

Особенности реабилитации пациентов после инсульта

В.В. КОВАЛЬЧУК

Научно-методический центр восстановительного лечения и медицинской реабилитации; городская больница №38 им. Н.А. Семашко, Санкт-Петербург

Features of stroke rehabilitation

V.V. KOVALCHUK

St. Petersburg City Scientific Center of Rehabilitation; Semashko St. Petersburg City Hospital №38, St. Petersburg

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, синдром игнорирования, синдром отталкивания, мексидол.

Key words: stroke, rehabilitation, neglect syndrome, push syndrome, mexidol.

Инсульты продолжают оставаться одной из наиболее актуальных медицинских проблем, являясь основной причиной глубокой и длительной инвалидизации населения [3]. В последние годы неуклонно увеличивается число инвалидов после инсульта. Так, в России среди пациентов, перенесших инсульт, к трудовой деятельности возвращаются не более 3—23%, 85% больных требуют постоянной медико-социальной поддержки, а у 20—30% пациентов наблюдается глубокая инвалидизация до конца жизни [9].

Цель реабилитации — возвращение пострадавшего к социально-бытовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества. Отсутствие своевременного восстановительного лечения ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений в организме больного.

В настоящей статье рассматриваются важные для практических врачей общие условия проведения эффективной реабилитации, а также особенности физической, нейропсихологической, психотерапевтической и медикаментозной реабилитации пациентов после инсульта, апробированные в научно-методическом центре восстановительного лечения и медицинской реабилитации Санкт-Петербурга с учетом данных литературы.

Кроме того, в статье приведены результаты изучения эффективности мексидола в комплексе мероприятий по восстановлению функций пациентов в постинсультном периоде и влияние синдрома иглекта (игнорирование, отталкивание) на степень восстановления пациентов.

Общие условия эффективного и успешного проведения реабилитации

Можно выделить 4 основных условия успешности реабилитационных мероприятий.

1. Соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов, перенесших инсульт, для реализации чего необходимо наличие в отделениях острого инсульта, стационарной, амбулаторной и домашней реабилитации мультидисциплинарных бригад (МДБ), которые должны объединять, функционирующих как единая команда, осуществляющая четко согласованные и скоординированные действия, обеспечивая тем самым проблемный и целенаправленный подход к проведению реабилитации постинсультных пациентов.

2. Адекватное определение целей лечения, которые должны отличаться такими характеристиками, как: *согласованность целей* (постановка целей лечения совместно всеми специалистами МДБ); *специфичность целей* (учитываются, прежде всего, пожелания пациента и его родственников); *реалистичность целей* (учитываются функциональное состояние и ресурсы пациента во избежание амбициозности целей); *измеряемость целей* (возможность для специалистов точно сказать, достигнуты цели или нет); *временная определенность целей* (определяется промежуток времени, в течение которого цель будет достигнута): долгосрочные цели (достигаются в течение недель—месяцев), краткосрочные цели (достигаются в течение нескольких дней или недель) [4].

Приведем некоторые примеры формулировки перечисленных целей в конкретных случаях.

Долгосрочная цель: «Пациент *Н.* вернется после выписки домой и будет жить в нем самостоятельно».

Краткосрочные цели: «Пациент *Н.* к 15 апреля будет самостоятельно выполнять процедуры утреннего туалета»; «Пациент *Н.* 27 апреля проведет первый день полностью независимо и самостоятельно».

Долгосрочная цель: «Пациент *Н.* обретет полную независимость во всех аспектах повседневной деятельности».

Краткосрочные цели: «Пациент *Н.* лишь до 15 апреля будет одеваться с помощью вербальных подсказок»; «Пациент *Н.* к 22 апреля будет самостоятельно выбирать и надевать одежду на верхнюю половину туловища».

