

© С. В. ВЕРБИЦКАЯ, В. А. ПАРФЁНОВ, 2011

УДК 616.831-005-036.11-036.86-08-039.57

С. В. Вербицкая¹, В. А. Парфёнов²

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В ПОЛИКЛИНИКЕ

¹ГУЗ "Городская поликлиника № 151" УЗ СЗАО Москвы; ²ГОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова"

Представлен опыт организации реабилитационных мероприятий для больных, перенесших инсульт, в условиях городской поликлиники. Диспансерное наблюдение с проведением школ обучения для больных привело к существенному увеличению числа больных, получающих регулярную терапию с целью профилактики повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний. Отмечается важная роль диспансерного наблюдения больных, перенесших инсульт, и регулярной оценки у них когнитивных функций и эмоционального состояния.

Ключевые слова: последствия инсульта, реабилитация при инсульте, когнитивные нарушения, депрессивные расстройства, качество жизни

THE REHABILITATION OF PATIENTS HAVING A STROKE IN POLYCLINIC

S.V. Verbitskaya, V.A. Parfenov.

The article covers the topic of rehabilitation measures, which are performed in the polyclinic. Regular medical check-up and educational programs will increase the number of patients receiving regular therapy for preventive measures of repeat stroke and other cardiovascular diseases. It is significant to point an important role of regular check-up, cognitive function evaluation and emotional condition of stroke patients.

Key words: stroke consequences, rehabilitation after stroke, cognitive dysfunction, depression, life quality.

После перенесенного инсульта 15–30% больных имеют выраженную инвалидность, около 40% больных — умеренную инвалидность [13]. Вопросы реабилитации больных после инсульта выходят на первый план среди актуальных проблем современной медицины в связи с широкой распространенностью инсульта, высокой частотой инвалидности у перенесших инсульт больных, связанными с инсультом экономическими потерями [1, 2, 5–8].

Инсульт приводит к инвалидности у многих оставшихся в живых больных, он вызывает двигательные и чувствительные нарушения, расстройства координации. Эти расстройства затрудняют процесс реабилитации и осложняют дальнейшую адаптацию (профессиональную, социальную, бытовую). У большинства больных, перенесших инсульт, существенно снижается качество жизни (КЖ). Важную роль в снижении КЖ как самого пациента, так и окружающих его родственников, знакомых часто играют когнитивные и эмоциональные нарушения [2–4, 7, 8, 14].

Совершенствование реабилитационных мероприятий у больных, перенесших инсульт, в амбулаторных условиях, повышение КЖ больных требуют дальнейшего изучения, что и послужило целью нашего исследования.

Материал и методы. В отделении восстановительного лечения СЗАО г. Москвы (на базе городской поликлиники № 151) обследовано 350 больных (171 мужчина и 179 женщин) в возрасте от 37 до 87 лет (средний возраст 65 ± 17 лет), перенесших инсульт в сроки от 3 мес. 326 (93%) больных перенесли ишемический инсульт, 24 (7%) — геморрагический. Характер инсульта был подтвержден при компьютерной или магнитно-резонансной томографии головы. У 66 (19%) больных отмечался повторный инсульт. Всем больным проводились неврологическое обследование, лабораторные исследования, консультация кардиолога, при показаниях — психотерапевта,

дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи. Всем больным проведено нейропсихологическое исследование: краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС), батарея лобных тестов Маттиса, тест запоминания 10 слов, проба Шульце. Эмоциональное состояние оценивалось по шкале тревоги Спилберга, шкале депрессии Бека, шкале депрессии Гамильтона.

Выраженность неврологического дефицита определяли по Шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США, степень инвалидизации — по индексу Бартелл и шкале Ренкина.

Взгляды больных на состояние своего здоровья и самочувствие, а также возможность справляться с физическими нагрузками определяли по опроснику качества жизни (EQ 5D EURO-QUAL), оценке состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), опроснику КЖ (SF-36).

