

# Ведение больного, перенесшего инсульт

В.А. Парфенов, С.В. Вербицкая  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

**Резюме.** Ведение больного, перенесшего инсульт, представляет актуальную проблему современной неврологии. При полном восстановлении всех функций требуется только профилактика повторного инсульта. Если у больного остаются двигательные, речевые и (или) другие расстройства, которые перспективны в отношении восстановления, необходима реабилитация. Если у больного нет перспектив восстановления утраченных функций, требуются уход и профилактика повторного инсульта и осложнений, связанных с обездвиженностью. Представлены современные методы профилактики повторного инсульта, которые включают модификацию образа жизни, нормализацию артериального давления, хирургические методы (у части больных), использование антитромботических средств и статинов (после перенесенного ишемического инсульта). Анализируются возможности и методы лечения утраченных двигательных и речевых функций, нервно-психических (когнитивных и депрессивных) расстройств, нарушенный мочеиспускания. Отмечается, что использование современных методов лечения позволяет существенно снизить риск повторного инсульта, улучшить восстановление утраченных функций и качество жизни больного.

**Ключевые слова:** последствия инсульта, профилактика повторного инсульта, реабилитация после инсульта, постинсультные когнитивные нарушения, постинсультная депрессия, постинсультное недержание мочи.

Ведение больных, перенесших инсульт, представляет актуальную проблему неврологии [1, 2]. После перенесенного инсульта 15-30% больных имеют выраженную инвалидность, около 40% больных – умеренную инвалидность [3]. Инвалидность больных определяется не только двигательными, чувствительными и речевыми расстройствами, но и когнитивными, эмоциональными нарушениями, тазовыми расстройствами.

После окончания острого периода инсульта ведение больного может существенно отличаться в зависимости от имеющихся последствий инсульта. При полном восстановлении всех функций больной не нуждается в реабилитации, он может продолжать работу или находиться дома; требуется периодическое медицинское наблюдение по месту жительства с целью профилактики повторного инсульта. Если у больного имеются двигательные, ре-

чевые, когнитивные, эмоциональные и (или) другие расстройства, которые перспективны в отношении восстановления, ему требуется реабилитация, которая может быть проведена в специализированном центре реабилитации или поликлинике по месту жительства. В тех случаях, когда у больного имеются различные расстройства, но нет перспектив в отношении их восстановления в связи с их тяжестью, наличием тяжелых сочетанных заболеваний, он требует ухода, который может осуществляться дома или в интернате под наблюдением медицинского персонала.

**Профилактика повторного инсульта.** Вероятность повторного инсульта максимальна в первые дни заболевания, поэтому вторичная профилактика должна начинаться как можно раньше после развития первого инсульта [1-4]. Она основывается на коррекции факторов риска его развития, комбинация которых существенно варьирует среди пациентов.

Профилактика повторного инсульта вклю-

чает модификацию образа жизни, лекарственные средства и у части пациентов хирургические методы лечения. Пациенту, перенесшему инсульт, рекомендуется отказаться от курения и злоупотребления алкоголем, нормализовать вес, поддерживать достаточную физическую активность и в случае ишемического инсульта диету с ограничением холестерина.

**Снижение повышенного артериального давления** на основе антигипертензивной терапии представляет одно из наиболее эффективных направлений профилактики повторного инсульта, оно позволяет предупредить примерно одну треть инсультов [2-4]. У пациентов, перенесших кровоизлияние в мозг на фоне артериальной гипертензии, нормализация артериального давления представляет единственный метод эффективной профилактики повторного инсульта [1].

Рекомендуется постепенная нормализация артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией I и II степени. С учетом индивидуальных особенностей (заболевание сердца, сахарный диабет, другие заболевания, переносимость лекарственных средств) можно использовать различные классы антигипертензивных средств, при этом во многих случаях требуется комбинация нескольких антигипертензивных средств. Рекомендуется включение в антигипертензивную терапию диуретиков, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов к ангиотензину-II.