3. Стандартизированная оценка динамики состояния и степени функционального восстановления пациента с использованием различных валидизированных шкал: Ривермид [18], Бартел [16], Скандинавской шкалы инсульта [17], шкалы самооценки бытовых возможностей повседневной жизни Мертон и Саттон [14] и др.

4. Вовлечение в лечебный процесс пациента и его близких: обучение их правильному уходу за пациентом; анализ достигнутых целей или причин неудач совместно с пациентом и его близкими.

Правила и принципы физической реабилитации

Необходимо стремиться к тому, чтобы пациент проводил, как можно меньше времени лежа на спине, так как пребывание в данном положении способствует появлению ряда негативных последствий: недостаточная респираторная функция; высокий риск аспирации слюной; отрицательное рефлекторное влияние (симметричный шейный тонический рефлекс — сгибание шеи вызывает на стороне поражения увеличения 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); боли в спине; удручающее психоэмоциональное состояние (ощущение себя тяжелым инвалидом).

При необходимости кратковременного пребывания пациента в положении лежа на спине необходимо соблюдать определенные правила позиционирования: голова пациента находится по средней линии; туловище на пораженной стороне вытянуто; паретичное плечо поддерживается подушкой высотой 3—4 см высотой; под ягодичной мышцей пораженной стороны находится плоская подушка 2—3 см; в руке (на ладони) не должно ничего лежать, так как это приводит к состоянию дискомфорта, 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.

Пациент не должен есть лежа в постели.

Максимально ранняя активизация пациента — перевод в положение сидя.

Расположение пациента в прикроватном кресле, подложив подушку под локоть.

Ранний перевод больного в вертикальное положение.

Определение доминирующей позы в положении сидя и придание туловищу двигательной симметрии.

Виды доминирующих поз пациента в положении сидя [7]

Симметричная — пациент сохраняет выравнивание, допускается легкая асимметрия.

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

Push-синдром (синдром отталкивания) — пациент отклоняется и отталкивается рукой в пораженную сторону, не переносит массу тела на здоровую ногу при попытке его вертикализации; 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 протягивания «здоровой» руки в здоровую сторону.

Принципы организации и проведения различных видов реабилитации

Лечебная физическая культура (ЛФК) — метод лечения неспецифическими средствами физической культуры, в первую очередь, дозированными движениями. При реабилитации пациентов с инсультом целесообразно использование двух методик ЛФК: облегчающей/ингибирующей и компенсаторной. Предпочтение необходимо отдавать облегчающей/ингибирующей методике. Принципиальное отличие данных методик состоит в том, что при использовании первой физическая работа проводится в основном с пораженной стороной, а при применении компенсаторной, прежде всего, — со здоровой.

Облегчающая/ингибирующая методика ЛФК основана на влиянии позы и чувствительных стимулов на основные рефлексы, которые изменяются на фоне структурного повреждения головного мозга. Принципы данной методики состоят в учете взаимоотношения между чувствительностью и движением, с одной стороны, и базисной рефлекторной активностью, с другой; использовании различных поз для облегчения рефлекторной активностью; двигательном обучении, которое основано на повторении движений и частой стимуляции; лечении организма как единого целого; тесном контакте между методистом ЛФК и пациентом.

Эрготерапия — это наука о соответствии человека и окружающей его физической, социальной и психологической среды [8], которая способствует

улучшению качества жизни пациентов, помогая им справляться с проблемами повседневной активности и расширяя возможности пациентов при самоходе, работе или досуге.

Цель эрготерапии состоит в достижении пациентами максимального уровня функциональной активности и независимости во всех аспектах повседневной жизнедеятельности, для чего при проведении эрготерапевтических мероприятий необходимо совместное применение знаний и опыта из области медицины, педагогики, психологии, социологии, биомеханики и эргономики.

Принципы эрготерапии: приведение в соответствие физических, психологических, социальных возможностей пациента с окружающей средой, при этом средством и целью эрготерапии является активность пациента; оценка возможностей больного до инсульта и бытовых условий его проживания; обучение пациента использованию имеющихся в его арсенале движений и навыков; использование вспомогательных средств и приспособлений.

