

Реабилитация после инсульта

Р. М. Мартинес

Доктор медицины, руководитель отделения реабилитации Мемориального медицинского центра Аман Родригес (Филиппины)

Stroke Rehabilitation

R. M. Martinez

M. D., Chairman, Rehabilitation Unit of Amang Rodriguez Memorial Medical Centre, Philippines

По материалам симпозиума, проведенного компанией EVER Neuro Pharma GmbH в рамках 9-й Азиатской конференции по нейрогенезу и нейропластичности 14 июля 2016 г. в городе Брисбен (Австралия). В рамках симпозиума прозвучал доклад доктора Р. М. Мартинеса, посвященный реабилитации пациентов после инсульта.

Эпидемиологические данные, полученные на Филиппинах, преимущественно соответствуют мировым. Население Филиппин превышает 100 млн человек. По данным Всемирной организации по борьбе с инсультом (2014), его распространенность составляет 0,9% (ишемический — 70%, геморрагический — 30%). Инсульт — 2-я по частоте причина смерти и 5-я причина заболеваемости. Стандартизированная по возрасту частота встречаемости АГ — 20,6%, сахарного диабета — 6,0%, дислипидемии — 72,0%, курения — 31,0%, ожирения — 4,9%. Соотношение неврологов и пациентов в этом регионе (1 : 330 000) является основной причиной обеспокоенности качеством оказываемой медицинской помощи в области неврологии; при этом 67% неврологов работают в городах.

Эти неблагоприятные для пациентов факторы осложняются малым числом имеющихся инсультных отделений. Всего в 1834 больницах на Филиппинах (1111 частных и 723 государственных) оказывают помощь при инсульте.

Организации, занимающиеся вопросами лечения и реабилитации таких больных:

- Филиппинская академия семейных врачей;
- Филиппинский колледж врачей;
- Филиппинская ассоциация неврологов;
- Филиппинское общество борьбы с инсультом;
- Филиппинское общество нейрореабилитации;
- Филиппинская академия восстановительной медицины.

Филиппинская академия восстановительной медицины разработала клинические рекомендации по реабилитации пациентов, перенесших инсульт (2011–2012). В них освещены следующие вопросы:

- реабилитация после инсульта в амбулаторных условиях и стационаре;
- сроки, интенсивность и продолжительность реабилитации;
- вторичная профилактика инсульта;
- восстановление функции верхних и нижних конечностей;
- реабилитация по месту жительства и реинтеграция.

Среди основных последствий инсульта названы спастичность, боль в плече, когнитивные нарушения, расстройство восприятия, апраксия, афазия, дисфагия и аспирация, депрессия.

В исследовании, проведенном Филиппинской академией восстановительной медицины в 2015 г., показано, что качество реабилитации перенесших инсульт больных не-

достаточно и требуется его дополнительная оценка, особенно с точки зрения получения необходимых ресурсов.

Доктор Р. М. Мартинес ознакомил слушателей с результатами ретроспективного исследования влияния терапии церебролизином на пациентов, перенесших инсульт, при реабилитации в амбулаторных условиях.

Исследование было проведено в 2015 г. в Мемориальном медицинском центре Аман Родригес (Филиппины), на базе отделения физиотерапии и реабилитации. Больные (315 человек) были направлены на реабилитацию сравнительно поздно, спустя 4–7 мес после перенесенного инсульта. Отсроченное назначение препарата было обусловлено преимущественно ограниченными финансовыми возможностями.

Протокол исследования представлен на *рисунке*.

Критерии включения:

- возраст 18 лет и старше;
- инсульт, подтвержденный документально с помощью КТ или МРТ;
- стабильные показатели жизненно важных функций;
- отсутствие судорог;
- отсутствие терапии спастичности;
- информированное согласие на лечение церебролизином;
- процедуры физиотерапии/реабилитационной терапии не реже 2 раз в неделю.

Критерии исключения:

- возраст младше 18 лет;
- другие причины гемипареза (например, опухоли, травматическое повреждение головного мозга, артериовенозная мальформация, инфекции, генерализованная полинейропатия);
- гемипарез, не подтвержденный документально;
- нестабильные показатели жизненно важных функций;
- судороги;
- терапия спастичности;
- отсутствие информированного согласия;
- процедуры физиотерапии/реабилитационной терапии реже 2 раз в неделю.

