

© Г. А. СУСЛОВА, Е. В. КРАВЧЕНКО, 2012
УДК 616.831-005-036.11-053.81-036.868

Г. А. Сулова, Е. В. Кравченко

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия
Минздравсоцразвития России

Представлен обзор научной литературы по данной теме. Описаны основные принципы реабилитации пациентов, перенесших острую недостаточность мозгового кровообращения.

Ключевые слова: реабилитация, острая недостаточность мозгового кровообращения, пациенты молодого возраста.

REHABILITATION OF YOUNG PATIENTS WITH ACUTE INSUFFICIENCY OF CEREBRAL CIRCULATION

G.A.Suslova, E.V.Kravchenko

The review of the scientific literature on the subject. The basic principles of rehabilitation of patients with acute cerebrovascular insufficiency.

Key words: rehabilitation, acute cerebrovascular insufficiency, younger patients.

Актуальность и сложность проблемы острой недостаточности мозгового кровообращения (ОНМК) у пациентов молодого возраста обусловлены далеко не полной изученностью данного вопроса, сложностью медицинских и диагностических аспектов, отличием причин инсультов от таковых в старших возрастных группах, ранней реабилитацией, а также социально-экономическими факторами, касающимися больных работоспособного возраста.

Эпидемиология

В исследовании STEPS (2007) изучали распределение пациентов, перенесших инсульт, по возрасту. Результаты показали высокий процент лиц в возрасте до 44 лет – 11%. В исследовании Л. А. Дзяк [1], включавшего пациентов молодого возраста от 20 до 44 лет, перенесших ОНМК, преобладают ОНМК по типу геморрагии (тГ) (отмечена в 55% случаев); на долю ОНМК по типу ишемии (тИ) приходится 45%. Среди пациентов старше 44 лет, напротив, преобладает ОНМК тИ (80%). За последние годы большинство исследований в Европе и Америке (Nightingale A. et al., 2004; Kristensen B. et al. 2006; Halvor Naess et al., 2006; Lipska K. et al., 2007) показали, что частота ОНМК тИ у пациентов молодого возраста составляет 6,7–17,1 случая на 100 тыс. населения в год. Определена частота ОНМК тИ в зависимости от пола и возраста в разных возрастных группах. Так, частота ОНМК тИ у лиц в возрастной группе 18–24 года в общей популяции составляет 2,5 случая на 100 тыс. населения, а в группе 35–44 года этот показатель достигает 22,9 случая на 100 тыс. Статистически достоверные различия в заболеваемости между мужчинами и женщинами в возрасте до 35 отсутствовали, тогда как частота ОНМК тИ в возрастной группе старше 35 лет среди женщин на 32% превышала данный показатель среди мужчин. Реабилитация – это комплекс мероприятий (меди-

цинских, психологических, социально-бытовых), направленных на восстановление утраченных функций, а также на восстановление и адаптацию социально-бытовых показателей.

Основные принципы реабилитации

Раннее начало процесса реабилитации [2], которая проводится с первых дней ОНМК (если позволяет общее состояние больного), помогает ускорить и сделать более полным восстановление нарушенных функций, предотвратить развитие вторичных осложнений (тромбофлебитов, контрактур, пролежней, застойной пневмонии и т. д.), что подтверждается более ранними исследованиями [3].

Длительность и систематичность восстановительной терапии [4, 5] достигаются только благодаря правильно организованной реабилитации, которая должна начинаться в неврологическом отделении, куда больной доставляется машиной скорой помощи, затем продолжаться в реабилитационном отделении больницы и/или в реабилитационном центре и в дальнейшем осуществляться или на базе реабилитационного отделения (или кабинета) поликлиники, или в реабилитационном санатории.

Основной критерий восстановления функций пораженного участка [6] – снятие отека вокруг зоны поражения и улучшение кровотока в этой зоне. Комплексность и адекватность реабилитационных мероприятий обеспечивают специалисты: неврологи-реабилитологи, методисты ЛФК, логопеды-афазиологи, физиотерапевты, психотерапевты, трудотерапевты. Больные и члены их семей должны принимать активное участие в реабилитационном процессе, в частности в выполнении “домашних заданий” во второй половине дня и в выходные дни.

