

Факторы, влияющие на качество жизни пациентов после инсульта

В.В. Ковальчук – к.м.н., заведующий отделением неврологической реабилитации ГУЗ «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко», Санкт-Петербург

А.А. Скоромец – академик РАМН и ЕА АМН, д.м.н. профессор, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии ГОУВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»,

ГОУВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»,
ГУЗ «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко», Санкт-Петербург

Инсульты являются одной из основных причин глубокой и длительной инвалидизации населения [2,4,5,6,12]. В связи с этим своевременное и адекватное восстановительное лечение данной категории пациентов играет значительную роль в комплексном ведении больных, перенесших инсульт, а его отсутствие ведет к социальной и бытовой дезадаптации человека и, соответственно, к ухудшению качества жизни.

При проведении реабилитации постинсультных больных необходимо стремиться к истинному восстановлению тех или иных функций пациентов [3]. Данный уровень реабилитации представляется наиболее высоким и заключается в том, что нарушенные функции полностью возвращаются или максимально приближаются к исходному состоянию. Основным механизмом, обеспечивающим истинное восстановление функций пациентов, является

растормаживание инактивированных нервных элементов путем использования методических приемов, которые направлены на их стимуляцию.

Все результаты и последствия инсульта можно разделить на пять уровней [12]:

1 уровень – патология, т.е. патофизиологические механизмы, лежащие в основе инсульта, в пределах этого уровня показано специфическое медикаментозное и/или хирургическое лечение.

2 уровень – неврологические нарушения, т.е. потеря нормального функционирования специфических анатомо-физиологических структур, для устранения патологических проявлений этого уровня применяют, прежде всего, физические методы восстановительного лечения.

3 уровень – инвалидизация – ограничение или отсутствие возможности выполнять активные действия в рамках обычного для данного пациента существования, для снижения инвалидизации применяют также физические методы реабилитации.

4 уровень – ущерб в жизни конкретного человека, обусловленный неврологическими нарушениями и инвалидизацией, который лимитирует выполнение его социальной роли, для уменьшения жизненного ущерба необходимо использовать весь арсенал методов

восстановительной терапии, особенно трудотерапию, а также социальную реабилитацию.

5 уровень – качество жизни, которое отражает и степень восстановления функций, и уровень повседневной жизненной активности, и выраженность бытовой и социальной адаптации человека.

Наиболее очевидными последствиями инсульта являются физические, однако в некоторых случаях не менее важными становятся психологические, когнитивные, социальные и финансовые проблемы. Поэтому лечение, целью которого является уменьшение до минимума патологического воздействия инсульта на пациента и его жизнь, должно быть направлено на все перечисленные проблемы. В связи с тем, что инсульт не только оказывает кратковременное влияние на соматоневрологический статус пациента, но и вызывает длительную инвалидизацию и социальную дезадаптацию, реабилитация подобной категории больных, целью которой является максимальное повышение качества их жизни, должна иметь комплексный медико-социальный подход.

В процессе восстановительного лечения больных после инсульта выделяют три уровня реабилитации [8]. Первый уровень заключается в восстановлении нарушенных функций, которые возвращаются или, по крайней мере, приближаются к исходному уровню. Второй уровень –

это компенсация, которая основана на функциональном преобразовании сохранных систем мозга и предупреждает развитие патологических состояний, препятствующих обратному развитию дефекта. И, наконец, третий уровень – реадaptация, т.е. приспособление к дефекту. Рееадаптация в рамках восстановительного лечения необходима в случаях выраженного структурного поражения мозга, при необратимости анатомического и функционального дефекта. Первые два уровня восстановительного лечения рассматриваются в рамках медицинской реабилитациии, а последний – в рамках социальной.

Медицинская реабилитация включает в себя такие методы восстановительного лечения как физическую терапию, эрготерапию, рефлексотерапию, нейропсихологическую, психотерапевтическую и медикаментозную реабилитациии. Для проведения эффективной реабилитациии необходимо оценить функциональные возможности пациента после инсульта, определить его проблемы, наметить план ведения и установить цели восстановительного лечения [7].

