

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

КОВАЛЬЧУК В.В., СКОРОМЕЦ А.А.

ГУЗ «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко», г. Санкт-Петербург, Россия
ГОУВПО «СПбГМУ имени акад. И.П. Павлова», г. Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

В данной публикации представлены основные принципы медицинской и социальной реабилитации больных после инсульта. Приведены основные принципы, цели, задачи и особенности таких методов реабилитации, как лечебная физическая культура, эрготерапия, физиотерапия, остеопатия, рефлексотерапия, нейропсихологическая, психотерапевтическая и медикаментозная реабилитация. Кроме того, освещены особенности социальной реабилитации, а также роль и функции социального работника при восстановлении пациента после инсульта.

Ключевые слова

Инсульт, реабилитация, лечебная физическая культура, эрготерапия, физиотерапия, остеопатия, рефлексотерапия, психотерапия, нейропсихология, медикаментозная реабилитация, социальная реабилитация.

Отсутствие комплексной своевременной и адекватной медицинской и социальной реабилитации больных после инсульта ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений и социальной и бытовой дезадаптации человека. В России уровень инвалидизации через год после перенесенного инсульта колеблется от 76 до 85%, в то время как в странах Западной Европы этот показатель составляет 25-30% [2, 8, 23, 28]. В нашей стране лишь 10-12% пациентов, перенесших инсульт, возвращаются к трудовой деятельности [4].

Целью восстановительного лечения является возвращение пострадавшего к бытовой и трудовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества.

Основными задачами реабилитации являются влияние на восстановление жизненных функций человека с помощью физических и психических методов, воздействие на организм больного с помощью медикаментозной терапии для улучшения и нормализации обменных процессов и выработка системы адаптации при необратимых изменениях, вызванных патологическим процессом.

При проведении реабилитационного лечения постинсультных больных необходимо учитывать теоретические представления об организации физиологических и патологических движений, о формировании кратко- и долгосрочных компенсаторных процессов поврежденных структур и нарушенных функций, о функциональных системах организма. Кроме того, важно помнить о влиянии сенсорных и речевых воздействий на эффективность физических упражнений и зависимости результативности реабилитационных мероприятий от вегетативной поддержки деятельности мышечной системы.

На выработку компенсаторных механизмов большое влияние оказывает сигнализация из внешней и внутренней сред организма, так называемая обратная связь [7]. Кроме того, надежность функциони-

рования головного мозга обеспечивается динамичной межнейрональной деятельностью, которая приводит к морфологически избыточной связи. Реабилитационное лечение больных, перенесших инсульт, основывается также на концепции о системной организации мозговых функций, которая указывает на резервные возможности головного мозга при реорганизации его структур в условиях патологического процесса. Данная реорганизация вызывает двигательное переобучение пациента, что, в свою очередь, приводит либо к восстановлению, либо к компенсации нарушенных функций.

При проведении реабилитации больных после инсульта необходимо стремиться к истинному восстановлению различных функций пациентов. Данный уровень реабилитации заключается в том, что измененные функции полностью восстанавливаются или максимально приближаются к исходному состоянию [7, 8]. Этот уровень восстановления достигается в первые шесть месяцев заболевания. Основным механизмом, обеспечивающим истинное восстановление функций пациентов, является растормаживание инaktivированных нервных элементов путем использования методических приемов, которые направлены на их стимуляцию.

При значительных деструктивных повреждениях головного мозга восстановление функций происходит благодаря компенсации за счет сохранных функциональных систем. Данный процесс обеспечивается пластичностью нервных центров и многосторонними анатомическими связями между различными отделами нервной системы. Пластичность мозга заключается в способности нервной ткани менять как структурную, так и функциональную организацию под влиянием внешних и внутренних факторов [5]. Правильный выбор средств и методов стимуляции компенсаторных возможностей организма человека играет немаловажную роль при осуществлении восстановительного лечения, физиологической основой которого являются нервные клетки с их полисенсорными функциями, а также иерархическая структура нервной системы [25].