Прогноз относительно восстановления состояния пациентов основывается на размере очага и его рас-

положении. За движение отвечает участок в заднем бедре внутренней капсулы, за речь – центр Брока (моторная речь) и центр Вернике (сенсорная). Противопоказаниями для активной двигательной реабилитации являются сердечная недостаточность, стенокардия покоя и напряжения, острые воспалительные заболевания, хроническая почечная недостаточность. Как речевая, так и двигательная реабилитация невозможна при наличии у больных деменции и психических нарушений.

Двигательная реабилитация

Основным методом реабилитации больных, перенесших ОНМК и имеющих двигательные нарушения, является лечебная физкультура (кинезотерапия [7–10], в задачи которой входят восстановление (полное или частичное) объема движений, силы и ловкости в паретичных конечностях; реабилитация функции равновесия при атаксии, а также навыков самообслуживания. Наряду с этим в задачи методиста по кинезотерапии входит обучение пациента и его родственников. В первые дни после ОНМК начинаются занятия по лечебной физкультуре. Сначала занимаются пассивной гимнастикой. Больной совершает движения во всех суставах паретичных конечностей не самостоятельно, а с помощью методиста либо инструктируемых им сиделки или родственников. Это должны быть легкие движения, выполняемые без напряжения в здоровых конечностях и в тех суставах паретичных конечностей, где они сохранились. При этом необходима дыхательная гимнастика. Упражнения проводятся под контролем пульса и давления с обязательными паузами для отдыха. В дальнейшем упражнения усложняются, больного начинают сажать, затем учат садиться самостоятельно, а позже вставать с постели. Сроки фиксирования процесса реабилитации больных зависят от множества факторов: тяжести инсульта (размеров кровоизлияния или инфаркта, величины отека, дислокации мозговых структур), общего состояния больного, состояния гемодинамики, тяжести пареза. У некоторых пациентов фиксирование (больной начинает вставать) начинают с 3–5-го дня после инсульта, в других случаях – через 2–3 нед.

Важный этап реабилитации – обучение стоянию и ходьбе. У больных с выраженным парезом ноги этому этапу предшествует имитация ходьбы лежа в постели или сидя в кресле. Больной учится стоять вначале с поддержкой методиста, затем самостоятельно, держась за прикроватную раму или спинку кровати. При этом больной старается равномерно распределять вес тела на паретичную и здоровую ноги. В дальнейшем пациент обучается ходьбе. Сначала это ходьба на месте, затем ходьба по палате с опорой на спинки кроватей, потом самостоятельная ходьба с опорой на специальные трости. При хорошей устойчивости больного сразу учат ходить с опорой на трость. К самостоятельной ходьбе без опоры на трость больной может приступить только при хорошем равновесии и умеренном или легком парезе ноги. Расстояние и объем передвижений постепенно увеличиваются: ходьба по палате (или квартире), затем ходьба по больничному коридору, лестнице, выход на улицу и наконец пользование транспортом. Для предупреждения рас-

тяжения сумки плечевого сустава у больных с выраженным парезом руки во время ходьбы рекомендуется фиксировать руку косынкой или специальным полотенцем. Некоторые больные с легкими нарушениями сразу начинают самостоятельно ходить на отнесенные большие расстояния, у других отдельные этапы бывают более длительными. У многих больных отмечают тенденцию к отвисанию паретичной стопы, что затрудняет восстановление ходьбы. Таким больным рекомендуется носить ботинки с высоким жестким креплением.

Восстановление самообслуживания и других бытовых навыков также происходит поэтапно. Вначале обучают простейшим навыкам самообслуживания – самостоятельному приему пищи, навыкам личной гигиены: умыванию, бритью и т. п.; затем учат самостоятельному одеванию, пользованию туалетом и ванной. Самостоятельное пользование туалетом и ванной у больных с гемипарезом и атаксией достигается с помощью различных технических приспособлений (поручни у унитаза, скобы в стенах ванной комнаты, деревянные стульчики в ванне). При хорошем восстановлении навыков самообслуживания и ходьбы больных надо привлекать к домашним работам. Пациентов молодого возраста с легкими постинсультными нарушениями следует готовить к возвращению в профессию.

