

ОЦЕНКА НЕЙРОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ОНМК, ПОСТУПИВШИХ НА ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК 616.8–08.039.75.(471.331)

Чичановская Л.В., Бахарева О.Н., Назаров М.В., Меньшикова Т.В.*ГБОУ ВПО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России, Тверь, Россия*

RESULTS OF THE IMPLEMENTATION SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION

Chichanovskaya L.V., Bakhareva O.N., Nazarov M.V., Menshikova T.V.*Tver State Medical University of the Russian Federation***Введение**

В настоящее время прослеживается тенденция к некоторому снижению смертности при инсульте за счет ранней и точной диагностики, развития системы интенсивной терапии инсульта, нейрохирургического лечения геморрагических инсультов (1,2). В регионе зафиксировано снижение смертности от болезней системы кровообращения за 9 месяцев 2018 года на 19%, однако данный показатель в Тверской области остается достаточно высоким 752.1 на 100 тыс. населения. Наряду с этим, инвалидизация после инсульта увеличивается. Стремительное развитие науки, в том числе медицины скоропомощных служб, служб реанимации, а также совершенствование технологий в кардиохирургии, нейрохирургии, неврологии все более расширяют возможности спасения человеческой жизни (3,4). Основные проявления постинсультных неврологических расстройств, обуславливающих инвалидизацию больных – двигательный и речевой дефицит. Двигательный дефицит, как проявление нарушений произвольной моторики, возникающей у больных вследствие перенесенного мозгового инсульта, является ведущим симптомом, приводящим к инвалидизации (2,5). Наиболее эффективно нарушенные в результате ОНМК функции восстанавливаются в первые 3 месяца, а после 6 месяцев эффективность реабилитационных мероприятий значительно снижается.

Целью исследования явилась оценка нейросоматического статуса больных ОНМК, поступающих на второй этап реабилитации

Материал и методы

Анализ эффективности и безопасности лечения проводился на основании объективного клинико-лабораторного и инструментального обследования. На базе ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» обследовано 50 больных ОНМК с наличием двигательного и психоэмоционального дефекта (возраст – $67,4 \pm 2,7$ лет), получавших в составе комплексной

терапии на фоне активных лечебных мероприятий 2 этапа современные методики двигательной аппаратной реабилитации – механотерапия, кинезиотерапия, виртуальная реальность. Тяжесть неврологического дефицита оценивалась по шкале NIHSS в баллах; исследование силы мышц проводили с помощью Шкалы Комитета Медицинских Исследований (Medical Research Council Scale, 1984) (0–5 баллов); тонус мышц исследовали по модифицированной шкале спастичности Эшворта (0–5 баллов); оценку функциональной готовности пациентов определяли по адекватности реакции на пробу с ортостазом. Уровень способности к самообслуживанию оценивали по индексу повседневной активности Бартел в баллах. Оценку тяжести двигательных нарушений и степень инвалидизации, а также зависимости в повседневной жизненной активности проводили с помощью шкалы Рэнкина (0–5 баллов). Характер и выраженность психоэмоциональных расстройств и когнитивного дефекта оценивали по «Шкале оценки реактивной (ситуативной) и личностной тревожности», разработанной Спилбергером Ч.Д. и адаптированной Ханиным Ю.Л., по шкале депрессии НИИ им. Бехтерева, шкале краткого исследования психического статуса МОСА. Для оценки качества жизни (КЖ) использовалась шкала ВАШ. Среди инструментального обследования для верификации подтипа ОНМК проводилось КТ, УЗДГ экстракраниальных ветвей дуги аорты и сосудов нижних конечностей, а также ЭХО-КГ, ЭКГ. Всем больным проведен клинический минимум: анализ крови клинический, анализ мочи общий, анализ крови биохимический: сахар, липидный спектр, креатинин, белок, электролиты, АСТ, АЛТ, билирубин, ПТИ, АЧТВ, время кровотечения и свертывания