Инсульт не только оказывает кратковременное влияние на соматоневрологический статус пациента, но и вызывает длительную инвалидизацию и социальную дезадаптацию, что необходимо помнить, осуществляя медико-социальную реабилитацию больного после инсульта.

Все результаты и последствия инсульта можно разделить на пять уровней [28]:

1 уровень – патология, т.е. патофизиологические механизмы, лежащие в основе инсульта, в пределах этого уровня показано специфическое медикаментозное и/или хирургическое лечение.

2 уровень – неврологические нарушения, т.е. потеря нормального функционирования специфических анатомо-физиологических структур, для устранения патологических проявлений этого уровня при-

меняют, прежде всего, физические методы восстановительного лечения.

3 уровень – инвалидизация – ограничение или отсутствие возможности выполнять активные действия в рамках обычного для данного пациента существования, для снижения инвалидизации применяют также физические методы реабилитации.

4 уровень – ущерб в жизни конкретного человека, обусловленный неврологическими нарушениями и инвалидизацией, который лимитирует выполнение его социальной роли, для уменьшения жизненного ущерба необходимо использовать весь арсенал методов восстановительной терапии, особенно трудотерапию, а также социальную реабилитацию.

5 уровень – качество жизни, которое отражает и степень восстановления функций, и уровень повседневной жизненной активности, и выраженность бытовой и социальной адаптации человека.

Наиболее очевидными последствиями инсульта являются физические, однако нередко не менее важными становятся психологические, познавательные и социальные проблемы [23]. Поэтому лечение, целью которого является уменьшение до минимума патологического воздействия инсульта на пациента и его жизнь, должно быть комплексным и направленным на решение всех перечисленных проблем.

Комплексная медицинская реабилитация включает следующие виды восстановительного лечения: лечебную физическую культуру (ЛФК), эрготерапию, физиотерапию, остеопатию, рефлексотерапию, нейропсихологическую, психотерапевтическую и медикаментозную реабилитацию. Рассмотрим основные принципы, цели, задачи и особенности перечисленных методов реабилитации постинсультных пациентов.

Основными целями ЛФК являются сохранение и увеличение амплитуды движений, достижение поструральной стабильности, соблюдение баланса тела в положениях сидя и стоя, предотвращение контрактур и купирование болевого синдрома [9]. Для успешного проведения реабилитации больных, перенесших инсульт, необходимо оценить функциональные возможности пациента, определить его проблемы и план ведения, установить конкретные цели восстановительного лечения и сроки расширения двигательного режима [17].

Остановимся на основных правилах физической реабилитации пациентов с инсультом.

- Пациент не должен лежать на спине.
- Кисть паретичной руки всегда должна находиться в среднем физиологическом положении.
- Паретичная нога не должна ни во что упираться.
- Максимально ранняя активизация пациента – перевод в положение сидя.
- Создание оптимального положения сидя – пересаживание пациента в прикроватное кресло, поддерживая паретичную руку, подложив подушку под локоть.
- Пациент не должен есть лежа в постели.
- Ранняя вертикализация.
- Предпочтение должно отдаваться упражнению функционального характера:
 - развитие статического и динамического равновесия сидя;
 - пересаживание;

- переход из положения «лежа» в положения «сидя» и «стоя»;

- перенос всего тела с одной ноги на другую;
- ходьба.

- Обеспечение движений в туловище:
- развитие движений в поясничном отделе позвоночника;

- устранение фиксации таза в положении наклона кзади.

- Применение достигнутых двигательных возможностей в действиях по самообслуживанию.

- Соблюдение «золотых» правил расположения тела и конечностей при различном позиционировании пациентов.

Пациент лежит на здоровом боку:

- голова больного находится на одной линии с туловищем;

- пациент лежит полностью на боку, а не повернут на 1/4 тела;

- тело не изогнуто;

- пораженное плечо вынесено вперед, рука поддерживается по всей длине;

- кисть пораженной руки находится в среднефизиологическом положении;

- ничего не должно лежать в пораженной руке;

- стопа не должна ни во что упираться.