Борьба с осложнениями постинсультного периода

Одним из грозных осложнений постинсультного периода является нарастание тонуса (спастичности) в мышцах паретичных конечностей [11–13]. В одних случаях оно может наблюдаться уже в первые дни после инсульта, в других – через 1–3 мес. Нарастание спастичности может привести к развитию контрактур [14]. Мероприятия, направленные на уменьшение спастичности и предотвращение развития контрактур, включают лечение положением (укладка конечностей 1–2 раза в день с использованием специальных лонгет на 2 ч, при этом необходимо следить, чтобы мышцы, в которых наблюдается повышение тонуса, были растянуты); массаж в мышцах с повышенным тонусом (например, в сгибах предплечья, кисти, пальцев и голени), который состоит лишь в легком поглаживании в медленном темпе, а в мышцах-антагонистах с неизменным или слегка повышенным тонусом – в возможном растирании и неглубоком разминании в более быстром темпе; теплотечение (парафиновые или озокеритовые аппликации на спастические мышцы при отсутствии противопоказаний со стороны сердца; назначение миорелаксантов по выбору и назначению лечащего врача: сирдалуд от 1 до 4 мг 2–3 раза в день, баклофен от 10 до 25 мг 2–3 раза в день, мидокалм 150 мг 2–3 раза в день (при отсутствии диссоциации между выраженной спастичностью мышц паретичной руки и легким повышением тонуса или гипотонией мышц ноги). При наличии такой диссоциации миорелаксанты могут привести к снижению силы в паретичной ноге и ухудшению ходьбы, а в отдельных случаях к учащению мочеиспускания, нарушению равновесия, общей слабости, снижению АД. Больным со спастичностью запрещены упражнения, которые могут вызывать обратный эффект, усиление

спастичности, а также неблагоприятно сказаться на состоянии больного. К таким упражнениям относятся сжимание резинового мяча или кольца, использование эспандера для развития сгибательных движений в локтевом суставе.

Другими осложнениями, возникшими у ряда (в 15–20% случаев) больных в постинсультном периоде первые 1–3 мес), являются трофические изменения в суставах паретичных конечностей – артропатии [14] и синдром больного плеча, наступающие вследствие растяжения суставной сумки. Лечение артропатий с учетом противопоказаний включает обезболивающие продукты: электролечение (динамические или синусоидально-модулированные токи), магнитотерапия, лазеро- и иглотерапия; процедуры, улучшающие трофику пораженных тканей: парафиновые или озокеритовые аппликации, гидропроцедуры и анаболические гормоны (ретаболил); назначение антидепрессантов; при синдроме больного плеча – ношение фиксирующей повязки. Лечение артропатий должно начинаться при первых же проявлениях (небольшая болезненность при движении, припухлость) и проводиться на фоне кинезотерапии.

Речевая реабилитация

Более чем у 1/3 больных, перенесших инсульт, наблюдаются речевые нарушения [1] афазия и дизартрия. Основной речевой реабилитации являются занятия с логопедом-афазиологом или нейропсихологом в сочетании с выполнением “домашних заданий”. Занятия по восстановлению речи (собственной речи, понимания речи окружающих) включают также упражнения по восстановлению обычно нарушенных при афазии (и сохраненных при дизартрии) письма, чтения и счета [15]. В такой ситуации очень опасна речевая изоляция больного. Врачи должны внушать родным и близким больного, что не только специальные знания, но и обычный постоянный бытовой речевой контакт с больным способствует восстановлению у него как собственной речи, так и понимание речи окружающих.

