

Реабилитация постинсультного пациента: роль врача общей практики (врача-терапевта)

К.м.н. С.Е. Чуприна, О.В. Небогина

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»

РЕЗЮМЕ

В данной статье уделяется внимание проблемам, с которыми может столкнуться врач общей практики, наблюдая пациента после нарушения мозгового кровообращения (НМК) на амбулаторном этапе. Проблема реабилитации после инсульта не менее актуальна и важна, чем вопрос о сохранении жизни пациента в остром периоде НМК. Эффективность реабилитации после инсульта зависит от соблюдения ряда условий: индивидуальной направленности воздействия, строгой дозированности, постепенного увеличения интенсивности воздействия, непрерывности и этапности. В остром периоде реабилитационные мероприятия начинаются в первичных сосудистых центрах, что имеет очень большое значение для достижения наилучших результатов в плане восстановления утраченных функций. В дальнейшем пациент переводится на второй этап – в реабилитационное отделение стационара, затем на третий этап – в санаторий или реабилитационное отделение поликлиники, предусмотрены также выездные бригады для медпомощи на дому. Подробно в статье рассматриваются проблемы реабилитации постинсультной депрессии, спастичности, болей в плече, нарушения мочеиспускания, сосудистых когнитивных нарушений и постинсультной деменции. Отдельно обсуждаются вопросы питания пациентов, нутритивной поддержки и сипинга.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, спастичность, постинсультная боль в плече, сипинг, когнитивные нарушения, депрессия, расстройства мочеиспускания.

Для цитирования: Чуприна С.Е., Небогина О.В. Реабилитация постинсультного пациента: роль врача общей практики (врача-терапевта) // РМЖ. 2017. № 9. С. 579–584.

ABSTRACT

Rehabilitation of the post-stroke patient: the role of general practitioner (physician)

Chuprina S.E., Nebogina O.V.

Voronezh Regional Clinical Hospital No. 1

In this article we would like to pay attention to the problems that a general practitioner may face when observing a patient after cerebrovascular accident at an outpatient stage. The problem of rehabilitation after a stroke is as urgent and important as the issue of saving a patient's life in the acute period of cerebrovascular accident (CVA). The effectiveness of rehabilitation after a stroke depends on the observance of a number of conditions: an individual orientation of the impact, a strict dosage, a gradual increase in the intensity of the impact, continuity and phase. In an acute period rehabilitation activities begin in the primary vascular centers, which is very important for achieving the best results of restoring the lost functions. The article considers in detail the problems of rehabilitation of post-stroke depression, spasticity, shoulder pain, urination disorders, vascular cognitive impairment and post-stroke dementia. The issues of patient nutrition, nutritional support and sipping are discussed separately.

Key words: medical rehabilitation, spasticity, post-stroke pain in the shoulder, sinking, cognitive impairment, depression, urinary disorders.

For citation: Chuprina S.E., Nebogina O.V. Rehabilitation of the post-stroke patient: the role of general practitioner (physician) // RMJ. 2017. № 9. P. 579–584.

Сосудистые заболевания головного мозга вышли в России на 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний среди всех причин смерти населения. В нашей стране ежегодно происходит более 400 тыс. инсультов, летальность при которых достигает 22% [1]. Хотя большая часть инсультов происходит у больных старше 60 лет, ОНМК представляют собой существенную проблему и для лиц трудоспособного возраста. Так, в региональном сосудистом центре БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» среди всех больных с инсультом доля молодых пациентов составляет 10%.

Инсульт, затрагивающий небольшой участок головного мозга, может пройти бесследно для физического здоровья пациента. Однако чаще в жизни человека вследствие приобретенного неврологического дефицита возникают более или менее значимые ограничения. После инсульта идет процесс естественного восстановления утраченных функций за счет гибких возможностей нервной системы (нейро-

пластичности). Его можно ускорить методами реабилитации. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что тренировка утраченных функций способствует их восстановлению. Даже при лечении самыми современными средствами последствия НМК далеко не всегда удается полностью устранить. По этой причине реабилитация направлена не только на восстановление утраченных функций у пациента, но и на повышение качества жизни в условиях имеющегося неврологического дефицита.

Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо си-

стем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество (ч. 1 ст. 40 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Выделяют персонифицированные, отраслевые и государственные цели медицинской реабилитации. Персонифицированные цели индивидуальны для каждого пациента и зависят от характера и объема функциональных нарушений. К отраслевым целям относят максимальное возвращение пациентов, перенесших инсульт, к активной трудовой и социальной жизни, уменьшение длительности их пребывания в стационаре. Государственные цели медицинской реабилитации – это увеличение продолжительности жизни, снижение уровня и степени инвалидизации, вторичных расходов на обеспечение минимально комфортных условий жизни тяжелобольных и инвалидов.

Основные задачи медицинской реабилитации:

- раннее начало – в первые 12–48 ч;
- коррекция, устранение, предотвращение патологических условий, провоцирующих инвалидизацию;
- компенсация нарушенных функций с сохранением индивидуального, социального и бытового статуса человека;
- приспособление значительно нарушенных функций к условиям существования с максимально возможной социально-бытовой активностью;
- поддержание сохранившихся функций, являющихся основой восстановления, компенсации и приспособления;
- совместная работа с органами социальной защиты при составлении индивидуальной программы реабилитации в условиях трехуровневой системы.

Трехуровневая модель оказания реабилитационной помощи включает реабилитацию в условиях первичного сосудистого отделения (1-й этап), отделения реабилитации стационаров (2-й этап), а также амбулаторную реабилитацию (3-й этап).

После завершения курса стационарного лечения в первичном сосудистом центре и реабилитационном отделении пациент возвращается домой. На этом этапе семья человека, перенесшего инсульт, особенно нуждается в профессиональной консультации и поддержке. И здесь очень важна роль врача общей практики, которая заключается в проведении комплекса диагностических обследований с целью определения реабилитационного потенциала, в оценке степени нарушения функций после инсульта, определении эффективности проведенной медицинской реабилитации, своевременном направлении на медико-социальную экспертизу.

Большое внимание в работе врача общей практики уделяется контролю за правильным соблюдением родственниками рекомендаций, полученных на предыдущих этапах реабилитации. Необходимо, чтобы лежащий пациент при возвращении домой имел высокую кровать с возможностью подхода к ней с двух сторон. Важно уметь укладывать неподвижного пациента и обеспечивать возможность самостоятельного передвижения в кровати больному, у которого сохранились хотя бы минимальные двигательные способности. Также необходимы прикроватные столик, кресло у изголовья кровати, туалет у ног со стороны «здоровых» конечностей, специальные косметические средства по уходу за кожей, расходные гигиенические материалы, ортезы и средства помощи при передвижении.

Цели амбулаторной реабилитации:

- профилактика спастичности;
- адаптация с учетом имеющегося неврологического дефицита;
- коррекция:
 - речевых расстройств;
 - нарушений глотания;
 - нарушений питания;
 - когнитивных нарушений;
 - тазовых расстройств;
- экспертиза нетрудоспособности;
- подбор технических средств реабилитации.

Профилактика спастичности

Спастичность – нарушение сенсомоторного контроля из-за повреждения верхнего мотонейрона, проявляющееся в перемежающейся или длительной непроизвольной активации мышц. Спастичность выявляется при исследовании пассивных движений в конечности как повышенное сопротивление мышцы при ее быстром растяжении. Спастика при поражении головного мозга связана с ослаблением тормозных влияний на альфа-мотонейроны передних рогов спинного мозга, в большей степени в антигравитационных мышцах, что вызывает появление постуральных аграммационных феноменов: приведение плеча, сгибание в локтевом и лучезапястном суставах, приведение бедра, разгибание колена и подошвенное сгибание в голеностопном суставе. Более чем у ¼ пациентов, перенесших инсульт, спастичность в паретичных конечностях возникает в первые 12 нед. от развития клиники НМК, через 1 год распространенность спастичности варьирует от 36 до 52% [1].

Факторами риска развития спастичности являются поражение правого полушария головного мозга, наличие гемодинамически значимого стеноза, разомкнутого виллизиевого круга, неправильное позиционирование пациента, нарушение правил безопасного трансфера, стимулирующий массаж конечности, раздражающие кожу ладони предметы. Функциональные возможности паретичной конечности хуже при наличии выраженной спастичности, чем при ее легкой степени. У части пациентов при выраженной степени пареза спастика в мышцах ноги может облегчать стояние и ходьбу, а ее снижение – привести к ухудшению двигательной функции и падениям [2].

