

*Е.Р. Баранцевич¹, В.В. Ковальчук²,
Д.А. Овчинников¹, Ю.В. Стурова³*

¹ФГБУ СЗФМИЦ, Санкт-Петербург

²СПб ГБУЗ «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко», Санкт-Петербург

³Краснодарская краевая больница, г. Краснодар

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Инсульты продолжают оставаться одной из наиболее актуальных современных медико-социальных проблем. Заболеваемость инсультом в России составляет 3-4 случая на 1000 населения в год, а летальность в остром периоде заболевания достигает 35%. В течение пяти лет после перенесенного инсульта умирают 44% пациентов. В России одновременно проживают более 1 млн человек, перенесших инсульт, причем 80% из них являются инвалидами [5,7,17,18].

Основной причиной инвалидизации населения также является инсульт, занимающая первое место среди всех причин инвалидности. В нашей стране среди пациентов, перенесших инсульт, к трудовой деятельности возвращаются не более 23-25%, 85% больных требуют постоянной медико-социальной поддержки, а 20-30% остаются до конца жизни глубокими инвалидами [6,19,21].

Иная ситуация наблюдается в экономически развитых странах — в США, Канаде, Японии, странах Западной Европы, в которых сложилась устойчивая тенденция к снижению заболеваемости сосудистыми заболеваниями головного мозга (СЗГМ) и смертности от них, прежде всего за счет активной их профилактики, проводимой в национальном масштабе при активной поддержке правительства [21,28,36].

В России средний возраст пациентов, умерших вследствие СЗГМ, значительно меньше, нежели в перечисленных выше странах. Так, в США среди всех случаев смерти, вызванных болезнями системы кровообращения, менее 10% приходится на возраст до 65 лет, в то время как в России в данном возрасте умирают 30% пациентов [2]. Многие исследователи отмечают продолжение тенденции к омоложению контингента больных с СЗГМ [18,22,26]. Мозговой инсульт у лиц молодого возраста стал повседневной реальностью, достаточно часто встречается в клинической практике невролога и порой вызывает существенные трудности в диагностике, лечении и тактике ведения подобной категории пациентов.

Основные причины инсультов у лиц молодого возраста:

1. Травматическое расслоение брахиоцефальных артерий вследствие хлыстово-образной травмы, например, в результате дорожно-транспортных происшествий, а также разнообразных спортивных упражнений и состязаний, либо инфекционных заболеваний.

2. Артериальные аневризмы, которые могут являться источником эмболизации и приводят к инфаркту головного мозга. Кроме того, разрывы артериальных аневризм являются причиной внутримозгового кровоизлияния.

3. Сахарный диабет.

4. Васкулиты и коагулопатии.

5. Фибромускулярная дисплазия.
6. Наследственное поражение соединительной ткани, в частности, синдромы Элерса — Данлоса и Марфана.
7. Аномалии шейного отдела позвоночника (синдром Клиппеля — Фейля).
8. Токсическое действие наркотических препаратов и алкоголя.
9. Применение оральных контрацептивов.
10. Беременность.

Многие пациенты имеют различные сопутствующие заболевания, которые увеличивают риск развития повторного инсульта и снижают возможности активной реабилитации пациента.

Особую категорию составляют постинсультные пациенты, в лечении которых отсутствовал полный и адекватный курс реабилитационных мероприятий в течение первых 6-12 месяцев после развития СЗГМ. В дальнейшем данные больные часто оказываются «за бортом» реабилитационных мероприятий, поскольку среди специалистов распространено мнение, которое является достаточно сомнительным. Они считают, что в отдаленном периоде инсульта проведение реабилитационных мероприятий практически бесперспективно. При этом указывается не только на необратимость сосудистых нарушений, выраженность сопутствующей и фоновой для инсульта патологии, но и на формирование стойкого и необратимого патологического стереотипа нарушения двигательных, чувствительных, координационных, речевых и других неврологических функций.

Однако у целого ряда пациентов процесс реабилитации даже в отдаленном периоде инсульта протекает более или менее благоприятно. По-видимому, поддержание базовых реакций метаболизма головного мозга обеспечивается не только полнотой его кровоснабжения, но и изменениями в характере самого метаболизма нервной ткани, включая переход клеток из окислительного на гликолитический тип обмена веществ и энергонезависимый путь трансмембранного транспорта, в связи с чем не исключена возможность проведения достаточно эффективной и успешной реабилитации и в отдаленном периоде инсульта.

