

Роль реабилитационного потенциала в восстановительном периоде инсульта

Л.Б.Новикова, А.П.Акопян, А.Р.Ахметова

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 450008, Россия, Уфа, ул. Ленина, д. 3

Исследование больных в раннем постинсультном периоде показало, что большинство пациентов имели высокий и средний реабилитационный потенциал, на который повлияли: возраст, двигательные расстройства, соматическая патология, наличие когнитивного дефицита и депрессии.

Ключевые слова: инсульт, реабилитационный потенциал, факторы.

Для цитирования: Новикова Л.Б., Акопян А.П., Ахметова А.Р. Роль реабилитационного потенциала в восстановительном периоде инсульта. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1): 14–16.

Original research

The role of rehabilitation potential in the restorative period of the stroke

L.B.Novikova, A.P.Akopian, A.R.Akhmetova

Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 450008, Russian Federation, Ufa, ul. Lenina, d. 3

Abstract

The examination of patients after a stroke showed that most patients had high and medium rehabilitation potential that is affected by: age, movement disorders, somatic disorders, cognitive deficit, depression.

Key words: stroke, rehabilitation potential, factors.

For citation: Novikova L.B., Akopian A.P., Akhmetova A.R. The role of rehabilitation potential in the restorative period of the stroke. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.1): 14–16.

Актуальность

Инсульт – важнейшая медико-социальная проблема во всем мире. Следствием инсульта являются стойкая инвалидизация больных, значительное снижение социального и бытового функционирования [1]. Наиболее благоприятным периодом для достижения функциональной активности больных является ранний реабилитационный период – до 6 мес после перенесенного инсульта, в котором важна оценка функционирования организма, адекватности ответа сердечно-сосудистой, дыхательной и вегетативной системы на предъявляемые нагрузочные тесты, состояние когнитивной и эмоциональной сферы [1, 2]. Для успешной реализации целей и задач восстановительной терапии реабилитационный процесс должен базироваться на основных принципах реабилитации: комплексности, обоснованности, индивидуальном подходе, этапности, преемственности, мультидисциплинарности, длительности [3]. При планировании реабилитационных мероприятий необходимо учитывать индивидуальные адаптационные возможности каждого пациента, его конституциональные анатомо-физиологические, энергетические и личностные особенности. Прогноз результатов реабилитационного процесса, направленного на восстановление утраченных функций в постинсультном периоде, определяется факторами реабилитационного потенциала (РП). Согласно определению РП – «медицински обоснованная вероятность достижения определенных целей реабилитации в определенный отрезок времени». На основе РП строится реабилитационный прогноз, характеризующийся как медицински обоснованная вероятность достижения целей реабилитации с учетом особенностей заболевания, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей (Г.Е.Иванова). Существенное влияние на способность активного сотрудничества больных с членами мультидисциплинарной бригады и эффективность реабилитации оказывают когнитивные и тревожно-депрессивные расстройства у постинсультных больных. Состояние эмоционально-когнитивной сферы наряду со степенью невроло-

гического дефицита и стабильности соматических функций необходимо учитывать для разработки эффективной реабилитационной программы, прогнозирования степени восстановления нарушенных функций, реабилитационного прогноза в целом [2, 4, 5].

Цель исследования: определить факторы, влияющие на реабилитационный потенциал больных в раннем и позднем восстановительном периоде инсульта.

Материалы и методы

Проводился ретроспективный анализ историй болезней 100 пациентов, перенесших инсульт, находившихся на лечении в Городском центре восстановительной медицины и реабилитации для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №5». Средний возраст больных составил $65,6 \pm 10,4$ года, из них 26 (26%) женщин и 74 (74%) мужчины. Преобладание лиц мужского пола в нашем исследовании подтверждается итогами территориально-популярного регистра 2009–2014 гг. по Республике Башкортостан, в котором заболеваемость инсультом среди мужчин была достоверно выше, чем у женщин, – $3,2:1,6$ ($p < 0,01$). Пациенты раннего восстановительного периода (до 6 мес от начала заболевания) составили 79 (79%), позднего (от 6 мес до 1 года) – 19 (19%) и резидуального (более 1 года от перенесенного инсульта) – 2 (2%) случая.