Существует несколько видов терапии спастичности: физиотерапия, эрготерапия, фармакотерапия, хирургические вмешательства, инъекции ботулотоксина, индивидуальное ортезирование. Как правило, используется сочетание нескольких вариантов лечения. Применение ботулотоксина при спастике показано, когда спастичность выявлена в ограниченной группе мышц, относительно сохранной остается функция агонистов и антагонистов спастичных мышц, и у пациента определен высокий реабилитационный потенциал.

Следствием мышечного спазма при вынужденном длительном положении конечности могут быть контрактуры – стойкие напряжения и укорочения мышц и их сухожилий, ведущие к ограничению движений в суставе. Правильное положение пациента и смена его положения в постели способствуют уменьшению мышечного спазма, они описаны в клинических рекомендациях Союза реабилитологов России «Безопасное перемещение пациентов с сосудистыми мозговыми синдромами и гемиплегией», методических рекомендациях «Постуральная коррекция в процессе реабилитации

пациентов с очаговыми поражениями головного мозга» [3, 4]. Также уменьшить мышечный спазм можно, выполняя несколько раз в день медленные пассивные движения в суставах пораженных конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных, выбирая положение, при котором пораженная сторона имела бы опору, используя для отдыха положения, растягивающие мышцы и расслабляющие суставы. Часто родственники пациентов применяют неэффективные или даже вредные методики лечения. Задача врача общей практики – напомнить семье пациента, что недопустим стимулирующий массаж, раздражающие кожу ладони предметы («ёжики», экспандеры и т. д.), растяжение парализованной руки, в т. ч. после разогрева, поскольку все это может значительно усилить мышечный тонус.

Постинсультная боль в плече

«Болезненное плечо после инсульта» – это собирательное понятие, охватывающее наиболее частые болевые синдромы различной этиологии. В качестве синонимов в литературе упоминаются такие названия, как «гемиплегический синдром боли в плече», синдром «плечо – кисть», «постинсультная боль в плече». Распространенность постинсультного болевого синдрома в области плеча варьирует от 16 до 80%. Сроки возникновения постинсультной боли в плече – от 2 нед. до 2–3 мес. после перенесенного инсульта. У 34% пациентов боль появляется в течение первых суток, у 28% – первых 2-х нед., у 75% – через 2 мес. Наиболее часто постинсультная боль в плече встречается у пациентов в возрасте 40–60 лет, когда наблюдаются дегенеративные изменения в области сустава [2, 5].

Клиническая симптоматика синдрома «плечо – кисть» у пациентов, перенесших инсульт, варьирует от умеренной боли в области плеча до интенсивной боли с вегетативными нарушениями. Причины можно разделить на 2 группы: связанные с невралгической дисфункцией; обусловленные локальным повреждением околосуставных тканей. К неврологическим причинам можно отнести комплексный регионарный болевой синдром, центральную постинсультную боль, повреждения плечевого сплетения, изменения мышечного тонуса в паретичных конечностях, что повышает риск субглоидального вывиха плеча. Локальные повреждения – это адгезивный капсулит, ротационные надрывы манжеты плеча, артрит плечевого сустава и акромиоклавикулярного сочленения, тендовагинит двуглавой мышцы [6].

В случае жалобы на боль в плече врач общей практики может напомнить пациенту и его родственникам, что избежать этого можно, соблюдая правила позиционирования и исключив движения, усиливающие боль. При перемещении руки необходимо придерживать за кисть и плечо, при переворачивании пациента не следует тянуть за парализованную руку.

В реабилитации пациентов, перенесших инсульт, в нашей стране широко используется методика «Баланс», основанная на принципах онтогенетически обусловленной кинезиотерапии [7]. Механизмы спонтанного восстановления напоминают становление моторики ребенка в онтогенезе: сначала восстанавливаются аксиальная мускулатура и проксимальные отделы конечностей, затем дистальные отделы, тонкая моторика. У ребенка сначала возникают двусторонние, крупные движения, напоминающие диагонали, с переносом конечностей в противоположную сторону. Подобные диагонали используются в методике «Баланс». В процессе компенсации интактные конечности «подстраиваются» под

парализованные, в связи с чем работа с пациентом обязательно проводится с двух сторон (при необходимости – с паретичной стороны пассивно) [7].

