

Нейрореабілітація: актуальні питання сьогодення

4 червня 2015 р. у Києві, у великій конференц-залі Національної академії наук України, відбулася Науково-практична конференція з міжнародною участю «Нейрореабілітація: актуальні питання сьогодення», присвячена світлій пам'яті людини і вченого з великої літери, доктора медичних наук, професора, члена-кореспондента Національної академії медичних наук України Євгенії Леонідівни Мачерет. Ініціаторами заходу виступили кафедра неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Всеукраїнська асоціація з неврології і рефлексотерапії та громадське об'єднання «Паблік Хелс». У роботі конференції взяли участь понад 380 лікарів з усіх регіонів України, головні позаштатні спеціалісти структурних підрозділів з питань охорони здоров'я Київської міської та обласних державних адміністрацій зі спеціальностей: «Загальна практика — сімейна медицина», «Терапія», «Неврологія», «Нейрохірургія», «Психіатрія», фахівці з реабілітації та провідні науковці. Тематика конференції включала широкий спектр питань, пов'язаних із нейрореабілітацією в ланці охорони здоров'я: кардіореабілітація, когнітивна реабілітація, реабілітація в неврології, реабілітація в ортопедії і травматології, реабілітація в нейрофізіології, онкологія та реабілітація, дитяча реабілітація, соціально-психологічна реабілітація та ін. Загалом у рамках заходу прозвучало 32 доповіді (зокрема 12 стендових), в яких представлено актуальні теми сьогодення, стосовно яких провідні фахівці надали інформацію з особистого клінічного досвіду.



Розпочинаючи роботу конференції, **Наталія Свиридова**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри неврології та рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, президент Всеукраїнської асоціації з неврології та рефлексотерапії, від імені організаторів заходу привітала всіх присутніх і висловила подяку на адресу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України і НМАПО імені П.Л. Шупика за плідну співпрацю та підтримку в організації заходу. Доповідач розкрила досить актуальне питання стосовно нейрореабілітації пацієнтів з ішемічним інсультом, алгоритмів його діагностики та лікування, зазначивши, що інсульт щорічно вражає ≈20 млн осіб, з них 5 млн — помирають внаслідок інсульту, 12 млн — інвалідизовані та потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті, у 3 млн — відзначають когнітивні розлади. Найчастішими наслідками інсульту є рухові порушення, парези відзначають у 80–90%, мовні розлади — у 25–30%, порушення чутливості — у 30–35%, порушення координації та когнітивних функцій — у 15% пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт.

Шляхи відновлення при ішемічному інсульті включають:

- гострий період — проведення системного тромболітизму (клас рекомендацій I, рівень доказовості A), екстрені нейрохірургічні втручання за показаннями, зменшення набряку мозку, ранній початок реабілітації;
- відновний період — медикаментозна нейропротекція (клас рекомендацій III, рівень доказовості A), фізична реабілітація (використання віртуальної

реальності), лікування у разі післяінсультної спастичності, логопедична корекція, медикаментозна та немедикаментозна терапія емоційних і депресивних розладів, корекція когнітивних порушень.



Олег Шекера, доктор медичних наук, професор, директор Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, привітав учасників конференції та передав щирі вітання і висловлення всебічної підтримки проекту розбудови системи нейрореабілітації в Україні від ректора НМАПО імені П.Л. Шупика, академіка Національної академії медичних наук (НАМН) України, професора Ю.В. Вороненка, а також проректора з наукової роботи НМАПО імені П.Л. Шупика, доктора медичних наук, професора І.С. Зозулі.

У своїй доповіді він ознайомив присутніх з методологічними аспектами військово-медичної доктрини України (далі — Доктрина), що на сьогодні є досить актуальним питанням, і зазначив, що стратегічним завданням держави, важливою складовою та ресурсом національної безпеки України є постійна турбота про поліпшення здоров'я кожного військовослужбовця, гарантування ефективної діяльності системи медичного забезпечення Збройних сил України та інших структур сектору безпеки держави як сукупності загальнодержавних та галузевих медично-соціальних заходів, створення для військовослужбовців широкої доступності медичної допомоги в мирний та воєнний час.

