

Г.К. Каусова, А.С. Баяшова, А.М. Әбілдаева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы

К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

В статье рассматриваются реабилитационные мероприятия больных перенесших инсульт, которые включают изменение образа жизни, терапевтическую коррекцию сосудистых факторов риска и в некоторых случаях хирургическое вмешательство. Подчеркивается необходимость как можно более раннего начала реабилитационных мероприятий. В зависимости от вида и тяжести имеющихся неврологических нарушений отмечается целесообразность индивидуального подбора различных реабилитационных программ.

Ключевые слова: ишемический инсульт, качество жизни, реабилитация, ранний период восстановления, Республика Казахстан, Всемирная организация здравоохранения

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одним из самых распространенных неврологических заболеваний, приобретающий все большую медико-социальную и экономическую значимость [1]. В большинстве случаев у перенесших инсульт больных в определенной степени восстанавливаются нарушенные функции. ОНМК сопровождаются высокими показателями смертности и летальности и большим удельным весом инвалидизации среди выживших больных (80%). В Республике Казахстан (РК) инвалидизация вследствие инсульта занимает одно из первых мест среди патологии, являющейся причиной инвалидности [2].

По данным национального регистра инсульта, 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи для ухода за собой, 20% не могут самостоятельно ходить. Лишь 8% выживших больных могут вернуться к прежней работе [3]. У значительной части больных после перенесенного ишемического инсульта остается неврологический дефицит в двигательной, чувствительной эмоционально-психической сферах нервной системы, что отражается в качестве жизни этих пациентов [4].

Все результаты и последствия инсульта можно разделить на пять уровней [5]:

1 уровень – патология, т.е. патофизиологические механизмы, лежащие в основе инсульта, в пределах этого уровня показано специфическое медикаментозное и/или хирургическое лечение.

2 уровень – неврологические нарушения, т.е. потеря нормального функционирования специфических анатомо-физиологических структур, для устранения патологических проявлений этого уровня применяют, прежде всего, физические методы восстановительного лечения.

3 уровень – инвалидизация – ограничение или отсутствие возможности выполнять активные действия в рамках обычного для данного пациента существования, для снижения инвалидизации применяют также физические методы реабилитации.

4 уровень – ущерб в жизни конкретного человека, обусловленный неврологическими нарушениями и инвалидизацией, который лимитирует выполнение его социальной роли, для уменьшения жизненного ущерба необходимо использовать весь арсенал методов восстановительной терапии, особенно трудотерапию, а также социальную реабилитацию.

5 уровень – качество жизни, которое отражает и степень восстановления функций, и уровень повседневной жизненной активности, и выраженность бытовой и социальной адаптации человека. Наиболее очевидными последствиями инсульта являются физические, однако в некоторых случаях не менее важными становятся психологические, когнитивные, социальные и финансовые проблемы.

Реабилитация подобной категории больных, целью которой является максимальное повышение качества их жизни, должна иметь комплексный медико-социальный подход [6].

На современном этапе развития медицины все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и повышения качества его жизни как субъективной удовлетворенности уровнем своего функционирования в условиях болезни. Вполне оправданным является то, что понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности ее лечения. По определению ВОЗ, качество жизни — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [7]. Таким образом, при оценке эффективности реабилитации придается особое значение мнению самого больного, которое может не совпадать с точкой зрения врача и родственников [8]. Особенно остро стоит проблема восстановления утраченных функций при заболеваниях, которые имеют четко выраженную социальную значимость.

Результаты клинико-эпидемиологических исследований показывают, что около 55 % перенесших мозговой инсульт больных не удовлетворены качеством своей жизни [9]. В связи с этим особую клиническую значимость приобретает задача разработки мероприятий, прицельно направленных на улучшение качества жизни больных.

В процессе восстановительного лечения больных после инсульта выделяют три уровня реабилитации [10]. Первый уровень заключается в восстановлении нарушенных функций, которые возвращаются или, по крайней мере, приближаются к исходному уровню. Второй уровень – это компенсация, которая основана на функциональном преобразовании сохранных систем мозга и предупреждает развитие патологических состояний, препятствующих обратному развитию дефекта. И, наконец, третий уровень – реадaptация, т.е. приспособление к дефекту. Реедaptация в рамках восстановительного лечения необходима в случаях выраженного структурного поражения мозга, при необратимости анатомического и функционального дефекта. Первые два уровня восстановительного лечения рассматриваются в рамках медицинской реабилитации, а последний – в рамках социальной [11].