Другой методикой, основанной на принципах кинезиотерапии, является PNF-терапия (проприоцептивное нейромышечное облегчение), которая позволяет восстановить функциональные связи между нервной системой, руководящей двигательным актом, и мышцами, непосредственно осуществляющими движение. Методика PNF основана на принципах биомеханики тела и нейрофизиологии. Все мышцы, суставы, связки содержат проприорецепторы, реагирующие на растяжение или сжатие. С помощью специальных манипуляций происходит воздействие на данные рецепторы, и осуществляется возможность стимулировать, инициировать или облегчить выполнение того или иного движения любой частью тела, вплоть до движений век. Возможно корректировать правильное направление, силу и объем движения. Кроме того, методика PNF позволяет работать с мышцами и опосредованно. Это значит, что если нет возможности воздействовать напрямую на пораженную мышцу, то можно заставить ее работать, используя нормально функционирующие мышцы и части тела. Благодаря PNF-стимуляции происходит формирование и закрепление движения на более высоких уровнях ЦНС, а значит, появляются новые, правильные статические и динамические стереотипы, увеличивается двигательная активность.

С целью обезболивания при синдроме «плечо – кисть» допустимо использование короткими курсами нестероидных противовоспалительных препаратов при отсутствии индивидуальных противопоказаний у пациента.

Поскольку боль в плече значительно затрудняет выполнение физических упражнений, ухудшает результаты восстановления, этой проблеме следует уделять пристальное внимание на всех этапах реабилитации пациентов, перенесших инсульт.

Сипинг

У пациентов с ОНМК, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, в остром и восстановительном периодах инсульта обнаруживаются нарушения питания даже при отсутствии нарушения глотания. Недостаточное питание, дефицит поступления в организм белка могут проявляться у них прогрессирующим ухудшением состояния. Большинство исследователей считает, что энергетическая потребность организма составляет 25–35 ккал/кг массы тела в сутки, при этом пациент должен получать 1,5–2 г белка, 0,5–1 г липидов и не более 6 г углеводов на 1 кг массы тела в сутки [8].

Инсульт представляет собой стрессовое состояние для организма, при котором преобладают процессы катаболизма. Хотя повышение активности катаболизма в одинаковой степени касается и мышечной, и жировой ткани, с функциональной точки зрения для больного большее значение имеет потеря мышечной массы как осложнение инсульта. Развитию этого осложнения способствуют недостаточное поступление питательных веществ, снижение аппетита, нарушение глотания, низкая физическая активность. Уменьшение объема мышц дополнительно ограничивает двигательные возможности пациента, способствует развитию других осложнений (падения, пролежни, инфекции) и приводит к более продолжительной реабилитации.

Сипинг (англ. *Sip feeding*) – прием питательных смесей через рот. Метод применяется в тех случаях, когда пациент

получает обычную пищу, самостоятельно ест, но по каким-либо причинам питание снижено (больной с пищей не получает необходимое количество энергии, макро- и микронутриентов). Сипинг показан, если у пациента имеются недостаточность питания или риск ее развития, трофические нарушения (пролежни) или риск их появления.

Следует отметить, что метод сипинга требует наличия вербального контакта с пациентом, который должен находиться в сознании, глотание должно быть сохранено и не выявлено препятствий на уровне глотки, пищевода или желудка. На стационарном и амбулаторном этапах используются как полноценные смеси (полностью сбалансированные по всем макро- и микронутриентам), так и модульные смеси (с повышенным содержанием белка, углеводов или фармаконутриентов). Для сипинга в настоящее время разработаны специальные гиперкалорические и гипернитрогенные смеси с различными вкусовыми добавками (шоколад, кофе, ваниль, клубника, банан и др.). Количество смеси, которое могут применять пациенты в виде сипинга, зависит от степени недостаточности питания, присутствия и степени специфического дефицита.

Постинсультная депрессия

По данным разных авторов, постинсультная депрессия встречается у 25–79% пациентов, перенесших НМК, чаще отмечается в восстановительном периоде, симптомы могут персистировать более 2 лет [1, 2]. Причины постинсультной депрессии во многом неясны, к ее появлению приводит комплексное сочетание психосоциальных и биологических факторов. Необходимо подчеркнуть и значение специфических нейробиологических механизмов, например, у больных с ортопедической патологией и таким же уровнем функционального ограничения признаки депрессии наблюдаются реже, чем у больных, перенесших инсульт. Кроме того, постинсультная депрессия развивается также и у больных с анозогнозией. Факторами риска развития постинсультной депрессии являются пожилой возраст, женский пол, отсутствие семьи, тяжелые функциональные расстройства в остром периоде инсульта, депрессивные эпизоды в анамнезе.

