

Методологические и возрастные аспекты реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт

В.С. Мякотных, Н.И. Леспук, Н.Н. Макеева, Т.А. Борковская

Механизмы восстановления утраченных в результате ишемического инсульта функций у больных пожилого и старческого возраста изучены недостаточно. восстановительная терапия им зачастую не проводится, а лечение направлено в основном на усиление мозгового кровотока по глубоко пораженным атеросклеротическим процессом магистральным и церебральным артериям [2,4,5,10]. В связи с этим нами была поставлена задача изучения возможностей современной активной реабилитационной терапии такого рода больных после перенесенного ишемического инсульта и выявления особенностей церебральных механизмов компенсации у пожилых.

В течение 7 лет в специально созданном отделении активной реабилитации наблюдались 186 больных в возрасте 70-86 лет, перенесшие ишемические инсульты в каротидных сосудистых бассейнах головного мозга. Больные госпитализировались в клинику в сроки от 15 дней до 3 лет после инсульта. Группой сравнения служили 110 аналогичных в отношении заболевания и сроков госпитализации пациентов, но в возрасте 35-60 лет. С использованием системы шкал, принятых в мире и в России [3,4,5,8,9,11] оценивались выраженность двигательного неврологического дефицита, речевых расстройств, депрессии, степень восстановления нарушенных функций. Все больные обеих групп обследованы в динамике с применением ультразвуковой доплеросонографии (УЗДГ), свехвысококачастотной (СВЧ) радиотермографии головного мозга, электроэнцефалографии (ЭЭГ), ядерномагнитнорезонансной томографии (ЯМРТ) мозга.

В системе реабилитационных мероприятий использовалась разработанная нами [6,7] четырехступенчатая программа лечебной физкультуры (ЛФК), тренировок, логопедических занятий. Программа была адаптирована индивидуально к каждому конкретному больному. Сроки восстановительного лечения в условиях специализированного стационара варьировали от 1 до 2 месяцев. Наш подход к назначению и проведению реабилитационных мероприятий и ЛФК постинсультным больным отличается особой идеологией реабилитационных мероприятий: мы ставим перед больным, его родственниками, медицинским персоналом не задачу приспособления пациента к своему дефекту, а преодоления дефекта, то есть наиболее эффективного и полного восстановления нарушенных функций согласно саногенетическим возможностям данного организма. Именно поэтому, в силу непосредственного, активного и постоянного взаимодействия пациента с лечащим персоналом, мы называем нашу методику реабилитации "активной реабилитацией".

Данная методика требует участия в подготовке и проведении реабилитационных мероприятий психологов, психотерапевтов, которые работают как непосредственно с больным, так и с его ближайшим окружением, родственниками, входят в состав работавшего в отделении реабилитационного совета, вносят свой вклад в составление индивидуальных для каждого больного реабилитационных программ. Пациент получает полную информацию о своем заболевании, устанавливается доверительный контакт между больным и медицинским персоналом. В процессе лечения

больному внушается, что он относится к той категории больных, которая нуждается в лечении, и возможно улучшение, полное восстановление, вырабатывается соответствующий уровень мотиваций и заинтересованности больного и его социального окружения в положительных результатах реабилитации.

В курсе ЛФК больной проходит 4 ступени, каждая из которых не только расширяет его двигательную активность, но и улучшает качество восстанавливаемых двигательных навыков. При 1-й ступени используется лечение положением, препятствующим развитию гиббательной контрактуры, по классической схеме, несколько раз в день. Оно включает:

- а) гигиенический, облегченный массаж спины, здоровых и паретичных конечностей в положении больного на боку в постели;
 - б) пассивно-активные перемены положения тела в постели: повороты со спины на бок и обратно, присаживание с помощью приподнимания головного конца функциональной кровати (пассивно) и хвата за "балканскую" раму (активно), несколько раз в день, учитывая состояние больного;
 - в) пассивно-активную гимнастику в постели: общеразвивающие и дыхательные упражнения попеременно здоровыми и паретичными конечностями;
 - г) самообслуживание лежа. Проводится не менее 4 процедур в день.
- 2-я ступень соответствует выработке устойчивого навыка самостоятельного перехода больного из положения лежа в положение сидя и удержанию этой позы. Занятия ЛФК переносятся из палаты в малый спортивный зал, куда больного привозят на инвалидном кресле-коляске не менее 2 раз в день. Проводятся следующие методики реабилитации:

- а) коллективная лечебная гимнастика с малыми группами пациентов по схеме: сидя - стоя у опоры - сидя с использованием гимнастических палок, обучением приемам активного расслабления паретичных конечностей с повышенным мышечным тонусом - до 20 минут;
 - б) общий лечебный массаж по классической методике в сочетании с точечным массажем гипертоничных групп мышц в чередовании с пассивно-активными движениями в них;
 - в) занятия на ручном и ножном велотренажерах, нагрузка в интервальном режиме - до 15 минут;
 - г) обучение стоянию у опоры с перенесением тяжести тела со здоровой ноги на пораженную и обратно - до 10 минут;
 - д) самообслуживание сидя, мелкие виды ручного труда, работа с тренажерами бытовых навыков. Всего проводится не менее 5 процедур в день.
- На 3-й ступени для совершенствования навыка ходьбы к содержанию 2-й ступени добавляются специальные упражнения ЛФК, требующие развития координации и равновесия:
- а) держась за неподвижную опору - усложненная ходьба - приставные шаги боком в обе стороны, ходьба спиной вперед и т. п.;
 - б) самостоятельная ходьба за подвижной опорой, позже - без нее;
 - в) подъем и спуск по лестнице - тренажеру с разной высотой ступеней;
 - г) элементы игр с бросанием и ловлей резинового кольца вначале сидя, а затем стоя;
 - д) самостоятельная процедура обучения ходьбе в сочетании с описанными упражнениями;
 - е) самообслуживание в пределах палаты с уборкой постели и тумбочки.

Всего проводится 5-6 процедур в день. Массаж - по показаниям. При этом упор делается на координацию и равновесие целесообразно выделять в самостоятельную, дополнительную процедуру групповой ЛФК в течение дня; возможно удлинение процедуры 3-й ступни за счет этого нового раздела. На 4-й ступени дополнением к содержанию предыдущих ступеней являются специальные упражнения лечебной гимнастики, направленные на расширение статических и динамических свойств позвоночника. Используются методические подходы, аналогичные ЛФК для больных остеопорозом - разгрузочные исходные положения, которые мы дополняем активной и пассивной тракцией паретичных конечностей вдоль оси тела с последующим их расслаблением. Продолжается тренировка в ходьбе, закрепляются навыки самообслуживания, приближенные к домашним условиям.

Разработанные лечебно-активирующие режимы предусматривают рациональное распределение двигательной нагрузки в течение дня, а также в соответствии с полиорганной патологией. Реабилитационные мероприятия в зависимости от двигательной, речевой, психологической, социальной активности пациента начинают не только с 1-й, но со 2-й и даже 3-й ступени. При этом сохраняется разработанная комплексность и последовательность проводимых реабилитационных мероприятий.

В результате лечения, проводимого по разработанным нами схемам, отчетливое улучшение наступило у 146 (78,49%) больных пожилого и старческого возраста, полное восстановление утраченных функций - у 12 (6,45%). Аналогичные показатели среди пациентов молодого и среднего возраста - 82,72% и 6,36%, то есть примерно равны. Степень эффективности реабилитационных мероприятий у больных в возрасте старше 70 лет от-

