

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНСУЛЬТА В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е.Ф. СВЯТСКАЯ¹, Н.В. АМПИЛОВА, А.Ю. СОЛОВЬЕВ, Н.В. ЛИБО, М.А. БАРЫШЕВ

*¹Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь,
Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации,
г. Минск, Республика Беларусь*

Нарушение мозгового кровообращения (НМК) является одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), ежегодно регистрируется 100–300 случаев инсультов на каждые 100000 населения [1]. В Республике Беларусь этот показатель составляет 400-500 инсультов в год на 100000 населения.

Ежегодно в РБ на инвалидность выходят около 6,5 тыс. человек, перенесших мозговой инсульт. Порядка 25-30% из них становятся инвалидами I группы, к трудовой деятельности возвращаются не более 10-15% больных. Согласно рекомендациям общеевропейского согласительного совещания (Хельсинки, 1995), во всех европейских странах доля пациентов, не нуждающихся в посторонней помощи, через 3 мес. после инсульта должна быть выше 70%, а к 12 мес. 70% больных должны возвратиться к профессиональному труду [2].

Наиболее частыми последствиями инсульта являются двигательные расстройства в виде параличей и парезов, чаще всего односторонних гемипарезов различной степени выраженности [5, 6]. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта гемипарезы наблюдаются у 81,2% выживших больных, в том числе гемиплегия – у 11,2%, грубый и выраженный гемипарез – у 11,1%, легкий и умеренный гемипарез – у 58,9% [4]. По данным Folkes с соавт. [7], собравшим большой банк данных по инсульту, двигательные расстройства наблюдаются у 88% больных.

Вторым по значимости и распространенности постинсультным дефектом являются речевые нарушения, которые обычно сочетаются с двигательными расстройствами. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта афазия наблюдается у 35,9%, дизартрия – у 13,4% больных [4]. По данным ВОЗ афатические расстройства наблюдаются у 25 - 30% больных, перенесших инсульт.

Двигательные и речевые нарушения часто сочетаются с другим неврологическим дефицитом: нарушением чувствительности, мозжечковыми расстройствами, зрительными нарушениями и т.д.

Наличие неврологического дефицита, приводящего к социальной дезадаптации, снижению качества жизни пациентов, тяжелой инвалидности и определяют необходимость проведения реабилитации, особенно в раннем периоде инсульта.

Основной задачей реабилитации является восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, включая восстановление навыков самообслуживания, бытовой и социальной активности, межперсональных отношений, когда это возможно – трудоспособности [3].

Важность раннего начала реабилитации связана, во-первых, с рядом осложнений острого периода, во многом обусловленных гипокинезией и гиподинамией (тромбофлебиты конечностей, тромбоэмболии легочной артерии, застойные явления в легких и т.д.), и, во-вторых, с опасностью развития и прогрессирования вторичных патологических состояний (спастические контрактуры, "телеграфный стиль" при моторной афазии и т.д.). Более раннее начало реабилитации способствует более полному восстановлению функций, препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, астено-депрессивных и невротических состояний. Некоторые исследователи считают раннее начало реабилитации даже более важным для восстановления функций, чем ее длительность [8, 9, 11].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплексной ранней медицинской реабилитации больных, перенесших НМК в условиях Республиканской клинической больницы медицинской реабилитации (РКБМР).

Обследовано 372 больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения. Среди них инфаркт мозга перенесли 281 чел. (75,5%), внутримозговое кровоизлияние 91 чел. (24,5%).

Возраст пациентов составил: до 40 лет – 29 чел. (7,8%), 41-50 лет – 73 чел. (19,6%), 51-60 лет – 163 чел. (43,8%), старше 60 лет – 107 чел. (28,8%). В группу наблюдений вошли 180 женщин (48,4%) и 192 мужчины (51,6%). Оценка неврологического дефицита и нарушение категорий жизнедеятельности проводилась в соответствии с функциональными классами (ФК).

В группе больных с двигательными нарушениями – 223 чел. преобладали пациенты с умеренным – 97 чел. (43,5%) и выраженным – 63 чел. (28,3%) двигательным дефицитом, у 18 больных (8,1%) наблюдалась гемиплегия, у 45 (20,2%) – легкий гемипарез.

В группе больных с речевыми расстройствами – 152 чел.: грубые нарушения выявлены у 18 пациентов (11,8%), умеренные расстройства имели место у 102 обследованных (67,1%) и легкие речевые нарушения отмечены у 32 больных (21,1%).