Всех больных наблюдали в период от 6 мес до 5,5 года (в среднем — 2 года и 9 мес). Всем больным проводилось лечение, направленное на восстановление утраченных двигательных, речевых и других функций, а также было рекомендовано лечение (антигипертензивные средства, при ишемическом инсульте — антитромбоцитарные средства и др.) для профилактики повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты и обсуждение. Отделение восстановительного лечения при поликлинике № 151 функционирует с ноября 1981 г. и обслуживает 14 взрослых поликлиник СЗАО г. Москвы. В отделении восстановительного лечения наблюдаются больные с различными заболеваниями, среди которых больные, перенесшие инсульт, составляют одну из наиболее многочисленных групп. Внедрение в клиническую практику современных и эффективных методов лечения — основной принцип деятельности отделения восстановительного лечения.

При поликлинике № 151 создан кабинет вторичной профилактики инсульта. Официально он открыт в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы в 2010 г., но ранее на

протяжении многих лет его работа выполнялась в отделении восстановительного лечения.

При городской поликлинике № 151 в течение 7 лет регулярно проводятся занятия пациентов в школе артериальной гипертензии (АГ), куда направляются пациенты непосредственно врачами-терапевтами, кардиологами поликлиники. В 2010 г. школу АГ посетил 681 пациент. В школе пациентам разъяснялись причины, приводящие к заболеванию, у них анализировались факторы риска инсульта и инфаркта миокарда, разъяснялась необходимость их коррекции, а также регулярного приема антигипертензивных препаратов. Пациенты были ознакомлены с возможными последствиями неконтролируемого течения АГ. Отдельно проводились беседы с пациентами, отказывающимися от приема лекарственных средств и считающими их "вредными для здоровья и разрушающими печень". При необходимости устанавливался телефонный контакт с пациентом, а также с его родственниками, которым тоже предоставлялись необходимые сведения о заболевании и разъяснялись возможности их помощи в контроле его течения. В настоящее время антигипертензивная терапия является одним из основных лекарственных методов вторичной профилактики инсульта, при этом она может быть эффективна даже у больных с нормальным артериальным давлением после перенесенного инсульта [16].

При оценке инвалидности у 350 больных, перенесших инсульт, по индексу Бартелл 100 баллов (полное отсутствие инвалидности) имели 10% больных, 90–95 баллов — 25% больных, 80–85 баллов — 10%, 70–75 баллов — 35%, менее 70 баллов — 20%. Опросник КЖ (EQ 5D EUROQUAL) выявил, что минимальное или умеренное снижение КЖ имело место у 147 (42%) больных, значительное снижение КЖ — у 63 (18%), выраженное — у 140 (40%). По ВАШ на период включения в наблюдение оценили свое состояние здоровья как "очень плохое" 112 (32%) больных, как "плохое" — 144 (41%), как "посредственное" — 91 (26%), как "хорошее" — 3 (1%) больных.

Всем больным была разъяснена необходимость использования нелекарственных методов профилактики повторного инсульта. В качестве нелекарственных средств снижения повышенного артериального давления были рекомендованы уменьшение потребления соли, достижение и поддержание идеальной массы тела, что в большинстве случаев требовало снижения общей калорийности пищи. При отсутствии противопоказаний были рекомендованы регулярные физические нагрузки (занятия спортом, пешие прогулки).

Все больные, перенесшие инсульт, посещали школу профилактики АГ, школу "Жизнь после инсульта", где с больными проводились индивидуальные и групповые занятия, разъяснялась необходимость коррекции основных факторов риска инсульта и длительной лекарственной терапии.

Для больных, перенесших инсульт, активизация представляет одно из важнейших направлений реабилитации и позволяет избежать многих осложнений, связанных с низкой физической активностью. Нами использовалось прогрессирующее увеличе-

ние физических нагрузок, при этом учитывались имеющиеся противопоказания к значительным физическим нагрузкам. В настоящее время показано, что после перенесенного инсульта более интенсивные физические нагрузки могут несколько улучшить процесс восстановления двигательных функций [1, 13]. Постоянная двигательная активность остается ведущим направлением поддержания хорошего состояния двигательных функций, включая ходьбу, и напротив, низкая двигательная активность является одной из ведущих причин ухудшения ходьбы [2, 17]. Регулярные ходьба и физические нагрузки, ориентированные на поддержание практически важных функций, позволяют стойко закрепить положительные результаты, полученные при реабилитации больного [2, 17].

