



Реабілітація після інсульту: якою вона повинна бути?

За результатами «Карпатських читань – 2009», 3-5 червня, м. Ужгород

3-5 червня в м. Ужгороді відбулася традиційна науково-практична конференція українських неврологів з міжнародною участю «Карпатські читання – 2009». Другий день роботи конференції був цілковито присвячений питанням нейрореабілітації. Відомі вітчизняні вчені розглянули проблеми та досягнення цієї багатогранної клінічної дисципліни крізь призму доказової медицини та власного досвіду.



Керівник відділу судинної патології головного мозку Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України (м. Харків), головний фахівець МОЗ України за спеціальністю «неврологія», заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Тамара Сергіївна Міщенко** присвятила свою доповідь проблемі асимптомних («німих») інфарктів мозку та можливостям корекції їх когнітивних наслідків на етапі реабілітації.

– Під асимптомними («німими», субклінічними) слід розуміти мозкові інфаркти, що були виявлені під час нейровізуалізаційного обстеження або на розтині, але не були діагностовані клінічно. Частота «німих» інфарктів мозку, за даними V. Nachinski (2007) та Vermeer і співавт. (2002), у 5-8 разів вища порівняно із симптомними, і цей показник прямо пропорційний віку хворих. За даними Фремінгемського дослідження найчастіше асимптомні інфаркти локалізуються у базальних гангліях (52%) і субкортикально (35%), рідше – у корі головного мозку (11%) та мозочку (2%).

Патоморфологічно «німі» інфаркти мають вигляд лакун, що нагадує картину лакунарного ураження мозкової тканини за гіпертензивної мікроангіопатії. Деякі автори вказують на наявність чіткого зв'язку асимптомних інфарктів із симптомним гострим ішемічним інсультом. Kang і співавт. (2003) виявляли повторні «німі» інфаркти під час проведення МРТ-дослідження у 34% пацієнтів протягом одного тижня після перенесеного гострого ішемічного інсульту, у той час як повторний симптомний інсульт за аналогічний період часу зустрічався із частотою близько 2%. S.V. Coutts і співавт. (Neurology, 2005) повідомляють про те, що протягом 1 міс після малого інсульту або транзиторної ішемічної атаки (ТІА) нові вогнища ураження мозку виявляються на МРТ у кожного десятого хворого, причому в половині випадків ці вогнища не супроводжуються будь-якими симптомами.

Незважаючи на відсутність явних клінічних проявів, що відображено у самому терміні, «німі» інфаркти загрожують не менш руйнівними наслідками, ніж симптомні, і в тому числі становлять одну з причин постінсультних когнітивних розладів. V. Nachinski (2007) наводить дані про те, що ризик розвитку деменції після перенесеного «німого» інфаркту становить у перший рік 5%, а в наступні 3 роки – від 11 до 23%. J.A. Shneider і співавт. (2007) зазначають, що «німі» підкоркові інфаркти підвищують ризик розвитку деменції майже в 4 рази (при цьому не враховувалися коркові інфаркти та патологічні зміни, характерні для хвороби Альцгеймера).

Безумовно, розвиток судинної деменції не можна пояснити лише «німими» інфарктами. Серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, а також їх фактори ризику зумовлюють, окрім дрібновогнищевих уражень, також патологічні зміни білої речовини мозку та її атрофію, що разом з немодифікованими факторами (похилий вік, низький рівень освіти, генетичні аномалії) прискорює прогресування когнітивного дефіциту.

Доказових даних, що засвідчують ефективність певних профілактичних підходів у пацієнтів з асимптомними інфарктами мозку, недостатньо. Продовжуються субаналізи досліджень PROGRESS и PRoFESS (найбільші міжнародні дослідження, присвячені профілактиці інсульту) з урахуванням даних нейровізуалізації. Виходячи із сучасних уявлень про фактори ризику і патогенез «німих» інфарктів, практичним лікарям слід зосередити увагу на загальних принципах первинної та вторинної профілактики судинної патології мозку, у тому числі на адекватному лікуванні артеріальної гіпертензії та антиагрегантній терапії.