К основным правилам физической реабилитациии пациентов с инсультами можно отнести следующие.

- Пациент не должен лежать на спине.
- Кисть паретичной руки всегда должна находиться в среднефизиологическом положении.

- Паретичная нога не должна ни во что упираться.
- Максимально ранняя активизация пациента – перевод в положение сидя.
- Создание оптимального положения сидя – пересаживание пациента в прикроватное кресло, поддерживая паретичную руку, подложив подушку под локоть.
- Пациент не должен есть лежа в постели.
- Ранняя вертикализация.
- Предпочтение должно отдаваться упражнениям функционального характера:
 - развитие статического и динамического равновесия сидя
 - пересаживание
 - переход из положения «лежа» в положения «сидя» и «стоя»
 - перенос всего тела с одной ноги на другую
 - ходьба.
- Обеспечение движений в туловище:
 - развитие движений в поясничном отделе позвоночника
 - устранение фиксации таза в положении наклона кзади.
- Применение достигнутых двигательных возможностей в действиях по самообслуживанию.

Эрготерапия – это воздействие на физические и психические нарушения путем специальных активизирующих упражнений.

Основной целью эрготерапии, которая объединяет знания медицины, специальной педагогики, психологии, социологии, биомеханики, эргономики и других специальностей, является возвращение пострадавшего к бытовой и трудовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества [12].

Основными проблемами пациентов после инсульта, которые решаются с помощью эрготерапии, являются следующие: двигательные функции, восприятие и ощущения, когнитивные функции, психоэмоциональное состояние, коммуникативность, самообслуживание и досуг.

Рассмотрим основные принципы ведения пациента с точки зрения трудотерапии согласно основным проблемам, ею решаемым.

Проблемы двигательных функций.

- 1) В случае гемиплегии или гемипареза обеспечение двигательных упражнений, используя облегчающие методики; придание телу правильного физиологического положения; поддержание запястья и кисти в нейтральном или слегка разогнутом состоянии.
- 2) В случае клонуса давление на пятку или опускание пятки вниз до прекращения клонуса.

- 3) В случае спастичности использование облегчающих методик для снижения тонуса в сгибателях верхней конечности и разгибателях нижней конечности.
- 4) В случае мышечной гипотонии использование облегчающих методик для повышения мышечного тонуса.
- 5) В случае атаксии недопущение передвижения пациента без страховочной помощи.
- 6) В случае наличия синдрома «плечо-кость» применение массажа, компрессов, возвышенного положения, правильного позиционирования и достаточно энергичных упражнений.
- 7) В случае контрактур применение давления в направлении, противоположном контрактурам.

Проблемы восприятия и ощущений.

- 1) Зрительные нарушения.

При гемианопсии необходимо подходить к пациенту с непораженной стороны, обращение к нему по имени и обучение специальным движениям головы для компенсации зрительного дефекта. При диплопии закрывание одного глаза или заклеивание одного из стекол очков пациента.

- 2) При чувствительных нарушениях прикосновение к пациенту всей кистью, а не отдельными пальцами; обучение обереганию поврежденной стороны от механических и термических травм;

обучение исследованию кожных покровов на предмет обнаружения признаков травм или раздражения; обеспечение возможности для больного ручного обследования предметов разных по весу, плотности и размеру; обучение пациента определению положения тела визуально.

3) Нарушения восприятия.

При нарушении схемы тела внимание пациента направляется на пораженную сторону и обеспечение подключения ощущений; обучение больного поддержанию гигиенических мероприятий на пораженной стороне. При дезориентации во времени, пространстве или собственной личности обеспечение пациента календарем, часами, фотографиями членов семьи, исправление любой дезинформации, произносимой больным, объяснение пациенту особенностей окружающей обстановки. При дезориентации в расстоянии, расположении предметов в пространстве и их размерах уменьшение или устранение отвлекающих внимание пациента моментов; обеспечение возможности вновь приобретения жизненного опыта путем многократного повторения практических навыков; расположение нужных предметов в местах, где человек мог бы их видеть.