Важнейшее значение при реабилитации больных, перенесших инсульт, имеет вторичная профилактика инсульта, которая включает изменение образа жизни, отказ от курения и алкоголя, прием лекарственных средств и в части случаев — хирургическое лечение [1, 3, 7–13, 16].

В наблюдаемой нами группе до развития инсульта избыточную массу тела (индекс массы тела от 25 до 30 кг/м²) имели 257 (73%) из 350 пациентов, ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м²) — 41 (12%) из 350 пациентов. За период наблюдения многие пациенты смогли снизить массу тела, однако достигнуть нормальных показателей удалось всего нескольким пациентам. За период наблюдения увеличили физическую активность 71 (25%) из 279 больных с низкой физической активностью. Отказались от курения или существенно (в 2 раза и более) уменьшили число выкуриваемых сигарет 52 (30%) из 172 больных, отказались от злоупотребления алкоголем 42 (47%) из 89 больных.

В настоящее время в отношении профилактики ишемического инсульта доказана эффективность антигипертензивных и антитромботических средств (непрямых антикоагулянтов при кардиоэмболическом инсульте, антитромбоцитарных средств при некардиоэмболическом инсульте), статинов, а также каротидной эндартерэктомии при выявлении гемодинамически значимого стеноза [1, 3, 7–13, 16].

До включения в наблюдение из 326 больных, перенесших ишемический инсульт, только 15% пациентов регулярно принимали антитромбоцитарные препараты, 20% пациентов — антигипертензивные препараты, и никто регулярно не принимал статины. Всем 326 больным ишемическим инсультом были рекомендованы антитромбоцитарные препараты или варфарин, антигипертензивные препараты, 23 (7%) пациентам назначены статины. Среди 77 больных, перенесших кардиоэмболический инсульт, 21 (27%) больной принимал варфарин, остальные 56 (73%) больных — антитромбоцитарные средства. В качестве антитромбоцитарных средств больные инсультом принимали преимущественно аспирин (292 больных), только отдельные пациенты (13 больных) принимали плавикс (клопидогрел).

За период наблюдения регулярный прием антитромботических и антигипертензивных средств продолжил 281 (86%) пациент. 45 (14%) пациентов

отказывались от их регулярного приема, при этом основной причиной отказа было нежелание лечиться, мнение о вреде для организма лекарственных средств при их длительном приеме.

При ультразвуковом дуплексном сканировании у 32 (9,1%) больных выявлен существенный стеноз (сужение до 50–75% диаметра) внутренней сонной артерии (ВСА), у 11 (3,1%) больных гемодинамически значимый стеноз (сужение более 75% диаметра) ВСА, у 3 (0,85%) больных окклюзия ВСА. У остальных 304 (87%) больных стеноз ВСА отсутствовал или был выражен умеренно (сужение до 50% диаметра).

Из 11 больных с гемодинамически значимым стенозом ВСА (сужение более 70% диаметра) 9 больным была проведена каротидная эндартерэктомия. Ни в одном случае не наблюдалось осложнений при проведении хирургического лечения. Все 9 пациентов продолжили регулярный прием антиагрегантов и антигипертензивных средств, 6 больных принимали статины; при этом за весь период наблюдения ни у одного больного не развился повторный инсульт. У 2 больных, которые отказались от хирургического лечения, развился повторный ишемический инсульт.

Результаты проведенного нами исследования показывают реальность вторичной профилактики инсульта в условиях поликлиники, если она основывается на международных рекомендациях по ведению больных, перенесших инсульт [13]. Регулярное использование у пациентов относительно дешевых лекарственных средств (многие антигипертензивные средства, тромбоАСС) позволяет существенно снизить риск развития не только повторного инсульта, но и инфаркта миокарда.

Одной из важных причин, приводящих к тому, что больные не следуют рекомендациям врача, не проводят регулярные физические занятия, не принимают рекомендованное лечение, могут быть когнитивные нарушения [1, 3], которые выявляются более чем у половины пациентов, перенесших инсульт, и у 6–32% пациентов достигают степени деменции [15].

