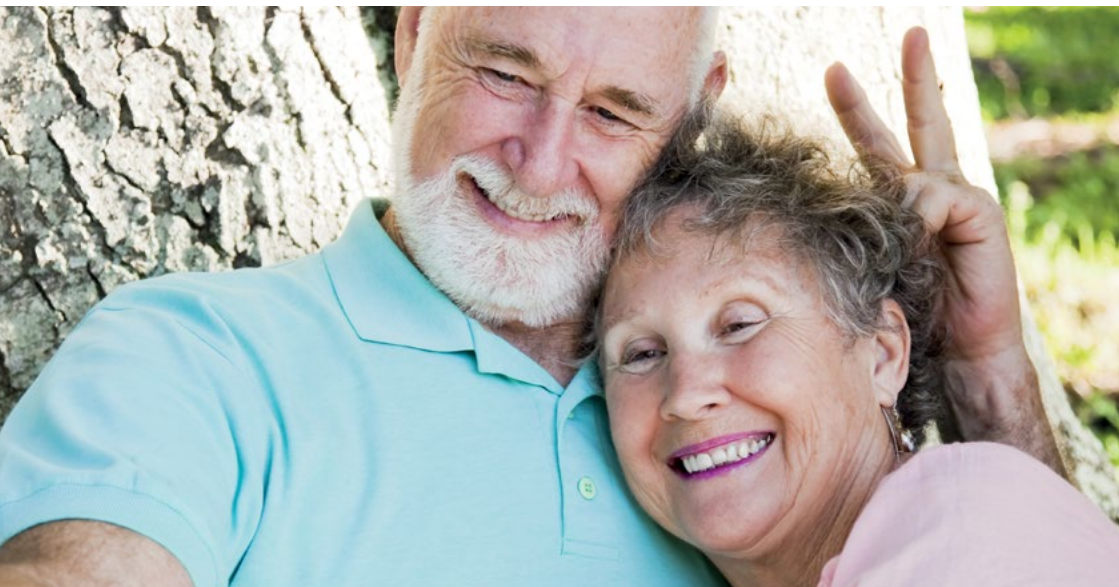




онлайн

Реабилитация  
после инсульта

реабилитацияпослеинсульта.рф



## Восстановление после инсульта: понятным языком — о самом главном

Инсульт — тяжелое испытание для пациента и его семьи. Повреждение головного мозга приводит к опасным расстройствам жизненно важных функций, включая ограничение подвижности, проблемы с мышлением и речью, потерю бытовых навыков. Инсульт — это также основная причина инвалидизации. Лишь немногие люди, перенесшие инсульт, способны вернуться к работе.

Однако шанс если не на полное восстановление, то, по крайней мере, на возвращение к привычной жизни, к былым увлечениям, к любимой работе всё же остается. Для этого необходимо правильно оценить свою потребность в реабилитации, найти нужных специалистов и проявить волю к выздоровлению.

Специалисты социального проекта «Реабилитация после инсульта» составили рекомендации, которые помогут вам и вашим близким организовать процесс восстановления и не допустить повторения инсульта (см. содержание в конце брошюры).

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Что такое инсульт

Инсульт — одна из сложнейших проблем здравоохранения. Несмотря на предпринимаемые усилия, на протяжении последних десятилетий заболеваемость инсультом неуклонно растет во всем мире. Определенные успехи всё же достигнуты, и в развитых странах этот показатель в последние годы незначительно снижается, главным образом за счет успешной борьбы с артериальной гипертензией, сокращения числа курильщиков, однако в целом уровень заболеваемости остается стабильно высоким. Ученые объясняют это старением населения.

Попробуем разобраться в механизмах инсульта, чтобы лучше понимать, как снизить риск его первичного и повторного развития.

Инсульт — это нарушение работы мозга, вызванное проблемами его кровоснабжения. Проблемы мозгового кровообращения, от которых гибнут нервные клетки, возникают по двум основным причинам:

- в связи с частичной или полной закупоркой сосудов;
- из-за разрыва сосудов.

Первый вид нарушения называется ишемией (с нею связаны около 80% инсультов), а инсульт — ишемическим. Второй вид инсульта (на него приходится около 20%) называют геморрагическим. В обоих случаях инсульт может протекать как в острой форме, так и незаметно для самого пациента и окружающих, однако такой эпизод всегда оставляет свой след.

Рассмотрим каждый из этих случаев более подробно.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

## Ишемический инсульт

Самая распространенная причина инсульта — тромб (кровяной сгусток), образующийся в сосуде. Образование тромба может быть связано с самыми разными факторами, среди которых к наиболее распространенным относятся:

- повреждение стенки сосуда (из-за воспаления, влияния бактерий, вирусов, механического воздействия, токсинов...);
- проблемы свертываемости крови (нередко наследственные);
- замедленное кровообращение (например, в связи с анатомическими особенностями или повышенной густотой крови).

Чаще всего тромб образуется на фоне отложения на стенках сосудов особых соединений (холестерина и липидов), что приводит к формированию бляшек. Эта проблема носит название «атеросклероз». Атеросклеротические бляшки воспринимаются организмом как дефект, который нужно устранить. Организм пытается это сделать при помощи тромбоцитов, которые присоединяются к бляшкам, увеличивая тем самым тромб. Это очень медленный процесс, долгое время никак себя не проявляющий. Однако постепенно тромб растет и уплотняется, уменьшая просвет артерии. В результате кровь перестает поступать в необходимых количествах к тканям мозга, расположенным дальше места образования тромба, и соответствующий участок, испытывая нехватку кислорода и питательных веществ, со временем погибает.

Нередко организму всё же удается оторвать тромб от стенки, однако к тому времени сгусток уже слишком велик и представляет опасность. Мигрирующий тромб, оторвавшись от стенки, называют эмболом, а инсульт, который возникает вследствие блокировки артерий мигрирующим тромбом, — (тромбо)эмболическим. Тромб может перемещаться на довольно большие расстояния, целиком или разделившись на несколько частей (и тогда могут пострадать сразу несколько сосудов).

Наконец, в некоторых случаях к гибели клеток головного мозга приводит так называемая системная гипоперфузия (венозный тромбоз), при которой нарушается доступ кислорода и снижается концентрация глюкозы в целой области мозга.

Все перечисленные проблемы запускают структурные изменения в клетках мозга (деполяризацию мембран, воспаление), и со временем они гибнут.

## Геморрагический инсульт

Примерно в каждом пятом случае к инсульту приводит разрыв стенки сосуда, который возникает главным образом из-за повышенного артериального давления. Свой вклад могут также вносить изменения структуры сосуда (аневризма или ангиома) и нарушения системы свертывания. Такой инсульт называют геморрагическим.

Кровоизлияние при геморрагическом инсульте делят на внутримозговое (когда кровь скапливается внутри паренхимы или желудочковой системы головного мозга) и субарахноидальное (при кровотечении в субарахноидальном пространстве — между паутинной оболочкой и мягкой оболочкой головного или спинного мозга). Это наиболее опасные виды нарушений, нередко приводящие к летальному исходу.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Как организовать реабилитацию

После того как пациента с инсультом удалось спасти, приходит время для кропотливой работы по реабилитации, которую в острый период выполняют врачи, а затем, после выписки из больницы, и его близкие.

По оценкам специалистов, оптимальный период для восстановления всех необходимых функций организма после инсульта — один год. Затем лечение менее эффективно. При этом выделяют ранний (21 день — 6 мес.) и поздний (6 мес. — 1 год) восстановительные периоды.

Ранний восстановительный период предполагает: постепенное возвращение больного к физическим нагрузкам, восстановление привычных положений тела и движений, борьбу с возможными осложнениями (например, с развитием спастичности или устойчивых расстройств памяти, внимания, мышления), обучение пользованию бытовыми предметами и возвращение навыков самообслуживания, коррекцию психоэмоционального состояния.

В поздний восстановительный период могут появиться последствия произошедшего после инсульта снижения двигательной активности. В первую очередь, это ослабление мало используемых мышц. Им необходимо вернуть нормальный тонус и объем движений за счет повышения физической нагрузки и, в частности, выполнения специальных упражнений. Начатая на предыдущем этапе коррекция спастичности предотвращает негативные изменения в суставах, которые препятствуют полному сгибанию и разгибанию конечности (контрактуры). Параллельно оценивается состояние памяти, мышления, речи, может быть показана работа с логопедом.

