

**А.С. Кадыков,  
Н.В. Шахпаронова**

**Научный центр  
неврологии РАМН,  
г. Москва**

## ВЕДЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

### Резюме

Амбулаторное лечение постинсультных больных является важной социальной проблемой. Большинство оставшихся в живых являются инвалидами и нуждаются в реабилитации. Она включает двигательную реабилитацию на амбулаторном этапе, реабилитацию постинсультных осложнений, медикаментозную коррекцию речевых и когнитивных нарушений, лечение постинсультных эмоциональных нарушений и профилактику повторных инсультов.

### Ключевые слова

Постинсультные больные, реабилитация, когнитивные нарушения, медикаментозная коррекция, профилактика.

Амбулаторное лечение постинсультных больных является важной социальной проблемой. Ежегодно в России происходит более 400 тыс. инсультов в год: около 80% из них – это ишемические инсульты, 20% – геморрагические (17% – внутримозговое кровоизлияние, 3% – субарахноидальное). В остром периоде инсульта (первые 3-4 недели) умирают 32-42% больных, к концу года процент умерших больных составляет 48-63%. Большинство оставшихся в живых являются инвалидами и нуждаются в реабилитации.

**Двигательная реабилитация на амбулаторном этапе.** К двигательной реабилитации на амбулаторном этапе относятся:

- активная или пассивная лечебная гимнастика, совершенствование функции ходьбы, равновесия и навыков самообслуживания;
- избирательный массаж мышц паретичных конечностей;
- электростимуляция паретичных конечностей.  
*Основные задачи:*
- увеличение мышечной силы и объема движений в суставах паретичных конечностей;
- улучшение координации (точности, ловкости) движений;
- тренировка равновесия;
- обучение важным двигательным навыкам: ходьбе, самообслуживанию.  
*Ограничения:*
- осложнения со стороны сердца (ишемическая болезнь сердца с частыми приступами загрудинных болей при физическом напряжении и в покое), сердечная недостаточность;
- высокие цифры артериального давления (АД), не поддающиеся лечению;

- острые воспалительные заболевания;
- артриты в стадии обострения.

Занятия лечебной гимнастикой проводятся или в условиях восстановительного отделения (или кабинета) поликлиники, или в лечебно-физкультурном диспансере и в домашних условиях (особенно при небольшой мобильности больного). Большую роль в реабилитационном процессе на амбулаторном этапе играют родные и близкие больного, которые после консультации методиста по лечебной гимнастике проводят с больным рекомендованные упражнения.

Родственников больного, проводящих с ним занятия лечебной гимнастикой, следует инструктировать, что перед началом занятия, в середине сеанса и в конце необходимо измерять АД и считать пульс. Результаты измерений следует записывать и показывать лечащему врачу.

Если во время занятия у больного возникли боли в сердце, учащенное сердцебиение, одышка, головокружение, резкая слабость, следует занятие тут же прекратить, больного уложить в постель; при болях в сердце дать под язык нитроглицерин; измерить АД и пульс и вызвать врача.

**Постинсультные осложнения.** В первые месяцы после инсульта у больных может наблюдаться не только положительный процесс восстановления нарушенных функций (нарастание силы и ловкости в паретичной руке и ноге, восстановление ходьбы, улучшение речи), но и отрицательные явления:

- нарастание мышечного тонуса в паретичных конечностях, которое может привести к развитию тугоподвижности в суставах (контрактуры);
- контрактуры могут вызвать также и трофические изменения суставов паретичных конечностей в виде артропатий, проявляю-

\*Статья представлена ООО «Здраво»

щихся в припухлости, болезненности в них при движениях;

- возникновение речевых штампов у больных с нарушениями речи.

Нарастание мышечного тонуса происходит неравномерно; чаще всего спастичность возникает в мышцах – сгибателях предплечья, кисти и стопы, а также в передних мышцах бедра, разгибающих голень. Развивается так называемая поза Вернике-Манна: рука согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы сжаты в кулак, нога же, напротив, выпрямлена, как палка. Наиболее выражена эта поза при ходьбе: «рука просит, нога косит».

