

О КОНФЕРЕНЦИИ «НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ»*

С.С. Петриков, Л.Т. Хамидова

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Проблема диагностики и лечения инсульта является крайне актуальной для современного здравоохранения. В Российской Федерации инсульт занимает второе место в структуре общей смертности населения и считается лидирующей причиной инвалидизации больных. Ежегодно инсульт переносят более 500 тыс. россиян, а летальность при данной патологии может достигать 40%.

11 ноября 2014 г. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в рамках Программы по снижению смертности и инвалидности при острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК) в Москве состоялась научно-практическая конференция «Неотложная помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения». Программа конференции была направлена на освещение ключевых проблем диагностики и лечения больных с инсультом.

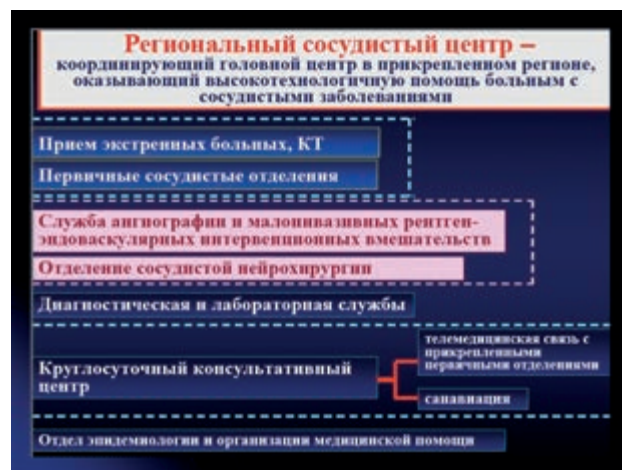
В открытии конференции участвовали директор НИИ СП им. Н.В. Склифосовского член-корр. РАН М.Ш. Хубутия и руководитель отделения неотложной нейрохирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского академик РАН В.В. Крылов. В своих докладах они отметили, что в ходе осуществления программ модернизации здравоохранения и совершенствования помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга лечебно-профилактические учреждения во всех регионах Российской Федерации были оснащены самым современным оборудованием для лечения пациентов с заболеваниями и повреждениями головного мозга. Однако дальнейшее улучшение качества предоставляемой медицинской помощи невозможно без постоянного обучения профильных специалистов — нейрохирургов, неврологов, анестезиологов-реаниматологов, врачей ультразвуковой и функциональной диагностики, сосудистых и рентгенэндоваскулярных хирургов.

За время работы конференции было проведено 3 секционных заседания, посвященных интенсивной терапии, хирургической помощи и вторичной профилактике и реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

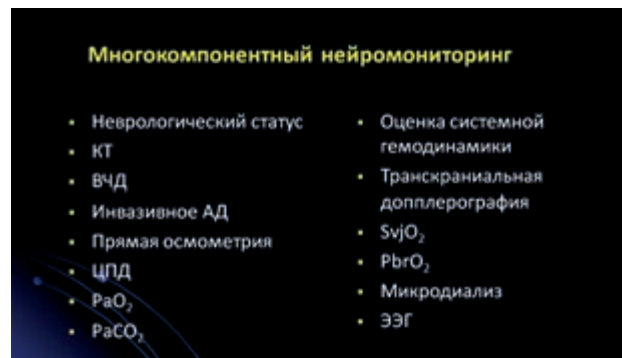
С докладом о принципах неотложной помощи больным с ОНМК выступил д.м.н. С.С. Петриков (НИИ

СП им. Н.В. Склифосовского, Москва). Докладчик отметил, что, по данным Министерства Здравоохранения РФ, заболеваемость инсультом в РФ остается на достаточно высоких цифрах.

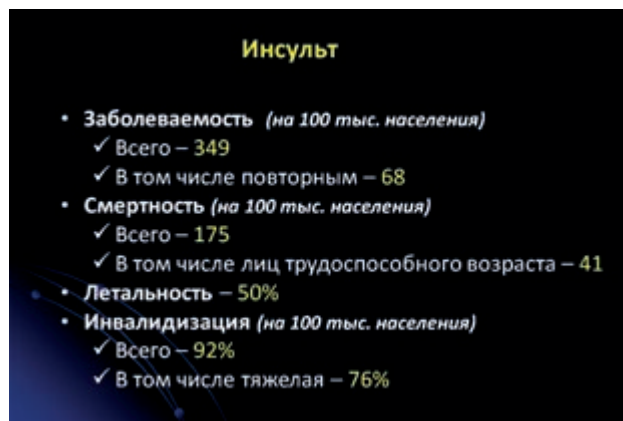
Особое внимание в докладе было уделено организации лечебной помощи больным с ОНМК в рамках Программы по снижению смертности и инвалидизации у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Было отмечено, что для оказания специализированной помощи больным с ОНМК во всех регионах РФ созданы первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые центры.



