

Ключевой элемент реабилитационной программы: клинический случай – реабилитация пациента с инсультом

М.Н.Мальцева^{1,2,3}, А.А.Шмонин^{1,2,4}, Е.В.Мельникова^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России. 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8;

²СПб ГБУЗ «Городская больница №26». 196247, Россия, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2.;

³АНО «Сообщество поддержки и развития канис-терапии». 197229, Россия, Санкт-Петербург, Ольгино, ул. Первомайская, д. 2;

⁴ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова» Минздрава России. 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

✉vetclinic@gmail.com

В статье описан клинический случай мультидисциплинарного подхода в отношении пациента с инсультом на первом этапе реабилитации. Приведены реабилитационный диагноз и основанный на нем план реабилитации. Особенностью данного случая явилось своевременное назначение противовоспалительного и обезболивающего препарата Нимесил. Данный случай показал, как обезболивающий препарат может способствовать профилактике развивающихся вследствие основного заболевания ограничений движения, а также препятствовать снижению мотивации и развитию негативизма. Авторы акцентируют внимание на том, что очень часто одна проблема может быть ключом к реабилитации пациента в целом, а технология ее решения путем реабилитации может быть очень простой, если она выявлена в результате работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, реабилитационный диагноз, Международная классификация функционирования, эрготерапия, нимесулид, Нимесил, боль в плече.

Для цитирования: Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В. Ключевой элемент реабилитационной программы: клинический случай – реабилитация пациента с инсультом. Consilium Medicum. 2017; 19 (2): 36–39.

Case report

The key element of the rehabilitation program: a clinical case – rehabilitation of a patient with a stroke

M.N.Maltseva^{1,2,3}, A.A.Shmonin^{1,2,4}, E.V.Melnikova^{1,2}

¹I.M.Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 197022, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. L'va Tolstogo, d. 6/8;

²Saint Petersburg State Hospital №26. 197000, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Kostiusksho, d. 2.;

³Association of Support and Development Canis Therapy. 197229, Russian Federation, Saint Petersburg, Ol'gino, ul. Pervomaiskaia, d. 2.;

⁴V.A.Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology Center. 197341, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Akkuratova, d. 2

✉vetclinic@gmail.com

Abstract

The article describes a clinical case of a multidisciplinary approach to a patient with a stroke in the first stage of rehabilitation. The rehabilitation diagnosis and the rehabilitation plan based on it are given. A special feature of this case was the timely appointment of an anti-inflammatory and an anesthetic drug Nimesil. This case showed how an anesthetic drug can help prevent developing disorders due to the underlying disease, and also prevent a decrease in motivation and development of negativity. The authors emphasize that very often one problem can be the key to the rehabilitation of the patient as a whole, and the technology of its solution by rehabilitation can be very simple if it is revealed as a result of the work of a multidisciplinary rehabilitation team.

Key words: stroke, rehabilitation, rehabilitation diagnosis, ICF, ergotherapy, nimesulid, Nimesil, shoulder pain.

For citation: Maltseva M.N., Shmonin A.A., Melnikova E.V. The key element of the rehabilitation program: a clinical case – rehabilitation of a patient with a stroke. Consilium Medicum. 2017; 19 (2): 36–39.

Хорошо известно, что нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) используют для лечения острых болевых синдромов, болей в спине и шее, головных и суставных болей и др. При этом описывают нежелательные явления НПВП, которые ассоциированы с поражением желудочно-кишечного тракта и рисками со стороны сердечно-сосудистой системы. Поэтому многие специалисты отказывают в данной группе препаратов пациентам с инсультом, что зачастую способствует хронизации боли и развитию новых нарушений и проблем. Боли могут сильно влиять на функционирование пациента, и ограничения, вызванные болью, могут быть причиной замедления восстановления. Как было указано, «реабилитация наполняет понятие медикаментозной поддержки более высоким смыслом и открывает новые возможности для эффективности и безопасности лекарственных препа-

ратов, акцентируя внимание на особенностях функционирования пациента и его окружающей среде» [1]. Таким образом, эффективность препаратов и безопасность определяются индивидуальными особенностями пациента. В данном клиническом примере мы хотели бы рассмотреть случай, когда использование препарата Нимесил (нимесулид) для лечения болевого синдрома в плече позволило преодолеть ключевую проблему реабилитации и запустить процесс успешной реабилитации.

