

А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова, Л.А. Черникова, Е.М. Некрасова, О.В. Серебренникова

## ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ И РЕЧЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

НИИ неврологии (гир. — акад. РАМН Н.В. ВЕРЕЩАГИН) РАМН, Москва

**Р е ф е р а т.** Анализ восстановления нарушенных функций у больных, перенесших инсульт, показал преимущество раннего начала реабилитации. Раннее начало восстановительного лечения позволяет предотвратить развитие контрактур, речевых стереотипов, уменьшить выраженность психической дезадаптации. Восстановление двигательных функций происходит в основном в первые 6 мес, восстановление речи — в первые 2 года после инсульта, что и определяет длительность реабилитации.

А.С.Кадыков, Н.В.Шахпаронова, Л.А.Черникова,  
Е.М.Некрасова, О.В.СеребренниковаБАШ МИЕНЭ КАН САВУДАН СОҢ  
ХЭРЭКЭТЛЭНУ ҺӘМ СӨЙЛӘУ ФУНКЦИЯЛӘРЕН  
РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУНЕҢ ДӘВАМЛЫБЫҒЫ

Баш миенә кан савудан барлыкка килгән функциональ үзгәрешләрнең нормаль хәлгә килү очрақларын анализлау, моңдый авыруларны башлангыч периодта реабилитацияләу кулай булуны күрсәтә. Дәвалауны иртәрәк башлау контрактуралар барлыкка килү, психик дезадаптация һәм башка патологик үзгәрешләрдән саклап кала. Хәрәкәтләнү функциясе гадәттә кан савудан соң беренче 6 айда, ә сөйләү — беренче 2 елда нормаль хәлгә килә.

A.S.Kadykov, N.V.Shakhparonova, L.A.Chernikova,  
Ye.M.Nekrasova, O.V.SerebrennikovaDURATION OF MOTOR FUNCTION AND SPEECH  
REHABILITATION AFTER INSULT

The analysis of rehabilitation of injured functions in patients with insult showed the advantages of early beginning of the rehabilitation measures. The early beginning of rehabilitation therapy enables to prevent the development of contractures and stereotypes of speech, to decrease expression of psychical disadaptation. Recovery of motor functions happens, in the general, within 6 month after insult, recovery of speech happens within 2 years after insult; it is these periods that determine duration of rehabilitation.

**О**сновной задачей реабилитации является восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, включая восстановление навыков самообслуживания, социальной активности, межперсональных отношений, когда это возможно — трудоспособности. Хотя роль восстановительного лечения ни у кого не вызывает сомнений, удельный вес спонтанного и направленного восстановления остается еще достаточно неопределенным. Неясны еще и многие методические аспекты восстановительной терапии: сроки ее начала, длительность проведения, отбор больных, необходимость повторных курсов и т.д.

Важность раннего начала реабилитации связана, во-первых, с рядом осложнений острого периода, во многом обусловленных гипокинезией и гиподинамией (тромбофлебиты конечностей, тромбозомболии легочной артерии, застойные явления в легких и т.д.), и, во-вторых, с опасностью развития и прогрессирования вторичных патологических состояний (таких как, например, спастические контрактуры, «телеграфный стиль» при моторной афазии и т.д.). На значение ранней реабилитации указывает большинство исследований [9, 10, 11, 17, 18], многие из них подчеркивают, что более раннее ее начало способствует более полному восстановлению функций, влияет на темп восстановления. Некоторые исследователи считают раннее начало реабилитации даже более важным для восстановления функций, чем ее длительность [9, 10, 18].

Следует подчеркнуть, что необходимым условием начала активной реабилитации является стабилизация общего состояния больного, в том числе гемодинамики, определенный уровень бодрствования и высокая степень мотивации, определяющие способность к обучению.

В отношении длительности реабилитации среди специалистов не существует единого мнения. Некоторые исследователи [13, 19] считают, что восстановительный период длится до 6 мес. В то же время другие полагают, что восстановление может продолжаться и после 6 мес.

