

Ведение постинсультных больных на амбулаторном этапе

А.С.Кадыков, Н.В.Шахпаронова
Научный центр неврологии РАМН, Москва

Амбулаторное лечение постинсультных больных является важной социальной проблемой. Ежегодно в России происходит более 400 тыс. инсультов в год: около 80% из них – это ишемические инсульты, 20% – геморрагические (17% – внутримозговое кровоизлияние, 3% – субарахноидальное). В остром периоде инсульта (первые 3–4 нед) умирают 32–42% больных, к концу года процент умерших больных составляет 48–63%. Большинство оставшихся в живых являются инвалидами и нуждаются в реабилитации.

Двигательная реабилитация на амбулаторном этапе

К двигательной реабилитации на амбулаторном этапе относятся:

- Активная или пассивная лечебная гимнастика, совершенствование функции ходьбы, равновесия и навыков самообслуживания.

- Избирательный массаж мышц паретичных конечностей.

- Электростимуляция паретичных конечностей.

Основные задачи:

- Увеличение мышечной силы и объема движений в суставах паретичных конечностей.

- Улучшение координации (точности, ловкости) движений.

- Тренировка равновесия.

- Обучение важным двигательным навыкам: ходьбе, самообслуживанию.

Ограничения:

- Осложнения со стороны сердца (ишемическая болезнь сердца с частыми приступами загрудинных болей при физическом напряжении и в покое), сердечная недостаточность.

- Высокие цифры артериального давления (АД), не поддающиеся лечению.

- Острые воспалительные заболевания.

- Артриты в стадии обострения.

Занятия лечебной гимнастикой проводятся или в условиях восстановительного отделения (или кабинета) поликлиники, или в лечебно-физкультурном диспансере и в домашних условиях (особенно при небольшой мобильности больного). Большую роль в реабилитационном процессе на амбулаторном этапе играют родные и близкие больного, которые после консультации методиста по лечебной гимнастике проводят с больным рекомендованные упражнения.

Родственников больного, проводящих с ним занятия лечебной гимнастикой, следует инструктировать, что перед началом занятия, в середине сеанса и в конце необходимо измерять АД и считать пульс. Результаты измерений следует записывать и показывать лечащему врачу.

Если во время занятия у больного возникли боли в сердце, учащенное сердцебиение, одышка, головокружение, резкая слабость, следует занятие тут же прекратить, боль-

ного уложить в постель; при болях в сердце дать под язык нитроглицерин; измерить АД и пульс и вызвать врача.

Постинсультные осложнения

В первые месяцы после инсульта у больных может наблюдаться не только положительный процесс восстановления нарушенных функций (нарастание силы и ловкости в паретичной руке и ноге, восстановление ходьбы, улучшение речи), но и отрицательные явления:

- Нарастание мышечного тонуса в паретичных конечностях, которое может привести к развитию тугоподвижности в суставах (контрактур).

- Контрактуры могут вызвать также и трофические изменения суставов паретичных конечностей в виде артропатий, проявляющихся в припухлости, болезненности в них при движениях.

- Возникновение речевых штампов у больных с нарушениями речи.

Нарастание мышечного тонуса происходит неравномерно: чаще всего спастичность возникает в мышцах – сгибателях предплечья, кисти и стопы, а также в передних мышцах бедра, разгибающих голень. Развивается так называемая поза Вернике–Манна: рука согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы сжаты в кулак, нога же, напротив, выпрямлена, как палка. Наиболее выражена эта поза при ходьбе: «рука просит, нога косит».

Иногда, следуя советам несведущих людей, можно усилить явления спастичности, например, когда больной усердно в течение дня сжимает резиновый мячик или кольцо, или пользуется эспандером для развития сгибательных движений в локтевом суставе.

Бороться с мышечной спастичностью надо начинать на раннем этапе появления неравномерного распределения тонуса в конечностях, часто – в первые дни и недели после инсульта. Хорошим профилактическим мероприятием является лечение положением – особая укладка паретичных конечностей.

