

## ПОСТИНСУЛЬТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ КАК СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Назарова С.К., Оташехов З.И., Мирдадаева Д.Д.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

### ✓ Резюме,

Инсульты одна из важнейших проблем современного общества, являясь основной причиной глубокой и длительной инвалидизации населения. Ежегодно в мире регистрируются более 15 млн инсультов. По данным ВОЗ в экономически развитых странах ОНМК занимает третье место среди причин смертности, уступая лишь ИБС и онкологическим заболеваниям. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают второе место в структуре общей смертности и 11 место среди всех причин инвалидности населения Российской Федерации (4). В Узбекистане ежегодно регистрируются более 60 тысяч случаев инсульта (ОНМК). Инвалидность после инсультов в Узбекистане составляет 83,8%, процент госпитальной летальности 17,2% (11). Вопросы совершенствования медицинской помощи и последующей реабилитации при инсультах является наиболее актуальной научно-практической задачей современной неврологии. Огромный экономический и социальный ущерб, возникающий вследствие сосудистых заболеваний головного мозга требует разработки четких, стандартизованных, высокотехнологических мероприятий уже в первые часы заболевания.

Ключевые слова: инсульт, инвалидизация, концепция нейропластичности, социально-бытовая деятельность, реадaptация, реперфузионная терапия, нейромпротекция, мультидисциплинарная команда, "терапевтическое окно", скрининговые мероприятия по постинсультной реабилитации, Международная классификация функционирования (МКФ) в клинической практике.

## INSULTDAN KEYINGI HOLATLAR REABILITATSIYASI IJTIMOY-GIGIENIK MUAMMOSI

S.K. Nazarova, Otashexov Z.I., Mirdadaeva D.D.,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti.

### ✓ Rezyume,

Ma'lumki, shikastlanishlar zamonaviy jamiyatning eng muhim muammolaridan biri bo'lib, aholining chuqur va uzoq muddatli nogironligining asosiy sababi hisoblanadi. Dunyoda har yili 15 milliondan ortiq insulklar qayd etiladi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda insult insulti o'limning uchinchi sababi, yurak-qon tomir kasalliklari va saraton kasalligi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi. O'kir serebrovaskulyar baxtsiz hodisalar (insult) umumiy o'lim tuzilishida ikkinchi o'rinni va nogironlikning barcha sabablari orasida Rossiya Federatsiyasida (4). O'zbekistonda har yili 60 mingdan ortiq insult (insult) holatlari qayd etiladi O'zbekistonda insultdan keyin nogironlik 83,8% ni, kasalxonada o'lim darajasi 17,2% ni tashkil qiladi [11]. Tibbiy yordamni yaxshilash va insultni keyinchalik reabilitatsiya qilish zamonaviy nevrologiyaning eng dolzarb ilmiy va amaliy vazifasidir. Miyaning qon tomir kasalliklari natijasida kelib chiqadigan katta iqtisodiy va ijtimoiy zarar kasallikning dastlabki soatlarda aniq, standartlashirilgan, yuqori texnologiyali chora-tadbirlarni ishlab chiqishni talab qiladi.

Kalit so'zlar: qon tomir, nogironlik, neyroplastika tushunchasi, ijtimoiy faoliyat, reabilitatsiya, reperfuzya terapiyasi, neyromprroteksiya, ko'p tarmoqli guruh, "terapevtik oyna", insultdan keyingi reabilitatsiya uchun skrining choralari, klinik amaliyotda funktsiyalarning xalqaro tasnifi (ICF).

## POSTINSULTAL REHABILITATION OF PATIENTS AS A SOCIO-HYGIENIC PROBLEM

S.K. Nazarova, Otashexov Z.I., Mirdadaeva D.D.,

Tashkent Pediatric Medical Institute. 223, Bagishamal street, Tashkent, 100140. Uzbekistan.

Website: <http://tashpmi.uz>.

### ✓ Resume,

Strokes are one of the most important problems of modern society, being the main reason for the deep and prolonged disability of the population. More than 15 million strokes are registered annually in the world. According to WHO, in economically developed countries, stroke stroke is the third leading cause of death, second only to coronary heart disease and cancer. Acute cerebrovascular accidents (stroke) occupy second place in the structure of total mortality and 11th place among all causes of disability in the Russian Federation (4). In Uzbekistan, more than 60 thousand stroke cases (stroke) are registered annually. Disability after strokes in Uzbekistan is 83.8%, the percentage of hospital mortality is 17.2% [11]. Issues of improving medical care and subsequent rehabilitation for strokes is the most relevant scientific and practical tasks of modern neurology. The huge economic and social damage resulting from vascular diseases of the brain requires the development of clear, standardized, high-tech measures in the first hours of the disease.

