

К.Б.Нурғалиев

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана

*In the last years many achievements in prevention and treatment of patients with acute stroke were reached, this led to a significant reduction in mortality. Despite of this, one of the leading problems of this disease still remains a high percentage of disability (80%). In this regard, to increase efficiency and further improvement of neurorehabilitation is topical issue. The restorative therapy must begin as early as possible, starting with the most acute period of stroke, and continue indefinitely. As objects of research have served 110 patients who suffered from hemorrhagic stroke, and 175 patients who suffered from ischemic stroke. The complex of restorative treatment for patients is used. It includes medical therapy, physiotherapy, exercise therapy, massage, classes with logopedist, psychologist and acupuncture. In result of treatment activities, were increased patients' tolerance to the exercise; fully or partly restored lost moving functions. The results of this work emphasised the importance of rehabilitation of patients who suffered from stroke in a specialized rehabilitation department.*

### Введение

Цереброваскулярные заболевания головного мозга – одна из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации в различных странах мира. На инсульт – основную причину смерти и выхода на инвалидность населения приходится значительная доля расходов здравоохранения в развитых странах. Инсульт приводит к наибольшему уменьшению числа лет с нормальным качеством жизни, по сравнению с любыми другими болезнями [1,3].

В большинстве западных стран ежегодно инсультом заболевают 0,2% населения (2000 на 1 млн. населения) [2]. Ежегодно в мире регистрируется более 30 миллионов случаев инсульта.

По данным ВОЗ, совокупная сумма прямых и непрямых расходов на одного больного инсультом составляет 55 - 73 тысячи американских долларов. В России расходы в связи с инсультом составляют от 16,5 - 33 млрд. долларов в год [17].

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в профилактике и лечении больных с острым нарушением мозгового кровообращения, приведшие к значительному снижению летальности, одной из ведущих проблем при данном заболевании остается высокий процент инвалидности (до 80%). В связи с этим актуальным вопросом является повышение эффективности и дальнейшее совершенствование системы нейрореабилитации.

Следует отметить, что при традиционном лечении, ориентированном на коррекцию неврологического дефицита, к труду возвращалось 20% больных, после прохождения курсового восстановительного лечения в условиях специализированного реабилитационного учреждения этот показатель достигал 61% [12]. До сих пор медицинская реби-

литология ограничивается лечебной физкультурой, массажем, физиотерапией, мануальной терапией, направлением на санаторно-курортное лечение, применяемыми, как правило, разрозненно, бессистемно [16]. Действующие территориальные системы реабилитации не отражают согласованности в реализации мероприятий по медицинской, трудовой и социальной реабилитации больных и инвалидов, а также имеет место проблема отсутствия оценки эффективности медицинской реабилитации [13,14,15].

Традиционно лечение больных с инсультом принято разделять на 3 этапа: лечение в остром периоде, реабилитация и длительный уход. Однако такое подразделение не обеспечивает эффективного достижения цели лечения. При инсульте спастичность формируется к 3–4-й неделе заболевания [8], поэтому необходимо раннее применение методов, препятствующих развитию мышечной гипертонии. Стратегией восстановительной терапии является ликвидация или уменьшение патологических систем, формирующих стойкие неврологические синдромы [9]. Истинное восстановление функций возможно лишь в первые 6 месяцев после инсульта, обеспечивается оно «растормаживанием» функционально неактивных нервных клеток, в том числе в зоне «ишемической полутени», и обусловлено исчезновением отека, улучшением метаболизма нейронов, восстановлением деятельности синапсов. Другим механизмом восстановления является компенсация, которая обеспечивается наличием многосторонних анатомических связей между различными отделами нервной системы и пластичностью нервных центров [10]. Известно, что чем раньше начаты реабилитационные мероприятия, тем они эффективнее [11]. Восстановительная терапия

должна начинаться как можно раньше, начиная с острейшего периода инсульта, и продолжаться непрерывно.

### Материалы и методы

В основу исследования положены результаты клиничко-патогенетической диагностики и комплексного восстановительного лечения 285 больных с инсультами, находившихся на лечении в отделении нейрореабилитации АО РНЦНХ в период с 2009г. по 2011г.

Среди обследованных пациентов преобладали мужчины - 68,8% (196 пациентов), женщины составили 31,2 % (89 наблюдений), что объясняется спецификой ОНМК и демографическими особенностями.

Все больные были разделены на 2 группы: 1 группу составили 110 пациентов, перенесших ОНМК по геморрагическому типу, 2 группу составили 175 пациентов, перенесших ОНМК по ишемическому типу.

В структуре 1 группы мужчин было 80 (72,7%), женщин – 30 (27,3%). Возраст пострадавших варьировал от 19 до 80 лет (средний возраст –  $48,8 \pm 17,3$  лет). Средний возраст во 2 группе составил  $44,1 \pm 13,6$ . Мужчин было 116 (66,3%), женщин 59 (33,7%). По данным наших наблюдений, исследуемые группы были сопоставимы по тяжести общего состояния, полу и возрасту ( $p > 0,1$ ).