Укладка паретичных конечностей в положении больного на спине производится таким образом, чтобы мышцы, в которых после инсульта, как правило, повышается мышечный тонус (приводящие мышцы плеча, сгибатели руки, приводящие мышцы бедра, разгибатели голени и тыльные сгибатели стопы), были растянуты. Укладка паретичных конечностей препятствует развитию мышечных контрактур, способствует снижению мышечного тонуса и предупреждает развитие болей в суставах (особенно плечевом).

Теплолечение также способствует снижению мышечного тонуса. В стационаре и поликлинике с этой целью используют подогретый парафин или озокерит, в домашних условиях можно пользоваться теплыми ванночками (температура 37–40 С), в которые на 10–15 мин погружают паретичную руку.

Для снижения мышечного тонуса помимо физиотерапевтических процедур применяют избирательный массаж

(легкий и медленный – спастичных мышц и более интенсивный – мышц-антагонистов, например, сгибателей при поражении разгибателей).

Широко применяется для снижения мышечной спастичности медикаментозное лечение – таблетки мидокалма, баклофена (лиорезаля), сирдалуда.

Лечение артропатий

Артропатии проявляются припухлостью и болезненностью при движении или надавливании на пораженный сустав. Чаще всего они развиваются в плечевом, лучезапястном суставах и суставах пальцев кисти. Постепенно из-за выраженной болезненности резко ограничиваются не только активные, но и пассивные движения в пораженных суставах.

И здесь помогает тепло – парафиновые или озокеритовые аппликации, теплые ванночки. Наряду с теплелечением применяются анаболические гормоны (в частности ретаболил), улучшающие трофику пораженных тканей, а также обезболивающие средства, в том числе и обезболивающее электролечение (динамические токи). Для профилактики растяжения суставной сумки плечевого сустава, сопровождающегося сильными болями, рекомендуется использовать специальную фиксирующую повязку или косынку для руки.

Центральные постинсультные боли

Причиной болей после инсульта могут быть не только артропатии суставов паретичных конечностей или растяжение суставной сумки плечевого сустава. Сильные жгучие боли, захватывающие половину тела, возникают при рас-

положении очага поражения в области зрительного бугра (таламуса) – образования в глубоких отделах головного мозга, куда сходятся чувствительные пути со всей противоположной очагу поражения половины тела. Зрительный бугор является, таким образом, своеобразным коллектором чувствительности, и при его поражении наряду с болями обычно возникают расстройства восприятия ощущений с противоположной половины тела и легкие двигательные нарушения. «Таламические боли» – острые, часто жгучие, временами внезапно усиливающиеся и становящиеся нестерпимыми. Усилить их могут давление, а иногда даже прикосновение к пораженной части тела, а также перемена погоды, отрицательные эмоции. Наличие постоянных болей и других неприятных ощущений (типа «замерзания», «ползания мурашек», «стягивания») приводит к значительному снижению настроения, чувству подавленности, безысходности. Все интересы больных начинают концентрироваться вокруг своих болевых ощущений.

Установлено, что у большинства больных таламические боли возникают не сразу после инсульта, а через некоторое время, в среднем, через 3–4 мес, нередко на фоне частичного восстановления движений и чувствительности. Что вызывает подозрение, а не произошел ли повторный инсульт. Обнаружение уже в первые дни после инсульта при компьютерной томографии головного мозга очага поражения в области зрительного бугра позволяет прогнозировать возможное развитие в дальнейшем выраженного болевого синдрома.

Для уменьшения интенсивности болей врачи используют не только средства, непосредственно влияющие на болевые ощущения (анальгетики), но и препараты, снижающие порог восприятия боли, к которым относятся антидепрессанты (среди них прежде всего amitriptилин) и другие психотропные средства, а также лекарства, снижающие уровень патологической импульсации, к которым относятся карбамазепин, габапентин, прегабалин.

Нарушения речи

Речевые нарушения являются вторым по частоте постинсультным синдромом, тяжело инвалидизирующим больных. По данным Регистра инсульта НЦН РАМН, к концу острого периода афазия наблюдается у 35% больных, дизартрия – у 13%.