Наиболее эффективна, как считают многие исследователи [1, 2, 9], трехзвенная схема поэтапного восстановительного лечения: реабилитационные мероприятия начинают уже во время пребывания больных в отделении для лечения острых нарушений мозгового кровообращения, куда они доставляются машиной скорой помощи, затем продолжают в восстановительном отделении, из которого через 1,5–2 мес следует выписка на амбулаторное лечение. При речевых, при очень грубых двигательных нарушениях, при медленном темпе восстановления и сопутствующих заболеваниях этот срок может удлиниться до 3 мес. Многие больные продолжают и после выписки получать лечение в восстановительных отделениях районных поликлиник, в районных врачебно-физкультурных диспансерах и на дому.

Некоторые исследователи [8–10] подчеркивают, что наиболее целесообразно прово-

дять реабилитацию больных, перенесших инсульт, во всяком случае на первом этапе, не в реабилитационных центрах общего типа, а в специализированных реабилитационных инсультных отделениях. Два фактора говорят о целесообразности создания таких отделений: 1) сохранение медицинской преемственности после острой стадии инсульта; 2) наличие реабилитационного персонала, специализирующегося на восстановлении после инсульта.

Нами проводилось изучение эффективности проводимых в институте реабилитационных мероприятий у больных, начавших восстановительное лечение в разные сроки от момента развития инсульта — в острый период (до 21 дня), в ранний восстановительный (до 6 мес), в поздний восстановительный (от 6 до 12 мес) и резидуальный (более 1 года) периоды инсульта и прошедших один или несколько курсов реабилитации.

Обследовано 188 больных с двигательными и 121 больной с речевыми нарушениями. Средний срок наблюдения составлял 2–3 года. Больные подробно обследовались при поступлении и выписке и в резидуальный период через 2–3 года.

В группе больных с двигательными нарушениями мужчин было 125, женщин — 63; в молодом возрасте (до 44 лет — по классификации ВОЗ) — 48 человек, в среднем (45–59 лет) — 101, в пожилом (60–74 года) — 39. Преобладали больные с инициально тяжелыми двигательными нарушениями: в остром периоде у 119 (63%) больных наблюдалась гемиплегия, у 58 — грубый гемипарез, у 11 — умеренный и легкий гемипарез. У 64 больных восстановительное лечение было начато в остром периоде, у 62 — в раннем восстановительном, у 46 — в позднем восстановительном и у 16 — в резидуальном периоде инсульта; 113 больным проведены повторные курсы реабилитации.

При начале лечения в остром и раннем восстановительном периоде преобладала значительная и умеренная степень восстановления, составляя в целом 76% в первом случае и 61% — во втором. При начале реабилитации в позднем восстановительном периоде ее результаты были гораздо хуже: только у 13% больных отмечалась умеренная степень восстановления, у 41% степень восстановления была небольшой, а у 46% отсутствовала. Начало восстановительного лечения в резидуальном периоде инсульта у больных, не получавших его ранее, малоэффективно: у 63% из них эффект от лечения полностью отсутствовал, у 31% — отмечалась лишь небольшая положительная динамика, выражавшаяся в основном в уменьшении спастичности, улучшении функции ходьбы и навыков самообслуживания.

Повторные курсы восстановительного лечения тем больным (113 человек), которые уже в полном объеме получили его в условиях восстановительного отделения ин-

ститута, еще менее эффективны, чем проведение первичной реабилитации в резидуальном периоде больным, ранее не получавшим ее, — отсутствовал эффект у 83% больных.

В связи со спецификой речевых расстройств и их восстановления отдельно был проанализирован восстановительный период у больных с афазией.