Keywords: stroke, disability, the concept of neuroplasticity, social activities, rehabilitation, reperfusion therapy, neuroprotection, multidisciplinary team, "therapeutic window", screening measures for post-stroke rehabilitation, International Classification of Functioning (ICF) in clinical practice.

### Актуальность

**Н** а сегодняшний день по статистическим данным мира постинсультные осложнения в структуре не-

врологических заболеваний занимают лидирующее положение. Согласно статистики Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), 31% больных перенесших инсульт нуждаются в посторонней помо-

щи, 20% не могут самостоятельно ходить, лишь 8% выживших больных способны вернуться к прежней жизни (НАБИ, 2011). Инвалидизация пациентов вследствие перенесенного инсульта неуклонно увеличивается. Проблема диагностики и профилактического лечения сердечно-сосудистых заболеваний приобретает всеобщую актуальность во всем мире [3,7].

Цель исследования. Изучить уровень инвалидизации у пациентов, перенесших инсульт, определить влияние реабилитации на качество жизни и на возвращение пациента к активной социально-бытовой деятельности.

### Материал и методы

Проведено ретроспективное статистическое исследование амбулаторных карт больных, а также на основании составленных анкет, перенесших инсульт и изучения статистических материалов по инсульту. Обработка информации проводилась на PS компьютере, программой Word - 2003, Excel - 2003.

### Результат и обсуждения

Бурное развитие и внедрение высокотехнологичных и высокоинформативных методов диагностики в последние десятилетия способствовало более углубленному изучению организации центральных механизмов двигательной системы, как в норме, так и при различных патологических процессах, которое позволяет врачу назначить адекватное лечение, соответствующее состоянию больного.

Постинсультные состояния больного требуют длительную целенаправленную реабилитацию, которая состоит из нескольких этапов, каждый из которых имеет определенные цели и задачи и являются одной из основных задач практического здравоохранения. Инвалидизация пациентов вследствие перенесенного инсульта неуклонно увеличивается. Согласно статистики, уровень инвалидизации через год после перенесенного инсульта колеблется от 76 до 85%, к трудовой деятельности возвращается лишь десятая часть (10-12%) постинсультных пациентов, каждый третий-четвертый (25-30%) пациент остается глубоким инвалидом до конца жизни [2]. Заболевания нервной системы практически во всех нозологиях поражают двигательную систему, при этом, моторный дефицит является основной причиной инвалидизации заболеваний головного и спинного мозга.

Медицинская реабилитация это система государственных, социально-экономических, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное лечение и ранее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду [9,2].

Правильная организация терапевтического процесса сразу после нарушения мозгового кровообращения определяет дальнейшую стратегию эффективности терапии пациента после инсульта. Одним из основных принципов восстановительного лечения является максимально быстрое начало лечения, направленного на восстановление кровотока в пораженной зоне головного мозга и защиту его от гипоксии и ишемии.

Основой реабилитационных мероприятий является концепция нейропластичности. Задачами реабилитации являются влияние на восстановление жизненных функций человека с помощью физических и психологических методов, воздействие на организм с помощью медикаментозной терапии с целью улучшения и нормализации обменных процессов и выработки системы адаптации при необратимых изменениях, вызванных патологическим процессом. Разнообразные методы и технологии восстановительного лечения основаны на знаниях и механизмах процессов пластической перестройки. В процессе восстановительного лечения больных после инсульта выделяют три уровня реабилитации [7,4]. Первый уровень - направлен на восстановление нарушенных функций, которые возвращаются или приближаются к исходному уровню.

Второй уровень - это компенсация, основанная на преобразовании сохранных систем мозга и предупреждает развитию патологических состояний, препятствующих регрессу функционального дефицита.