Согласно программному документу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) — Европейскому консенсусу по инсульту (Хельсинборг, Швеция, 1995) — основными целями европейского сообщества являются снижение смертности от инсульта до уровня ниже 20% в острой фазе и достижение числа функционально независимых больных, переживших острую фазу, по показателям «деятельности в повседневной жизни» на уровне 70%.

Несмотря на решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта первичной профилактики, существенный эффект в этом отношении принадлежит совершенствованию системы помощи больным с инсультами, введению лечебных и диагностических стандартов для данной категории пациентов, включая реабилитационные мероприятия и профилактику повторных инсультов.

Следует отметить, что совершенствование системы реабилитационных мероприятий для лиц, перенесших инсульт, оценка эффективности реабилитации и возможность прогнозирования отдаленных результатов восстановления нарушенных или компенсации утраченных функций является крайне важной медико-социальной задачей. Решением этой важнейшей медико-социальной задачи в России, по-

мимо государственных органов, занимается профессиональная общественная организация — Национальная ассоциация по борьбе с инсультом (НАБИ).

Целью и задачами Ассоциации являются:

- всемерное содействие развитию научных исследований в области СЗГМ;
- интеграция усилий врачей разных специальностей: неврологов, кардиологов, клинических фармакологов, нейрохирургов, ангиохирургов, реабилитологов и многих других для совершенствования системы первичной и вторичной профилактики инсульта, повышения качества медицинской и социальной помощи больным, перенесшим инсульт, внедрения в медицинскую практику новейших достижений науки;
- осуществление санитарно-просветительной работы среди населения;
- повышение профессионального уровня специалистов, а также обеспечение и защита их прав и интересов.

Медико-социальная реабилитация, которая является мультидисциплинарной проблемой здравоохранения, включает в себя самые различные виды вмешательств: лечебное, физическое, психологическое, социальное, профессиональное, педагогическое, экономическое и другие. Основная цель реабилитации — восстановление пациента как личности, включая физиологические, физические, психологические и социальные его функции. Эта задача достижима только при условии тесной интеграции и координации деятельности специалистов различного профиля, участвующих в процессе реабилитации. Многочисленность задач реабилитации обуславливает необходимость условного деления всех направлений этой работы на виды или аспекты: лечебный (ВОЗ называет его «медицинским»), физический, психологический, социальный, профессиональный, педагогический, эрготерапевтический.

К медицинскому аспекту относятся вопросы ранней диагностики и своевременной госпитализации пациентов с инсультом, проведение своевременной и адекватной патогенетической терапии.

Физический аспект, который также является частью медицинской реабилитации, предусматривает всевозможные мероприятия, направленные на повышение уровня социально-бытовой адаптации и восстановление работоспособности пациентов. Этот аспект в обязательном порядке включает в себя применение средств лечебной физкультуры (ЛФК), физических факторов, мануальной и рефлексотерапии, а также проведение нарастающих по интенсивности физических тренировок в течение более или менее продолжительного времени.

Психологический аспект обеспечивает нормализацию психоэмоционального состояния пациента, нарушения которого в свою очередь возникают в связи с заболеванием и обусловленным этим его изменением материального и социального положения.

Профессиональный и социально-экономический аспекты способствуют обеспечению вопросов адаптации пациента к соответствующему виду профессиональной деятельности по специальности или его переквалификации, что предоставляет больному возможность материального самообеспечения в связи с самостоятельностью в трудовой деятельности. Можно сказать, что профессиональный и социально-экономический аспекты реабилитации относятся к области, связанной с трудоспособностью, трудоустройством, взаимоотношением пациента и общества, пациента и членов его семьи.

В данной статье мы в первую очередь рассмотрим медицинский аспект реабилитации, включающий вопросы лечебного, лечебно-диагностического, лечебно-профилактического плана, на основании которых были сформулированы его основные принципы [12]. Последние представлены ниже.

Раннее начало реабилитационных мероприятий

Обеспечение адекватной ранней реабилитации препятствует развитию осложнений острого периода инсульта, обусловленных гипокинезией и гиподинамией (застойная пневмония, пролежни, венозные тромбэмболические осложнения), развитию и прогрессированию вторичных патологических состояний (патологические двигательные стереотипы, болевые синдромы, спастические контрактуры), развитию социальной и психологической дезадаптации, тревожно-депрессивным расстройствам.

Систематичность и длительность реабилитации обеспечивается хорошо организованным поэтапным ее построением. Первый этап реабилитации начинается в ангионеврологическом отделении, куда пациента доставляет бригада «скорой медицинской помощи». Второй этап — проведение реабилитации в специализированном стационарном реабилитационном отделении, куда пациент переводится из ангионеврологического отделения. Третий этап — организация амбулаторной реабилитации (либо в условиях реабилитационного отделения поликлиники, либо в условиях реабилитации на дому — для пациентов, имеющих выраженный дефицит двигательных функций).