4) При воспалительных изменениях кожных покровов или пролежнях препятствие нахождению пациента длительное время в одном положении, перевороты или освобождение от давления каждые два

часа, частое обследование кожных покровов в проекции костных выступов.

Проблемы когнитивных функций.

- 1) Нарушение памяти: исправление фактов и информации, которые искажены в памяти человека и обеспечение правильными фактами и информацией, которые пациент не может вспомнить.
- 2) Нарушение концентрации внимания: удаление из окружающей обстановки предметов, потенциально отвлекающих больного; деление периода активности на простые короткие шаги; обеспечение мотивации и похвалы больного в случае правильного выполнения задания.
- 3) При нарушении опыта, мастерства и умения оберегание человека от физических и психологических травм и постановка реальных целей.
- 4) При акалькулии обзор основных математических правил и использование небольшого калькулятора.

Проблемы самообслуживания.

- 1) Дисфагия: стимуляция вкусовых и фарингеальных рефлексов; подъем головы пациента и поворот ее в направлении непораженной стороны во время приема пищи; расположение пищи во рту на непораженной стороне, если больной в состоянии управлять жевательными мышцами.

2) При проблемах в одевании: обучение пациента надевать одежду сначала на пораженную сторону.

3) При проблемах в перемещениях: обучение класть «здоровую» ногу под пораженную и поднимать ее с целью перемещения нижней части тела и использовать «здоровую» руку для подъема пораженной.

Проблемы продуктивности: удовлетворение потребности пациента в работе с учетом определенного уровня его функционирования; поиски средств возможной адаптации и модификации задач работы, которые дают возможность человеку функционировать в обстановке его работы; предложение возможности альтернативной работы, если пациент не в состоянии действовать на предыдущей.

Проблемы досуга: определение вида досуга, который предпочитал пациент до инсульта и оценка его возможностей продолжения заниматься этим без средств адаптации и модификации или, используя данные средства.

Для достижения высокого уровня бытовой и социальной адаптации пациента совершенно необходим ряд вспомогательных средств, которые используются, как при проведении лечебной физической культуры (ЛФК), трудотерапии, других методов реабилитации, так и в повседневной жизни больного (табл. 1).

Одно из ведущих мест в комплексном восстановительном лечении пациентов после инсульта занимает нейропсихологическая

реабилитация, то есть восстановление нарушенных высших мозговых функций, основными из которых являются речь, гнозис, праксис.

Большое значение для успеха нейропсихологической реабилитации имеет адекватный выбор оптимальных сроков и длительности коррекционной работы, основанный на использовании комплекса нейропсихологического, неврологического, электроэнцефалографического и нейровизуализирующего обследования [9].

Основными целями нейропсихологической реабилитации больных с афазией являются выработка самоконтроля и способности к самокоррекции речи и восстановление коммуникативной функции.

При эфферентной моторной афазии основной задачей логопедической реабилитации является преодоление инертности в речевом процессе. Для динамической афазии характерно нарушение создания динамических схем предложения, в связи с чем при реабилитации данного речевого нарушения необходимо преодоление дефектов внутренней речи и восстановление способности к актуализации различных слов. При афферентной моторной афазии задачей, в первую очередь стоящей перед специалистами, является восстановление нарушенной речевой артикуляции. При реабилитации пациентов с семантической афазией основными задачами логопедического воздействия являются восстановление правильного

анализа и синтеза пространственных речевых отношений, а также нормализация понимания логико-грамматических связей. При сенсорной афазии основными проблемами, решению которых будет способствовать проведение адекватной логопедической реабилитации, являются восстановление процесса различения звуков и понимания устной речи. В случае наличия у пациентов акустико-мнестической афазии необходимо преодолевать отчуждение смысла слов. При оптико-мнестическом нарушении речи важно усиление зрительных представлений речевой функции.

