

Сенсорная стимуляция в острейшем и остром периодах инсульта

Святская Е.Ф., Емельянов Г.А., Сикорская И.С., Жукова Т.В., Гиль И.Г.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Проблема цереброваскулярной патологии и прежде всего, острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), сохраняет свою актуальность и значимость во всех странах мира, что обусловлено высоким уровнем смертности от инсульта, тяжестью его последствий. По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, частота инсультов в Беларуси составляет 4 случая на 1000 населения в год и занимает третье место среди причин смерти. Среди выживших пациентов 80% так или иначе нуждаются в поддержке из-за сформировавшихся последствий в виде статодинамических, сенсорных, речевых нарушений, расстройств манипулятивной функции руки, когнитивных расстройств. Налаженная система неотложной помощи таким пациентам (тромболизис, томбэкстракция, нейрохирургическое лечение) позволяет повысить выживаемость пострадавших. Становится чрезвычайно важным не упустить терапевтическое реабилитационное окно,

позволяющее добиться максимального результата. Следовательно, современная нейрореабилитация должна начинаться уже в отделении (палате) интенсивной терапии в первые 24-48 часов.

В острейшем и остром периодах инсульта у пациентов имеет место различный уровень нарушения сознания, от лёгкой оглушённости до сопора и комы, что приводит к формированию эмоционально-когнитивного диссонанса, который может трансформироваться в форму устойчивого расстройства в рамках проявления синдрома последствий интенсивной терапии [1]. В то же время, моторная депривация – невозможность реализовать функционально доступный двигательный акт, приводит к распаду сенсомоторного образа. Сочетание ограничения движения, снижение уровня стимулов для зрительной, слуховой, тактильной, обонятельной, вкусовой систем часто вызывает синдром сенсорной депривации, нарушения в работе сенсорных систем и сенсорную дезинтеграцию. И если пациент подвергается иммобилизации более 2 дней, у него искажается работа проприоцептивной и тактильной систем, с большой долей вероятности снижается глубокая и поверхностная чувствительность, развивается компенсационный гипертонус, появляются речевые нарушения [2, 3].

Как известно, «качественные движения невозможны без адекватных сенсорных сигналов, связанных с движением и познанием. Ощущения-движения-интеллект эти три составляющих связаны и неразрывны, непрерывно стимулируя и уравновешивая друг друга», – Гленн Доман. Соответственно, чрезвычайно важным является своевременная мультисенсорная перцептивная стимуляция – сбалансированное воздействие на различные сенсорные системы человека: – внешние (зрение, слух, обоняние, вкус); – внутренние (болевая, температурная, тактильная, проприоцептивная, интероцептивная, вестибулярная).

Мультисенсорная перцептивная стимуляция в острейшем и остром периодах инсульта состоит из вербальной, визуальной, слуховой, обонятельной, вкусовой, тактильной, проприоцептивной стимуляции.

Ещё в отделении интенсивной терапии и реанимации или в палате интенсивной терапии, либо в инсультном неврологическом отделении рациональным является включение в программу реабилитации элементов клинико-психологической реабилитации, направленной на профилактику эмоциональных нарушений и поддержание когнитивного функционирования пациента за счет верbalного общения и тактильных контактов с родственниками. Важным компонентом является обеспечение пациента очками, слуховым аппаратом, наручными часами, съемными зубными протезами и другими аксессуарами, которыми он пользовался до болезни. Это позволит получать адекватную информацию от внешней среды.

Вместе с тем, необходимо избавить пациента от голода, жажды, плохой работы кишечника. Максимально устраниить дискомфорт от натяжения

трубок, катетеров, дренажей, придать комфортное положение тела и обеспечить цикличную его смену, необходимо исключить или минимизировать фиксацию пациента.

Персонал должен постоянно общаться с пациентом как с полноправным участником лечебного процесса, поддерживать связь с внешним миром, напоминать, какое сегодня число, время суток и т.д., что способствует осознанию пациентом происходящих с ним и вокруг него событий, улучшению его ориентации в месте, времени и собственной личности. В то же время, целесообразно в палате организовать среду, ориентированную на реальность (меловая доска с датой, большие календарные часы на стене, размещение фотографий близких около кровати) [1, 5].

Пациенту в сознании необходимо объяснить, что с ним происходит, какой смысл имеют те или иные манипуляции, как они могут повлиять на его самочувствие.

Чрезвычайно важным фактором является общение пациентов с родственниками. Рекомендуется, при соблюдении санитарно-эпидемиологического режима, организовать посещения и контакт пациента с родственниками, а также использование устройств связи (мобильные телефоны и пр.).

Немаловажным компонентом сенсорной (поприоцептивной) стимуляции является правильное позиционирование пациента (постуральная коррекция), включая вертикализацию – приданье оптимальной позы, способствующей предупреждению осложнений периода иммобилизации и восстановлению механизмов обеспечения гравитационного градиента и локомotionи, в частности, прямохождения [1]. Благодаря постуральной коррекции происходит управление активацией рефлекторных реакций (шейных тонических и лабиринтных рефлексов, миотатического рефлекса), поддержка и стабилизация схемы тела, улучшение восприятия пространства. Приподнятое изголовье кровати до угла в 30 градусов позволяет пациенту сохранить гравитационный градиент и в то же время наблюдать за обстановкой в палате, смотреть в окно, ориентироваться в окружающем пространстве. Поприоцептивной стимуляции содействует пассивная суставная гимнастика, для «тяжелых» пациентов – проприоцептивный массаж суставов, тактильный массаж кожи (поглаживания).

Эмоционально-когнитивная реабилитация пациентов в острейшем и остром периодах инсульта включает видео, аудио, тактильные, вкусовые и прочие положительные мультисенсорные стимулы.