Критерии выбора тактики терапии пациентов после пребывания в отделении «острого инсульта» [20]:

- грубое нарушение неврологических функций (6-10 баллов по шкале Бартел [33] или 2 балла и менее по шкале Ривермид [38]) и нуждаемость в дальнейшем интенсивном лечении — продолжение терапии в условиях отделения «острого инсульта» через три недели после начала развития инсульта;
- грубое нарушение неврологических функций (6-10 баллов по шкале Бартел [33] или 2 балла и менее по шкале Ривермид [38]); отсутствие необходимости в дальнейшем интенсивном лечении: перевод домой (при возможности обеспечения ухода в домашних условиях) либо перевод в отделения сестринского ухода (при невозможности обеспечения ухода в домашних условиях);
- выраженный или умеренный неврологический дефицит — более 10 баллов по шкале Бартел или более 2 баллов по шкале Ривермид — дальнейшее ведение пациента в условиях стационарной реабилитации (перевод из отделения «острого инсульта» через две недели);
- умеренные двигательные нарушения и наличие способности к самостоятельному передвижению — дальнейшее ведение пациента в условиях амбулаторной реабилитации (перевод из отделения «острого инсульта» через две недели);
- малый инсульт, незначительный неврологический дефицит — дальнейшее ведение пациента в рамках обычных амбулаторных условий.

Комплексность и мультидисциплинарность реабилитации

Необходимо соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов, перенесших инсульт. Для реализации данного принципа необходимо наличие в отделениях «острого инсульта», стационарной, амбулаторной и домашней реабилитации мультидисциплинарных бригад (МДБ). МДБ объединяет различных спе-

циалистов, участвующих в ведении и проведении восстановительного лечения пациентов. Данные специалисты функционируют не по отдельности, а как единая команда с четкой согласованностью и координированностью действий, обеспечивая тем самым проблемный и целенаправленный подход к проведению реабилитации постинсультных пациентов. В состав стандартной МДБ входят неврологи, терапевты (кардиологи), при необходимости — урологи, медицинские сестры, врачи/инструкторы ЛФК, эрготерапевты, логопеды, психотерапевты, психологи, физиотерапевты, социальные работники, специалисты по биологической обратной связи и некоторые другие.

Адекватность реабилитационных мероприятий предполагает составление индивидуальных реабилитационных программ с учетом степени выраженности неврологического дефицита, этапа реабилитации, состояния когнитивных функций и психоэмоционального статуса, состояния соматической сферы, а также возраста пациента.

Активное участие в реабилитации самого больного, его близких и родных

Необходимо, чтобы специалисты ЛФК, бытовой реабилитации, логопеды, медицинские сестры объясняли ухаживающим за пациентом родственникам проблемы пациента, цели и методики занятий. Также велика роль семьи в обучении навыкам самообслуживания, в создании условий для различных занятий.

Основными неврологическими симптомами инсульта, при которых требуется медицинская реабилитация, являются двигательные нарушения и нарушения ходьбы, речевые нарушения, нарушения когнитивных функций.

Реабилитация больных с двигательными нарушениями

В остром периоде инсульта основными задачами реабилитации являются:

- ранняя активизация больных;
- предупреждение развития патологических состояний и осложнений, связанных с гипокинезией;
- восстановление активных движений.

При отсутствии общих противопоказаний к проведению реабилитационных мероприятий с первого дня заболевания необходимо проводить следующие реабилитационные мероприятия: лечение положением (антиспастические уклады конечностей), пассивные упражнения, вертикализация. Многоцентровое исследование AVERT с применением методов доказательной медицины [27] показало, что применение ранней реабилитации (в первые 14 дней с момента развития инсульта) уменьшает уровень инвалидизации, снижает смертность, уменьшает зависимость от окружающих, уменьшает частоту и выраженность осложнений и побочных явлений, улучшает качество жизни пациентов к концу первого года с момента начала инсульта.

Одним из основных направлений реабилитации, прежде всего двигательных функций пациента, является физическая реабилитация. Рассмотрим основные принципы физической реабилитации пациентов с инсультами.