В это время при общей нормализации состояния пациента на первый план выходит решение проблемы его психосоциальной адаптации. Здесь центральную роль могут играть занятия с психотерапевтом, в ходе которых восстанавливаются социальная активность больного, его взаимодействия с окружающими, рассматриваются варианты продолжения профессиональной деятельности либо поиска альтернативы.

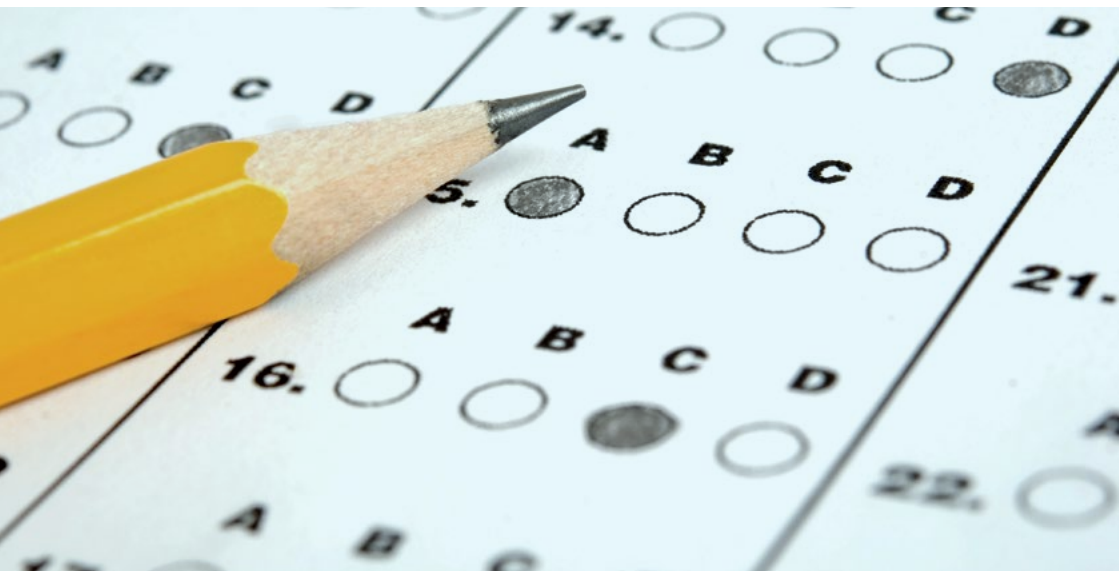
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

На основании многолетнего опыта работы специалисты здравоохранения сформулировали базовые принципы эффективного восстановления после инсульта. Они предлагают обращать внимание на следующие моменты:

- Раннее начало реабилитации, препятствующее развитию тромбоза конечностей, застойных пневмоний, пролежней и т.п., а также вторичных патологических состояний (снижению подвижности суставов, формированию неправильных движений) и тем самым способствующее более полному и быстрому восстановлению и скорейшему возвращению пациента к нормальной жизни.
- Последовательность и регулярность активной реабилитации. Восстановление объема движений и силы в ослабленных конечностях происходит в течение 1-3 месяцев после инсульта. Наиболее активно процесс протекает в первые 30 дней (спонтанное восстановление), далее требуются целенаправленные действия. Восстановление мобильности и сложных навыков самообслуживания может продолжаться еще дольше — до одного года, а некоторые когнитивные функции и специальные умения — и того дольше. Поэтому необходимо поэтапное программирование реабилитации и недопущения повторного инсульта.
- Многосторонний подход к реабилитации. Поскольку последствия поражения головного мозга могут быть многообразны и расстройства затрагивают несколько функций, подход к реабилитации носит комплексный характер и предусматривает участие в мероприятиях представителей разных медицинских специальностей. Вместе с неврологом реабилитацией занимаются терапевт (кардиолог), специалист по лечебной физкультуре, физиотерапевт, массажист, логопед (афазиолог), ортопед, психолог, социальный работник и другие специалисты.
- Учет индивидуальных особенностей состояния пациента при составлении реабилитационных программ. В расчет принимаются выраженность неврологического дефицита, этап реабилитации, состояние сердечно-сосудистой и других систем организма, возраст больного, его эмоциональное состояние и психологические особенности.
- Вовлечение в планирование реабилитации больного и его близких. Члены семьи пациента должны понимать, что от их поведения, отношения к нему во многом зависит эффективность восстанавливающих мероприятий, в частности восстановления утраченных навыков самообслуживания. Просите врача разъяснять вам смысл предлагаемых назначений и цель проводимых занятий.
- Регулярный контроль адекватности нагрузки и оценка эффективности используемых методов реабилитации. Если какой-либо из используемых методов оказывается недейственным, требуется его коррекция.

Для оценки потребности в реабилитации и результативности проводимой работы разработано множество шкал и опросников. Например, развитие спастичности можно оценить с помощью так называемой шкалы Эшворта. Попросите лечащего врача на регулярной основе контролировать развитие спастичности с помощью рекомендуемых инструментов оценки.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Оценка потребности в реабилитации

Постинсультные нарушения могут проявляться в самых разных системах организма. В связи с этим на каждом этапе реабилитации важно определять наиболее выраженные и значимые для больного проблемы и работать именно с ними. Для этого существуют многочисленные тесты и опросники, проверенные на большом числе пациентов. Мы отобрали для вас самые удобные и разместили их на сайте проекта «Реабилитация после инсульта» ([реабилитацияпослеинсульта.рф](http://реабилитацияпослеинсульта.рф)). Здесь мы познакомим вас с наиболее информативными и удобными. При регулярном выполнении они позволят вам понять, на что нужно обратить особое внимание в ходе реабилитации, как продвигается процесс восстановления, все ли важные факторы учтены.

### Какие бывают тесты?

Перед перенесшим инсульт человеком стоит несколько связанных между собою задач. Во-первых, вернуть себе мобильность, то есть возможность совершать движения. Во-вторых, восстановить способность к мыслительной работе, обычно она в той или иной степени снижается после инсульта: страдают внимание, память, речь. В-третьих, вернуться к привычной жизни, то есть стать вновь самостоятельным в быту, встречаться с друзьями и близкими, работать. В-четвертых, сохранить правильный эмоциональный настрой, который способствует быстрому восстановлению и дает силы противостоять возникающим сложностям. Каждую из перечисленных потребностей можно оценить при помощи тестов.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

### Движения и перемещения

Для того чтобы оценить способность к движению у человека, перенесшего инсульт, специалисты отдадут предпочтение «Индексу мобильности Ривермид». С помощью этого инструмента отслеживается возможность принимать различные положения, перемещаться в замкнутом и на открытом пространстве. Индекс позволяет оценить, какие из предварительных этапов восстановления подвижности уже пройдены. Он также учитывает степень восстановления навыка ходьбы и позволяет понять, на какие моменты в процессе тренировки надо обратить внимание.

### Мышление и когнитивные функции

Для оценки когнитивных нарушений может быть использована «Шкала быстрой оценки деменции». В результате инсульта может ухудшиться работа памяти, речи, восприятия. В отличие от аналогичных нарушений при развитии болезни Альцгеймера, чаще всего при инсульте расстройства носят обратимый характер. Главное — не затягивать с оценкой состояния и — в зависимости от результата теста — с подбором лечения.

### Независимость и самостоятельность

Для оценки способности пациента, пережившего инсульт, выполнять повседневные домашние дела используется «Шкала функциональной независимости». Шкала содержит вопросы о социальных навыках, способности к бытовым действиям, контакту с другими людьми, контролю физиологических функций, а также возможности самостоятельного передвижения и перемещения. С помощью шкалы можно оценить актуальное состояние человека, перенесшего инсульт, его прогресс в ходе программы реабилитации, а также уровень бытовой зависимости, то есть необходимости в уходе со стороны других людей.

### Эмоции и настроение

Основные эмоциональные «враги» быстрого восстановления — это депрессия и тревожность. Существует множество различных тестов, помогающих выявить депрессивные и тревожные состояния. Мы предлагаем вам воспользоваться простой, короткой и весьма информативной «Госпитальной шкалой тревоги и депрессии». Этот инструмент позволяет оценить наличие депрессии и тревоги, которые могут негативно влиять на темп и ход реабилитации. Близкие человека, который перенес инсульт, тоже испытывают депрессию и сильную тревожность, поэтому пройти этот тест рекомендуется не только самому пациенту, но и тем, кто его окружает и ухаживает за ним.

Если мы отмечаем улучшения, это мотивирует нас продолжать реабилитацию, если наши достижения видят те, кто нам дорог, это мотивирует вдвойне. Если же динамика начнет ухудшаться, это позволит нам принять меры и вовремя скорректировать программу реабилитации.