Основным методом речевой реабилитации являются занятия со специалистом по восстановлению речи – логопедом-афазиологом или нейропсихологом. Восстановление движений и речи не всегда идет параллельно. Процесс восстановления речи иногда происходит медленнее, чем восстановление движений, и может продолжаться и 1 год, и 2, а в некоторых случаях 3 года и даже более. И здесь роль семьи неопределима, тем более что логопедическая служба имеется лишь в некоторых городах страны. Родственники, получившие необходимую консультацию у логопеда или врача, знакомого с проблемой логопедического обучения, в значительной степени могут помочь больному в восстановлении речи и таких тесно связанных с речью функций, как чтение и письмо. Определенную помощь в этом могут оказать различные пособия по обучению больных с афазией.

Самым губительным для восстановления речи является так называемая «речевая изоляция» больного, когда он предоставлен сам себе, с ним мало разговаривают, его не приглашают для участия в общей беседе, для обсуждения домашних проблем.

На определенном этапе восстановления речи имеет смысл использовать магнитофон. Больной прослушивает наговоренный им текст, находит сделанные ошибки, повторяет его и снова слушает запись.



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация – это комплекс мероприятий (медицинских, физических, педагогических, психологических и др.), направленных на восстановление нарушенных функций, социальную адаптацию больных и улучшение их качества жизни. Основные принципы реабилитации:

- Раннее начало.
- Длительность и систематичность, что подразумевает необходимость амбулаторной реабилитации.
- Комплексность и мультидисциплинарность – участие в реабилитационном процессе многих специалистов разного профиля (врач, методист по лечебной гимнастике, физиотерапевт, массажист, логопед-афазиолог, психолог и т.д.).
- Активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных и близких.

Реабилитация должна начинаться в остром периоде в условиях ангионеврологического (или обычного неврологического) отделения, куда доставлен больной машиной скорой помощи. В дальнейшем рекомендуется перевод больного в зависимости от его состояния или в реабилитационное отделение той же больницы, или в реабилитационный центр, или в реабилитационный санаторий. Однако основная тяжесть реабилитации обычно приходится на амбулаторный период. Задачами амбулаторного периода являются: продолжение реабилитационных мероприятий в поликлинических условиях (или при выраженных нарушениях мобильности на дому) и профилактика повторных инсультов.

Важнейшей составной частью реабилитационных мероприятий является двигательная реабилитация. По данным Регистра инсульта НЦН РАМН, к концу острого периода двигательные нарушения наблюдаются у 81% выживших больных; в том числе у 11% – гемиплегия (полный паралич), у 11% – грубый и выраженный гемипарез, у 59% – умеренный и легкий гемипарез (или монопарез).



Параллельно с речевым общением и занятиями устной речью больных необходимо обучать чтению и письму, так как восстановление этих функций в значительной степени способствует улучшению речи. Если нет надежды на восстановление письма правой рукой, следует учить больного писать левой.

Для проведения занятий по восстановлению речи, чтения, письма требуются разные пособия:

- предметные и сюжетные картинки (их можно вырезать из детских книг, журналов);
- разрезная азбука, букварь;
- книги для чтения; на первых порах это книги для младшего возраста: сказки, детские рассказы, например Л.Н.Толстого, учебники русского языка для иностранцев.

Занятия по восстановлению речи при хорошем общем состоянии больного проводятся по 30–60 мин 1–3 раза в день. Однако многие больные не могут долго концентрировать свое внимание. При длительном умственном напряжении у них возникают головные боли, головокружение, повышается кровяное давление. В этих случаях занятия следует проводить по 10–15–20 мин, но количество их в течение дня увеличить до 5–7 раз. Однако, стремясь чаще проводить восстановительные занятия, не надо оказывать психологическое давление, когда больной плохо себя чувствует или не в настроении; не следует прерывать, если он хочет что-либо сказать, но это плохо получается.

Нарушения когнитивных функций

Инсульт часто приводит к нарушению когнитивных функций, к которым относятся память, интеллект, внимание, умственная работоспособность. Эти нарушения у большинства больных, перенесших инсульт, выражены умеренно и, как правило, не отражаются на их социальном функционировании, но снижают качество жизни и работоспособность. У части больных после инсульта развивается деменция (слабоумие), обычно легкая, для которой характерны значительное снижение социальной активности, нарушение работоспособности и в тяжелых случаях – самообслуживания. По данным исследователей, частота постинсультной деменции достигает 26%, причем с возрастом ее частота увеличивается.