Также в презентации были освещены принципы нейрореанимационной помощи больным с инсультом. Докладчик подчеркнул, что для правильного выбора тактики интенсивной терапии и динамического контроля за проводимым лечением необходимо широко внедрять методы многокомпонентного нейромониторинга.



В докладе к.м.н. Л.Т. Хамидовой (НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва) был представлен алгоритм применения ультразвуковых (УЗ) методов диагностики у больных с ОНМК.



* Слайды откорректированы редакцией

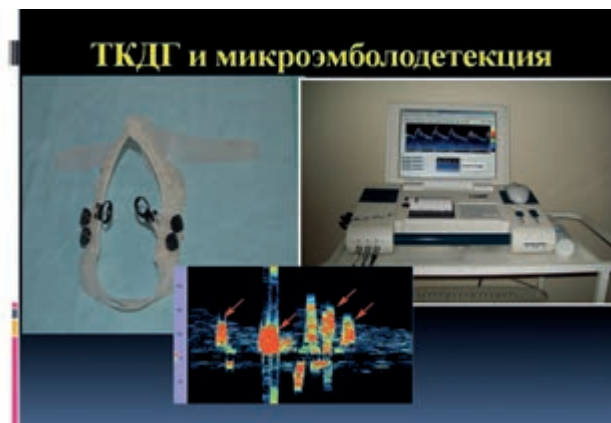


Было отмечено, что всем пациентам, поступившим в стационар с подозрением на ОНМК, необходимо проводить дуплексное сканирование (ДС) брахиоцефальных сосудов и при необходимости использовать расширенный спектр исследований, который может включать в себя транскраниальное дуплексное сканирование (ТДС), транскраниальную доплерографию (ТКДГ), эхокардиографию и микроэмболюдетекцию.

Было подчеркнуто, что ТКДГ необходимо выполнять всем пациентам с окклюзиями или тромбозами сонных артерий, а также пациентам с субарахноидальными кровоизлияниями (САК) для динамического контроля церебрального вазоспазма. При использовании ТКДГ у больных с разрывом артериальных аневризм (АА) головного мозга необходимо учитывать критические сроки для развития ангиоспазма (7–11-е сут).



Для контроля эффективности лечения в процессе проведения тромболитической терапии при ишемическом инсульте (ИИ) было предложено использовать ТКДГ и микроэмболюдетекцию (определение количества мелких тромбов в сосудах головного мозга) в режиме мониторинга.



Доклад В.А. Саскина (Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич, Архангельск) был посвящен одному из самых актуальных направлений интенсивной терапии больных с ИИ — тромболитической терапии (ТЛТ).

Докладчик отметил, что наиболее безопасным и эффективным методом реперфузионной терапии при ишемическом инсульте считается ТЛТ рекомбинантным тканевым активатором плазминогена (*rtPa*). Желательно начинать ТЛТ в течение 60 мин после прибытия пациента в стационар («правило золотого часа»). В докладе были представлены показания и противопоказания к проведению ТЛТ, основанные на международных рекомендациях.

Показания к ТЛТ
<i>Guidelines for the Early Management of Patients With AIS, AHA/ASA, 2013</i>
Показания к ТЛТ в срок до 3 часов:
1. Диагноз ИИ со значимым неврологическим дефицитом
2. Появление симптомов < 3 часов до начала лечения
3. Возраст ≥ 18 лет
Показания к ТЛТ в срок 3–4,5 часа:
1. Диагноз ИИ со значимым неврологическим дефицитом
2. Симптомы в пределах от 3 до 4,5 часов до начала лечения

