

15. Дубилей Г.С. Восстановительное лечение больных с клинико-функциональными нарушениями кардиореспираторной системы при дисплазии соединительной ткани: Дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1997. – 122 с.

16. Клименков С.В. Бальнеотерапия и физические тренировки в реабилитации больных ишемической болезнью сердца с нарушениями ритма: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995.

17. Дубилей Г.С. Применение дозированных физических нагрузок в сочетании с милдронатом при восстановительном лечении больных с ПМК: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Томск, 1992. – 19 с.

18. Игишева Л.Н., Галеев А.Р. «ОРТОПЛЮС»: Методическое руководство. – Кемерово, 2000. – 32 с.

19. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия (реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации). – М., «Имедис», 1998. – 656 с.

20. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиасфера, 2006. – 312 с.

РЕЗЮМЕ

Синдром вегетативной дистонии (СВД), являясь облигатным признаком дисплазии соединительной ткани (ДСТ), вызывает функциональные отклонения в деятельности сердечно-сосудистой системы и снижает уровень адаптации организма. Для коррекции вегетативных расстройств у пациентов с ДСТ на санаторном этапе необходим выбор факторов воздействия, имеющих целенаправленное действие на разные звенья патогенеза заболевания, с целью стимуляции процессов адаптации. К лечебным факторам, отвечающим этим требованиям, относятся бальнеотерапия (радонотерапия) и дозирован-

ные физические нагрузки (ДФН). При их сочетанном применении уровень адаптации пациентов с симпатикотоническим течением СВД при ДСТ повышается за счет нормализующего действия радонотерапии на регуляторные процессы вегетативной нервной системы и тренирующего действия ДФН на сердечно-сосудистую систему. Использование предлагаемых факторов позволит в условиях санаторного этапа обеспечить состояние адаптивной устойчивости и повысить уровень здоровья пациентов.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, синдром вегетативной дистонии, бальнеотерапия, радоновые ванны, дозированные физические нагрузки.

ABSTRACT

Syndrome of vegetative dystonia (SVD), being an obligate factor of connective tissue dysplasia (CTD), causes functional deviation in the cardiovascular system activity, and lowers the level of organism adaptation. For the correction of vegetative disorders of patients with CTD on the sanatorium period, it is necessary to choose influencing factors, which have purposeful effect on different stages of disease pathogenesis, for the purpose of stimulation of adaptation process. Therapeutic factors, which satisfy those requirements, are balneotherapy (radonotherapy) and graduated weight physical bearing. Under the combined application of them, the level of adaptation of patients with sympathicotonic clinical course of SVD with CTD increases because of normalizing effect of radonotherapy on regulatory processes of vegetative nervous system, and training effect of graduated weight bearing on the cardiovascular system. The usage of suggested factors will allow to provide the condition of adaptive resistance, and to improve patients' level of health on the sanatorium period.

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПРОВОДИМОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

СУСЛОВА Г.А., КОРОЛЕВ А.А.

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Федерального
агентства по здравоохранению и социальному развитию»*

АННОТАЦИЯ

По данным большинства исследователей, на успех реабилитации постинсультных больных большое влияние оказывает локализация очага поражения. Нами была произведена оценка динамики восстановления нарушенных функций в остром периоде церебрального ишемического инсульта, у пациентов с различной локализацией очага при проведении реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: ишемический инсульт, острый период, динамика восстановления, локализация очага, реабилитационное лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость и смертность от острых нарушений мозгового кровообращения, несмотря на различные многочисленные методы первичной и вторичной профилактики, в России, в США, в странах Восточной Европы остаются очень высокими с появившейся тенденцией к росту [1, 2]. Заболеваемость инсультом в России составляет 2,5 – 3,0 случая на 1000 населения в год [3]. В структуре общей смертности доля острых нарушений мозгового кровообращения в нашей стране составляет 21,4%, а инвалидизация после перенесенного инсульта зани-

мает первое место среди всех причин первичной инвалидности. Сохраняется высокая смертность от инсульта, в течение первого месяца с момента заболевания умирают 15-20% больных, до 75% больных перенесших инсульт остаются инвалидами [4]. К трудовой деятельности возвращаются не более 10-12% [5], 10% становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в постоянном постороннем уходе [6, 7].

В связи с этим необходимость комплексной реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, определяет социальную и экономическую значимость восстановительного лечения [8, 9].

