

# Реабилитация после инсульта

*А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова*

**Реабилитация** – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление (полное или частичное) нарушенных функций и социальную адаптацию больных. Реабилитация помогает собственному процессу спонтанного восстановления функций, нарушенных в результате заболевания или травмы, ускоряет и дополняет этот процесс.

Реабилитация как самостоятельная отрасль медицины стала бурно развиваться после Второй мировой войны, во время которой инвалидизация населения достигла небывалых размеров: еще в XIX веке – эпохе преимущественно локальных военных конфликтов – великий русский врач, педагог и общественный деятель Н.И. Пирогов характеризовал войну как “травматическую эпидемию”.

Рост числа сосудистых заболеваний мозга поставил в качестве первоочередной задачу реабилитации больных, перенесших инсульт. Первое в нашей стране сосудистое реабилитационное отделение было создано в НИИ неврологии АМН СССР (в настоящее время ГУ НИИ неврологии РАМН) в 1964 г. В настоящей статье использован многолетний богатый опыт этого отделения в области нейрореабилитации у больных с инсультом.

Актуальность данной проблемы определяется:

- большой распространенностью инсульта в популяции (ежегодно в России происходит около 400 тыс. инсультов);
- высокой степенью инвалидизации больных, выживших после инсульта; это связано с развитием двигательных, речевых и других нарушений, приводящих к социальной и психической дизадаптации, потере трудоспособности и снижению качества жизни.

Основными последствиями инсульта, требующими реабилитационных мероприятий, являются следующие три вида нарушений:

- повреждение, дефект (парезы, атаксия, афазия и т.д.);
- нарушение способности (нарушение ходьбы, самообслуживания, коммуникации и т.д.);
- нарушение социального функционирования (нарушение бытовых навыков, трудоспособности, социальной активности и т.д.).

Почему вообще происходит восстановление нарушенных функций? Восстановление функции объясняется пластичностью ЦНС, а в основе пластичности лежит полисенсорная функция нейрона и нейронального пула (т.е. полифункциональность различных отделов ЦНС) и иерархичность структур мозга. Восстановление нарушенных в результате инсульта функций связано, в первую очередь, с реорганизацией функциональных систем, а также со следующими факторами: ликвидация отека мозга, улучшение кровообращения в областях, пограничных с очагом поражения, растормаживание функционально недеятельных (“выключенных”), но морфологически сохранных нейронов (снятие диашиза).

Уже на первых этапах можно выделить **предикторы** (прогностические факторы) восстановления после инсульта. К числу **неблагоприятных**

**прогностических факторов** относятся:

- локализация очага поражения в функционально значимых зонах (для двигательных функций – в области пирамидного тракта на всем протяжении, для речевых функций – в зонах Брока и/или Вернике);
- большие размеры очага;
- пожилой и старческий возраст (для восстановления речи и сложных двигательных навыков);
- инициальная тяжесть дефектов;
- для восстановления движений: низкий или очень высокий тонус в паретичных конечностях; нарушение мышечно-суставного чувства;
- сопутствующие когнитивные и эмоционально-волевые расстройства.

Такие факторы, как раннее спонтанное восстановление функций, раннее начало реабилитационных мероприятий, их адекватность, сохранность интеллекта и активность больного, относятся к **благоприятным** прогностическим факторам.

К основным **принципам** реабилитации относятся:

- раннее начало;
- систематичность и длительность, что может быть обеспечено только хорошо организованной поэтапной системой реабилитации;
- комплексность и адекватность;
- активное участие в реабилитации самого больного, его близких и родных.

**Задачами** реабилитации постинсультных больных являются:

- восстановление нарушенных функций;
- социальная и психологическая реабилитация;
- профилактика осложнений постинсультного периода;
- профилактика повторных инсультов.

Время после инсульта с точки зрения восстановления функций и задач реабилитации делится на 4 периода:

**Альберт Серафимович Кадыков** – докт. мед. наук, профессор, руководитель 3-го сосудистого (реабилитационного) отделения ГУ НИИ неврологии РАМН.

**Людмила Александровна Черникова** – докт. мед. наук, руководитель отделения нейрореабилитации и физиотерапии ГУ НИИ неврологии РАМН.

**Наталья Владимировна Шахпаронова** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник 3-го сосудистого (реабилитационного) отделения ГУ НИИ неврологии РАМН.



Рис. 1. Состояние двигательных функций к концу острого периода инсульта (а) и концу первого года после инсульта (б).