Для корекції когнітивних розладів, що виникають у хворих на фоні асимптомних інфарктів, в Україні сьогодні доступні всі засоби патогенетичної та симптоматичної терапії: ноотропи, холінергічні засоби, а також препарати з нейропротекторними та нейротрофічними властивостями, одним з яких є добре відомий вітчизняним неврологам Церебралізин (Ebewe Pharma Ges.m.b.H. Nfg. KG, Австрія). Цей мульти-модальний нейропротектор природного походження має активність ендогенних нейростових пептидів і здатен сповільнювати процеси апоптозу нейронів, активувати спраутинг (розгалуження дендритів та аксонів), запобігати утворенню вільних радикалів у патологічних реакціях ішемічного каскаду. Таким чином, препарат сприяє збереженню функцій нейронів у несприятливих умовах гіпоксії та ішемії, що безпосередньо пов'язано з патогенезом постінсультних когнітивних порушень.



Завідувач кафедри нервових хвороб з курсом нейрохірургії **Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова**, доктор медичних наук, професор **Сергій Петрович Московко**

запропонував до обговорення проект клінічного документа «Паспорт реабілітації», у якому, за задумом автора, має відобразитися історія реабілітаційного процесу конкретного хворого.

– У паспорт пропонується включати дані про стан пацієнта, його поточні потреби, запропоновані шляхи їх вирішення (план реабілітаційних заходів), лікарські призначення, інформацію про їх виконання та досягнуті результати. Таким чином, паспорт реабілітації повинен сприяти координації зусиль спеціалістів на різних етапах реабілітації та полегшувати контроль реабілітаційного процесу.

У перший розділ документа – «Оцінка стану хворого» – запропоновано включати результати оцінювання функціональних можливостей пацієнта за неврологічними та нейропсихіатричними шкалами (зокрема когнітивного статусу за скринінговою шкалою MMSE), перелік визначених факторів ризику, а також дані про супутні соматичні захворювання. У другому розділі – «Визначення потреб» – спеціалісти з урахуванням думки пацієнта обґрунтовують необхідність і доцільність призначення комплексу вторинної профілактики інсульту, лікування коморбідних соматичних

захворювань, корекції спастичності, лікування або профілактики депресії, корекції когнітивного дефіциту, рухової та мовної реабілітації.

Третій розділ – це власне план реабілітації, у якому докладно описані призначення, інтенсивність і періодичність реабілітаційних впливів, а також їх медикаментозний супровід.

Наприклад, план моторної реабілітації має включати опис характеру призначених вправ, їх послідовність, тривалість, кількість повторів, критерії досягнення результату та переходу до нового рівня завдань, рекомендації для осіб, які доглядають за хворим.

Важливе місце посідає план медикаментозного супроводу нейрореабілітації (четвертий розділ). З урахуванням необхідності у вторинній профілактиці, терапії супутньої патології, корекції когнітивних розладів і депресивного стану одному пацієнту може бути призначено 5-7 і більше препаратів для тривалого амбулаторного прийому, тож їх докладний перелік допоможе передбачити та попередити небажану взаємодію ліків. Окрім цього, хворий зазвичай періодично отримує курсову терапію в стаціонарі, спрямовану на посилення тканинного та мозкового метаболізму, стимуляцію репаративних процесів.

Варто відзначити позитивний досвід курсового використання Церебралізину в дозі 10-20 мл протягом 15-20 днів двічі на рік. Окрім прямого впливу на функціонування та виживання нейронів, Церебралізин має властивість попереджати розвиток постінсультних когнітивних порушень, про що свідчать дані доказової медицини.

П'ятий розділ документа – це щоденник, в якому зазначаються дані про артеріальний тиск, медикаментозне лікування, моторну реабілітацію, небажані ефекти терапії, обстеження і консультації. В останньому – шостому – розділі передбачається підведення підсумку реабілітації, перегляд потреб хворого та формування нового реабілітаційного плану.



Тему комплексної реабілітації пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт, продовжив доктор медичних наук **Лук'ян Васильович Андріюк** (Львівський міжрегіональний центр соціально-трудової, професійної та медичної реабілітації інвалідів).