Задачей данного исследования являлось изучение клинико-патогенетической особенности и характера восстановления нарушенных функций у пациентов в остром периоде церебрального ишемического инсульта, в зависимости от локализации очага поражения под воздействием проводимой реабилитации. В результате этого, учет полученной суммы факторов, влияющих на степень эффективности реабилитации, позволил прогнозировать результаты восстановительного лечения и определять направленность реабилитационных и адаптационных мер.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 100 пациентов в возрасте от 39 до 70 лет. Все больные поступали на стационарное лечение в порядке оказания экстренной медицинской помощи в связи с внезапно развившимся церебральным ишемическим инсультом.

Все пациенты после проведенного фармакологического лечения в неврологическом отделении (среднее число койко-дней $13,84 \pm 0,2$), переводились в отделение реабилитации, где в течение 14 койко-дней получали комплексное восстановительное лечение.

В группе исследуемых мужчин было 60 (средний возраст $59,5 \pm 0,9$; max – 70, min – 39), женщин – 40 (средний возраст $59,5 \pm 0,9$; max – 70, min – 47). Преобладали больные среднего возраста и старше.

Больные включались в обследования методом случайной выборки. Основными заболеваниями, на фоне которых произошло развитие ишемического инсульта, в нашем исследовании, явилось сочетание артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза. По темпу развития у всех больных наблюдалось острое развитие ишемического инсульта.

Наблюдалась полушарная и стволовая локализация очага поражения. У 35 исследуемых (из них: мужчин – 19, женщин – 16) ишемический инсульт развился в бассейне правой средней мозговой артерии (ПСМА) (частичное поражение каротидного бассейна), у 40 исследуемых (из них: мужчин – 28, женщин – 12) в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА) (частичное поражение каротидного бассейна), у 25 (мужчин – 14, женщин – 11) в вертебрально-базилярном бассейне (ВББ).

Критериями исключения из групп являлись возраст больного старше 70 лет, наличие у больного угнетенного сознания выше оглушения I по шкале Глазго на момент поступления в стационар, наличие онкологического заболевания, судорожного синдрома, заболевания системы крови, сердечная недостаточность 2-3-го функционального класса (ФК), стенокардия 4-го ФК, сосудистая деменция, острый инфаркт миокарда, острая и хроническая почечная и печеночная недостаточность, хронические obstructивные заболевания бронхолегочного аппарата с дыхательной недостаточностью выше 2-й степени, хронической легочно-сердечной недостаточностью, декомпенсированными заболеваниями эндокринной системы, острой или обострением хронической патологии органов брюшной полости и малого таза.

Всем исследуемым больным, находящимся на лечении в неврологическом отделении по поводу развившегося ишемического инсульта, проведено полное клиническое обследование, включающее соматические и неврологические данные, ЭКГ, офтальмоскопию, флюорографию легких и черепа, клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи.

У каждого наблюдаемого больного ишемический инсульт был подтвержден компьютерной томографией (КТ) или магнитно-резонансной томографией (МРТ) головного мозга. КТ проводилась на аппарате Somatom AR (Siemens, Germany) по стандартному протоколу без внутривенного контрастирования. МРТ (T1 и T2 взвешенные изображения) выполняли

на аппарате Magnetom Impact (Siemens, Germany) с напряжением магнитного поля 1 Тесла по стандартному протоколу без внутривенного контрастирования.

Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий проводилась по стандартной методике на аппарате Vivet, 2005 (General electric, Germany). Выявлялось наличие стенозов, патологических извитостей, атеросклеротических отложений, венозных дисциркуляций, определялась скорость кровотока в каротидном и вертебрально-базилярном бассейне.

Все пациенты, поступающие на восстановительное лечение, оценивались специалистами мультидисциплинарной бригады. Совместно определялись реабилитационный диагноз, план реабилитационного лечения, эффективность реабилитации, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации. Устанавливались контакты с участковым или семейным врачом, а также со службами социальной помощи для решения вопросов, связанных с возвращением больных в общество.

Каждому больному проводилась оценка по двум оценочным шкалам на момент:

- 1) заболевания (поступления на стационарное лечение в неврологическое отделение);
- 2) окончания стационарного лечения, начала реабилитационного лечения;
- 3) окончания реабилитационного лечения.

Оценка проводилась по следующим оценочным шкалам:

шкала неврологических нарушений (шкала инсульта).