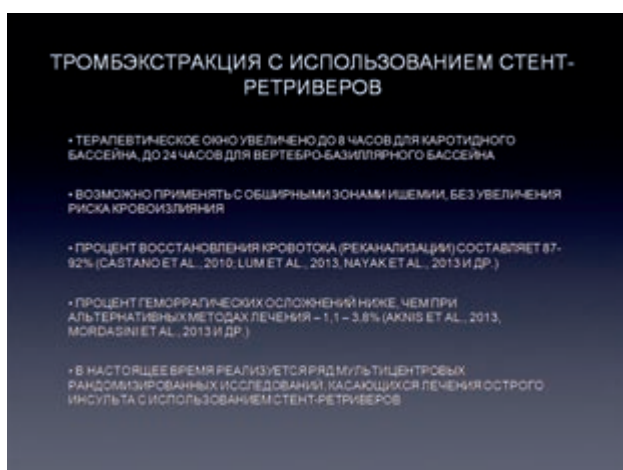
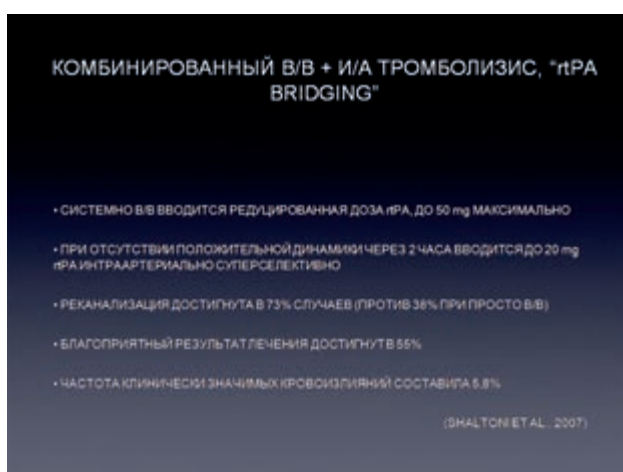
Противопоказания к ТЛТ
<i>Guidelines for the Early Management of Patients With AIS, AHA/ASA, 2013</i>
Противопоказания общие:
1. Травма головы или предыдущий инсульт в предыдущие 3 месяца
2. Симптомы, указывающие на САК
3. Пункция несдавленной артерии в предыдущие 7 дней
4. Внутримозжечковые кровоизлияния в анамнезе
5. Внутримозжечковые опухоли, АВМ или аневризмы
6. Невидимая операция на головном или спинном мозге
7. Повышенное АД (САД > 185 мм рт.ст. или ДАД > 110 мм рт.ст.)
8. Активное внутреннее кровотечение
9. Острый геморрагический диатез (количество тромбоцитов < 100·10 ⁹ /л, введение гепарина в течение последних 48 часов с АЧТВ выше верхней границы нормы, использование антикоагулянтов с МНО > 1,7 или ПТВ > 15 секунд)
10. Концентрация глюкозы в крови < 2,7 ммоль/л
11. Многоочередной инфаркт мозга на КТ (гиподенсивность > 1/3 полушария)
Дополнительные противопоказания в срок 3–4,5 часа:
1. Возраст > 80 лет
2. Тяжелый инсульт (NIHSS > 25 баллов)
3. Прием пероральных антикоагулянтов независимо от МНО
4. Сочетание сахарного диабета и ранее перенесенного инсульта

Докладчик подчеркнул, что врачи должны быть осведомлены и подготовлены к неотложной терапии возможных побочных эффектов ТЛТ, в том числе кровотечения и отека Квинке.

Презентация к.м.н. М.С. Аронова (ФМБЦ им. Бунаряева ФМБА России, Москва) была посвящена эндovasкулярному лечению в остром периоде ИИ.



Докладчик отметил, что применение эндоваскулярных методов лечения позволяет увеличить терапевтическое окно при лечении ИИ и оказать помощь пациентам, которым невозможно использовать ТЛТ.



Д.м.н. А.А. Гринь (НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва) сделал доклад, посвященный хирургической помощи больным с ОНМК в Москве. Были представлены расчеты по количеству оперативных вмешательств, которые необходимо выполнять больным с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями в мегаполисе.

Население (млн.)	Кол-во больных с субарахноидальным кровоизлиянием	Кол-во больных, которым показано хирургическое лечение	Минимальная потребность в хирургическом лечении у больных с САК при разрыве аневризм головного мозга
100 000	14	5	
500 000	70	24	
1 000 000	140	47	
10 000 000	1 400	470	
140 млн	19 600	6 530	

Население (млн.)	Кол-во больных с геморрагическим инсультом	Кол-во больных с геморрагическим инсультом, которым показано хирургическое лечение*
100 000	31	3
500 000	156	16
1 000 000	310	31
10 000 000	3 100	310
140 млн	43 400	4 340

* При хирургической активности, равной 10%

Автор отметил, что в различных стационарах Москвы хирургическая активность при разрывах аневризм и геморрагическом инсульте (ГИ) существенно различаются. Наибольшая хирургическая активность при разрывах АА и наименьшая летальность у больных с ГИ наблюдается в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского.

Количество больных с аневризмами, оперированных в Москве в 2013 г.

