

Нейрореабілітація — як зробити її ефективнішою?

28–30 березня 2013 р. у Києві на базі Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика відбувся Науковий конгрес з міжнародною участю «Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи». Ця подія стала можливою завдяки підтримці Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної академії медичних наук (НАМН) України, ДУ «Український державний науково-дослідний інститут (НДІ) медико-соціальних проблем МОЗ України», Всеукраїнської громадської організації (ВГО) «Українська асоціація боротьби з інсультом».

Протягом 3 днів практичні лікарі, науковці, управлінці охорони здоров'я мали можливість відвідати: пленарні засідання, наукові семінари, сателітні симпозиуми, освітні лекції та майстер-класи за участю спеціалістів з України, Російської Федерації, Республіки Білорусь, Естонії, Австрії, Німеччини, Ізраїлю, Великобританії та інших країн.



Відкрив конгрес професор **Микола Поліщук**, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри нейрохірургії НМАПО імені П.Л. Шупика, президент ВГО «Українська асоціація боротьби з інсультом», який нагадав, що немає в галузі охорони здоров'я більш важливої проблеми, ніж боротьба із серцево-судинними, і зокрема цереброваскулярними захворюваннями (ЦВЗ), бо ці патології є провідними у формуванні структури захворюваності, смертності та інвалідизації в усіх економічно розвинених країнах світу.

М. Поліщук зачитав учасникам конгресу привітального листа від професора Андрія Сердюка, президента НАМН України, заслуженого діяча науки і техніки України. А. Сердюк наголосив на тому, що своєчасна реабілітація хворих із ЦВЗ, і зокрема інсультом, допомагає зменшити соціальний та економічний тягар післяінсультної інвалідизації як для родини хворого, так і в масштабах усієї держави. Також А. Сердюк висловив сподівання на те, що конгрес зіграє важливу роль у підготовці кваліфікованих нейрореабілітологів, на яких і буде покладено виконання цього важливого завдання.

На пленарному засіданні, присвяченому питанням нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи, **Анатолій Іпатів**, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, дирек-



тор ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем МОЗ України», доповів дані щодо епідеміології та стану інвалідності при неврологічній патології в Україні. Він нагадав, що при наданні реабілітаційної допомоги пацієнтам-інвалідам лікарі керуються Законом України від 06.10.2005 р. № 2961-IV «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Згідно з ним інвалід — особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист. Виходячи з цього, важливими є питання оцінки в кожному конкретному випадку ступеня обмеження життєдіяльності, факту стійкого порушення функцій, причинного зв'язку та часу настання порушень. Вирішення цих питань покладено на спеціалістів медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).

Для інформування лікарів та управлінців охорони здоров'я про стан цієї проблеми протягом останніх >35 років ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем МОЗ України» видається щорічний аналітико-інформаційний довідник, де надано інформацію щодо основних показників інвалідності та діяльності МСЕК.

Професор **Тамара Міщенко**, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Неврологія», у своїй доповіді висвітлила проблемні питання надання медичної допомоги та реабілітації пацієнтів із нервовими захворюваннями. Т. Міщенко нагадала про актуальність загальної проблеми нервових хвороб: за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, від них страждають близько 1 млрд людей в усьому світі і >6,7 млн осіб щороку помирають. При цьому питома вага неврологічних захворювань більша в економічно розвинених державах (10,9% населення), ніж у країнах із низьким рівнем доходів (4,5%). В Україні, згідно з інформацією МОЗ України станом на 2012 р., за-



реєстровано 4 890 086 осіб із захворюваннями нервової системи та ЦВЗ, а смертність від неврологічної патології становить 15% у структурі загальної смертності. Водночас в Україні наявний достатній ліжковий фонд лікувально-профілактичних закладів для реалізації потрібної допомогою пацієнтам, незважаючи на деяке його скорочення порівняно з 2009 р.: забезпечення населення становить 5,9 на 10 тис. осіб (порівняно із середнім показником для Європи — на рівні 1,71 на 10 тис. осіб). Подібна ситуація склалася і щодо забезпечення лікарями-неврологами: в Україні на 100 тис. населення припадає 14,9 штатних посад лікарів-неврологів (в Європі — 4,84). Актуальними, у тому числі й для нейрореабілітації, є питання забезпечення медичною апаратурою та підвищення кваліфікації кадрів.

