

© 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.*

**Keywords:** 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 отнесенительно 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 серотен-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.

#### **В ы в о д ы**

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. Соловьева<sup>1</sup>, М. П. Дьякович<sup>2</sup>

## ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

<sup>1</sup>ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области, Иркутск; <sup>2</sup>Ангарский 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.