Доктрина — один з основних документів стратегічного планування в державі — становить сукупність науково обґрунтованих принципів, що визначають систему і методи

медичного забезпечення військ у воєнний час, включають засоби та методи збройної боротьби, рівень медичної науки і практики, стан сил і засобів, а також особливості воєнних дій.

В умовах війни відсутність реабілітації або її неналежна якість для учасників бойових дій мають ознаки відмови держави від власних захисників та постраждалих громадян, саме тому реабілітація має загальнодержавне значення і є важливою складовою ефективного системи відновлення здоров'я.



Ганна Лубенець, кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології НМАПО імені П.Л. Шупика, представила доповідь на тему «Ведення пацієнтів з хронічною ішемією мозку: особливості судинної та антигіпертензивної терапії».

Вона зазначила, що найбільш значимими факторами ризику розвитку хронічної ішемії мозку (ХІМ) є: неконтрольована та резистентна артеріальна гіпертензія (АГ), висока варіабельність артеріального тиску (АТ), висока АГ або надмірне зниження АТ в нічний час, епізоди ортостатичної гіпотензії, ятрогенна гіпотензія, літній вік (>60 років). Клінічні прояви ХІМ залежно від стадії процесу можуть варіювати від компенсованих (варіабельність і «мерехтіння» симптомів, домінує астеничний синдром, ураження головного мозку мінімальні й носять тимчасовий характер) до декомпенсованих (виражений неврологічний дефіцит, розвиток деменції, лейкоареоз, лакунарні інфаркти, атрофія кори головного мозку, ураження нерологічний дефіцит, розвиток деменції, лейкоареоз, лакунарний інфаркт, атрофія кори головного мозку). При цьому стандартними методами обстеження є:

- дослідження неврологічного статусу з обов'язковою аускультативною каротидних артерій;
- нейропсихологічне дослідження (Mini-Mental State Examination — MMSE);
- параклінічні дослідження — комп'ютерна (КТ), магнітно-резонансна (МРТ), однофотонна емісійна комп'ютерна (ОФЕКТ) томографія, ультразвукове дослідження судин, електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія;
- офтальмоскопія;
- дослідження ліпідного обміну;
- моніторингування АТ і ЕКГ;
- біохімічне дослідження крові.

Встановлення правильного діагнозу потребує від лікаря об'єктивного аналізу як клінічної картини, так і даних інструментальних досліджень. Так, характерними проявами захворювання, за даними КТ або МРТ, головного мозку при розвитку ХІМ I стадії є наявність перивентрикулярного та/чи пунктирного лейкоареозу розміром ≤ 10 мм, ≤ 2 лакун та відсутність вираженої атрофії кори головного мозку; ХІМ II стадії — частково зливного субкортикального лейкоареозу > 10 мм, 3–5 лакун, лакунарного інфаркту діаметром ≤ 10 мм, початкових проявів атрофії кори головного мозку; ХІМ III стадії — зливного субкортикального лейкоареозу розмірами ≥ 20 мм, > 5 лакун, > 2 лакунарних інфарктів, вираженої атрофії кори головного мозку. За даними ОФЕКТ відзначають такі характерні ознаки, як асиметрія кровопостачання в басейнах внутрішніх сонних артерій, зниження перфузії вогнищового характеру (переважно в лобних долях і сімивольних центрах головного мозку) та наявність феномену Монакова (кросцеребелярний діашиз).

У лікуванні ХІМ передбачається лише комплексний підхід із застосуванням антигіпертензивних і вазоактивних препаратів, антиагрегантів, антиоксидантів, статинів та корекції когнітивних порушень. Одним із найбільш значущих показників, що потребують адекватної корекції, є АТ, рівень якого має бути не нижчим за 115/75 мм рт. ст., при цьому тривалість періоду досягнення цільового АТ становить 6–12 тиж, а зміну антигіпертензивної терапії слід проводити не раніше 4–6 тиж лікування, уникаючи при цьому епізодів гіпотензії (нічний час).