После перенесенного ишемического инсульта у пациентов со значительными стенозами внечерепных и внутричерепных артерий (особенно при двустороннем стенозе сонных артерий) и (или) с артериальной гипертензией III степени нормализация артериального давления остается спорной, целесообразно его поддержание на более высоком уровне.

**Антитромботическая терапия** – применение антитромбоцитарных средств или антикоагулянтов – занимает ведущее место в профилактике повторного ишемического инсульта [1-4].

Для профилактики повторного некардиоэмболического ишемического инсульта рекомендуются антитромбоцитарные средства: ацетилсалициловая кислота (аспирин, кардиомагнил, тромбoACC), по 75-150 мг/сут, клопидогрел (плавикс) по 75 мг/сут, комбинация 200 мг дипиридамола замедленного высвобождения

и 50 мг ацетилсалициловой кислоты (агренокса) по 2 раза в сутки или тиклопидин по 250 мг 2 раза в сутки. Регулярный прием аспирина снижает риск развития инсульта, инфаркта миокарда или сосудистой смерти в среднем на 13%, риск развития нефатального инсульта на 28% и фатального инсульта на 16% [5]. Применение клопидогреля и агренокса имеет небольшое преимущество над использованием аспирина, поэтому их назначение предпочтительнее, особенно у пациентов с высоким риском повторного ишемического инсульта [2,3].

Для профилактики кардиоэмболического инсульта наиболее часто используют варфарин, дозу которого подбирают постепенно, ориентируясь на международное нормализованное отношение (МНО). При приеме варфарина и стабильном поддержании МНО на уровне 2,0-3,5 ишемические события ежегодно развиваются только в 8% случаев при относительно низкой частоте (до 3% в год) больших кровотечений [4]. При фибрилляции предсердий вместо варфарина могут использоваться новые пероральные антикоагулянты (апиксабан, дабигатран или ривораксабан) которые не уступают в эффективности варфарину, имеют более низкий риск больших кровотечений и не требуют регулярного контроля МНО [2]. Если имеются противопоказания к лечению непрямыми антикоагулянтами, то назначают антитромбоцитарные средства, при этом у больных с фибрилляцией предсердий комбинация клопидогреля (75 мг в сутки) и аспирина (75-100 мг в сутки) более эффективна, чем аспирин (75-100 мг в сутки),

**Применение статинов** показано большинству больных, перенесшим некардиоэмболический ишемический инсульт, и больным после кардиоэмболического инсульта при наличии дополнительных факторов риска (например, ишемической болезни сердца) [3]. Длительное лечение статинами снижает риск развития повторного инсульта, инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний. Применение статинов в больших дозах может привести к дополнительному снижению риска развития инсульта, что обосновывает их использование у пациентов с высоким риском повторного ишемического инсульта. Среди статинов для профилактики повторного ишемического инсульта наиболее изучен аторвастатин (липримар), который назначается обычно в дозе 20-40 мг в сутки, при этом

имеется положительный опыт использования его больших доз (80 мг в сутки) [3, 4].

**Хирургические методы лечения** обсуждаются в случае выявления аневризмы, артериовенозной мальформации (обычно при геморрагическом инсульте) или при наличии стеноза сонной артерии у больного, перенесшего ишемический инсульт.

У больных, перенесших ишемический инсульт, каротидная эндартерэктомия рекомендуется при значительном стенозе (сужении 70-99% диаметра) внутренней сонной артерии на стороне заинтересованного полушария в ранние сроки (лучше в первые 2 недели), но не позднее 6 месяцев с момента ишемического инсульта [3]. Операция может быть проведена в ранние сроки с момента заболевания и при умеренной степени стеноза (сужении 50-69% диаметра) у пациентов с наличием дополнительных факторов риска повторного инсульта. Каротидное стентирование не имеет преимуществ перед каротидной эндартерэктомией и обычно рекомендуется в тех случаях, когда не может быть выполнена каротидная эндартерэктомия.