На сайте социального проекта «Реабилитация после инсульта» собраны полезные материалы о восстановлении после инсульта. Сайт проекта — [реабилитацияпослеинсульта.рф](http://реабилитацияпослеинсульта.рф).

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Физическая реабилитация: нижняя конечность

Самая распространенная проблема, возникающая после инсульта, — гемипарез (слабость в мышцах с одной стороны тела). В разной степени это нарушение проявляется к концу острого периода более чем у 80% больных, варьируя от легкой слабости (60%) до грубых нарушений и полного паралича (по 10% соответственно).

По этой причине после выхода из больницы важно каждый день выполнять активные движения, тренировать устойчивость в вертикальном положении, восстанавливать навыки ходьбы. Если вы замечаете трудности в выполнении упражнений, связанные с сопротивлением мышц растяжению, обязательно обратитесь к врачу, специализирующемуся на лечении спастичности. Это препятствие необходимо устранить, чтобы выполнять намеченную программу тренировок.

Многим пациентам предстоит осваивать движения заново: учиться подъему с кровати и стула, первым шагам по комнате и по улице, поворотам, подъему и спуску по лестнице. К тому же приходится осваивать новые, специфические движения, связанные с использованием трости или кресла-коляски.

Главный метод здесь — постоянная, ежедневная тренировка, регулярное и многократное повторение движений. Следите за тем, чтобы подобранные упражнения были достаточно интенсивными (с учетом состояния пациента), определите вместе с врачом необходимую частоту и продолжительность их выполнения. Обратите отдельное внимание на разнообразие упражнений. Они должны соответствовать потребностям

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

в выполнении разных практических действий, служить не только для увеличения мышечной силы, но и для восстановления бытовых навыков. К важным принципам организации занятий также относятся постепенное усложнение задач и корректировка программы относительно темпов восстановления после инсульта, поэтому следует регулярно проводить оценку состояния пациента.

Для совершенствования функции ходьбы больного учат ходить сначала вдоль шведской стенки, затем с четырехножной опорой, обычной палкой, затем без опоры (если это возможно). Дополнительным средством может выступать ортез голеностопного сустава, специальное приспособление, которое компенсирует нарушения, появившиеся после инсульта, повышает мобильность, кинетику и динамику лодыжки и коленного сустава, а также изменяет затраты энергии при ходьбе.

Важной проблемой в этот период является увеличение риска падений.

Чувство равновесия — сложный механизм, работа которого зависит от информации, поступающей из зрительной, вестибулярной и соматосенсорной систем. Эти импульсы используются для контроля упреждающих и ответных движений, поддерживающих положение нашего тела. Нарушения равновесия часто развиваются после инсульта, который может затрагивать сенсорные или моторные структуры, задействованные в удержании положения тела.

Нарушение равновесия затрудняет безопасное выполнение повседневной бытовой деятельности, передвижение по дому и выход за его пределы, снижает степень независимости пациента от помощи окружающих, негативно сказывается на его уверенности в своих возможностях. По статистике, в результате падений у пациентов с инсультом вдвое чаще возникает перелом шейки бедра, чем у пациентов, также испытывающих падения, но не перенесших инсульт. Неуверенность в своих силах, страх перед падением ведут к снижению активности, а недостаточная практика, в свою очередь, увеличивает риск падения. Получается замкнутый круг. Оставшись незамеченными или нелечеными, нарушения равновесия могут приводить к каскаду серьезных, нежелательных и требующих больших финансовых затрат явлений.

У пациентов с инсультом обязательно должна проводиться оценка функции равновесия, уверенности в своей способности поддерживать равновесие и оценка риска падений. Для этого существуют специальные тесты.

Сегодня разработано немало программ для развития равновесия для пациентов, перенесших инсульт. Обычно они включают упражнения общего характера (например, общеукрепляющие упражнения, упражнения на улучшение навыков ходьбы) и специфические упражнения, направленные на улучшение равновесия (например, улучшение ответной реакции на внешние воздействия в положении стоя). Выделить какую-то одну программу как самую эффективную, имеющую преимущество перед другими не представляется возможным. Нет единого мнения и относительно оптимального времени занятий.

И ещё. При всей важности упражнений не стоит недооценивать специальные вспомогательные приспособления и ортопедические аппараты (трость, ортез голеностопного сустава и пр.), способствующие улучшению равновесия. Пациенты с инсультом при необходимости должны быть обеспечены ими.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Физическая реабилитация: Верхняя конечность

Большинство пациентов, перенесших инсульт, сталкиваются с проблемой ослабления мышц верхней конечности (плеча, предплечья, кисти, пальцев). У большинства больных это нарушение приобретает затяжной характер, ограничивая активность, ставя в зависимость от помощи окружающих в быту и снижая вовлеченность в профессиональную деятельность.

Для восстановления нормальной работы верхней конечности необходимы регулярные практические упражнения с многократным повторением и постепенным усложнением отработываемых действий. Действия подбираются в зависимости от состояния и потребностей пациента, с учетом сложности: необходимо, чтобы их выполнение требовало усилий. При этом упражнения, укрепляющие мускулатуру верхних конечностей, сочетаются с целенаправленным восстановлением навыков самообслуживания.

При проведении специализированных тренировок целесообразно фиксировать туловище, чтобы снизить объем его компенсаторных движений.

Среди эффективных методов специализированных тренировок отметим ограничение использования здоровой (менее пострадавшей) конечности. Для ограничения подойдут любые доступные приспособления, затрудняющих действия здоровой руки и позволяющие тем самым более интенсивно тренировать ослабленную руку (повязки,

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

шины, варежки). В классическом варианте их надевают на 3–6 часов в день 5 дней в неделю на протяжении 2 недель, в модифицированной версии здоровую руку ограничивают на 1 час в день 3 дня в неделю на протяжении 10 недель.

Для более тяжелых случаев лечения пациентов с минимальным объемом произвольных движений в конечности используются методы роботизированной терапии. Сегодня разработаны портативные экзоскелетные устройства, которые могут применяться в домашней обстановке. Терапия с использованием роботизированных конструкций не способствует восстановлению мышечной силы, однако облегчает для больного выполнение повседневной бытовой деятельности.

У пациентов с минимальной способностью к произвольной активации мышц может использоваться нейромышечная электростимуляция. Она демонстрирует эффективность в улучшении активности верхней конечности, если используется в комбинации со специализированными тренировками, в особенности, затрагивающими мышцы запястья и кисти. Кроме того, она эффективна для профилактики или коррекции подвывиха плеча.

Еще один метод для людей с тяжелыми последствиями инсульта на начальном этапе реабилитации — мысленная тренировка (формирование мысленных образов действий). Она может эффективно использоваться в сочетании с лечебной физкультурой для верхних конечностей. Первый сеанс мысленной тренировки проводится в рамках терапевтической процедуры, однако дополнительные тренировки могут проводиться и вне обычных терапевтических сеансов. Целесообразно объединять мысленную тренировку с физическими упражнениями. Судя по всему, чем больше продолжительность мысленной тренировки, тем более выражены её преимущества.

Из методов, быстро набирающих сегодня популярность, отметим использование виртуальной реальности. Виртуальная реальность в постинсультной реабилитации — это применение компьютеризированных технологий, вовлекающих пациентов в выполнение определенных задач в рамках сгенерированной компьютером визуальной среды с натуралистичным дизайном. Среда, являющаяся более интересной для пациента, может повышать его мотивацию к выполнению упражнений. За последние годы методы, включающие использование виртуальной реальности в тренировках, получают всё более широкое распространение. Хотя пока считается, что доказательства в поддержку эффективности виртуальной реальности и интерактивных видеоигр недостаточны, всё больше экспертов признают благотворное влияние виртуальной среды. Виртуальная реальность и видеоигры могут увеличивать степень вовлеченности пациента в тренировку и повышать тем самым общее количество производимых движений. Компьютерные видеоигры широко используются в восстановительных целях, включая игры с ручным управлением (например, Wii) и системы улавливания движений (Xbox Kinect и др.). Кроме того, эти системы могут использоваться в режиме телереабилитации с удалённым контролем. До настоящего времени крупных исследований эффективности использования виртуальной реальности не проводилось, есть лишь данные небольших исследований различных технологий и обучающих программ, что затрудняет обобщение их результатов. Тем не менее, виртуальная реальность и видеоигры постепенно утверждаются как перспективная альтернатива традиционным методам, особенно в улучшении функции верхних конечностей и способности к осуществлению повседневной бытовой деятельности.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Как выбрать упражнения

В первую очередь мы ориентируемся на рекомендации врача, особенно на этапе раннего восстановительного периода. Действуем аккуратно, ставя на первое место принцип «Не навреди».