Пациент лежит на больном боку:

- голова находится на одной линии с туловищем;

- плечо пораженной руки вынесено вперед;

- пораженная нога выпрямлена в тазобедренном и чуть согнута в коленном суставах;

- ничего не должно находиться в пораженной руке или на ладони;

- стопа пораженной ноги не должна ни во что упираться.

Пациент сидит в кровати:

- вес тела больного должен быть равномерно распределен на обе ягодицы;

- плечо вынесено вперед и поддерживается подушкой;

- ягодица с пораженной стороны приподнята, таз выровнен;

- пораженная нога не развернута кнаружи;

- ноги не должны ни во что упираться.

Пациент сидит за столом:

- рука хорошо поддерживается столом или подушкой;

- бедра полностью поддерживаются сидением;

- стопы полностью расположены на поверхности опоры.

Пациент сидит в кресле:

- больной должен сидеть симметрично;

- локтевой сустав пораженной руки поддерживается подушкой;

- кисть не должна свисать;

- плечо пораженной руки вынесено вперед;

- бедра полностью поддерживаются сидением;

- стопы полностью стоят на полу или подставке.

При реабилитации больных после инсульта наиболее часто используют две методики ЛФК: ингибирующую и функциональную.

Ингибирующая методика основана на влиянии чувствительных стимулов на основные рефлексы, которые изменяются на фоне структурного повреждения головного мозга [28]. Основными принципами данной методики являются следующие:

- учет взаимоотношения между чувствительностью и движением;
- учет базисной рефлекторной активности;
- использование различных поз для облегчения рефлекторной активности и, соответственно, движений;
- двигательное обучение, которое основано на повторении движений;
- лечение организма как единого целого;
- тесный контакт между методистом и пациентом.

Функциональная методика, с одной стороны, приводит к более раннему достижению самостоятельности, но, с другой стороны, при использовании данной методики не исключено появление неправильного характера движений, что, в свою очередь, может вызвать образование контрактур и ухудшение двигательной активности.

Основной целью эрготерапии является возвращение пациента к бытовой и трудовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества и достижение им максимального уровня функциональной активности во всех аспектах повседневной жизнедеятельности [10,14,28]. Основными проблемами, которые решаются эрготерапевтами, являются нарушение двигательных функций, восприятия и ощущений, когнитивных функций, психоэмоционального состояния, коммуникативности, самообслуживания, продуктивной деятельности и досуга.

Немаловажную роль в комплексном восстановительном лечении больных, перенесших инсульт, играют такие методики физического и рефлекторного воздействия, как: физиотерапия, остеопатия и рефлексотерапия.

Основными целями и задачами физиотерапевтического лечения при реабилитации больных, перенесших инсульт, являются следующие:

- формирование общих адаптивных реакций организма человека;
- улучшение мозговой гемодинамики;
- восстановление движений в паретичных конечностях;
- уменьшение выраженности или предупреждение развития мышечных контрактур и спастичности;
- восстановление чувствительности;
- уменьшение вегетативно-трофических расстройств;
- уменьшение или купирование болевого синдрома;
- улучшение психоэмоционального состояния.

При инсультах возможно использование таких видов физиотерапии, как: электростимуляция синусоидальными модулированными токами, магнитотерапия, электрофорез, дарсонвализация, дециметроволновая терапия, светолечение, озокеритолечение, парафинолечение.

Остеопатия занимает достойное место в комплексе различных видов реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Основным принципом остеопатии является постулат о том, что структура управляет функцией, а функция влияет на структуру [15]. У больных после инсульта отмечаются структурные изменения в различных тканях, которые, в свою очередь, приводят к их функциональным нарушениям.