Наличие депрессии увеличивает риск ранней смерти, приводит к плохому восстановлению когнитивного и неврологического дефицита, делает более значимыми нарушения активности в повседневной жизни, усугубляет течение сопутствующих соматических заболеваний, увеличивает риск повторного инсульта. Пациенты с депрессией в 3 раза чаще нарушают предписанный режим терапии, т. е. не соблюдают подобранную программу вторичной профилактики НМК, из-за чего в т. ч. увеличивается риск повторного инсульта [2].

Не всегда родственники придают большое значение изменениям в поведении и привычках у больного, перенесшего инсульт, не сообщают об этом врачу и не обращаются за помощью к психиатрам, поэтому задача врача общей практики – на начальном этапе выявить депрессивные реакции и при необходимости назначить соответствующее лечение. Для терапии используются антидепрессанты групп СИОЗС и СИОЗН.

Сосудистые когнитивные нарушения и постинсультная деменция

Сосудистые когнитивные нарушения – это нарушения когнитивных функций различной степени выраженности,

сформировавшиеся вследствие инсульта и/или при длительно существующей сердечно-сосудистой патологии, не сопровождающейся развитием ОНМК. Это понятие включает в себя сосудистую деменцию и менее тяжелые когнитивные нарушения сосудистой этиологии, не приводящие к социальной дезадаптации пациентов. Когнитивные нарушения возникают у 80% пациентов в остром периоде ишемического инсульта [2], в раннем восстановительном периоде – в 10–30% случаев [9]. Они могут возникнуть не только при обширных поражениях корковых областей, но и при подкорковых очагах в функционально значимых зонах.

По данным исследований, проведенных в клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова, возможно выделение ранних форм когнитивных нарушений – легких когнитивных расстройств [9]. В последние годы в иностранной литературе также появились упоминания о более легких, чем умеренные, когнитивных нарушениях – так называемых «субъективных» когнитивных расстройствах [10]. Предполагается, что на этой стадии снижение когнитивных функций не затрудняет профессиональную деятельность человека и не затрагивает навыки социального общения, но их можно выявить, опираясь на субъективную оценку пациента, и при помощи наиболее чувствительных методик клинико-нейропсихологического исследования. Первый и доминирующий симптом легких когнитивных нарушений – расстройство памяти. Вначале пациенты отмечают трудности при запоминании новой информации: не могут пересказать прочитанное или увиденное по телевизору, забывают имена недавних знакомых. Часто нарушения памяти сочетаются с трудностями пространственной ориентировки – пожилые люди не могут найти дорогу в малознакомом месте.

При отсутствии терапии легкие когнитивные расстройства могут трансформироваться в синдром умеренных когнитивных нарушений, которые характеризуются снижением памяти, внимания, способности к обучению. Обязательным диагностическим критерием умеренных когнитивных расстройств является наличие жалоб когнитивного характера, которые высказывает или сам пациент, или его родственники. В отличие от деменции пациенты с умеренными когнитивными расстройствами сохраняют независимость и самостоятельность в повседневной жизни, могут продолжать осуществлять профессиональную деятельность, быть социально активными, сохраняют прежнюю роль в семье, хобби и увлечения.

Выяснение причины деменции у пожилых пациентов показывает, что когнитивный дефицит обусловлен не только самим инсультом, часто ОНМК усугубляет уже имеющиеся нарушения дегенеративного характера. Так, примерно в 50% случаев инсульт демаскирует скрытый нейродегенеративный процесс [11]. Диагностическими критериями сосудистой деменции, согласно МКБ-10, являются наличие синдрома деменции, неравномерное нарушение высших мозговых функций, клинические признаки очагового поражения вещества головного мозга, а также нейровизуализационные признаки сосудистого поражения головного мозга (лейкоареоз, постинфарктные изменения) [12].

Вместе с тем у значительной части больных выраженность постинсультных когнитивных нарушений уменьшается в течение первых месяцев и лет после инсульта. Этому способствует длительный прием лекарственных препаратов. При диагностированной деменции показано назначение противодementных препаратов. Базисная терапия деменции направлена на предупреждение дальнейшего повреждения

головного мозга и/или обеспечивает длительную стабилизацию, замедление дальнейшего снижения когнитивных функций. В случае умеренных когнитивных нарушений назначают вазоактивные и нейрометаболические препараты.