В наблюдаемой нами группе больных при нейropsychологическом обследовании у 59 (17%) больных не найдено нарушений когнитивных функций, у 218 (62%) больных имелись умеренные (преддементные) когнитивные нарушения, у 38 (11%) — деменция легкой степени выраженности, у 35 (10%) — деменция умеренной степени выраженности.

Наличие деменции не только снижает адаптацию больного в обществе, но и увеличивает смертность пожилых пациентов по сравнению с лицами без деменции, что связывают с крайне низкой приверженностью больных с деменцией к лечению [1, 2, 4–7, 15]. В силу снижения критики такие пациенты не в состоянии адекватно оценивать тяжесть своего заболевания. Кроме того, снижение памяти — основной диагностический критерий деменции — приводит к тому, что эти больные забывают принимать медикаменты.

В дополнение к терапии, направленной на профилактику повторного инсульта, 35 больных с легкой или умеренной деменцией принимали мемантин по стандартной схеме (по 20 мг/сут в 2 приема)

или реминил (с постепенным увеличением дозы до 8–16 мг/сут). В случаях назначения мемантина или реминила отмечены улучшение когнитивных функций на фоне лечения, хорошая приверженность этих больных к приему других лекарственных средств (антиагреганты, антигипертензивные средства), направленных на предупреждение повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Депрессия развивается примерно у трети больных, перенесших инсульт [14], и относительно редко диагностируется. Она может быть вызвана переживанием больного по поводу утраченных функций, возникшей инвалидности, зависимости от окружающих, а также быть следствием поражения головного мозга и нарушения обмена некоторых нейромедиаторов. Постинсультная депрессия ухудшает восстановление, затрудняет реабилитацию, снижает социальную активность и даже повышает риск развития повторного инсульта, инфаркта миокарда, смертельного исхода от различных причин [1, 14].

В наблюдаемой нами группе у 109 (31%) больных установлена средняя ситуационная тревога по шкале тревоги Спилбергера, у 241 (69%) — высокая ситуационная тревога, у 56 (16%) — средняя личностная тревога, у 294 (84%) — высокая личностная тревога. По шкалам депрессии Бека и Гамильтона отсутствие депрессивных симптомов отмечалось у 70 (20%) больных, легкая депрессия (субдепрессия) — у 46 (13%), умеренная депрессия — у 35 (10%), выраженная депрессия (средней тяжести) — у 199 (57%).

Больные, которые имели выраженные тревожные или депрессивные расстройства, проконсультированы психиатром (психотерапевтом). Этим больным была проведена рациональная психотерапия, с учетом индивидуальных особенностей назначено лечение антидепрессантами, анксиолитиками или комбинацией этих средств. Повторные консультации психиатра (через 6–12 мес) показали, что лечение тревожных расстройств и депрессии привело к значительной положительной динамике в виде уменьшения их клинических проявлений.

При лечении постинсультной депрессии доказана эффективность как трициклических антидепрессантов, так и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, однако последняя группа лекарственных средств предпочтительнее, особенно у пожилых больных, которые часто имеют когнитивные расстройства [1, 3]. Больным, перенесшим инсульт, целесообразно назначать антидепрессанты, начиная с минимальных доз, постепенно увеличивая их до терапевтических под контролем выраженности побочных эффектов. Можно использовать флувоксамин (феварин по 50–100 мг/сут), флуоксетин (прозак по 20 мг/сут), пароксетин (паксил по 20 мг/сут), дулоксетин (симбалта по 30–60 мг/сут) и другие лекарственные средства. Длительность лечения составляет не менее 2–6 мес.

При ведении больных, перенесших инсульт и находящихся на реабилитации в условиях городской поликлиники, как врачи, так и пациенты сталкиваются с определенными трудностями.

Во-первых, во многих поликлиниках нет отделений восстановительного лечения. Добираться до поликлиники, в которой есть такое отделение восстановительного лечения, больным, перенесшим инсульт, весьма затруднительно из-за имеющегося у них остаточного неврологического дефицита. Во-вторых, важно отметить, что часть городских поликлиник не имеет достаточного оснащения соответствующим оборудованием для реабилитационных мероприятий.