Медикаментозная коррекция речевых и когнитивных нарушений

Помимо занятий с логопедом-афазиологом по восстановлению речи при постинсультной афазии и занятий с психологом по тренировке памяти и внимания при когнитивных нарушениях, большую роль в восстановлении речи и когнитивных функций играет медикаментозная терапия, прежде всего включающая препараты, обладающие ноотропным, нейротрофическим и нейропротективным эффектом. Последнее время ведущее место среди этих средств занял отечественный препарат кортексин.

Кортексин – это комплекс низкомолекулярных пептидов, полученный из коры мозга крупного рогатого скота. В состав кортексина входят нейропептиды, L-аминокислоты, микроэлементы (цинк, марганец, селен, медь, магний и др.), витамины (В₁, В₂, РР, А, Е). Кортексин оказывает непосредственное влияние на метаболизм нейронов, что способствует восстановлению функции головного мозга. Кортексин регулирует состояние тормозных и возбуждающих аминокислот: уровень серотонина и дофамина, оказывает ГАМКергическое влияние, обладает антиоксидантной активностью. Кортексин стимулирует репарационные процессы, оказывает ноотропный эффект – положительное влияние на внимание, память, умственную работоспособ-



РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

КОРТЕКСИН
 Препарат вводят внутримышечно.
Взрослым препарат назначают в дозе 10 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней; **детям с массой тела менее 20 кг** – в дозе 0,5 мг/кг массы тела, **с массой тела более 20 кг** – в дозе 10 мг/сут в течение 10 дней.
 При необходимости проводят повторный курс через 3–6 мес.

Правила приготовления раствора
 Содержимое флакона растворяют в 1–2 мл 0,5% раствора прокаина (новокаина), воды для инъекций или 0,9% раствора натрия хлорида.

Представлена краткая информация производителя по дозированию лекарственного средства.
 Перед назначением препарата внимательно читайте инструкцию.

ность. Доказана эффективность применения кортексина не только у больных, перенесших инсульт, но и при хронических сосудистых заболеваниях головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия), последствиях черепно-мозговой травмы, эпилепсии, у детей с нарушениями умственного и речевого развития. Важным фактором является то обстоятельство, что при применении кортексина не наблюдается побочных явлений.

Кортексин назначается по 10 мг (20 мг) внутримышечно 1 раз в день ежедневно в течение 10 дней. При необходимости курсы повторяют через 3–6 мес.

Дополнительно к кортексину можно назначить и другие ноотропные препараты с холинергическим действием: пирацетам в дозе 0,8–1,2 г 2–3 раза в день в течение нескольких месяцев, холина альфосцерат по 0,4 г 3 раза в день в течение нескольких месяцев.

Постинсультные эмоциональные нарушения

Постинсультная депрессия (ПИД) наблюдается более чем у 1/3 больных, перенесших инсульт. Необходимость своевременной адекватной коррекции ПИД диктуется следующими обстоятельствами:

- В течение первых лет после инсульта у больных с ПИД наблюдается большая смертность, чем у больных без депрессии.

- У больных с ПИД более низкий уровень повседневной активности и более низкое качество жизни.

Депрессия может усилить имеющиеся у больного когнитивные нарушения.

ПИД часто сочетается с астенией и тревожностью, что необходимо учитывать при назначении лечения. Лечение больных с ПИД должно включать длительный многомесячный прием антидепрессантов, не обладающих седативным действием. Наиболее часто применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин, пароксетин и др.) или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (милнаципран, дулоксетин).

Профилактика повторных инсультов

Второй после реабилитации важной задачей амбулаторного периода ведения больных, перенесших инсульт, является профилактика повторных инсультов. В профилактике повторных инсультов можно выделить два основных вектора:

- Профилактика с учетом имеющихся у больного факторов риска развития инсульта.

- Профилактические мероприятия, учитывающие характер и патогенез первого инсульта.



Фактор риска – это особенности образа и условий жизни человека, особенности его организма. Которые могут и не явиться непосредственной причиной заболевания, но увеличивают вероятность его возникновения.