В комплексе восстановительного лечения пациентов с последствиями инсульта, использовалось комбинированное лечение - медикаментозная терапия, лечебная физкультура (ЛФК), физиотерапия, массаж, занятия с логопедом, психологом, иглорефлексотерапия.

Применение препарата Диспорт (1000ЕД, 1500ЕД) для лечения спастичности в комплексной терапии показало высокую эффективность. Общая качественная оценка эффективности проведенного лечения позволяет сделать следующее заключение: у большинства пациентов (>70%) отмечен явный позитивный сдвиг по сравнению с состоянием до введения Диспорта. Через 2-3 недели после инъекции препарата нами было отмечено увеличение амплитуды движений в суставах, улучшение взаимодействия с синергистами. При этом не было выявлено ухудшения ситуации, непосредственно связанного с введением препарата. С целью объективизации наблюдений сравнивались данные оценки мышечного тонуса по шкале Эшворта [4,5,6,7].

В комплекс лечебной физкультуры входила пассивная, пассивно-активная гимнастика и постепенная вертикализация больных. Внедрены новые

методики - это эволюционная лечебная гимнастика, аналитическая лечебная гимнастика, китайская лечебная гимнастика, дыхательная лечебная гимнастика, сегментарная лечебная гимнастика, гидрокинезотерапия, механотерапия.

В комплексе логопедической коррекции в нашем отделении были использованы новые методики, разработанные Московской школой нейропсихологов и логопедов, дифференцированный массаж, артикуляционная гимнастика, зондовый массаж артикуляционного аппарата, занятия по коррекции различных видов афазии, восстановления звукопроизношения, фонации, голоса поддачи. При использовании вышеописанных методик отмечается положительная динамика во всех сферах рече-образования. Психологами в своей работе были использованы психологическая компьютерная диагностика, АРТ-терапия (терапия искусством, рисованием, лепкой) с целью улучшения мелкой моторики, сенсорная комната для психологической разгрузки.

Также в комплекс реабилитационных мероприятий входили различные методы и методики физиотерапии (жемчужные ванны, гидромассажные ванны, 4-х камерная гальванованна, 4-х струйно-контрастная ванна, электростимуляция, душ Шарко, циркулярный душ, восходящий душ, лазеротерапия, магнитотерапия, УВЧ, массаж). В отделении с успехом применяются иглорефлексотерапия с электростимуляцией. В результате проведенных лечебных мероприятий, у пациентов увеличилась толерантность к физическим нагрузкам, полностью или частично восстановились утраченные двигательные функции (умение самостоятельно сидеть, одеваться, ходить, умываться, кушать, писать).

Практическая значимость: полученные в работе результаты выявили значимость реабилитации больных инсультом в условиях специализированного реабилитационного отделения. Оценка клинических исходов инсульта и показатели стойкой и временной нетрудоспособности в зависимости от объема и качества реабилитации помогают проводить качественную вторичную профилактику инсульта на популяционном уровне. Расчет экономической эффективности позволяет определить расходы на лечение больных инсультом и более успешно использовать восстановительные мероприятия у данной категории пациентов [17].

### Выводы

Эффективность реабилитации больных с инсультом достоверно выше при проведении восстановительного лечения в реабилитационном отделении, чем в поликлиниках.

- восстановление двигательных функций, коммуникативных возможностей и уровня социальной активности у больных с инсультом происходит более активно при проведении комбинированной терапии в 1-1,5 года от начала заболевания.

- повторный инсульт в течение трехлетнего наблюдения достоверно реже развивался у пациентов, проходивших восстановительное лечение.

- улучшение качества жизни больных с инсультом, уменьшение их физической и социальной дезадаптации выражено в большей степени при лечении в специализированных реабилитационных отделениях, при этом лучшие результаты отмечены у пациентов молодого возраста [17].

### Практические рекомендации

Комплексное восстановительное лечение больных инсультом должно проводиться преимущественно в специализированных реабилитаци-

онных центрах в виде повторных курсов терапии на протяжении 2-3 лет после острого периода инсульта.

- для профилактики повторных церебральных инсультов необходимо проведение активной ранней комплексной восстановительной терапии в специализированных реабилитационных центрах.

- для более полного и адекватного использования различных реабилитационных мероприятий целесообразно применение шкал оценки функционального состояния на различных этапах восстановительного лечения.

- для более полного охвата специализированной реабилитационной помощью больных инсультом необходимо расширять сеть реабилитационных учреждений и увеличивать число реабилитационных коек для больных и инвалидов, перенесших мозговую сосудистую катастрофу.