1. Необходимо стремиться к тому, чтобы пациент проводил как можно меньше времени лежа горизонтально на спине, так как нахождение в данном положении имеет ряд существенных недостатков:

- недостаточная респираторная функция, высокий риск аспирации слюной и отрицательное рефлекторное влияние:

- симметричный шейный тонический рефлекс — сгибание шеи на подушке вызывает на стороне поражения увеличение тонуса сгибателей в руке и разгибателей в ноге,

- асимметричный шейный тонический рефлекс — при повороте головы в здоровую сторону увеличивается тонус сгибателей в руке противоположной стороны;

- возможное появление болей в спине;

- отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние — ощущение себя тяжелым инвалидом.

2. При необходимости нахождения пациента на спине необходимо соблюдать определенные правила позиционирования:

- голова пациента должна находиться по средней линии;

- туловище на пораженной стороне вытянуто;

- паретичное плечо поддерживается подушкой высотой 3-4 см;

- под ягодичной мышцей пораженной стороны находится плоская подушка высотой 2-3 см;

- в руке (на ладони) не должно ничего лежать, так как нахождение какого-либо предмета на ладони приводит к состоянию дискомфорта, что вызывает механическое растяжение мышц и, соответственно, нарастание мышечного тонуса;

- стопа ни во что не должна упираться, так как стимуляция давлением поверхности подошвы стопы приводит к повышению мышечного тонуса и, соответственно, к подошвенному сгибанию стопы.

3. Пациент не должен есть лежа в постели.

4. Максимально ранняя активизация пациента — перевод в положение сидя.

5. Создание оптимального положения сидя — расположение пациента в прикроватном кресле, подложив подушку под локоть.

6. Ранняя вертикализация.

7. Обеспечение движений в туловище, а именно развитие движений в поясничном отделе позвоночника, устранение фиксации таза в положении наклона кзади, на что направлены совместные усилия методистов лечебной физической культуры (ЛФК), эрготерапевтов, медицинских сестер.

8. Определение доминирующей позы в положении сидя и придание двигательной симметрии в туловище, основными видами которой являются следующие [13]:

1) симметричная — пациент сохраняет выравнивание, допускается легкая асимметрия;

2) pull-синдром (синдром притягивания) — пациент «притягивает» себя на здоровую сторону, преимущественная площадь опоры — ягодичная область здоровой стороны; часто сочетается с гиперактивностью здоровой стороны;

3) push-синдром (синдром отталкивания) — пациент активно отклоняется и отталкивается рукой в пораженную сторону, не переносит вес на здоровую ногу при попытке перевести его в положение стоя; формируется при наличии зрительно-пространственных нарушений, синдроме неглекта.

Пути достижения двигательной симметрии:

- при pull-синдроме — уменьшение мышечного тонуса «здоровой» стороны плавными движениями руки пациента с дотягиванием до пораженной стороны; на

ранних этапах реабилитации следует избегать неподвижной опоры со здоровой стороны при вставании и ходьбе;

— при push-синдроме — формирование у пациента способности к потягиванию «здоровой» рукой в здоровую сторону.

9. Применение достигнутых двигательных возможностей в действиях по самообслуживанию.

10. Соблюдение «золотых» правил позиционирования пациента.

Пациент лежит на здоровом боку:

- голова больного находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку, а не повернут на $\frac{1}{4}$ тела;
- тело не изогнуто;
- пораженное плечо вынесено вперед, рука поддерживается по всей длине;
- кисть пораженной руки находится в среднефизиологическом положении;
- ничего не должно лежать в пораженной руке;
- стопа не должна ни во что упираться.

Пациент лежит на больном боку:

- голова находится на одной линии с туловищем;
- плечо пораженной руки вынесено вперед;
- пораженная нога выпрямлена в тазобедренном и чуть согнута в коленном суставах;
- ничего не должно находиться в пораженной руке или на ладони;
- стопа пораженной ноги не должна ни во что упираться.

Пациент сидит в кровати:

- вес тела больного должен быть равномерно распределен на обе ягодицы;
- плечо вынесено вперед и поддерживается подушкой;
- ягодица с пораженной стороны приподнята, таз выровнен;
- пораженная нога не развернута кнаружи;
- ноги не должны ни во что упираться.

Пациент сидит за столом:

- рука хорошо поддерживается столом или подушкой;
- бедра полностью поддерживаются сидением;
- стопы полностью расположены на поверхности опоры.

Пациент сидит в кресле:

- больной должен сидеть симметрично;
- локтевой сустав пораженной руки поддерживается подушкой;
- кисть не должна свисать;
- плечо пораженной руки вынесено вперед;
- бедра полностью поддерживаются сидением;
- стопы полностью стоят на полу или подставке.