Нимесил – это НПВП, обладающий выраженным противовоспалительным и анальгезирующим эффектами. Механизм действия этого препарата заключен в ингибировании синтеза простагландинов. Нимесил подавляет процесс синтеза простагландинов в месте воспаления эффективнее, чем в слизистой оболочке желудка или же в почках. Его действие развивается относительно быстро, чему способствуют

Таблица 1. Реабилитационный диагноз в категориях МКФ				
Реабилитационный диагноз в категориях МКФ	Ключевые слова для понимания, что мультидисциплинарная бригада имеет в виду	Специалист мультидисциплинарной бригады, ответственный за проблему	Реабилитационная интервенция, позволяющая решить проблему пациента	Повторная оценка (только определять)
d4500.44. Ходьба на короткое расстояние	Вставание, хождение в туалет и к умывальнику без опоры	Методист ЛФК	Обучение правильному алгоритму ходьбы без опоры	d4500.23
d465.44. Передвижение с использованием технических средств	Ходьба с тростью	Методист ЛФК	Обучение правильному хождению с тростью на расстояние не менее 500 м	d465.00
d4103.34. Изменение позы при положении сидя	Полноценное перемещение в кровати	Методист ЛФК	Обучение правильному принятию положения сидя	d4103.00
d4153.23. Нахождение в положении сидя	Присаживание и удержание позы сидя	Методист ЛФК	Тренировка длительному нахождению в положении сидя	d4153.00
d445.34. Использование кисти и руки	Пораженная рука – синдром неиспользования руки	Эрготерапевт	Тренировка опоры на руку, дотягивания, стереогнозиса, тренировка использования руки в бытовых ситуациях, таких как прием пищи, уборка постели, умывание, одевание, иные гигиенические процедуры, использование ходунков, использование личных предметов, чтение, письмо (разгадывание кроссвордов), использование планшета	d445.12
d445.11. Использование кисти и руки	«Гиперактивная» здоровая рука	Эрготерапевт	Ограничить использование здоровой руки	d445.00
d530.34. Физиологические отправления	Использование туалета с полным комплексом гигиенических процедур и необходимой мобильности	Эрготерапевт	Обучение пациента алгоритму посещения туалета, отказ от подгузников, которые были предложены пациенту в реабилитационном отделении	d530.12
d540.03. Одевание	Одевание и раздевание верхней и нижней половины туловища, обувание	Эрготерапевт	Обучение пациента алгоритму надевания одежды и обуви	d540.01
d5100.34. Мытье частей тела	Расчесывание, умывание и чистка зубов	Эрготерапевт, медицинская сестра	Обучение пациента алгоритму чистки зубов, расчесывания и умывания	d5100.00
d550.02. Прием пищи	Прием пищи и питье	Эрготерапевт, медицинская сестра	Обучение приему пищи и питью на начальном этапе реабилитации при наличии пареза	d550.00
d560.02. Питье				d560.00
d630.44. Приготовление пищи	Приготовление простых блюд, чтобы пациент мог самостоятельно оставаться дома	Эрготерапевт	Занятия в кабинете эрготерапии – пациент готовит простые блюда, моет посуду, использует бытовую технику	d630.02
d650.44. Забота о домашнем имуществе	Тренировка навыков работы с инструментами для ремонта	Эрготерапевт	Тренировка навыков работы с инструментами для ремонта (мелкий строительный инструмент)	d650.23
d360.42. Использование средств связи и техники общения	Использование мобильного телефона и планшета	Эрготерапевт, медицинская сестра	Использование разговора по телефону как деятельности в клинике и поддержке общения с внешним миром посредством использования планшета	d360.01
e1151.0. Вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования	Плечевой ортез, фиксирующий сустав, но не ограничивающий двигательные возможности	Эрготерапевт	Подобрать плечевой ортез	e1151.+4
e1101.0. Лекарственные вещества	Препарат из группы НПВП нимесулид (Нимесил)	Невролог	Короткий курс по 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней	e1101.+4
e1101.0. Лекарственные вещества	Вторичная профилактика	Невролог	Подбор вторичной профилактики в соответствии с патогенетическим вариантом – атеротромботический инсульт (ацетилсалициловая кислота, статины и антигипертензивная терапия)	e1101.+4
e1250.0. Основные средства и технологии коммуникации	Планшетный компьютер и мобильный телефон	Эрготерапевт, медицинская сестра	Просить родственников принести компьютер и телефон	e1250.+4
e1501.1. Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства доступа к внутренним удобствам в зданиях для общественного пользования	Тумбочка, использование предметов первой необходимости, расположенных в тумбочке и на тумбочке	Эрготерапевт		e1501.+4
b7302.3. Сила мышц одной стороны тела	Гемипарез 3 балла	Методист ЛФК, невролог	Активная и пассивная гимнастика, роботизированная и механотерапия	b7302.1
b7352.1. Тонус мышц одной стороны тела	Пирамидный легкий тонус	Методист ЛФК, невролог		b7352.1
b7150.2. Стабильность одного сустава		Методист ЛФК	Комплекс пассивных упражнений	b7150.1
b28014.3. Боль в верхней конечности*	Боль в плече из-за сублюксации и неиспользования руки после развития пареза на фоне дегенеративных процессов в суставе	Невролог	Нимесил, физиотерапия, рефлексотерапия	b28014.0
b7603.4. Опорные функции руки или ноги	Опора на пораженную руку	Методист ЛФК	Тренировка опоры на руку	b7603.2
S110.2. Структуры головного мозга	Очаг небольшого размера по данным компьютерной томографии	Невролог	–	S110.2
S7201.2. Суставы плечевого пояса	Артроз и сублюксация плечевого сустава	Невролог	Рентгенография плечевого сустава в двух проекциях, ортез	S7201.2