– Однією з найпоширеніших причин втрати працездатності та інвалідності є мозковий інсульт. Шанс на повернення до нормального життя мають лише 10% пацієнтів. У більшості ж спостерігається часткова або повна втрата здатності до самообслуговування, не говорячи вже про нездатність продовжувати трудову діяльність. Геміпарез виникає майже у половини хворих, кожен четвертий втрачає здатність до пересування.

Метою лікування є не лише збереження життя, а й зведення до мінімуму наслідків захворювання для пацієнта та осіб, які за ним доглядають. Високий рівень відновлення, за якого порушена функція повертається до початкового стану, можливий лише в тому випадку, якщо патологічне вогнище містить елементи набряку, гіпоксії, діашизу і, як наслідок, відбувається зміна провідності нервових імпульсів.

Другим рівнем відновлення є компенсація, при цьому функцію зруйнованих структур беруть на себе ті, що не постраждали від травматичного чинника. Основним механізмом компенсації є

функціональна перебудова нейрональних структур, на основі якої рідко можна досягти повного відновлення функцій.

У випадку відсутності компенсації порушеної функції можлива реадптація, тобто пристосування до дефекту. Прикладом реадптації до вираженого рухового дефекту є використання протезів, крісел-каталок, палиць тощо.

На підставі клініко-нейровізуалізаційних зйомок встановлено значення розміру і локалізації інфаркту мозку для відновлення рухових функцій. Для великих інфарктів з ураженням задньої ніжки внутрішньої капсули (ЗНВК) характерні грубі рухові порушення (геміплегія) у гострому періоді інсульту. Прогноз відновлення несприятливий: неповний обсяг відновлення рухів і повільний темп реабілітації. У разі локалізації інфаркту в білій речовині центральних звивин, поза ділянками ЗНВК, ймовірність відновлення втрачених функцій зростає. За умови переважно поверхневої локалізації інфаркту в корі центральних звивин, поза білою речовиною та ЗНВК, зазвичай спостерігається значне відновлення рухових функцій. Повне відновлення рухів можливе навіть за наявності вогнищ великих розмірів, що не поширюються на руховий шлях.

У комплексі медикаментозного лікування постінсультних хворих на базі нашого реабілітаційного центру успішно використовується багатокомпонентний нейротрофічний препарат природного походження Церебралізин. За результатами клінічного плацебо контрольованого дослідження, препарат достовірно покращував рухові функції хворих, підвищував активність їх повсякденного життя (оцінювання проводилось за індексом Бартела), а також позитивно впливав на загальний стан хворих, що лікарі визначали за шкалою загальної клінічної оцінки (CGI, розділ 2). Терапевтичний ефект Церебралізину було досягнуто в понад 90% пацієнтів.

Окрім рухової, 12-18% хворих потребують мовної реабілітації. У разі інфаркту в кірково-підкіркових ділянках мовних зон виникає моторна афазія за умови локалізації вогнища в зоні Брока або сенсорна – в зоні Верніке. Відновлення мови за такої локалізації патологічного процесу незначне. За відсутності ураження глибоких структур мозку прогноз відновлення покращується, і в резидуальному періоді спостерігається лише помірна сенсорно-моторна афазія.

Ранній початок активної рухової реабілітації має позитивний вплив на відновлення рухових функцій у хворих із великими вогнищами ураження. Повторні курси рухової реабілітації у тих хворих, які в повному обсязі отримали її в гострому і ранньому відновному періоді, як правило, малоєфективні, оскільки відновлення рухів кінцівок і навичок ходьби завершується до 6 міс після інсульту. Під час організації реабілітаційного процесу необхідно враховувати, що відновлення мови можливо досягти при повторних курсах інтенсивної мовної реабілітації протягом перших 2-3 років після інсульту.

Комплексний підхід у процесі реабілітації особи з обмеженими можливостями має велике значення для досягнення найвищих результатів. Доцільність комплексної реабілітації на базі одного універсального нейрореабілітаційного закладу визначають соціальний та економічний чинники. Соціальний чинник полягає в прискоренні повернення хворого в суспільство, а економічний – у значному скороченні витрат на реабілітацію, про що свідчить приклад нашого реабілітаційного центру.

Підготував **Дмитро Молчанов**