Оценка РП проводилась с помощью анализа данных историй болезни и реабилитационного листа, разработанного в Городском центре восстановительной медицины и реабилитации для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, учитывающего возраст больных, состояние двигательной, когнитивной, эмоциональной сферы, наличие соматической патологии (артериальная гипертензия – АГ, ишемическая болезнь сердца – ИБС, нарушение сердечного ритма). Всем больным были проведены клинико-инструментальные и лабораторные исследования. Для оценки двигательной и повседневной активности учитывались показатели шкалы Рэнкина, индекса мо-

Нарушение когнитивных функций и депрессия у больных в восстановительном периоде инсульта				
Степень нарушения	Когнитивные нарушения		Депрессивные расстройства	
	абс.	%	абс.	%
Норма	19	30,7	17	27,4
Легкие и умеренные	32	51,6	33	53,2
Тяжелые	–	–	12	19,4
Деменция	11	17,7	–	–

бильности Ривермид. С целью определения наличия когнитивных и депрессивных расстройств проводилось нейропсихологическое исследование с использованием шкал и тестов: Краткой шкалы исследования психических функций (Mini-Mental State Examination – MMSE), теста Self Administred Gerocognitive Exam (SAGE) и Гериатрической шкалы депрессии у 62 (62%) больных. Состояние когнитивных функций оценивалось в 2 этапа: I этап – скрининговое исследование с применением шкалы MMSE, II этап – с использованием теста SAGE, который является более чувствительным для начальных проявлений деменции, содержит задания для выявления зрительно-пространственных нарушений, часто встречающихся у постинсультных больных. Вычислялись средние значения результатов в баллах.

Обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Все пациенты имели достоверный диагноз церебрально-го инсульта по данным комплексного клинического, лабораторного обследования и нейровизуализации (компьютерная, магнитно-резонансная томография головного мозга). Больные получили консультацию терапевта и специалистов по профилю для определения функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, урологической и скелетно-мышечной сферы. В структуре сопутствующей соматической патологии преобладало наличие АГ у 97 (97%), в сочетании с ИБС – 33 (33,3%), нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий (ФП) – 8 (8,8%), сахарным диабетом – у 15 (15%) больных. Аортокоронарное шунтирование в анамнезе было у 2 (2%) больных, и 1 пациент перенес оперативное вмешательство по поводу протезирования митрального клапана искусственным протезом.

Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу перенесли 90 (90%) больных, геморрагический инсульт – 7 (7%), сочетание ишемического и геморрагического инсульта в анамнезе было у 3 (3%). Среди подтипов ишемического инсульта преобладал атеротромботический подтип – 62 (62%), лакунарный – 15 (15%), кардиоэмболический – 11 (11%), криптогенный вариант составил 12 (12%).

В неврологическом статусе у всех пациентов отмечались нарушения двигательных функций различной степени выраженности. Речевые нарушения, не затрудняющие контакт, были у 24 (24%) больных.

Оценка степени инвалидизации и активности по шкале Рэнкина показала, что 8 (8%) пациентов имели 1-ю степень ограничения жизнедеятельности с незначительным неврологическим дефицитом, без ограничений активности; 27 (27%) – 2-ю (легкую) степень ограничения активности без необходимости посторонней помощи. В этой группе больных восстановительная терапия была направлена на повышение толерантности к физическим нагрузкам, улучшение речевых функций, совершенствование мелкой тонкой моторики кисти, расширение возможностей эрготерапии. Умеренную степень ограничений имели 62 (62%) больных, которые хотя и нуждались в незначительной посторонней помощи, но самостоятельно

передвигались, и только у 3 (3%) пациентов были выраженные признаки инвалидизации, соответствующие 4-й степени, с нуждаемостью в посторонней помощи. Таким образом, значительная часть – 35 (35%) – больных имели благоприятные перспективы по восстановлению утраченных функций, а у 62 (62%) можно было ожидать снижения степени инвалидизации, расширение повседневной активности и улучшение качества жизни в результате восстановительной терапии.

По значению индекса мобильности Ривермид у большинства пациентов – 74 (74%) – определялось умеренное ограничение мобильности, у 21 (10%) – легкое ограничение, 2 (2%) удавалась быстрая ходьба, и только у 3 (3%) больных мобильность ограничивалась пределами кровати и/или комнаты.

В программе восстановления двигательных функций учитывались характеристики двигательного дефекта и возможные сроки его восстановления по 3 уровням: истинное восстановление, компенсация утраченной функции, приспособление к имеющемуся дефекту [6]. При наличии умеренного двигательного дефекта у 2 (3,2%) больных с правополушарной локализацией очага инсульта значительные затруднения в процессе реабилитации объяснялись наличием neglect-синдрома.

