

УДК 615.8:616.831 005 08

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ
В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРО-
ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л.А. Пирогова, проф., д.м.н.; Г.Н. Хованская, ассистент, к.м.н.;
Т.А. Купа, врач-реабилитолог

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Городская клиническая больница № 1 г. Гродно

В статье изложена целесообразность составления программы медицинской реабилитации больных ишемическим инсультом с двигательными нарушениями в раннем восстановительном периоде на стационарном этапе реабилитации.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, ишемический инсульт, двигательные нарушения, кинезотерапия.

This article is about the role of program of hospital medical rehabilitation in patients with movement disorders caused by ischemic stroke in the early recovery period.

Key words: medical rehabilitation, ischemic stroke, movement disorders, kinesitherapy.

Нарушение мозгового кровообращения (инсульты) имеют важное медико-социальное значение, что обусловлено их существенной долей в структуре заболеваемости и причин смертности населения, высокими показателями заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичной инвалидности [2, 4]. В первый месяц от начала возникновения инсульта погибает 30-35% больных, а в течение года – 48-50%, и только 10-12% больных, перенесших инсульт, возвращаются к труду.

Экономические потери от инсульта в США составляют около 30 млрд. долларов в год [5].

Восстановительное лечение больного, перенесшего инсульт, – это сложный и длительный процесс, продолжающийся до оптимально возможного восстановления нарушенных функций [1, 3].

Наиболее частыми последствиями инсульта являются двигательные расстройства – параличи и парезы (очаговые симптомы), обычно односторонние гемипарезы. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода эти расстройства наблюдались у 81,2% выживших больных, в том числе гемиплегия составляет 11,2%, грубый и выраженный гемипарез – 11,1%, легкий, умеренный – 58,9%.

В восстановительном периоде у 49,7% больных наблюдается регресс парезов конечностей спустя год после инсульта. Поэтому реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, особенно в течение первого года, чрезвычайно важна. За рубежом давно доказана эффективность реабилитационного направления в неврологии, и оно получило широкое развитие. Общевропейское согласитель-

ное совещание (Швеция, 1995 г.) определило актуальность проблемы реабилитации больных мозговым инсультом и показало, что она наиболее эффективна, если начинается в самые ранние сроки после развития инсульта и проводится в течение первых 6 месяцев. Реабилитация базируется на конкретных механизмах, оптимальное использование которых позволяет получить максимально возможное функциональное восстановление.

Длительный процесс реабилитации больных инсультами проводится в несколько этапов, последовательно следующих друг за другом, обеспечивая непрерывность и преемственность процесса реабилитации, который продолжается от 3-6 месяцев до 1-1,5 лет в зависимости от достигнутого результата. Разделение всего периода реабилитации на этапы или стадии принципиально важно, т.е. на каждом из них решаются конкретные задачи, без реализации которых переход к следующему этапу не возможен.

В Республике Беларусь разработана этапная система оказания медицинской помощи больным инсультом. Предусматривается помощь на догоспитальном этапе, в инсультном отделении, стационарном центре реабилитации, амбулаторном и санаторном этапах.

В острейшем периоде мозгового инсульта организация медицинской помощи подчинена концепции «терапевтического окна», основное положение которой – как можно более раннее начало медицинской помощи в первые минуты и часы от начала инсульта. Инсульт – это модель, когда лечение и реабилитация проводятся параллельно. Продол-

жительность острого периода после инсульта – до трех недель. Первые дни больной, перенесший инсульт, должен соблюдать постельный режим, но длительный постельный режим даже у здоровых людей может вызвать ряд осложнений.

Бригада скорой медицинской помощи оказывает первую медицинскую помощь на дому, включая нейрометаболическую защиту мозга, и осуществляет транспортировку больного в стационар. На этом этапе проводится интенсивная терапия острого инсульта и начинается ранняя реабилитация больного, что позволяет назвать его лечебно-реабилитационным этапом. Отнесение его к первому этапу реабилитации важно, так как на этом реабилитация показана всем больным без отбора. Она необходима для выяснения реабилитационного потенциала (РП) и реабилитационного прогноза (РПр).