Критериями включения в исследование для пациентов с церебральным инсультом были: возраст до 80 лет; функциональная готовность к вертикализации; ясное сознание с уровнем бодрствования, достаточным для удержания и выполнения инструкций при проведении исследования; отсутствие сенсомоторной афазии; отсутствие декомпенсированной соматической патологии,

ишемических изменений на ЭКГ, сердечной недостаточности (II класс и выше по Killip); отсутствие заболеваний центральной и периферической нервной системы (кроме инсульта), сопровождающихся неврологическим дефицитом (последствия травм, опухоли, полинейропатии и т.п.); отсутствие ортопедической патологии (суставные деформации и контрактуры, выраженный болевой синдром, ампутации конечностей и др.).

Стандартная комплексная реабилитация включала медикаментозную терапию: антиагрегантную (препараты ацетилсалициловой кислоты), гипотензивную (ингибитор АРА) и антихолестеринемическую терапию, а также аппаратную реабилитацию (циклические тренажеры, стабиллоплатформа), кинезотерапию, виртуальную реальность, работа с мелкой моторикой, занятия логопеда и психолога.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики и корреляционного анализа на компьютере IBM PC PENTIUM с помощью пакета программ «Microsoft Excel 7.0».

Результаты и их обсуждение

С 2010 года в Тверской области реализуется Национальный проект по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в результате чего открыты Региональный сосудистый центр и первичные сосудистые отделения в городе Твери и Тверской области по лечению острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и острого инфаркта миокарда (ОИМ). С 2014 года выстроена трехэтапная модель медицинской реабилитации, соответствующая порядку №1705 на каждом из трех этапов (помещения, штаты и оборудование). Одновременно в связи с остро возникшей проблемой оказания помощи больным с отсутствием реабилитационного потенциала был проведен ряд мероприятий по интеграции системы оказания паллиативной помощи и сестринского ухода в современную реабилитацию больных ОНМК.

С 2014 года Ключевым звеном системы реабилитации пациентов в Тверской области стал Тверской областной клинический лечебно-реабилитационный центр (ГБУЗ ОКЛРЦ). На базе центра были созданы новые лаборатории: двигательной реабилитации, механотерапии, кинезотерапии, виртуальной реальности, ТМС. В нем функционируют стационарные отделения, оказывающие специализированную помощь по медицинской реабилитации на 2 этапе, амбулаторно-поликлиническое отделение, оказывающее консультативно-методическую помощь, дневной стационар, выездные междисциплинарные бригады для обеспечения реабилитационной помощи на 3 этапе реабилитации.

Первый этап реабилитации больных ОНМК осуществляют региональный сосудистый центр (РЦЦ), который действует на базе Областной клинической больницы, а также первичные сосудистые отделения (ПСО) в Городских клинических больницах №6 и №7 и Тверской области. При поступлении в стационар в соответствии с порядком 1705 каждый больной должен осматриваться мультидисциплинарной бригадой врачей: неврологом, терапевтом, физиотерапевтом, ЛФК, нейропсихологом, логопедом и др. по необходимости. На основании полученных данных оценивается реабилитационный потенциал, определяется реабилитационный прогноз у пациента и разрабатывается индивидуальная программа реабилитации с учетом имеющихся факторов риска, степени неврологического дефицита, сопутствующей патологии и данных диагностических исследований.

Маршрутизация больных с 1 этапа реабилитации (РЦЦ, ПСО) в учреждения 2 и 3 этапа проводится в зависимости от реабилитационного потенциала в соответствии со шкалой Рэнкина. При наличии реабилитационного потенциала пациенты с оценкой по шкале Рэнкина 3–5 баллов направляются на 2 этап медицинской реабилитации. При оценке по шкале Рэнкина 3–0 баллов – на 3 этап медицинской реабилитации (дневной стационар ГБУЗ ОКЛРЦ, амбулаторно ГБУЗ ОКЛРЦ, санаторно-курортное лечение). При отсутствии реабилитационного потенциала пациенты с оценкой по шкале Рэнкина 5 баллов направляются на паллиативное лечение.