Нарушение когнитивных функций по результатам исследования теста SAGE определялось у 43 (69,3%) больных. Депрессивное расстройство разной степени выраженности, по данным Гериатрической шкалы депрессии, имели 45 (72,6%) пациентов (см. таблицу).

Нарушение когнитивных функций и депрессия оказывают значительное влияние на реабилитационный потенциал пациентов, снижают степень их мотивации, вовлеченности в восстановительный процесс, затрудняют сотрудничество и коммуникативность с членами мультидисциплинарной бригады в условиях стационара и внутри семьи, снижают способность поддерживать активность в повседневной жизни, что при наличии моторного дефекта существенно влияет на эффективность реабилитации [7]. Наличие когнитивного дефицита у больных, перенесших инсульт, свидетельствует о снижении резерва нейропластичности, отражающей способность мозга к морфофункциональной перестройке, синаптогенезу, образованию новых нейрональных сетей и функциональных связей как основы восстановительной терапии. Субъективное когнитивное снижение у 12 (19,4%) пациентов было связано с депрессией. Их жалобы касались снижения памяти, затруднений при концентрации внимания, умственной и физической утомляемости, плохой переносимости и чувствительности к внешним раздражителям – свету, шуму, разговору по телефону. Больные отличались пассивностью, нередко просили отложить занятия или уклонялись от их выполнения, ссылаясь на плохое самочувствие или отсутствие желания и «смысла». Наряду с этим хорошо справлялись с тестированием на оценку состояния когнитивных функций, пространственную ориентацию. Поскольку депрессия, когнитивный дефицит, особенно деменция, вне контекста прочих неврологических и эмоциональных расстройств углубляет степень инвалидизации и снижает эффективность реабилитации у пациентов в постинсультном периоде, требуется своевременная диагностика этих пато-

логических состояний уже в остром периоде инсульта, с медикаментозной и психотерапевтической коррекцией. До поступления в отделение нейрореабилитации в нашем исследовании у 16 (16%) больных установлены расстройства когнитивной сферы, а 12 (12%) принимали антидепрессанты (Феварин, циталопрам) в связи с депрессией и анксиолитические препараты для коррекции тревоги. В отличие от эндогенной депрессии симптомы сосудистой и постинсультной депрессии не имеют циклического течения, отличаются наличием тревожных расстройств на фоне сниженного настроения и работоспособности [8]. Для верификации диагноза депрессивного расстройства и его эффективной коррекции требуется дальнейшее наблюдение специалистов за больными с положительными результатами на наличие депрессии Гериатрической шкалы депрессии в нашем исследовании.

При планировании программы реабилитации когнитивных и двигательных функций основывались на принципах нейродинамической теории и структурно-функциональной организации деятельности блоков мозга (brain blocks) А.Р.Лурии, обеспечивающих единую интегративную деятельность мозга [9]. Задачей на этапах реабилитации в аспекте системной функциональной нейродинамики является поддержание общего активного фона и тонуса центральной нервной системы, что обеспечивается дозированным притоком раздражений с периферии и тренировкой модально-специфических процессов, включающих зрительные, слуховые, кинестетические, сенсорные анализаторы. При работе с больными на этом уровне соблюдался всеобщий принцип (Г.Е.Иванова, 2009), основанный на первоначальной стимуляции сохраненной одной модальности с поэтапным вовлечением других модальностей. Например, после коррекции нарушений позы, патологических установок паретичных конечностей переходили к восстановлению тонкой моторики руки, предъявляли повторные задания по тренировке скорости ходьбы (timed walking test), усложняли логопедические занятия.

По совокупности факторов и сумме набранных баллов раздела «Оценка реабилитационного потенциала» реабилитационного листа судили о степени РП, который оценивался как низкий, средний и высокий. Благоприятный реабилитационный прогноз ожидался у пациентов с наименьшим количеством баллов – 40 (40%) и частично со средним количеством баллов – 51 (51%) больного, у которого РП оценивался как высокий и средний. Низкий РП с неблагоприятным прогнозом по восстановлению утраченных функций был у остальных 9 (9%) участников исследования.