В мировой практике имеется хорошо разработанная система оказания помощи больным с инсультом, в которой большое место отводится реабилитации, в том числе и ранней [12]. В настоящее время в РК созданы и доказали свою эффективность службы ранней реабилитации в рамках сосудистых неврологических отделений [13]. Основная цель ранней реабилитации - это профилактика образования устойчивых патологических систем или уменьшение степени выраженности их за счёт активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем с привлечением как медикаментозных и немедикаментозных методов воздействия [14].

Существует система этапной реабилитации постинсультных больных на основе интеграции стационарного, поликлинического и санаторно-курортного этапов, соответствующая трём уровням реабилитации (восстановление, компенсация и реадaptация) [15].

Организация реабилитационной работы осуществляется выбором методов восстановительной терапии. Восстановительная терапия должна быть простой, доступной как медицинскому персоналу, так и ухаживающим за пациентом лицам [16]. Реабилитационные мероприятия в большей степени направлены на двигательную сферу, это определяется тем, что: 1) двигательные расстройства наблюдаются более чем у 85% больных инсультом; 2) двигательные расстройства в большей степени мешают самообслуживанию; 3) двигательная функция является наиболее подвижной, она быстро нарушается при снижении мозгового кровотока и также может быстро восстанавливаться; 4) неравномерное восстановление отдельных мышц приводит к развитию патологических двигательных паттернов, что определяет необходимость контроля над процессом восстановления движений; 5) на моторику можно воздействовать с периферии через интернейроны спинного мозга как методами кинезотерапии, так и сенсорными стимулами; 6) воздействие на двигательную сферу будет способствовать нормализации и других функций [17].

Восстановление двигательных функций происходит в первые 6 месяцев после инсульта, и в этот период наиболее эффективно проведение интенсивной двигательной реабилитации. Восстановительное лечение больных с афазией должно быть более длительным и проводиться в течение первых 2-3 лет после инсульта[18].

Качество жизни больных, перенесших ОНМК, напрямую зависит от проблем, с которыми они сталкиваются после инсульта. Оптимизацию жизни больных возможно осуществить с помощью эрготерапии. Эрготерапия – это воздействие на физические и психические нарушения путем специальных активизирующих упражнений[19]. Основной целью эрготерапии, которая объединяет знания медицины, специальной педагогики, психологии, социологии, биомеханики, эргономики и других специальностей, является возвращение пострадавшего к бытовой и трудовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества проблем. Основными проблемами пациентов после инсульта: двигательные функции, восприятие и ощущения, когнитивные функции, психоэмоциональное состояние, коммуникативность, самообслуживание и досуг[20].

Одним из важнейших компонентов комплексного восстановительного лечения больных, перенесших инсульт, является психотерапевтическая реабилитация. Психоэмоциональные нарушения наблюдаются у пациентов, перенесших инсульт, достаточно часто[21]. Основными из них являются депрессивные состояния, повышенная эмоциональность и состояние скуки [22].

Таким образом, основными направлениями реабилитации больных, перенесших инсульт, являются: активизирующий уход, лечение положением, онтогенетическая кинезотерапия, медикаментозное обеспечение процессов гомеостаза.