Третий уровень - реадaptация, или приспособление к постинсультному дефекту. Реедaptация необходима в рамках восстановительного лечения в случаях анатомического и функционального дефекта. Первые два уровня относятся к компетенции медицинской реабилитации, а последний уровень - компетенция социальной реабилитации. Кроме того, данная стратегия направлена на предупреждение развития возможных осложнений, таких как пролежни, контрактуры, аспирационные пневмонии, боли в плече, падения и переломы. Медикаментозная терапия исследованных больных была представлена базисной и дифференцированной терапией. Базисная терапия включала в себя коррекцию основных жизненно важных функций.

Нейрореабилитация больных после инсульта проводилась с применением систематизированного непрерывного координированного мультидисциплинарного подхода и последовательного восстановительного лечения направленного на восстановление и компенсацию нарушенных функций, поддержание мобильности, бытовой независимости, качества жизни и обеспечения других сохранных функций.

Основной целью постинсультной нейрореабилитации являлось как можно быстрое возвращение пациентов к активной социально-бытовой деятельности, что в итоге снижало уровень дезадаптации и улучшало качество жизни больных и родственников. Необходимо отметить, что из числа исследованных постинсультных пациентов от 57,5% имели двигательный дефицит в руке спустя полгода и более после инсульта. В частности через 4 года после инсульта лишь 8,2% больных удовлетворены функционированием паретической руки. При этом риски постинсультных осложнений отмечались у 16,8% в течение первых 5 лет, у 42,6%-в течение 10 лет [10] и в целом в 15 раз превышает аналогичный показатель в общей популяции соответствующего возраста. Число повторных инсультов наблюдалось у 12,5%. Большое значение при этом придается артериальной гипертензии (АГ), которая встречается в развивающихся странах у 20-30% взрослых [11]. В структуре общей заболеваемости (2015г) в Республике Узбекистан гипертоническая болезнь составляет 40,4, ИБС-17,51, Острый инфаркт миокарда 0,59, повторный инфаркт миокарда 0,14, цереброваскулярные болезни 4,05. Хронические ревматические болезни сердца 1,91.

Дифференцированная терапия проводилась наряду с обязательными нейрореабилитационными мероприятиями и включала в себя реперфузионную терапию, нейропротекцию, вторичную профилактику и лечение постинсультных осложнений.

Проведенное исследование показало, что среди больных перенесших инсульт первые ранговые места занимают сердечно-сосудистые заболевания и заболевания почек 70,4%, из числа которых сердечно-сосудистые заболевания 66,0%, АГ у 57,2%, анемия 7,6%, НЦД 8,8%, сахарный диабет у 8,8%. Патология почек отмечалась у 34,0%, из числа которых хронический пиелонефрит 50%, хр. гломерулонефрит у 12,5% больных, МКБ и др. 12,5%.

В целом, фармакотерапия восстановительного периода после ишемического инсульта проводилась по трем направлениям.

- предупреждение повторного нарушения мозгового кровообращения;
- симптоматическая терапия с целью коррекции отдельных симптомов или синдромов, ограничивающие мобильность.

Восстановительная терапия больным проводилась с целью активизации пластической перестройки церебральных структур и систем для восстановления нарушенных функций. Как отмечено в литературе, "Чем раньше начато восстановительное лечение, тем лучше выживаемость нейронов в зоне пенумбры. При отсутствии восстановления кровотока в период "терапевтического окна" гибель нейронов выражается нарушением двигательных, сенсорных, речевых и других церебральных функций" [10]. Восстановление поврежденных нейронов в первые дни после сосудистой катастрофы происходит в основном, разрешения отека или реперфузии ишемической области. На этом этапе стратегически важно, в зависимости от характера патогенетического варианта развития инсульта, проводить мероприятия по улучшению перфузии ткани головного мозга (ранняя реканализация сосуда и реперфузии. Эффективность и безопасность терапевтической реперфузии сохраняется в пределах 3-6 часов от момента развития ишемии. С этой целью у обследованных пациентов изучена динамика начала проведения терапевтической реперфузии. Исследованием установлено, что у больных в основном были использованы антикоагулянты, антиагреганты и тканевые активаторы плазминогенеза. При этом, у большинства больных 86,2% терапевтическая реперфузия была начата своевременно, в течении 3 часов (21,7%), от 3х до 7- часов от начала развития ишемии у (36,3%). Однако, по разным причинам у 22,5% терапия начата относительно с опозданием, у 19,5% терапия начата поздно, от 7-до 12 часов или более суток, что в конечном итоге имело отражение на послеинсультных осложнениях.