Иногда, следуя советам несведущих людей, можно усилить явления спастичности, например, когда больной усердно в течение дня сжимает резиновый мячик или кольцо, или пользуется эспандером для развития сгибательных движений в локтевом суставе.

Бороться с мышечной спастичностью надо начинать на раннем этапе появления неравномерного распределения тонуса в конечностях, часто – в первые дни и недели после инсульта. Хорошим профилактическим мероприятием является лечение положением – особая укладка паретичных конечностей.

Укладка паретичных конечностей в положении больного на спине производится таким образом, чтобы мышцы, в которых после инсульта, как правило, повышается мышечный тонус (приводящие мышцы плеча, сгибатели руки, приводящие мышцы бедра, разгибатели голени и тыльные сгибатели стопы), были растянуты. Укладка паретичных конечностей препятствует развитию мышечных контрактур, способствует снижению мышечного тонуса и предупреждает развитие болей в суставах (особенно плечевом).

Теплолечение также способствует снижению мышечного тонуса. В стационаре и поликлинике с этой целью используют подогретый парафин или озокерит, в домашних условиях можно пользоваться теплыми ванночками (температура 37-40 °С), в которую на 10-15 мин. погружают паретичную руку.

Для снижения мышечного тонуса помимо физиотерапевтических процедур применяют избирательный массаж (легкий и медленный – спастичных мышц и более интенсивный – мышца-антагонистов, например, сгибателей при поражении разгибателей).

Широко применяется для снижения мышечной спастичности медикаментозное лечение – таблетки мидокалма, баклофена (лиорезаля), сирдалуда.

**Лечение артропатий.** Артропатии проявляются припухлостью и болезненностью при движении или надавливании на пораженный сустав. Чаще всего они развиваются в плечевом, лучезапястном суставах и суставах пальцев кисти. Постепенно из-за выраженной болезненности резко

ограничиваются не только активные, но и пассивные движения в пораженных суставах.

И здесь помогает тепло – парафиновые или озокеритовые аппликации, теплые ванночки. Наряду с теплолечением применяются анаболические гормоны (в частности ретаболил), улучшающие трофику пораженных тканей, а также обезболивающие средства, в том числе и обезболивающее электролечение (диадинамические токи). Для профилактики растяжения суставной сумки плечевого сустава, сопровождающегося сильными болями, рекомендуется использовать специальную фиксирующую повязку или косынку для руки.

**Центральные постинсультные боли.** Причиной болей после инсульта могут быть не только артропатии суставов паретичных конечностей или растяжение суставной сумки плечевого сустава. Сильные жгучие боли, захватывающие половину тела, возникают при расположении очага поражения в области зрительного бугра (таламуса) – образования в глубоких отделах головного мозга, куда сходятся чувствительные пути со всей противоположной очагу поражения половины тела. Зрительный бугор является, таким образом, своеобразным коллектором чувствительности, и при его поражении наряду с болями обычно возникают расстройства восприятия ощущений с противоположной половины тела и легкие двигательные нарушения. «Таламические боли» – острые, часто жгучие, временами внезапно усиливающиеся и становящиеся нестерпимыми. Усилить их могут давление, а иногда даже прикосновение к пораженной части тела, а также перемена погоды, отрицательные эмоции. Наличие постоянных болей и других неприятных ощущений (типа «замерзания», «ползания мурашек», «стягивания») приводит к значительному снижению настроения, чувству подавленности, безысходности. Все интересы больных начинают концентрироваться вокруг своих болевых ощущений.

Установлено, что у большинства больных таламические боли возникают не сразу после инсульта, а через некоторое время, в среднем, через 3-4 мес., нередко на фоне частичного восстановления движений и чувствительности. Что вызывает подозрение, а не произошел ли повторный инсульт. Обнаружение уже в первые дни после инсульта при компьютерной томографии головного мозга очага поражения в области зрительного бугра позволяет прогнозировать возможное развитие в дальнейшем выраженного болевого синдрома.

Для уменьшения интенсивности болей врачи используют не только средства, непосредственно влияющие на болевые ощущения (анальгетики), но и препараты, снижающие порог восприятия боли, к которым относятся антидепрессанты (среди них прежде всего amitриптилин) и другие психотропные средства, а также лекарства, сни-

жающие уровень патологической импульсации, к которым относятся карбамазепин, габапентин, прегабалин.