Эффективность вторичной профилактики инсульта значительно возрастает, когда используются все возможные средства. Комбинация всех возможных методов вторичной профилактики инсульта позволяет существенно (почти на 80%) снизить риск развития повторного инсульта, а также уменьшить вероятность других сердечно-сосудистых заболеваний.

**Восстановление утраченных вследствие инсульта функций.** В настоящее время не доказано ни одно лекарственное средство как эффективное в отношении восстановления утраченных функций после инсульта [3]. Активизация больного представляет одно из важнейших направлений реабилитации и позволяет избежать многих осложнений, связанных с пребыванием на постельном режиме. Прогрессирующее увеличение физических нагрузок составляет основу активизации и должно учитывать имеющиеся противопоказания к быстрой активизации; более интенсивные физические нагрузки могут несколько улучшить процесс восстановления двигательных функций [3]. В поздний восстановительный период (от 6 месяцев до 2-х лет) инсульта важна адаптация к профессиональной (если больной продолжает работу), социальной и бытовой деятельности, она занимает длительный период, при этом

большое значение имеет поддержка со стороны членов семьи, знакомых, коллег по работе, соседей и (или) социальных работников.

**Лечение двигательных нарушений,** отмечающихся более чем у половины перенесших инсульт больных, основывается на постоянной двигательной активности, направленной на поддержание хорошего функционального состояния двигательных функций и включающей ходьбу и другие важные в бытовом и социальном аспекте движения [6]. Регулярные ходьба и физические нагрузки, ориентированные на поддержание практически важных функций, позволяют стойко закрепить положительные результаты, полученные при реабилитации пациента в раннем постинсультном периоде [6].

При улучшении ходьбы больному целесообразно тренироваться, передвигаясь в людных местах, подниматься и спускаться по лестнице, пользоваться при необходимости общественным транспортом, что позволяет достигнуть максимальной независимости. В настоящее время существуют различные приспособления, которые помогают больному самостоятельно питаться, одеваться, пользоваться предметами личной гигиены. Многим больным, имеющим парез ноги, помогают ортопедические аппараты для голеностопного сустава, позволяющие улучшить биомеханику голеностопного сустава.

У части больных, имеющих парезы конечностей, спастичность ухудшает двигательные функции, способствует развитию контрактуры и деформации конечности, затрудняет уход за обездвиженным больным и иногда сопровождается болезненными мышечными спазмами. Ведущее значение при лечении спастичности имеют лечебная гимнастика и методы физиотерапии, направленные на профилактику образования контрактуры. При генерализованной спастичности некоторым больным помогают миорелаксанты (мидокалм, сирдалуд, баклосан). При локальной спастичности в паретичных мышцах может быть эффективно использование ботулинического токсина (ботокс, диспорт, лантокс, ксеомин).

**Лечение афазии,** наблюдающейся примерно у 20% перенесших инсульт больных, основывается на логопедических занятиях, при этом эффективны ранние и интенсивные речевые упражнения [7]. Положительный эффект от логопедических занятий наиболее значителен в ранние сроки с момента заболевания, но отмечается и в отдаленном периоде с момента

инсульта [7]. В последние годы используются компьютерные формы тренировки речевых функций при афазии, что делает возможным значительную часть лечения проводить в домашних условиях [8].

**Профилактика и лечение нервно-психических (когнитивных и эмоциональных) расстройств. Когнитивные нарушения** встречаются более чем у половины пациентов, перенесших инсульт, и у 6-32% пациентов достигают степени деменции [9-11]. К факторам риска развития когнитивных нарушений после инсульта относятся пожилой возраст пациентов, низкий уровень образования, наличие повторных инсультов в анамнезе, выраженная тяжесть сопутствующего неврологического дефицита, наличие церебральной атрофии или выраженного лейкоареоза по данным магнитно-резонансной томографии [12]. В их диагностике ведущее значение имеют нейропсихологические исследования.