Питання медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи за моделлю «Тандем-партнерство», «Дитина — сім'я — фахівець» (далі — «Тандем») досить докладно представлені у доповіді **Володимира Мартинюка**, головного позаштатного спеціаліста МОЗ України за спеціальністю «Дитяча неврологія», директора Українського медичного центру реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України. На сьогодні, як зазначив доповідач, основними концепціями допо-

моги дітям з обмеженими можливостями є:

- соціальна педіатрія — забезпечення оформлення життєвого простору дитини у соціумі з урахуванням стану її здоров'я;
- ранній старт (раннє втручання) — сімейно-центрована допомога сім'ям, де є діти з порушенням розвитку та діти груп біологічного і соціального ризику;
- модель реабілітації «крок за кроком», яка полягає в можливості навчання дитини певним навичкам у необхідному віці та обсязі.

Також, згідно з рішенням вченої медичної ради МОЗ України від 17.04.1998 р., розроблено модель медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи (епілепсія та епілептичні синдроми, дитячий церебральний параліч, прогресуюча м'язова дистрофія, спінальна м'язова атрофія, розсіяний склероз) «Тандем», в основі якої лежать медична (розглядає обмеження життєдіяльності як персональну проблему особи, викликану безпосередньо захворюванням, травмою чи іншою причиною, що потребує такої медичної допомоги, як індивідуальне лікування) та соціальна (розглядає проблему обмеження життєдіяльності з позиції можливості повної інтеграції особи в суспільство) складові, що концептуально забезпечує можливість дитини з обмеженнями життєдіяльності до адаптації в суспільстві. В основу моделі визначення реабілітаційного напрямку для кожної дитини покладено функціонально-системний підхід з урахуванням чотирьох основних функціональних систем: системи рухів (моторики), сенсорної сфери, когнітивної сфери та мови, інформативно-комунікативної сфери і поведінки дитини.



Ірина Мікропуло, кандидат медичних наук, асистент кафедри терапії і геріатрії НМАПО імені П.Л. Шупика, представила доповідь на тему «Нейрометаболическа терапія у хворих з хроніч-

ними порушеннями мозкового кровообігу на тлі артеріальної гіпертензії». Доповідач нагадала, що згідно з МКХ-10, хронічні порушення мозкового кровообігу (ХПМК) (церебральний атеросклероз, прогресуюча судинна лейкоенцефалопатія, гіпертензивна енцефалопатія, ХІМ) розглядаються як варіанти дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕП) — повільно прогресуючої недостатності кровопостачання, що призводить до розвитку множинних дрібновогнищевих некрозів мозкової тканини та зумовлює наростання порушень функцій головного мозку. Особливості клінічного перебігу ДЕП цілком залежать від стадії захворювання:

I стадія — клінічні прояви неврозоподібних астеничних, астено- і тривожно-депресивних розладів; помірні порушення мнестичної діяльності (оперативної пам'яті, обсягу сприйняття); поліморфні цефалгії,

перебіг яких відбувається частіше за типом головного болю напруження (зв'язок із психогенним фактором, поєднання з вегетативними розладами).

II стадія — наростають порушення пам'яті, уваги, інтелекту, побутова і трудова дезадаптація; органічна симптоматика проявляється певним домінуючим неврологічним синдромом (дискоординаторний, пірамідний, аміостатичний, дисмнестичний, вестибuloатактичний тощо).

III стадія — зменшення обсягу скарг в поєднанні зі зниженням критики до свого стану; наростання симптоматики когнітивних порушень до рівня деменції, наявність частих пароксизмальних станів, поєднання декількох неврологічних симптомів, що значно порушують соціальну та побутову адаптацію пацієнтів.

