

ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С ДВИГАТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ

Фарит Ахатович Хабиров^{1*}, Ольга Сергеевна Кочергина¹, Эльза Фагимовна Рахматуллина¹, Тимур Ильдусович Хайбуллин², Гузель Илхамовна Ахметова¹, Ольга Владимировна Григорьева³, Александр Константинович Кленков¹, Алла Равильевна Вахитова¹, Марат Фаязович Ибрагимов¹

¹Республиканская клиническая больница восстановительного лечения МЗ РТ, г. Казань, ²Казанская государственная медицинская академия, ³Медицинский центр ООО «МАНУС-ПРОФ», г. Самара

Реферат

Представлен опыт организации ранней реабилитации постинсультных больных, основанной на методе мультидисциплинарных бригад с использованием нейродинамических методов восстановления двигательной функции. Благодаря применению комплекса реабилитационных мероприятий улучшение достигнуто у 99,4% больных.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, кинезиотерапия.

ORGANIZATION OF EARLY REHABILITATION OF POST-STROKE PATIENTS WITH MOTOR DEFICITS

F. A. Khabirov^{1*}, O. S. Kochergina¹, E. F. Rakhmatullina², T. I. Khaibullin², G. I. Akhmetova¹, O. V. Grigorieva³, A. K. Klenkov¹, A. R. Vakhitova¹, M. F. Ibragimov¹

¹ Republican Clinical Hospital of Rehabilitation, Kazan, ² Kazan State Medical Academy, ³ Medical Center "MANUS-PROF", Samara

Summary

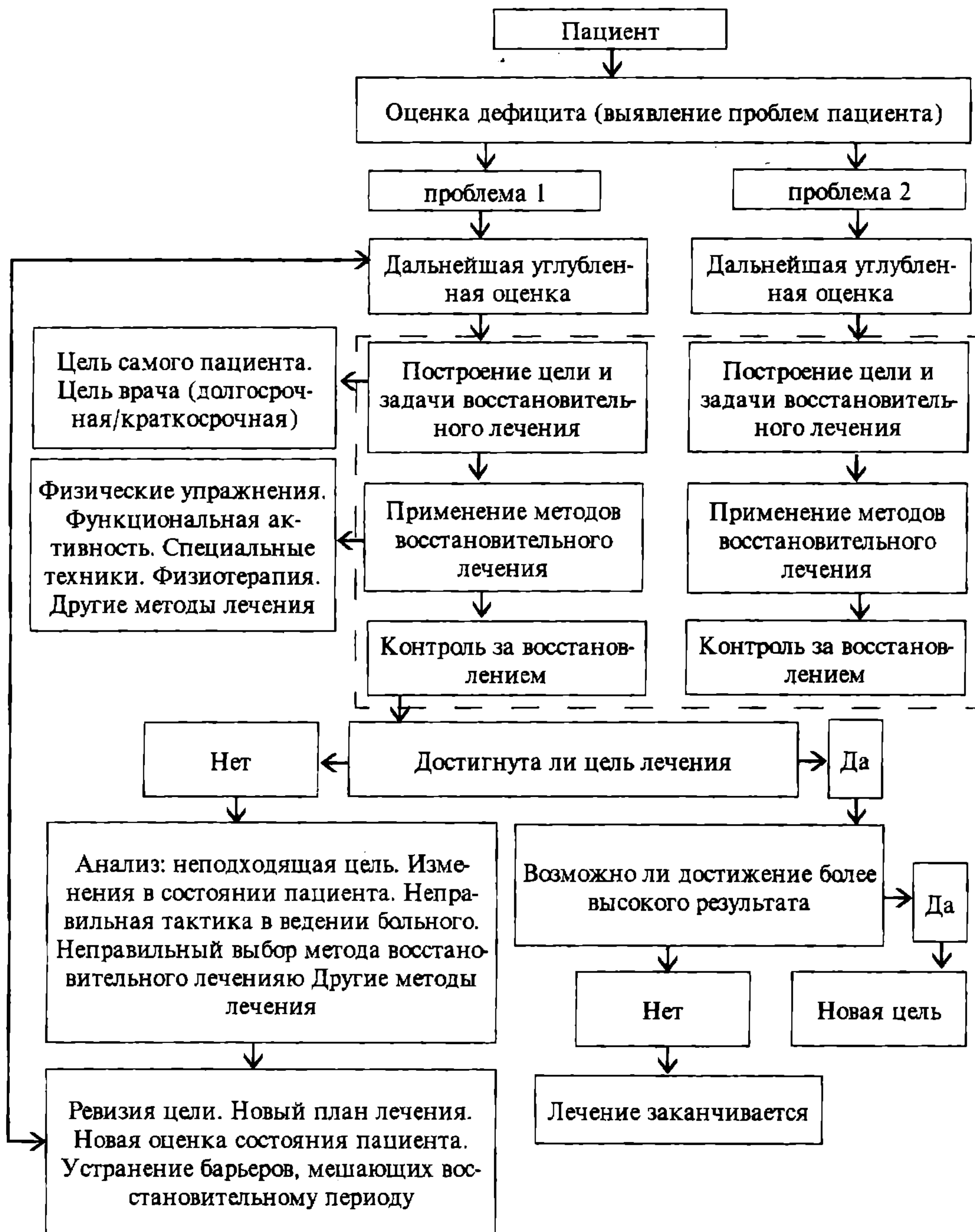
Presented was the experience of early rehabilitation of post-stroke patients, based on the method of multidisciplinary teams, using neurodynamical techniques of motor function recovery. Due to the use of the complex of rehabilitation measures improvement was achieved in 99.4% of patients.