Основними завданнями нейрореабілітації вважають відновлення порушених функцій та адаптацію до психологічних і соціальних наслідків захворювання. При розгляді неврологічної патології необхідний диференційований підхід до пацієнтів, які потребують термінової/ранньої чи довготривалої/постійної нейрореабілітації. До перших відносять осіб із гострим початком захворювання і більш вираженою інвалідизацією (інсульт, травми голови, інфекції та спинного мозку, менінгіт, енцефаліт тощо); до других — тих, що мають довготривалі захворювання як перманентні, так і прогресуючі (наслідки інсульту, розсіяний склероз, міодистрофії, хвороба Паркінсона та ін.). Т. Міщенко наголосила на тому, що нейрореабілітація є міждисциплінарною галуззю, до якої мають бути залучені не лише медичні спеціалісти, але й суспільні організації (як державні, так і недержавні).

За словами Т. Міщенко, за останнє десятиріччя в нашій країні відбувається зсув вікової структури неврологічної захворюваності: за період 2000–2012 рр. відбувається значне зростання неврологічної захворюваності серед громадян працездатного віку й одночасно — зниження цього показника серед осіб похилого віку. «Омолодіння» неврологічної патології робить питання нейрореабілітації ще більш актуальним з урахуванням економічної ваги захворювань нервової системи. Найбільшу за численністю групу серед таких хворих становлять пацієнти із ЦВЗ, серед яких переважають дисциркуляторна енцефало-

патія (~90% випадків), інсульт і транзиторні ішемічні атаки (ТІА).

В Україні, згідно з даними МОЗ, має місце різний географічний розподіл захворюваності на інсульт: найвищі показники відзначено у Східних регіонах (380,2 на 100 тис. населення), найнижчі — у Західних (188,1 на 100 тис. населення). Центральна Україна за цим показником займає проміжну позицію (280,2 на 100 тис. населення).

Т. Міщенко нагадала присутнім про затвердження Наказу МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті». Згідно з ним, оптимальними умовами для проведення ефективної реабілітації є створення спеціалізованих інсультних відділень із широкими можливостями використання діагностичних втручань, фармакотерапії та хірургічного лікування. При цьому профілактика та лікування інсульту мають базуватися на принципах доказової медицини. Хворі з інсультом мають отримувати індивідуальну пацієнт-орієнтовану реабілітаційну терапію, що проводиться мультидисциплінарною командою із залученням членів родини. Мультидисциплінарна нейрореабілітація включає за потребою участь у процесі лікаря-невролога, фізіотерапевта, лікаря та методиста лікувальної фізичної культури (ЛФК), масажиста, рефлексотерапевта, логопеда, ерготерапевта, психолога, медичної сестри та соціального працівника.

Т. Міщенко також порушила питання застосування нейропротекторів при інсульті. Хоча були отримані дані щодо неефективності нейропротекції (Kidwell C.S. et al., 2001). Але такі результати не можна вважати цілком достовірними, оскільки при її підрахунку не були враховані вікові фактори, доза препаратів, ступінь тяжкості інсульту і час від виникнення перших симптомів захворювання до початку проведення терапії, при цьому 92,3% пацієнтів отримали медичну допомогу у термін >3 год після маніфестації інсульту, тобто, можливо, після закінчення світлого проміжку, який при інсульті становить 4,5 год. Сьогодні концепція нейропротекції переживає свій ренесанс, у тому числі в галузі нейрореабілітації, і демонструє свою ефективність у відновленні речових та рухових функцій у хворих, які перенесли інсульт (Rogalewski A. et al., 2006).

Про організацію мультидисциплінарної реабілітації в умовах первинних судинних відділень і регіональних судинних центрів в Росії доповіла професор **Галина Іванова**, головний



позаштатний спеціаліст МОЗ Російської Федерації за спеціальністю «Медична реабілітація», генеральний секретар Російської асоціації

зі спортивної медицини та реабілітації хворих та інвалідів. Із 2008 р. в Росії в рамках Федеральної програми удосконалення допомоги хворим з інсультом запроваджено нову модель здійснення медичної допомоги цим пацієнтам. У ній передбачено такі основні моменти, як створення спеціалізованих судинних центрів, транспортування хворого до лікарні у межах світлого проміжку, госпіталізація всіх пацієнтів з інсультом незалежно від їхнього віку і тяжкості стану до спеціалізованих судинних центрів, обов'язкове проведення комп'ютерної томографії (КТ) кожному пацієнту з підозрою на інсульт, цілодобова доступність КТ, обов'язкове проведення ультразвукового обстеження судин у першу добу від маніфестації захворювання та ін. Крім того, у програмі зазначено необхідність нейрореабілітації таких хворих.