Основні принципи лікування ДЕП — вплив на судинні фактори ризику (корекція підвищеного АТ, медикаментозна та хірургічна профілактика гострого порушення мозкового кровообігу), відновлення мозкового кровообігу та поліпшення церебрального метаболізму. За результатами ряду проведених досліджень показано, що у пацієнтів похилого віку адекватний контроль і досягнення цільових значень АТ приводили до достовірного зменшення кількості випадків деменції на 55%. Щодо метаболічної терапії ДЕП особливе значення мають ноотропні препарати, серед яких:

- справжні ноотропи — ноотропні засоби з переважно когнітивною дією, для яких здатність покращувати мнестичні функції є основним, а іноді й єдиним ефектом;
- нейропротектори — ноотропні препарати змішаної дії, в яких мнестичний ефект доповнюється, а нерідко і перебивається іншими, не менш значущими проявами дії.

Цей розподіл є принципово важливим, оскільки дозволяє диференціювати препарати, в яких ноотропна дія у спектрі клінічної ефективності є визначальною, від препаратів, у яких когнітивний ефект є або однією зі складових частин їх фармакологічної активності, або наслідком їх первинного впливу на мозковий кровообіг і стінку церебральних судин.



Олена Асауленко, кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика, представила доповідь «Життя після інсульту: етапи медичної реабілітації та лі-

кування» та зазначила, що, згідно зі статистичними даними, летальність внаслідок ішемічного інсульту становить 20% протягом першого місяця і $\approx 25\%$ — протягом першого року. У $\approx 50\%$ пацієнтів, які вижили після перенесеного інсульту, протягом наступних 5 років відбувається повторний епізод, причому більшість випадків припадає на перший рік. Через півроку після ін-

сульту інвалідизація настає у 40% хворих, які вижили. Протягом перших 5 років до 85% хворих помирають або залишаються інвалідами і лише у 15% випадків пацієнтам вдається відновитися. При ішемічних інсультах різної локалізації геміпарези розвиваються в 70–80%, порушення координації рухів і труднощі руху — у 70–80%, випадання полів зору — у 60–75%, порушення мови (дизартрія і афазія) — у 25–55% випадків.

На думку доповідача, основними симптомами, що потребують реабілітаційних заходів, є: рухові порушення (паралічі, парези, розлади координації та статики); порушення чутливості, больові синдроми; бульбарні та псевдобульбарні порушення (дисфонія, дисфагія, дизартрія); трофічні порушення; мовні порушення (дизартрія, афазія); немовні осередкові порушення вищих психічних функцій (агнозія, апраксія, акалькулія, алексія); когнітивні порушення; емоційно-вольові порушення, астеничні стани, нейропсихопатичні синдроми; соціальна та психічна дезадаптація (порушення повсякденної життєвої активності, поведінки, соціальних контактів, працездатності).

Комплекс заходів, спрямованих на відновлення втрачених внаслідок захворювання функцій, передбачає ряд періодів:

- гострий період (перші 3–4 тиж);
- ранній відновний період (перші 6 міс) — до 3 міс в основному відбувається відновлення обсягу та сили рухів у паретичних кінцівках, у 3–6 міс — відновлення складних рухових навичок;
- пізній відновний період (6 міс–1 рік) — відновлення мови, статики і трудових навичок;
- резидуальний період (після 1 року з моменту розвитку гострої недостатності мозкового кровообігу (ГМК)) — період залишкових явищ ГМК, при якому триває відновлення порушених функцій за умов застосування інтенсивної реабілітаційної програми.

Крім того, реабілітаційна програма має бути адаптованою відносно кожного окремо взятого пацієнта та виключати стереотипний підхід, починатися рано й активно, передбачати активну взаємодію з навколишнім середовищем. Фармакологічне лікування в комбінації з реабілітаційними програмами веде до якнайшвидшого функ-

ціонального відновлення та прискорює компенсацію.



Продовжуючи тему реабілітації ішемічних інсультів, **Лариса Соколова**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри неврології Національного медичного університету імені

О.О. Богомольця, ознайомила присутніх з аспектами корекції когнітивних порушень та наголосила на важливості розроблення всебічного індивідуального реабілітаційного плану з урахуванням тяжкості інсульту та потреб пацієнта з використанням шкал для оцінки функціонального статусу і післяінсультних порушень, включаючи когнітивні.