Целью реабилитации больных с агнозией является выработка способности восприятия пораженной стороны. Основными целями реабилитационного воздействия на пациентов, страдающих апраксией, являются восстановление возможности выполнять последовательные комплексы движений и нормализация способности совершать целенаправленные действия по выработанному плану.

Одним из важнейших компонентов комплексного восстановительного лечения больных, перенесших инсульт, является психотерапевтическая реабилитация. Психоэмоциональные нарушения наблюдаются у пациентов, перенесших инсульт, достаточно часто [1,3,10,11,12]. Основными из них являются депрессивные состояния, повышенная эмоциональность и состояние скуки [10,11,12].

Остановимся на основных принципах коррекции психоэмоциональных нарушений больных, перенесших инсульт.

Депрессивные состояния:

- использование психотерапии
- проведение большего времени с пациентами
- объяснение причин, прогноза, последствий инсульта
- разъяснение больному, что в отличие от быстро наступающих симптомов инсульта, восстановление протекает в течение длительного времени, что они не должны быть расстроены тем, что выздоровление не наступает быстро
- объяснение пациенту, что состояние его психики и ума, его активность, уверенность в своих силах и в выздоровлении оказывают большое влияние на степень восстановления тех или иных функций
- назначение антидепрессантов и электроконвульсивной терапии.

Повышенная эмоциональность:

- использование психотерапии
- ведение больным дневника для оценки частоты и тяжести эмоциональных вспышек
- объяснение пациенту, что проблема эмоциональной возбудимости связана с инсультом, встречается нередко и со временем становится менее тяжелой

- применение антидепрессантов

Скука, или недостаток внешних ощущений:

- максимальное увеличение социального контакта с родственниками и друзьями
- предоставление пациенту большого выбора занятий на досуге
- привлечение родственников к выводу пациента на прогулки, в театры, музеи, на выставки
- составление пациентом личного расписания с целью планирования своего времени
- снабжение больных индивидуальными телевизорами, аудио- и видеотехникой, компьютерами
- создание клубов, дневных центров для больных, находящихся в домашних условиях

Одним из ведущих методов лечения нарушений психоэмоциональной сферы является психотерапия. Различные виды психотерапии представляют собой разные способы ввода, переработки и действия информации. Основными видами психотерапии, которые успешно используются при инсульте, являются убеждение, или рациональная психотерапия, внушение, самовнушение и каузальная, или аналитическая, психотерапия, а также групповая, игровая, поведенческая психотерапия, арт-терапия, катарсис и некоторые другие.

Существенная роль в комплексной реабилитации больных после инсульта принадлежит социальным службам. Основными социальными проблемами, с которыми сталкиваются больные после инсульта и их родственники, и которые должны решаться с помощью служб социальной реабилитации, являются размещение пациента, его трудоустройство, организация досуга, психологическая и финансовая поддержка. При проведении социальной реабилитации необходима постановка как долговременных целей, так и краткосрочных, достижение которых позволит судить о продвижении к целям долгосрочным [12]. Постановка целей важна как для осуществления планирования помощи пациенту, так и для усиления его мотивации.

Важным моментом восстановительного лечения является участие в реабилитационном процессе родственников пациента, их сотрудничество со специалистами. Данное сотрудничество должно быть взаимодополняющим. Так, весьма полезно для пациента, чтобы родственники помогали медицинским сестрам, методистам ЛФК, эрготерапевтам, в свою очередь данные специалисты должны обучать родственников правильному уходу за больным.

Таким образом, реализация всего комплекса мер медико-социальной реабилитации постинсультных пациентов способствует улучшению бытовой и социальной адаптации больных после инсульта

и повышению качества жизни, как самих пациентов, так и их родственников.

