в передаче информации в двигательной, чувствительной, когнитивной системах.

Оснащение палат. Палаты должны быть просторными, чтобы обеспечить подход к больным со всех сторон. Оснащены функциональными кроватями, специальными противопролежневыми матрацами, прикроватными функциональными креслами, функциональными прикроватными столиками, переносными биотуалетами, ширмами, приспособлениями для укладки и перекалывания больных. Необходимо предусмотреть стол для кинезотерапии, кабинет и оборудование для эрготерапии (бытовая реабилитация). Желательно иметь

электроподъемник, параллельные брусья, ступеньки для обучения ходьбе по лестнице, «шведскую стенку» и другие приспособления для обучения больного самообслуживанию.

В фазе ранней мобилизации необходима организация активизирующего ухода и контроля за витальными функциями: мочеиспусканием, дефекацией, приемом пищи. К активизирующему уходу на ранних этапах относится лечение положением (ЛП): ранняя активизация (вертикализация), раннее использование прикроватного туалета (а не судна), постоянная проверка функции глотания, применение специально подобранной диеты, достаточного количества потребляемой жидкости, одевание компрессионных чулок.

ЛП – придание парализованным конечностям и телу правильного положения (корригирующие позы) в течение того времени, пока больной находится в постели или в положении сидя. ЛП можно проводить всем больным вне зависимости от тяжести состояния с первых часов инсульта, поэтому его широко применяют в блоке интенсивной терапии, куда первоначально должно поступать большинство больных с инсультом. ЛП включает: укладку парализованных конечностей на одном уровне, в горизонтальной плоскости при положении пациента на здоровом боку, что обеспечивает равномерную гравитационную нагрузку на конечности; положение на парализованной стороне; укладку в положении противоположной позы Вернике – Манна; положение на животе без подушки; положение на животе с опорой на предплечья и кисти. Основой правильной укладки являются: симметричность расположения частей туловища и конечностей, поддержка всех сегментов тела, бережное отношение к крупным суставам, в частности к плечу паретичной руки, ограничение времени пребывания на спине. Если же больной лежит на спине, то паретичное плечо должно быть поддержано подушкой (высотой 2–3 см), под ягодицей с пораженной стороны должна находиться плоская подушка, чтобы «больная» нога не была развернута кнаружи. В настоящее время не целесообразным считается упор паретичной стопы, а также распластывание кисти руки под мешочком с песком, приводящие к нарастанию мышечного тонуса из-за механического растяжения мышц в положении дискомфорта. Правильное выполнение ЛП способствует: снижению мышечной спастичности, выравниванию асимметрии мышечного тонуса, восстановлению схемы тела, нормализации глубокой чувствительности, снижению патологической активности с тонических шейных и лабиринтных рефлексов, предупреждению развития контрактур, болевого синдрома, патологических установок в конечностях и туловище.

Так как положение больного меняется каждые 2–3 ч, то ЛП выполняет также функции профилактики пролежней, тромбофлебита, пневмонии.

Ранняя вертикализация больных предусматривает возвышенное положение туловища и грудной клетки уже в первые дни пребывания больного в стационаре, возвышенное положение туловища при приеме пищи. В последующие дни поднятие головного конца кровати, присаживание больного и опускание нижних конечностей, затем (при адекватном соматическом статусе) – вставание с помощью медицинского персонала на 2–3–5 мин около кровати и пересаживание в прикроватное кресло при легком и средней тяжести ишемическом инсульте.

Оценка и коррекция расстройств глотания. Поперхивание при глотании жидкой или твердой пищи, которое возникает, как правило, у большого числа больных и, к сожалению, может привести к тяжелым последствиям – аспирационной пневмонии, повышению артериального давления, резкой головной боли, асфиксии, потери сознания и даже к летальному исходу. С первых часов и суток больному следует поднимать и придерживать голову во время еды. Но уже на 2–3-й день показано возвышенное положение в момент приема пищи, кормление маленькими глотками, контроль за проглатыванием, исключение скопления пищи и слюны в полости рта. Активная вертикализация туловища в момент глотания и исключение поперхивания обеспечивают попадание пищи в трахею и бронхиальное дерево.

Всем пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения необходима оценка функции глотания. В зависимости от результатов тестирования осуществляется выбор системы питания для каждого пациента. При выраженных расстройствах глотания используются зондовое и парентеральное питание. При нарушении глотания кормление проводят только в положении больного сидя с опорой под спину, дополнительно подбирается поза для наиболее эффективного и безопасного глотания (наклон головы вперед, поворот в пораженную сторону в момент проглатывания). Необходим подбор консистенции пищи (мягкая, густое пюре, жидкое пюре, густой кисель, мусс, йогурт и пр. полужидкая пища). Исключаются из рациона продукты, часто вызывающие аспирацию, – жидкость обычной консистенции, хлеб, печенье, орехи и т.п. После кормления необходимо тщательно обрабатывать полость рта для исключения возможности аспирации и сохранять вертикальное положение больного около 30 мин. При реабилитации больных с дисфагией используют специальные лечебно-

гимнастические упражнения и внутриглоточную электростимуляцию.