Когнітивні порушення пов'язані з обмеженнями у повсякденній діяльності та можуть призводити до значної залежності від сторонньої допомоги, негативно впливати на відновлення інших функцій і підвищувати смертність. Саме тому когнітивна реабілітація має бути спрямована на відновлення чи компенсацію втрачених або знижених когнітивних функцій з метою поліпшення адаптації та відновлення самостійності у більшій кількості пацієнтів.

Когнітивні порушення після інсульту можуть мати різний перебіг. У частини пацієнтів вони можуть регресувати і навіть повністю зникнути, однак у майже половини пацієнтів із судинними когнітивними розладами протягом 5 років розвивається деменція. Є чимало доказів деякого позитивного впливу препаратів галантамін і донепезіл на когнітивні функції та поведінку при поєднанні хвороби Альцгеймера і цереброваскулярних захворювань, тому ці препарати можуть розглядатися як перша лінія для лікування пацієнтів зі змішаними когнітивними розладами.

Крім того, застосовують комплексний індивідуальний підхід, мета якого — повернення до бажаних видів діяльності, таких як робота, хобі, керування автомобілем, соціальна активність тощо. У пацієнтів із судинними когнітивними порушеннями

слід проводити агресивне лікування всіх судинних факторів ризику до досягнення оптимального рівня контролю. У пацієнтів із помірними і тяжкими судинними когнітивними порушеннями необхідно розглянути питання про лікування інгібіторами холінерастери.



Євгеній Труфанов, доктор медичних наук, доцент кафедри неврології НМАПО імені П.Л. Шупика, у своїй доповіді акцентував увагу на алгоритмі діагностики та лікування нейропатичного болю

(НБ). Він зазначив, що НБ, на відміну від ноцицептивного, виникає не внаслідок реакції на фізичне пошкодження, а в результаті патологічного збудження нейронів у периферичній або центральній нервових системах, поділяючись, у свою чергу, на центральний, периферичний та змішаний тип болю.

Згідно зі статистичними даними, НБ відчувають 6–8% населення країн Європи; часто він має виражений характер і призводить до інвалідизації. Пацієнти з НБ скаржаться на погіршення якості життя, а 30–80% з них не отримують адекватного знеболення. Отже, діагностика НБ має передбачати ретельний неврологічний і соматичний огляд хворого (при неврологічному огляді акцент роблять на обстеженні чутливості та вегетативної нервової системи), біохімічний аналіз крові, електронейроміографію та дослідження соматосенсорних викликаних потенціалів.

Лікування НБ за Європейськими рекомендаціями включає:

- максимально рано і успішну етіотропну та патогенетичну терапію, спрямовану на основне захворювання;
- застосування антиконвульсантів (габapентин, прегабалін, карбамазепін);
- застосування антидепресантів (амітриптилін, венлафаксин, дулоксетин);
- застосування наркотичних анальгетиків;
- у деяких випадках призначення коротких курсів (до 2 тиж) місцевого лікування, наприклад, гелю з лідокаїном або крему з капсаїцином (заборонено наносити на пошкоджену шкіру).

Щодо медикаментозного лікування, то при резистентних до монотерапії нейропатичних больових синдромів доцільне призначення комбінації з ≥ 2 симптоматичних препаратів із різними механізмами дії. Такі традиційні знеболювальні, як парацетамол та нестероїдні протизапальні засоби, не чинять будь-якого істотного впливу на НБ.

Зазначимо, що інтерес до конференції перевершив усі очікування, про що свідчив не лише вщент заповнений зал, а й багато запитань, які всі бажаючі змогли задати доповідачам в онлайн-режимі. Організаторами та учасниками заходу проведено плідну роботу з підвищення кваліфікації щодо нейрореабілітації.

*Сергій Боровик,
фото автора*