Лечебное учреждение	Выявлены АА	Оперированы АА	Хир. активность (%)	Летальность (%)
НИИ СП	195	162	83%	15%
ГКБ №15	86	56	70%	9%
ГКБ №20	17	3	17%	0
ГКБ им. Боткина	49	31	65%	19%
ГКБ №12	19	17	89%	24%
ГКБ №1	12	12	100%	8%
Всего	396	281	71%	12,5%

Количество больных с геморрагическим инсультом, оперированных в Москве в 2013 г.

Лечебное учреждение	Всего ГИ	Оперированы ГИ	Хирургическая активность	Летальность
НИИ СП	37	16	43%	19%
ГКБ № 15	125	104	83%	34%
ГКБ №1	22	22	100%	50%
ГКБ №7	34	24	-	-
ГКБ №20	28	28	100%	28%
ГКБ №14	35	20	-	-
ГКБ №36	60	26	43%	19%
ГКБ №67	35	25	71%	72%
ГКБ им. Боткина	82	55	68%	58%
ГКБ № 12	52	47	90%	23%
Всего	510	367	75%	38%

В заключении доклада было предложено решение имеющихся проблем.

Пути совершенствования оказания помощи больным с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями

1. Реорганизация консультативной помощи – 2 выездные нейрохирургические бригады (планируемое количество консультаций – 6 000).
2. Все геморрагические инсульты в РСЦ консультируют и оперируют нейрохирурги этого же РСЦ.
3. Больных с нетравматическими САК и подозрениями на разрыв АА или АВМ консультируют врачи выездных бригад, кроме РСЦ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ГКБ №№ 15, 12, им. С.П. Боткина.
4. Поводом для консультации должно являться любое внутричерепное кровоизлияние. Отказ от вызова консультанта надо расценивать как неоказание помощи.
5. Совершенствование тактики и техники выполнения операций при ГИ, АВМ и АА.
6. Пациентов с ишемическими ОНМК, имеющих хирургически значимую патологию экстракраниальных сосудов, необходимо также консультировать у нейрохирургов.

Доклад д.м.н. В.Г. Дашьяна (МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва) был посвящен хирургии нетравматических внутричерепных кровоизлияний и хронической церебральной недостаточности. Докладчик представил данные по частоте кровоизлияний в структуре инсульта и потребности в хирургическом лечении больных с сосудистой патологией.

Частота кровоизлияний в структуре инсульта

- ♦ **Внутричерепная гематома – 10% ♦ 43 400 новых случаев в год**
- ♦ **Субарахноидальное кровоизлияние – 4% ♦ 19 600 новых случаев в год**
- 63 000 больных ежегодно**
- ♦ **Инфаркт мозга – 75% ♦ 337 000 новых случаев в год**
- ♦ **Неуточненный тип инсульта – 11%**

Потребность в хирургическом лечении больных с сосудистой патологией

- Аневризмы 6530/год**
- АВМ 1480/год**
- Геморрагический инсульт 4340/год**
- Патология экстракраниальных сосудов 56 000/год**

Автор отметил, что к хирургическим методам лечения аневризм головного мозга относят открытую операцию (клипирование аневризм) и эндоваскулярные вмешательства — выключение аневризмы из кровотока с помощью микроспиралей или баллон-катетера. К факторам, позволяющим провести раннее хирургическое вмешательство, были отнесены:

- удовлетворительное неврологическое состояние пациента (не выше III баллов по шкале *Hunt-Hess*);

- массивное субарахноидальное кровоизлияние (III тип по *C.M. Fischer*) с высоким риском развития ангиоспазма (АС);

- компенсированная ишемия мозга;
- повторное кровоизлияние;
- осложненное течение заболевания:
 - внутричерепная гематома с компрессией мозга,
 - вентрикулярное кровоизлияние с окклюзионной гидроцефалией.

Показаниями для отсроченного хирургического вмешательства являются:

- тяжелое состояние пациента;
- пожилой возраст;
- АС с развившейся субкомпенсированной или декомпенсированной ишемией мозга;
- выраженный отек мозга по данным нейровизуализации;
- аневризма сложной локализации

Отдельное внимание в докладе было уделено хирургии артериовенозных мальформаций (АВМ) головного мозга. Докладчик отметил, что одним из способов выключения АВМ из кровотока является открытое вмешательство (радикальное выключение АВМ из кровотока). Плохие исходы при открытом лечении АВМ могут быть обусловлены большим размером и труднодоступной локализацией мальформации. Показаниями к экстренной операции при АВМ для спасения жизни больного считают: большую гематому, значительную дислокацию, тяжелое состояние больного и окклюзионную гидроцефалию. Эндоваскулярное вмешательство позволяет выключать из кровотока АВМ больших размеров.