Наличие фактора риска не означает, что у человека обязательно возникнет инсульт. Однако в этом случае риск заболеть инсультом у него значительно выше по сравнению с любым другим человеком одного с ним возраста, но благополучного по факторам риска.

Резко повышается опасность развития инсульта у тех людей, у которых одновременно имеется несколько факторов риска. Снижение факторов риска является важным шагом в профилактике инсульта.

К регулируемым (поддающимся воздействию) факторам риска относятся:

- Артериальная гипертензия – АГ (повышение АД).
- Болезни сердца.
- Нарушения обмена липидов и развитие атеросклероза.
- Курение.
- Сахарный диабет.
- Малоподвижный образ жизни.
- Стрессы.
- Злоупотребление алкоголем.
- Оральные контрацептивы.

К факторам риска повторных ишемических инсультов некоторые исследователи относят транзиторные ишемические атаки.

Профилактические мероприятия с учетом факторов риска включают:

- При АГ – адекватную гипотензивную терапию.
- При заболеваниях сердца, сопровождающихся мерцательной аритмией, – постоянный прием оральных антикоагулянтов (варфарин и др.) под контролем международного нормализованного отношения – МНО (целевые цифры МНО: 2–3).
- При искусственных клапанах сердца целевой уровень МНО: 3–4.
- При нарушениях липидного обмена – антисклеротическая диета и прием статинов.
- При сахарном диабете – диета и адекватная сахароснижающая терапия (поддержание уровня HbA1c, близкого к норме).
- При курении, ожирении, гипокинезии, злоупотреблении алкоголем – изменение образа жизни.

Так как в большинстве случаев механизм развития повторного инсульта сходен с первым, профилактическая терапия должна учитывать характер и патогенетический механизм уже случившегося первого инсульта. Основной причиной геморрагического ин-

сульта (ГИ) является АГ, на втором месте – разрыв аневризмы, а в пожилом возрасте – амилоидная ангиопатия.

При гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях основным методом профилактики является адекватная гипотензивная терапия. В тех случаях, когда ГИ произошел на фоне нормального АД, необходимо обследование в условиях квалифицированного неврологического отделения с применением ангиографического исследования сосудов головного мозга.

Причины и механизм развития ишемических инсультов (ИИ) более разнообразны. Выделяют пять основных патогенетических подтипов ИИ:

- Атеротромботический инсульт (АТИ).
 - Кардиоэмболический инсульт (КЭИ).
 - Гемодинамический инсульт (ГДИ).
 - Лакунарный инсульт (ЛИ).
 - Гемореологический инсульт (ГРИ).
- АТИ – в основе развития лежат два основных механизма: развитие на месте атеросклеротической бляшки, обычно изъязвленной, тромба с последующей закупоркой (окклюзией) сосуда. Наиболее частая локализация окклюзии – устье внутренней сонной или позвоночной артерии. Другой механизм – отрыв от изъязвленной поверхности атеросклеротической бляшки тромботических

КОРТЕКСИН®

Полноценная работа мозга!

Показания к применению:

- острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический и геморрагический инсульт)
- энцефалопатии (дисциркуляторная, посттравматическая, токсическая и др.)
- черепно-мозговая травма и ее последствия
- вирусные и бактериальные нейроинфекции и их последствия
- острые и хронические энцефалиты и энцефаломиелиты
- невриты и нейропатии
- астенические состояния
- эпилепсия
- нарушения памяти и мышления различного генеза
- снижение способности к обучению
- вегетативно-сосудистая дистония
- различные формы детского церебрального паралича
- задержка психомоторного и речевого развития у детей



Регистрационный номер P N003862/02 от 30.06.09



Телефон горячей линии:
8-800-333-43-76
(звонок по России бесплатный)
www.geropharm.ru



масс (эмбола) и закупорка эмболом дистально лежащего мозгового сосуда.

Профилактика повторных АТИ включает прием антиагрегантов: ацетилсалициловая кислота в дозе 50–100 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут, а также прием статинов вне зависимости от уровня липидов.