При проведении реабилитации пациентов, перенесших инсульт, достаточно важным является выявление у них синдрома неглекта и ведение данной категории больных с соблюдением специальных правил. Данный синдром, заключающийся в утрате пациентом способности реагировать на внешнее воздействие или воспринимать информацию со стороны, противоположной пораженному полушарию головного мозга, в значительной мере снижает эффективность реабилитации и является одним из основных факторов неблагоприятного прогноза восстановительного лечения.

Правила ведения пациентов с синдромом неглекта: расположение предметов перед пациентом, с постепенным смещением их в сторону поражения в процессе занятия; обращение к пациенту во время общения с ним с пораженной стороны; расположение стимулирующих объектов (прикроватной тумбочки, телевизора) с пораженной стороны; расположение кровати пациента таким образом, чтобы дверь в палате находилась с пораженной стороны; нанесение ярких меток на окружающие предметы (яркая полоса на краю стола, на двери); использование игр, требующих широкого пространства (домино); работа на листах, разделенных пополам; анализ изображений предметов, имеющих симметричную правую и левую стороны (циферблат часов).

Нейропсихологическая реабилитация

Успех нейропсихологической реабилитации во многом зависит от предварительного нейропсихологического и неврологического обследования. В этом случае целесообразно использование различных шкал, в первую очередь, шкалы оценки функции речи, основанной на полушарной шкале ин-

сультов [11], и шкалы оценки функций гнозиса и праксиса [2].

Основными целями логопедической реабилитации больных с афазией являются выработка самоконтроля и способности к самокоррекции речи, а также 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. Проведение первичного растормаживания речи и ассоциативных бесед приводит к тому, что пациент уже с первых занятий ощущает себя «говорящим», у него появляется уверенность в преодолении своего недуга и желание терпеливо и упорно добиваться цели. 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; исключение шума и посторонних раздражителей; медленный, тихий и четкий разговор с пациентом; задавание кратко сформулированных вопросов по одному; просьба пациента использовать жесты, кивки и наклоны головы при невозможности вербального ответа; во избежание появления речевых эмболов не следует вынуждать пациента повторять несколько раз слова, правильно сказанные после длительного молчания.

Целью реабилитации больных с агнозией является выработка способности восприятия с пораженной стороны.

Основными целями реабилитации пациентов, страдающих апраксией, являются восстановление возможности выполнять последовательные комплексы движений и нормализация способности совершать целенаправленные действия по выработанному плану.

Принципы лечения пациента с апраксией: функциональность — лечение должно быть сфокусировано на действиях непосредственно используемых в ежедневной жизни пациента; достижимость целей — выявление пожеланий пациента и его родственников; структурированность — многоэтапные действия необходимо разбивать на мелкие этапы; компенсация — использование имеющихся возможностей для компенсации утраченных; выбор соответствующего времени суток для данного конкретного задания; распознавание пациентом собственных ошибок; представление пациентом в уме предстоя-

щего действия; моральная поддержка пациента и возвращение ему уверенности в себе.

Принципы лечения пациента с агнозией: обеспечение больному возможности мануального обследования предметов, разных по весу, консистенции и размеру и обучение пациента определению положения тела визуально; направление внимания пациента на пораженную сторону; обеспечение пациента календарем, часами, фотографиями членов семьи; исправление любой дезинформации, произносимой больным; объяснение пациенту особенностей окружающей обстановки и удаление из нее предметов, потенциально отвлекающих больного; деление периода активности на короткие промежутки времени.

Нормализация психического и эмоционального состояния

Для выявления эмоциональных нарушений и степени их выраженности целесообразно использование опросника Бека [13], шкалы самооценки депрессии Уэйкфилда [12].