Разработана американским Национальным институтом Здоровья (National Institutes of Health Scale, или NIH Stroke Scale) [10]. Шкала состоит из 14 пунктов и полностью отражает неврологические нарушения больного, переносящего церебральный инсульт. Шкала имеет очевидную лицевую валидность, заполнение ее требует не более 5-10 минут, дисциплинирует врача в плане необходимости всестороннего исследования неврологического статуса, позволяет регистрировать динамику состояния пациента в остром периоде заболевания. Внутренняя согласованность и ретестовая надежность шкалы подтверждена рядом исследований. Оценка неврологических нарушений производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. Максимальный балл 51 – соответствует норме, минимальный балл 0 – соответствует смерти головного мозга;

индекс активности повседневной жизнедеятельности Бартела.

Одна из самых популярных шкал среди неврологов и реабилитологов. D. Wade [11] рекомендует эту шкалу в качестве лучшего инструмента для оценки независимости в повседневной жизни. Индекс Бартела был предложен Dorothea Barthel и начал использоваться с 1955 г. в Monteblo State Hospital в Балтиморе: все больные, получавшие реабилитационную помощь в указанном госпитале, обязательно оценивались с помощью данного индекса. В дальнейших исследованиях было показано, что индекс Бартела наиболее эффективен для пациентов с параличами; подтверждена высокая предсказательная валид-

ность этого теста в отношении длительности и исходов реабилитации этих больных. Изучалась и доказана также высокая надежность теста (тест-рестовая, межрейтинговая), а также его чувствительность: динамика оценки в 4 и более баллов (в случаях, когда максимальным баллом является 20) может считаться существенной, тогда как изменение оценки менее чем на 4 балла возникает чаще в связи с ошибкой измерения. Тест прост, понятен, заполнение опросника требует обычно не более нескольких минут, может выполняться путем расспроса больного или при непосредственном контакте с ним по телефону, а также путем наблюдения за пациентом.

Индекс Бартела охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. Максимальный балл 100 – соответствует полной независимости, минимальный балл 0 – соответствует полной зависимости в повседневной жизни.

Продолжительность острого периода при инсульте определяется началом регресса дислокационных явлений и отека головного мозга. Эта продолжительность, при ишемическом инсульте колеблется от 1 до 3-4-х недель [12]. В остром периоде ишемического инсульта для больных характерно резкое снижение моторной активности. Гипокинезия, в свою очередь, приводит к значительному уменьшению проприорецептивной импульсации, выключению моторно-висцеральных рефлексов, что способствует дальнейшему ухудшению функции сердечно-сосудистой системы, снижению общей адаптационной способности организма.

Таким образом, ранняя активизация больных в нашем исследовании уже в остром периоде ишемического инсульта являлась основополагающей.

Реабилитация проводилась мультидисциплинарной бригадой, созданной в отделении. Основными специалистами, входящими в нейрореабилитационную бригаду, являлись специалисты по кинезиотерапии (врач ЛФК, инструкторы-методисты ЛФК), специалисты по физиотерапии (врач-физиотерапевт, медицинские сестры по физиотерапевтическому лечению, массажисты), медицинский психолог, врач-психотерапевт, врач-рефлексотерапевт, врач-гирудотерапевт, врач-гомеопат, врач-терапевт, логопед-афазиолог, трудотерапевт, специалист по БОС-методикам. Бригаду возглавлял врач-невролог, прошедший специальную подготовку по вопросам медицинской реабилитации и имеющий сертификат врача восстановительной медицины.

К основным реабилитационным средствам в нашем исследовании относились кинезиотерапия и ортопедические методы лечения, массаж, физиотерапия, рефлексотерапия, гирудотерапия, психотерапия, гомеопатия, трудотерапия с элементами профорientации, методики биологической обратной связи, а также медикаментозное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После проведенного реабилитационного лечения динамика восстановления нарушенных функций в зависимости от локализации очага поражения по шкале неврологических нарушений (шкале инсульта) представлена на рис. 1.

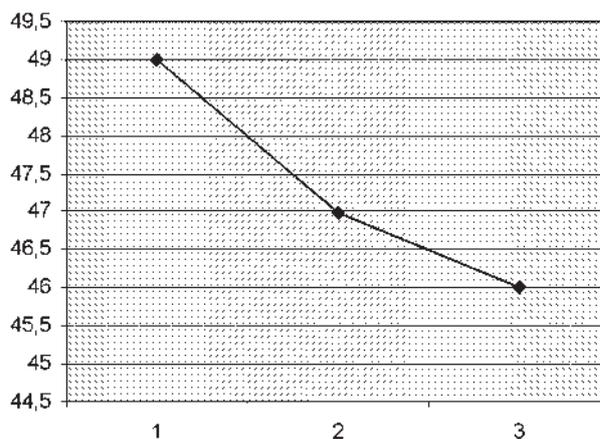


Рис. 1:
1 – локализация в ВББ;
2 – локализация в бассейне ПСМА;
3 – локализация в бассейне ЛСМА.