Заключение и выводы

Для повышения эффективности восстановительной терапии постинсультных больных необходимо с позиций комплексного подхода учитывать все факторы, как способствующие успешной реализации программы реабилитации, так и задерживающие ее. Эта задача достигается путем реального построения цели, времени и объема реабилитационных мероприятий с учетом РП, на который в на-

шем исследовании повлияли: возраст, степень нарушения двигательной сферы, наличие соматической патологии, когнитивных и депрессивных расстройств. По совокупности факторов в нашем исследовании 91 (91%) пациент имел высокий и средний РП. По шкале Рэнкина у 97 (97%) больных можно было ожидать расширения жизнедеятельности и снижения степени инвалидизации. По индексу мобильности Ривермид 74 (74%) пациента с умеренным ограничением мобильности в результате восстановительной терапии могли улучшить двигательные возможности до степени легких ограничений. Расстройства когнитивной и эмоциональной сферы имелись у большинства больных за исследуемый период, что учитывалось в процессе восстановительной терапии. Обоснованность применения медико-технических средств, объем, сроки, цели и последовательность реабилитационных мероприятий должны определяться совокупностью медицинских и социально-психологических факторов с учетом уровня РП.

Литература/References

1. Инсульт. Руководство для врачей. Под ред. Л.В.Стаховской, С.В.Котова. М.: МИА, 2014; с. 367. / Insult. Rukovodstvo dlia vrachei. Pod red. L.V.Stakhovskoi, S.V.Kotova. M.: MIA, 2014; s. 367. [in Russian]
2. Захаров В.В., Вахнина Н.В., Громова Д.О., Тараповская А.А. Диагностика и лечение когнитивных нарушений после инсульта. Мед. совет. 2015; 10: 26–32. / Zakharov V.V., Vakhnina N.V., Gromova D.O., Tarapovskaia A.A. Diagnostika i lechenie kognitivnykh narushenii posle insulta. Med. sovet. 2015; 10: 26–32. [in Russian]
3. Иванова Г.Е. Организация реабилитационного процесса. Здравоохранение Чувашии. 2013; 1: 18–23. / Ivanova G.E. Organizatsiia reabilitatsionnogo protsessa. Zdravookhranenie Chuvashii. 2013; 1: 18–23. [in Russian]
4. Воскресенская О.Н., Клемешева Ю.Н., Акимова Т.Н. Реабилитационный потенциал инвалидов с последствиями церебрального инсульта и влияние на него факторов, характеризующих организацию реабилитационной помощи. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012; 8 (2): 25–30. / Voskresenskaia O.N., Klemesheva Yu.N., Akimova T.N. Reabilitatsionnyi potentsial invalidov s posledstviimi tserebral'nogo insulta i vliianie na nego faktorov, kharakterizuiushchikh organizatsiiu reabilitatsionnoi pomoshchi. Zhurn. nevrologii i psikiatrii im. S.S.Korsakova. 2012; 8 (2): 25–30. [in Russian]
5. Kauramen T, Turunen K, Laaris S et al. The severity of cognitive deficits predicts return to work after a first-ever ischaemic stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2013; 84: 316–21.
6. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта. Рус. мед. журн. 2003; 11 (25): 1390–4. / Kadykov A.S., Shakhparonova N.V. Reabilitatsiia posle insulta. Rus. med. zhurn. 2003; 11 (25): 1390–4. [in Russian]
7. Alosco ML, Spitznagel MB, Cohen R. Cognitive impairment is independently associated with reduced instrumental activities of daily living in persons with heart failure. J Cardiovasc Nurs 2012; 27 (1): 44–50.
8. Смуглевич А.Б. Депрессия в общей медицинской практике. М., 2000. / Smulevich A.B. Depressiia v obshchemeditsinskoi praktike. M., 2000. [in Russian]
9. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во МГУ, 1962. / Lurii A.R. Vysshie korkovye funktsii cheloveka i ikh narusheniia pri lokal'nykh porazheniiakh mozga. M.: Izd-vo MGU, 1962. [in Russian]
10. Крылов В.В., Гусев Е.И., Скворцова В.И. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации. Неврол. вестн. 2007; 39 (Вып. 1): 128–33. / Krylov V.V., Gusev E.I., Skvortsova V.I. Snizhenie smertnosti i invalidnosti ot sosudistykh zabolevanii mozga v Rossiiskoi Federatsii. Nevrol. vestn. 2007; 39 (Vyp. 1): 128–33. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Новикова Лилия Бареевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. неврологии и нейрохирургии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ, гл. внештатный специалист-невролог Минздрава Республики Башкортостан