

Таблица 2

Нарушения высших психических функций у больных с различной тяжестью течения ишемического инсульта

ВПФ	Степень нарушений (баллы, $M \pm m$) у больных с инсультом		
	среднетяжелые	с ограниченными последствиями	P
Нейродинамические характеристики	$1,12 \pm 0,21$	$0,83 \pm 0,23$	
Динамический праксис	$1,90 \pm 0,13$	$1,01 \pm 0,19$	$<0,001$
Праксис позы	$1,95 \pm 0,23$	$1,09 \pm 0,18$	$<0,01$
Пространственный праксис	$1,75 \pm 0,23$	$0,81 \pm 0,22$	$<0,01$
Тактильный гнозис	$1,42 \pm 0,22$	$1,11 \pm 0,24$	
Зрительно-конструктивная деятельность	$1,71 \pm 0,11$	$1,21 \pm 0,18$	$<0,05$
Акустический гнозис	$1,34 \pm 0,16$	$1,14 \pm 0,17$	
Слухо-речевая память	$1,39 \pm 0,19$	$1,21 \pm 0,20$	
Счет	$1,50 \pm 0,18$	$0,90 \pm 0,22$	$<0,05$
Зрительный гнозис	$1,58 \pm 0,19$	$1,05 \pm 0,15$	$<0,05$
Персеверации	$1,03 \pm 0,31$	$0,41 \pm 0,22$	

У больных различных клинических групп не наблюдалось принципиальных различий в структуре нейропсихологического дефекта; преобладали нарушения праксиса динамического, позного, пространственного, зрительно-конструктивной деятельности, слухоречевой памяти, счета, зрительного и акустического гнозиса. Это указывало на дисфункцию задне-височных и теменных структур. Таким образом, выявлена дисфункция областей, соответствующих всей зоне васкуляризации системы внутренней сонной артерии. При этом отмечались количественные

различия, в ряде случаев статистически достоверные, что свидетельствовало о более существенном нарушении высших психических функций в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта средней тяжести.

Итак, результаты нейропсихологического обследования больных в раннем восстановительном периоде инсульта позволили дать дополнительную оценку функциональному состоянию различных мозговых зон. В раннем восстановительном периоде преобладали нарушения праксиса динамического, позного, пространственного, зрительно-конструктивной деятельности, слухоречевой памяти, счета, зрительного и акустического гнозиса, что свидетельствовало о дисфункции задне-височных, височных и теменных структур, васкуляризируемых в основном бассейном средней мозговой артерии. Локализация очага в левом или правом полушарии обуславливает наличие отмеченных выше нарушений высших психических функций с формированием синдрома преимущественного поражения соответствующего полушария на фоне менее выраженной дисфункции других мозговых зон. Последнее, очевидно, связано с имеющей место у больных дисциркуляторной энцефалопатией и/или ее декомпенсацией на фоне острого нарушения мозгового кровообращения. Степень нарушений высших психических функций пропорциональна выраженности неврологических расстройств в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кроткова О. А. II Всесоюзная конференция молодых ученых-нейрохирургов.— Тез. докл.— Суздаль, 1973.

Поступила 06.02.94.

УДК 612.017.2:616.891.4—08

ПРИСПОСОБИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ — ИНТЕГРАТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ В СИСТЕМЕ НЕЙРОПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ

И. Р. Шмидт, О. Г. Коган

Кафедра неврологии (зав.— проф. И. Р. Шмидт) Новокузнецкого института усовершенствования врачей

Реферат. Применение показателя «приспособительная активность» в клинике неврологии оказалось адекватным при решении основных задач, возникающих в процессе лечения, реабилитации и профилактики неврологических заболеваний. Среди этих задач — характеристика индивидуальных особенностей болезни, эпидемиологическая характеристика выборки, оценка эффективности лечения, уровня реабилитации, задачи прогнозирования, врачебно-трудовой экспертизы, распределения по группам диспансерного учета и оценки эффективности профилактических мероприятий.