КЭИ. В основе развития ИИ лежит кардиоэмболия. Источником эмбола может быть тромбообразование в камерах сердца (при мерцательной аритмии, гипокинезии мышечной стенки сердца в результате инфаркта миокарда, аневризме сердца) или клапанная патология (искусственные клапаны, бактериальный или ревматический эндокардит). Меры профилактики повторных КЭИ описаны в разделе профилактических мероприятий при факторах риска.

ГДИ развивается при сочетании двух факторов: критического стеноза крупного сосуда, кровоснабжающего мозг (для внутренней сонной артерии – это стеноз, закрывающий просвет сосуда на 70% и более), в сочетании с неблагоприятным гемодинамическим фактором (резкое падение АД, снижение минутного объема сердца). Профилактика повторных инсультов включает прием антиагрегантов, статинов, реконструктивные операции на стенозируемом сосуде, кардиальную терапию.

ЛИ – небольшой инфаркт (от 0,5 до 1,5 см в диаметре), наиболее частой причиной которого является длительно существующая АГ с резкими колебаниями АД, приводящая к деструкции стенки мелких артерий мозга. Профилактика повторных ЛИ включает нормализацию АД, прием антиагрегантов.

ГРИ – редкий подтип ИИ, когда отсутствует выраженный атеросклероз, АГ и васкулит, но имеются выраженные изменения свертывающих свойств крови и повышение агрегации тромбоцитов и эритроцитов. Профилактическое лечение включает постоянный прием антиагрегантов, длительный прием пентоксифиллина (трентала), а при необходимости и антикоагулянтов (варфарина).

Как показывает наш и зарубежный опыт, у значительной части больных наблюдается низкая приверженность лечению и немедикаментозным методам профилактики, включающим диету, отказ от курения, оптимизацию образа жизни. Поэтому лечащий врач обязательно должен привлекать к лечебному процессу родных и близких больного, разъясняя им необходимость предложенных мер с целью предотвращения развития повторных, более тяжелых инсультов.

Острые боли в пояснично-крестцовой области

В.А.Парфенов
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Боли в пояснично-крестцовой области – боли, локализующиеся между 12-й парой ребер и ягодичными складками, – представляют собой одно из наиболее распространенных страданий современного человека. Они занимают одно из ведущих мест среди причин обращаемости к врачу и получения нетрудоспособности у лиц разного возраста. С ними связаны громадные социально-экономические потери для общества в связи с временной утратой трудоспособности.

Основные причины

Основные причины болей в пояснично-крестцовой области представлены в табл. 1.

Острая боль в пояснично-крестцовой области чаще всего (70–80% случаев) имеет мышечное происхождение, она возникает под влиянием мышечного перенапряжения, например, неподготовленного движения, или интенсивной физической активности, что приводит к травме мышц спины, их растяжению, к надрывам мышеч-

ных и соединительнотканых волокон, особенно в местах прикрепления мышц. Несколько реже боль вызвана рефлекторным мышечно-тоническим напряжением мышц спины вследствие остеохондроза и/или спондилоартроза. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника включает дегенеративные поражения хряща межпозвоночного диска и реактивные изменения со стороны тел смежных позвонков. Спондилоартроз представляет патологию межпозвоночных (фасеточных) суставов, вызванную дегенеративно-дистрофическими изменения-

ми или функциональным блокированием синовиальной оболочкой. Боли вследствие травмы или растяжения мышц, а также патологии межпозвоночных дисков или суставов часто расцениваются как скелетно-мышечные боли. Во многих случаях трудно выяснить, связана боль с первичным или вторичным напряжением мышц либо поражением связок, поэтому часто она расценивается как неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в пояснично-крестцовой области.

Значительно реже (3–5% случаев) острая боль в пояснично-крестцовой



ОБСЛЕДОВАНИЕ И ДИАГНОЗ

Для установления причины болей в пояснично-крестцовой области необходимо тщательное обследование пациента, включающее выяснение жалоб, сбор анамнеза, соматическое и неврологическое обследования, а в части случаев и дополнительные исследования. Соматическое обследование направлено на выявление злокачественных новообразований, инфекционных процессов и соматических заболеваний, которые могут проявляться поясничной болью. При неврологическом обследовании следует оценить эмоциональное состояние больного, определить, имеются ли парезы, расстройства чувствительности и выпадение рефлексов. Симптомы опасности представлены в табл. 2.