Обзор различных методик тренировки подвижности показал их приблизительную равноценность с точки зрения результативности, и принципиальных оснований предпочесть одну программу другой нет. Более сложные методики, такие как беговая дорожка и роботизированные виды вмешательств, не продемонстрировали каких-либо преимуществ перед традиционными подходами. Не известно, превосходит ли тренировка на беговой дорожке тренировки с ходьбой на открытой местности. Известно только, что проведение тренировок (любого формата) всегда эффективнее их отсутствия. Поэтому просто выбирайте, что вам ближе, и увидите, как со временем скорость ходьбы и проходимая дистанция начнут увеличиваться. Это клинически доказанный факт.

Впрочем, нюансы всё же есть. Недавний систематический обзор показал, что у пациентов, находящихся на более ранних стадиях заболевания и имеющих более тяжёлый характер его течения, более благоприятные результаты восстановления функции ходьбы будут наблюдаться при проведении тренировок с механической поддержкой, чем при тренировках на открытой местности.

При менее серьезных проблемах хорошо зарекомендовала себя круговая групповая терапия, когда выполняемые упражнения носят циклический характер.

У многих пациентов возникает вопрос, стоит ли проводить силовые тренировки (с сопротивлением) для укрепления мышц и сказываются ли они на улучшении показателей ходьбы. Данные разных исследований противоречивы. Однако в ряде статей было продемонстрировано, что у пациентов, перенесших инсульт более шести месяцев назад, тренировки с сопротивлением способны улучшать функциональные показатели, а также повышают качество жизни.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Спастичность

Спастичность — это состояние, при котором мышца находится в повышенном тонусе и на попытку даже незначительного растяжения реагирует интенсивным сокращением, ограничивая выполнение движений. Длительное пребывание мышцы в укороченном состоянии, вызванном спастичностью, может приводить к вторичным изменениям в затронутой мускулатуре: скованности, ограничению подвижности (контрактурам), постепенному уменьшению объема (атрофии) и замещению мышц соединительной тканью (фиброзу). Параллельные изменения происходят и в окружающих тканях (суставах, сухожилиях, связках), что способствует пребыванию мышцы в укороченном состоянии. Снова замкнутый круг.

Спастичность ведет к ограничению повседневной активности, затрудняет одевание больного и выполнение гигиенических процедур, а также постоянно напоминает о себе болевым синдромом.

Спастичность — довольно распространенное нарушение. В течение первого года после инсульта она появляется у 25–40% пациентов. Наиболее точным прогностическим фактором развития умеренной или тяжелой спастичности является выраженная слабость в конечности в острый период нахождения в стационаре.

Если после инсульта развивается спастичность, это увеличивает нагрузку на ухаживающих лиц, снижает качество жизни. Затраты на медицинский уход в 4 раза превышают расходы на лечение пациентов без спастичности.

Спастичность развивается не сразу, обычно — спустя несколько месяцев после инсульта. Впрочем, первые сигналы специалист может заметить уже через 2–3 недели. Изначально вялые мышцы приходят в тонус, который повышается и все сильнее проявляется при реакции на внешние стимулы (например, на попытку согнуть или разогнуть конечность). Через полгода, максимум год, спастичность превращается в проблему, которая заметно влияет на качество жизни пациента.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Спастика может поражать как отдельные мышцы, так и целые их группы. В верхней части туловища часто страдают плечо, локоть, запястье и пальцы. В нижней части тела спастичность может затронуть бедро, колено, лодыжку или пальцы ноги. При этом в большей степени подвержены мышцы, работающие против силы тяжести. Иными словами, в области руки она имеет тенденцию к поражению мышц-сгибателей, а на ноге — мышц-разгибателей.

Эти изменения могут влиять на способность человека самостоятельно одеваться. Проблемой становится самостоятельный прием пищи: человек не способен удерживать ложку. Аналогичные проблемы возникают с ручкой при попытке писать. Спастика негативно сказывается на таком важном аспекте повседневной жизни, как гигиена. Наконец, произошедшие изменения могут затронуть способность поддерживать равновесие, вызывая тем самым затруднения при ходьбе. Спастика одной или обеих ног может влиять на способность ходить, менять положение в кровати, сидеть, перемещаться или стоять.

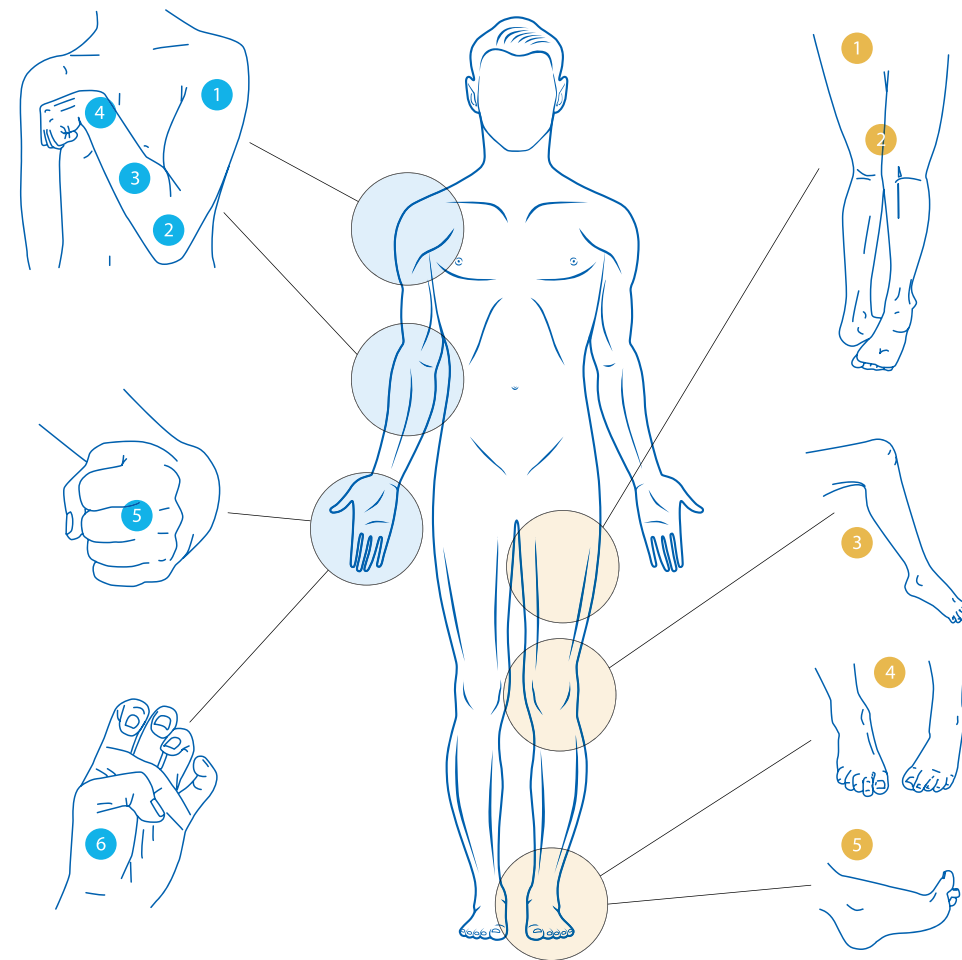
В целом ухудшается качество жизни пациента. Вынужденное положение руки или ноги сохраняется даже ночью, во время сна. Пациенты со спастичностью часто жалуются на его нарушения.

В этой ситуации чем раньше будет выявлено заболевание, тем эффективней окажется реабилитация и тем выше шансы на восстановление и предупреждение осложнений. Поэтому мы рекомендуем вам следить за тонусом мышц конечностей и при подозрении на спастичность обращаться к специалисту, обладающему необходимыми навыками диагностики и лечения этой болезни.

### Как лечить?

Сегодня базовым методом лечения спастичности верхней и нижней конечностей выступают внутримышечные инъекции ботулинического токсина. Они снижают спазм, расширяют диапазон движений, позволяют вернуть конечность в нужное положение и возвращают пациенту утраченную способность к самообслуживанию (одевание, гигиена...). Важно также, что ботулинотерапия снимает препятствия для выполнения остальных реабилитационных мер.