четливей, чем в возрасте до 60 лет, зависит от периода ишемического инсульта (острый, восстановительный, резидуальный), от выраженности соматической отягощенности, особенно в плане сопутствующей сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета, и от наличия и глубины депрессивных расстройств. Методом УЗДГ, проводимой в динамике, выявлено, что восстановительные, компенсаторные процессы, происходящие в головном мозге пожилых, реализуются не только через сосудистые механизмы, в частности через повышение сосудистой реактивности, как это происходит у более молодых больных. Имеет значение преимущественная активизация несосудистых факторов церебрального метаболизма, усиление межклеточного транспорта жидкости в вещество головного мозга. Это отчетливо прослеживается в изменениях волновой активности мозга в СВЧ диапазоне [1]. В связи с этим, у пожилых пациентов снижаются прогностические возможности исследований церебрального кровотока методами УЗДГ или реоэнцефалографии, но повышается роль СВЧ радиотермографии. Разработанная нами (фирма "Экологическая и медицинская аппаратура", г. Каменск-Уральский Свердловской области) аппаратура для проведения СВЧ радиотермографии [1] дает представление о напряженности несосудистого фактора церебрального метаболизма в условиях радиолокации структур головного мозга до глубины 5-6 см от поверхности черепа. Отношение между средней амплитудой СВЧ волновой активности правого и левого полушарий головного мозга определяется в качестве так называемого амплитудного коэффициента (АК). Вероятность эффективности реабилитационных мероприятий после перенесенного инсульта увеличивается при наличии условно нормальных (0,8-1,2) и повышенных (свыше 1,2)

показателей АК. Наименее эффективна реабилитация при снижении (менее 0,8) уровня АК. Имеют значение и результаты ЭЭГ исследований: прогноз благоприятен при непароксизмальных диффузно-дизритмических изменениях, либо гемиператоральной по отношению к ишемическому очагу пароксизмальной активности, и неблагоприятен при наличии билатерально синхронной или генерализованной пароксизмальной активности [7].

На основании проведенных исследований создан алгоритм подготовки пожилого больного к проведению активных реабилитационных мероприятий после перенесенного ишемического инсульта. Показаны большие возможности восстановительного лечения пациентов пожилого и старческого возраста даже при наиболее тяжелой форме нейрососудистой патологии.

Литература:

1. Азин А.Л., Мякотных В.С., Леспух Н.И. с соавт. Особенности несосудистого транспорта в ткани головного мозга у больных пожилого и старческого возраста с расстройствами мозгового кровообращения // Успехи геронтологии. - 1997. - Вып. 1. - С. 66 - 69.
2. Балунов О.А., Демиденко Т.Д., Львова Р.И. К вопросу эффективности реабилитации больных с последствиями инсульта // Ж. невропат. и психиатр. - 1996. - № 5. - С. 102 - 107.
3. Григорьева В.Н., Белова А.Н., Густов А.В. Методология оценки эффективности реабилитации неврологических больных // Ж. неврол. и психиатр. - 1997. - №12. - С. 95 - 99.
4. Демиденко Т.Д. Реабилитация при cerebrovascularной патологии. - Л.: Медицина, 1989. - 208 с.
5. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. - М.: Медицина, 1988. - 304 с.
6. Леспух Н.И., Макеева Н.Н. Комплексная активная реабилитация ветеранов войны при церебральных инсультах // Медицинское обслуживание ветеранов войны: Материалы межобластной научно-практической конференции. - Екатеринбург, 1995. - С. 88 - 90.
7. Леспух Н.И. Активная реабилитация больных пожилого и старческого возраста, перенесших острые ишемические инсульты в каротидных бассейнах. - Дисс. ... канд. мед. наук. - Екатеринбург, 2000. - 168 с.
8. Brott T.; Adams H.P., Olinger C.P. et al. Measurements of acute cerebral infarction: A clinical examination scale // Stroke. - 1989. - Vol. 20, № 7. - P. 864 - 870.
9. De Haan R., Aaronson N., Limburg M. et al. Measuring quality of life in stroke // Stroke. - 1993. - Vol. 24, № 2. - P. 320 - 327.
10. Dombovy M.L., Sandok B.A., Basford J.R. Rehabilitation for stroke. A review // Stroke. - 1986. - Vol. 17, № 3. - P. 363 - 369.
11. Johnson M.V., Keith R.A., Hinderer S.R. Measurement standards for interdisciplinary medical rehabilitation // Arch. Phys. Med. Rehab. - 1992. - Vol. 73. - P. 1 - 23.