Кроме того, механические повреждения вызывают как структурные, так и функциональные расстройства ближайших и отдаленных частей организма, что приводит к так называемому остеопатическому повреждению. При реабилитации пациентов, перенесших инсульт, используются такие методики остеопатии, как: мягкотканые, артикуляторные, мышечно-энергетические, фасциальные и краниосакральные техники, а также методика стрейн-контрстрейна.

Цели и задачи данных методик при реабилитации постинсультных больных [15,19,22,27]:

- улучшение подвижности пораженной области и восстановление ее нормального функционирования;
- восстановление нормального мышечного тонуса;
- уменьшение напряжения связок;
- улучшение подвижности и эластичности фасций;
- создание оптимального давления во влагиалищах сосудисто-нервных пучков;
- венозный и лимфатический дренаж;
- стимуляция кровообращения;
- улучшение трофики мышц и подвижности суставов;
- уменьшение боли;
- нормализация краниосакрального ритма.

При проведении рефлексотерапии, а именно чжень-цзю терапии, у больных после инсульта наиболее эффективным является второй вариант возбуждающего метода на пораженной стороне. Кроме иглоукалывания и прижигания в точках на пораженной стороне, через каждые три дня данные манипуляции целесообразно применять и на здоровой стороне.

Важное место в комплексном реабилитационном лечении пациентов, перенесших инсульт, занимает нейропсихологическая реабилитация, то есть восстановление нарушенных высших мозговых функций [6,7,28].

Головной мозг человека представляет собой функциональную модель, представляющую субстрат психической деятельности. Согласно данной модели головной мозг подразделяется на три функциональных блока:

- энергетический блок – блок регуляции активности мозга;
- информационный блок – блок приема, переработки и хранения информации;
- регуляционно-контролирующий блок – блок контроля и регуляции психической деятельности.

Каждый из этих блоков состоит из надстроенных друг над другом корковых зон.

Любой вид сознательной деятельности есть не что иное, как сложная функциональная система, опирающаяся на интегративную работу всех трех блоков головного мозга, при нарушении которой и страдают высшие мозговые функции.

Речь человека – это сложная интегративная функция, которая представляет собой развернутую систему средств общения и включает в себя множество афферентных и эфферентных составляющих [6,13].

В связи с тем, что восстановление речи крайне редко происходит спонтанно, необходимо интенсивное и продолжительное коррекционное воздей-

ствие, которое направлено на внутри- и межсистемную перестройку измененных высших мозговых функций. Принцип внутрисистемной перестройки заключается в замене первично нарушенного звена речевой системы на то, которое при формировании высших мозговых функций в онтогенезе находилось в резерве. Межсистемная перестройка основывается как на замене пострадавшего звена, так и на создании новых речевых стереотипов.

Большое значение для успеха нейропсихологической реабилитации имеет адекватный выбор оптимальных сроков и длительности коррекционной работы, основанный на использовании комплекса нейропсихологического, неврологического, электроэнцефалографического и нейровизуализирующего обследования [20].

Основными целями восстановительного лечения больных с афазией являются выработка самоконтроля и способности к самокоррекции речи и восстановление коммуникативной функции.

Целью восстановительной терапии больных с агнозией является выработка способности восприятия пораженной стороны.

Основными целями реабилитационного воздействия на пациентов, страдающих апраксией, являются восстановление возможности выполнять последовательные комплексы движений и нормализация способности совершать целенаправленные действия по выработанному плану.

Извечными спутниками инсультов являются психоэмоциональные нарушения [3,4,7,11,21,24]. Данные расстройства препятствуют адекватному восстановительному лечению больных, активизации их социально-бытовой роли и тем самым наносят вред как самому пациенту, так и окружающим его людям. В связи с этим большое внимание в комплексном восстановительном лечении постинсультных пациентов должно уделяться психотерапии. Основными методиками психотерапии, которые успешно используются при инсульте, являются убеждение, или рациональная психотерапия, внушение, самовнушение и каузальная, или аналитическая, психотерапия.