Препарат Церетон (холина альфосцерат), который является предшественником ацетилхолина и фосфатидилхолина, в организме под действием ферментов холина альфосцерат расщепляется на холин и глицерофосфат. Затем холин используется в синтезе ацетилхолина — одного из основных медиаторов нервной системы. В структуре холина альфосцерата содержится 40,5% «защищенного» холина, обладающего электрической нейтральностью, что способствует проникновению холина через гематоэнцефалический барьер (его содержание в головном мозге достигает 45% от его концентрации в сыворотке крови). Дефицит ацетилхолина лежит в основе заболеваний, сопровождающихся нарушением памяти и других когнитивных функций. Холина альфосцерат оказывает нейропротективное действие, улучшает функцию рецепторов и синаптическую передачу, церебральный кровоток, усиливает метаболические процессы в ЦНС, активирует структуры ретикулярной формации головного мозга. Эти свойства определяют возможность применения препарата Церетон при заболеваниях, сопровождающихся недостаточностью ацетилхолина или нарушением холинергической передачи, в т. ч. при когнитивных нарушениях.

Цитиколин (Нейпилепт) восстанавливает поврежденные мембраны клеток и предотвращает их гибель, способствует уменьшению продолжительности восстановительного периода, а также улучшает холинергическую передачу. Эффективность терапии пациента, перенесшего инсульт, увеличивается в случае чередования курса инъекций цитиколина (Нейпилепт 1000 мг 2 нед.) — мембранопротектора — с курсом инъекций холина альфосцерата (Церетон 1000 мг 2 нед.) для эффективного восстановления когнитивных функций, затем продолжение терапии пероральной формой раствора Цитиколина для приема внутрь в дозировке 5–10 мл в день. Для базовой патогенетической терапии назначают антиоксидант — Нейрокс. Его назначают одновременно с Нейпилептом или Церетоном [13].

В нескольких исследованиях было показано, что более быстрый регресс неврологического дефицита после инсульта наблюдается при проведении реабилитационных мероприятий на фоне комбинированной терапии, включающей холина альфосцерат (Церетон) и этилметилгидроксипиридина сукцинат (Нейрокс). Рекомендованные дозы препаратов: Церетон в/в капельно или струйно медленно в разведении, или в/м 1000 мг/сут 10–15 дней, далее 800 мг утром, 400 мг вечером в течение 6 мес., Нейрокс в/в капельно 500 мг 2–4 дня, затем 250 мг в/м 14 дней. Алгоритм назначения препаратов для восстановления когнитивных нарушений приведен на рисунке 1.

В последних исследованиях также показала свою эффективность комбинация цитиколина (Нейпилепт) и 2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцината (Нейрокс). Результаты комбинированного применения Нейрокса и Нейпилепта показали синергизм антиоксидантного и мембранопротективного действия за счет различных точек приложения препаратов при ишемии [14]. Нейрокс является производным двух молекул эмоксипина и янтарной кислоты, имея структурное сходство с пиридоксином, облегчает внутриклеточное проникновение янтарной кислоты, тем самым способствуя восстановлению энергопродуцирующей функции митохондрий. Нейпилепт представляет собой экзогенную форму цитидин-5-дифосфохолина. Холин фосфорилируется до фосфорилил холина, который в дальнейшем трансформируется в цитихолин. Цитихолин восстанавливает содержание арахидоновой кислоты клеточных мембран, осуществляя таким образом репарационные процессы. В отличие от монотерапии Нейроксом в ходе комбинированного лечения антиоксидантный потенциал комбинации Нейпилепта и Нейрокса увеличивается.

Пациентам, перенесшим инсульт, для базовой патогенетической терапии назначают антиоксидант — Нейрокс в максимальной дозировке 500 мг одновременно с Нейпилептом или Церетоном. Для восстановления когнитивных функций необходим стимулятор синаптической передачи Церетон, его можно чередовать с Нейпилептом, прием капсул продолжают не менее 6 мес.

Нарушение мочеиспускания

Процесс мочеиспускания определяется взаимодействием нервной системы, мочевого пузыря и его сфинктера. Нервная регуляция функции нижних мочевых путей осуществляется сетью нейронов, контролируемой супраспинальными структурами. Понтийный центр мочеиспускания находится в ретикулярной формации и регулирует работу центров мочеиспускания в лобной коре, одновременно оказывает как тормозящее, так и стимулирующее действие на рефлекс мочеиспускания. Патологические изменения в этих зонах могут



нарушить контролирующую функцию указанных центров [2].