Принципы коррекции эмоциональных нарушений у больных, перенесших инсульт: вовлечение пациента в постановку целей реабилитации, успешное достижение которых является мощным фактором поддержки эмоционального комфорта и веры в успешный исход заболевания; проведение более длительного времени с пациентом; объяснение пациенту причин, прогноза, последствий инсульта; применение пациентом принципа ВПС («восемь психоэмоциональных сил»), которые складываются из следующего: *сила концентрации* — понимание того, что в любой момент пациент может остановить собственные болезненные размышления, при этом головной мозг становится свободным от бремени и беспокойства, *сила терпения* — понимание того, что ничто не сможет нарушить светлое настроение больного, терпение помогает освободиться от раздражения и недовольства, *сила приятия* — понимание того, что пациент может понять и принять все происходящее; *сила различения* — понимание того, что больной всегда правильно сможет различить, что — истинно, а что ложно; *сила принятия решений* — понимание того, что человек способен оценить любую ситуацию, чтобы грамотно действовать в ее рамках; *сила преодоления препятствий* — понимание того, что кажущиеся пациенту препятствия не являются таковыми, а есть всего лишь ступеньки на пути к успеху, данная сила помогает избежать влияния внешних обстоятельств; *сила сотрудничества* — понимание того, что человек ни с кем не соперничает, а, напротив, всем помогая, помогает и себе; *сила отключения* — понимание того, что в нужный момент пациент может отрешиться от своих анатомо-физиологических дефектов и стать сторонним наблюдателем происходящего в себе и в окружающем мире,

отключение помогает приобрести удовлетворенность; назначение антидепрессантов, анксиолитиков и мягких нейролептиков, начиная с небольших доз, постепенно увеличивая их — тритико (тразодон), феварин (флувоксамин), леноксин (эсциталопрам), тералиджен (алимемазин); использование психотерапевтических методик, наиболее эффективными из которых при реабилитации пациентов после инсульта являются убеждение, или рациональная психотерапия, внушение наяву, самовнушение по методу Куэ и арт-терапия.

Медикаментозная реабилитация

Медикаментозная реабилитация включает коррекцию как высших мозговых, так и двигательных функций пациентов после инсульта.

Могут быть выделены следующие направления:

1. **Общее:** метаболическая защита головного мозга; воздействие на мозговую гемодинамику.
2. **Узконаправленное лечение** некоторых особых состояний (например, головокружения и неустойчивости вертикальной позы).

Среди препаратов, обеспечивающих метаболическую защиту головного мозга пациентов после инсульта, можно выделить такие препараты, как мексидол (этилметилгидроксипиридина сукцинат), актовегин, цераксон (цитиколин), глиатилин (холин альфосцерат), цитофлавин, фенотропил (фенилпирацетам), церебролизин, кортексин. К числу препаратов, благоприятно воздействующих на мозговую гемодинамику относятся, прежде всего, сермион (ницерголин), кавинтон (винпоцетин), вазонит (пентоксифиллин), вазобрал. К медикаментозным средствам, нормализующим устойчивость вертикальной позы, прежде всего, можно отнести бетасерк (бетагистин).

Основной вопрос, который стоит перед специалистами при проведении медикаментозной реабилитации — какой препарат предпочтителен среди большого числа лекарственных средств, которые используются для повышения эффективности реабилитации пациентов после инсульта. Безусловно, одним из основных критериев выбора препарата является его благоприятное воздействие на процессы нейропластичности тканей головного мозга. Кроме того, перспективным направлением медикаментозной реабилитации является использование предшественников компонентов клеточных мембран с нейромедиаторными, нейротрансмиссивными и нейрорецепторными свойствами и препаратов, восстанавливающих синаптические передачи. К подобным препаратам можно отнести, прежде всего, мексидол (этилметилгидроксипиридина сукцинат), который удачно объединяет в себе свойства энергокорректора и антиоксиданта, в значительной степени уменьшающего выраженность и последствия оксидантного стресса, который является одним из