Координаторные расстройства отмечены у 122 пациентов: резко выраженные у 9 больных (7,4%), значительно выраженные у 29 чел. (23,7%), умеренные у 71 (58,2%), легкие у 13 (10,7%).

У 304 больных (81,7%) реабилитационные мероприятия начаты в раннем восстановительном, у 40 (10,8%) в позднем восстановительном и у 28 (7,5%) в периоде последствий.

Длительность пребывания в стационаре составила от 21 до 28 дней.

Касаясь методов реабилитации, проводимой в РКБМР, следует отметить, что при двигательных нарушениях они включали различные виды лечебной гимнастики (пассивная, активная гимнастика, обучение ходьбе, упражнения на координацию и равновесие, гидрокинезотерапия), физиотерапевтическое воздействие (электростимуляция, магнито-, лазеротерапия, водные процедуры, теплотечение, криотерапия, массаж), бытовую реабилитацию, методы, снижающие мышечную спастичность; при речевых нарушениях – регулярные занятия с логопедом – афазиологом по восстановлению различных сторон речевой деятельности (экспрессивной и импрессивной), обычно нарушенных при афазии письма, чтения и счета. Всем пациентам проводилась психологическая реабилитация с целью уменьшения масштаба переживаний, коррекции внутренней картины болезни, ликвидации тревожных или депрессивных компонентов. Занятия проводились на фоне приема нейротрофических и вазоактивных препаратов. Реабилитационная программа для каждого больного была строго индивидуальной в соответствии с имеющимся клиническим синдромом и характером основного заболевания, возрастом, сопутствующими заболеваниями.

При начале реабилитации в раннем восстановительном периоде преобладало улучшение на 1 функциональный класс либо внутри ФК, составляя в целом 76% в первом случае и 61% – во втором. При начале реабилитации в позднем восстановительном периоде ее результаты были гораздо хуже: только у 13% больных отмечалась степень восстановления на 1 ФК, у 41% степень восстановления была внутри ФК, а у 46% отсутствовала. Начало реабилитационных мероприятий в периоде последствий инсульта у больных, не получавших его ранее, оказалось малоэффективно: у 63% из них эффект от лечения полностью отсутствовал, у 31% – отмечалась лишь небольшая положительная динамика, выражавшаяся в основном в уменьшении спастичности, улучшении функции ходьбы и навыков самообслуживания.

В связи со спецификой речевых расстройств и их восстановления отдельно было проанализировано восстановление речевых функций.

Результаты реабилитации у больных с афазией в меньшей степени зависели от сроков начала реабилитации, чем у больных с двигательными нарушениями: восстановление речи на 1 функциональный класс отмечалось у 40% больных, начавших речевую реабилитацию в раннем восстановительном периоде инсульта, у 13,3% в позднем восстановительном периоде и у 10% в периоде последствий. Восстановление речевых функций внутри ФК отмечено у 28% больных, начавших реабилитацию в раннем восстановительном периоде, у 62,2% – в позднем восстановительном и у 40% – в периоде последствий. У 10,7% обследованных в раннем восстановительном периоде имело место восстановление речевых функций на 2 ФК. Динамики в речевой сфере отмечено не было у 21,3% в раннем восстановительном периоде, у 24,5% в позднем восстановительном периоде, у 50% в периоде последствий.

Результаты нашего исследования во многом соответствуют данным зарубежных исследователей. Так, R.T. Wertz [12] отмечал, что наилучшая эффективность достигается при начале речевой реабилитации в первые 3 месяца от момента развития инсульта, проводимой не менее 3 ч каждую неделю в течение 5 месяцев и более. По данным M. Kelly-Hayers [10], в отличие от сроков восстановления двигательных функций предельные сроки возможного улучшения речевой функции очень вариабельны, и часто улучшение продолжается и сверх 6 месяцев после инсульта.

Квалифицированная реабилитация - дорогостоящее мероприятие, для ее проведения требуются высококвалифицированные специалисты: реабилитологи, логопеды - афазиологи, методисты ЛФК, массажисты, физиотерапевты, психологи. Поэтому важнейшей задачей является отбор больных для проведения интенсивного реабилитационного лечения. Основой такого отбора является оценка реабилитационного потенциала (РП), который может быть высоким, средним, низким и крайне низким.