Несмотря на то, что на степень восстановления функций пациентов большое влияние оказывают ранние восстановительные мероприятия с использованием методов физической реабилитации, правильный уход, предупреждение возможных осложнений, а также реализация мультидисциплинарного принципа в построении всей восстановительной терапии, значимость своевременности и адекватности медикаментозного лечения также не вызывает сомнений [1,7,12,16,18].

При реабилитации пациентов после инсульта целесообразно использовать следующие медикаментозные препараты:

- антигипоксанты;
- антиоксиданты;
- препараты с нейротрансмиттерным, нейротрофическим, нейромодуляторным действием;
- вазоактивные препараты;
- средства гемодилузии;
- препараты, улучшающие микроциркуляцию;
- препараты, нормализующие коагуляционные свойства.

Достаточно часто инсульт приводит к затруднению или ограничению социальной роли человека, т.е.

к социальной дезадаптации, которая наилучшим образом отражает перспективу пациента и его родственников [28]. В связи с этим существенная роль в комплексной реабилитации больных после инсульта принадлежит социальным службам. Основными социальными проблемами, с которыми сталкиваются после инсульта больные и их родственники и которые должны решаться с помощью служб социальной реабилитации, являются размещение пациента, его трудоустройство, организация досуга, психологическая и финансовая поддержка.

При проведении социальной реабилитации необходима постановка как долговременных целей, так и краткосрочных, достижение которых позволит судить о продвижении к целям долгосрочным [28]. Постановка целей важна как для осуществления планирования помощи пациенту, так и для усиления его мотивации.

Деятельность социального работника направлена на оказание практической помощи больному и его семье на всех стадиях заболевания. Основными обязанностями социального работника являются планирование выписки пациента и тех изменений, которые надо произвести у него дома, выяснение желаний и нужд больного и его семьи и удовлетворение их, выявление необходимых изменений в поддержке больного после выписки. Кроме того, в функции социального работника должны входить помощь в разрешении финансовых проблем пациента и его семьи и решение задач трудоустройства в силу адаптационных и функциональных возможностей больного.

Одним из важных моментов восстановительного лечения является участие в реабилитационном процессе ближайших родственников пациента, их отношения к нему и его болезни. Специалистам, проводящим реабилитацию, необходимо оценить физические и психические возможности родственников в предоставлении необходимой помощи. Весьма полезно, чтобы родственники приходили помогать медицинским сестрам, методистам ЛФК, трудотерапевтам. В свою очередь, данные специалисты должны обучать родственников правильному уходу за больным.

Таким образом, необходимо осуществление комплексной медико-социальной реабилитации постинсультных пациентов, что будет способствовать уменьшению уровня инвалидизации, улучшению бытовой и социальной адаптации больных после инсульта и, соответственно, повышению качества жизни как самих пациентов, так и их родственников. Являющаяся актуальной медицинской и социальной проблемой организация реабилитации постинсультных больных требует дальнейшого изучения и совершенствования [4,7,28].

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафьина А.С., Румянцева С.А., Скоромец А.А., Суслина З.А. Цитофлавин в коррекции когнитивных нарушений у больных, перенесших ишемический инсульт/Материалы IX Всероссийского съезда неврологов. – Ярославль. – 2006. – С. 359.
2. Белояцев Д.Ф.//Журнал «Лечение нервных болезней». – 2005. – Т. 6, № 2(16). – С. 9-12.
3. Богат З.И., Терещенков А.В., Дремлюг А.М., Пылина Т.М., Кочовская В.Я., Маслова Т.Б.//Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1996. – Т. 96, № 5. – С. 102-107.
4. Виленский Б.С. Инсульт. - СПб.: Изд-во «Медицинское информационное агентство». – 1995. – 287 с.