У больных, перенесших инсульт, в постинсультном периоде часто развиваются астенические, тревожные расстройства, депрессия и снижение когнитивных функций вплоть до развития деменции, что существенно снижает КЖ и затрудняет мероприятия по реабилитации таких пациентов, требует дополнительной, часто длительной терапии для коррекции этих расстройств. Ранняя диагностика и своевременное лечение когнитивных и эмоциональных нарушений существенно повышает эффективность реабилитации больных, перенесших инсульт, способствует приверженности больных к регулярным физическим нагрузкам, длительному приему лекарственных средств для вторичной профилактики инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение

Отмечены высокая частота когнитивных и эмоциональных расстройств у больных, перенесших инсульт, низкое качество их жизни, недостаточная приверженность к регулярному и полноценному лечению. Диспансерное наблюдение в условиях поликлиники приводит к существенному увеличению числа больных, выполняющих рекомендации врача и получающих регулярную терапию. Большое значение имеет выявление когнитивных и эмоциональных расстройств у больных, перенесших инсульт, и их эффективное лечение, что повышает приверженность больных к длительному приему лекарственных средств, необходимых для профилактики повторного инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. — М., 2002.
2. Гусева Н. К., Соколов В. А., Дютова М. В. Современное состояние организации реабилитации больных и инвалидов в Российской Федерации и Нижегородской области // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2010. — № 1. — С. 9–12.

3. Дамулин И. В., Парфенов В. А., Скоромец А. А., Яхно Н. Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н. Н. Яхно. — М., 2005. — Т. 1. — С. 232–303.
4. Деметьева Н. Ф., Жигарева Н. П. Методологический аспект трудового воздействия в системе реабилитации инвалидов // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2010. — № 2. — С. 21–23.
5. Куделькина Н. А., Дума С. Н. Информированность практических врачей поликлинического звена в области профилактики хронических неинфекционных заболеваний и об их факторов риска // Профилактика. забол. и укреп. здоровья. — 1999. — № 4. — С. 15–21.
6. Давидов А. А., Радута В. И., Почобут Л. В., Жмаев М. В. Организационно-методические и правовые аспекты социально-средовой реабилитации инвалидов // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2010. — № 1. — С. 5–8.
7. Суслина З. А., Варакин Ю. Я., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного мозга. — М., 2006.
8. Adams R. M., Victor M., Ropper A. H. Principles of Neurology. — New York, 1997.
9. Albers M. J. Secondary prevention of stroke and the expanding role of the Neurologist // Cerebrovasc. Dis. — 2002. — Vol. 13, Suppl. 1. — P. 12–16.
10. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // Br. Med. J. — 2002. — Vol. 324. — P. 71–86.
11. Chalmers J., Chapman N. Challenges for the prevention of primary and secondary stroke. The importance of lowering blood pressure and total cardiovascular risk // Blood Pressure. — 2001. — Vol. 10. — P. 344–351.
12. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients (Antiplatelet Trialists Collaboration) // Br. Med. J. — 2002. — Vol. 324. — P. 71–86.
13. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. // Cerebrovasc. Dis. — 2008. — Vol. 25. — P. 457–507.
14. Hackert M. L., Yapa C., Parag V., Anderson C. S. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330–1340.
15. Hénon H., Pasquie F., Leys D. Poststroke dementia // Cerebrovasc. Dis. — 2006. — Vol. 22. — P. 61–70.
16. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. // Lancet. — 2001. — Vol. 358. — P. 1033–1041.
17. Van de Port I., Wood-Dauphinee S., Lindeman E., Kwakkel G. Effects of exercise training programs on walking competency after stroke: a systematic review // Am. J. Phys. Med. Rehabil. — 2007. — Vol. 86. — P. 935–951.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Вербницкая С. В., канд. мед. наук, врач-невролог ГУЗ "Городская поликлиника № 151 УЗС ЗАО Москвы; Парфенов В. А., д-р мед. наук, проф. каф. нервных болезней Первого Московского медицинского университета им. И. М. Сеченова.

Для контактов:

Вербницкая Светлана Викторовна, 125481, Москва, Планерная ул., д. 8. Городская поликлиника № 151. Телефон: 8 (495) 493-92-56.