- острый период (первые 3–4 нед);
- ранний восстановительный период (первые 6 мес, особое значение для восстановления движений имеют первые 3 мес);
- поздний восстановительный период (от 6 мес до 1 года);
- резидуальный период (после 1 года).

Особое значение для восстановления нарушенных функций, социальной и психологической реадaptации, профилактики постинсультных осложнений (контрактуры, пролежни, падения и т.д.) имеет **раннее начало** реабилитации. Многие реабилитационные мероприятия (пассивная гимнастика, массаж, лечение положением, электростимуляция, дыхательная гимнастика, легкая активная гимнастика, занятия по восстановлению речи) могут начинаться уже в самые первые дни острого периода – как только позволит состояние сознания, уровень бодрствования и стабилизация гемодинамических показателей (желательно проведение мониторинга ЭКГ, АД). Активизация больных, включающая перевод в вертикальное положение и обучение ходьбе, при кровоизлияниях большого и среднего размера и больших инфарктах колеблется от 1–2 до 4–6 нед. Этот срок зависит от объема поражения, наличия или отсутствия дислокации ствола и срединных структур мозга, прорыва крови в желудочки, развития гидроцефалии; важное зна-

чение в этот период имеет компьютерная или магнитно-резонансная томография, проводимая в динамике. При средних и мелких инфарктах и небольших ограниченных гематомах без прорыва крови в желудочки активизацию больных можно проводить на 5-е сутки после инсульта.

**Систематичность**, последовательность и длительность реабилитации реализуется системой **этапной** реабилитации, которая в идеале осуществляется следующим образом:

1) 1-й этап – реабилитация начинается в ангионеврологическом (или ангионейрохирургическом) отделении, куда больной доставляется в первые часы после инсульта;

2) 2-й этап – по окончании острого периода больной переводится в реабилитационное отделение той же больницы (если он еще самостоятельно не передвигается), в реабилитационный центр (при возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания) или в реабилитационный санаторий (при хорошем восстановлении функций), либо он проходит амбулаторную реабилитацию;

3) 3-й этап – амбулаторно-поликлиническая реабилитация: в одних случаях это посещение больным реабилитационных отделений или кабинетов поликлиник, в других – организация реабилитации на дому.

Одной из главных задач реабилитации является **восстановление движений** в паретичных конечностях, восстановление ходьбы и самообслуживания. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН (Рябова В.С., 1986) к концу острого периода двигательные нарушения наблюдались у 81,2% выживших больных (в том числе тяжелые – у 22,3%), к концу первого года двигательные нарушения (геми- и реже монопарезы) отмечались лишь у 49,7% к тому времени выживших больных (в том числе тяжелые – у 11,5%). Эти цифры говорят о большой перспективности восстановления нарушенных двигательных функций (рис. 1).

#### Двигательная реабилитация

включает:

- кинезотерапию, направленную на восстановление движений в паретичных конечностях;
- восстановление устойчивости в вертикальной позе (наряду с кинезотерапией здесь большую роль играет биоуправление по стабилотрамме);
- обучение самостоятельному передвижению;
- обучение навыкам самообслуживания;
- борьбу со спастичностью;
- лечение артропатий;
- бытовую реабилитацию (обучение бытовым навыкам) с элементами трудотерапии.

**Борьба со спастичностью** является необходимым компонентом двигательной реабилитации. Обычно нарастание мышечного тонуса в паретичных конечностях происходит в течение первых 2–3 мес после инсульта. В ряде случаев это нарастание тонуса приводит к развитию мышечных контрактур, являющихся значительным препятствием в восстановлении двигательных функций.

Для преодоления спастичности используют следующие методы:

- прием миорелаксантов. Средствами выбора являются: мидокалм – средняя суточная доза составляет 450 мг, баклофен (лиорезал) – средняя суточная доза 30–60 мг, сирдалуд (tizанидин) – средняя суточная

доза 6–12 мг. Дозы повышаются постепенно;

- физиолечение: теплечение (парафиновые или озокеритовые аппликации) или лечение холодом (криотерапия);
- избирательный или точечный массаж;
- специальные упражнения на расслабление, аутотренинг;
- лечение положением (укладка на 2–3 ч руки и/или ноги в специальные лонгетки в позу, противоположной позе Вернике–Манна);
- иглорефлексотерапия.

Как правило, оказывается необходимым применение не одного, а нескольких из приведенных выше мероприятий. Применение миорелаксантов противопоказано при мышечной гипотонии или легкой спастичности мышц паретичной ноги, при атаксии и тазовых нарушениях.