Антиспастические препараты, принимаемые в форме таблеток, включая баклофен, дантролен натрия и тизанидин, могут эффективно применяться при генерализованной (охватывающей разные части тела) спастичности, однако такие препараты оказывают незначительный эффект и обладают распространенными побочными действиями, такими как утомляемость и сонливость, что ограничивает их применение в необходимых для лечения высоких дозах. Более эффективным, чем приём лекарств в таблетированной форме, может быть введение баклофена в спинномозговую жидкость (так называемое интратекальное введение). С 2006 г. эксперты рекомендуют интратекальное введение баклофена пациентам со спастичностью, плохо отвечающим на другие виды вмешательств, либо пациентам, испытывающим нежелательные явления на фоне проведения другой терапии.



#### Распространенные клинические варианты постинсультной спастичности верхней конечности

1. Приведенное (повернутое внутрь) плечо — рука в плечевом отделе прижата к телу и повернута кнутри
2. Согнутый локоть — запястье и кисть приведены к плечу
3. Повернутое внутрь предплечье
4. Согнутая кисть
5. Сжатый кулак
6. Прижатый к ладони большой палец

#### Распространенные клинические варианты постинсультной спастичности нижней конечности

1. Согнутое бедро с наклоном тела вперед
2. Приведенные бедра — внутренние части бедер плотно прижаты друг к другу, положение ног напоминает по форме ножницы
3. Жесткое (излишне разогнутое либо согнутое) колено
4. Эквинороварусная стопа (подъем пятки и изгиб ступни внутрь)
5. Стриарный (поднятый кверху) большой палец ноги





## Когнитивная реабилитация

Во многих случаях инсульт сопровождается появлением так называемых когнитивных расстройств — проблемами памяти, внимания, мышления. По разным данным, в первые три месяца эти проблемы наблюдаются у 30–70% больных, а к концу первого года — у 10–30%. Приблизительно у каждого третьего пациента отмечают нарушения речи (афазии). К сожалению, этим нарушениям уделяется меньше внимания, чем двигательным расстройствам, хотя они в существенной мере влияют на успешность реабилитации и на качество жизни пациента. Постинсультные когнитивные нарушения ухудшают прогноз, повышают смертность и риск повторного инсульта в три раза, а также сказываются на темпах восстановления. У больных старше 60 лет риск возникновения деменции (утраты навыков самообслуживания) в первые 3 месяца после инсульта в девять раз выше, чем у здоровых сверстников.

Важно знать, что когнитивные нарушения, связанные с перенесенным инсультом, могут возникать в разные периоды времени: и сразу, в первые часы, и через некоторое время. Поэтому в первые месяцы восстановительного периода необходимо обращать внимание на когнитивный статус пациента и заниматься не только восстановлением привычных для больного движений — физической реабилитацией, но и реабилитацией когнитивной (тренировка мыслительных действий, разгадывание кроссвордов, решение sudoku и т.п.).

Если после инсульта у пациента появляются эпизоды спутанности сознания, галлюцинации, заметно снижение интереса к происходящему (больной замыкается в себе,

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

перестает заботиться о внешнем виде, пренебрегает гигиеной), в его ожиданиях преобладает пессимизм, если пациент не может удерживать в памяти информацию о текущих событиях (отдаленные воспоминания могут сохраняться), если он ведет себя неадекватно, сам не осознавая этого, многократно повторяет либо собственные слова и действия, либо слова и действия окружающих — всё это должно стать сигналом для обращения к врачу, специализирующемуся на когнитивных расстройствах. Попробуйте узнать, нет ли в вашем городе «центра (лаборатории) памяти». Проблемами деменции занимается невролог или психиатр. Обычно в этой ситуации врач назначает антидементные лекарства. Своевременно начатое лечение позволит поддерживать у близкого вам человека как навыки ухода за собой, так и способность к общению с окружающими.

Обратите внимание: международные рекомендации крайне скептически относятся к назначению пациентам, перенесшим инсульт, ноотропов. К сожалению, такая практика очень распространена в России. Будьте осторожны с использованием этих препаратов.

Среди нелекарственных методов когнитивной реабилитации важную роль может играть обогащение среды, в которой живет пациент. Благоприятным может быть оснащение его комнаты компьютером с подключением к интернету, игровой приставкой с набором игр, соответствующих его интересам: от шашек и шахмат до так называемых платформеров в духе Super Mario, ролевых игр или квестов. В ряде исследований ученые показали пользу от использования компьютерных игр и виртуальной реальности для восстановления не только движений, координации и равновесия, но и для восстановления контроля над вниманием, улучшения памяти. Кроме того, такие занятия позволяют увеличить время активного досуга.

Хорошие результаты дает ежедневное прослушивание музыки. Ученые доказали, что оно ускоряет восстановление когнитивных функций пациентов, перенесших инсульт. После двух месяцев прослушивания музыки, выбранной с учетом пожеланий пациентов, наблюдалось более заметное улучшение вербальной памяти, концентрации внимания и снижение симптомов депрессии по сравнению с группами, в которых не было организовано прослушивание музыки либо велось прослушивание аудиокниг.

Пока пациент восстанавливает свои навыки, можно использовать различные вспомогательные приемы: записи на самоклеящихся листках или «напоминалки» на мобильных устройствах.

Речевая реабилитация более длительна и продолжается до 2–3 лет. Основным методом коррекции речевых нарушений являются занятия по восстановлению речи, чтения и письма, которые проводят логопеды-афазиологи или нейропсихологи. Обычно начинают с коротких занятий (15–20 минут), во время которых восстанавливают понимание отдельных слов и называние отдельных предметов, правильное произнесение звуков. Далее продолжительность занятий может увеличиваться до 30–45 минут. У пациента развивают понимание целых фраз (в контексте и вне контекста), способность к диалогу и монологу.

Речевая реабилитация подкрепляется медикаментозной терапией с использованием противодementных препаратов, показавших свою эффективность в восстановлении речи.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Психоэмоциональная реабилитация

Перенесенный инсульт — это, кроме прочего, эмоциональный стресс как реакция больного на внезапность наступившего заболевания, на появившуюся беспомощность, на возможную инвалидизацию и связанные с ней негативные ожидания изменений финансового и социального положения, крушение планов на будущее.

Не удивительно, что депрессия развивается приблизительно у каждого третьего пациента, перенесшего инсульт. (Для сравнения: средняя заболеваемость для депрессии у взрослых людей составляет 5–13%.) Концентрируясь на очевидных физических нарушениях, окружающие склонны недооценивать важность коррекции постинсультной депрессии. А ведь с ней связаны более низкие результаты восстановления повседневной активности и более высокая смертность.

Развитие депрессии могут обуславливать следующие факторы: степень инвалидизации пациента, наличие депрессии перед инсультом, появление когнитивных нарушений после инсульта, а также отсутствие у пациента семьи и социальной поддержки. Такие факторы, как возраст и пол пациента, наличие сахарного диабета, уровень образования, тип инсульта, с развитием депрессии связаны слабо.

Вероятность появления депрессии остается стабильной в течение первого года после инсульта, а затем несколько снижается.

Есть все основания считать, что постинсультная депрессия может негативно влиять на функциональное восстановление пациента, ограничивая его участие в реабилитационных мероприятиях, снижая его физическую активность, влияя на состояние памяти, мышления и других когнитивных функций, уменьшая социальную активность и, возможно, затрагивая биологию нейропластичности (способности мозга к восстановлению). Не случайно в ряде исследований было доказано, что у пациентов, при-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

нимающих антидепрессант, не только снижается депрессия, но и значимо улучшается моторика. Специалисты утверждают, что в связи с важностью проблемы психоэмоциональных расстройств поддержкой пациента должны заниматься все окружающие его люди: невролог, психотерапевт, логопед, методист ЛФК, средний и младший медперсонал, родственники, друзья.

### Как понять, что у пациента депрессия?

Это не самая простая задача. Затруднять диагноз может распространенная неврологическая симптоматика: нарушенная или монотонная речь, безволие и апатия. Кроме того, пациент может испытывать заметные перепады настроения, эмоционально реагируя на самые незначительные события и легко переходя от одной полярной эмоции к противоположной. Хотя такие перепады могут тяжело переживаться самим пациентом и членами его семьи, в отличие от депрессии, они не требуют лечения и постепенно ослабевают, а отделить их от депрессии бывает сложно.

Сложности диагностики могут сказываться на назначении адекватного лечения. По этой причине окружающим (но в первую очередь врачам) следует обращать особое внимание на возможные проявления депрессии. В частности, показательным может быть нежелание пациента выполнять назначаемые терапевтические и реабилитационные процедуры.