Обследование пациентов с церебральным инсультом при поступлении на 2 этап реабилитации проводилось в остром периоде течения заболевания в среднем с $12,6 \pm 1,7$ суток. Частота ишемического инсульта составила 85% (43 человек), геморрагического, соответственно, 15% (7 человек). При оценке патогенетического варианта и тяжести перенесенного инсульта оказалось, что по данным КТ головного мозга очаговое поражение, соответствующее ишемическому инсульту выявлено также у 43 пациентов (85%), у остальных 7 пациентов имел место геморрагический инсульт (15%). По данным УЗДГ брахиоцефальных сосудов больных ОНМК у 34 человек (68%) выявлен гемодинамически незначимый стеноз, а у 10 пациентов (19%) – гемодинамически значимый стеноз сосудов брахиоцефального русла. По данным УЗДГ сосудов нижних конечностей у всех больных исключены признаки венозного тромбоза, а у 16 человек (31%) выявлены признаки хронической венозной недостаточности.

Согласно данным УЗИ сердца у 48 пациентов (95%) выявлены признаки гипертрофии левого желудочка различной степени выраженности, без признаков пристеночного тромбообразования. Согласно данным ЭКГ у 10 пациентов (19%) выявлены признаки постоянной фибрилляции предсердий, у пятерых (10%) – признаки транзиторной ишемии миокарда, соответствующие стенокардии 1–2 ФК. Уровень АД составил $156 \pm 1,2 / 92 \pm 0,2$ мм. рт. ст..

При оценке клинического минимума: анализ крови клинический, анализ крови биохимический: сахар, липидный спектр, креатинин, белок, электролиты, АСТ, АЛТ, билирубин, ПТИ, АЧТВ, время кровотечения и свертывания не выявлено клинически значимых отклонений.

Профиль субъективного обследования больных при поступлении на 2 этап реабилитации характеризовался разнообразием жалоб не только церебрального, но и кардиального характера. Среди церебральных жалоб зафиксированы: головная боль, головокружение, шаткость при ходьбе, снижение памяти, снижение мышечной силы и чувствительности, речевых расстройств; среди кардиальных и общесоматических отмечались одышка, сердцебиение и раздражительность. В неврологическом статусе определялись двигательные, чувствительные, мозжечковые и интеллектуально-мнестические расстройства. С учетом субъективных и объективных данных были выделены основные синдромы. Как видно в таблице №1 у больных ОНМК чаще выявлялись пирамидные, речевые нарушения, экстрапирамидный и интеллектуально-мнестический синдромы.

Исследование силы мышц по Шкале (Medical Research Council Scale) составило 0–2 балла у 22 пациентов (44%), 2–4 балла – у 21 (42%); 4–5 балла – у 7 (14%). Таким образом, средний уровень силы мышц составил соответственно $2,6 \pm 0,2$ баллов. Исследование тонуса мышц по

Таблица 1. Структура неврологических синдромов у больных ОНМК

Неврологические синдромы	1 группа, %
Пирамидный	36 (71%)
Речевые нарушения	25 (49%)
Чувствительные расстройства	19 (37%)
Экстрапирамидный	36 (72%)
Псевдобульбарный	17 (34%)
Интеллектуально-мнестический	40 (79%)

модифицированной шкале Эшворта составило $3,3 \pm 0,2$ баллов. Кроме того, у 8 % поступивших больных были выявлены поверхностные пролежни крестца и локтевых поверхностей.

При оценке выраженности неврологических симптомов по шкале NIHSS на первый день терапии их уровень составил $17,8 \pm 0,5$ баллов, равно как уровень способности к самообслуживанию, оцененный по индексу повседневной активности Бартель и составил $44,6 \pm 1,2$ баллов.

При анализе степени снижения работоспособности, оцененной по субъективной шкале оценки астении (MFI-20), её уровень составил $78,8 \pm 2,2$.