основных патогенетических механизмов нарушения неврологических функций при ишемии головного мозга после развития инсульта. Мексидол способствует увеличению доставки клеткам и потребления ими сукцината, что, в свою очередь, приводит к стабилизации нейрональных мембран. Вызываемое изменение функциональной активности биологических мембран приводит к выраженному повышению активности мембраносвязанных ферментов, ионных каналов и рецепторных комплексов, в частности, бензодиазепинового, ГАМК-рецепторного и ацетилхолинового, что, в свою очередь, приводит к повышению их способности к связыванию с лигандами, увеличению активности нейромедиаторов и стимуляции синаптических процессов [1]. Мексидол также активизирует механизмы аэробного гликолиза, в результате чего повышается синтез таких макроэргических компонентов, как АТФ, креатининфосфат. Кроме того, при применении мексидола улучшаются реологические свойства крови и антиагрегационная способность тромбоцитов. Достаточно важным свойством мексидола для пациентов, перенесших инсульт, является нормализация липидного обмена, что выражается в снижении концентрации общего холестерина, липопротеидов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов и повышении концентрации липопротеидов высокой плотности.

Для изучения влияния антиоксидантной и энергетически коррекционной терапии на эффективность реабилитации больных после инсульта было проведено исследование, целью которого явилось повышение эффективности реабилитации данной категории пациентов.

Под наблюдением находились 440 пациентов, перенесших ишемический инсульт, которые были разделены на 2 сравнительные группы. Больные 1-й группы наряду с местными мероприятиями с использованием различных методов физической, нейропсихологической и психотерапевтической реабилитации получали комплексную медикаментозную терапию (препараты, поддерживающие витальные функции, а также один из антиагрегантов: аспирин, кардиомагнил, курантил или плавикс/плагрил); пациенты 2-й группы в дополнение к стандартному лечению получали мексидол, который назначался в течение 1-го, 6-го и 12-го месяцев после инсульта.

Использовали следующие схемы и дозировки мексидола: 1-й мес — по 400 мг внутривенное капельное введение ежедневно в течение 15 дней; 6-й мес — по 200 мг внутривенное капельное введение ежедневно в течение 10 дней; 12-й мес — по 200 мг внутривенное капельное введение ежедневно в течение 10 дней.

Нарушение и восстановление неврологических функций определялись при помощи шкал Бартел [16], Линдмарка [15] и Скандинавской [17].

Согласно результатам исследования, применение мексидола вызывает достоверное по сравнению с контрольной группой улучшение результатов восстановительного лечения пациентов после инсульта в аспекте повышения степени восстановления неврологических функций ($p < 0,0001$). Так, в группе пациентов, которым назначался мексидол, достаточное и полное восстановление данных функций отмечалось у 60,0% больных, а в группе не получавших данный препарат — у 23,6% (табл. 1).

Кроме того, мексидол вызывал достоверное повышение уровня бытовой адаптации пациентов после инсульта ($p < 0,0001$). Так, в группе пациентов, получавших данный препарат, достаточная и полная степень бытовой адаптации отмечалась в 65,5% случаев, а в группе не получавших мексидол — в 33,2% случаев (см. табл. 1).

Таким образом, результаты проведенного исследования убедительно свидетельствуют о целесообразности применения мексидола на всех этапах реабилитации постинсультных пациентов, поскольку использование данного препарата приводит к улучшению качества жизни пациентов и их близких, что, в свою очередь, является основной и конечной целью реабилитации.