### Лечение депрессии

Основой медикаментозной коррекции депрессии выступают антидепрессанты. Выделить какую-то одну их группу как наиболее эффективную по результатам клинических исследований не представляется возможным. Назначением антидепрессантов индивидуально занимается врач после очного осмотра и общения с больным и его близкими.

Кроме лекарственной терапии, существует практика использования средств нейромодуляции. В частности, транскраниальная магнитная стимуляция может быть эффективна у пациентов, не отвечающих на медикаментозную терапию антидепрессантами.

Убедительные данные об эффективности различных методов психотерапии, к сожалению, отсутствуют, однако отдельные исследования показали эффект от психосоциальной помощи пациентам с постинсультной депрессией.

В ряде исследований также продемонстрирован положительный эффект от своевременного информирования пациента о возможных эмоциональных расстройствах. Как видите, эту информацию мы включили в нашу брошюру не случайно. Надеемся, она поможет вам при появлении признаков депрессии.

Отдельно хотелось бы отметить психоэмоциональные проблемы, возникающие у окружающих, особенно тех, кто в наибольшей мере вовлечен в уход за больным. Они сами находятся в группе риска развития депрессии и ухудшения общего состояния здоровья. Более того, в некоторых случаях уровень депрессии у ухаживающих может даже превосходить уровень депрессии у пациентов. Тяжесть состояния будет определяться сложностью постинсультной реабилитации, возрастом ухаживающего и его общим состоянием. Берегите себя!

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Социально-бытовая реабилитация

До сих пор речь шла об устранении различных органических повреждений и коррекции функциональных нарушений, однако важнейшим для самого пациента и для его близких остается возвращение к привычной жизни: самостоятельному одеванию, приему пищи, личной гигиене, походам в магазин, вождению автомобиля, работе с компьютером... Также необходимо добиваться возвращения привычного качества жизни, круга общения, любимых форм проведения досуга.

Частичная или полная зависимость в самообслуживании наблюдается приблизительно у 70–80% больных к моменту выхода из стационара (конец 3-й недели) и сохраняется к концу первых шести месяцев у 25–55%.

### Каковы ориентиры?

Специалисты считают, что существует порядок восстановления после нарушений, типичный для большинства пациентов.

1. Сначала возвращаются независимость в приеме пищи (пациент должен научиться самостоятельно брать пищу и отправлять её в рот) и контроль за тазовыми функциями (полностью восстанавливается контроль мочеиспускания и дефекации).
2. Затем (иногда параллельно с п. 1) идет восстановление способности к самостоятельному передвижению (пациент сам переворачивается в постели, садится, встает, ходит внутри помещения с опорой или без неё) и соблюдению личной гигиены.
3. Позже восстанавливаются навыки самостоятельного одевания. Определенные трудности могут остаться с застегиванием пуговиц, шнуровкой ботинок, завязыванием галстука.
4. Позже всего (и редко полностью) возвращается умение самостоятельно принимать ванну.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

Обучение навыкам самообслуживания проводится параллельно с обучением ходьбе и восстановлению движений.

Кроме этих базовых действий, принято еще выделять инструментальные: пользование приборами (телефон, телевизор, утюг, пылесос, плита, калькулятор), использование личного и общественного транспорта, покупки в магазинах, обращение в банк и т.п.

Для восстановления бытовых и профессиональных навыков, наряду с медикаментозной терапией, лечебной гимнастикой, массажем и физиотерапией, очень важно включать выполнение некоторых действий, посильных для пациента и улучшающих пострадавшую функцию. Никакие упражнения не могут заменить целенаправленное выполнение тех движений, которые включены в бытовые и трудовые процессы: убирать постель, складывать вещи в тумбочку, пользоваться холодильником, запира́ть дверь на ключ, гасить и зажигать свет, ходить по лестнице, выходить на прогулку — все эти действия состоят из множества отдельных движений, которые невозможно проработать отдельно, вне практической активности.

### Нарушение трудоспособности

Статистика последних лет демонстрирует, что инсульт молодеет, нередко поражая людей трудоспособного возраста, для которых возвращение к профессиональной деятельности после инсульта является важным вопросом. К сожалению, значительное число пациентов больше не возвращаются к прежней работе. Это зависит от многих условий. В одних случаях ограничивает такую возможность физическое или эмоциональное состояние пациента. В других сказывается характер профессии: больным, перенесшим инсульт, противопоказаны работы, связанные с большим физическим напряжением, высокими температурами, контактом с токсичными веществами, ночными сменами, частыми и длительными командировками. Между тем возвращение к труду — важный психологический стимул. Оно положительно влияет на экономическую ситуацию в семье, повышает настроение, улучшает течение реабилитации.

Вопрос о трудовой деятельности пациента должен решаться в каждом случае индивидуально.

Разумеется, социально-бытовая реабилитация невозможна без поддержки близких людей. Поэтому перед семьей пациента стоят следующие задачи психотерапевтической поддержки:

1. Поддержание в больном оптимизма, бодрости. Умелое сочетание доброжелательности и требовательности.
2. Формирование у него правильного отношения к недугу, реалистичной оценки возможностей восстановления и существующих ограничений, помощь в организации жизни в новых условиях.
3. Привлечение больного к посильным для него домашним работам (излишняя опека может быть вредна), предупреждение ситуаций, в которых возникает чувство беспомощности и бесполезности.
4. Организация полноценного досуга: возвращение к прежним увлечениям и развитие новых, встречи с друзьями, посещение культурных и спортивных мероприятий.
5. Возвращение к привычной интимной жизни.
6. При необходимости — формирование новых жизненных стереотипов, привычек.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

## Что такое технические средства реабилитации?

Комплексная реабилитация может быть дополнена использованием различных приспособлений, помогающих восстанавливать утраченный или нарушенный навык, а также облегчающих повседневную жизнь человека, который перенес инсульт. Их называют техническими средствами реабилитации. С помощью таких средств человек, получающий восстановительное лечение, может постепенно и плавно возвращаться к привычному образу жизни, переходя от освоения более простых навыков к более сложным. Технические средства реабилитации, во-первых, делают такой переход возможным, во-вторых, более комфортным, в-третьих, препятствуют развитию осложнений после инсульта, в том числе болевых синдромов.

### В зависимости от цели использования выделяют три типа технических средств реабилитации после инсульта:

1. Приспособления для ходьбы и передвижения.
2. Приспособления для комфортного быта.
3. Приспособления для профилактики и лечения осложнений.

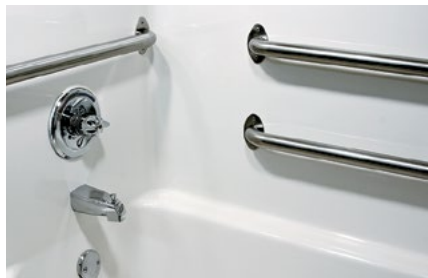
### Если затруднено передвижение, используют такие средства технической реабилитации:

1. Кресло-коляска.
2. Ходунки.
3. Костыли.
4. Трости.

### Если пациент испытывает сложности в выполнении повседневных дел, можно использовать такие средства технической реабилитации:

#### Для ванной

1. Душевые табуретки и стульчики.
2. Сиденье для ванной с поручнями.
3. Поручни, облегчающие вставание и удержание равновесия.
4. Резиновые емкости для мытья головы.
5. Резиновые ванны для мытья тела.



#### Для туалета

1. Насадки на стульчак туалета с поручнями.
2. Поручни настенные, облегчающие вставание.

#### Для кухни

1. Эргономичные столовые приборы, например, ложки и вилки с увеличенной в толщине ручкой, которую легче брать и удерживать.
2. Фиксаторы, которые повышают устойчивость посуды для приготовления пищи.
3. Поильники.

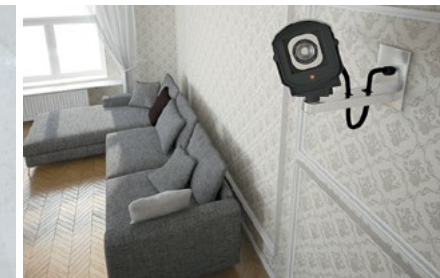
### Если необходимо препятствовать развитию осложнений, используют следующие средства реабилитации:

1. Матрасы против пролежней.
2. Жесткие матрасы, которые способствуют ускорению восстановления.
3. Накроватные столики.
4. Скамеечки и бруски, с помощью которых адаптируют высоту кровати под рост, чтобы человек при вставании и сидении мог принимать правильную лечебную позу.
5. Валики, подушки, мешочки с песком, поддерживающие шины, обеспечивающие лечебное положение.
6. Арки для лечения положением, помогающие нейтрализовать вредное давление одеяла на стопу.