В первые 2 мес у части больных (15%) развиваются трофические изменения суставов (артропатии) паретичных конечностей, у 20–40% в первые 4–5 нед может наблюдаться “синдром болевого плеча” (чаще всего связанный с выходом головки из суставной впадины из-за растяжения суставной связки). Артропатии чаще всего возникают в лучезапястном суставе и суставах пальцев паретичной руки. Все эти явления могут привести к развитию контрактур. Для лечения артропатий используют:

- методы обезболивающей физиотерапии. Средствами выбора являются: диадинамические и синусоидально-модулированные токи, чрескожная электростимуляция, импульсная магнитотерапия, иглорефлексотерапия;
- физические методы, улучшающие состояние трофики суставов и окружающих тканей: теплечение (парафино- или озокеритотерапия), вакуумный и турбулентный массаж;
- анаболические гормоны: ретаболлил 1,0 внутримышечно 1 раз в 7–10 дней, курс лечения 5–6 инъекций;
- при “синдроме болевого плеча” – электростимуляцию мышц плечево-

го пояса, ношение фиксирующей повязки;

- при болях – антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные препараты.

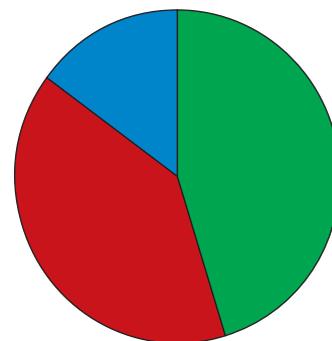
Лечение артропатий следует начинать при первых признаках их развития: появлении небольшой припухлости и небольшой болезненности при надавливании и движениях в суставе.

Вторым по распространенности постинсультных нарушений являются **речевые расстройства**. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого инсульта афазия наблюдалась у 35,9%, дизартрия – у 13,4% больных (рис. 2).

Афазия обычно сопровождается нарушением письма (аграфия), чтения (алексия), а часто и счета (акалькулия). Основным методом реабилитации больных с речевыми нарушениями являются психолого-коррекционные занятия, проводимые или логопедом-афазиологом, или, что встречается реже, нейропсихологом. Хотя наиболее интенсивное восстановление речи происходит в первые 3–6 мес, большинство исследователей считает, что оно может продолжаться до 2–3 лет. Занятия по восстановлению речи проводятся на фоне нейротрофической терапии. Средствами выбора при речевых и когнитивных постинсультных нарушениях являются:

- ноотропил (пирацетам) в суточной дозе 2,4–4,8 г в 2–3 приема, курс – несколько месяцев;
- фезам (пирацетам 0,4 г + циннаризин 0,025 г) – по 1–2 таблетки 2–3 раза в день, курс – несколько месяцев;
- церебролизин по 10,0–30,0 мл внутривенно капельно 1 раз в день, курс – 30 инъекций;
- глиатилин (холин-альфасцерат) применяется как парентерально (по 1,0 внутримышечно, на курс – 20–30 инъекций), так и внутрь: суточная доза 1,2 г (в 2–3 приема), курс – 3–6 мес.

**Центральный постинсультный болевой синдром** наиболее часто возникает при поражении таламуса. Боли в противоположных очагу поражения части тела, лица, конечностях



- Без речевых нарушений
- Афазия
- Дизартрия

Рис. 2. Состояние речевых функций к концу острого периода инсульта.

могут развиваться не сразу, а через несколько месяцев после инсульта, нередко на фоне регресса двигательных и чувствительного дефицита. У всех больных наблюдается выраженный астено-депрессивный синдром со значительными колебаниями настроения. Часто наблюдается тенденция к нарастанию интенсивности болей в течение месяцев и даже лет. Наилучший эффект дает комбинация антидепрессантов (предпочтительно amitриптилин), карбамазепина (тегретол, финлепсин) и физиопроцедур, направленных на активацию ноцицептивной системы (транскраниальная электростимуляция).

Большинство методов, применяемых в реабилитации (кинезотерапия, физиотерапия), достаточно нагружены для больных. Этим и объясняются существующие **противопоказания** к проведению двигательной реабилитации, к которым относятся:

- ИБС с частыми приступами;
- сердечная недостаточность II–III степени;
- высокая и плохо корригируемая артериальная гипертония;
- хронические легочные заболевания: бронхиальная астма с частыми приступами, обструктивный бронхит;
- рак;
- острые воспалительные заболевания.