Из рисунка видно, что наилучшая динамика восстановления неврологических нарушений при проведении реабилитационных мероприятий наблюдается при стволовой локализации инсульта (49 баллов), в то время как наихудшая динамика – при локализации инсульта в бассейне ЛСМА (46 баллов).

Динамика восстановления нарушенных функций по шкале Бартела представлена на рис. 2.

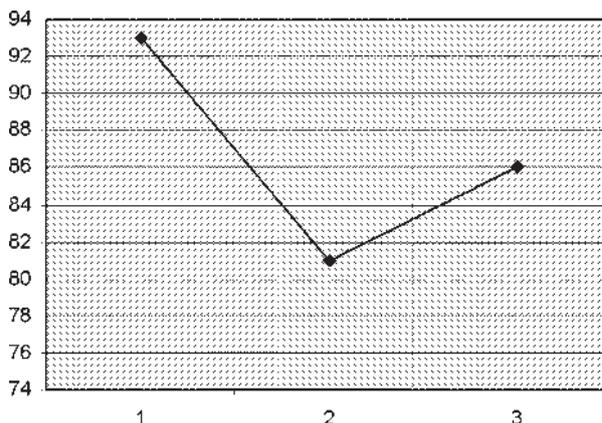


Рис. 2:
1 – локализация в ВББ;
2 – локализация в бассейне ПСМА;
3 – локализация в бассейне ЛСМА.

Из рисунка видно, что наилучшая динамика восстановления активности повседневной жизнедеятельности наблюдается при стволовой локализации инсульта (93 балла), в то время как наихудшая – при локализации в бассейне ПСМА (81 балл).

ОБСУЖДЕНИЕ

Среди дефектов, инвалидизирующих больных, перенесших церебральный инсульт, основными являются центральные парезы и параличи, нарушения речи и других корковых функций, нарушения чувствительности, экстрапирамидные и мозжечковые расстройства. После инсульта нередко происходит частичное или полное спонтанное восстановление нарушенных функций. Реабилитация включает меры, направленные на уменьшение выраженности неврологических нарушений, степени инвалидизации и улучшение социальной адаптации больного.

По данным большинства исследователей, на успех реабилитации большое влияние оказывает ло-

кализация очага инсульта. Клинико-электроэнцефалографическое исследование, проведенное Смуслиным А.Я., Рыбиной И.Я., Слезиным В.Б. [13], показало более медленное восстановление двигательных функций при правополушарных инсультах. Сходные данные приводит Siesjo B. [14].

Другие авторы также отмечают необходимость более интенсивного и продолжительного восстановительного лечения для больных с правополушарными очагами по сравнению с левополушарными. Екушева Е.В., Вендрова М.И. [15] выявили, что при поражении правого полушария наблюдается значительное ослабление активизирующих влияний как на полушарном уровне, так и на нисходящих двигательных структурах. Выраженное нарушение афферентного потока от обеих сторон тела и избыточная дезорганизирующая активность в левом, «условно» здоровом полушарии. Левополушарный патологический процесс нарушает эфферентный контроль не только контралатеральной, но и ипсилатеральной стороны тела.

ВЫВОДЫ

Проведенный нами анализ зависимости динамики восстановления больных, перенесших инсульт различной локализации, показал, что наибольшая тенденция регресса неврологического дефицита, при проведении реабилитационных мероприятий в остром периоде заболевания, отмечается при стволовой локализации инсульта, в то время как наименьший регресс выявился при левополушарной локализации ($\eta^2=25,8\%$, $\eta=0,5$). Однако при анализе повседневной жизнедеятельности выявилось наихудшее восстановление показателей ($\eta^2=24,4\%$, $\eta=0,5$) при правополушарной локализации инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагин Н.В., Варанкин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журнал Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 2001. – Вып. 1. – Приложение «Инсульт». – с. 34-40.
2. Bruno A.A. In: Physical medicine and rehabilitation. M.J. Klein et al.: Medicine, 2002. – P. 231.
3. Гусев Е.И. Современный взгляд на проблему инсульта // Журнал Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 9. – с. 3-5.
4. Виленский Б.С. Инсульт. – СПб: Мед. информационное агентство, 1995. – 288 с.
5. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб.: Фолиант, 2002. – 397 с.