Психологическая и социальная реадaptация. Медикаментозная реабилитация

У большинства больных с последствиями инсульта в той или иной мере наблюдается психологическая и социальная дизадаптация [11, 13, 16], чему способствуют такие факторы, как выраженный двигательный и речевой дефицит, болевой синдром, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, потеря социального статуса. Подобные больные нуждаются в здоровом психологическом климате в семье, созданию которого во многом должны способствовать разъяснительные беседы, проводимые с родными и близкими больного врачами-реабилитологами. Семья должна, с одной стороны, оказывать больному психологическую поддержку, способствовать созданию оптимистического настроя, а с другой – помогать выработать у него реалистический подход к своему недугу, возможностям и пределам восстановления. Если больной не в состоянии вернуться на работу, необходимо по мере возможности привлекать его к выполнению домашних дел, участию в различных культурных, обще-

ственных и религиозных мероприятиях, помочь ему найти интересное хобби. Для уменьшения выраженности астенодепрессивного синдрома рекомендуется прием антидепрессантов (амитриптилина, мелипрамина, флуоксетина). Существует пролонгированная форма амитриптилина саротен-ретард, создающая дополнительное удобство для пациента и врача, однако необходимо учитывать возможные побочные эффекты того или иного препарата (например, капотен вызывает у ряда больных кашель, что может плохо отразиться на его состоянии). В последнее время все большее применение находят антидепрессанты нового класса – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. В частности хорошо зарекомендовал себя ципраamil (циталопром), который эффективно снимает проявления депрессии, хорошо переносится и практически не имеет побочных эффектов. При когнитивных и речевых нарушениях применяются препараты ноотропного действия: курсы ноотропила в виде внутривенных капельных вливаний (по 6–12 на одно вливание, курс – 10–15 вливаний) или внутримышечных инъекций (20% – 5 мл N 20–30) либо перорально (по 1,2 г 2 раза в день в первой половине дня в течение 2–3 мес, 2–3 курса в год); курсы (2 раза в год) церебролизина (по 5 мл внутримышечно ежедневно N 20–30 или по 10–20 внутривенно капельно по 150–200 мл физраствора N 20). В последнее время появляются сообщения о том, что при когнитивных нарушениях (особенно нарушениях памяти) хорошо зарекомендовали себя глиатилин и семакс.

Профилактика повторных инсультов

Реабилитация больных обязательно должна включать профилактику повторных инсультов с учетом механизма развития первого инсульта. Больным с гипертоническим кровоизлиянием в мозг и лакунарным инфарктом (на фоне гипертонической болезни) обязательно проводится коррекция АД. Всем больным с ишемическим инсультом назначаются в профилактических целях антиагреганты (малые дозы аспирина или курантила в дозе до 150 мг/сут). Больные с кардиоэмболическим инсультом наряду с антиагрегантами обязательно должны принимать антикоагулянты (фенилин или синкумар) под контролем протромбина крови. Больные с гемодинамически значимым стенозом внутренней сонной артерии (более 70%) или подозрением на присутствие в ней эмбологенной бляшки (что можно установить при дуплексном сканировании) должны быть направлены на консультацию в специализированный неврологический центр для определения показаний к реконструктивной операции на сосудах.

Для всех больных обязательен здоровый образ жизни: отказ от курения, злоупотребления алкоголем и потребления наркотиков, антисклеротическая диета, посильная физическая активность.

Выводы

1. Восстановление двигательных функций происходит в основном в первые 3–6 мес от начала ОНМК, в эти сроки наиболее эффективна двигательная реабилитация.

2. Начало восстановленного лечения и необходимых профилактических мероприятий в первые месяцы после инсульта позволяет предотвратить развитие контрактур.

3. Повторные курсы двигательной реабилитации в позднем периоде для больных, уже прошедших полноценный курс восстановительного лечения, малоэффективны.

4. Раннее начало речевой реабилитации более эффективно, оно позволяет предотвратить фиксацию патологических симптомов, однако в этом случае сроки начала лечения не имеют такого определяющего значения, как у больных двигательными нарушениями.

5. Восстановительное лечение больных с афазией должно быть длительным и проводиться в течение первых 2–3 лет после инсульта.

