



Профессор В.В. ЗАХАРОВ: «Современные методы нейрореабилитации позволяют вернуть к активной жизни больных, перенесших инсульт»



– В настоящее время проблема нарушений мозгового кровообращения остается одной из наиболее актуальных...

– Согласно международной статистике, инсульт ежегодно переносят более чем 20 млн человек во всем мире. При этом каждый третий пациент погибает в течение года, большинство оставшихся в живых становятся инвалидами. В России ежегодно регистрируется более 400 тысяч новых случаев инсультов. Это не считая тех пациентов, которые не обращаются за помощью, или больных, у которых инфаркт мозга протекает бессимптомно и выявляется только при проведении магнитно-резонансной или компьютерной томографии.

– Как можно минимизировать негативные последствия инсульта?

– В нашей стране рост частоты инсультов во многом обусловлен недостаточной первичной и вторичной профилактикой. Президент Всемирной федерации неврологов, профессор Владимир Хачински (Канада) недавно озвучил такие цифры: до 90% инсультов можно предотвратить, если вести здоровый образ жизни, не злоупотреблять алкоголем и никотином, а также контролировать давление, уровень сахара и холестерина в крови. Большое значение также имеет соблюдение врачебных рекомендаций людьми, входящими в группу риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Между тем приверженность больных к лечению, например, ар-

териальной гипертензии остается крайне низкой.

Исход инсульта во многом зависит от своевременного оказания экстренной медицинской помощи и проведения комплексной реабилитации после стабилизации состояния больного.

– С какими методами лечения инсульта сегодня связаны надежды медиков?

– На протяжении последних лет наиболее актуальной и эффективной технологией является тромболитическая терапия. В острейший период инсульта проведение тромболиза способствует благоприятному исходу заболевания и позволяет в дальнейшем вернуть больного к нормальной жизни. Эта технология благодаря политике министра здравоохранения страны Вероники Игоревны Скворцовой сейчас активно внедряется не только в центральных лечебных учреждениях, но и в ведущих клиниках российских регионов.

Отмечу, что тромболизис – это, при отсутствии противопоказаний, универсальный метод лечения ишемического инсульта. Однако важно учитывать несколько моментов. Во-первых, тромболизис наиболее эффективен в период так называемого терапевтического окна – первые 1,5–4,5 часа с момента развития инсульта, дальше в мозге происходят необратимые изменения. Во-вторых, тромболизис категорически противопоказан при кровоизлиянии в мозг. Именно поэтому наличие диа-

Инсульт остается одной из наиболее частых причин смертности и инвалидизации населения. О роли профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, наиболее актуальных методах лечения инсульта, возможностях реабилитации постинсультных расстройств и о факторах, снижающих эффективность восстановления больного в постинсультный период, – в беседе с профессором кафедры нервных болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Владимиром Владимировичем ЗАХАРОВЫМ.



Актуальное интервью

гностической службы нейровизуализации является обязательным условием для оказания эффективной помощи больным с инсультом. Компьютерная томография головного мозга позволяет при поступлении больного дифференцировать у него наличие ишемического инсульта, обусловленного закупоркой сосудов, или геморрагического инсульта.

– Когда надо начинать процесс реабилитации больного после инсульта?

– Очень важно, чтобы реабилитация пациента после инсульта начиналась в максимально ранние сроки. В восстановительный период запускаются репаративные процессы головного мозга, во время которых происходит «переобучение» нейронов – неповрежденные отделы головного мозга берут на себя функции пострадавших отделов. Исключением является тяжелый, обширный инсульт, особенно у пожилых людей, у которых репаративные возможности мозга ограничены. В таких случаях восстановление может быть минимальным или вовсе отсутствовать. Наша задача в этот восстановительный период – максимально поддержать головной мозг, оптимизировать репаративные процессы. Медикаментозное лечение подразумевает назначение препаратов, которые улучшают кровоснабжение мозга и метаболические процессы. Кроме того, доказано, что репаративные процессы стимулируют физические, речевые методы реабилитации. Именно поэтому, если позволяет состояние, уже в остром периоде заболевания пациенту нужно давать посильную физическую, речевую и интеллектуальную нагрузку.

Разумеется, реабилитация – это комплексный процесс, и восстановительные мероприятия проводятся командой специалистов: неврологами, нейрохирургами, психиатрами, нейрофизиологами,

психологами, нейродефектологами, а также массажистами и методистами по лечебной физкультуре.

– Что может отрицательно влиять на эффективность реабилитационных мероприятий у постинсультных больных?

– К одним из таких факторов относится постинсультная деменция, которая развивается у каждого четвертого пациента и затрудняет процесс реабилитации и проведения вторичной профилактики. В этом случае рекомендуется назначать ингибиторы ацетилхолинэстеразы или мемантин, эффективность которых на сегодняшний день считается доказанной и не вызывает сомнений. Эти лекарственные средства позволяют существенно уменьшить выраженность когнитивных нарушений.

Кроме того, специалистам необходимо обращать внимание на эмоциональное состояние пациентов, перенесших инсульт. Важным предиктором плохого восстановления повседневной активности и снижения качества жизни является постинсультная депрессия, которой страдает каждый третий больной. Это может быть связано с очаговой патологией мозга или реакцией на болезнь. Именно поэтому одним из ключевых компонентов лечения данных больных является терапия депрессии с помощью современных антидепрессантов, к которым относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

– Какие диагностические методы позволяют выявить у больного наличие постинсультного депрессивного расстройства?

– Существует несколько способов диагностики постинсультной депрессии. Один из них – это неформализованная, свободная беседа с пациентом, когда врач задает любые вопросы, а потом, сверившись с существующими диагностическими критериями депрессии, ставит клинический диагноз. Так

в большинстве своем работают психиатры. Неврологи, как правило, используют формализованные шкалы, например, госпитальную шкалу депрессии и тревоги. Этот метод не такой развернутый, как клиническая диагностика, но тем не менее чувствительность его достаточно высока.

Для диагностики когнитивных функций разработано множество нейропсихологических тестов. В повседневной практике рекомендуется использовать простые скрининговые методики, не требующие много времени, но достаточно высокоспецифичные, такие как Монреальская шкала оценки когнитивных функций, тест рисования часов и др.

– Каков наиболее оптимальный алгоритм ведения больных после инсульта?

– Резюмируя все вышесказанное, можно выделить три основных направления в тактике ведения пациента после инсульта. Это прежде всего лечение основного сосудистого заболевания, послужившего причиной инсульта, – гипертонии, сердечно-сосудистой патологии. Если не устранить причину, риск возникновения повторного инсульта остается чрезвычайно высоким. В этой связи с первых часов инсульта больному назначаются антиагреганты, антигипертензивные препараты, статины. Второе направление включает двигательную и речевую реабилитацию. И, наконец, лечение нервно-психических нарушений – деменции и депрессии, которые ограничивают возможности реабилитации, не позволяя наиболее полно восстановить утраченные функции.

Еще один важный момент – реабилитация должна быть преемственной, поэтапной и продолжаться до возможного восстановления утраченных функций. Хочу подчеркнуть, что современные комплексные методы нейрореабилитации, начатые своевременно, позволяют вернуть к активной жизни больных, перенесших инсульт. *

Неврология