Группа больных с высоким и средним РП, по нашему мнению, и должна составлять основную массу больных, направляемых в реабилитационные учреждения.

Необходимо учитывать и противопоказания к интенсивной реабилитации, выработанные в результате длительного наблюдения за больными. Это тяжелая степень нарушения функции органов и систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др. (высокая, не поддающаяся коррекции артериальная гипертензия, выраженная коронарная недостаточность, лихорадочные состояния, острые тромбозы, эмболии в качестве сопутствующих заболеваний, инкурабельные злокачественные новообразования), выраженные изменения психики.

ВЫВОДЫ

Восстановление двигательных и координаторных функций происходит в основном в первые 3-6 месяцев от начала инсульта, в эти сроки и наиболее эффективно проведение медицинской реабилитации.

Наиболее эффективным является раннее начало речевой реабилитации, оно позволяет предотвратить фиксацию патологических симптомов, однако сроки начала речевой терапии не имеют такого определяющего значения, как у больных с двигательными нарушениями.

Голосо-речевая терапия должна быть длительной и проводиться в течение первых 2-3 лет после инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демиденко, Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии / Т.Д. Демиденко. – Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1989.
2. Гиткина, Л.С. Медицинская реабилитация больных мозговым инсультом: метод. рекомендации / Л.С. Гиткина [и др.] – Минск, 1998. – 59 с.
3. Епифанов, В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А.Епифанов. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.: ил.
4. Столярова, Л.Г. Принципы организации восстановительного лечения неврологических больных / Л.Г. Столярова, А. С. Кадыков, Э.Б. Голланд // Вопросы организации восстановительного лечения больных и инвалидов. – М., 1982. – С. 14 – 20.
5. Столярова, Л.Г. Миорелаксанты в комплексной реабилитации больных с постинсультными гемипарезами / Л.Г. Столярова, А.С. Кадыков, В.М. Пивоварова // Современные проблемы нейропсихофармакологии, принципы патогенетического лечения больных нервными и психическими заболеваниями: Тез. докл. пленума Правл. Всесоюз. об-ва невропатологов и психиатров, Полтава, 23 - 25 окт. 1984 г. – М., 1984. – Т.1. – С. 163 – 165.
6. Столярова, Л.Г. Восстановительное лечение больных с постинсультными двигательными нарушениями: Метод. рекомендации / Л.Г. Столярова, А.С. Кадыков, Л.А. Черникова – М., 1986.
7. Brandstater, M.E. An overview of stroke rehabilitation / M.E. Brandstater // Stroke. – 1990. – Vol. 21, suppl. II. – P. 40 – 42.
8. Feigenson, J.S. Stroke rehabilitations: effectiveness, benefits and cost. Some practical considerations / Feigenson // Stroke. – 1979. – Vol. 10, № 1. – P. 1 – 4.
9. Feigenson, J.S. Stroke rehabilitations / J.S. Feigenson // Stroke. – 1981. – Vol. 12, № 3. – P. 372 – 375.
10. Kelly-Hayers, M. Time intervals, survival and destination / M. Kelly-Hayers // Stroke. – 1990. – Vol. 21, suppl. II. – P. 24 – 26.
11. Smith, M.B. Therapy impact on functional outcome in controlled trial of stroke rehabilitation / M.B. Smith, W.M. Garraway, D.L. Akhtai, A.J. Smith, // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1982. – Vol. 63, № 1. – P. 21 – 24.

12. Wertz, R.T. Communications deficits in stroke survivors. An overview of classifications and treatment / R.T. Wertz // Stroke. – 1990. – Vol. 21, suppl. II. – P. 16 – 18.

**THE COMPARABLE ANALYSIS OF EARLY AND LATER REHABILITATION
OF STROKE IN REPUBLICAN MEDICAL REHABILITATION
CLINICAL HOSPITAL**

E. F. SVYATSKAYA, N.V. AMPILOVA, A.Y. SOLOVIEV, N.V. LIBO, M.A. BARYSHEV

Summary

Disorders of the brain circulation are one of the causes of population disability and mortality. The comparable analysis of early and later rehabilitation of stroke patients in different periods of illness was done. It shown good results of movements and coordination disorders recover in patients during 3-6 months after stroke and speech disturbances- during 2-3 years after stroke.

Поступила в редакцию 17 августа 2009г.