Соответственно, целесообразно создать стимулирующую среду в дневное время посредством яркого света. Обогатить реабилитационное пространство визуальными стимулами (важные для пациента предметы, фотографии, картины на стенах, возможность смотреть в окно, посматривать видео, использование световых элементов сенсорной комнаты). Дополнить среду можно лёгкой музыкой, любимыми пациентом произведениями или

популярными классическими или эстрадными фрагментами, прослушиванием звуков природы, пения птиц и пр. Музыка способствует снижению потребности в анальгетиках [4], снижает уровень тревожности и повышает приверженность к реабилитационному лечению.

Обонятельные тренировки лучше проводить с использованием аромалампы и предпочтительных для пациента запахов.

Вкусовая стимуляция заключается в предъявлении пациенту вкусовых раздражителей в виде пищевых продуктов, которые предпочитает пациент (соки, фрукты, овощи, йогурты, мясные продукты и пр.) пюреобразной консистенции и в малых дозах. Важным компонентом мультисенсорной стимуляции является то, что все стимулы должны максимально соответствовать естественным условиям жизни пациента.

Тактильная стимуляция в виде прикосновений, поглаживаний, массажа кожи, стимуляции поверхностями различной текстуры, температурные тренинги показана даже самым «тяжелым» пациентам и предотвращает развитие синдрома сенсомоторной депривации.

Если в дневное время пациенту необходимо создать стимулирующую реабилитационную среду, то вочные часы важно обеспечить максимальный покой, необходимый для полноценного отдыха. То есть, сохранение циркадного ритма, прежде всего сна – ещё один из важнейших компонентов сенсорного тренинга.

На качество сна влияют ночное кормление, круглосуточный свет, разговор персонала, тревоги мониторов, звуки респираторов. Между тем, обеспечение сна в период пребывания в инсультном отделении является способом снижения риска когнитивных нарушений, в том числе психомоторного возбуждения и делирия. Помимо этого, сохранение структуры сна позволяет поддержать позитивное эмоциональное состояние пациента, его мотивированность в участии в лечебно-реабилитационной программе, а также повышает толерантность к мышечной активности [6].

Рекомендации по улучшению сна у пациентов в острейшем и остром периодах инсульта:

Дневные маневры:

- ✓ Открытые жалюзи.
- ✓ Избегать кофеинсодержащих нутриентов после 15:00.
- ✓ Ограничение периода дремоты менее 50% дневного времени.

Ночные маневры:

- ✓ Исключение ночного кормления.
- ✓ Уменьшение яркости света в 22:00.
- ✓ Опущение кроватных штор или жалюзи в 22:00.
- ✓ Умывание теплой водой в 22:00.
- ✓ Оптимизация комнатной температуры.
- ✓ Отключение телевизора (радио).

- ✓ Ограничение пробуждений персоналом в интервале времени от 0 до 5 утра.
- ✓ Глазная маска.
- ✓ Беруши.

Для восстановления фазности ночного сна целесообразно применение снотворных средств небензодиазепиновой структуры. А для профилактики нарушений циркадности возможно рассмотреть применение мелатонинсодержащих препаратов [1, 4].

Массаж и другие тактильные методики могут снижать тревогу и способствовать сну.

Таким образом, для развития и сохранения моторной функции, способности к передвижению центральная нервная система должна получать, анализировать, обрабатывать, координировать импульсы от всех сенсорных систем, сопрягать их с двигательной и интеллектуальной активностью организма, а также запоминать и извлекать этот опыт, обеспечивая таким образом сенсомоторную интеграцию.

Интеграция сенсорных систем необходима для реализации любых сенсомоторных актов.

Сенсорная информация поступает и в покое, и в движении, и во сне.

Все стимулы, которые получает ЦНС – сенсорная информация.

В острой и остром периодах инсульта в результате моторной депривации происходит разобщение слаженного взаимодействия сенсорных, двигательных и интеллектуальных систем, что приводит к сенсомоторной дезинтеграции. Поэтому так важно уже в первые сутки от начала заболевания проводить сенсорную стимуляцию, как залог дальнейшего восстановления активностей пациента.

Литература

1. Реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (РеабИТ): метод. рекомендации Союза реабилитологов России и Федерации анестезиологов и реаниматологов // Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова [Электронный ресурс]. – 2022. – №2. – Режим доступа: <https://doi.org/10.21320/1818-474X-2022-2-XX-XX>. – Дата доступа: 12.03.2024.
2. Супонева Н.А., Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения / Н.А. Супонева, М.Н. Мальцева, А.А. Зимин // Вестник восстановительной медицины. – №2(78). – 2017 – С. 68-73.
3. Herridge M., Disability after critical illness / M. Herridge, J. Cameron // N. Engl. J. Med. – 2013. – Vol.369. – Suppl. 14. – P. 1367-1369.
4. Jean-Louis, V. Textbook of Critical Care E-Book (8th ed.) / V. Jean-Louis, V. Friegdeck, A. Moore // Publisher: Elsevier Health Sciences. – №12. – 2022. – P. 1376.
5. Ottens, T.H. The Delphi Delirium Management Algorithms. A practical tool for clinicians, the result of a modiGed Delphi expert consensus approach. / T.H. Ottens, C. Hermes, V. Page // Delirium. Published online January. – №12. – 2024.
6. Telias, I. Sleep and Circadian Rhythm in Critical Illness / I. Telias, M.E. Wilcox // Critical Care. – 2019 – №23(82). – P. 2-5.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

Основан в 1999 году

Выпуск 26

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск
«Колорград»
2024