ЯРАКЛАШУ АКТИВЛЫГЫ — КЕШЕНЕН БИОЛОГИК ХАМ СОЦИАЛ ФУНКЦИЛӘРЕН НЕЙРОПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУ СИСТЕМАСЫНДА ИНТЕГРАТИВ КРИТЕРИЙ

И. Р. Шмидт, О. Г. Коган

«Яраклашу активлыгы» күрсәткечен неврология клиникасында куллануның нерв аыруларын дөвалау, реабилитацияләу һәм профилактик чараларда мөһим булуы турында мөгъләматлар китерелгән.

ABILITY TO ADAPTATION — AN INTEGRATIVE CRITERION IN NEUROPSYCHOREHABILITATION SYSTEM

I. R. Shmidt, O. G. Kogan

Summary. The use of «ability to adaptation» index in neurology clinic proved to be adequate in the decision

of basic tasks occurring in the process of treatment, rehabilitation and prophylaxis of neurologic diseases. The characteristic of individual peculiarities of the disease, epidemiologic characteristic of the selection, treatment efficacy estimation, rehabilitation level, prognosis tasks, medicoworking examination, distribution by dispensary account groups and prophylactic measures efficacy estimation are among these tasks.

Приспособительная активность (ПА) — это интегративный показатель состояния нервной системы, а также других органов и систем, обеспечивающих выполнение биологических и социальных функций [1]. Составляющими ПА являются способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию (выполнение гигиенических мероприятий и работ по дому), взаимобслуживанию, общению с окружающими (речевой контакт), контролю физиологических функций (прием пищи, акты мочеиспускания, дефекации, половая функция), к труду и обучению, а также адекватность восприятия окружающей обстановки, собственного организма, поведения и межличностных отношений.

Нами проведен анализ около 10 тысяч наблюдений за больными с неврологическими и нервно-психическими заболеваниями. При этом было установлено, что любое заболевание может протекать без нарушений ПА либо вызывать их расстройство различной степени. Наиболее адекватным оказалось выделение четырех градаций: незначительных, умеренных, значительных нарушений ПА и почти полной ее утраты. Разные составляющие при различных заболеваниях изменяются неодинаково, а некоторые из них сохраняются даже при почти полной утрате ПА (например, речевой и интеллектуальной контакты у больного с тяжелыми проявлениями бокового амиотрофического склероза). Было установлено также, что при любом заболевании выявляются симптомы, важные для топической и нозологической диагностики, но не влияющие на ПА, и симптомы, определяющие их нарушения. Выявление тех и других и их оценка особенно важны для решения задач реабилитации.

Нами разработана обобщенная характеристика выраженности нарушений ПА при таких заболеваниях нервной системы, как остеохондроз позвоночника, рассеянный склероз и рассеянный энцефаломиелит, оптикомиелит, инфекционно-аллергический полирадикулоневрит Гийена — Барре, миастения, наследственные заболевания нервной системы, клещевой энцефалит, менингиты, отдаленные последствия черепно-мозговой и спинальной травм, вегетативная дистония, невротизм и психопатии, вибрационная болезнь [1—6]. Заметим, что этими же критериями с некоторыми уточнениями можно пользоваться при любых заболеваниях.

Незначительные нарушения ПА. Способность к самостоятельному передвижению сохранена; затруднены бег, ходьба на дальние расстояния, в гору, по лестнице на непривычно высокий этаж, по пересеченной местности, в гололед и т. п. Способность к самообслуживанию также сохранена, а к взаимообслуживанию, особенно в большой семье, снижена. Восприятие окружающей обстановки и своего организма ухудшено в условиях дискомфорта, повышенной или длительной нагрузки на пораженную сенсорную систему. Осложнены ориентировка в пространстве и оценка окружающих предметов в условиях спешки, волнения. Легкие нарушения восприятия собственного тела имеют место в условиях психоэмоционального напряжения. Речевой контакт затруднен лишь при длительном или повышенном напряжении речевого аппарата.