В.В. Ковальчук

А.А. Скоромец
Таблица 1

Перечень вспомогательных средств и приспособлений для бытовой и социальной адаптации пациентов, перенесших инсульт

Вид деятельности	Средства и приспособления
Ходьба	1.Обувь (удобная, поддерживающая, без скользящих подошв) 2.Трости (индивидуальные длина, форма ручки, вес, внешний вид) 3.Трех- и четырех опорные ходунки 4.Рамки для ходьбы 5.Фиксаторы стопы и лодыжки 6.Фиксатор колена 7.Перила
Умывание и принятие ванны	1.Правильно размещенные вокруг ванны поручни 2.Нескользящий коврик для ванны 3.Стул и доска для ванны

	<p>4.Надувные сиденья для ванны</p> <p>5.Гидросиденья для ванны</p> <p>6.Лебедки</p>
Посещение туалета	<p>1.Приподнятое сидение туалета с рамкой</p> <p>2.Поручни</p> <p>3.Самомоющийся туалет</p> <p>4.Биде</p> <p>5.Безопасное крепление стульчака к кровати</p>
Одевание	<p>1.Приспособления для доставания обуви и одежды</p> <p>2.Рожок для обуви с длинной ручкой</p> <p>3.Эластические шнурки</p> <p>4.Спиральные шнурки</p> <p>5.Ботиночные застежки</p> <p>6.Крючки на пуговицы</p> <p>7.Рычаг для пуговичного крючка</p>
Прием пищи	<p>1.Комбинированная вилка-нож</p> <p>2.Тарелка с приподнятым краем</p> <p>3.Ограничитель тарелки</p> <p>4.Поднос с нескользящим покрытием</p> <p>5.Емкости для пищи с присасывающимся устройством</p> <p>6.Трубочка для питья с односторонним клапаном</p>

Приготовление пищи	1.Вмонтированный в стену электрический открыватель бутылок 2.Держатель бутылок и банок, фиксирующий их к рабочей поверхности 3.Доска с иглами для резки и чистки продуктов
-----------------------	--

В.В. Ковальчук А.А. Скоромец

Факторы, влияющие на качество жизни пациентов после инсульта

Резюме

Данное сообщение посвящено тем особенностям ведения пациентов после инсульта, использование которых повышает эффективность восстановительного лечения, улучшает социальную и бытовую адаптацию и, соответственно, качество жизни

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, качество жизни, физическая терапия, эрготерапия, психотерапия, нейропсихология, социальная реабилитация

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богат З.И., Терещенков А.В., Дремлюг А.М., Пылина Т.М., Коцовская В.Я., Маслова Т.Б. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1996. - №5. – С.102-107.

2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Киликовский В.В., Стаховская Л.В., Айриян Н.Ю. // Журнал «Качество жизни. Медицина.» – 2006. – №2 (13). – С.10-14.
3. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб.: Изд-во «Фолиант», 2004. – С.21-27.
4. Иванова Г.Е., Шкловский В.М., Петрова Е.А., Гудкова В.В., Шанина Т.В. // Журнал «Качество жизни. Медицина.» – 2006. – №2 (13). – С.9-21.
5. Скворцова В.И., Евзельман М.А. Ишемический инсульт. – Орел, 2006. – С.4-16.
6. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Баранцевич Е.Р., Ковальчук В.В. // Журнал «Aqua vitae». – 2001. – №3. – С.6-7.
7. Сорокоумов В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. – СПб.: Изд-во: «Человек», 2002. – С.22-29.
8. Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. – М.: Изд-во «Медицина», 1978. – С.10-25.
9. Шкловский В.М., Шипкова К.М., Лукашевич И.П. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1999. – №11. – С.13 -16.

10. Burvill P.W., Johnson G.A., Jamrozik K.D., Anderson C.S., Stewart-Wynne E.G., Chakera T.M.H. // *Br J Psychiatr.* – 1995. – Vol. 166. – P.328-332.
11. Lincoln N.B., Gamlen R., Thomason H. // *Int Disabil Studies.* – 1989. – vol. 11, №4. – P.149-154.
12. Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J., Hankey G.J., Sandercock P.A.G., Bamford J.M., Wardlaw J. *Stroke. A practical guide to management.* – London, 1997. – P.298-301, 371-380, 435-443, 518-521, 598-599.