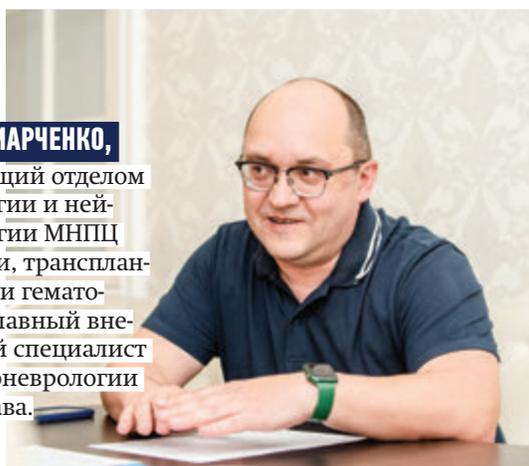


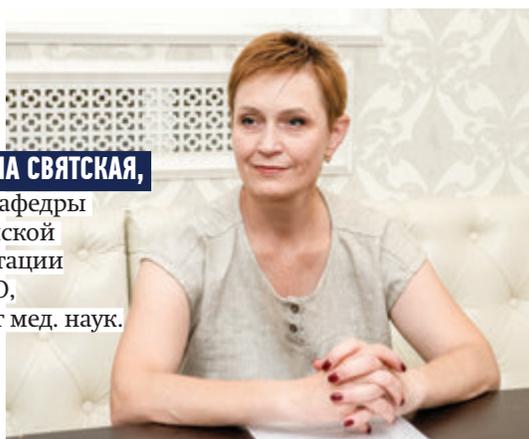
ИНСУЛЬТ ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРОЙ ПО ЧАСТОТЕ ПРИЧИНОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПЕРВОЙ ПРИЧИНОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ. ЕГО РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДОСТАТОЧНО ВЫСОКА КАК ВО ВСЕМ МИРЕ, ТАК И В БЕЛАРУСИ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ОКАЗАТЬ СВОЕВРЕМЕННУЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ ПОМОЩЬ, КОТОРАЯ НЕ ТОЛЬКО УЛУЧШАЕТ ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ, НО И СНИЖАЕТ ИНВАЛИДИЗАЦИЮ, УМЕНЬШАЕТ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕФИЦИТ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА. КТО-ТО БЫСТРО ВОЗВРАЩАЕТСЯ К ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ, А КОГО-ТО ОЖИДАЕТ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ВОССТАНОВЛЕНИЯ. КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА, ОБСУДИЛИ ЗА КРУГЛЫМ СТОЛОМ В РЕДАКЦИИ «МЕДИЦИНСКОГО ВЕСТНИКА».

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

СЕРГЕЙ МАРЧЕНКО,
заведующий отделом неврологии и нейрохирургии МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, главный внештатный специалист по ангионеврологии Минздрава.



ЕКАТЕРИНА СВЯТСКАЯ,
доцент кафедры медицинской реабилитации БелМАПО, кандидат мед. наук.



МАКСИМ БАРЫШЕВ,
заведующий отделением медицинской реабилитации РКМЦ Управления делами Президента Республики Беларусь.



ИНСУЛЬТ КАК СЛЕДСТВИЕ

С. М.: Сразу хочу отметить, что инсульты никогда не встречаются у здоровых людей. Огромную роль играют заболевания, которые являются факторами риска сосудистой катастрофы. Причем их нужно не только вовремя выявлять, но и правильно лечить. Самые частые причины инсульта — атеросклероз сосудов головного мозга, артериальная гипертензия, различные заболевания сердца, в т. ч. нарушения ритма, сахарный диабет. Для профилактики инсульта хронические заболевания необходимо компенсировать: нормализовать сахар крови при СД, добиться нормальных значений АД при артериальной гипертензии и т. д. В случае нарушения ритма сердца — обязательный прием анти тромботических препаратов. Факторами риска инсульта также являются курение и злоупотребление алкоголем.

Одной из проблем, с которой сталкиваются специалисты при оказании медицинской помощи людям с инсультом, является несвоевременное обращение. К сожалению, проблема в том, что вовремя приезжают только 30 % пациентов. Остальные попадают в больницу позже, а 40 % — вообще через сутки. И такие поздние обращения — тяжелые пациенты.

Это серьезно ограничивает применение современных методов лечения, которые являются высокоэффективными, позволяющими более чем в половине случаев избежать глубокой инвалидности.