Наиболее эффективны повторные курсы речевой реабилитации больных с умеренной степенью речевых нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дзяк Л. А., Цуркаленко Е. С. Инсульт у молодых пациентов. Здоровье Украины. 2009; 5: 12–15.
2. Johnston M. V., Keister M. Early rehabilitation for stroke patients: a new look. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1984; 65 (8): 437–441.
3. Столяров Л. Г., Кадыков А. С., Голланд Э. Б. Принципы организации восстановительного лечения неврологических больных // Вопросы организации восстановительного лечения больных и инвалидов. М., 1982: 14–20.
4. Kotila M., Waltimo O., Niemi M.-L. et al. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. Stroke 1984; 15 (6): 1039–1044.
5. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В., Черникова А. А. и др. Продолжительность двигательной и речевой реабилитации после инсульта. Невролог вестн. 1994; 26 (3–4): 18–21.
6. Henley S., Petits S., Todd-Pokropek A., Tapper A. Predictive factors in stroke recovery. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1985; 48 (1): 1–6.

7. Brandstater M. E. An overview of stroke rehabilitation. Stroke 1990; 21, Suppl. II: 40–42.
8. Feigenson J. S. Stroke rehabilitations: effectiveness, benefits and cost. Some practical considerations. Stroke 1979; 10 (1): 1–4.
9. Sutin J. A. Clinical presentation of stroke syndromes. Stroke Rehabilitation / Eds P. E. Kaplan, L. J. Cerullo. Boston, 1986: 1–36.
10. Столярова Л. Г., Кадыков А. С., Черникова Л. А. Восстановительное лечение больных с постинсультными двигательными нарушениями: Метод. рекомендации. М., 1986.
11. Binder L. M. Emotional problems after stroke. Stroke 1984; 15 (1): 174–177.
12. Robinson R. G., Bolduc P. L., Price T. R. Two years longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two years. Stroke 1987; 18 (5): 837–843.
13. Столярова Л. Г., Кадыков А. С., Ливоварова В. М. Миорелаксанты в комплексной реабилитации больных с постинсультными гемипарезами // Современные проблемы нейропсихологической реабилитации, принципы патогенетического лечения больных нервными и психическими заболеваниями: Тезисы докладов пленума Правления Всесоюзного о-ва невропатологов и психиатров, Полтава, 23–25 окт. 1984 г. М., 1984: 163–165.
14. Столяров Л. Г., Кадыков А. С., Черникова Л. А. и др. Профилактика контрактур при постинсультных артропатиях. Журн. невропатол. и психиатр. 1989; 9: 63–65.
15. Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение. М., 1988.
16. Wertz R. T. Communications deficits in stroke survivors. An overview of classifications and treatment. Stroke 1990; 21, Suppl. II: 16–18.

Поступила 27.11.11

Сведения об авторах:

Суслова Г. А., д-р мед. наук, проф. зав. каф. реабилитологии ФПК и ПП ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия; Кравченко Е. В., аспирант кафедры реабилитологии ФПК и ПП ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия.

Для контактов:

Кравченко Елена Васильевна, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2. Телефон 8 (812) 542-97-21; e-mail: kravchenko_lena@mail.ru

© И. Ю. СОЛОВЬЕВА, М. П. ДЬЯКОВИЧ, 2012

УДК 613.632:616-099-036.12-02:546.49]-036.86-08

И. Ю. Соловьева¹, М. П. Дьякович²

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

¹ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области, Иркутск; ²Ангарский филиал УРАМН ВШЦ экологии человека СО РАМН НИИ медицины труда и экологии человека, Ангарск

Представлено современное состояние проблемы реабилитации пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации профессионального генеза. Анализ данных литературы и результатов собственных исследований выявил прогрессирующий характер этого заболевания, высокую степень инвалидности и крайне низкую эффективность реабилитации. Делается вывод о том, что для повышения эффективности реабилитации пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации необходим поиск новых подходов к разработке реабилитационных программ.

Ключевые слова: реабилитация, инвалидность, хроническая ртутная интоксикация, профессиональные заболевания.