Key words: stroke, rehabilitation, kinesiotherapy.

Инсульт является одной из наиболее актуальных проблем современной клинической медицины. В связи с этим в 2006 г. ВОЗ была определена основная цель реабилитации — более 70% выживших пациентов должны иметь возможность самостоятельно осуществлять повседневную деятельность через 3 месяца после развития инсульта. В РФ постинсультные расстройства занимают первое место среди всех причин инвалидизации населения страны. К труду возвращаются менее 20% лиц, перенесших инсульт, 80% выживших пациентов становятся инвалидами [2, 8]. У 10% больных реабилитационные мероприятия бесперспективны, у 10% наблюдается самостоятельное полное восстановление, 80% больных нуждаются в активном восстановительном лечении, которое поз-

волит достичь частичной или полной независимости в повседневной жизни и даже вернуть трудоспособность. Согласно статистическим данным, в Республике Татарстан заболеваемость инсультом находится в пределах общероссийских значений, однако смертность, в том числе стационарная летальность, в среднем на 20% ниже, чем в России. Такая ситуация ведет к росту инвалидности лиц, перенесших инсульт, который в РТ составляет 5 случаев на 10 тысяч населения, тогда как по РФ — в среднем 3,2 случая [5]. Двигательные расстройства в виде различной выраженности параличей и парезов являются наиболее частыми последствиями инсульта [3, 4]. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, двигательные расстройства диагностированы у 88% больных: к концу острого периода инсульта гемипарезы наблюдались у 81,2% выживших, в том числе гемиплегия

* Автор для переписки: tkbvl@i-set.ru



Алгоритм планирования восстановительного лечения.

у 11,2%, тяжелой степени гемипарез — у 11,1%, легкий и умеренный — у 58,9%. Двигательные расстройства часто сочетаются с нарушением чувствительности, речевыми, мозжечковыми поражениями и т.д. [8]. Процесс восстановления движений происходит в основном в первые 3–6 месяцев от начала инсульта. Восстановление сложных двигательных навыков

(самообслуживание, бытовые и трудовые) является более длительным по времени и может продолжаться до 1-2 лет и выше. Эффективность реабилитации в раннем восстановительном периоде напрямую зависит от организации медицинской помощи (см. рис.).

Республиканская клиническая больница восстановительного лечения МЗ РТ

(РКБВЛ) в течение 10 лет оказывает специализированную помощь больным с неврологическим дефицитом, ограничивающим способность к движению и снижающим качество жизни. В общем потоке больных 21,5% составляют лица, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). В 2007–2009 гг. восстановительное лечение получили 2590 больных с последствиями ОНМК, из них в раннем восстановительном периоде – 1089. 2578 больных имели двигательный дефицит за счет разной выраженности гемипарезов, из них у 451 гемипарез сочетался с речевыми нарушениями. У 12 пациентов была только афазия.

В раннем восстановительном периоде проведение реабилитационных мероприятий основывалось на методе мультидисциплинарных бригад (МДБ), внедренным в практику РКБВЛ с 2004 г. [9]. В состав МДБ РКБВЛ входят врач-невролог, инструктор ЛФК, массажист, эрготерапевт, кондуктивный терапевт, логопед, физиотерапевт, рефлексотерапевт, психотерапевт, медицинские сестры, социальный работник. Для оценки состояния больного в динамике мы использовали шкалы Бартела, Рэнкин и шкалу мобильности Ривермид. Для оценки степени когнитивных нарушений применялась шкала MMSE (Mini-Mental State Examination – Краткая шкала оценки психического статуса) и др.

При планировании индивидуальной программы восстановительного лечения врачом-неврологом детально оценивалось состояние пациента, определялись основные цели и задачи реабилитации с учетом ее медицинской, социальной и психологической составляющей.

В лечении постинсультных больных с нарушением движения вследствие гемипарезов основная значимость придается нейродинамическим методам, в частности кинезотерапии: PNF, Бобат, Брунстром, Роод, Войта. Эти методы ускоряют восстановление движения, речи, когнитивных нарушений, в конечном итоге повышают возможности самообслуживания [1]. В основе метода PNF лежат нейрофизиологические механизмы, улучшающие реакции мышц на их активное сокращение, через «бомбардировку» альфа- и гамма-мотонейронов спинного мозга импульсами со-сто-

роны вышестоящих нервных формаций в ответ на проприоцептивное раздражение с периферии. Это достигается специальными моделями спирально-диагональных движений, активно выполняемых пациентом при направляющем ручном управлении кинезиотерапевта с дозированным встречным сопротивлением. В ранней реабилитации инсульта используется лечение положением для развития у больного в постели контролируемой мобильности, профилактики формирования патологических двигательных установок, приводящих к стойкому патологическому двигательному стереотипу. Вторым по значимости методом восстановления двигательных нарушений является лечебная физкультура, которая входит в перечень ежедневных лечебных мероприятий и направлена на восстановление управления движениями и нормализации соотношения силы и тонуса мышц-антагонистов [7].