Реабилитационный потенциал – интегральный показатель, учитывающий резервные возможности различных органов и систем организма, потенциал личности больного и влияние среды его обитания на процесс восстановления и компенсации нарушенных функций, потенциал восстановления основных способностей и повседневной деятельности бытовой активности. потенциал восстановления способности к профессиональному труду.

Наряду с реабилитационным потенциалом оценивается реабилитационный прогноз, под которым понимают прогнозирование возможности реализации реабилитационного потенциала. Для конкретизации реабилитационного прогноза целесообразно определить дифференцированно по отношению к отдельным составным частям реабилитационного потенциала:

- прогнозирование восстановления нарушенных функций – соответствует клиническому прогнозу и зависит от факторов, его определяющих;
- прогнозирование восстановления способности к труду, т.е. трудовой прогноз.

В остром периоде инсульта реабилитация показана всем больным. Кроме того, она необходима для оценки реабилитационного потенциала.

Ранняя реабилитация проводится на фоне интенсивной медикаментозной терапии, применяемой не менее 7-10 дней. Показано назначение антигипоксантов (актовегин, диавитол), повышающих переносимость гипоксии, антиоксидантов (эмоксипин, витамины Е, С и др.) и метаболических препаратов, оказывающих нейропротекторное действие (ноотропил, церебролизин, пирацетам), для улучшения церебральной гемодинамики используют вазоактивные препараты (кавинтон, винпоцетин, стугерон (циннаризин), сермион (ницерголин) и др.).

Важным компонентом реабилитационной программы в остром периоде инсульта является психологическая реабилитация. Одной из основных ее задач – снижение эмоционального настроения, вызванного внезапно развившимся заболеванием, коррекция масштаба переживаний, формирование активной установки на участие в реабилитационных мероприятиях.

Второе направление ранней реабилитации – физическая реабилитация. Пассивные методы (повороты в постели, лечение положением) применяются с первых дней инсульта, активно включаются, как только позволяет состояние больного.

Первым компонентом реабилитационных мероприятий при гемипарезах является лечение положением – физиологические уклады. Они начинаются сразу после обнаружения тяжелых двигательных нарушений. Удобство позы позволяет находиться в одном положении 1,5-2 часа, а путем последовательной смены поз добиваются круглосуточного пребывания в физиологически правильном положении. В положении лежа используют 3 основных вида укладок: на пораженной стороне, на здоровой стороне, на спине. Особое внимание уделяется положению парализованной руки, она и ее плечевой сустав должны находиться на одном уровне в горизонтальной плоскости во избежание растяжения сумки плечевого сустава под действием силы тяжести конечности. Такое растяжение при параличе мышц, фиксирующих плечевой сустав, сопровождается возникновением постемиплегической артропатии, вызывающей сильные боли, и препятствует нарастанию объема движений.

Массаж начинается в те же сроки после инсульта, что и лечение положением. Проводят его в положении больного на спине и здоровом боку. Начинают с 10 минут ежедневно, постоянно увеличивая продолжительность процедуры до 20 минут. Чтобы не усилить спастичность, применяются релаксирующие приемы в медленном темпе. Массаж начинают с проксимальных отделов конечностей и продолжают по направлению к дистальным.

Лечебная гимнастика, пока нет активных движений, пассивна. Она улучшает кровоток в парализованных конечностях, способствует снижению мышечного тонуса, а также стимулирует появления активных движений. Пассивные движения выполняют как на больной, так и здоровой стороне, в медленном темпе (быстрый темп способствует повышению тонуса) плавно, без рывков, сочетают с дыхательными упражнениями и обучением больного активному расслаблению мышц.