### ЛИТЕРАТУРА

1. World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York: Oxford University Press 1993.
2. Sudlow C.L., Warlow C.P. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological subtypes: results from an international collaboration. International Stroke Incidence Collaboration. Stroke 1997;28:491-499.
3. Taylor TN, Davis PH, Torner JC. Projected number of strokes by subtype in the year 2050 in the United States. Stroke 1998;29:322-322.abstract.
4. Bori I, Martinez C, Migel F. Uso de la toxina botulinica en pacientes posttraumatismo craneoencefalico. SN 1999 4(4) 153-65.
5. Handbook of botulinum toxin treatment. 2 nd ed. Moore F.P., Naumann M., eds. Oxford, UK Blackwell Science, 2003.
6. Bakheit AMO, Fedorova NV, Skoromets AA, et al. The beneficial antispasticity effect of botulinum toxin type A is maintained after repeated treatment cycles. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2004 75(11) 1558-61
7. Орлова О.Р., Яхено Н.Н. Применение ботокса (токсина ботулизма А) в клинической практике: руководство для врачей. М., 2001. 208с.
8. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Гаптов В.Б., Тихопой Е.В. Реабилитация в неврологии. Учебное пособие. М., 2000.
9. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. М.: Медицина. 1997.
10. Анохин П.К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование. М.: Медицина. 1977; 200 с.
11. Кадыков А.С. Рос. мед. журн. 1997; 1: 21-4.
12. Балунув, О.А. Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте / О.А. Балунува, Т.Д. Демиденко // Ленинградский НИИ им. Бехтерева: материалы. СПб., 1990. - 171с.
13. Вальчук, Э.А. Современное состояние медицинской реабилитации в Республике Беларусь / Э.А. Вальчук, А.Н. Ильницкий // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. 2000. - № 1. - С. 48-51.
14. Леонов, С.А. Достижения и проблемы в лечении инвалидов / С.А. Леонов, И.Н. Калинин // Здравоохран. Рос. Федерации. 1999. - № 3. - С. 28-32.
15. Демиденко, Т.Д. Реабилитация больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга / Т.Д. Демиденко. Л., 1979. - 135с.
16. Руднев, В.А. Метод референтной биоадаптации в реабилитации больных, перенесших полушарный ишемический инсульт / В.А. Руднев
17. Урманчеева Л.Ф. Тема диссертации: «Реабилитация больных ишемическим инсультом и его вторичная профилактика» 2006г.

### ТҰЖЫРЫМ

Соңғы жылдарда қан айналымының жіті бұзылыстарымен ауыратын науқастарды емдеу мен алдын алуда өлім-жітімнің айтарлықтай азаюына қол жеткізген жетістіктерге қарамастан, аталған ауру түрінің жетекші проблемасының бірі мүгедектіктің жоғары пайыз (80 % дейін) болып қалуында.

Осыған байланысты, нейрооңалту жүйесін бұдан ары қарай жетілдіру және тиімділігін жоғарылату өзекті сұрақ болып табылады. Қалпына келтіру терапиясы мүмкіндігінше ерте басталуы керек, инсульттің жіті басталу кезінен басталып тоқтаусыз жалғасуы қажет. Автордың зерттеу объектісі болып геморрагиялық ин-

сульт алған 110 пациент алынды, 175 пациент ишемиялық инсульт алғандар. Инсультпен ауырған пациенттерге қалпына келтіру кешенді емшараларына құрамдастырылған ем-медикаменттік терапия, емдік денешынықтыру (ЕДШ), физиотерапия, массаж, логопедпен, психологпен сабақтар, инемен емдеу қолданылды. Өткізілген емдік шаралардың нәтижесінде пациенттерде денеге түсетін жүктемеге төзімділік артты, қозғалыс функциялары жартылай және толығымен қалпына келді. Жасалған жұмыс нәтижесіндегі қорытындылар арқылы арнайы мамандандырылған оңалту бөлімшесі жағдайында инсультпен ауырған науқастарды оңалтудың маңыздылығы анықталды.

### РЕЗЮМЕ

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в профилактике и лечении больных с острым нарушением мозгового кровообращения, приведшие к значительному снижению летальности, одной из ведущих проблем при данном заболевании остается высокий процент инвалидности (до 80%). В связи с этим актуальным вопросом является повышение эффективности и дальнейшее совершенствование системы нейрореабилитации. Объектом исследования послужили 110 пациентов перенесших геморрагический инсульт, 175 пациентов перенесших ишемический инсульт. В комплекс восстановительного лечения пациен-

там с последствиями инсульта, использовалась комбинированное лечение - медикаментозная терапия, лечебная физкультура (ЛФК), физиотерапия, массаж, занятия с логопедом, психологом, иглорефлексотерапия. В результате проведенных лечебных мероприятий, у пациентов увеличилась толерантность к физическим нагрузкам, полностью или частично восстановились утраченные двигательные функции. Полученные в работе результаты выявили значимость реабилитации больных инсультом в условиях специализированного реабилитационного отделения.