Говоря о ранней вертикализации пациента, необходимо, безусловно, помнить о факторах риска плохой переносимости процедуры вертикализации, наличие которых требует досрочного прекращения процедуры вертикализации или щадящего ее проведения. К данным факторам риска можно отнести следующие [15]:

- выраженный неврологический дефицит в 1-е сутки заболевания (количество баллов по шкале NIHSS [29] > 17 баллов);
- существенный размер очага ($V > 30$ ml);

- гемодинамически значимый стеноз брахиоцефальных артерий (> 70%, особенно в симптомном бассейне при инсульте);
- сочетание стеноза брахиоцефальных артерий (50-70%) с разомкнутым виллизиевым кругом или гипоплазией позвоночных артерий;
- сочетание фибрилляции предсердий (тахисистолическая форма с частотой > 100 уд/мин) с сердечной недостаточностью III-IV функционального класса;
- снижение резерва ауторегуляции мозгового кровотока (коэффициент overshoot < 3%).

По окончании острого периода инсульта (21 день) наступает ранний восстановительный период, который продолжается в течение 6 месяцев от начала развития инсульта. Основными задачами данного периода являются дальнейшее развитие активных движений, преодоление патологических синкинезий, снижение спастичности, совершенствование ходьбы, тренировка устойчивости вертикальной позы. В рамках данного периода продолжают использовать ЛФК, направленную на активизацию движений в паретичных конечностях. Для устранения синкинезий, помимо их сознательного подавления, широко используются ортопедическая фиксация и специальные противосодружественные пассивные и пассивно-активные движения [1].

Расстройства движений постинсультных больных нередко связаны с повышенным мышечным тонусом, который приводит к нарушению выполнения простых движений, а также к снижению уровня повседневной жизненной активности и, соответственно, нарушению качества жизни [9]. Кроме того, пациенты со спастичностью имеют повышенный риск падений и, соответственно, переломов, у них достаточно часто возникают контрактуры, деформации конечностей, болевые синдромы, пролежни, расстройства функций тазовых органов, тромбофлебиты и другие осложнения [9,39]. По данным И.В. Дамулина [9], спастичность встречается у 65% пациентов после инсульта.

При реабилитации пациентов после инсульта для профилактики спастичности или уменьшения имеющегося мышечного тонуса целесообразно использовать облегчающую методику физической реабилитации, которая основана на влиянии чувствительных стимулов на основные рефлексy, изменяющиеся на фоне структурного повреждения головного мозга. Основными принципами облегчающей методики являются следующие [39]:

- учет взаимоотношения между чувствительностью и движением;
- учет базисной рефлекторной активности;
- использование различных поз для облегчения рефлекторной активности и, соответственно, движений;
- двигательное обучение, основанное на повторении движений;
- лечение организма как единого целого;
- тесный контакт между врачом и методистом ЛФК, с одной стороны, и пациентом — с другой.

Также для уменьшения повышенного мышечного тонуса применяются физиотерапевтические методы (озокеритовые и парафиновые аппликации, криотерапия, вихревые ванны для рук).

Кроме того, с целью нормализации мышечного тонуса предлагается использовать различные препараты: мидокалм (толперизон) [4,14,34,37], баклофен [10,11],

дантролен (дантриум) [11], сирдалуд (tizанидин) [9,10,11] и препараты ботулинического токсина А [4,9].

Важным направлением комплексной реабилитации является обучение пациента самообслуживанию и независимому выполнению основных бытовых действий. Данное обучение начинается с освоения самостоятельного вставания с постели, умывания, приема пищи, одевания, обувания, пользования туалетом. Постепенно сфера этих действий расширяется: пациент обучается складывать вещи, убирать постель, пользоваться холодильником, лифтом, одеваться, выходить на улицу.

Физическая реабилитация проводится на фоне своевременной и адекватной медикаментозной терапии, включающей антиагреганты, антигипертензивные препараты, нейрометаболические и нейропротекторные препараты, при необходимости — антикоагулянты для профилактики повторных инсультов.

Реабилитация пациентов с речевыми нарушениями

При нарушении речи важно установить структуру дефекта, который приводит к распаду или дисфункции той или иной функциональной системы.

Успех логопедической реабилитации во многом зависит от проведения предварительного нейропсихологического и неврологического обследования. Необходимо проведение оценки выраженности нарушений речи, для чего целесообразно использование шкалы оценки функции речи, основанной на полушарной шкале инсультов [25].

Основными целями логопедической реабилитации больных с афазией являются: выработка самоконтроля; выработка способности к самокоррекции речи; восстановление коммуникативной функции.