Оценку зависимости в повседневной жизненной активности с учетом тяжести двигательных нарушений и степень инвалидизации проводили с помощью модифицированной шкалы Рэнкина. В структуре больных, потенциально зависимых от посторонней помощи, преобладали пациенты с умеренным (3–4 балла по модифицированной шкале Рэнкина) – 44% и выраженным нарушением жизнедеятельности (4–5 баллов по модифицированной шкале Рэнкина) – 39%; реже с легкими нарушениями жизнедеятельности (2–3 балла) – 17%.

Проведение активных реабилитационных мероприятий 2 этапа возможно при достижении адекватной реакции сердечно-сосудистой системы на ортостатическую пробу. Уровень толерантности к физической нагрузке оценивали путем проб ортостатической нагрузки с помощью поворотного стола. Так, адекватная реакция на пассивную вертикализацию при поступлении на 2 этап реабилитации зафиксирована у 15 (30%) больных ОНМК.

При изучении характера и выраженности психоэмоциональных расстройств установлено, что у больных ОНМК наблюдались признаки выраженной, как личностной ($47,1 \pm 1,9$ баллов), так и реактивной ($51,7 \pm 2,1$ баллов) тревожности. По данным шкалы депрессии НИИ им. Бехтерева выявлены признаки маскированной ($68,2 \pm 1,1$ баллов) депрессии.

Всем пациентам проведено нейропсихологическое исследование по изучению характера и выраженности когнитивных нарушений по шкале МОСА. Уровень интеллектуального снижения составил $21,2 \pm 1,2$ баллов, что соответствовало умеренным нарушениям. Уровень удовлетворенности состоянием здоровья по шкале ВАШ соответствовал $2,8 \pm 0,2$ баллов.

Таким образом, нейросоматический статус больных ОНМК при поступлении на 2 этап реабилитации выглядел

следующим образом: среди клинических проявлений регистрировались жалобы не только церебрального, но и кардиального, общесоматического характера, которые сочетались с выраженным нарушением жизнедеятельности по шкале Бартель. Исследование силы мышц по Шкале (Medical Research Council Scale) в обеих группах составило от 0 до 4 баллов, а тонус мышц по модифицированной шкале Эшворта в обеих группах – 2–4 балла, что по шкале NIHSS оценено как выраженный неврологический дефицит. Кроме того у 8% поступивших больных были выявлены поверхностные пролежни крестца и локтевых поверхностей. Интеллектуально-мнестический статус больных характеризовался следующим: сочетанием выраженной, как личностной, так и реактивной тревожности; маскированной депрессии; высоким уровнем, как общей, так и физической, психической астении, который сочетался со снижением мотивации и пониженной активностью; низким уровнем удовлетворенности своим состоянием, а также умеренными когнитивными нарушениями, что по шкале Рэнкина оценено как выраженные нарушения жизнедеятельности – 4–5 баллов. При этом адекватная реакция на пассивную вертикализацию отмечалась лишь у трети пациентов.

Заключение. Описанный нейросоматический статус пациентов ОНМК свидетельствует о недостаточном объеме лечебно-диагностического процесса на 1 этапе реабилитации. Это связано с недоукомплектованностью реабилитационных бригад узкими специалистами (логопед, психолог, эрготерапевт, врач ЛФК и др) и оборудованием, что снижает качество жизни больных и возможности реабилитационного потенциала.

Выводы

1. Нейросоматический статус больных ОНМК при поступлении на 2 этап реабилитации характеризовался наличием жалоб как церебрального, так и кардиального, общесоматического характера, которые сочетались с выраженным нарушением жизнедеятельности по шкале Бартель.
2. Интеллектуально-мнестический статус больных характеризовался сочетанием тенденции к выраженной как личностной, так и реактивной тревожности, маскированной депрессии, высоким уровнем астении и когнитивного снижения, которые сочетались со снижением мотивации и низким уровнем удовлетворенности своим состоянием.
3. Недостаточная реакция гемодинамики на пассивную вертикализацию у значимой доли пациентов с выраженными нарушениями жизнедеятельности свидетельствует о недостаточном объеме реабилитационных мероприятий, проводимых на 1 этапе реабилитации.
4. С целью улучшения качества жизни и степени зависимости от посторонней помощи больных ОНМК необходимо доукомплектовать на 1 этапе мультидисциплинарные бригады узкими специалистами и оборудованием.