Ограничивает проведение двигательной реабилитации наличие у боль-

ных тяжелых артритов и артрозов, ампутированных конечностей, тазовых нарушений.

Психозы, выраженные когнитивные нарушения (стадия деменции) являются противопоказанием как для двигательной, так и для речевой реабилитации.

Обязательной составной частью реабилитации является **профилактика повторных инсультов**. Резко повышается вероятное развитие повторного инсульта у тех больных, у которых имеется один и особенно несколько факторов риска. К **курабельным факторам риска** развития инсульта относятся:

- артериальная гипертония;

- гиперхолестеринемия и другие нарушения липидного обмена;
- некоторые заболевания сердца (особенно сопровождающиеся нарушением сердечного ритма);
- курение;
- сахарный диабет;
- ожирение;
- недостаточная физическая активность;
- злоупотребление алкоголем.

Зная механизмы развития первого инсульта, мы можем более целенаправленно проводить профилактику повторных нарушений мозгового кровообращения. При всех подтипах ишемического инсульта назначаются в профилактических целях антиагреганты,

при этом средствами выбора являются: аспирин в малых дозах, тиклопидин, клопидогрель, дипиридамол. При кардиоэмболическом инсульте (особенно при наличии мерцательной аритмии) и инсульте на фоне антифосфолипидного синдрома дополнительно к антиагрегантам назначаются антикоагулянты (варфарин или фенилин). Для профилактики повторных гемодинамических инсультов в ряде случаев показано проведение реконструктивных операций на магистральных артериях головы.

Квалифицированная реабилитация в сочетании с профилактикой повторных инсультов позволяет значительно повысить качество жизни больных и членов их семьи. ●

## РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ФАКУЛЬТЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета (зав. кафедрой – заслуженный врач РФ, академик РАЕН и Американской академии неврологии, руководитель Центра нейрореабилитации и эпилептологии МЗ РФ, профессор А.И. Федин) проводит в **2004 г.** следующие учебные циклы.

1. **“Актуальные вопросы эпилептологии. Клиническая электроэнцефалография”** – очно-заочный цикл тематического усовершенствования для неврологов, психиатров, педиатров, врачей функциональной диагностики. Сроки проведения цикла уточняются по мере комплектования циклов, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла). В работе цикла участвуют ведущие специалисты по эпилептологии г. Москвы. На занятиях освещаются актуальные вопросы диагностики и лечения эпилепсии в свете современных достижений медицины. Занятия проводятся на современно оснащенных клинических базах ГКБ № 15, ЦКБ Московской Патриархии. В процессе преподавания используются современные видео- и аудиопрограммные средства, компьютерные и педагогические технологии.
2. **“Неврология”** – очно-заочный цикл специализации для врачей всех специальностей. Сроки проведения цикла **с 13.09.2004 г. по 28.01.2005 г.**, продолжительность цикла 5 мес (1 мес – заочная часть цикла).
3. **“Неврология”** – сертификационный, очно-заочный цикл для врачей-неврологов. Сроки проведения цикла **с 11.10.2004 г. по 19.11.2004 г.**, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).
4. **“Интенсивная терапия при заболеваниях нервной системы”** – очно-заочный цикл тематического усовершенствования для неврологов, реаниматологов. Сроки проведения цикла **с 11.10.2003 г. по 19.11.2004 г.** Продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).
5. **“Медицинская реабилитация при заболеваниях нервной системы”** – очно-заочный цикл тематического усовершенствования для неврологов. Сроки проведения цикла уточняются по мере комплектования циклов, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).
6. **“Рефлексотерапия”** – сертификационный, очно-заочный цикл для врачей-рефлексотерапевтов. Сроки проведения цикла уточняются по мере комплектования циклов, продолжительность цикла – 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).
7. **“Светорефлексотерапия и лазеротерапия в неврологии”** – очно-заочный цикл тематического усовершенствования для неврологов. Сроки проведения цикла уточняются по мере комплектования циклов, продолжительность цикла 1,5 мес (2 нед – заочная часть цикла).
8. **“Вертеброневрология с основами мануальной терапии”** – очный цикл общего усовершенствования для врачей-неврологов. Сроки проведения цикла **с 13.09.2004 г. по 05.11.2004 г.**, продолжительность цикла 2 мес.

**Заявки на циклы направлять по адресу: 111539 Москва, Вешняковская, 23, Городская клиническая больница № 15, клиника неврологии. Зав. учебной частью Прокина Елена Владимировна.  
Контактный телефон – (095) 370-00-11.**