При восстановлении речи необходимо соблюдение следующего алгоритма нейропсихологической реабилитации:

1. Первичное растормаживание речи на автоматизированных рядах (сопряженное пение любимых песен, проговаривание знакомых стихотворений, договаривание пословиц и устойчивых фразеологизмов).
2. Ассоциативные беседы на эмоционально значимые темы, нередко с использованием фото- и видеоматериалов семейных фотоальбомов и кино-, видеохроники.
3. Оживление речи в процессе диалога.
4. Переход к фразовой грамматически оформленной речи.
5. Использование монологической речи в зависимости от степени восстановления.

Правила общения с пациентом с нарушениями речи:

- овладение вниманием пациента, для чего важно находиться в поле его зрения;
- включение пациента с нарушенной функцией речи в разговор;
- исключение шума и посторонних раздражителей;
- медленный, тихий и четкий разговор с пациентом;
- задавание кратко сформулированных вопросов по одному;
- не торопить больного с ответом, дав время на обдумывание;
- просить пациента использовать жесты, кивки и наклоны головы при невозможности вербального ответа;

- во избежание появления речевых эмболов не вынуждать пациента повторять несколько раз слова, правильно сказанные после длительного молчания;
- исключение обсуждения пациента с кем-либо в его присутствии.

Прежде чем начинать логопедическую реабилитацию, необходимо убедиться, что все простые мероприятия, направленные на устранение трудностей общения пациента (использование зубных протезов, слуховых аппаратов, очков), выполнены.

Реабилитация пациентов с когнитивными нарушениями

Когнитивные расстройства, нередко возникающие после инсульта, в значительной степени определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента после инсульта. Так, по данным И.В. Дамулина [8], частота когнитивных нарушений у больных, перенесших инсульт, достигает 68%. Нарушения памяти, развивающиеся после инсульта, по данным разных авторов, наблюдаются у 23-70% пациентов в течение первых 3 месяцев после инсульта. Распространенность деменции у больных после инсульта составляет 26%.

Причинами выраженных когнитивных расстройств и деменции на фоне инсульта являются [35]:

- массивные внутримозговые кровоизлияния и обширные инфаркты головного мозга;
- множественные инфаркты головного мозга;
- единичные, относительно небольшого размера инфаркты головного мозга, расположенные в функционально значимых зонах: передне-медиальные отделы зрительного бугра и близ расположенные к нему области, лобные доли, теменно-височно-затылочная область головного мозга, медиобазальные отделы височной доли, бледный шар.

Появляющиеся в связи с инсультом когнитивные нарушения могут возникать в разные периоды времени: непосредственно после развития инсульта (острые когнитивные расстройства) и в более отдаленные периоды заболевания (отдаленные постинсультные когнитивные расстройства). Отдаленные постинсультные когнитивные расстройства обусловлены, как правило, параллельно протекающими процессами нейродегенерации, активирующимися в связи с нарастающей ишемией и гипоксией тканей головного мозга.

Постинсультные когнитивные расстройства в существенной степени ухудшают прогноз исходов заболевания, значительно повышают смертность и риск повторного инсульта, а также усугубляют выраженность функциональных нарушений после инсульта и значительно затрудняют проведение активной реабилитации.

Для коррекции когнитивных нарушений после инсульта широко применяют как различные методы нейропсихологической реабилитации, так и нейроцитопротекторные и вазоактивные препараты, т. е. препараты, воздействующие на нейротрансмиттерные системы и корригирующие когнитивные, эмоционально-волевые и другие психические нарушения.

Одним из наиболее эффективных препаратов, используемых у данной категории больных, является Сермион (ницерголин). Этот препарат по своему строению представляет гидратированное полусинтетическое производное эрголина (содержит эрголиновое ядро и бромзамещенный остаток никотиновой кислоты).

Фармакологическая эффективность Сермиона определяется двумя основными фармакологическими свойствами: альфа-адреноблокирующим действием, которое способствует улучшению кровотока, и прямым воздействием на мозговые нейротрансмиттерные системы — норадренергическую, дофаминергическую и ацетилхолинергическую.

Сермион уменьшает интенсивность анаэробного метаболизма и улучшает потребление кислорода и глюкозы нервной тканью [31].

Положительное влияние Сермиона на сосудистую систему проявляется как на центральном уровне (уменьшение сопротивления сосудов мозга, повышение эластичности сосудистой стенки и улучшение кровоснабжения наиболее страдающих отделов мозга), так и на периферическом (улучшение кровообращения в верхних и нижних конечностях, уменьшение сопротивления сосудов легких и содействие оказанию нормализующему влиянию на рецепторы артериального давления).