Ухудшение межличностных отношений и легкая неадекватность поведения в условиях психоэмоциональных или физических нагрузок, или утомления проявляются невротическими или психопатическими реакциями. В поведении могут возникать и рентные тенденции. Способность к труду и обучению сохранена, но снижены работоспособность и производительность труда из-за утомляемости и потребности в частых передышках и дополнительном отдыхе. Трудоспособность ограничена в тех видах работ, которые требуют повышенного функционирования пораженной системы. Затруднения в учебе выявляются при больших нагрузках, недостаточном отдыхе, спешке, нерациональном преподавании, удаленности места обучения (важно для больных с двига-

тельными расстройствами). нарушении санитарных норм в учебном помещении и т. п.

Умеренные нарушения ПА. Передвижение на привычное расстояние в обычных условиях возможно, но затруднено нарушениями походки, необходимостью дополнительной опоры и отдыха. В сложных условиях (в гору, с грузом) самостоятельное передвижение практически невозможно. Самообслуживание возможно, но выполнение работ по дому, приобретению и приготовлению пищи ограничено, как и вероятность осуществить работы, связанные с обслуживанием семьи. Нарушено восприятие окружающей обстановки в обычных условиях в связи с умеренными расстройствами слуха, зрения, проприоцепции, наличием нистагма, глазодвигательных расстройств. Речевой контакт ограничен из-за умеренных нарушений речи или письма. Неадекватные формы эмоционально-аффективного поведения наблюдаются в обычных жизненных ситуациях и в ответ на привычные нагрузки. Для лиц с асоциальными тенденциями характерно установочное поведение. Осуществление физиологических актов в привычных условиях возможно, однако могут быть нарушения их контроля в виде императивных позывов к мочеиспусканию или дефекации, потребность в применении слабительных или выведении мочи катетером (непостоянно), снижена половая потенция, замедлен акт еды. Способность к труду ограничена, может быть временная нетрудоспособность в зависимости от характера труда. Способность к обучению возможна лишь при создании специальных условий с учетом нарушенных функций.

Значительные нарушения ПА. Самостоятельное передвижение возможно лишь в пределах помещения с использованием дополнительной опоры. Ограничена возможность самообслуживания, требуется периодическая посторонняя помощь. Способность к взаимообслуживанию утрачена, при завершённой полной и предельной реабилитации возможно выполнение элементарных домашних дел с использованием специальных приспособлений. Контакт с окружающими резко ограничен в связи с выраженными нарушениями речи, письма, а также в связи с ограничением общения из-за невозможности самостоятельного передвижения. Характерны стойкие и выраженные формы неадекватного эмоционально-аффективного реагирования, вплоть до изменения структуры ядра личности, определяющего поведение человека. У асоциальных личностей отмечается выраженная установка на потребительское отношение к обществу, что обуславливает симулятивные формы поведения для достижения целей. Возникают выраженные нарушения контроля физиологических актов и необходимость специальных мер для их осуществления. Трудоспособность утрачена. При полной и предельной реабилитации возможно выполнение отдельных видов работ в специальных условиях. Способность к обучению резко ограничена или утрачена, но при сохранении интеллекта возможно обучение в специально созданных условиях.

Почти полная утрата ПА. Характерна невозможность самостоятельно передвигаться, необходим постоянный посторонний уход. Почти полностью утрачена способность восприятия при комбинации сенсорных расстройств. Резко ограничено общение с окружающими. Наблюдаются

психотические формы поведения, антисоциальные установочные виды поведения — больничное слабоумие, установочная нетрудоспособность.

Из приведенной характеристики состояния ПА ясно, что ее нарушения любой степени могут быть обусловлены патологией различных отделов нервной системы и при этом выраженность болезни может быть оценена на основании единого подхода — обобщенного определения нарушения социальной и биологической адаптации пациента в связи с болезнью.

В зависимости от состояния ПА можно выделить пять степеней выраженности любого заболевания нервной системы.