*Ключевая проблема реабилитации больного, решение которой позволило получить улучшение по большинству проблем, ограничивающих функционирование и независимость нашего пациента.

Примечание. Жирным шрифтом выделены домены, по которым удалось достичь улучшения.

Таблица 2. Оценка по шкалам				
Шкалы		Оценка при поступлении	Оценка при выписке	
Модифицированная шкала Ренкин		4	3	
Шкала инсульта Национального института здоровья		8	4	
Модифицированная шкала Ашфорта	R	Рука проксимально	1	1
		Рука дистально	1	1
	L	Рука проксимально	0	0
		Рука дистально	0	0
	R	Нога проксимально	1	1
		Нога дистально	1	1
	L	Нога проксимально	0	0
		Нога дистально	0	0
Индекс Хаузера		9	4	
Индекс мобильности Ривермид		2	14	
Шкала Комитета медицинских исследований	R	Рука проксимально	1	4
		Рука дистально	1	4
	L	Рука проксимально	5	5
		Рука дистально	5	5
	R	Нога проксимально	3	4
		Нога дистально	3	4
	L	Нога проксимально	5	5
		Нога дистально	5	5
Монреальская шкала когнитивного статуса		28	30	
ВАШ состояние здоровья (по мнению пациента)		20	70	
ВАШ боли в плече		8	1	
HADS тревога		5	4	
HADS депрессия		7	6	
Примечание. ВАШ – визуальная аналоговая шкала, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – Госпитальная шкала тревоги и депрессии.				

свойства лекарственной формы. Продолжительность эффекта составляет в среднем 6 ч.

Клинический случай

Пациент, мужчина, 67 лет, работающий.

Клинической диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии от 12.11.2016 (атеротромботический вариант). Диагноз установлен по результатам обследования в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи для больных с ОНМК.

Неврологический статус при поступлении был представлен слабостью нижней порции мимической мускулатуры справа и правосторонним центральным гемипарезом до 1 балла в руке и 3 баллов в ноге с повышением тонуса по пирамидному типу.

Пациент был осмотрен в реанимации и отделении ранней реабилитации мультидисциплинарной реабилитационной командой, в состав которой входят врачи: невролог, психолог, эрготерапевт, методист лечебной физкультуры (ЛФК), медицинская сестра и логопед. Речевых нарушений не выявлено. По результатам осмотра составлен реабилитационный диагноз [2, 3] в категориях Международной классификации функционирования – МКФ (табл. 1) и проведена оценка по шкалам (табл. 2).

Долгосрочная цель реабилитации – восстановление полной независимости в повседневной жизни и возвращение на работу через 3 мес. Краткосрочная цель на период госпитализации на I этапе: восстановление возможности ходьбы с тростью и самообслуживания (приготовление пищи, одевание/раздевание, уход за собой) к 21-му дню.

На момент перевода в отделение ранней реабилитации имел двигательные нарушения – парез в правой ноге 3 балла проксимально и 3 дистально, парез 1 балл проксимально и 1 балл дистально в правой руке. По сравнению с оценкой двигательных нарушений, произведенной в реанимационном отделении, у пациента имеется динамика восстановления силы в руке с уровня полной плеггии и поверхностной чувствительности с 25 до 60%. У пациента имеется боль в правом плече, обусловленная сублюксацией плечевого сустава и артрозом.

