

□ **Гостева А.В., Заец С.С.**

Клиническая больница Суворовского района, г. Херсон

(Главный врач – Заслуженный врач Украины Е.Е.Карабелеш)

Нарушения мозгового кровообращения нередко оставляют после себя тяжелые дефекты в виде двигательных, чувствительных, координационных расстройств, нарушений речевых и других высших корковых функций. Наиболее часто встречаются и инвалидизируют больных, нарушая их трудоспособность и способность к самообслуживанию, двигательные и речевые дефекты. По данным ВОЗ около 25% инвалидов планеты - это люди перенесшие инсульт.

За период с 01.01.06 по 01.07.2007 года в отделении было пролечено 455 больных перенесших инсульт. Неврологический дефицит у данной группы больных чаще всего (около 75-80%) проявляется двигательными, речевыми, бульбарными нарушениями.

Двигательные расстройства являются наиболее частыми последствиями инсульта в виде параличей и парезов, чаще всего односторонних гемипарезов различной степени выраженности. Параличи и парезы часто сочетаются с другим неврологическим дефицитом: нарушением чувствительности, речевыми расстройствами (при очагах в левом полушарии), мозжечковыми расстройствами и т.д.

Восстановление движений в паретичных конечностях может начаться уже в первые дни после инсульта, чаще через 1-2 недели, но если оно поначало до конца первого месяца, то в целом перспектива восстановления двигательных функций плохая. Сам процесс восстановления движений (объем, сила) происходит в основном в первые 3-6 месяцев от начала инсульта, когда и наиболее эффективно проведение активной двигательной реабилитации. Восстановление сложных двигательных навыков (самообслуживания, бытовых и трудовых) может быть более длительным и продолжаться до 1—2 лет.

Основным методом коррекции двигательных расстройств является кинезотерапия, включающая активную и пассивную лечебную гимнастику и биоуправление с обратной

связью. И качестве дополнительных методов используется массаж и электростимуляция нервно-мышечного аппарата. Параллельно необходимо проводить активную медикаментозную терапию, включающую в себя препараты с ноотропным, сосудистым, нейротрофическим, стимулирующим эффектами.

Одним из наиболее грозных осложнений является дисфагия (нарушение глотания). Постинсультная дисфагия может быть следствием поражения ядер IX-X (а иногда и XII) черепно-мозговых нервов в бульбарном отделе ствола (бульбарный синдром) или двухстороннего поражения супрануклеарных структур (псевдобульбарный синдром).

При бульбарном синдроме наряду с дисфагией также наблюдаются дизартрия и дисфония, а также снижение (чаще выпадение) глоточного рефлекса и рефлекса с мягкого неба, провисание небных занавесок (часто асимметричное), слюнотечение.

Самым первым и необходимым мероприятием при выраженной дисфагии является установка назогастрального зонда, через который осуществляется кормление больного специальной гомогенизированной пищей. Эти нарушения, к сожалению, трудно поддаются кор-рекции. По нашим наблюдениям наиболее результативной является комбинация антихолинэстеразных и сосудистых препаратов. Например - глиатилина (убретиды) и сермиона (ницеринума).

В постинсультный период у больных часто развиваются различные трофические нарушения: артропатии суставов паретичных конечностей, мышечные атрофии, пролежни. Развитие артропатии может привести к образованию контрактур, при которых из-за резкой болезненности в области суставов значительно ограничивается объем активных и пассивных движений, что препятствует восстановлению двигательных функций, замедляя его темп и мешая проведению кинезотерапии.

Наиболее часто у больных с постинсультными парезами в первые 4—5 недель после инсульта возникает синдром болевого плеча, который встречается у 20—40% больных с постинсультными парезами. Помимо случаев поражения плечевого сустава, наблюдаются изменения и других суставов (артропатии) в среднем у 15% больных с постинсультными гемипарезами. Локализуются артропатии преимущественно в суставах пальцев руки и лучезапястном суставе, у 45% больных с артропатиями они распространяются на локтевой и плечевой суставы, у 22% на суставы паретичной ноги. Развиваются артропатии в среднем в течение первых 2 месяцев после инсульта.

Разработан комплекс мероприятий по уменьшению выраженности болевого синдрома и улучшению состояния трофики пораженных суставов при постинсультных артропатиях. В качестве противоболевого лечения рекомендуется медикаментозная терапия НПВС: (низалид, зицел, ранселекс, апонил, кетонал) а так же весьма эффективен электро- и фонофорез с диклак- гелем, лидокаином, гидрокортизоном.

Для улучшения состояния трофики суставов и окружающих их тканей применяется теплолечение (парафино- или озокеритотерапия), анаболические гормоны (ретаболил 1,0 мл внутримышечно- 1 раз в 7—10 дней, курс 5—6 инъекций). Лучшие результаты наблюдаются в тех случаях, когда лечение проводится в самом начале развития болевого синдрома, т.е. когда появляется припухлость, а области сустава, нерезкая болезненность при движениях (активных и пассивных) и при давлении.

Вторым по значимости и распространенности постинсультным дефектом являются речевые нарушения, которые обычно сочетаются с двигательными расстройствам.

Основным методом коррекции постинсультных речевых нарушений являются занятия по восстановлению речи, чтения и письма, проводимые на фоне приема нейрометаболических препаратов (церебролизина, солкосерила, актовегина, цераксона и других).

Хотя наиболее интенсивное восстановление речи происходит в первые 3~6 месяцев, большинство исследователей считают, что оно может продолжаться до 2—3 лет.

Параллельно с занятиями по восстановлению навыков устной речи больных необходимо обучать чтению и письму, т.к. восстановление этих функций в значительной степени способствует и восстановлению речи. Если нет надежд на восстановление письма правой рукой (грубый парез), следует с самого начала учить больного писать левой рукой.

Выводы. Реабилитационные мероприятия должны быть комплексными и начинаться с первых суток развития инсульта.