Восстановление двигательных функций во многом зависит от мотивации, состояния психической сферы больного, умения сконцентрировать внимание, поэтому физическая реабилитация идет параллельно с психологической и социальной. Необходимо стимулировать больного к реализации его реабилитационного потенциала, убедить в важности длительного систематического выполнения всего комплекса восстановительного лечения. Больной должен чувствовать себя «занятым» на протяжении всего времени бодрствования (если это позволяет его общее самочувствие), так как постоянная стимуляция двигательной и умственной деятельности не допускает дальнейшей его деградаци и способствует скорейшему восстановлению.

В раннем восстановительном периоде инсульта поступили 1089 больных в возрасте от 45 до 78 лет: 661 – после острого периода инсульта по санаторно-курортным путевкам для работающих граждан, 68 – из сосудистых центров по программе МЗ РТ для продолжения реабилитации после ОНМК для неработающих лиц. Остальные 360 больных поступили для восстановительного лечения на сроке от одного до 6 месяцев после развития сосудистой катастрофы. Длительность курса лечения варьировала от 24 до 30 дней. Терапия проводилась в соответствии с

программой комплексной реабилитации и медикаментозного сопровождения восстановительного лечения (нейропротекция, сосудистая терапия, гипотензивная терапия, антиагреганты).

В результате комплексного восстановительного лечения улучшение было достигнуто у 99,4% больных. Значительное улучшение, т.е. переход из одной группы двигательной активности в другую (не сидел — стал сидеть, ходил с тростью — ходит самостоятельно), наблюдалось у 89% пациентов, что характеризовалось увеличением по индексу мобильности Ривермид от 2 до 4-5 баллов. У 10,4% пациентов общее самочувствие улучшилось, но двигательные возможности нарастали незначительно (до 1-2 баллов по индексу Ривермид). У 0,6% больных на фоне восстановительного лечения развилось повторное ОНМК: в анамнезе у них был геморрагический инсульт. Столь обнадеживающие результаты объясняются, с нашей точки зрения, не только комплексностью мероприятий, но и ранним их началом: 66,9% пациентов были госпитализированы не позднее 3 недель от начала заболевания. У впервые поступивших на реабилитацию в позднем восстановительном периоде положительная динамика была менее выраженной — не более 1-2 баллов по индексу Ривермид.

Обратное развитие неврологического дефицита может быть обусловлено восстановлением функциональной активности морфологически сохраненных, но временно дезорганизованных нейронов, расположенных перифокально по отношению к очагу поражения, что связано с разрешением отека, развитием систе-

мы коллатерального кровообращения, восстановлением перфузии пораженной зоны мозга, процессами мозговой пластичности, связанной с реорганизацией связей между различными мозговыми структурами, принимающими участие в осуществлении данной функции. Основной составляющей эффективности восстановительного лечения больного ОНМК в раннем периоде является разносторонняя реабилитация силами мультидисциплинарной бригады, позволяющая уменьшить выраженность тех или иных неврологических, и прежде всего двигательных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Апанель Е.Н.* Технология коррекции нарушенных двигательных функций после перенесенного инсульта // Белорусск. мед. ж.—2005.— № 2 (12). — С. 113—115.
2. *Гусев Е.И., Скворцова В.И.* Ишемия головного мозга.— М., 2001. — 328 с.
3. *Дамулин И.В.* Когнитивные и двигательные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии и сосудистой деменции // Врач.—2005.— № 11. — С. —6.
4. *Дамулин И.В.* Постинсультная деменция: некоторые диагностические и терапевтические аспекты // Психиатр. психофармакотер.— 2005.— № 7 (1). — С. 28—32.
5. *Исмагилов М.Ф.* Нарушение мозгового кровообращения — важнейшая медико-социальная проблема. Организация и перспективы развития помощи больным с мозговым инсультом в Республике Татарстан // Неврол. вестн. — 2003. — Т. 35, вып. 1-2. — С. 58—61.
6. *Парфенов В.А.* Постинсультная спастичность и ее лечение // Русск. мед. ж. — 2006. — №14 (9).— С. 689—693.
7. *Суслина Э.А.* Сосудистая патология головного мозга: итоги и перспективы // Анн. неврол. — 2007. — Т. 1, № 1. — С. 10—16.
8. *Хабиров Ф.А.* Ранняя реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, в системе мультидисциплинарных бригад // Неврол. вестн. - 2005. - Т. 37, вып. 1-2. - С. 85-92.