Задачами двигательной и бытовой реабилитации были: восстановление двигательных функций правой ноги и руки, восстановление активностей повседневной жизни, таких как: полноценное перемещение в кровати, присаживание и удерживание позы сидя, использование вспомогательных средств (адаптированные приборы) и средств технической реабилитации (ходунков), вставание, хождение в туалет и к умывальнику, использование туалета с полным комплексом гигиенических процедур и необходимой мобильности, одевание и раздевание верхней и нижней половины туловища, обувание, использование предметов первой необходимости, расположенных в тумбочке и на тумбочке, прием пищи и питья, расчесывание, умывание, использование мобильного телефона и планшета, письмо.

Для достижения этих задач пациенту было необходимо выполнять комплекс пассивных упражнений и активные упражнения с методистом по ЛФК и тренировать бытовые и гигиенические навыки с эрготерапевтом. Однако возникло объективное препятствие в виде усиливающихся при любом движении болей в плече. Пациент избегал использовать руку даже в доступном объеме легких движений кистью и при фиксации плеча. Все бытовые задачи

выполнял здоровой рукой. Наличие болей снижало у пациента мотивацию не только к выполнению движений пораженной рукой, но и к любой двигательной активности. В результате пациент предпочитал лежать и двигаться только по настоянию и под присмотром специалистов по реабилитации и врачей, а также постоянно был готов к конфликтам с персоналом. Ситуация осложнялась тем, что боль в руке ограничивала и восстановление ходьбы, пациенту было больно вставать и изменять позу, тренировать опору на пораженную руку, пациент отказывался выполнять рекомендации персонала, свой отказ выражал в агрессивной форме.

Такие ситуации являются распространенными для пациентов, перенесших ОНМК, и если задачу активизации не удастся решить в первые дни после развития пареза, то здоровая рука становится «гиперактивной», т.е. полностью замещает функции пораженной конечности. При этом потенциал восстановления двигательных возможностей пораженной руки снижается ежедневно. К тому же, если двигательные возможности не восстанавливаются, боли в плече становятся хроническими или нарастают, возможно также усиление механических повреждений сустава плеча из-за неправильной биомеханики движений. Существуют рекомендации по ранней реабилитации руки и профилактике хронизации боли. Коротко эти рекомендации можно описать как триаду «ортез–обезболивание–максимальная активность руки» [4–6]. Пациенту необходимо подобрать плечевой ортез, фиксирующий сустав, но не ограничивающий двигательные возможности, подобрать обезболивающий препарат и разработать программу восстановления, включающую в себя тренировку силы и выносливости, восстановление растяжения и сокращения мышц в виде активной и пассивной гимнастики, восстановление чувствительности и применения руки в привычных пациенту и востребованных навыках по самообслуживанию и при возможности, хобби [6, 7]. Также в программу восстановления могут включаться роботизированная гимнастика и механотерапия, массаж, физиотерапия, рефлексотерапия и т.п.

В нашем случае пациенту был подобран эластичный плечевой ортез и препарат из группы НПВП нимесулид (Нимесил) по 100 мг 2 раза в день. Уже в 1-е сутки приема пациент без отторжения начал выполнять упражнения, назначенные специалистом по ЛФК. На 2-е сутки стали возможны занятия по восстановлению мануальных бытовых навыков, тренировке опоры на руку, дотягивания, стереогнозиса. Пациент начал сотрудничать, появились мотивация к восстановлению, интерес к жизни, уходу за собой и использованию руки в бытовых ситуациях. Интересно то, что на 2-е сутки снизилась тяжесть пареза в руке до 2 баллов, что вызывает предположение о влиянии боли на предшествующую оценку пареза. В течение 7 дней пациент принимал Нимесил и активно участвовал в двигательной реабилитации, не только выполняя упражнения, но и активно используя руку в бытовых ситуациях, таких как прием пищи, уборка постели, умывание, одевание, иные гигиенические процедуры, использование ходунков, личных предметов, чтение, письмо (разгадывание кроссвордов), использование планшета. Также проводились занятия в кабинете эрготерапии: пациент приготавливал простые блюда, мыл посуду, использовал бытовую технику и мелкий строительный инструмент. После отмены препарата пациент сохра-

нил двигательную активность и мотивацию, продолжал выполнять данные ему рекомендации и задания. За последние 7 дней лечения и реабилитации жалоб на боли в плече не было. За это время сила в руке выросла до 4 баллов и полностью восстановилась поверхностная чувствительность. Также благодаря тренировкам и активной ходьбе в возникающих бытовых ситуациях выросла сила в ноге до 4 баллов. Повседневные жизненные активности пациента были восстановлены до уровня самообслуживания с минимальной помощью: пациент может посещать туалет, обеспечить повседневную гигиену, приготовить пищу, ухаживать за домом, ходить с тростью на расстояние не менее 500 м, подняться и спуститься по лестнице. По результатам итоговой оценки ограничений и возможностей пациента он был переведен на реабилитацию III этапа.