Инсульт может как прямо, так и опосредованно вызвать расстройство функции нижних мочевых путей. Неврологические нарушения мочеиспускания наблюдаются у каждого 2–3-го больного после инсульта, когда существовавшие до этого расстройства в виде незначительного нарушения мочеиспускания проявляются в форме острой задержки или недержания. Нарушение функции тазовых органов приводит к тому, что моча становится более концентрированной, раздражает стенки мочевого пузыря и провоцирует императивные позывы. Кроме того, концентрированная моча является средой для развития инфекционных заболеваний. В период реабилитации после перенесенного инсульта необходимы урологическое обследование и лечение в случаях недержания мочи, нейрогенных нарушений функции мочевыводящих путей [1].

Принципы лечения и ухода при нейрогенных нарушениях мочеиспускания зависят от двигательной активности и когнитивных возможностей пациента. Важнейшей лечебной процедурой при острой задержке мочи является катетеризация. Установка надлобкового катетера в этом случае – оптимальный способ отведения мочи до восстановления функции самостоятельного мочеиспускания. Катетеризацию через брюшную стенку при острой задержке мочи проводят при необходимости длительной катетеризации мочевого пузыря или недостаточности детрузора.

Также при острой задержке мочи используется периодическая (интермиттирующая) катетеризация, которая предполагает осуществление 4–6 разовых катетеризаций в сутки. Таким образом, разовые катетеризации заменяют обычные акты мочеиспускания. Эта методика обеспечивает наименьший риск поражения почек и развития инфекционных осложнений, существенно повышает качество жизни пациента. Для снижения риска травмирования мочеиспускательного канала при интермиттирующей катетеризации целесообразно применять специализированные лубрицированные катетеры. Лубрикант активируется при контакте с водой, не стирается при введении и обеспечивает легкое скольжение катетера по всей длине уретры. Легкость использования и безопасность лубрицированных катетеров позволяют осуществлять катетеризацию самостоятельно, без привлечения медицинского работника [2].

При недержании мочи используют впитывающие прокладки с сетчатыми трусами, у мужчин – наружные моче-приемники. При выборе гигиенических средств следует учитывать индивидуальные особенности пациента, материальные возможности больного и его семьи, а также сопутствующие заболевания. При достаточной дисциплинированности больного в дальнейшем проводится обучение мочеиспусканию по требованию, затем – по расписанию, а позднее – в соответствии с тренировками и приобретенными навыками.

Медико-социальная экспертиза

При направлении пациента, перенесшего инсульт, на медико-социальную экспертизу необходимо учитывать его потребность в обеспечении техническими средствами реабилитации, такими как кресло-коляска домашняя, кресло-коляска уличная, кресло-туалет с санитарным оснащением, впитывающее белье, моче-приемники, противопролежневый матрас, ортезы, трех- и четырехопорные трости и др.

Заключение

Реабилитация больных после инсульта требует длительных и скоординированных усилий большого числа людей, включая самого пациента, его семью и друзей, сиделок, неврологов, кардиологов, врачей общей практики, психиатров, медсестер, логопедов, специалистов по восстановительной медицине, психологов, диетологов, социальных работников и др. Коммуникация и координация усилий всех членов команды будут способствовать максимально эффективному восстановлению больного.

Для полной реабилитации необходимо учитывать индивидуальность пациента, сочетать различные методы восстановления, активно применять компьютерные технологии, а также те модели ухода, которые рассматривают инсульт не как однократное острое событие, а как хроническое заболевание.