Учитывая наблюдаемое негативное влияние синдромов игнорирования (СИ) и отталкивания (СО) на восстановление функций пациентов после инсульта, мы решили достоверно выявить степень выраженности данного влияния, а также возможность медикаментозной коррекции этих синдромов в качестве дополнительного терапевтического фактора к физическим и нейропсихологическим методам реабилитации, для чего было проведено соответствующее двухэтапное исследование реабилитации 630 пациентов. На первом этапе изучалось влияние СИ и СО на степень восстановления невроло-

Таблица 1. Распределение пациентов с достаточной и полной степенью восстановления неврологических функций и бытовой адаптации в зависимости от применения мексидола, % (абс. число)

Влияние на восстановление функций		Влияние на бытовую адаптацию	
получавшие мексидол	не получавшие мексидол	получавшие мексидол	не получавшие мексидол
60,0 (132)	23,6 (52)	65,5 (144)	33,2 (73)

Примечание. Достоверные различия между терапевтической и контрольной группами на уровне $p < 0,0001$.

Таблица 2. Распределение пациентов с достаточным и полным восстановлением неврологических функций и бытовых навыков в зависимости от наличия или отсутствия синдромов СИ и СО, %

Показатель	Отсутствие СИ и СО (1-я группа)	Наличие СИ (2-я группа)	Наличие СО (3-я группа)
Восстановление неврологических функций	65,1	28,3	18,1
Восстановление бытовых навыков	71,3	31,6	17,7

Примечание. Достоверные различия на уровне $p < 0,0001$ между 1-й и 2-й группами; 1-й и 3-й группами; $J=38,0\%$ между 1-й и 2-й группами; $J=43,5\%$ между 1-й и 3-й группами (при восстановлении неврологических функций); $J=48,7\%$ между 1-й и 3-й группами; $J=52,5\%$ между 1-й и 3-й группами (при восстановлении бытовых навыков).

Таблица 3. Распределение пациентов по наличию синдромов СИ и СО в зависимости от применения мексидола, %

Наличие СИ		Наличие СО	
получавшие	не получавшие	получавшие	не получавшие
29,3*	58,8*	22,1**	40,7**

Примечание. * — достоверные различия на уровне $p < 0,001$; ** — достоверные различия на уровне $p < 0,05$.

гических функций пациентов и уровень их социально-бытовой адаптации. На втором этапе был проведен анализ влияния препарата мексидола на устранение данных синдромов.

Результаты первого этапа исследования убедительно свидетельствуют о том, что СИ и еще в большей степени СО в значительной мере снижают эффективность реабилитации пациентов после инсульта, уменьшая степень восстановления их неврологических функций и уровень их бытовой адаптации. Отсутствие таких синдромов достоверно влияет на улучшение результатов реабилитации в отношении повышения как степени восстановления неврологических функций ($p < 0,0001$; $J=38,0\%$ и $43,5\%$), так и уровня бытовой адаптации ($p < 0,0001$; $J=48,7\%$ и $52,5\%$) (табл. 2).

Согласно результатам второго этапа исследования, применение мексидола в достоверной степени способствует устранению СИ ($p < 0,001$). Так, в группе пациентов, получавших данный препарат, СИ отмечался после лечения у 29,3% больных. Среди не получавших мексидол данный синдром наблюдался у 58,8% пациентов (табл. 3). При этом наиболее эффективное влияние мексидола прослеживается в отношении таких проявлений СИ, как геми-невнимание, зрительное угасание и анозогнозия. Также применение мексидола вызывает достоверное уменьшение распространенности тактильного угасания, аллоэстезии и отрицания принадлежности конечностей своему телу.

Кроме того, использование мексидола достоверно уменьшает распространенность СО ($p < 0,05$) (см. табл. 3). При этом мексидол благоприятно влияет на сохранение равновесия как в положении «сидя», так и в положении «стоя», достоверно улучшая состояние устойчивости ($p < 0,05$).

Принципы профилактики и лечения осложнений инсульта

Профилактика пневмонии и аспирации: обеспечение проходимости верхних дыхательных путей с помощью воздуховода, интубационной трубки или трахеостомы; проведение каждый час санации ротовой полости и верхних дыхательных путей; определение возможности безопасного глотания жидкой и твердой пищи пациентом, а также проведение первичного скринингового тестирования функции глотания [5]; осуществление частой смены положения и правильного позиционирования пациентов; избегание нахождения пациента в положении лежа на спине; кормление больного в положении сидя или на приподнятом изголовье.