Заключение

В приведенном случае своевременное назначение противовоспалительного и обезболивающего препарата Нимесил явилось активным фактором реабилитационного процесса, так как препарат способствовал профилактике развивающихся вследствие основного заболевания ограничений движения, а также препятствовал снижению мотивации и развитию негативизма. Хочется отметить, что в решении сложных реабилитационных задач роль ключевого элемента может выполнить достаточно простой подход.

Литература/References

1. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. и др. Медикаментозная поддержка реабилитационного процесса при острых нарушениях мозгового кровообращения. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (2): 20–5. / Ivanova G.E., Melnikova E.V., Shmonin A.A. et al. Medication support of the rehabilitation process in acute cerebral circulatory disorders. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (2): 20–5. [in Russian]
2. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Никифоров В.В., Мельникова Е.В. Предварительные результаты реализации пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в России» в СПбГУЗ Городской больницы №26. Использование программы «ICF-reader» для установки реабилитационного диагноза. *Ученые записки ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова*. XXIII (4): 54–60. / Shmonin A.A., Maltseva M.N., Nikiforov V.V., Melnikova E.V., Predvaritelnye rezultaty realizatsii pilotnogo proekta "Razvitie sistemy meditsinskoj reabilitatsii v Rossii" v SPbGUZ Gorodskoi bolnitse №26. Ispolzovanie programmy "ICF-reader" dlia ustanovki reabilitatsionnogo diagnoza. *Uchenye zapiski PSpbGMU im. akad. I.P.Pavlova*. XXIII (4): 54–60. [in Russian]
3. Шмонин А.А., Никифоров В.В., Мальцева М.Н. и др. Электронная система мониторинга эффективности реабилитации в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» – программа «ICF-reader». *Вестн. Ивановской медицинской академии*. 2016; 21 (1): 66–70. / Shmonin A.A., Nikiforov V.V., Maltseva M.N. i dr. Elektronnaia sistema monitorirovaniia effektivnosti reabilitatsii v pilotnom proekte "Razvitie sistemy meditsinskoj reabilitatsii v Rossiiskoi Federatsii" – programma "ICF-reader". *Vestn. Ivanovskoi meditsinskoj akademii*. 2016; 21 (1): 66–70. [in Russian]
4. Willard HS, Schell BAB. Willard & Spackman's occupational therap. 12th ed, Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
5. Townsend E, Brintnell S, Staisey N. Developing guidelines for client-centred occupational therapy practice. *Can J Occup Ther* 1990; 57 (2): 69–76.
6. Kim DJ. The effects of hand strength on upper extremity function and activities of daily living in stroke patients, with a focus on right hemiplegia. *Phys Ther Sci* 2016; 28 (9): 2565–7.
7. Ekstrand E, Rylander L, Lexell J, Brogårdh C. Perceived ability to perform daily hand activities after stroke and associated factors: a cross-sectional study. *BMC Neurol* 2016; 16 (1): 208.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мальцева Мария Николаевна – д-р вет. наук, канд. тех. наук, доц. каф. педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», психолог неврологического отделения для больных с ОНМК ГБУЗ «Городская больница №2-6, дир. АНО СПРКТ. E-mail: vetclinic@gmail.com

Шмонин Алексей Андреевич – канд. мед. наук, доц. каф. физических методов лечения и спортивной медицины ФПО, ассистент каф. неврологии ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», мл. науч. сотр. ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова», невролог реабилитационного отделения для больных с ОНМК ГБУЗ «Городская больница №26». E-mail: langendorff@gmail.com.

Мельникова Елена Валентиновна – д-р мед. наук, проф. каф. неврологии, проф. каф. физических методов лечения и спортивной медицины ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова», зам. глав. врача по неврологии, рук. сосудистого центра СПбГУЗ «Городская больница №26», гл. внештатный специалист по медицинской реабилитации МЗ РФ в СЗФО. E-mail: melnikovae2002@mail.ru.