6. Новик А.А., Одинак М.М. и др. Концепция исследования качества жизни в неврологии // Неврологический журнал. – 2002. – № 6. – с. 49-52.

7. Скворцова В.И., Гудкова В.В. и др. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом // Журнал Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 2002. – № 7. – с. 28-33.

8. Богданов Э.И., Тахиева Ф.В. Индекс Бартела в оценке восстановления больных, перенесших мозговую инсульт в остром периоде заболевания // Неврологический вестник. – 2002. – т. XXXIV. – № 3. – с. 59-60.

9. Гусев Е.И., Шимричек Г., Хаас А. и др. Результаты трехлетнего катamnестического наблюдения за больными с ишемическим инсультом // Неврологический журнал. – 2000. – № 5. – с. 10-14.

10. Brott T., Adams H.P., Olinger C.P. et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale // Stroke. – 1989. – Vol. 20. – p. 864-870.

11. Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation // Oxford University Press. – 1992. – P. 123-141.

12. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Калашников Л.А. и др. Ранняя реабилитация больных с нарушением мозгового кровообращения // Неврологический журнал. – 1997. – № 1. – с. 24-27.

13. Смуслин А.Я., Рыбина И.Я., Слезин В.Б. Особенности клинических проявлений болезни при право- и левостороннем ишемическом инсульте // Журнал Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. 2001. – № 3. – с. 50-51.

14. Siesjo B. Pathophysiology and treatment of focal cerebral ischemia. Pathophysiology // Neurosurgery. – 1992. – № 77. – P. 169 – 184.

15. Екушева Е.В., Вендрова М.И. Вклад правого и левого полушария головного мозга в полиморфизм и гетерогенность пирамидного синдрома // Журнал Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 2004. – т. 104. – № 3. – с. 8-12.

РЕЗЮМЕ

Необходимость комплексной реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, определяет социальную и экономическую значимость восстановительного лечения. По данным большинства исследователей, на успех реабилитации постинсультных больных большое влияние оказывает локализация очага поражения. Нами при проведении комплексного реабилитационного лечения была произведена оценка динамики восстановления нарушенных функций в остром периоде церебрального ишемического инсульта у 100 пациентов с различной локализацией очага. Выяснилось, что наибольшая тенденция регресса неврологического дефицита отмечается при стволовой локализации инсульта, в то время как наименьший регресс выявился при левополушарной локализации. Однако при анализе повседневной жизнедеятельности выявилось наихудшее восстановление показателей при правополушарной локализации инсульта.

ABSTRACT

The necessity of the complex rehabilitation of the patients after an acute disturbance of the cerebral circulation determines the social and economic significance of restorative treatment. Location of the center of defeat renders the large influence on success of rehabilitation by data of many researchers. During the complex rehabilitative treatment we were make an estimation of the restoration dynamic of disturbed functions in 100 patients in acute period of ischemic stroke with different location of the center. It was found out that the greatest tendency of neurological deficit was marked with the center location in brainstem, the while the lesser regress with left hemisphere. But after analyzing of daily life of patients with right hemisphere localization of the stroke center, the worst restoration of indicators was founded.

КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

РЫБАК И.А., ПРОКОПЕНКО С.В., ХАРЛАМОВА Г.В.

Центр неврологии и нейрореабилитации Енисейской клинической больницы

ФГУ «СОМЦ Росздора», г. Красноярск, Россия

Кафедра нервных болезней, традиционной медицины с курсом ПО, ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования, посвященного изучению эффективности методов, направленных на восстановление равновесия у больных рассеянным склерозом в период обострения. Полученные данные свидетельствуют об эффективности проведения курса нейрореабилитации для восстановления равновесия при рассеянном склерозе в период обострения в сочетании с медикаментозной терапией, включая гормональную.

Ключевые слова: рассеянный склероз, лечение, нейрореабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, проявляющееся рассеянной неврологической симптоматикой, поражающее в основном лиц молодого трудоспособного возраста и быстро приводящее к инвалидности вследствие, наличия, прежде всего, двигательных расстройств [1, 2, 3, 4, 5].

В настоящее время не существует стандартов двигательной реабилитации для больных рассеянным склерозом. Реабилитация больных с двигательными и атактическими нарушениями включает при-