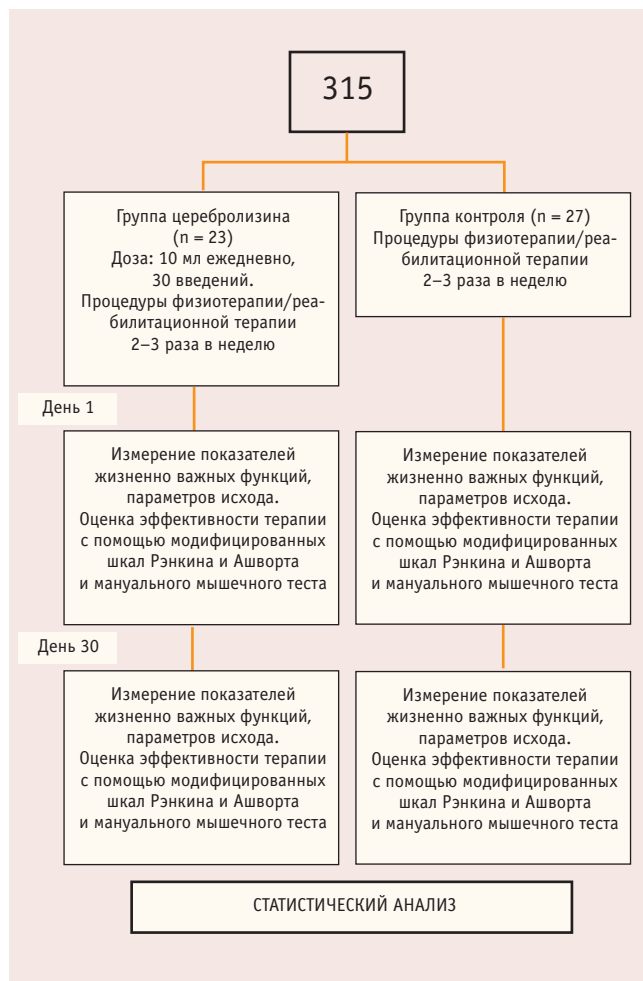
При анализе демографических данных не было отмечено значимых различий между группами церебролизина и контроля. Для оценки эффективности терапии у участников использовали модифицированную шкалу Рэнкина, модифицированную шкалу Ашворта и мануальный мышечный тест (ММТ).



В результате применения церебролизина отмечено уменьшение средних значений спастичности в грудной, двуглавой мышце плеча, сгибателях запястья и пальцев рук, мышцах задней поверхности бедра, задней большеберцовой и икроножной мышцах за период с дня 1 по день 30 (табл. 1).

Значимое улучшение моторной функции конечностей ко дню 30 в группе церебролизина зафиксировано и при ее

Рис. Протокол исследования влияния терапии церебролизином на пациентов, перенесших инсульт (препарат вводили внутримышечно)



оценке с использованием ММТ и модифицированной шкалы Рэнкина (табл. 2).

При сравнении средних показателей спастичности по модифицированной шкале Ашворта обнаружилось, что в группе церебролизина спастичность в грудной, двуглавой, задней большеберцовой и икроножной мышцах, сгибателях запястья и пальцев, мышцах задней поверхности бедра значительно уменьшилась (табл. 3).

Таблица 1

Показатели спастичности в группе церебролизина

Мышцы	День 1	День 30	P
<i>Верхняя конечность</i>			
Грудная мышца	2,39 ± 0,89	1,48 ± 0,67	0,002
Двуглавая мышца	2,78 ± 0,80	1,74 ± 0,62	0,000
Сгибатели запястья	2,65 ± 0,94	1,57 ± 0,73	0,000
Сгибатели пальцев	2,96 ± 0,88	2,00 ± 0,74	0,000
Мануальный мышечный тест	1,91 ± 0,85	2,87 ± 0,63	0,000
<i>Нижняя конечность</i>			
Мышцы задней поверхности бедра	1,61 ± 0,78	0,78 ± 0,80	0,001
Задняя большеберцовая мышца	2,80 ± 0,83	1,57 ± 0,79	0,000
Икроножная мышца	2,91 ± 0,67	1,57 ± 0,73	0,000

Таблица 2

Показатели моторной функции в группе церебролизина, полученные с использованием мануального мышечного теста и модифицированной шкалы Рэнкина

Методы оценки	День 1	День 30	P
Мануальный мышечный тест:			
• двуглавая мышца	1,91 ± 0,85	2,87 ± 0,63	0,000
• четырехглавая мышца	1,48 ± 0,73	2,70 ± 0,70	0,000
Модифицированная шкала Рэнкина	3,70 ± 0,64	2,26 ± 0,69	0,000