1-я степень (легчайшая) — без нарушений ПА. Она констатируется при выявлении легких проявлений болезни, которые могут кратковременно усиливаться при повышенных нагрузках, уменьшаться или исчезая в оптимальных условиях. Легчайшая степень может быть приравнена к состоянию клинического здоровья, но ее выделение оказалось весьма эффективным при проведении эпидемиологических исследований, осуществлении пятигрупповой диспансеризации, профилактических и реабилитационных мероприятий. 2-я степень (легкая) характеризуется незначительными нарушениями ПА, 3-я (средняя) — умеренными, 4-я (тяжелая) — значительными, 5-я (крайне тяжелая) — почти полной утратой ПА. Поскольку нарушения ПА при различных заболеваниях нервной системы обусловлены преимущественным расстройством той или иной системы, коллективом кафедры неврологии разработаны конкретизированные характеристики для комплексной оценки каждой степени выраженности при основных заболеваниях нервной системы. Эти критерии, успешно используемые нами, нашими учениками и коллегами в течение 15 лет, позволили получить сопоставимые данные о клиническом полиморфизме и выраженности существенно различающихся заболеваний, определить столь важные для процесса реабилитации режим и этап, ее уровень, эффективность различных средств и методов, применяемых в системе реабилитации. Пятистепенная оценка выраженности болезни на основании учета нарушений ПА легла в основу распределения диспансеризуемых по группам учета и перевода их из группы в группу в процессе диспансеризации.

Выделение легчайшей степени выраженности болезни дало возможность при эпидемиологических исследованиях остеохондроза позвоночника выявить в популяции качественно отличающийся вариант неврологических проявлений и после генетико-эпидемиологических исследований обосновать двухпороговую модель подверженности к остеохондрозу позвоночника [7]. По-

казатели нарушения ПА имеют особое значение для врачебно-трудовой экспертизы, ибо с учетом социального критерия (наличия профессии, характера выполняемого труда) с их помощью можно определить характер экспертного заключения [8].

Таким образом, объективная и унифицированная оценка степени выраженности болезни с использованием интегративного критерия — состояния ПА — позволяет решить основные задачи, возникающие перед врачом в процессе лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий при различных неврологических заболеваниях. Среди этих задач — характеристика индивидуальных особенностей заболевания; эпидемиологическая характеристика распределения различных заболеваний по тяжести в различных регионах или в одном регионе, но в разные годы, в разных выборках населения; стандартизированная сравнительная оценка эффективности лечения; прогнозирование дальнейшего течения болезни, полноты и стойкости ремиссии, уровня реабилитации; обоснованное изменение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в зависимости от режима и этапа реабилитации; адекватное и максимально объективное решение вопросов ВТЭ; проведение пятигрупповой диспансеризации на основании единого для заболеваний нервной системы критерия. Реализация указанных мероприятий имеет важное значение для объединения и дифференциации усилий по оказанию лечебно-реабилитационной и профилактической помощи различным группам неврологических больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коган О. Г., Шмидт И. Р., Толстоколов А. А. и др. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника. — Новосибирск, 1983.
2. Коган О. Г., Гурков Я. В., Иванов В. В. и др. Клинико-морфофункциональная классификация миастении и принципы диагностики. — Методические рекомендации. — Новокузнецк, 1982.
3. Коган О. Г., Найдин В. Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. — М., 1988.
4. Коган О. Г. Реабилитация больных при травмах позвоночника и спинного мозга. — М., 1975.
5. Парфенова Л. В. Медицинские и социальные аспекты реабилитации неврологических больных. — Л., 1984.
6. Шмидт И. Р. Принципы диспансеризации при наследственных заболеваниях нервной системы. / Диспансеризация больных с заболеваниями нервной системы. — Ставрополь, 1990.
7. Шмидт И. Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. — Новосибирск, 1992.
8. Заславский Е. С., Ильина Э. Р. Врачебно-трудовая экспертиза при неврологических синдромах остеохондроза позвоночника. — Методические рекомендации. — Новокузнецк, 1981.

Поступила 25.01.94.

УДК 616.133.33—085.86

ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А. А. Скоромец, З. Ф. Буракова, Т. А. Скоромец

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав. — проф. А. А. Скоромец)
Санкт-Петербургского медицинского института имени акад. И. П. Павлова

Реферат. Проведены психореабилитационные мероприятия у больных с сосудистой патологией головного мозга. Показана возможность формирования у больных активной установки на психогигиеническую нейрососуди-

стую саморегуляцию, применения ими навыков ауторелаксации в психотравмирующих ситуациях, что повышает эффективность реабилитационных мероприятий и продлевает трудоспособность данного контингента.