Когнитивные нарушения могут быть вызваны не только перенесенным инсультом, но и предшествующими клинически явными или «немыми» инсультами, поражением белого вещества головного мозга (лейкоареоз) и (или) дегенеративным заболеванием - болезнью Альцгеймера [9-11]. Когнитивные расстройства затрудняют реабилитацию, увеличивают инвалидность и снижают качество жизни пациентов после перенесенного инсульта [9].

Профилактика развития и прогрессирования когнитивных нарушений основывается на профилактике повторного инсульта, в особенности на нормализации артериального давления. Для улучшения когнитивных функций рекомендуются различные виды деятельности, стимулирующие умственную активность. В качестве лекарственных средств у пациентов, перенесших инсульт и имеющих умеренные когнитивные расстройства, могут быть использованы препараты Гинкго билоба (танакан по 120 мг в сутки), пирацетам (ноотропил по 1200-2400 мг в сутки), холина альфосцерат (глиатилин по 120 мг/сут) и другие ноотропные средства. В случае выраженных когнитивных нарушений (деменции) обосновано применение ингибиторов центральной ацетилхолинэстеразы (галантамин, донепизил) или акатинола мемантин (по 20 мг в сутки), которые улучшают когнитивные функции при деменции различного генеза [9-11]. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы уменьшают холи-

нергический дефицит, возникающий на фоне поражения центральных холинергических структур [13]. Акатинол (мемантин) - антагонист NMDA-рецепторов - способен уменьшить проявления лобно-подкорковой дисфункции в виде нарушений концентрации, внимания и нейродинамических расстройств [13]. Применение ингибиторов ацетилхолинэстеразы или акатинола может уменьшить выраженность эмоционально-поведенческих нарушений, включая депрессию и апатию. Возможна комбинированная терапия акатинолом и препаратами антихолинэстеразного ряда,

**Лечение депрессии**, возникающей почти у одной трети больных, способно не только повысить качество жизни больных, но и улучшить их функциональное восстановление [14]. Постинсультная депрессия может быть вызвана как переживанием больного по поводу утраченных функций, возникшей инвалидности, зависимости от окружающих, так и следствием поражения головного мозга и нарушения обмена некоторых нейромедиаторов. Она ухудшает восстановление, затрудняет реабилитацию, снижает социальную активность и даже повышает риск развития повторного инсульта, инфаркта миокарда, риск смертельного исхода от различных причин [14,15]. Для диагностики депрессии у больных, перенесших инсульт, показана информативность таких относительно простых методов исследования как шкала Бека и шкала Гамильтона [16]. Однако значительная часть пациентов с постинсультной депрессией не получают лечение, потому что эмоциональные расстройства не диагностируются или расцениваются как адекватная реакция на заболевание, инвалидность, утрату социального статуса [14,15].

Для профилактики постинсультной депрессии эффективна психотерапия [14]. При развитии депрессии одна психотерапия мало эффективна, необходима комбинация психотерапии и приема антидепрессантов [17]. В качестве психотерапевтических методов при постинсультной депрессии часто используются когнитивно-поведенческая терапия и разрешающая проблемы терапия, они могут применяться для профилактики депрессии, а при ее развитии дополнять лечение антидепрессантами [15].

При лечении постинсультной депрессии доказана эффективность как трициклических антидепрессантов, так и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС),

при этом СИОЗС предпочтительнее у пожилых больных, которые часто имеют когнитивные расстройства [14,15]. Целесообразно назначать антидепрессанты с минимальных доз, особенно у лиц пожилого возраста, постепенно увеличивая их до терапевтических под контролем выраженности побочных эффектов. Можно использовать сертралин (золофт по 50-200 мг в сутки), флуоксетин (прозак по 20 мг в сутки), эсциталопрам (ципралекс по 5-10 мг в сутки) и другие лекарственные средства. Длительность лечения составляет 2-6 месяцев. Использование антидепрессантов может улучшить не только эмоциональное состояние пациентов, но и их когнитивные функции, привести к более быстрому и существенному восстановлению утраченных неврологических функций, повысить качество жизни пациентов [17].