Заключение. В процессе восстановительного лечения у больных, перенесших ишемический инсульт выделяют три уровня реабилитации. Первый уровень заключается в восстановлении нарушенных функций, которые возвращаются или приближаются к исходному уровню. Второй уровень – это компенсация, которая основана на функциональном преобразовании сохраненных систем мозга и предупреждает развитие патологических состояний, препятствующих обратному развитию дефекта. И третий уровень – реадaptация, т.е. приспособление к дефекту. Реедaptация в рамках восстановительного лечения необходима в случаях выраженного структурного поражения мозга, при необратимости анатомического и функционального дефекта. Первые два уровня восстановительного лечения рассматриваются в рамках медицинской реабилитации, а третий – в рамках социальной реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белова А.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. - М.: 2000. - 149 с.
- 2 Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. - М.: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004. - 69 с.
- 3 Erila T., Ilmavirta M. Does an intensive care stroke unit reduce the early case-fatality rate of ischaemic stroke // Stroke. - 1990. - №21, Suppl. 1. - P. 153-161.
- 4 Бельская, Г.Н. Восстановление нарушенных функций у больных ишемическим инсультом, прошедших санаторное долечивание // Неврологический журнал. - 2009. - №3. - С. 33-36.
- 5 Вознесенская, Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2009. - №2. - С. 9-12.
- 6 Маркин, С.П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Consilium Medicum. - 2010. - № 1. - С. 88-96.
- 7 Масютина, С.М. Качество жизни и психологический статус больных, перенесших инсульт в молодом возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук - Саратов, 2007. - 23 с.
- 8 Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002. - С. 182-183.
- 9 Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Т.Е. Виноградова и соавт. Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования // Регистр инсульта. Методические рекомендации по проведению исследования. - М.: 2000. - С. 50-56.
- 10 Стулин, И.Д. Инсульт с точки зрения доказательной медицины // Качественная клиническая практика. - 2009. - №6. - С. 30-33.
- 11 Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга // Эпидемиология. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - С. 149-158.
- 12 Убайдуллаев, А.М. Роль социальных факторов в формировании параметров качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2003. - №4. - С. 100-102.
- 13 А.Н. Белова, О.Н. Щепетова Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. - М.: Антидор, 2002. - 434 с.
- 14 Abubakar, S.A. Health related quality of life of stroke survivors: experience of a stroke unit // Int J Biomed Sci. - 2012. - №8(3). - P. 183-187.
- 15 Factors Related to Performance-Based Mobility and Self-reported Physical Activity in Individuals 1-3 Years after Stroke: A Cross-sectional Cohort Study / V. Vahlberg, T. Cederholm, B. Lindmark et al // Stroke Cerebrovasc Dis. - 2013. - №13. - P. 1052-1057.
- 16 L. Caeiro, J.M. Ferro, E. Pinho et al. Post-Stroke Apathy: An Exploratory Longitudinal Study // Cerebrovasc. Dis. - 2013. - №35(6). - P. 507-513.
- 17 Vincent-Onabajo, G.O. Sensitivity and responsiveness of the health-related quality of life in stroke patients-40 (HRQOLISP-40) scale // Disabil Rehabil. - 2013. - №12. - P. 58-69.
- 18 Неврология. Национальное руководство. - М.: 2009. - 593 с.
- 19 Маркин С.П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Consilium Medicum. - 2010. - С. 14-19.
- 20 Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. - М.: 2003. - 239 с.

Г.К. Каусова, А.С. Баяшова, А.М. Әбілдаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ БОЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ САУАЛЫНА САУЫҚТЫРУ ШАРАСЫ

Түйін: Қазақстан Республикасында тамырлы неврологиялық бөлімшелерде ерте кезеңде оңалту қызметтері орнатылып, тиімділігі дәлелденді. Ерте кезеңде оңалтудың негізгі мақсаты тұрақты патологиялық жүйелердің пайда болуын алдын алу немесе саногенетикалық механизмдерді жандандыру арқылы ауырлық деңгейін төмендету, сондай-ақ дәрілік және дәрілік емес әдістерді қолдану арқылы патологиялық жүйелердің бұзылуын болдырмау.

Түйінді сөздер: ишемиялық инсульт, өмір сапасы, сауықтыру, мерзімінен бұрын қалпына келтіру, Қазақстан Республикасы, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы.

G.K. Kausova, A.S. Bayashova, A.M. Abildaeva

Kazakhstan Medical University "The highest school of public health", Almaty

THE QUESTION OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Resume: In the Republic of Kazakhstan created and proven the effectiveness of early rehabilitation in the framework of the vascular neurology departments. The main aim of early rehabilitation is to prevent formation of stable pathological system or reduction of the severity of their account activation sanogenetic mechanisms and destruction of pathological systems, involving both pharmacological and non-pharmacological methods of influence.

Keywords: ischemic stroke, quality of life, rehabilitation, early recovery period, Republic of Kazakhstan, the World Health Organization.