Нейропсихологическое исследование речи проводилось по методу А.Р. Лурия в модификации Л.С. Цветковой [6]. Разработанная ею методика оценки речевых функций дает возможность не только выявить качественную специфику нарушения речи, но и оценить выраженность этого нарушения, что позволяет выбрать более адекватные методы восстановительного обучения, делает наглядными успехи больных, позволяет отличить истинное восстановление речи от приспособления к имеющемуся дефекту.

В группе больных с афазией (121) наблюдались 91 мужчина и 30 женщин; 30 больных было молодого возраста, 30 — пожилого, 61 — среднего. У всех больных в остром периоде отмечались тяжелые речевые расстройства: у 57 (почти у половины больных) — тотальная афазия, у 14 — грубая сенсомоторная, у 28 — грубая моторная, у 22 — грубая сенсорная. Результаты восстановительного лечения у больных с афазией в меньшей степени зависели от сроков начала реабилитации, чем у больных с двигательными нарушениями: значительная степень восстановления речи отмечалась у 40% больных, начавших речевую реабилитацию в остром периоде инсульта, у 29% — в раннем восстановительном периоде и у 10% — в позднем восстановительном периоде; умеренная — у 25% больных, начавших реабилитацию в остром периоде, у 29% — в раннем восстановительном и у 40% — в позднем восстановительном периоде.

При проведении повторных курсов речевой реабилитации в первые 2 года после инсульта у значительной части больных отмечалось улучшение речи. Наиболее эффективными оказывались повторные курсы в случаях с умеренной моторной (улучшение у 100% больных) и сенсорной (улучшение у 70% больных) афазией, значительно менее продуктивными — в случаях с сенсомоторной афазией (улучшение у 27% больных). Сохранение сенсомоторной афазии в резидуальном периоде инсульта говорит о большой ригидности восстановления — в случаях хорошего восстановления уже на ранних этапах сенсомоторная афазия трансформируется в моторную или реже в сенсорную афазию.

Результаты нашего исследования во многом соответствуют данным зарубежных исследователей. Так, R.T. Wertz [20] отмечал, что наилучшая эффективность достигается при начале речевой реабилитации в первые 3 мес от момента развития инсульта,

проводимой не менее 3 ч каждую неделю в течение 5 мес и более. По данным M.Kelly-Hauers [13], в отличие от сроков восстановления двигательных функций предельные сроки возможного улучшения речевой функции очень переменчивы, и часто улучшение продолжается и сверх 6 мес после инсульта.

Касаясь методов реабилитации, проводимой в институте, следует сказать, что при двигательных нарушениях они включали различные виды лечебной гимнастики (пассивная, активная гимнастика, обучение ходьбе), электростимуляцию, бытовую реабилитацию, методы, снижающие мышечную спастичность; при речевых нарушениях — регулярные занятия с логопедом-афазиологом по восстановлению различных сторон речевой деятельности (экспрессивной и импрессивной), обычно нарушенных при афазии письма, чтения и счета. Занятия проводились на фоне приема нейротрофических и вазоактивных препаратов. Реабилитационная программа для каждого больного была строго индивидуальной в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером основного заболевания, возрастом, сопутствующими заболеваниями [4].

Нами разработан комплекс мероприятий по предупреждению развития контрактур, возникающих или в результате нарастания мышечной спастичности, или вследствие возникновения постинсультных артропатий [3—5]. В комплекс борьбы со спастичностью входят физиолечение (теплолечение или криотерапия), лечение положением, специальные лечебно-гимнастические приемы на расслабление, электромиографическая обратная связь, избирательный и точечный массаж, прием миорелаксантов. Обычно для достижения эффекта приходится назначать несколько из вышеуказанных процедур.

Для лечения постинсультных артропатий, развивающихся у 15—20% больных, перенесших инсульт, используется комплекс физиотерапевтических методов (электропроцедуры), обладающих выраженным обезболивающим действием (средствами выбора являются: чрескожная стимуляционная анальгезия, синусоидально модулированные токи, динамические токи, электрофорез лекарственных веществ), и методов, улучшающих трофику суставов и окружающих их мягких тканей (парафино- и озокеритолечение, вакуумный массаж, турбулентный гидромассаж), в сочетании с приемом анаболических гормонов и проведением кинезотерапии.