Отдельно автор остановился на вторичной хирургической профилактике инсульта. Были представлены различные методики расчета степени стеноза сонных артерий и определены показания для каротидной эндартерэктомии.

Методы измерения степени стеноза в различных исследованиях



Степень стеноза в американских исследованиях вычисляется по формуле: $(1 - A/B) \times 100$.

Степень стеноза в европейских исследованиях вычисляется по формуле: $(1 - A/C) \times 100$.

Соответствие степеней стенозов

NASCET	ECST
20%	65%
40%	70%
50%	75%
60%	80%
70%	85%
80%	91%
90%	97%
99%	99%

Показания к выполнению каротидной эндартерэктомии у пациентов с «симптомными» каротидными стенозами (по результатам NASCET, ECST)

Преимущество каротидной эндартерэктомии доказано:

- при «симптомных» стенозах $\geq 70\%$ ($\geq 50\%$) при риске периперационного инсульта менее 5%
- при «симптомных» стенозах $\geq 80\%$ ($\geq 70\%$) при риске периперационного инсульта 5-7%.

Преимущество каротидной эндартерэктомии не доказано при степени стеноза менее 70% или при частоте периперационных ОНМК более 7%.

(красным цветом указаны величины стенозов по американской методике, желтым цветом — по европейской методике)

Преимущество каротидной эндартерэктомии не доказано при степени стеноза менее 70% или при частоте периоперационных ОНМК более 7%.

Пятилетний риск ишемического инсульта в группе медикаментозной профилактики в зависимости от степени стеноза (по данным ACAS)
(красным цветом указаны величины стенозов по американской методике, черным — по европейской)

Степень стеноза	5-летний риск инсульта
80-85% (50-59%)	11.4%
85-91% (70-79%)	6.7%
91-99% (80-99%)	3.7%

В докладе были выделены показания к операции экстра-интракраниального анастомоза:

- доказанная окклюзия одной из несущих артерий;
- острый ИИ (первые 72 ч) со средним и тяжелым неврологическим дефицитом более 4 баллов по шкале NIHSS;
- инсульт в ходу;
- очаг инфаркта головного мозга менее 30 мл по данным диффузионно-взвешенной магнитно-резонансной томографии (МРТ); диффузионно-перфузионное несоответствие более 120%;
- неэффективность или противопоказания для выполнения тромболизиса.

Проблему инсульта у детей осветил В.Е. Попов (Центр лечения сосудистой патологии головного мозга для детей и подростков при МДГКБ, Москва). Было отмечено, что заболеваемость геморрагическим инсультом составляет от 0,7 до 5,1 случая на 100 000 детского населения в год (средняя заболеваемость — 2,9), а среди причин внутричерепных кровоизлияний лидируют сосудистые мальформации и сосудистые заболевания головного и спинного мозга.

Причины кровоизлияний в ЦНС у детей (Jordan LC, Hillis AE, 2007)

Нозология	Частота встречаемости в %
Сосудистые мальформации и сосудистые заболевания головного и спинного мозга	~ 59
Гематологические и онкогематологические заболевания	~ 21
Нейроонкологические заболевания	~ 6
Соматические и инфекционные заболевания	~ 10
Причина не была установлена	~ 17

Докладчик представил данные об особенностях клинической картины инсультов у детей. Было отмечено, что ИИ у детей наиболее часто дебютирует появлением гемипареза, а геморрагический — угнетением уровня бодрствования.

Синдромология острого периода инсульта у детей

(Earley C.J., Kittner S.J., Feese R.R., 1998)

	Earley C.J., 1998 Ишемический инсульт	Earley C.J., 1998 Геморрагический инсульт	Данные МДГБ Геморрагический инсульт (n=51)
Гемипарез	94%	21%	25% (6)
Нарушение уровня бодрствования	28%	88%	93% (22)
Общесоматическая симптоматика	22%	59%	65% (15)
Судорожный синдром	16%	29%	32% (8)

В презентации было показано, что в Центре по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков при Морозовской ДГКБ с 2010 по 2014 гг. проводили лечение 21 пациента в возрасте от 1 года до 16 лет (медиана — 8,5 года) с АВМ. Первым проявлением АВМ было нетравматическое внутричерепное кровоизлияние, которое развилось у 14 детей (66,7%). Докладчик подчеркнул, что у пролеченных пациентов преобладали хорошие исходы заболевания.