Таблица 3

Средние значения разницы в спастичности конечностей по модифицированной шкале Ашворта (день 1 — день 30)

Мышцы	Группа церебролизина	Группа контроля	P*
Грудная мышца	-0,91** ± 1,12 ^X	0,15 ± 1,13 ^Y	0,002
Двуглавая мышца	-1,04 ± 0,64 ^X	0,26 ± 0,86 ^Y	0,000
Сгибатели запястья	-1,09 ± 0,60 ^X	0,04 ± 0,98 ^Y	0,000
Сгибатели пальцев	-0,96 ± 0,64 ^X	-0,26 ± 0,90 ^Y	0,007
Мышцы задней поверхности бедра	-0,83 ± 0,89 ^X	0,00 ± 0,55 ^Y	0,000
Задняя большеберцовая мышца	-1,26 ± 0,75 ^X	0,41 ± 0,80 ^Y	0,000
Икроножная мышца	-1,35 ± 0,65 ^X	0,22 ± 0,97 ^Y	0,000

* Значения с такой же оценкой (X, Y) в столбце не значимы при 0,05 (знаковый критерий Уилкоксона).

** Отрицательное среднее значение разницы означает, что спастичность уменьшилась.

Средние значения разницы оценок по мануальному мышечному тесту и модифицированной шкале Рэнкина (день 1 — день 30)

Методы оценки исхода	Группа церебролизина	Группа контроля	P*
Мануальный мышечный тест:			
• двуглавая мышца	0,96 ± 0,82	1,04 ± 0,76	0,554
• четырехглавая мышца	1,22 ± 0,74	1,22 ± 0,89	0,950
Модифицированная шкала Рэнкина	-1,43** ± 0,79 ^x	-0,93 ± 0,92 ^y	0,038

* Значения с такой же оценкой (X, Y) в столбце не значимы при 0,05 (знаковый критерий Уилкоксона).

** Отрицательное среднее значение разницы в оценке по шкале Рэнкина означает улучшение функции.

Сравнение средних значений разницы оценок, полученных с помощью шкалы Рэнкина, показало значимое различие между группами (табл. 4). Показатели ММТ в обеих группах также улучшились (см. табл. 4).

Спастичность наблюдается примерно у 60% пациентов, выживших после инсульта. Положительное влияние церебролизина на спастичность и восстановление моторных функций объясняется механизмом его действия.

Мышечный тонус, состояние мышечного сокращения находятся под контролем двух факторов:

- ингибирующих (расслабляющих) сигналов, идущих от головного мозга к спинному и вызывающих высвобождение химического вещества ГАМК, которое приводит к расслаблению мышц;
- возбуждающих, стимулирующих сигналов, заставляющих мышцы сокращаться.

Если баланс между этими факторами сохраняется, наблюдается нормальный тонус мышц. Спастичность вызывается повреждением отделов головного мозга, которые отправляют сигналы для высвобождения ГАМК. Повреждение может произойти на любом участке сигнального пути от головного мозга через ствол мозга и до спинного. Конечный результат одинаков — дефицит ГАМК и относительный избыток возбуждающих импульсов.

Церебролизин ингибирует синаптическую передачу через пресинаптические рецепторы ГАМК-В, демонстрируя актив-

ность агониста ГАМК. Кроме того, выявлено, что церебролизин стимулирует важные нейротрофические факторы, такие как ангиопоэтин 1 и фактор роста эндотелия сосудов, в сосудистой сети головного мозга. Данные стабилизирующие сосудистую сеть вещества также важны для роста аксонов и способствуют общему восстановлению после инсульта на моделях у животных. Эти и другие факторы могут играть важную роль в достижении терапевтических эффектов церебролизина — в восстановлении моторных функций и уменьшении спастичности у пациентов, перенесших инсульт.

Терапия церебролизином в течение 30 дней безопасна и может значимо снижать спастичность, восстанавливать и улучшать моторные функции при проведении реабилитации амбулаторных больных после инсульта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сложность реабилитации после инсульта требует постоянного поиска новых вариантов терапии. Прогресс в области тромболиза и тромбэктомии позволил достичь новых успехов в лечении данной патологии. Аналогично и недавние разработки в сфере фармакологической поддержки восстановления после инсульта, включая церебролизин, значительно расширяют возможности терапии таких больных. ■

Библиографическая ссылка:

Мартинес Р. М. Реабилитация после инсульта // Доктор.Ру. 2017. № 1 (130). С. 41–43.