На основании проведенного анализа установлено, что восстановление нарушенных после инсульта функций (двигательных, тонических, координационных, речевых и др.) продолжается в течение длительного времени с различной интенсивностью. Принимая во внимание, что, Международной классификации функционирования (МКФ) применение лекарственных средств расценивается как воздействие внешней среды, оценку этого влияния осуществляли по шкале от - 4 (негативное влияние на функционирование пациента) до + 4 баллов (положительное влияние на проводимый реабилитационный процесс), 0 баллов - от-

сутствие какого либо воздействия препаратов на ход восстановительного процесса. Применение такого подхода позволило провести анализ работы мультидисциплинарной команды, которая проводила лечение конкретному больному после инсульта и своевременно вносила необходимую коррекцию в лечение и реабилитацию.

Причем в отличие от данных зарубежных исследователей относительно высокий процесс восстановления движений, речи, тонических расстройств пирамидного характера т.д. отмечен у 6% больных и в отдаленном периоде инсульта.

Проведенные исследования показали, что в постинсультном периоде (межгоспитальном, амбулаторном) восстановительные процессы снижаются, что в определенной степени можно объяснить недостаточным объемом и интенсивностью поликлинических лечебно-восстановительных мероприятий. Из числа повторных больных 8,8% вообще за медицинской помощью не обращались и никто из них не лечился самостоятельно. Из числа постинсультных пациентов только 17,6% получили достаточно полный объем восстановительного и профилактического лечения в поликлинике, лечение остальных было либо эпизодическим, либо некомплексным, или нерегулярным и недостаточным. 36,0 % пациентов получили полный курс психотерапии (индивидуальную, групповую); лечебную физкультуру (лечение положением, индивидуальные занятия обучения навыкам самообслуживания, совместно с точечным массажем, иглорефлексотерапией и аутотренингом, обучение ходьбе и др.); физиотерапию (электролечение, тепловые процедуры, водные процедуры и т.д.); трудотерапию. За постинсультный период только 17,6% больных были госпитализированы в неврологическое отделение по поводу последствий инсульта и 8,9% пациентов прошли курс санаторно-курортного лечения. Таким образом, можно констатировать, что недостаточный объем, нерегулярность, малопродуктивность восстановительного лечения, сопутствующие заболевания у инсультных больных (на поликлиническом этапе) в определенной степени снижают эффективность реабилитации в постинсультном периоде [3,2]. С целью регулирования отношений в области охраны репродуктивного здоровья граждан. В 2019 году в Узбекистане принят Закон "Об охране репродуктивного здоровья граждан", главной целью которого определены приоритеты по охране здоровья граждан. Кроме того, в Узбекистане разработана государственная программа по скринингу населения репродуктивного возраста. На первичном звене здравоохранения во всех областях проводятся ежегодные профилактические осмотры с участием профильных специалистов. Так например, если в 2015 г число пролеченных неврологических больных составляло 120317, в 2018 году их число увеличилось в 1,5 раза и достигло 189388, где значимое место занимают больные с ОНМК или реабилитационные больные после перенесенного инсульта [11]. Актуальность проблемы своевременной диагностики нарушений мозгового кровообращения связана с непрекращающимся ростом числа новых случаев заболеваний, а также с условным "омоложением" [3,10].

На степень восстановительного лечения различных функций и систем после инсульта существенное влияние оказывают методы физической и нейропсихологической реабилитации. Правильный уход и фар-

макологическая терапия, адекватная реабилитация и питание явились основой предупреждения развития различных осложнений. В частности, это профилактика тромбоэмболических осложнений, лечение вторичной инфекции, коррекция психомоторного возбуждения и др.

### Заключение

Постинсультные больные в развивающихся странах в 30 раз чаще умирают из-за причин, связанных с повторными инсультами или осложнениями, чем больные в развитых странах. Только четверть больных с инсультом в развивающихся странах, получает лечение в учреждениях специализированной медицинской помощи. В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Продолжают сохраняться имеющие место в последние годы негативные тенденции в показателях, характеризующих репродуктивное здоровье населения, низкая медицинская культура населения является основой слабого внедрения здорового образа жизни. [6,5]. Это низкий уровень постинсультной реабилитации на амбулаторно-поликлиническом звене, высокий показатель инвалидности и общей смертности, что способствуют ухудшению качества жизни и здоровья пациентов, перенесших инсульт [5,10].