Перший етап медичної реабілітації передбачає здійснення медичної реабілітаційної допомоги в гострий період у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії, спеціалізованих відділеннях або центрах за наявності підтвердженого реабілітаційного потенціалу, тобто можливостей відновлення порушених функцій. При цьому кращі результати у пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) отримані саме при госпіталізації їх до спеціалізованих судинних центрів (stroke unit), які мають суттєву перевагу за зниженням летальності перед загальним неврологічним відділенням ($p < 0,00001$), загальним реабілітаційним відділенням ($p < 0,001$); за часткою сприятливих результатів та частотою соматичних ускладнень перед судинним неврологічним відділенням ($p < 0,02$ в обох випадках) (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2007). Саме тому на території кожного із 83 суб'єктів Російської Федерації створено 4–16 спеціалізованих судинних центрів, які вже демонструють позитивні результати щодо реабілітації хворих на інсульт.

Г. Іванова також висловила позицію російських неврологів щодо застосування нейропротекторів: за їхньою думкою, проведення нейропротекції є необхідним у хворих із ГПМК і дозволяє:

- зменшити частку ТІА та «малих» інсультів серед усіх ГПМК за ішемічним типом;
- значно зменшити розміри інсультного осередка;
- подовжити період терапевтичного вікна, надаючи більше можливостей для проведення тромболітичної терапії;
- здійснити захист від реперфузійного ушкодження.



та реабілітації, був стан медико-соціальної експертизи та реабілітації в Республіці Бі-

лорусь. У Білорусі, як і у всьому світі, наявне зростання захворюваності на серцево-судинну патологію, в тому числі ЦВЗ, та показників первинної інвалідизації серед пацієнтів із такою патологією. Тому і для Білорусі проблема нейрореабілітації є вкрай актуальною як щодо дорослого населення, так і дітей. Особливу увагу в Білорусі приділяють дотриманню системи етапної медичної реабілітації (МР), що включає такі етапи:

• лікувально-реабілітаційний етап;

• стаціонарний етап ранньої МР;

• амбулаторно-поліклінічний етап;

• домашній етап;

• стаціонарний етап повторної (наступної) МР;

• санаторний етап.

Після закінчення лікувально-реабілітаційного етапу (2–4 тиж) хворого з інсультом не виписують із лікарні, а на машині швидкої допомоги транспортують до стаціонару спеціалізованого реабілітаційного центру, де пацієнт проходить реабілітацію протягом ще 1 міс. Тільки після цього хворого виписують під нагляд поліклінічного спеціаліста за місцем проживання. За потребою протягом 12 міс після перенесеного інсульту чи інфаркту хворий може повторно пройти безкоштовну стаціонарну МР, після чого його буде направлено до профільного санаторію для максимально ефективного завершення МР.

У Білорусі з метою уніфікації підходів та оцінки різних порушень обмеження життєдіяльності введено поняття «функціональний клас» (ФК). ФК 0 характеризує нормальний стан оцінюваного параметра, ФК 1 — легке порушення (<25% втрати функції), ФК 2 — помірно-середнє (25–50%), ФК 3 — значне (51–75%), ФК 4 — різко виражене чи повне порушення (>75%). Якщо провести аналогію з групами інвалідизації, то ФК 0 і ФК 1 не мають інвалідності, ФК 2; 3 та 4 зазвичай отримують ІІІ, ІІ та І групу відповідно. Але для дітей використовують іншу систему оцінювання, згідно з якою ступінь вираженості обмежень життєдіяльності описується через поняття ступеня втрати здоров'я (І–ІV). При проведенні медико-соціальної експертизи в Республіці Білорусь застосовують прийняту у 2001 р. Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я, яка ґрунтується на такій моделі, що поєднує медичний і соціальний аспекти інвалідності й дає можливість всебічно оцінити для кожного пацієнта його функціонування в конкретному середовищі, можливі бар'єри та можливості їхньої соціальної компенсації, а не лише медичні наслідки хвороби.