Исходы по ШИГ

N=14

1 БАЛЛ	ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ	21,4% (3)
2 БАЛЛА	УМЕРЕННАЯ ИНВАЛИДИЗАЦИЯ	21,4% (3)
3 БАЛЛА	ГРУБАЯ ИНВАЛИДИЗАЦИЯ	42,9% (6)
4 БАЛЛА	ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС	7,1% (1)
5 БАЛЛОВ	СМЕРТЬ	7,1% (1)

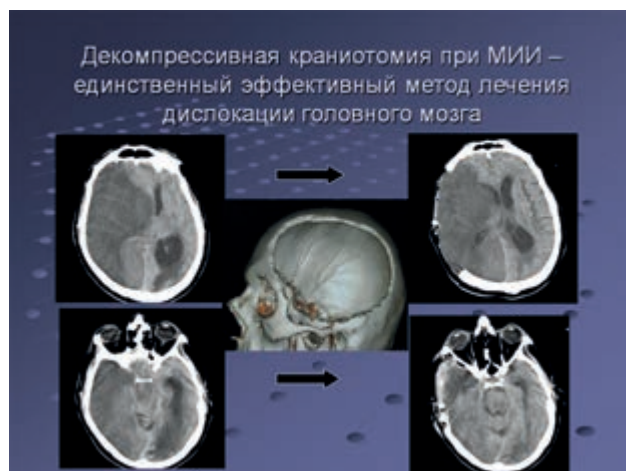
Проблеме декомпрессивной краниотомии при массивном ишемическом инсульте (МИИ) был посвящен доклад к.м.н. А.С. Никитина (ГКБ № 12, Москва). Автор отметил, что проблема лечения МИИ является крайне актуальной для современной медицины. Супратенториальный МИИ может иметь как доброкачественное (без развития полушарного отека), так и злокачественное течение (с развитием полушарного отека без или с дислокацией головного мозга).



Единственным эффективным методом лечения злокачественной формы МИИ, по мнению автора, является декомпрессивная краниотомия. Проведение экстренной декомпрессивной краниотомии больным до 75 лет с МИИ и факторами риска смертельного исхода позволяет в 2 раза снизить летальность.

Докладчик подчеркнул, что факторами риска смертельного исхода при развитии дислокационного синдрома являются:

- Развитие поперечной дислокации более 2 мм в первые 24 ч от начала заболевания.
- Развитие поперечной дислокации более 7 мм в первые 48 ч от начала заболевания.
- Развитие поперечной дислокации более 7 мм в сочетании с отеком интактного полушария и аксиальной дислокацией спустя 48 ч от начала заболевания.



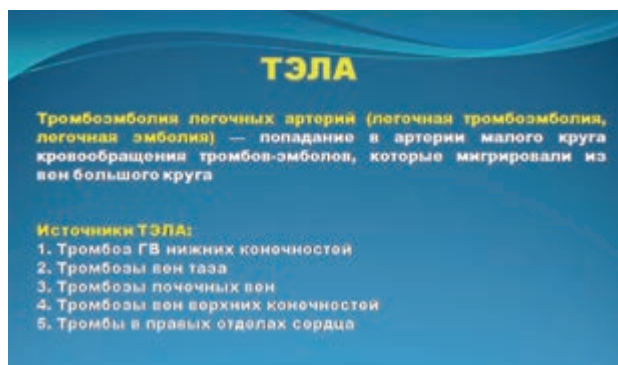
Критериями включения пациентов для рассмотрения вопроса о декомпрессивной краниотомии по данным ESO (European Stroke Organization) являются:

- Возраст 18–60 лет.
- Признаки инфаркта с повреждением более 50% бассейна средней мозговой артерии по данным компьютерной томографии или >145 см³ по диффузионно-взвешенным изображениям МРТ.
- Уровень бодрствования менее 15 баллов по шкале комы Глазго.
- Проведение операции не позднее 48 ч от начала заболевания.

В докладе «Профилактика и лечение тромбоэмболий легочной артерии у больных с ОНМК» к.м.н. Г.Р.Рамазанов (НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва) отметил, что, несмотря на существующие международные рекомендации, проблема профилактики и лечения тромбоэмболий у больных с инсультом остается крайне острой. Автор подчеркнул, что тромбоз глубоких вен (ТГВ) наблюдается у 80% пациентов с инсультом, а риск его увеличивается в связи с уменьшением двигательной активности и при отсутствии должной профилактики ТГВ. Для клинической диагностики может быть использован индекс Wells, отражающий вероятность наличия у пациента ТГВ нижних конечностей. По сумме набранных баллов больных разделяют на группы с низкой, средней и высокой вероятностью наличия венозного тромбоза.