Все эти профилактические мероприятия должны начинаться в первые 1—3 мес после развития инсульта, т.е. в острый или в ранний восстановительный период. По нашим наблюдениям, своевременно начатое комплексное дифференцированное лечение позволяет предотвратить развитие контрактур.

Одной из важных постинсультных проблем является депрессия, поражающая от 20 до 40

и более процентов больных, перенесших инсульт [7, 12, 15, 16]. Тяжести реактивной депрессии способствуют такие факторы, как внезапность развития заболевания, выраженность инвалидизации, потеря социального статуса, неверие в возможность выздоровления. Как показывают в своих исследованиях M.V.Johnston и соавт. [12], раннее начало физической реабилитации является одновременно с профилактикой контрактур, пролежней и других осложнений инактивности и профилактикой психической дезадаптации, наступающей в результате выраженных депрессивных реакций. При раннем начале реабилитации депрессия встречается в меньшем проценте случаев и протекает более мягко.

Квалифицированная реабилитация — дорогостоящее мероприятие, для ее проведения требуются высококвалифицированные специалисты: логопеды-афазиологи, методисты ЛФК, массажисты, физиотерапевты, психологи. Поэтому важнейшей задачей является отбор больных для проведения интенсивного восстановительного лечения. Основой такого отбора является прогнозирование восстановления, в ходе которого можно выделить 3 группы больных: 1) с хорошим спонтанным восстановлением (без реабилитации); 2) с плохим восстановлением функций независимо от способа реабилитации; 3) с хорошим и умеренным восстановлением, возможным только при проведении интенсивной восстановительной терапии.

Третья группа, по нашему мнению, и должна составлять основную массу больных, направляемых в реабилитационные учреждения. При отборе больных для реабилитации следует принимать во внимание прогностическое значение отдельных факторов, влияющих на восстановление функций.

Необходимо также учитывать и противопоказания к интенсивной реабилитации, выработанные в результате длительного наблюдения за больными, проходившими лечение в восстановительном отделении. Это тяжелые соматические заболевания (недостаточность кровообращения III степени, стенокардия покоя с частыми приступами, активная фаза ревматизма и т.д.) и выраженные изменения психики.

## Выводы

1. Восстановление двигательных функций происходит в основном в первые 3—6 мес от начала инсульта, в эти сроки и наиболее эффективно проведение двигательной реабилитации.

2. Начало восстановительного лечения и необходимых профилактических мероприятий в первые месяцы после инсульта позволяет предотвратить развитие контрактур, возникающих или на почве постинсультных артропатий суставов паретичных конечностей, или в результате нарастания спастичности.

3. Повторные курсы двигательной реабилитации в позднем периоде больным, уже прошедшим полноценный курс восстановительного лечения, малоэффективны.

4. Раннее начало речевой реабилитации более эффективно, оно позволяет предотвратить фиксацию патологических симптомов, однако здесь сроки начала лечения не имеют такого определяющего значения, как у больных с 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. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1989.
2. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Голланд Э.Б. Принципы организации восстановительного лечения неврологических больных // Вопросы организации восстановительного лечения больных и инвалидов. — М., 1982. — С. 14-20.
3. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Пивоварова В.М. Миорелаксанты в комплексной реабилитации больных с постинсультными гемипарезами // Современные проблемы нейропсихофармакологии, принципы патогенетического лечения больных нервными и психическими заболеваниями: (Тез. докл. пленума Правл. Всесоюз. об-ва невропатологов и психиатров, Полтава, 23-25 окт. 1984 г. — М., 1984. — Т.1. — С. 163-165.
4. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Черникова Л.А. Восстановительное лечение больных с постинсультными двигательными нарушениями: Метод. рекомендации. — М., 1986.
5. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Черникова Л.А. и др. Профилактика контрактур при постинсультных артропатиях. //Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — № 9. — С. 63-65.
6. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. — М.: Просвещение, 1988.