Профилактика нарушения глотания

Все пациенты с инсультом должны быть обследованы при помощи скринингового тестирования для решения вопроса о возможности перорального кормления [5]. Необходимо отметить традиционную ошибку как специалистов, так и родственников пациентов, которые нередко полагают, что отсутствие кашля при глотании всегда является благоприятным признаком. Рефлекторный кашель, возникающий при глотании, является защитной реакцией, направленной на предохранение дыхательных путей от аспирации. При поражении чувствительной части блуждающего нерва наблюдается подавление кашлевого рефлекса при попадании пищи в трахею. В этом случае на первый взгляд представляется, что у пациентов функция глотания не нарушена, однако в реальности такие больные являются так называемыми тихими аспираторами. Для выявления данного состояния возможно проведение пробы на скрытую аспирацию — пациента просят про-

изнести междометие «ах», появляющиеся при этом звуки булькающего или хрипящего характера указывают на наличие аспирации. В случае, если данная проба оказалась положительной, необходимо прекратить пероральное кормление. Однако не все пациенты могут выполнить это задание. В таком случае способом выявления тихой аспирации является аускультация.

Практические рекомендации относительно кормления пациента с дисфагией

1. Подготовка оборудования для кормления: подходящие стол и стул; поддерживающие тело пациента валики и подушки; использование нескользящих подносов, специальных столовых приборов, салфеток, нагрудных платков.

2. Создание располагающей для приема пищи атмосферы: обеспечение по желанию пациента его изолированности при приеме пищи; исключение визуальных и звуковых отвлекающих моментов и раздражителей; привлекательная сервировка стола и достойное оформление блюд.

3. Подготовка пациента к приему пищи: пребывание больного в положении сидя или на приподнятом изголовье; правильное позиционирование пациента; санация ротовой полости; использование в случае необходимости зубных протезов, очков и слухового аппарата;

4. Выбор пищи: основывается на пищевых предпочтениях пациента и имеющихся нарушениях акта глотания; пища должна выглядеть аппетитно и быть теплой; разделение твердой и жидкой пищи; использование полутвердой пищи (запеканки, протертые фрукты и овощи, каши быстрого приготовления); исключение вязких и слизеобразующих продуктов (молоко, сиропы, бананы), сухой пищи (печенье, орехи, хлеб) и жидкостей обычной консистенции (вода, чай, соки)

5. Процесс приема пищи: расположение пищи на здоровой стороне; подъем головы пациента и поворот ее в направлении непораженной стороны; полное опорожнение ротовой полости после каждой ложки или каждого глотка; при приеме жидкой пищи стакан пациента должен быть заполнен не более чем на $\frac{1}{3}$ с целью предотвращения сильного запрокидывания головы; при повышенном слюноотделении пациенту необходимо собирать ее языком и глотать каждые 10—15 мин во время еды; при пониженном слюноотделении пациенту необходимо совершать круговые движения языком по внутренней поверхности щек.

6. Период после приема пищи: пребывание туловища пациента в течение 1 ч в вертикальном положении; избегание лечебно-диагностических про-

цедур в течение часа; обеспечение в непосредственной близости от пациента отсасывающего оборудования.

Нарушение функции тазовых органов. Прежде всего, необходимо оценить наличие дисфункции мочевого пузыря и кишечника и степень их выраженности, для чего целесообразно использование опросника Аддисона [6].

Принципы ведения пациентов с острой задержкой мочеиспускания: ранняя активизация для поддержания физиологической позы при мочеиспускании; создание приватной обстановки; механическое стимулирование мочеиспускания (мягкая вибрация передней брюшной стенки, орошение промежности теплой водой); при нарушении сознания и при отсутствии эффекта от других мероприятий проведение катетеризации при помощи катетера Фолея; обеспечение больного адекватным количеством жидкости (30 мл/кг массы тела).