Существует простой тест для определения признаков инсульта FAST-тест (Face-Arm-Speech-Time, или «лицо-рука-речь-время»). Если внезапно у человека появилась асимметрия лица, слабость в руке и/или ноге или нарушение речи, необходимо как можно быстрее вызвать скорую медицинскую помощь. Более того, насторожить должны внезапное нарушение координации, головокружение, необычная головная боль. В целом любое резкое изменение в самочувствии — повод обратиться за медицинской помощью. Значение имеет время появления симптомов. Есть такой постулат: время равно мозгу, т. е. чем раньше обратились за помощью, чем раньше начато лечение, тем больше нервных клеток сохранилось.

Сегодня терапевтическое окно при ишемическом инсульте может быть 9 часов (золотой стандарт 4,5 часа), но стоит понимать, что каждую минуту гибнут нервные клетки головного мозга, с течением времени их погибает все больше и больше, а значит и эффект от терапии будет хуже.

О РАННЕМ НАЧАЛЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е. С.: Безусловно, от своевременности и эффективности оказания медицинской помощи на лечебном этапе зависит и эффективность последующей реабилитации.

М. Б.: Сегодня подходы к восстановлению пациентов после инсульта изменились. Ранее считалось, что «инсульт трогать нельзя, он должен лежать», сейчас речь идет о том, чтобы реабилитационные мероприятия после стабилизации состояния пациента начались как можно раньше, не позднее 48 часов от начала заболевания.

С. М.: Можно с уверенностью говорить, что восстановление пациента начинается уже с первых суток. Так, например, правильная укладка пациента в отделении интенсивной терапии — это уже элемент реабилитации.

Е. С.: По международным стандартам в первые 48 часов после инсульта пациент должен быть осмотрен мультидисциплинарной реабилитационной командой. От результатов осмотра будет зависеть целесообразность и возможность оказания реабилитационной помощи, ее объем, какие специалисты необходимы для проведения реабилитационных вмешательств. Как правильно сказал Сергей Вадимович, реабилитация начинается с первых часов госпитализации в отделение интенсивной терапии. Те же профилактические мероприятия мы рассматриваем как реабилитационные. Например, рациональное позиционирование и повороты пациентов способствуют профилактике контрактур,

пролежней, гипостатической пневмонии, спастичности паретичных конечностей.

Противопоказаний для рационального позиционирования практически нет. Если головной конец кровати поднят на 30 градусов — это тренировка гравитационного градиента и подготовка к вертикализации пациента. А это, в свою очередь, подготовительный этап к активной реабилитации.

М. Б.: Если пациент находится в коме, начинается все с пассивных упражнений, профилактики контрактур, пролежней. Мы также боремся с угрожающими вторичными осложнениями, которые потом замедляют динамику реабилитации и ее темп. Инструктор приходит и поднимает пациенту ноги, руки, выполняет пассивные упражнения, переворачивает его и т. д.

Е. С.: В целом ранняя реабилитация — это первые три месяца от начала инсульта. Однако многое зависит от тяжести заболевания, функциональных нарушений, которые возникли. Если говорить об остром периоде — это ранняя мобилизация (активизация) пациента, повороты и перемещения в постели, если пациент доступен к контакту — обучение самостоятельным поворотам, перемещениям, присаживаниям в кровати.

Данные международных исследований свидетельствуют, что увеличение частоты занятий в течение 30–45 минут в сутки вне постели повышало шансы на благоприятный исход на 13 % и шансы пройти 50 м без посторонней помощи на 66 %.

Поэтому важны ранняя мобилизация и пассивная или, если это возможно, активная гимнастика (в основном суставная гимнастика с элементами растяжения). Далее пациента переводят на стационарный этап медицинской реабилитации в специализированные реабилитационные отделения.

М. Б.: Можно сказать, что вся наша работа направлена на то, чтобы человек стал самостоятельным как можно быстрее.

Есть пять этапов медицинской реабилитации: лечебно-реабилитационный этап, этап ранней стационарной реабилитации, амбулаторный этап, домашний этап и этап поздней (повторной) медицинской реабилитации.

Максимальный эффект от реабилитации достигается, как правило, в первый год после инсульта. Так, динамика восстановления двигательных нарушений снижается к концу года реабилитации, а вот нарушенные когнитивные функции могут восстанавливаться и дольше. Занятия с логопедами и психологами могут продолжаться годами.

Бич наших пациентов — постинсультная депрессия. Она может возникать более чем в 40 % случаев.

Опасна сверхмотивация пациента, когда ожидания завышены, но восстановление идет тяжело, а также и ее отсутствие, когда у пациента нет желания что-либо делать. Все это может усугублять депрессивную симптоматику.

Е. С.: Не случайно в состав мультидисциплинарной бригады включается психолог, который должен работать с мотивацией пациентов.