Признак	Балл
Активный рак (в настоящее время или в предыдущие 6 месяцев)	+1
Пелена или глубокий парез, либо недавняя иммобилизация (поясничных) конечностей) с отеком голеней	+1
Постоянный режим ≥3 сут или крупная операция ≥4 нед	+1
Болитость при пальпации по ходу глубоких вен	+1
Отек всей ноги	+1
Разница в объеме икр >3 см на уровне 10-см ниже distal tibial m	+1
Отек с вывихом на боковой ноге	+1
Расширенные коллатеральные поверхностные вены (ни варикоз)	+1
ТГВ или ТЭЛА в анамнезе	+1
Другой диагноз как минимум столь же вероятен	-2
Вероятность наличия ТГВ нижних конечностей:	Сумма баллов
— низкая (<1%)	0
— средняя (<17%)	1-2
— высокая (>75%)	≥3

Грозным осложнением венозных тромбозов является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).



В комплексе диагностики ТЭЛА используют следующие исследования:

- Электрокардиографию.
- Рентгенографию органов грудной клетки.
- Эхокардиографию.
- Определение Д-димера в крови.
- Сцинтиграфию легких.
- Компьютерную томографию с контрастированием легочных артерий.
- Ангиопульмонографию.

Автор подчеркнул, что использование перемежающейся пневмокомпрессии в сочетании с антикоагулянтной терапией значительно снижает риск ТЭЛА и ТГВ. Для профилактики тромботических осложнений было рекомендовано использование профилактических доз нефракционированного гепарина (10000–15000 ЕД в сут) и низкомолекулярных гепаринов (3000–6000 ЕД в сут). Докладчик отметил, что применение профилактических доз гепарина приводит к уменьшению частоты ТГВ в 33 раза, а ТЭЛА — в 5 раз.

К.м.н. О.Р. Добрушина (ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва) представила доклад, посвященный крайне важной проблеме лечения больных с поражением центральной нервной системы — диагностике и лечению нейрогенной дисфагии. Частота дисфагии в остром периоде ОНМК составляет 25–50%. У 2/3 пациентов явления дисфагии регрессируют в течение 2–3 нед, у 1/3 больных сохраняются длительное время.

Для диагностики дисфагии используют комплексный подход, включающий клиническую оценку и инструментальные методы исследования.

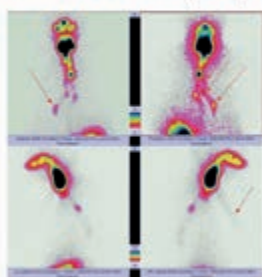
Методы диагностики

- Клинические шкалы (трехглотковая проба, *Lim*, *FOSS*, *DHI*).
- Видеофлюороскопия или сцинтиграфия акта глотания (выявление нарушений отдельных фаз глотания), эндоскопия.

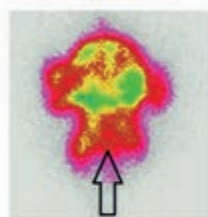
Важное место в диагностике дисфагии авторы придают сцинтиграфии акта глотания.

Сцинтиграфия акта глотания.

Количественная характеристика аспирации.



Патологическое накопление РФП в трахее и правой главной бронхе



Патологическое накопление РФП в легких

Стандартная программа реабилитации при дисфагии включает в себя:

- Лечебную гимнастику (артикуляционная, для мышц зева и глотки, стимулирующая мимические мышцы, дыхательная) — 30 мин 1–2 раза в день.
- Логопедический массаж (мимическая мускулатура, язык, мягкое небо, передняя поверхность шеи) — 10–25 мин ежедневно.
- Методы нейромодуляции.

Транскраниальная магнитная стимуляция

Возможные подходы:

- Активирующая ТМС (7–10 Гц) представительства бульбарной мускулатуры в М1 пораженного полушария
- Угнетающая ТМС (1 Гц) представительства бульбарной мускулатуры в М1 интактного полушария
- Стимуляция обоих полушарий при стволовом уровне повреждения
- Стимуляция мозжечка



Залогом успеха в реабилитации пациентов с нарушениями глотания служит тщательная клиническая и инструментальная оценка выраженности дисфагии и индивидуализированная реабилитация с применением стимуляционных технологий.

К важным аспектам лечения больных с ОНМК относится реабилитация. Вопросам ранней нейрореабилитации после оперативного лечения внутримозговых

гематом был посвящен доклад Е.В. Дьяковой (ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Нижний Новгород). Е.В. Дьякова сформулировала основные принципы ранней реабилитации и предложила разделение реабилитационных мероприятий на специфические и неспецифические.