Активную гимнастику (для паретичных конечностей) начинают с упражнений в изометрическом

режиме) при отсутствии противопоказаний назначают при ишемическом инсульте через 2-5 дней, при геморрагическом - через 4-7 дней от начала заболевания. Двигательная активность в пределах постели включает обучение технике подъема головы, таза («мост» и «полумост») и поворотов на больную и здоровую сторону.

Основная цель – достигнуть независимости в пределах постели, способность принять удобное положение, повернуться, поправить белье и просто удержать подушку под головой. К концу острого периода инсульта характер активных движений усложняется, увеличивается темп, число повторений.

Следующий этап двигательной активности – постепенная вертикализация (обучение стоянию и ходьбе).

Переход в положение сидя из положения лежа начинается с 3-его дня при ишемическом и с 4-7 дня при геморрагическом инсульте; если позволяет общее состояние, больного начинают обучать сидению. Вначале больному 1-2 раза в сутки придают полусидячее положение на 3-5 минут, затем начинается обучение сидения со спущенными ногами. Вслед за этим переходят к вертикализации – обучению стоянию около кровати на обеих ногах, попеременно на больной и здоровой. Если больной овладевает стоянием, начинается обучение ходьбе.

У больных с афатическими нарушениями в комплекс ранних реабилитационных мероприятий входит речетерапия. Проводится тренировка моторики мимических мышц и орального тракта, стимулирующая периферические рецепторы речедвигательной мускулатуры. Комплекс упражнений включает гимнастику губ, щек и языка и проводится 1-2 раза в день, каждое упражнение повторяется до 8 раз.

Через 2-3 недели от начала заболевания еще раз оценивается тяжесть инсульта и реабилитационный потенциал, от которого зависит перевод больного на последующие этапы реабилитации. Нами проведен анализ всех неврологических больных,

Таблица 1. Число больных и инвалидов неврологического профиля, прошедших через отборочно-реабилитационную комиссию

	2002г.	2003г.	2004г.	9 мес. 2005г.
Всего	143	231	418	432
-больных	82	119	213	249
-инвалидов	61	112	205	183
Закончили реабилитацию	143	231	403	410

Таблица 2. Эффективность восстановления функции из числа лиц, закончивших реабилитацию

	2002г.	2003г.	2004г.	9 мес. 2005г.
1. Функция восстановлена полностью	-	-	-	3
2. Улучшение функции на 2 ФК	-	-	1	5
3. Улучшение функции на 1 ФК	34	34	71	193
4. Улучшение функции без измен. ФК	85	178	331	204
5. Восстановления функции нет	24	19	-	5
Всего	143	231	403	410

поступивших в отделение медицинской реабилитации (табл. 1), и оценена эффективность восстановления функции у лиц, закончивших реабилитацию (табл. 2).

Таким образом, учитывая актуальность проблемы и высокий уровень заболеваемости больных с нарушениями мозгового кровообращения (инсультами), видна необходимость и оправданность функционирования центра медицинской реабилитации. Раннее начало реабилитационных мероприятий, тщательный отбор пациентов с высоким и средним реабилитационным потенциалом, использование современных методов физиотерапевтического лечения, кинезотерапии, речетерапии, психокоррекции, индивидуальный подход к каждому пациенту позволили повысить эффективность реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Апанель Е. Н. Эффективность кинезотерапии у постинсультных больных с двигательными нарушениями в раннем восстановительном периоде // Мед. новости. – 1998. – №11. – С. 38-40.
2. Гусев Е. И. Ишемическая болезнь головного мозга // Вестник Рос. АМН. – 1993. – № 7. – С. 34-39.
3. Стрелкова Н. И., Масловская С. Г. Физические методы в медицинской реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга // Вopr. курортологии. – 1991. – № 4. – С. 64-66.
4. Rao P. Selecting a rehabilitation program for people with stroke // Clin. Geriatr/ Med/ - 1999. Vol. 15. – P. 857-868.
5. Trombly C. A., Wu C. Y. Effect of rehabilitation tasks on organization of movement after stroke // Am J. Occup. Ther. – 1999. – Vol 53. – P. 333-334.