Принципы ведения пациентов с недержанием мочи: обеспечение больного адекватным количеством жидкости (30 мл/кг массы тела); использование наружных кондомных мочеприемников у мужчин и памперсов у женщин; тщательная гигиена генитальной области — подмывание с использованием нейтрального мыла 2 раза в сут.

Профилактика и лечение запоров: ранняя активизация для поддержания физиологической позы при акте дефекации; соблюдение правильной позы во время акта дефекации: разгибание спины; расслабление мышц живота; наклон таза вперед; расположение коленных суставов несколько выше бедер; создание приватной обстановки; обеспечение больного адекватным количеством жидкости (30 мл/кг массы тела); соблюдение диеты с большим содержанием клетчатки; соблюдение привычного режима дефекации; посещение туалета в определенное время суток; употребление чашки теплой воды перед актом дефекации.

Профилактика пролежней и принципы ведения пациентов с пролежнями: определение риска появления пролежней с использованием шкалы Ватерлоу [10]; ежедневное обследование участков наиболее высокого риска развития пролежней; Ежедневный туалет всей поверхности тела пациента; частая смена положения: для пациентов с высоким риском развития пролежней по шкале Ватерлоу — каждые 2 ч днем и 3,5 ч ночью; для пациентов с очень высоким риском — каждые 1—1,5 ч днем и 2,5—3 ч ночью; проведение противопролежневого массажа; оптимальная гидратация пациента; психологическая поддержка; использование противопролежневых матрасов и валиков: пассивные и активные системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воронина Т.А.* Антиоксидант мексидол. Основные нейрорепродуктивные эффекты и механизм действия. Психофармакология, биология, наркология 2001; 1: 2—12.
2. *Густов А.В., Шмырев В.И., Смирнов А.А. и др.* Актовегин и инстенон в неврологической практике: Методические рекомендации. Нижний Новгород: НГМА 2002; 68.
3. *Иванова Г.Е., Шкловский В.М., Петрова Е.А. и др.* Принципы организации ранней реабилитации больных с инсультом. Качество жизни. Медицина 2006; 2: 13: 62—70.
4. *Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др.* Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока. Под ред. А.А. Скоромца. СПб 2003; 34.
5. *Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др.* Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 3. Логопедия. Глотание. Под ред. А.А. Скоромца. СПб 2003; 26.
6. *Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др.* Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 4. Функция тазовых органов. Под ред. А.А. Скоромца. СПб 2003; 22.
7. *Камаева О.В., Полина Монро, 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.
8. *Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф. и др.* Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия. Под ред. А.А. Скоромца. СПб 2003; 40.
9. *Скворцова В.И.* Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. Инсульт (приложение к журналу). Спецвыпуск. Журн неврол и психиат 2007; 25—27.
10. *Сорокоузов В.А.* Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. СПб: Человек 2002; 48.
11. *Adams H.P. Jr.* Investigation of the patient with ischaemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 1991; 1: Suppl 1: 54—60.
12. *Hickie I., Lloyd A., Wakefield D. et al.* The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 534—540.
13. *House A., Dennis M., Hawton K. et al.* Methods of identifying mood disorders in stroke patients: experience in the Oxfordshire Community Stroke Project. *Age Ageing* 1989; 18: 371—379.
14. *Kwantabisa N.* Occupational therapy ADL checklist self maintenance. Merton and Sutton Community NHS Trust. Stroke Rehabilitation Team Protocol. London 1999; 7—9.
15. *Lindmark B.* Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living. *Scand J Rehabil Med* 1988; 21: 1—40.
16. *Machoney F., Barthel D.* Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61—65.
17. Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke: background and study protocol. *Stroke* 1985; 16: 885—890.
18. *Wade D.T.* Measurement in neurological rehabilitation. New York: Oxford University Press 1992; 308.