7. Binder L.M. Emotional problems after stroke // Stroke. — 1984. — Vol. 15, № 1. — P. 174-177.
8. Brandstater M.E. An overview of stroke rehabilitation // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 40-42.
9. Feigenson J.S. Stroke rehabilitations: effectiveness, benefits and cost. Some practical considerations // Stroke. — 1979. — Vol. 10, № 1. — P. 1-4.
10. Feigenson J.S. Stroke rehabilitations // Stroke. — 1981. — Vol. 12, № 3. — P. 372-375.
11. Henley S., Petits S., Todd-Pokropek A., Tupper A. Predictive factors in stroke recovery // J.Neurd. Neurosurg. Psychiatr. — 1985. — Vol. 48, № 1. — P. 1-6.
12. Johnston M.V., Keister M. Early rehabilitation for stroke patients: a new look // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1984. — Vol. 65, № 8. — P. 437-441.
13. Kelly-Hayers M. Time intervals, survival and destination // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 24-26.
14. Kotila M., Waltimo O., Niemi M.-L. et al. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome // Stroke. — 1984. — Vol. 15, № 6. — P. 1039-1044.
15. Niemi M.-L., Laaksonen R., Kotila M., Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke // Stroke. — 1988. — Vol. 19, № 9. — P. 1101-1107.
16. 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. — Vol. 18, № 5. — P. 837-843.
17. Shah S., Vanclay F., Cooper B. Efficiency, effectiveness and duration of stroke rehabilitation // Stroke. — 1990. — Vol. 21, № 2. — P. 241-246.
18. Smith M.B., Garraway W.M., Smith D.L., Akhtar A.J. Therapy impact on functional outcome in controlled trial of stroke rehabilitation // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1982. — Vol. 63, № 1. — P. 21-24.
19. Sutin J.A. Clinical presentation of stroke syndromes // Stroke rehabilitation. Ed. by Kaplan P.E. a. Cerullo L.J. — Boston, 1986. — P. 1-36.
20. Wertz R.T. Communications deficits in stroke survivors. An overview of classifications and treatment // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 16-18.

Поступила 10.03.93

УДК 616.89:316.43

А.К. Хохлов, В.В. Гаврилов, А.Н. Савельев, В.И. Горохов

## О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. А.К. ХОХЛОВ) Ярославского медицинского института

**Р е ф е р а т.** Дается описание результатов клинико-эпидемиологического исследования (изучено 506 пациентов). Анализ показывает, что социальный прогноз зависит не только от характера патологии, но и от практики в оценке трудоспособности психически больных, от культуральных и общественных влияний, особенно ощутимых в современный период исторического развития нашей страны. Выявлена тенденция к уменьшению числа работающих больных, к увеличению количества больных, признаваемых инвалидами. Сделан вывод о том, что социальный прогноз в психопатологии обусловлен множеством факторов, причем клинико-биологические факторы могут получать общественное звучание и «социализироваться», это необходимо

принимать во внимание при оценке влияния современного ведения больных на их судьбу.

А.К.Хохлов, В.В.Гаврилов, А.Н.Савельев, В.И.Горохов

ПСИХИК АВЫРУЛААРНЫҢ СОЦИАЛЬ ПРОГНОЗ  
КҮРСӘТКЕЧЛӘРЕНӘ ТӘЭСИР ЯСЫЙ  
ТОРҒАН ФАКТОРЛАР

Мәкаләдә 506 авыруда уздырылган клиник-эпидемиологик тикшеренүләрнең нәтижәләре китерелгән. Анализ күрсәткәнчә, социаль прогноз патологик үзгәрешләрнең чагылышыннан гына түгел, ә бәлки психик авыруларның эшчәнлеген бәяләү, безнең илдәге бүгенге мәданият һәм