Направление постинсультной медицинской реабилитации появилось относительно недавно и мы видим эффект от проводимых мероприятий, однако, рост общей заболеваемости, смертности и инвалидизации при инсультах обуславливают высокую актуальность данного направления. Восстановительное лечение требует всестороннего развития, оптимизации имеющихся подходов, внедрения передовых технологий и методов восстановительного лечения, уходе за больным и профилактике, так как результаты лечения напрямую зависят от очага поражения и стадии болезненного процесса. Внедрение скрининговых мероприятий по постинсультной реабилитации больных предусматривает применение целого комплекса методик и технологий, в том числе и лекарственной терапии на всех этапах медицинской реабилитации, начиная с острейшего периода больного [2,3,10]. Поэтому обязательно наблюдение и консультации больных группы риска инсульта у врачей мультидисциплинарной команды (ВОП врач, кардиолог, невропатолог, нейрохирург, окулист, психотерапевт и др.), ведение и определение тактики и вида лечения. а также взятия на особый учёт в группу риска, посещение или дистанционное участие "Школы здоровья", более плотная работа с прикрепленной участковой медицинской сестрой по здоровому образу жизни [6,8]. Больные с высоким риском ОНМК подлежат динамическому наблюдению у врача общей практики и профильного специалиста. После заключения комиссии специалистов проводится реабилитационное лечение основного заболевания и осложнений (до 2 недель). Таким образом, внедрение скрининговых программ ОНМК будет улучшать ситуацию по контролю за заболеваниями группы риска, а также, проводить своевременную профилактику и проводить лечение населения. Гипертоническая болезнь, инсулинорезистентность, дислипидемия, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, курение, алкоголь,

отсутствие физической активности, диета с высоким риском (высокое содержание трансжиров, ненасыщенных жиров и высоких калорий), психосоциальный стресс, острый инфаркт, инфекционный эндокардит и фибрилляция предсердий, гиперкоагуляция, васкулит, любые факторы, которые ухудшают систему кровообращения, внутричерепная инфекция, роды, и др.), являются патологией группы риска по инсульту. Своевременное наблюдение, лечение и скрининг таких больных будет способствовать сохранению здоровья и улучшению качества жизни населения.

Тем не менее, последние достижения в области методов диагностики привели к раннему выявлению нарушений кровообращения, которые могут обеспечить более эффективную терапию значительного снижения уровня заболеваемости и смертности, приписываемой к инсульту [11,4]. Постоянное совершенствование ультразвуковой, магниторезонансной, гематологической и другой современной диагностической техники позволит максимально приблизить эхографию, доплерографию, МРТ, реографию и др. к "золотому стандарту" в неврологии. Доступность, простота, неинвазивность и информативность этих программ является эффективным методом диагностики цереброваскулярных заболеваний, что в настоящее время нельзя считать полностью решённой, особенно в отдалённых аулах и кишлаках, когда инсультного больного приходится везти на обследование в районные центры.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бодрова Р.А. / Подходы к выбору технических средств реабилитации с помощью МКФ-Международная классификация функционирования в клинической практике //Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Ахунова Р.Р., Хусайнова Э.Р. Казань, Россия 2019 №4 С64-71
2. Дамулин И.В. Спастичность после инсульта// Российский медицинский журнал 2005 № 7 С3-7.
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) С62-70.
4. 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 редакцией А.А.Скоромца. СПб, 2003г, 40с.
5. Закон "Об охране репродуктивного здоровья граждан", 2019г.
6. Назарова С.К. Роль медицинских сестёр первичного звена при внедрении здорового образа жизни среди населения/ С.К. Назарова, М.И. Хасанова, К.О. Абдупаттаева, М.Б. Миркаримова Молодой ученый. Россия. Казань - 2014. - № 5 (64). - С. 151-153.
7. Сковорова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. и др. Первичная профилактика инсульта// Качество жизни. Медицина. 2006. №2 С72-77.
8. Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. М. Медицина, 1978. 216 с.
9. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых. 2015. <http://cr.rosminzdrav.ru/shema/html/text>.
10. Zang C., Copp M., Cui Yet al. Cerebrolisim enhances neurogenesis in the ischemic brain and improves functional outcome after stroke// J.Neurosci Res.2010.Vol 88.P.3275-3281.
11. www.minzdrav.uz - Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Поступила 09.03.2020