5. Гудкова В.В., Стаховская Л.В., Кирильченко Т.Д. и др. // Журнал «Consilium medicum». – 2005. – Т. 7, № 8. – С. 692-696.
6. Густов А.В., Мельникова Т.В., Гузанова Е.В. Синдромы нарушений высших психических функций в неврологической практике. – Н.Новгород: Изд-во «НГМА», 2005. – 151 с.
7. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб.: Изд-во «Фолиант». – 2004. – 300 с.
8. Иванова Г.Е., Шкловский В.М., Петрова Е.А. и др. // Журнал «Качество жизни. Медицина». – 2006. – № 2 (13). – С. 62-70.
9. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / Под ред. Акад. РАМН, проф. А.А. Скоромца. – СПб. – 2003. – 42 с.
10. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия / Под ред. Акад. РАМН, проф. А.А. Скоромца. – СПб. – 2003. – 40 с.
11. Ковальчук В.В. Эпидемиология инсультов и научное обоснование организации медицинской помощи больным с данной патологией в крупном городе (на модели Санкт-Петербурга): Автореф. дис. на соискание уч. степени к.м.н. – СПб., 1998. – 22 с.
12. Колесниченко И.П., Ждан И.Л. Ранняя реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения на базе нейрососудистого реабилитационного отделения санатория «Северная Ривьера» / Материалы научно-практической конференции «Система реабилитации неврологических больных». – СПб., Зеленогорск. – 28.05.2002. – С. 46-50.
13. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М. МГУ, 1973. – 374 с.
14. Львова Р.И. Немедикаментозные методы восстановительного лечения больных с различными формами сосудисто-мозговых нарушений / В сб. научных трудов Республиканского центра реабилитации неврологических больных на базе Ленинградского НИИ им. В.М. Бехтерева «Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте» под общей редакцией М.М. Кабанова – Л. – 1990. – Т. 126. – С. 50-58.
15. Новосельцев С.В. Введение в остеопатию. Мягкотканые и суставные техники. – СПб.: Изд-во «Фолиант». – 2005. – 237 с.
16. Скоромец А.А., Ковальчук В.В. Анализ эффективности различных лекарственных препаратов в лечении инсультов / В сб. научно-практических статей: «Актовегин в неврологии». – Москва. – 2002. – С.152-164.
17. Сорокоумов В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. – СПб.: Изд-во: «Человек». – 2002. – 48 с.
18. Столярова Л.Г., Кадыков А.С., Варакин Ю.А. Применение энцефабола при восстановительной терапии больных, перенесших инсульт / В сб. научных статей: «Энцефабол. Аспекты клинического применения». – Москва. – 2002. – С.19-22.
19. Чикуров Ю.В. Краниосакральная терапия. – М. Изд-во «Трида-Х». – 2004. – 139 с.
20. Шкловский В.М., Шипкова К.М., Лукашевич И.П. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – № 11 - с. 13-16.
21. Burvill P.W., Johnson G.A., Jamrozik K.D et al. Anxiety disorders after stroke: results from the Perth Community Stroke Study // Br J Psychiatr. – 1995. – vol. 166. – P. 328-332
22. Jones L.H. Strain-Counterstrain. Osteopathische Behandlung der Tenderpoints. – Munchen, Jena: Urban & Fischer Verlag, 2001. – 178 p.
23. Karla L. The influence of stroke unit rehabilitation on functional recovery from stroke // Stroke. – 1994. – № 25. – P. 821-825.
24. Lincoln N.B., Gamlen R., Thomason H. Behavioural mapping of patients on a stroke unit // Int Disabil Studies. – 1989. – vol. 11, № 4. – P. 149-154.
25. Ruskin A.P. Understanding stroke and its rehabilitation // Stroke. – 1983. – vol. 14, № 3. – P. 438-442.
26. Shah K.J., Vanclay F., Cooper B. Efficiency, effectiveness, and duration of stroke rehabilitation // Stroke. – 1990. – № 21. – P. 241-246.
27. Still A.T. Osteopathy. Research and practice. – Eastland Press, 1992. – 293 p.
28. Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J. et al. Stroke. A practical guide to management. – London, 1997. – 664 p.