Основная цель медицинской реабилитации – предупреждение инвалидизации в период лечения

Основные принципы реабилитации:

- Раннее начало реабилитационных мероприятий.
- Этапность и преемственность.
- Комплексность и мультидисциплинарность.
- Доступность.
- Адекватность (индивидуальная программа реабилитации).
- Активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных и близких.

Реабилитационные мероприятия

Неспецифические методы:

- Лечебная гимнастика
- Лечебный массаж
- Психомоторная реабилитация
- Психоэмоциональная реабилитация
- Компьютерная реабилитация
- Организационная реабилитация
- Функциональная реабилитация

Мелкомышечное и тонусное лечение

- Организационная реабилитация

Специфические методы:

- Кинезотерапия
- Физиолечение
- Работа с логопедом, нейропсихологом

Неврологические синдромы, требующие коррекции: вялый и спастический парезы
Болевой синдром
Атаксия
Апраксия
Афазия
Нарушение глотания

В докладе было убедительно показано, что проведение ранней реабилитации позволило существенно улучшить неврологические исходы заболевания у больных с гипертензивными гематомами.

Результаты

- Полный регресс неврологической симптоматики — 4 (8,8%).
- Умеренная инвалидизация — 15 (33,3%).
- Глубокая инвалидизация — 23 (51,1%).
- Смертельный исход — 3 (6,8%).

В группе пациентов с глубокой инвалидизацией проводили повторные курсы реабилитации, в результате чего повышался уровень бытовой активности, улучшалось качество жизни.

Вопросы ранней реабилитации при инсульте с учетом доказательной медицины и реальной практики были освещены в докладе к.м.н. О.Р. Добрушиной (ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва). Авторы представили алгоритм ранней реабилитации пациентов с ОНМК, выделив несколько

программ реабилитации: минимальную, субинтенсивную и расширенную.

Минимальная программа реабилитации

- Лечение положением, уклады паретичных конечностей.
- Лечебная гимнастика по 15 мин 2 раза в день.
- Классический массаж паретичной руки 20 мин в день.
- Дренажный массаж грудной клетки 20 мин в день.
- Нейромышечная стимуляция дистальных отделов паретичной руки низкочастотным импульсным током дистальных отделов паретичной руки по 15 мин 2 раза в день.
- Пневмостимуляция опорных точек стоп в режиме циклограммы ходьбы 15 мин в 1 раз день.




Субинтенсивная программа реабилитации

Дополнительно к минимальной программе:

- Присаживание по 15 мин 3 раза в день.
- Вертикализация (поворотный стол «Erigo»).




Субинтенсивная программа реабилитации

Дополнительно к минимальной программе:

- Нейромышечная стимуляция дистальных отделов паретичной ноги по 15 мин 2 раза в день.
- Циклическая тренировка нижних конечностей на тренажере «Мотомед» 20 мин 2 раза в день.




Интенсивная программа реабилитации

Дополнительно:

- Занятия с логопедом, нейропсихологом (до 20 мин 1 раз в день).
- Логопедический массаж (10–15 мин 1 раз в день).
- Артикуляционная гимнастика (5–10 минут 1 раз в день).
- Поверхностная электростимуляция глоточной мускулатуры 7 мин 1 раз в день.
- Внутриглоточная электростимуляция 4 мин.




Проведение ранней расширенной реабилитации сопровождалось улучшением неврологических исходов заболевания. Как следствие, авторы отмечали улучшение функциональных исходов — повышение мобильности и улучшение способности к самообслуживанию, что нашло отражение в шкалах Ривермид, Бартела и Ренкина.



О.Р. Добрушина отметила, что ранняя реабилитация после инсульта безопасна и эффективна при соблюдении следующих условий:

- наличие адекватного мониторинга;
- поэтапное расширение программ реабилитации;
- своевременная коррекция тактики интенсивной терапии;
- применение мультидисциплинарного подхода.

Подводя итоги, можно уверенно сказать, что научно-практическая конференция «Неотложная помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» вызвала большой интерес среди врачей различных специальностей. Об этом свидетельствует не только большое число, но и широкая география участников. В работе конференции приняли участие 487 врачей из лечебно-профилактических учреждений Москвы, 25 регионов Российской Федерации, а также врачи из стран ближнего зарубежья, работающие в области нейрохирургии, неврологии, нейроанестезиологии и нейрореаниматологии, сосудистой и эндоваскулярной хирургии, ультразвуковой и функциональной диагностики. Участники конференции отметили, что именно такого рода мероприятия создают оптимальные условия для обмена опытом, получения новых знаний, развития деловых контактов, а также встреч с ведущими специалистами в данных отраслях. Огромное спасибо всем гостям и участникам конференции за совместную плодотворную работу и творческую атмосферу мероприятия!