### На что обратить внимание при выборе средств технической реабилитации?

Не торопитесь покупать техническое средство реабилитации до консультации с лечащим врачом. Подбирать приспособление для реабилитации нужно с помощью специалиста, так как задачи на восстановительном этапе могут быть очень разными. Важно соблюдать индивидуальный подход к каждому перенесшему инсульт человеку, что-то, что нужно одному пациенту, не годится для другого. Для каждого случая есть свое оптимальное решение, и оно обязательно найдется!

При оформлении инвалидности после инсульта обратите внимание на технические средства реабилитации, которые внесены в список государственной помощи в соответствии с группой инвалидности.



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Как избежать повторного инсульта

в образе жизни, который мы ведем, нет более важного аспекта для предупреждения повторного инсульта, чем физическая активность. У мужчин и женщин, регулярно занимающихся физическими упражнениями, риск инсульта снижается на 25–30%.

По данным современной науки, польза физических упражнений объясняется тем, что они нормализуют артериальное давление, позволяют контролировать развитие сахарного диабета и избыточного веса. Физическая активность может оказывать положительное воздействие и за счет влияния на иммунитет.

### Какой вид физической активности следует предпочесть?

Врачи не выделяют какой-то один вид физической активности. Занимайтесь тем, что вам по душе: бег трусцой, езда на велосипеде, плавание, лыжные прогулки — всё это полезно для сердца и мозга. Значение будет иметь лишь интенсивность физической нагрузки. При отсутствии серьезных противопоказаний (например, выраженной ишемической болезни сердца) для профилактики инсульта рекомендуется предпочесть нагрузки умеренной (быстрая ходьба) и высокой (бег) интенсивности продолжительностью 30–40 минут и регулярностью 3–4 раза в неделю. При таком режиме занятия будут снижать артериальное давление и улучшать липидный профиль.

Вторым по значимости фактором профилактики инсульта выступает рациональное питание. Ученые многократно продемонстрировали связь различных аспектов питания с риском инсульта. Важнейшими факторами риска они считают высокий уровень потребления соли (более 4 г в сутки для людей старше 50 лет), низкий уровень потребления калия (продуктов растительного происхождения: зелени, овощей, фруктов), избыточный вес, прием алкоголя. И наоборот, диеты, богатые фруктами, овощами и мо-

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

лочными продуктами с низким содержанием жира, снижают риск. Как показывает анализ проведенных исследований, есть четкая обратная связь между количеством принимаемых фруктов и овощей, с одной стороны, и риском инсульта — с другой. Каждый дополнительный прием фруктов (особенно цитрусовых) или овощей — это снижение риска на 6%.

## Здоровый образ жизни немыслим без избавления от вредных привычек

Курение — один из самых мощных факторов развития ишемического инсульта. Оно увеличивает риск приблизительно в два раза. Будучи самостоятельным фактором риска, оно также может усиливать действие других негативных факторов, ведущих к инсульту. Возьмем для примера последствия использования оральных контрацептивов у женщин. По сравнению с некурящими и не использующими оральную контрацепцию женщинами, у курящих риск церебрального инфаркта выше в 1,3 раза, у принимающих контрацептивы — в 2,1 раза, у курящих и принимающих контрацепцию — в 7,2 раза.

Вдыхание табачного дыма повышает риск образования тромбов в склеротизированных артериях и в долгосрочной перспективе способствует развитию атеросклероза. Известно, что у большей части курильщиков повышен общий уровень холестерина, а уровень «хорошего» холестерина снижен.

Очень важно, что риск может быть снижен даже у самого заядлого курильщика в случае отказа от этой вредной привычки. После пяти лет воздержания от курения риск возникновения инсульта у бывшего курильщика будет сопоставим с тем, что отмечают у людей, никогда не куривших.

### Потребление алкоголя

Некоторые ученые утверждают, что алкоголь в малых дозах защищает мозг от инсульта. Умеренное потребление алкоголя связано с более высокими уровнями «хорошего» холестерина, снижением агрегации тромбоцитов, снижением концентрации фибриногена, повышением чувствительности к инсулину и активизацией метаболизма глюкозы. Особенно подчеркивается польза красного вина, богатого флавоноидами. Однако при злоупотреблении (употреблении более 300 г алкоголя в неделю) риск инсульта начинает резко возрастать: повышается давление, увеличивается свертываемость крови, ослабевает ток крови в мозге. Мифы о чистых сосудах у алкоголиков связаны с тем, что в основной массе они просто не успевают дожить до клинических проявлений атеросклероза.

### Употребление наркотиков

С повышенным риском инсульта связаны такие наркотики, как кокаин, амфетамины, экстази и героин. Их прием может приводить к резкому повышению артериального давления, к спазму сосудов головного мозга, к воспалению сосудов, к их закупорке, к нарушениям кровотока, повышающим вязкости крови и способствующим скоплению тромбоцитов, к внутримозговому кровоизлиянию. В медицинской литературе также встречаются случаи инсульта, связанные с употреблением каннабиса. Профилактика инсульта предполагает полный отказ от употребления наркотических веществ.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Контроль артериального давления

В России почти у половины взрослого населения показатели артериального давления (АД) выходят за пределы нормы. Повышенное АД — основной фактор риска ишемического инсульта и внутричерепного кровоизлияния. Поэтому контроль АД и его поддержание в пределах нормы — важнейшее направление профилактики повторного инсульта. Целевыми показателями АД являются значения  $<140/90$  мм рт. ст. У пациентов с сахарным диабетом показатели АД не должны превышать  $140/85$  мм рт. ст., у пациентов с заболеванием почек —  $130/80$  мм рт. ст.

Лечение артериальной гипертензии является одной из наиболее эффективных стратегий профилактики ишемического и геморрагического инсульта. Во всех возрастных группах, включая пациентов  $\geq 80$  лет, четко установлена польза лечения артериальной гипертензии в профилактике инсульта.

Для улучшения контроля АД рекомендуется регулярное самостоятельное измерение. По результатам проверки должно назначаться соответствующее лечение, включающее изменение образа жизни и фармакологическую терапию. Обычно коррекцию АД начинают с лечения одним препаратом и при недостаточной эффективности назначают комбинированную терапию. Имеющиеся данные клинических исследований позволяют говорить об эффективности применения диуретиков и комбинации диуретиков с иАПФ. Однако конкретные препараты и оптимальный режим их приема подбираются врачом индивидуально, с учетом конкретных характеристик пациента, например, его хронических заболеваний или возраста. У пациентов старше 60 лет некоторые эксперты не рекомендуют медикаментозно снижать АД ниже  $150/90$  мм рт. ст., однако эта рекомендация пока не принята безоговорочно всем медицинским сообществом.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Контроль холестерина

Большинство исследований указывает на то, что высокий уровень общего холестерина является фактором риска ишемического инсульта.

### Что делать, если холестерин слишком высокий?

В большинстве случаев самый надежный способ бороться с высоким холестерином — менять образ жизни. Начинать нужно с регулярных физических нагрузок с обладанием аэробных упражнений и диеты, ограничивающей поступление животных жиров и лишних калорий (потребность в калориях следует оценивать исходя из среднесуточной нагрузки). Основу диеты должны составлять овощи и фрукты, мясо следует заменить на морскую рыбу. Одновременно с этим необходимо отказаться от курения и ограничить употребление алкоголя. Эти шаги со временем позволят выполнить важную задачу — нормализовать массу тела или по меньшей мере приблизить её к норме.

Если проблема зашла слишком далеко или пациент не способен из-за отсутствия воли решить проблему немедикаментозными средствами, отсутствие прогресса после трех месяцев лечения может быть основанием для назначения гиполипидемических препаратов. При наличии у пациента не менее двух дополнительных факторов риска инсульта (кроме высоких показателей «плохого холестерина»), ему, скорее всего, если нет выраженных противопоказаний, будет назначен прием статинов. Есть и другие возможные варианты медикаментозной поддержки: фибраты, никотиновая кислота, секвестранты желчных кислот, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, антиоксиданты, — однако эффективность статинов считается наиболее доказанной. В среднем статины снижают риск инсульта приблизительно на 20%.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Контроль массы тела

Измерьте вес и рост. Затем вес (кг) разделите на число, полученное после возведения роста (м) в квадрат. Этот параметр называется «индекс массы тела» (ИМТ). Значение ИМТ, превышающее 25 кг/м<sup>2</sup>, сигнализирует об избыточной массе тела. Значение ИМТ выше 30 кг/м<sup>2</sup> — это ожирение.