Онтогенетически обусловленная кинезотерапия. Расстройства регуляции движений после инсульта приводит к нарушению моторного праксиса – высшего автоматизма по определению Н.А.Бернштейна. Больных приходится обучать сложным, целенаправленным привычным движениям, переводя их из автоматизированных в заново обучаемые с использованием физиологических синергий. Так больному нужно объяснить, что, для того чтобы встать из положения сидя, ему нужно отодвинуть ноги под стул и переместить центр тяжести вперед. Парализованный больной не может сесть в кровати так, как это делает взрослый человек, обучение его использованию приемов ребенка значительно облегчает этот переход. В палатах ранней реабилитации развивают способность к самообслуживанию: приему пищи, одеванию, умыванию, применению вспомогательных средств. Вспомогательные средства ухода не должны чрезмерно замещать собственные возможности пациента, он должен уметь ими пользоваться. Целесообразно применять устойчивую четырех-опорную трость. Длина трости должна превышать уровень тазобедренного сустава, этим предотвращается перекос туловища в здоровую сторону и уменьшается спастическое напряжение мышц пораженной стороны. Следует помнить, что прежде чем приступать к тренировке ходьбы, необходимо тренировать стабильность и равновесие в положении стоя.

Наиболее часто у больных с постинсультными парезами в первые 4-5 недель после инсульта возникает «синдром болевого плеча», который встречается у 20-40% больных с постинсультными парезами. Помимо случаев поражения плечевого сустава наблюдаются изменения и других суставов (артропатии) в среднем у 15% больных с постинсультными парезами. Локализуются артропатии преимущественно в суставах пальцев руки и лучезапястном суставе, у 45% больных с артропатиями они распространяются на локтевой и плечевой суставы, у 22% на суставы паретичной ноги. Развиваются артропатии в среднем в течение первых двух месяцев после инсульта.

Медикаментозное лечение. В рамках ранней реабилитации больных с инсультом трудно провести грань между реабилитационными и лечебными методами. Применение лекарственных препаратов в остром периоде инсульта объясняется необходимостью коррекции системной гемодинамики, перфузии мозга, явлений отека мозга, проведения патогенетической терапии (антигипоксической, антиоксидантной, нейропротективной, нейротрофи-

ческой), адекватного обеспечения двигательной системы, состояния ортостаза. Принципы медикаментозной терапии включают также лечение фоновых, сопутствующих заболеваний и активацию регенеративно-репаративных процессов мозга через механизмы пластичности. Указанный многосторонний подход к лечению определяет целесообразность применения препаратов комбинированного действия. К таким препаратам относится кавинтон-форте - вазоактивный препарат, который воздействует в основном на микроциркуляторное русло, снижает агрегацию эритроцитов и тромбоцитов, увеличивает количество капилляров, снижает их проницаемость, улучшает венозный отток, устраняет вазоспазм, не влияя на системное артериальное давление.

Ишемический инсульт сопровождается расстройствами микроциркуляции, реологических свойств крови, вегетативной регуляции, венозного оттока, нейротрансмиссии, пластичности. Риск повторного инсульта особенно велик в первый год после перенесенного заболевания, в связи с чем особое значение приобретает вторичная медикаментозная профилактика, которая начинается практически с острого периода. С учетом того, что после перенесенного ишемического инсульта отмечается истощение антиагрегационного потенциала сосудистой стенки, приводящее к тромбообразованию, нарастанию степени выраженности атеросклероза и прогрессированию недостаточности кровоснабжения мозга, основным направлением вторичной профилактики инсульта являются: антиагрегантная, гипотензивная терапия, улучшение церебральной гемодинамики и повышение функциональных возможностей мозга, а также адекватное лечение атеросклероза. Учитывая, что ключевая роль в ишемических нарушениях принадлежит активации тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза немаловажная роль в профилактике инсультов отводится антиагрегантным средствам. В настоящее время широко используется аспирин как кишечнорастворимые формы: тромбо АСС, аспирин кардио.

При наличии у пациентов атеросклероза необходимо рекомендовать диету с преимущественным использованием растительных жиров, а также применение гиполипидемических средств, в частности статинов, которые оказывают лечебное и профилактическое действие. В исследовании PROGRESS (2001 г) доказана эффективность использования ингибиторов АПФ для профилактики ишемических и геморрагических инсультов, как у пациентов с артериальной гипертензией, так и без таковой. Таким образом, ранняя реабилитация является

необходимым звеном в системе оказания стационарной помощи больным инсультом. Основными направлениями ее являются: активизирующий уход, лечение положением,

онтогенетическая кинезотерапия, медикаментозное обеспечение процессов гомеостаза (включая гемодинамику и микроциркуляцию), пластичности и активной мобилизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э. «Организация медико-социальной реабилитации за рубежом» М., Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004.
2. Камаева О.В., Полина Монро. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Под ред. акад. РАМН проф. А.А.Скоромца. СПб., 2003.
3. Сорокоумов В.А. и др. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультом в Санкт-Петербурге. СПб., 2002.
4. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М.: Антидор, 2000; 253–321.
5. Скворцова В.И. и др. Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации № 44. М.: Изд-во РУДН. 2004; 40: ил.
6. А.С. Кадыков, Н.В. Шапаронова «Реабилитация после инсульта», РМЖ, неврология, Том 11 № 25, 2003 г