При оцінюванні групи інвалідності у Білорусі приймається до уваги синдром соціальної компенсації: якщо у хворого наявні обмеження ≥3 здібностей, які впливають на різні категорії життєдіяльності, то загальне порушення функціонування в такого пацієнта буде більш значним, і йому встановлюється на 1 ранг вища група інвалідності. За словами В. Смичка, усі вищезазначені заходи сприяють переорієнтації системи МР на врахування потреб кожного конкретного пацієнта.



У рамках «зіркової лекції» учасникам конгресу було надано можливість послухати лекцію професора **Амоса Корчина** (Amos Korczyn) з Університету Тель-Авіва (Ізраїль), на тему «Концепція розвитку вудинної деменції». А. Корчин акцентував увагу на тому, що найбільш розповсюджені етіологічні типи деменції — хвороба Альцгеймера (ХА) (1-ше місце) та судинна (2-ге місце). При цьому для діагностики судинної деменції (СД) використовують критерії DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) IV, згідно з якими про наявність СД свідчать:

- численні когнітивні дефекти (порушення пам'яті + один або більше інших дефект — афазія, апраксія, агнозія та ін.);
- кожний дефект виражений у достатньому ступені, щоб викликати порушення у соціальній та/чи професійній сфері;
- фокальні неврологічні ознаки чи візуалізація цереброваскулярного ураження, яке можна вважати причиною когнітивних порушень.

Але у практичного лікаря при користуванні вищенаведеними критеріями можуть виникнути деякі проблеми у тому разі, якщо:

- порушення пам'яті виражено не достатньо;
- є утруднення щодо встановлення етіологічного зв'язку візуалізованих судинних порушень та деменції;
- є необхідність визначити долю когнітивних розладів у формуванні соціального дефекту у хворих після інсульту із соматичними патологіями;
- прояви СД необхідно відрізнити від проявів депресії (млявість, втрата мотивації, втрата ініціативи тощо).

Крім того, найчастіше на СД і ХА страждають люди похилого віку, в яких можуть паралельно розвиватися декілька патологічних процесів. А. Корчин нагадав про результати Nun Study (Snowdon D.A. et al., 1997), згідно з якими серед осіб із діагностованою ХА найбільш виражені клінічні прояви деменції мали місце саме в пацієнтів із судинними ураженнями (інфаркт) відповідних ділянок головного мозку (таламус, базальні ганглії, біла речовина).

Про спільність СД та ХА, на думку А. Корчина, свідчить спільність їхніх клінічних проявів (нерідко СД наслідують перебіг ХА); взаємодія цих процесів (наприклад у пацієнтів з інсультом та ХА); епідеміологічні фактори (серцево-судинні фактори ризику актуальні як для СД, так і для ХА). Також отримано деякі дані щодо тенденції до покращання когнітивних функцій у пацієнтів із СД та ХА при застосуванні холіноміметиків (Auchus A.P. et al., 2007). Крім того, в осіб похилого віку судинні порушення головного мозку виявляють настільки часто, що зрозумілим є наявність таких уражень і у пацієнтів із ХА.

Такі результати дають можливість припустити, що СД відіграє важливу роль у ма-

ніфестації та прогресуванні деменції при ХА. На сьогоднішні дні засобів запобігти розвитку або прогресуванню ХА не існує, але ж профілактика СД та лікування її доступні для кожного пацієнта. Саме тому А. Корчин наполягає на тому, що такі загальновідомі заходи, як корекція способу життя (здорове харчування, відмова від шкідливих звичок, достатня фізична активність) та наявних факторів ризику розвитку СД (артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія, цукровий діабет), є найважливішими у профілактиці не лише СД, але й деменції взагалі.



Професор **Іван Зозуля**, завідувач кафедри медицини невідкладних станів, проректор з наукової роботи **НМАПО імені П.Л. Шупика**, у своїй доповіді «Поетапна медична реабілітація

хворих на інсульт», нагадав учасникам конгресу, що актуальність медичної реабілітації хворих, які перенесли інсульт, є важливою медико-соціальною проблемою у зв'язку з високою інвалідизацією цих пацієнтів. Відновлення працездатності у хворих, які вижили після інсульту, проблематичне: лише 10–18% із них повертаються до роботи, в інших (85–90%) настає інвалідизація внаслідок порушень: рухових (~45%), мовних (~30%), когнітивних (~25%).