**Лечение нарушений мочеиспускания.** У больных, перенесших инсульт, может развиваться как задержка, так и недержание мочи, но последнее встречается чаще. По данным разных авторов частота недержания мочи в раннем постинсультном периоде колеблется от 41% до 83% [18, 19]. В одном из исследований недержание мочи наблюдалось у 45,5% больных через 3 месяца и у 37,7% больных через год с момента инсульта; в качестве основных факторов недержания мочи отмечены увеличение возраста, тяжесть инсульта, женский пол и предшествующее инсульту недержание мочи [18]. В случае задержки мочи часто требуется периодическая или даже постоянная катетеризация мочевого пузыря, при недержании мочи, вызванной гиперактивностью детрузора мочевого пузыря, могут быть эффективны антихолинергические средства [19]. К сожалению, более половины пациентов, страдающих недержанием мочи после инсульта, не обращаются за медицинской помощью или не получают эффективного лечения [20].

В большинстве случаев у больных, перенесших инсульт, не удается устранить недержание мочи лекарственными или другими средствами. Это касается не только прикованных к постели пациентов, но и пациентов, способных к самостоятельному передвижению, но имеющих выраженные когнитивные нарушения. В таких случаях могут быть эффективны прокладки или впитывающие трусы для взрослых (такие как впитывающие трусы Моликар Мобайл), которые имеют 3-х слойную впитывающую подушку с защитными бортиками, которая надежно удерживает жидкость и

предупреждает неприятный запах. Клинико-экономический анализ показывает эффективность использования трусов Моликар Премиум экстра софт для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи [21]. Установлено, что их применение в комбинации со средствами по уходу за кожей у пациентов с недержанием мочи снижает в 10 раз частоту возникновения контактного дерматита и пролежней. Затраты на профилактику и лечение контактного дерматита и пролежней у одного неподвижного больного с недержанием мочи без применения абсорбентов и средств по уходу существенно (на 41%) выше.

Таким образом, использование современных методов лечения позволяет существенно снизить риск повторного инсульта, улучшить восстановление утраченных функций и качество жизни больного. Современные методы профилактики повторного инсульта включают модификацию образа жизни, нормализацию артериального давления, хирургические методы (у части больных), использование антитромботических средств и статинов (после перенесенного ишемического инсульта). Ведущее значение для восстановления утраченных двигательных и речевых функций имеют ранняя активизация, лечебная гимнастика, интенсивные логопедические занятия. Для улучшения когнитивных функций при их выраженной степени нарушения могут быть эффективны противодementные средства. Для профилактики постинсультной депрессии эффективна психотерапия, а при ее развитии – использование антидепрессантов и психотерапия. При недержании мочи использование современных средств по уходу способно предупредить развитие пролежней и дерматитов, повысить качество жизни больного и его родственников.

### Список использованной литературы

1. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно. М.: Медицина. - 2005. - Т.1. - С. 232-303.
2. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. М., МИА, 2012. - 288 с.
3. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack // *Cerebrovasc Dis.* 2008; 25: 457-507.
4. Sacco R.L., Adams R., Albers G. et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals

- From the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline // *Stroke*. 2006; 37: 577-617.
5. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // *BMJ* 2002; 324: 71-86.
  6. Van de Port I., Wood-Dauphinee S., Lindeman E., Kwakkel G. Effects of exercise training programs on walking competency after stroke: a systematic review. // *Am J Phys Med Rehabil*. 2007; 86: 935-951.
  7. Carter A.R., Connor L.T., Dromerick A.W. Rehabilitation After Stroke: Current State of the Science // *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2010; 10: 158-166.
  8. Manheim L.M., Halper A.S., Cherney L. Patient-reported changes in communication after computerbased script training for aphasia. // *Arch Phys Med Rehabil*; 2009; 90: 623-627.
  9. Cerebrovascular disease, cognitive impairment and dementia. Second edition of Cerebrovascular disease and dementia. Edited by O'Brien J., Ames D., Gustafson L. et al. - Martin Dunitz. - 2004.
  10. Hénon H., Pasquie F., Leys D. Poststroke Dementia // *Cerebrovasc Dis* 2006; 22: 61-70.
  11. Вахнина Н.В., Никитина Л.Ю., Парфенов В.А., Яхно Н.Н. Постинсультные когнитивные нарушения // *Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. Инсульт. Прилож. к журн.* - 2008. - Вып. 22. - С. 16-21.
  12. Pendlebury S.T., Rothwell P.M. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. // *Lancet Neurol*. - 2009. - Vol.8, N(11). - P. 1006-1018.
  13. Kavirajan H., Schneider L.S. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. // *Lancet Neurol*. - 2007. - Vol.6, №9. - P. 782-792.
  14. Hackett M.L., Anderson C.S., House A.O. et al. Interventions for Treating Depression After Stroke // *Stroke*. 2009; 40: e487-e488.
  15. Gaete J.M., Bogousslavsky J. Post-stroke depression // *Expert Rev. Neurother*. 2008; 8: 75-92.
  16. Berg A., Psych L., Lonnqvist J. et al. Assessment of Depression After Stroke. A Comparison of Different Screening Instruments // *Stroke*. 2009; 40: 523-529.
  17. Mitchell P.H., Veith R.C., Becker K.J. Brief Psychosocial-Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant // *Stroke*. 2009; 40: 3073-3078.
  18. Williams M.P., Srikanth V., Bird M., Thrift A.G. Urinary symptoms and natural history of urinary continence after first-ever stroke - a longitudinal population-based study // *Age and Ageing* 2012; 41: 371-376.
  19. McKenzie P., Badlani G.H. The incidence and etiology of overactive bladder in patients after cerebrovascular accident // *Curr Urol Rep*. 2012; 13: 402-406.
  20. Itoh Y., Yamada S., Konoeda F. et. al. Burden of overactive bladder symptom on quality of life in stroke patients // *Neurourol Urodyn*. 2012 Nov 5. doi: 10.1002/nau.22336.
  21. Воробьев П.А., Краснова Л.С., Шустов А.Г., Смола Х., Фарафонова А.Ю. «Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников MoliCare® Premium extra soft (Моликар Премиум экстра софт) для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи». В сборнике «Пролежни. Экономика и профилактика» под ред. Воробьева П.А., Красновой Л.С. // М., Ньюдиамед, 2012; 34-99.

(Надійшла до редакції 12.11.2013)

## MANAGEMENT OF PATIENTS WITH STROKE

V.A. Parfenov, S.V. Verbitskaia

### Summary

Management of patients with stroke is an important problem of modern neurology. With the complete restoration of all functions prevention of recurrent stroke is only required. If the patient has motor, speech, and (or) other disorders promising for recovery, the rehabilitation is required. If the patient has no prospects for recovery of lost functions, care and prevention of recurrent stroke and complications associated with immobility are required. Modern methods for prevention of recurrent stroke, which include lifestyle modification, blood pressure normalization, surgical techniques (in some patients), and use of antiplatelet agents and statins (after ischemic stroke), are presented. Possibilities and methods of treatment of lost motor and speech functions, neuropsychiatric (cognitive and depressive) disorders, and urination disorders are analyzed. It is noted that the use of modern methods of treatment can significantly reduce the risk of recurrent stroke and improve recovery of lost functions and the quality of life of the patient.

Keywords: effects of a stroke, prevention of recurrent stroke, rehabilitation after stroke, post-stroke cognitive impairment, post-stroke depression, post-stroke urinary incontinence.