Список литературы:

1. Ашман, А. А. Принципы терапии мозгового инсульта [Текст] / А. А. Ашман, И. Е. Повереннова, О. В. Андрюфагина ; ГБОУ ВПО "СамГМУ", Минздравсоцразвития России. – Самара : Тандем; 2012. – 98 с
2. Гусев, Е. И. Неврология и нейрохирургия [Текст] : учебник. В 2 т. Т. 2. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова ; под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 420 с. :

References:

1. Ashman, A. A. Principy terapii mozgovogo insul'ta [Tekst] / A. A. Ashman, I. E. Poverennova, O. V. Androfagina ; GBOU VPO "SamGMU", Minzdravsocrazvitija Rossii. – Samara : Tandem; 2012. – 98 s
2. Gusev, E. I. Nevrologija i neirohirurgija [Tekst] : uchebnik. V 2 t. T. 2. / E. I. Gusev, A. N. Konovalov, V. I. Skvorcova ; pod red. A. N. Konovalova, A. V. Kozlova. – 2-e izd., ispr. i dop. – Moskva : GJeOTAR-Media, 2009. – 420 s. :

3. Епифанов, В. А. Реабилитация в неврологии [Текст] / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 416 с. : ил. – (Б-ка врача-специалиста. Неврология. Реабилитация. Восстановительная медицина).
4. Жизнь после инсульта [Текст] : руководство / под ред. В. И. Скворцовой ; РГМУ, НИИ Инсульта РГМУ, НАБИ, ОРБИ. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с. – (Шк. здоровья). – Библиогр.: с. 206–207.
5. Чичановская Л.В. Итоги реализации пилотного проекта по развитию системы медицинской реабилитации в Тверской области/ Бахарева О.Н., Колбасников С.В.. Вестник ТГУ. №5 с. 45–50
3. Epifanov, V. A. Reabilitacija v neurologii [Tekst] / V. A. Epifanov, A. V. Epifanov. – Moskva : GJeOTAR-Media, 2014. – 416 s. : il. – (B-ka vrachaspecialista. Nevrologija. Reabilitacija. Vosstanovitel'naja medicina).
4. Zhizn' posle insul'ta [Tekst] : rukovodstvo / pod red. V. I. Skvorcovej ; RGMU, NII Insul'ta RGMU, NABI, ORBI. – Moskva : GJeOTAR-Media, 2008. – 208 s. – (Shk. zdorov'ja). – Bibliogr.: s. 206–207.
5. Chichanovskaja L.V. Itogi realizacii pilotnogo proekta po razvitiyu sistemy medicinskoj reabilitacii v Tverskoj oblasti/ Bahareva O.N., Kolbasnikov S.V.. Vestnik TGU. №5 s. 45–50

РЕЗЮМЕ

В Тверском регионе зафиксировано снижение смертности от болезней системы кровообращения за 9 месяцев 2018 года на 19%, однако данный показатель остается достаточно высоким 752.1 на 100 тыс. населения. Стремительное развитие науки, в том числе медицины скоропомощных служб, служб реанимации, а также совершенствование технологий в кардиохирургии, нейрохирургии, неврологии все более расширяют возможности спасения человеческой жизни. В связи с этим инвалидизация после инсульта увеличивается. Выход на инвалидность после инсультов составляет более 65%. Наиболее эффективно нарушенные в результате ОНМК функции восстанавливаются в первые 3 месяца.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, модифицированная шкала Рэнкина, качество жизни.

ABSTRACT

In the Tver region built a three-stage model of medical rehabilitation. Modern methods of motor rehabilitation increase tolerance to physical exertion, reduce spasticity, reduce disability of patients.

Keywords: stroke, rehabilitation, Rankin scale, quality of life.

Контакты:

Чичановская Леся Васильевна. E-mail: nevrotver@mail.ru