При нейрореабілітації хворих на інсульт необхідно взяти до уваги, що інсульт — це не стабільний, а динамічний процес, що розвивається в часі з фізико-хімічними порушеннями, пов'язаними між собою. Саме тому МР при інсульті має розпочинатися максимально рано і тривати належний термін, бути диференційованою та безперервною.

Для визначення обсягу реабілітаційних інтервенцій необхідно враховувати тяжкість перебігу інсульту, його варіанти (ішемічний, геморагічний тощо) та етапи (періоди) розвитку. Найбільше значення при проведенні МР мають гострий і ранній відновний періоди інсульту, тому нейрореабілітацію розпочинають практично з палати інтенсивної терапії, куди доставлено хворого, після стабілізації гемодинаміки та відсутності протипоказань.

Інтенсивність програми МР залежить від ступеня тяжкості стану пацієнта та неврологічного дефіциту. У разі безсвідомого стану реабілітація пасивна і спрямована на профілактику м'язових контрактур, тугорухомості в суглобах, запобігання пролежням, застою крові у глибоких венах і розвитку застійної пневмонії. Цим пацієнтам виконують пасивні рухи у всіх суглобах паретичних кінцівок у повному обсязі не менше ніж 3 рази на день.

У разі відновлення свідомості пацієнт бере активну участь у реабілітаційних заходах. Пацієнти у свідомості дуже рідко потребують ліжкового режиму більше 2–3 діб. У разі гострого ішемічного інсульту пацієнти у свідомості уже в перші 2–3 доби повинні перебувати у приліжковому кріслі. На 5-ту добу можна проводити активізацію у хворих із малим і середнім інфарктом мозку: масаж,

лікування положенням, пасивну гімнастику, електростимуляцію, дихальну гімнастику.

У ранній відновний період основними завданнями стають:

- розвитку активних рухів;
- зниження спастичності при її наявності або профілактика розвитку;
- подолання патологічних синкінезів;
- удосконалення функції ходьби;
- підвищення толерантності до фізичних навантажень;
- тренування стійкості у вертикальній позі;
- навчання навичкам самообслуговування.

На другому етапі раннього відновного періоду слід поділити постінсультних хворих на клініко-реабілітаційні групи залежно від реабілітаційного потенціалу, зокрема потреби в різному обсязі відновних заходів, за ступенем вираженості постінсультних порушень; давності інсульту; супутньої соматичної патології; характером перебігу основного захворювання. У цей період МР застосовують медикаментозну терапію, кінезотерапію, дихальні вправи, лікування положенням, лікувальну гімнастику, механотерапію, гідрокінезотерапію, мануальну терапію і масаж, фізіотерапію, акупунктуру та ін.

У пізній відновний період актуальною проблемою є прогнозування ступеня і строків відновлення неврологічного дефіциту. Існує тактика тривалої нейрореабілітації, оскільки доведено, що тренування, наприклад, обох рук, у поєднанні з ритмічними звуковими сигналами можуть стимулювати пластичність моторних зон кори головного мозку у пацієнтів навіть через 3–6 років після перенесеного інсульту. Відновлення побутових і трудових навичок та статички може тривати більше року, відновлення мови — більш тривалий час, ніж відновлення рухів. Значних успіхів можна досягти завдяки повторним курсам інтенсивної мовної реабілітації протягом перших 2–3 років.

На третьому етапі МР хворі, що потребують продовження відновного лікування, можуть отримувати його в умовах реабілітаційного кабінету поліклініки, денного стаціонару поліклініки, санаторно-курортних закладів, спеціалізованих центрів, відділень/кабінетів фізіотерапії або в умовах стаціонару вдома. При цьому використовують медикаментозне лікування, фізіотерапію, лікувальну гімнастику, психо- і бальнеотерапію, трудо- і механотерапію, акупунктуру тощо. Основною метою цього етапу є не лише якість життя сьогодні, а й перспектива його покращання в майбутньому. При цьому надзвичайно важлива стимуляція саногенетичних механізмів пацієнта, що вважається основою вторинної профілактики інсульту і можливого продовження відновних процесів.

Після завершення активних реабілітаційних програм хворі спостерігаються й обстежуються сімейним лікарем, дільничним терапевтом, неврологом вдома чи в поліклініці раз на квартал, виконують рекомендації фахівців щодо збереження досягнутого рівня реабілітації, продовжуючи підтримувальні курси МР.

*Аліна Жигунова,
фото автора*

*Список використаної літератури:
www.umj.com.ua*