**Нарушения речи.** Речевые нарушения являются вторым по частоте постинсультным синдромом, тяжело инвалидизирующим больных. По данным Регистра инсульта НЦН РАМН, к концу острого периода афазия наблюдается у 35% больных, дизартрия – у 13%.

Основным методом речевой реабилитации являются занятия со специалистом по восстановлению речи – логопедом-афазиологом или нейропсихологом. Восстановление движений и речи не всегда идет параллельно. Процесс восстановления речи иногда происходит медленнее, чем восстановление движений, и может продолжаться и 1 год, и 2, а в некоторых случаях 3 года и даже более. И здесь роль семьи неопределима, тем более, что логопедическая служба имеется лишь в некоторых городах страны. Родственники, получившие необходимую консультацию у логопеда или врача, знакомого с проблемой логопедического обучения, в значительной степени могут помочь больному в восстановлении речи и таких тесно связанных с речью функций, как чтение и письмо. Определенную помощь в этом могут оказать различные пособия по обучению больных с афазией.

Самым губительным для восстановления речи является так называемая «речевая изоляция» больного, когда он предоставлен сам себе, с ним мало разговаривают, его не приглашают для участия в общей беседе, для обсуждения домашних проблем.

На определенном этапе восстановления речи имеет смысл использовать магнитофон. Больной прослушивает наговоренный им текст, находит сделанные ошибки, повторяет его и снова слушает запись.

Параллельно с речевым общением и занятиями устной речью больных необходимо обучать чтению и письму, так как восстановление этих функций в значительной степени способствует улучшению речи. Если нет надежды на восстановление письма правой рукой, следует учить больного писать левой.

Для проведения занятий по восстановлению речи, чтения, письма требуются разные пособия:

- предметные и сюжетные картинки (их можно вырезать из детских книг, журналов);
- разрезная азбука, букварь;
- книги для чтения; на первых порах это книги для младшего возраста: сказки, детские рассказы, например Л.Н. Толстого, учебники русского языка для иностранцев.

Занятия по восстановлению речи при хорошем общем состоянии больного проводятся по 30-60 мин. 1-3 раза в день. Однако многие больные не могут долго концентрировать свое внимание.

При длительном умственном напряжении у них возникают головные боли, головокружение, повышается кровяное давление. В этих случаях занятия следует проводить по 10-15-20 мин., но количество их в течение дня увеличить до 5-7 раз. Однако, стремясь чаще проводить восстановительные занятия, не надо оказывать психологическое давление, когда больной плохо себя чувствует или не в настроении; не следует прерывать, если он хочет что-либо сказать, но это плохо получается.

**Нарушения когнитивных функций.** Инсульт часто приводит к нарушению когнитивных функций, к которым относятся память, интеллект, внимание, умственная работоспособность. Эти нарушения у большинства больных, перенесших инсульт, выражены умеренно и, как правило, не отражаются на их социальном функционировании, но снижают качество жизни и работоспособность. У части больных после инсульта развивается деменция (слабоумие), обычно легкая, для которой характерны значительное снижение социальной активности, нарушение работоспособности и в тяжелых случаях – самообслуживания. По данным исследователей, частота постинсультной деменции достигает 26%, причем с возрастом ее частота увеличивается.

**Медикаментозная коррекция речевых и когнитивных нарушений.** Помимо занятий с логопедом-афазиологом по восстановлению речи при постинсультной афазии и занятий с психологом по тренировке памяти и внимания при когнитивных нарушениях, большую роль в восстановлении речи и когнитивных функций играет медикаментозная терапия, прежде всего включающая препараты, обладающие ноотропным, нейротрофическим и нейропротективным эффектом. Последнее время ведущее место среди этих средств занял отечественный препарат кортексин.

Кортексин – это комплекс низкомолекулярных пептидов, полученный из коры мозга крупного рогатого скота. В состав кортексина входят нейропептиды, L-аминокислоты, микроэлементы (цинк, марганец, селен, медь, магний и др.), витамины (B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, PP, A, E). Кортексин оказывает непосредственное влияние на метаболизм нейронов, что способствует восстановлению функции головного мозга. Кортексин регулирует состояние тормозных и возбуждающих аминокислот, уровень серотонина и дофамина, оказывает ГАМК-ергическое влияние, обладает антиоксидантной активностью. Кортексин стимулирует репаративные процессы, оказывает ноотропный эффект – положительное влияние на внимание, память, умственную работоспособность. Доказана эффективность применения кортексина не только у больных, перенесших инсульт, но и при хронических сосудистых заболеваниях головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия), последстви-

ях черепно-мозговой травмы, эпилепсии, у детей с нарушениями умственного и речевого развития. Важным фактором является то обстоятельство, что при применении кортексина не наблюдается побочных явлений.

Кортексин назначается по 10 мг (20 мг) внутримышечно 1 раз в день ежедневно в течение 10 дней. При необходимости курсы повторяют через 3-6 мес.

Дополнительно к кортексину можно назначить и другие ноотропные препараты с холинергическим действием: пирацетам в дозе 0,8-1,2 г 2-3 раза в день в течение нескольких месяцев, холина альфосцерат по 0,4 г 3 раза в день в течение нескольких месяцев.

#### **Постинсультные эмоциональные нарушения.**

Постинсультная депрессия (ПИД) наблюдается более чем у 1/3 больных, перенесших инсульт. Необходимость своевременной адекватной коррекции ПИД диктуется следующими обстоятельствами:

- в течение первых лет после инсульта у больных с ПИД наблюдается большая смертность, чем у больных без депрессии;
- в больных с ПИД более низкий уровень повседневной активности и более низкое качество жизни.

Депрессия может усилить имеющиеся у больного когнитивные нарушения.

ПИД часто сочетается с астенией и тревожностью, что необходимо учитывать при назначении лечения. Лечение больных с ПИД должно включать длительный многомесячный прием антидепрессантов, не обладающих седативным действием. Наиболее часто применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин, пароксетин и др.) или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (милнаципран, дулоксетин).

**Профилактика повторных инсультов.** Второй после реабилитации важной задачей амбулаторного периода ведения больных, перенесших инсульт, является профилактика повторных инсультов. В профилактике повторных инсультов можно выделить два основных вектора:

- профилактика с учетом имеющихся у больного факторов риска развития инсульта;
- профилактические мероприятия, учитывающие характер и патогенез первого инсульта.

Фактор риска – это особенности образа и условий жизни человека, особенности его организма, которые могут и не явиться непосредственной причиной заболевания, но увеличивают вероятность его возникновения.

Наличие фактора риска не означает, что у человека обязательно возникнет инсульт. Однако в этом случае риск заболеть инсультом у него значительно выше по сравнению с любым другим человеком одного с ним возраста, но благополучного по факторам риска.

Резко повышается опасность развития инсульта у тех людей, у которых одновременно имеется несколько факторов риска. Снижение факторов риска является важным шагом в профилактике инсульта.

К регулируемым (поддающимся воздействию) факторам риска относятся:

- артериальная гипертония – АГ (повышение АД);
- болезни сердца;
- нарушения обмена липидов и развитие атеросклероза;
- курение;
- сахарный диабет;
- малоподвижный образ жизни;
- стрессы;
- злоупотребление алкоголем;
- оральные контрацептивы.

К факторам риска повторных ишемических инсультов некоторые исследователи относят транзиторные ишемические атаки.

Профилактические мероприятия с учетом факторов риска включают:

- при АГ – адекватную гипотензивную терапию;
- при заболеваниях сердца, сопровождающихся мерцательной аритмией, – постоянный прием оральных антикоагулянтов (варфарин и др.) под контролем международного нормализованного отношения – МНО (целевые цифры МНО: 2-3);
- при искусственных клапанах сердца целевой уровень МНО: 3-4;
- при нарушениях липидного обмена – антисклеротическая диета и прием статинов;
- при сахарном диабете – диета и адекватная сахароснижающая терапия (поддержание уровня  $HbA_{1c}$ , близкого к норме);
- при курении, ожирении, гипокинезии, злоупотреблении алкоголем – изменение образа жизни.

Так как в большинстве случаев механизм развития повторного инсульта сходен с первым, профилактическая терапия должна учитывать характер и патогенетический механизм уже случившегося первого инсульта. Основной причиной геморрагического инсульта (ГИ) является АГ, на втором месте – разрыв аневризмы, а в пожилом возрасте – амилоидная ангиопатия.

При гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях основным методом профилактики является адекватная гипотензивная терапия. В тех случаях, когда ГИ произошел на фоне нормального АД, необходимо обследование в условиях квалифицированного неврологического отделения с применением ангиографического исследования сосудов головного мозга.

Причины и механизм развития ишемических инсультов (ИИ) более разнообразны. Выделяют пять основных патогенетических подтипов ИИ:

- атеротромботический инсульт (АТИ);
- кардиоэмболический инсульт (КЭИ);



- гемодинамический инсульт (ГДИ);
- лакунарный инсульт (ЛИ);
- гемореологический инсульт (ГРИ).

АТИ – в основе развития лежат два основных механизма: развитие на месте атеросклеротической бляшки, обычно изъязвленной, тромба с последующей закупоркой (окклюзией) сосуда. Наиболее частая локализация окклюзии – устье внутренней сонной или позвоночной артерии. Другой механизм – отрыв от изъязвленной поверхности атеросклеротической бляшки тромботических масс (эмбола) и закупорка эмболом дистально лежащего мозгового сосуда.

Профилактика повторных АТИ включает прием антиагрегантов: ацетилсалициловая кислота в дозе 50-100 мг/сут. или клопидогрель 75 мг/сут., а также прием статинов вне зависимости от уровня липидов.

КЭИ. В основе развития ИИ лежит кардиоэмболия. Источником эмбола может быть тромбообразование в камерах сердца (при мерцательной аритмии, гипокинезии мышечной стенки сердца в результате инфаркта миокарда, аневризме сердца) или клапанная патология (искусственные клапаны, бактериальный или ревматический эндокардит). Меры профилактики повторных КЭИ описаны в разделе профилактических мероприятий при факторах риска.

ГДИ развивается при сочетании двух факторов: критического стеноза крупного сосуда, кровоснабжающего мозг (для внутренней сонной артерии – это стеноз, закрывающий просвет сосуда на

70% и более), в сочетании с неблагоприятным гемодинамическим фактором (резкое падение АД, снижение минутного объема сердца). Профилактика повторных инсультов включает прием антиагрегантов, статинов, реконструктивные операции на стенозируемом сосуде, кардиальную терапию.

ЛИ – небольшой инфаркт (от 0,5 до 1,5 см в диаметре), наиболее частой причиной которого является длительно существующая АГ с резкими колебаниями АД, приводящая к деструкции стенки мелких артерий мозга. Профилактика повторных ЛИ включает нормализацию АД, прием антиагрегантов.

ГРИ – редкий подтип ИИ, когда отсутствует выраженный атеросклероз, АГ и васкулит, но имеются выраженные изменения свертывающих свойств крови и повышение агрегации тромбоцитов и эритроцитов. Профилактическое лечение включает постоянный прием антиагрегантов, длительный прием пентоксифиллина (трентала), а при необходимости и антикоагулянтов (варфарина).

Как показывает наш и зарубежный опыт, у значительной части больных наблюдается низкая приверженность лечению и немедикаментозным методам профилактики, включающим диету, отказ от курения, оптимизацию образа жизни. Поэтому лечащий врач обязательно должен привлекать к лечебному процессу родных и близких больного, разъясняя им необходимость предложенных мер с целью предотвращения развития повторных, более тяжелых инсультов.

#### MANAGEMENT OF POST-STROKE PATIENTS DURING THE OUTPATIENT PERIOD

*A.S. Kadykov, N.V. Shahparonova*

##### Summary

Outpatient treatment of post-stroke patients is an important social issue. Most of the survivors are disabled and in need of rehabilitation. It includes motor rehabilitation during the outpatient period, rehabilitation of post-stroke complications, medical correction of speech and cognitive disorders, treatment of post-stroke emotional disorders and prevention of recurrent stroke.

**Keywords:** post-stroke patients, rehabilitation, cognitive disorders, drug correction, prevention.