Вычислим для примера ИМТ мужчины ростом 1,75 м и весом 70 кг. Квадрат числа 1,75 = 3,0625. Разделив 70 на 3,0625 получаем приблизительно 22,9. Это ниже 25, а значит говорит о нормальной массе тела. Если же этот условный мужчина наберет вес 80 кг, то ИМТ поднимется до 26,1 кг/м<sup>2</sup>. При таком соотношении уже можно говорить об избыточной массе тела и связанных с нею рисках для здоровья.

Избыточная масса тела сопряжена с гипертонией, заболеваниями сердца, дисбалансом жирных веществ в организме («плохим холестерином»), сахарным диабетом. В сравнении с людьми с нормальной массой тела, у людей с избыточным весом риск ишемического инсульта повышается на 22%, а у пациентов с ожирением — на 64%. Если значение ИМТ находится в диапазоне от 25 до 50 кг/м<sup>2</sup>, при каждом дальнейшем повышении показателя на 5 единиц наблюдается увеличение смертности от инсульта на 40%.

Итак, если у вас показатель ИМТ выше 25 кг/м<sup>2</sup>, это значит, что у вас избыточный вес, и вам рекомендовано его снижение. Целевыми показателями ИМТ являются значения от 18,5 до 24,9 кг/м<sup>2</sup>.

Снижение веса рекомендовано как для профилактики первого инсульта, так и для всех пациентов с избыточной массой тела, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку.

Наряду с индексом массы тела важным показателем является окружность талии. Мужчины с окружностью талии >102 см и женщины с окружностью талии >88 см классифицируются как имеющие абдоминальное ожирение — наиболее опасное для здоровья.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## Профилактика при диабете

Пациенты с сахарным диабетом — в России их около 4 млн — имеют повышенную предрасположенность к развитию инсульта. Диабет не только вызывает артериальную гипертензию и нарушения липидного баланса в крови (важные факторы риска инсульта), но и сам увеличивает этот риск более чем в 2 раза. Приблизительно 20% пациентов с сахарным диабетом умирают от инсульта. Однако риск инсульта у пациентов с сахарным диабетом можно снизить.

Для пациентов с сахарным диабетом 1 или 2 типа строго рекомендуется поддержание артериального давления на уровне <140/85 мм рт. ст. путем применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ангиотензина II. Они рекомендованы в качестве средств первого выбора для пациентов с сахарным диабетом.

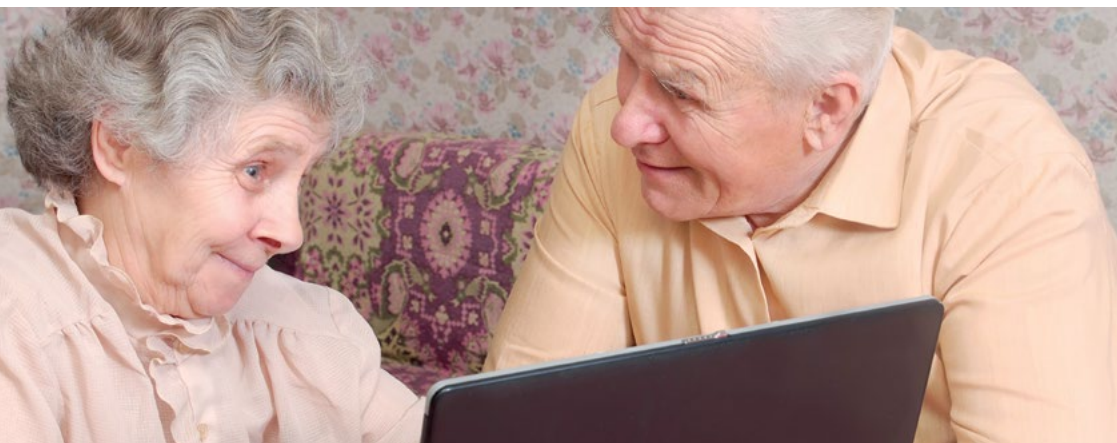
Преимущества применения аспирина для первичной профилактики сердечно-сосудистых явлений, включая инсульт, у пациентов с сахарным диабетом остаются неясными. Влияния аспирина на частоту возникновения инсультов обнаружено не было.

Снижение артериального давления у пациентов, страдающих от сахарного диабета и артериальной гипертензии, снижает частоту инсульта на 20–40%.

У взрослых с сахарным диабетом для снижения риска первого инсульта строго рекомендуется применение статинов, особенно при наличии дополнительных факторов риска. Добавление статина к существующим методам лечения пациентов с высоким риском приводило к снижению частоты инсультов на 25–50%.

У пациентов с диабетом и ишемическим инсультом или эпизодом транзиторной ишемической атаки рекомендуется поддерживать уровни глюкозы приближенными к нормальным значениям для снижения микрососудистых и, возможно, макрососудистых осложнений.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА



## О проекте

Ежегодно в России более 420 000 человек сталкивается с инсультом. Правильная и своевременная реабилитация — это шанс как можно быстрее вернуться к привычному образу жизни: снова начать работать, встречаться с друзьями, путешествовать, заботиться о близких, обнимать детей и внуков.

Мы создали социальный проект «Реабилитация после инсульта», чтобы все люди, которые перенесли инсульт, а также их близкие, родные и друзья могли получить в одном месте полную и достоверную информацию про современные подходы к реабилитации.

Наш проект поддерживают профессиональные врачи и другие специалисты: реабилитологи, неврологи и психиатры, врачи физической и реабилитационной медицины, врачи ЛФК, логопеды и психологи, медицинские сестры. При поддержке врачебного сообщества мы делимся с Вами полезной информацией и материалами о постинсультной реабилитации и о профилактике повторного инсульта. В нашу команду единомышленников вошли те, кто уверен: «Восстановление после инсульта — это сложная, но достижимая задача».

Наша задача — помочь всем, кто перенес инсульт, не потерять драгоценное время и грамотно подойти к процессу восстановления.

В этой брошюре мы обозначили основные направления реабилитации после инсульта и профилактики повторных явлений. Более подробно ознакомиться с необходимой информацией вы можете на сайте социального проекта «Реабилитация после инсульта» — [реабилитацияпослеинсульта.рф](http://реабилитацияпослеинсульта.рф). На сайте вы найдете полезные материалы о восстановлении и вторичной профилактике. Все материалы написаны доступным языком.

С помощью сайта вы сможете найти контакты квалифицированных специалистов по каждому виду проблемы, с которой можете столкнуться в процессе реабилитации.

Ждем вас на сайте [реабилитацияпослеинсульта.рф](http://реабилитацияпослеинсульта.рф)!

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА

## Содержание

Основные причины инсульта: что нужно знать, чтобы это больше не повторилось .....	2
Как правильно организовать восстановление: быстрое начало — залог максимальной эффективности.....	4
Как оценить индивидуальную потребность в реабилитации: самые простые и удобные шкалы .....	6
Физическая реабилитация: возвращаем навыки ходьбы .....	8
Физическая реабилитация: восстанавливаем нормальную работу руки.....	10
Спастичность: как устранить серьезное препятствие.....	13
Что делать, если после инсульта стало сложнее заниматься умственным трудом .....	16
Психоземotionalная реабилитация: как предупредить депрессию и что делать, если она все же появилась.....	18
Как вернуться к нормальной жизни: восстанавливаем способность к самообслуживанию и возвращаем бытовые навыки .....	20
Осваиваем технические средства реабилитации: противопролежневые матрасы, кресла-коляски и многое другое .....	22
Как не допустить новый приступ: меняем образ жизни и отказываемся от вредных привычек .....	24
Профилактика: контролируем давление и холестерин .....	26
Профилактика: боремся в избыточным весом и не даем развиваться диабету .....	28
О социальном проекте «Реабилитация после инсульта» .....	30

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА





# Реабилитация после инсульта: социальный проект для тех, кто перенес инсульт

При поддержке врачебного сообщества мы делимся с Вами полезной информацией и материалами о реабилитации и профилактике повторного инсульта.

На нашем сайте [реабилитацияпослеинсульта.рф](http://реабилитацияпослеинсульта.рф) Вы найдете:



Материалы  
по восстановлению  
и вторичной профилактике



Пошаговые инструкции  
по получению  
социальной помощи



Контакты  
врачей-реабилитологов  
в вашем городе



Сообщество  
единомышленников  
в России



[реабилитацияпослеинсульта.рф](http://реабилитацияпослеинсульта.рф)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА