

Автор:

РЫЖКОВ Валерий Дементьевич — врач-невролог, врач высшей категории, доцент, руководитель программ по ранней реабилитации больных, перенесших инсульт, и реабилитационных услуг при последствиях инсульта

Рецензент:

В. Г. Воронов — доктор медицинских наук, профессор

Рыжков В. Д.

Р93 Инсульт. Срочная реабилитация: Клиника, критерии диагностики и экспертизы. Тактика ведения и реабилитация. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. — 157 с.

ISBN 978-5-299-00785-5

Данное издание является научным практическим руководством по тактике ведения и реабилитации больных, перенесших инсульт, их адаптации в социальных бытовых условиях, а также содержит критерии диагностики и экспертизы с учетом ограничения жизнедеятельности. Рекомендации основаны на позитивном подходе врачей-специалистов (невролога, терапевта, логопеда, эрготерапевта, психолога и др.).

Книга предназначена для широкого круга практических врачей.

УДК 616.831-005:616-08-039.74

Содержание

Условные сокращения	5
Введение	8
Критерии диагностики, клиники и прогноза инсульта	10
Дисциркуляторная энцефалопатия. Классификация (по клиническим стадиям).....	12
Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга....	13
Типы и подтипы инсультов	14
Субарахноидальное кровоизлияние.....	17
Гипертензивные церебральные кризы	18
Транзиторные ишемии	19
Объем обследования	19
Критерии диагностики дисциркуляторных энцефалопатий	27
Критерии диагностики начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга	28
Клиника и критерии диагностики инсульта	29
Наиболее частые причины ухудшения состояния больного и прогноз в первые недели после кровоизлияния	31
Течение и прогноз при дисциркуляторной энцефалопатии	34
Течение и прогноз ишемического инсульта в остром периоде	34
Течение и прогноз геморрагического инсульта в остром периоде	36
Течение и прогноз субарахноидального кровоизлияния.....	36
Течение и прогноз в восстановительном периоде инсульта.....	36
Течение резидуального периода.....	37
Этапы ранней реабилитации пациентов, перенесших инсульт.....	40
Факторы, определяющие возможности реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт	40
Общие принципы ведения больных	48
Общее ведение и ранняя реабилитация больных, перенесших инсульт	54
Предупреждение осложнений	55
Питание больных, перенесших инсульт	58
Восстановление нарушений функции тазовых органов.....	61
Сроки активизации больных, перенесших инсульт	62

Ранняя реабилитация инсультных больных на дому	68
Профилактика осложнений	68
Советы по уходу за кожей	71
Рекомендации по кормлению инсультных больных	72
Кто помогает больному на дому	73
Эргореабилитация больных	74
Логопедическая помощь	77
Клинико-функциональные показатели, необходимые для уточнения клинико-трудового прогноза при сосудистых заболеваниях головного мозга, осложненных инсультом	85
Методические основы составления программ реабилитации больным и инвалидам вследствие сосудистых заболеваний головного мозга, осложненных инсультом	91
Медико-социальная экспертиза	102
Критерии временной утраты трудоспособности (ВУТ)	102
Характеристика ограничения жизнедеятельности	102
Противопоказанные виды и условия труда	104
Трудоспособные больные	105
Медико-социальная экспертиза больных, перенесших инсульт	111
Основные клинические синдромы, стадия и типы течения заболевания	122
Медико-социальная экспертиза и индивидуальная программа реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга с психическими нарушениями	128
Индивидуальная программа реабилитации	137
Критерии оценки состояния трудоспособности и возможностей профессиональной реабилитации при дисциркуляторной энцефалопатии	139
Факторы, определяющие возможности реабилитации людей, перенесших мозговой инсульт	141
Заключение	145
Литература	148
Приложение	154

Условные сокращения

АГ	— артериальная гипертензия
АД	— артериальное давление
АЛТ	— аланинаминотрансфераза
АСТ	— аспартатаминотрансфераза
АЧТВ	— активированное частичное тромбопластиновое время
Б/х	— биохимия
БЦА	— брахиоцефальные артерии
ВББ	— вертебробазилярный бассейн
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВСА	— внутренняя сонная артерия
ВСД	— вегетососудистая дистония
ВЧД	— внутричерепное давление
ГБ	— гипертоническая болезнь
ДАД	— диастолическое артериальное давление
ДС	— дуплексное сканирование
ДЭ	— дисциркуляторная энцефалопатия
ЗП	— зондовое питание
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	— интенсивная вентиляция легких
ИИ	— ишемический инсульт
ИПР	— индивидуальная программа реабилитации
КГР	— кожно-гальваническая реакция
КТ	— компьютерная томография
КЭК	— клинико-экспертная комиссия
Л	— лимфоцит
Лейк.	— лейкоцит
ЛИ	— лакунарный инфаркт
ЛП	— в биохимии крови: липопротеид
ЛПА	— левая позвоночная артерия
ЛСК	— линейная скорость кровотока
ЛСМА	— левая средняя мозговая артерия
ЛФК	— лечебная физическая культура
М	— моноцит
МДБ	— мультидисциплинарная бригада
МКБ	— Международная классификация болезней
МНО	— международное нормализованное отношение
МРТ	— магнитно-резонансная томография
МСЧ	— медико-санитарная часть

ОБЩЕЕ ВЕДЕНИЕ И РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Исходы лечения больных существенно улучшаются, если оно осуществляется в специализированном инсультном блоке, рассчитанном на оказание помощи 20–30 больным специалистами МДБ, и с первого дня поступления проводится ранняя реабилитация.

МДБ состоит из медицинских сестер, специалистов по лечебной физкультуре, логопеда и врача-невролога, специалиста по адаптации к окружающей обстановке и восстановлению навыков ежедневной активности (эрготерапевта). Сотрудники МДБ совместно определяют все аспекты ведения больного: оценивают функциональные возможности пациента, составляют список проблем пациента, ставят конкретные цели реабилитации, создают план его ведения, обозначают сроки расширения двигательного режима.

Реабилитация должна начинаться в максимально ранние сроки. Интенсивность реабилитационной программы зависит от состояния пациента и степени инвалидизации. Если активная реабилитация невозможна (например, из-за угнетения сознания), для уменьшения риска развития контрактур, снижения болей в суставах, сокращения количества пролежней и облегчения пневмонии должна проводиться пассивная реабилитация.

Особое внимание уделяется вопросам оценки функции глотания, питания больных, правильного расположения больного в кровати и прикроватном кресле, ранней активизации, предупреждения развития пролежней, контроля болевого синдрома, а также проблемам нарушения функции тазовых органов, ведению пациентов с речевыми нарушениями. Специалисты бригады обучают родственников и ухаживающих за больным решать конкретные проблемы, связанные с заболеванием и трудностями общения, помогают преодолеть психологические проблемы. Специалисты МДБ планируют выписку больного: оценивают оптимальные этапы его реабилитации, дают советы семье о тактике ухода за ним дома и адаптации домашних условий к специальным потребностям пациента. Ведение тяжелых больных в остром периоде инсульта предусматривает профилактику осложнений.

Предупреждение осложнений

Предупреждение пневмонии* включает в себя:

- обеспечение проходимости верхних дыхательных путей с помощью воздуховода, интубационной трубки или наложением трахеостомы;
- санацию ротовой полости и верхних дыхательных путей (проводится каждый час);
- предупреждение аспирации (определение возможности безопасного глотания жидкости и пищи больным; первичное скрининговое тестирование функции глотания всех поступивших больных проводит постовая медицинская сестра);
- частую смену положения и правильное позиционирование больных: ведение их преимущественно в положении лежа на «больном» и «здоровом» боку с использованием подушек, поддерживающих спину, «верхнюю» ногу и паретичную руку, но не на спине. Положение лежа на спине ухудшает возможности легочной вентиляции, санации бронхиального дерева, способствует аспирации слюны. Если нет противопоказаний, пациента следует выкладывать на приподнятое изголовье несколько раз в день. Кормление пациентов осуществляется только на приподнятом изголовье.

Предупреждение пролежней

- Обязателен ежедневный туалет всей поверхности кожи («купание в постели» — поочередное обтирание губкой всех частей тела). Следует иметь в виду, что растирание кожи камфорным спиртом не рекомендуется, так как это ведет к пересушиванию кожных покровов и нарушению их целостности.

В соответствии со степенью риска развития пролежней (подсчитывается по шкале Ватерлоу — см. табл.) устанавливается частота смены положений пациента: для лиц с высоким риском развития пролежней — каждые 2 ч днем и 3,5 ч ночью; для лиц с очень высоким риском — каждые 1–1,5 ч днем и 2,5–3 ч ночью.

Таблица

Оценка развития пролежней по шкале Ватерлоу

Показатель	Балл
Весо-ростовой показатель	
Средний	0
Выше среднего	1

* Профилактическое применение антибиотиков не оправдано, но их следует назначить при первых признаках инфекции.

Показатель	Балл
Тучный	2
Ниже среднего	3
Состояние функции мочевого пузыря и кишечника	
Норма	0
Редкие недержания	1
Стоит постоянный катетер, но страдает недержанием кала	2
Недержание мочи и кала	3
Двигательная активность	
Полная	0
Двигательно возбужден	1
Пассивен (апатичен)	2
Ограниченная подвижность	3
Неподвижен	4
Ограничен пределами инвалидного кресла	5
Состояние кожи в зонах риска	
Здоровая	0
По типу бумаги	1
Сухая	1
Испарина (температура)	1
Отеки	1
Холодная/горячая	1
Бледная	2
Повреждения/пятна	3
Хирургические вмешательства, травмы	
Болезни опорно-двигательного аппарата ниже пояса	5
Находился на операционном столе более 2 ч	5
Пол	
Мужчина	1

Показатель	Балл
Женщина	2
Возраст	
14–49	1
50–64	2
65–74	3
75–80	4
81 и более	5
Аппетит	
Плохой	1
Питание через зонд/только жидкая пища	2
Анорексия /запрещено кормление через рот	3
Факторы риска	
Терминальная кахексия	8
Сердечная недостаточность	5
Периферические сосудистые заболевания	5
Анемия	2
Курение	1
Неврологический дефицит	
Дефицит при диабете, рассеянном склерозе, инсульте	4–6
Моторный/сенсорный дефект	4–6
Параплегия	4–6
Лекарственные препараты	
Цитотоксические	4
Большие дозы стероидов	4
Противовоспалительные	4

Примечание: оценка суммарного количества баллов:

- 10 – риск,
- 15 – высокий риск,
- 20 – очень высокий риск.

• Только лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и с нарушением мочеиспускания по типу недержания следует прибегать к катетеризации мочевого пузыря (использовать катетер Фолея), так как применение памперсов приведет к развитию пролежней.

• Рекомендуем применение противопролежневых матрасов для лиц с очень высоким риском развития пролежней.

• Желательно проведение элементов массажа (поглаживание и растирание) участков кожи, подверженных наибольшему сдавливанию.

Предупреждение тромбоза глубоких вен нижних конечностей

Целесообразно применение компрессионного трикотажа (чулки, гольфы).

Боли в плечевом суставе как показание к легтебной физической культуре

Меры, направленные на предотвращение и снятие боли в плечевом суставе:

• тщательное позиционирование больных — выведение лопатки в положение протракции (вперед) при расположении больного на «больном» боку, поддержка паретичной руки подушкой в положении лежа на «здоровом» боку, поддержка плечевого сустава подушкой (в положении лежа на спине);

• обучение персонала и родственников щадящим техникам перемещения пациента и правилам обращения с паретичной рукой;

• раннее применение пассивных движений в паретичной руке и в плече в пределах физиологической амплитуды движения, соблюдая паттерн естественного движения.

Питание больных, перенесших инсульт

Всем пациентам, поступающим под наблюдение медицинского персонала, проводится скрининговое тестирование функции глотания. В зависимости от результатов тестирования осуществляется выбор типа питания для каждого пациента.

Парентеральное питание

Парентеральное питание проводится при отсутствии возможности обеспечить адекватное энтеральное питание.

Для восполнения внешних потерь жидкости и электролитов следует избегать полного парентерального питания по причине его высокой стоимости. Для этой цели используется внутривенная инфузия обычных растворов электролитов.

Парентерально при значительном снижении общего белка в плазме (норма — от 60 ммоль/л) требуется введение альбумина, нативной одногруппной плазмы или — при сочетании с анемией — одногруппной крови.

Во избежание флебитов инфузия растворов для парентерального питания осуществляется только в крупные вены.

Полное парентеральное питание противопоказано пациентам с нестабильной гемодинамикой, гиповолемией, кардиогенным или септическим шоком, при тяжелом отеке легких или перегрузке жидкостью, анурии, выраженных метаболических и электролитных расстройствах.

Зондовое питание

Энтеральное питание всегда предпочтительнее парентерального. Энтеральное искусственное зондовое питание (ЗП) более экономично, безопасно и полноценно и сохраняет структуру и функциональную целостность кишечника. Показания к ЗП таковы:

• грубые нарушения функции глотания с белково-энергетической недостаточностью (неадекватное поступление пищи естественным путем в течение 5 предыдущих дней);

• коматозное и сопорозное состояние больного. Назогастральный зонд устанавливают, направляя его через средний (самый широкий) носовой ход.

Предпочтительнее использование тонких полимерных зондов (8–10 Fr). Перед началом кормления необходимо проверить правильное расположение зонда (аускультативно с поддуванием воздуха, использование индикаторов pH и т. п.). При необходимости длительного применения зонда его смена осуществляется каждые 4 нед. при регулярном уходе за полостью рта и носовыми ходами.

Предпочтительнее использование полноценных питательных смесей, содержащих сбалансированное количество белков, углеводов, крупномолекулярных жиров и микроэлементов («Берламин», «Петамен», «Нутрен», «Нутризон»). При тщательном подборе ингредиентов диетологом возможно использование модульных питательных смесей (нутри-соя, детское питание, белковый порошок, жидкие углеводы и т. п.).

Кормление

• Перед кормлением через зонд необходимо придать больному возвышенное положение (для профилактики аспирации: угол наклона равен 30°, приподнята не только голова, но и плечи) или — при отсутствии противопоказаний — посадить больного.

• Энергетические потребности ЗП определяют индивидуально. В среднем их рассчитывают следующим образом: для поддержания

массы тела — 30–35 ккал/кг; для восстановления массы тела — 35–40 ккал/кг, потребность в белках — 0,8–1,0 г/кг в сутки, для купирования белкового дефицита — 1,1–1,5 г/кг белка в сутки.

• Суточная потребность в жидкости — 30 мл/кг веса + 10 % при повышении температуры тела на каждый градус (выше 37 °С). Потребность в жидкости может существенно снижаться при застойной сердечной недостаточности, почечной недостаточности, циррозе печени.

Режимы введения

• Если пациент не получал энтерального питания несколько дней, то предпочтительно применять постоянное капельное введение питательных смесей в течение 24 ч через дозатор. Питание начинают со скоростью 40 мл/ч, увеличивая на 25 мл/ч каждые 8–12 ч до достижения желательной скорости введения (максимум — 120 мл/ч).

• Болюсное введение смесей приближено к нормальному приему пищи. Смесь вводят капельно или шприцем 3–5 раз в сутки, первоначально не более 100 мл, максимум 250 мл смеси.

• Большинство смесей с энергетической ценностью 1 ккал/мл содержат примерно 75 % необходимой воды, поэтому количество свободной жидкости должно быть не менее 25 % от общего объема смесей (например, на 1600 мл 24-часового ЗП должно приходиться 40 мл воды). Дополнительная свободная жидкость должна вводиться на 2–3-й прием (используется питьевая вода). Этот объем включает в себя воду для промывания зонда от остатков пищи и медикаментов. Через зонд вводят измельченные таблетированные формы препаратов.

При затруднении глотания кормление проводят только в положении больного сидя (с опорой под спину).

В раннем периоде реабилитации осуществляют:

• оценку функции глотания;

• подбор позы для наиболее эффективного и безопасного глотания (наклон головы вперед, поворот в пораженную сторону в момент проглатывания);

• подбор консистенции пищи (мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре) и жидкости (консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа, воды). Необходимо помнить, что чем более жидкие пища или питье, тем труднее сделать безопасный (без аспирации) глоток;

• исключение из рациона продуктов, часто вызывающих аспирацию: жидкость обычной консистенции (вода, соки, чай), хлеб, печенье, орехи;

• при кормлении пищу закладывают в рот небольшими порциями с непораженной стороны;

• контроль за необходимостью использования зубных протезов;

• тщательная ревизия полости рта после окончания кормления (оставшаяся пища может быть аспирирована);

• после кормления пациент остается в вертикальном положении 30 мин. Назначение антибиотиков требует профилактики дисбактериоза (бифидок, колибактерин и др.).

Восстановление нарушений функции тазовых органов

Меры, применяемые при острой задержке мочеиспускания

• Ранняя активизация для возможности поддержания физиологической позы при мочеиспускании (например, сидя на прикроватном туалете), обеспечение приватной обстановки.

• Механические методы стимуляции мочеиспускания: орошение промежности теплой водой, мягкое постукивание или вибрация по передней брюшной стенке в области проекции мочевого пузыря.

• При нарушении сознания у больного или при отсутствии эффекта от действий показана катетеризация катетером Фолея. Катетер должен быть соединен со стерильным мешком для сбора мочи (закрытая система). Мочу из мочеборника сливают по мере необходимости, не отсоединяя его от катетера. Каждые 5 суток производится замена мочеборного мешка на стерильный. Через 5 дней желательно снять катетер и оценить возможность пациента мочиться самостоятельно.

• Следует обеспечить пациента адекватным количеством получаемой жидкости из расчета 30 мл/кг веса (желательно получение жидкости через рот или назогастральный зонд).

Меры, применяемые при недержании мочи

• Необходимо обеспечить пациента адекватным количеством жидкости.

• Следует рассмотреть возможность использования наружного condomного мочеприемника у мужчин и памперсов для женщин. При тщательном уходе за кожными покровами condomный мочеприемник менять каждые 24 ч (максимум — 48 ч). Мешок для сбора мочи ежедневно промывать проточной водой, после чего его снова можно использовать в течение 3–5 сут.

• При высоком риске развития пролежней (дегидратация, сахарный диабет, нарушение сознания, большой вес или кахексия) допустимо использование катетера Фолея, соединенного со стерильным мешком для сбора мочи. Катетер может быть установлен