

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

DOI: 10.36425/2658-6843-2019-4-2-4

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 616.7

Чичановская Л.В.¹, Бахарева О.Н.¹, Анисимова Т.В.², Бахарев С.А.²¹ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия²Тверской филиал Московского Университета МВД России им В.Я Кикотя. Тверь, Россия

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF SUPPORT-MOTOR APPARATUS IN THE TVER REGION

¹Chichanovskaya L.V., ¹Bakhareva O.N., ²Anisimova T.V., ²Baharev S.A.¹Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia²Tver branch of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia named after V.Ya. Kikot, Tver, Russia

Введение

Стремительное развитие науки, в том числе медицины скоропомощных служб, служб реанимации, а также совершенствование технологий в ортопедии, травматологии, неврологии и нейрохирургии все более расширяют возможности восстановления функций у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Двигательный дефицит, как проявление нарушений произвольной моторики, возникающей у больных вследствие перенесенного мозгового инсульта, является ведущим симптомом, приводящим к инвалидизации (2,5). г. В постинсультный период у больных часто развиваются артропатии суставов паретичных конечностей, что может привести к образованию контрактур, при которых из-за резкой болезненности в области суставов значительно ограничивается объем активных и пассивных движений. Это препятствует восстановлению двигательных функций; как следствие, резко снижается качество жизни пациентов.

Цель – изучить характер постинсультного артропатического синдрома и структуру суставных нарушений у больных ОНМК.

Материал и методы

На базе ГБУЗ «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» обследовано 126 больных ОНМК с наличием двигательного 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), исследование тонуса мышц – по модифицированной шкале спастичности Ашфорт (0–5 баллов), 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 Рэнкин (0–5 баллов). 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, Рг и УЗИ исследование суставов, а также ЭХО-КГ, ЭКГ. 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

Ключевым звеном системы медицинской реабилитации в Тверской области стал областной клинический ле-

чебно-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.

В ходе исследования обследовано 126 больных ОНМК с двигательными нарушениями разной степени выраженности, среди которых 106 (84%) больных с ишемическим инсультом, 20 (16%) – с геморрагическим инсультом.

По современным представлениям понятие постинсультной артропатии включает наличие болевого синдрома и ограничение движений разной степени выраженности. Среди всех обследованных у 93 (74%) пациентов ОНМК были выявлены гемипарезы без поражения суставов и у 33 (26%) постинсультные гемипарезы разной степени выраженности, сопровождавшимися артропатиями. При этом боли можно условно разделить на три вида болевых синдромов: 1) центральную постинсультную боль; 2) болевой синдром, связанный с поражением суставов паретичных конечностей, – “синдром болевого плеча”, постинсультная артропатия; 3) болевой синдром, связанный с болезненным спазмом спастичных мышц паретичных конечностей

По литературным источникам наиболее часто наблюдаются постинсультные артропатии плечевых суставов. По данным Г.Р. Ткачевой в большинстве случаев развитие «синдрома болевого плеча» связано с выходом головки из суставной впадины из-за растяжения суставной сумки, наступающего под действием силы тяжести паретичной конечности. По мнению А.С. Кадыкова у части больных механизм развития «синдрома болевого плеча» иной: он связан с трофическими изменениями в суставе и напоминает феномен, описанный в литературе под названиями «плечелопаточный периартрит», или «плечелопаточный периартроз». Клиническими проявлениями в данных случаях являются боль и ограничение движений при ротации и отведении руки, при этом на рентгеновских снимках и при мануальном исследовании выхода головки плечевой кости из суставной щели не обнаруживается, вследствие чего иногда используется термин «замороженное плечо», отмечается болезненность при пальпации окружающих плечо мышц. Кроме того может фиксироваться отёчность в области сустава.

При изучении структуры постинсультной артропатии изолированное поражение плечевого сустава наблюдалась у 74% пациентов, в комбинации с артропатиями других суставов – у 26% (коленного, лучезапястного сустава). По данным рг суставов при наличии признаков артропатии плечевого сустава рентгенологические признаки плечевого периартрита выявлены у 32%. Однако согласно данным УЗИ суставов у 74% выявлено наличие синовиита разной степени выраженности. По данным УЗДГ брахиоцефальных сосудов больных ОНМК у 86 (68%) выявлен гемодинамически незначимый стеноз и у 24 (19%) – гемодинамически значимый стеноз сосудов брахиоцефального русла. По данным УЗДГ сосудов н/конечностей у всех больных исключены признаки венозного тромбоза, а у 39 (31%) выявлены признаки хронической венозной недостаточности.

Исследование силы мышц по Шкале (Medical Research Council Scale) составило 0–2 балла – 55 (44%), 2–4 балла –

53 (42%), 4–5 балла – 18 (14%). Таким образом, средний уровень силы мышц составил соответственно $2,6 \pm 0,2$ баллов. Исследование тонуса мышц по модифицированной шкале спастичности Ашфорт 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 1 день терапии его уровень составил $17,8 \pm 0,5$ баллов; равно как уровень способности к самообслуживанию, оцененный по индексу повседневной активности Бартел и составил $44,6 \pm 1,2$ баллов.

Оценку зависимости в повседневной жизненной активности с учетом тяжести двигательных нарушений и степень инвалидизации проводили с помощью шкалы Рэнкин. В структуре больных, потенциально зависимых от посторонней помощи, преобладали пациенты с умеренным (3–4 балла по шкале Рэнкин) – 55 (44%) и выраженным нарушением жизнедеятельности (4–5 баллов по шкале Рэнкин) – 49 (39%); реже с легкими нарушениями жизнедеятельности (2–3 балла) – 21 (17%).

Уровень удовлетворенности состоянием здоровья по шкале ВАШ у больных с наличием гемипареза и артропатии и с изолированным гемипарезом соответственно составил $2,8 \pm 0,2$ и $4,5 \pm 0,2$ баллов.

Интенсивность боли (по шкале ВАШ) у больных с артропатией и без её признаков составила, соответственно $8,3 \pm 0,1$ и $2,3 \pm 0,2$ балла. При изучении характера и выраженности артропатий была выявлена существенная разница во временном интервале перенесенного ОНМК. Так среди больных ОНМК в раннем восстановительном периоде (давность ОНМК $14,5 \pm 1,2$ суток), которые сразу после выписки из ПСО были переведены на 2 этап реабилитации, доля больных с нарушениями двигательной функции в виде гемипареза в сочетании с артропатией была выявлена лишь у 10%, тогда у больных аналогичного двигательного статуса по шкале MRCS, но поступившие на 2 этап реабилитации с давностью ОНМК 4–6 месяцев ($124,5 \pm 1,2$ суток) имели гемипарез в сочетании с артропатией в 46% случаев.

Таким образом, нейросоматический статус больных ОНМК с наличием двигательного дефекта в сочетании с артропатией характеризовался высокой интенсивностью болевого синдрома, который сочетался с выраженным нарушением жизнедеятельности по шкале Бартел. Исследование силы мышц по Шкале (Medical Research Council Scale) составило 0 до 4 баллов, а тонус мышц по модифицированной шкале спастичности Ашфорт составил 2–4 балла, что по шкале NIHSS оценено как выраженный неврологический дефицит, что по шкале Рэнкин оценено как выраженные нарушения жизнедеятельности.

Выводы

1. Нейросоматический статус больных ОНМК с наличием двигательного дефицита в сочетании с артропатией при поступлении на 2 этап реабилитации характеризовался высокой интенсивностью болевого синдрома, которые сочетались с выраженным нарушением жизнедеятельности по шкале Рэнкин.

2. Среди больных, преемственно поступивших на второй этап реабилитации до месяца от сосудистой катастрофы, доля больных с сочетанием гемипареза и артропатии была значимо ниже, по сравнению с больными, поступившими на второй этап реабилитации спустя 3–4 месяца от сосудистого события.

Заключение

Описанный нейросоматический статус пациента ОНМК свидетельствует о том, что раннее начало лечебно-диагностических мероприятий на 1 этапе реабилитации в отношении коррекции постинсультных артропа-

тий позволит значимо улучшить качество жизни больных ОНМК. Наиболее эффективно нарушенные в результате ОНМК функции восстанавливаются в первые 3 месяца, а после 6 месяцев эффективность реабилитационных мероприятий значительно снижается.

Список литературы:

1. Ашман, А. А. Принципы терапии мозгового инсульта [Текст] / А. А. Ашман, И. Е. Повереннова, О. В. Андрюфagina ; 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. :
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
6. Чичановская Л. В., Эффективность восстановления двигательной и речевой функции у пациентов с ишемическим инсультом на втором этапе реабилитации/ Бахарева О. Н., Мурашова А. А., Пронько В. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии № 2 (109) 2019 с.42–47

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. Epifanov, V. A. Reabilitacija v nevrologii [Tekst] / V. A. Epifanov, A. V. Epifanov. – Moskva : GJeOTAR-Media, 2014. – 416 s. : il. – (B-ka vracha-specialista. Nevrologija. Reabilitacija. Vosstanovitel'naja medicina).
4. Zhizn' posle insul'ta [Tekst] : rukovodstvo / pod red. V. I. Skvorcovoju ; 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 razvitiuju sistemy medicinskoj reabilitacii v Tverskoj oblasti/ Bahareva O.N., Kolbasnikov S.V.. Vestnik TGU. №5 s. 45–50
6. Chichanovskaya L.V., Efficiency of restoring motor and speech function in patients with ischemic stroke at the second stage of rehabilitation / Bakhareva O. N., Murashova A. A., Pronko V. Herald of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery № 2 (109) 2019 p.42–47

РЕЗЮМЕ

Стремительное развитие науки, в том числе медицины скоромощных служб, служб реанимации, а также совершенствование технологий в ортопедии, травматологии, неврологии и нейрохирургии все более расширяют возможности восстановления функций у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Наиболее эффективно нарушенные функции восстанавливаются в первые 3 месяца от момента возникновения травмы или оперативного вмешательства.

Ключевые слова: постинсультная артропатия, артроз, эндопротезирование, грыжеобразование, реабилитация, шкала Рэнкин, качество жизни.

ABSTRACT

The rapid development of science, including emergency medicine, resuscitation services, and the improvement of technologies in orthopedics, traumatology, neurology, and neurosurgery are expanding the possibilities of restoration of functions in patients with diseases of the musculoskeletal system. The most effectively impaired functions are restored in the first 3 months from the moment of injury or surgery.

Keywords: post-stroke arthropathy, arthrosis, endoprosthetics, hernia formation, rehabilitation, Rankin scale, quality of life.

Контакты:

Чичановская Л.В. E-mail: nevrotver@mail.ru