Данный препарат оказывает стимулирующее действие на процессы нейропластичности и нейрометаболизма. Кроме того, Сермион имеет выраженное антиагрегантное действие [31].

Сермион применяется для терапии сосудисто-мозговой недостаточности, когнитивных расстройств, включая различные формы деменции, а также ряда других нарушений, преимущественно сосудистого характера [3,16,24,30,32,40,41].

Эффективность Сермиона была изучена в серии клинических рандомизированных исследований, проведенных с учетом всех современных требований доказательной медицины. В 80-90-е гг. XX века были проведены 11 двойных слепых плацебо-контролируемых исследований Сермиона, в которых участвовали в общей сложности 1260 пациентов, находившиеся в разных странах мира.

В рамках данных исследований Сермион назначался пациентам с хронической ишемией головного мозга, на ранних стадиях болезни Альцгеймера и при нарушениях памяти и внимания возрастного характера. На фоне терапии отмечался клинически и статистически значимый положительный эффект в отношении улучшения когнитивных функций, а также регресс поведенческих нарушений и повышение независимости и самостоятельности пациентов в повседневной жизни. Таким образом, клиническое применение Сермиона базируется на надежной доказательной базе [30,32].

При постинсультных нарушениях помимо улучшения в когнитивной сфере, что подтверждается данными нейропсихологического обследования и исследования когнитивного вызванного потенциала Р300, на фоне терапии Сермионом у пациентов отмечалось и уменьшение выраженности постинсультного двигательного дефекта [41]. Можно сказать, что использование Сермиона у пациентов, перенесших инсульт, улучшает течение реабилитационного периода, ускоряет восстановление как когнитивных, так и двигательных функций, и в итоге приводит к улучшению качества жизни пациентов после инсульта, что, безусловно, является конечной целью реабилитации.

Большое значение при выборе препарата имеет безопасность. Сермион представляет собой полусинтетическое производное эрголина (алкалоида спорыньи), и нежелательные явления, возникающие на фоне его приема, типичны для всего класса производных спорыньи. Однако результаты проведенных исследований показывают, что препарат хорошо переносится пациентами, в том числе пожилыми

возраста. В подавляющем большинстве случаев нежелательные явления на фоне применения данного препарата практически не возникают, в редких случаях возникновения нежелательных явлений последние незначительно выражены, носят преходящий характер и не приводят к отмене препарата.

Основным физиологическим эффектом ницерголина как альфа-адреноблокатора является снижение тонуса периферических сосудов и системного артериального давления (АД), поэтому рекомендуется учитывать возможность умеренного снижения АД, что, как правило, возникает на фоне лишь быстрого внутривенного введения препарата. Однако наличие такой кратковременной реакции не должно служить поводом для отмены препараты. Всем альфа-адреноблокаторам свойственна высокая степень эффекта первой дозы и некоторые авторы полагают, что степень эффекта первой дозы можно считать предиктором эффективности дальнейшей терапии. При последующем применении препарата отмечается постепенное уменьшение данного эффекта [23].

Заключение

Таким образом, успех и эффективность реабилитации пациентов после инсульта зависят от применения комбинированной физической, логопедической, нейропсихологической и психотерапевтической реабилитации.

Значительный вклад в успех реабилитации вносит соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения данной категории пациентов.

Также существенное значение в комплексной реабилитации больных после инсульта имеет своевременное и адекватное медикаментозное лечение, прежде всего препаратами, обладающими как нейрометаболическими, так и вазоактивными свойствами, ярким представителем которых является Сермион (ницерголин).

Литература

1. Белова Н.А. Нейрореабилитация: руководство для врачей. — М.: Антидор, 2000. — 568 с.
2. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). — 2003. — Выпуск 9. — С. 8-9.
3. Виндиш М. Лекарства, усиливающие когнитивные функции (ноотропы). — М.: ЭБЕ-ВЕ, 2001. — 23 с.
4. Галкин А.С., Баранцевич Е.Р., Гусев А.О. и др. Возможности повышения эффективности реабилитации пациентов после инсульта с синдромом игнорирования // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2014. — №10. — С. 30-34.
5. Гехт А.Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде // Consilium medicum. — 2001. — № 5. — С. 227-232.
6. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. — М.: Медицина, 2001. — 328 с.
7. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2007. — № 8. — С. 4-10.
8. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. и др. Неврология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1040 с.

9. Дамулин И.В. Постинсультная деменция. Некоторые диагностические и терапевтические аспекты // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2005. — № 1. — С. 28-32.
10. Дамулин И.В. Спастичность после инсульта // Русский медицинский журнал. — 2005. — № 7. — С. 3-7.
11. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. — СПб.: Фолиант, 2004. — 300 с.
12. Кадыков А.С. Миорелаксанты при реабилитации больных с постинсультными двигательными нарушениями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — № 9. — С. 53-55.
13. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. — М.: Миклош, 2003. — 176 с.
14. Камаева О.В., Монро П., Буракова З.Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных : методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / под ред. А.А. Скоромца. — СПб., 2003. — 42 с.
15. Полякова А.В. Изменения системной гемодинамики и мозгового кровотока при вертикализации на поворотном столе (Tilt-table) у пациентов с полушарными ишемическими инсультами в остром периоде : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2014. — 25 с.
16. Руденко Г.М., Музыченко А.П. Результаты клинического изучения препарата сермион (анализ данных Фармакологического Комитета). — М., 1987. — 31 с.
17. Скворцова В.И. Ишемический инсульт: патогенез ишемии и терапевтические подходы // Неврологический журнал. — 2001. — № 3. — С. 4-9.
18. Скворцова В.И., Иванова Г.Е., Гудкова В.В. и др. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). — 2002. — Выпуск 7. — С. 28-33.
19. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). — 2007. — Спецвыпуск. — С. 25-27.
20. Сорокоумов В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. — СПб.: Человек, 2002. — 48 с.
21. Суслина З.А., Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2007. — № 2. — С. 22-28.
22. Трошин В.Д., Густов А.В., Трошин О.В. Острые нарушения мозгового кровообращения : Руководство. — 2-е изд., перераб. и доп. — Нижний Новгород: НГМА, 2000. — 440 с.
23. Шток В.Н. Клиническая фармакология вазоактивных средств и фармакотерапия цереброваскулярных расстройств. — М.: МИА, 2009. — 583 с.
24. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции : Руководство для врачей. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 272 с.
25. Adams H.P.Jr. Investigation of the patient with ischaemic stroke // Cerebrovasc Dis. 1991; 1 (1): 54-60.
26. Adams H.P. Jr., Bendixen B.H., Kappelle L.J. et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment // Stroke. 1993; 24: 35-41.
27. Bernhardt J., Dewey H., Thrift A. et al. A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke (AVERT): phase II safety and feasibility // Stroke. 2008; 39: 390-396.
28. Bonita R., Stewart A., Beaglehole R. International trends in stroke mortality: 1970-1985 // Stroke 1990; 32: 989-992
29. Brott T., Adams H.P., Olinger C.P. Measurements of acute cerebral infarction: A clinical examination scale // Stroke. 1989; 20: 864-870.

30. Crook T.H. Nicergoline: Parallel evolution of clinical trial methodology and drug development in dementia // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 1997; 8 (Suppl.1): 22-26.
31. Deuschinoff A., Grozdinsky L. Rheological and anticoagulant therapy of patients with chronic peripheral occlusive arterial disease (COAD) // *Angiology.* 1987; 38: 351-358.
32. Fioravanti M., Flicker L. Nicergoline for dementia and other age associated forma of cognitive impairment // *The Cochrane Library.* 2007; Issue 1: 1-22.
33. Machoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index // *Md State Med J.* 1965; 14: 61-65.
34. O'Brien C.F., Seeberger L.C., Smith D.B. Spasticity after stroke. Epidemiology and optimal treatment // *Drugs Aging.* 1996; 9: 332-340.
35. Roman G.C. Facts, myths, and controversies in vascular dementia // *J. Neurol Sci.* 2004; 226: 49-52.
36. Shahar E., McGovern P.G., Pankow J.S. et al. Stroke rates during the 1980s: The Minnesota Stroke Survey // *Stroke.* 1997; 28: 275-279.
37. Stamenova P., Koytchev R., Kuhn K. et al. A randomized, double blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of tolperisone in spasticity following cerebral stroke // *Eur J Neurol.* 2005; 12: 453-461.
38. Wade D.T. *Measurement in neurological rehabilitation.* — New York: Oxford University Press, 1992. — 308 p.
39. Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J. et al. *Stroke. A practical guide to management.* — London: Blackwell Science, 1997. — 664 p.
40. Winblad B., Carfagna N., Bonura L. et al. Nicergoline in dementia. A review of its pharmacological properties and therapeutic potential // *CNS Drugs.* 2000; 14: 267-287.
41. Winblad B., Fioravanti M., Dolezal T. et al. Therapeutic use of nicergoline // *Clin. Drug Invest.* 2008; 28: 533-552.