Литература

1. Стаховская Л.В., Котова С.В. Инсульт: Руководство для врачей. М.: МИА, 2014. 400 с. [Stahovskaja L.V., Kotova S.V. Insult: Rukovodstvo dlja vrachej. M.: MIA, 2014. 400 s. (in Russian)].
2. Юнгельхользинг Г.Я., Эндерс М. Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функций / пер. с нем. / под ред. Л.В. Стаховской. М.: МЕДпресс-информ, 2017. 264 с. [Jungel'hjul'zing G.Ja., Jenders M. Oslozhenija i posledstvija insul'tov. Diagnostika i lechenie rannih i pozdnih narushenij funkcij / per. s nem. / pod red. L.V. Stahovskoj. M.: MEDpress-inform, 2017. 264 s. (in Russian)].
3. Безопасное перемещение пациентов с сосудистыми мозговыми синдромами и гемиплегией. Клинические рекомендации. 2016. 56 с. Интернет-ресурс: <https://rehabrus.ru/materialy/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/> [Bezopasnoe peremeshhenie pacientov s sosudistymi mozgovymi sindromami i gemiplegiëi. Klinicheskie rekomendaczii. 2016. 56 s. Internet-resurs: <https://rehabrus.ru/materialy/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/> (in Russian)].
4. Постуральная коррекция в процессе реабилитации пациентов с очаговыми поражениями головного мозга. 2016. 24 с. Интернет-ресурс: <https://rehabrus.ru/materialy/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/> [Postural'naja korrekcija v processe rehabilitaczii pacientov s ochagovymi porazhenijami golovnogogo mozga. 2016. 24 s. Internet-resurs: <https://rehabrus.ru/materialy/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/> (in Russian)].
5. Старостина Г.Х., Менделевич Е.Г., Мухамедеева Л.А. Этиологические и диагностические аспекты постинсультной боли в плече // Неврологический вестник. 2012. № 44(2). С. 80–86 [Starostina G.H., Mendelevich E.G., Muhamadeeva L.A. Jetiologicheskije i diagnosticheskie aspekty postinsul'tnoj boli v pleche // Nevrologicheskij vestnik. 2012. № 44(2). S. 80–86 (in Russian)].
6. Jackson D.L. Assessment of shoulder pain in hemiplegia: sensitivity of shoulder pain // Disabil. Rehabil. 2006. Vol. 28. P. 389–395.
7. Гудкова В.В., Стаховская Л.В., Иванова Г.Е. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта // Consilium Medicum. 2012. Т. 7. № 8. С. 692–696 [Gudkova V.V., Stahovskaja L.V., Ivanova G.E. Rannjaja rehabilitacija posle perenesjonnogogo insul'ta // Consilium Medicum. 2012. T. 7. № 8. S. 692–696 (in Russian)].
8. Мерхольц Я. Ранняя реабилитация после инсульта / пер. с англ. / под ред. проф. Г.Е. Ивановой. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 248 с. [Merhol'c Ja. Rannjaja rehabilitacija posle insul'ta / per. s angl. / pod red. prof. G.E. Ivanovoj. M.: MEDpress-inform. 2014. 248 s. (in Russian)].
9. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: Методическое пособие для врачей. М., 2005. 71 с. [Zaharov V.V., Jahno N.N. Kognitivnye rasstrojstva v pozhilom i starcheskom vozraste. Metodicheskoe posobie dlja vrachej. M., 2005. 71 s. (in Russian)].
10. Burns A., Zaudig M. Mild cognitive impairment in older people // The Lancet. 2002. Vol. 360. P. 1963–1965.
11. Tatemichi T.K., Desmond D.W., Mayeux R. et al. Dementia after stroke: baseline frequency, risks and clinical features in a hospitalized cohort // Neurology. 1992. Vol. 42(6). P. 1185–1193.
12. Яхно Н.Н., Захарова В.В., Локушина А.Б. и др. Деменции: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2010. 272 с. [Jahno N.N., Zaharova V.V., Lokshina A.B. i dr. Demencii: rukovodstvo dlja vrachej. M.: MEDpress-inform, 2010. 272 s. (in Russian)].
13. Путилина М.В. Комбинированное применение нейропротекторов в терапии цереброваскулярных заболеваний // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 11. С. 58–63 [Putilina M.V. Kombinirovannoe primenenie nejroprotektorov v terapii cerebrovaskuljarnyh zabelevanij // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2016. T. 116. № 11. S. 58–63 (in Russian)].
14. Соловьева Э.Ю., Карнеев А.Н., Чеканов А.В., Баранова О.А. Индивидуальные и комбинированные антиоксидантные эффекты цитиколина и этилметилгидроксипиридина сукцината // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 11. С. 78–85 [Solov'jova E.Ju., Karneev A.N., Chekanov A.V., Baranova O.A. Individualnye i kombinirovannye antioksidantnye jeffekty citikolina i jetilmetilgidroksipiridina suksinata // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2016. T. 116. № 11. S. 78–85 (in Russian)].