

Литература

1. Кочунева О.Я., Куликов М.П., Кочетков А.В., Галперин В.Е. Подводное вертикальное вытяжение позвоночника при грыжах межпозвоночных дисков. // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. (Материалы Международного Конгресса «Здравница-2012», - Москва, 8-10 октября 2012. - М.: Изд РНЦВМиК. - 2012. - С. 103

2. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1989. - 464 с.

3. Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Боли в шее, спине и конечностях. В кн.: Болезни нервной системы:

Руководство для врачей: В 2-х т. - Т.2 / Под. Ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2003. - С. 306-329.

4. Портнов В.В. Дозированное подводное горизонтальное вытяжение позвоночника в бальнеокомплексе немецкой фирмы «UNBESCHIEDEN BADEN-BADEN GmbH» «Практическое руководство для пользователя. - Москва., - 2005.

5. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия: Учебник. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный Дом, 2003. - 512 с.

Реабилитационное лечение неврологических больных в условиях санатория

Н.Ю. Долгова, С.А. Воронцов, О.В. Кириченко, И.Ю. Макарова
ФГБУ «Объединенный санаторий «Подмосковье» УД Президента РФ

Целью работы являлось изучение эффективности реабилитации пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения в условиях санатория. Были обследованы 137 пациентов в возрасте от 40 до 68 лет с диагнозом ишемический (114 пациентов) и геморрагический (23 пациента) инсульт в раннем реабилитационном периоде - от 7 нед до 1 года. Оценивали неврологический статус пациентов (шкала Бартела, шкала NIHSS, модифицированная шкала Ранкина, шкала MRC, шкала Столярова), лабораторные показатели (биохимический анализ крови), состояние высших психических функций (нейропсихологическая диагностика) после курса реабилитационного лечения. Выявлена положительная динамика по основным показателям неврологического и нейропсихологического статусов, инструментально-лабораторных данных.

Ключевые слова: нейрореабилитация, санаторное лечение, инсульт.

The aim of the present work was to study the effectiveness of sanatorium rehabilitation in patients after the acute cerebral blood flow impairments. 137 patients aged 40-68 at their early rehabilitation stage (from 7 weeks until one year) were taken into the study. There were 114 patients with ischemic stroke and 23 patients with hemorrhagic stroke among them. Their neurological status after the prescribed rehabilitation course was evaluated with Bartel scale, NIHSS scale, Rankin modified scale, MRC scale, Stoljarov scale as well as with laboratory findings (biochemical blood analysis) and parameters of highest psychic functions (neuropsychological diagnostics). A positive dynamics in the neurological and neuropsychic status and in instrumental and laboratory findings has been revealed.

Key words: neurorehabilitation, sanatorium treatment, stroke.

В структуре общей смертности населения России острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) занимает второе место и является основной причиной утраты трудоспособности: около 20% пациентов, перенесших ОНМК, становятся тяжелыми инвалидами [4]. При этом заболеваемость ОНМК в Российской Федерации, составляя 2,5-4 случая на 1000 населения, является одной из самых высоких в мире [1]. Таким образом, катастрофические последствия ОНМК для физического и психического здоровья человека определяют приоритетность проблемы разработки методов профилактики ОНМК и реабилитации пациентов после инсульта.

Экономико-социальное положение страны в течение последних десятилетий привело к тому, что лечебные учреждения фокусировались главным образом на спасении жизни пациента, уделяя намного меньше внимания проблемам качества жизни и восстановления трудоспособности [7].

Однако в последние годы отмечается рост интеграции неврологов, кардиологов и врачей других специальностей как для совершенствования системы первичной и вторичной профилактики ОНМК, так и для повышения качества медико-социальной реабилитации постинсультных больных [5]. Организация долечивания пациентов с последствиями ОНМК в специализированных неврологических отделениях санаториев позволила сочетать в реабилитационных программах широкий комплекс методов и технологий, направленных на восстановление двигательных, когнитивных, вегетативных и других функций.

Санаторная реабилитация, несмотря на более высокую стоимость и удлинение срока временной нетрудоспособности для работающих пациентов, является стратегически более выгодной, так как позволяет многомерно охватить широкий спектр реабилитационных направлений, снижа-

ет инвалидность и риски развития повторных ОНМК.

Одними из важнейших принципов нейрореабилитации как основного компонента реабилитации пациентов с последствиями ОНМК являются раннее начало реабилитационных мероприятий, систематичность проводимого лечения и его длительность, мультидисциплинарный подход, адекватность, активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных и близких [2]. Санаторные условия позволяют добиться выполнения комплекса данных принципов наилучшим образом.

Цель работы – изучение эффективности реабилитации пациентов с последствиями ОНМК в условиях санатория.

Задачи:

1. Составление плана реабилитационных мероприятий индивидуально для каждого пациента.
2. Проведение лабораторных и инструментальных исследований, нейропсихологической диагностики.
3. Проведение лечебно-коррекционных мероприятий.
4. Оценка изменений в соматическом и нейропсихологическом статусе пациентов.

Материалы и методы

Было обследовано 137 пациентов в возрасте от 40 до 68 лет (средний возраст 59 ± 4 года), мужчин 94, женщин 41, с диагнозом ишемический (114 пациентов: 78 мужчин, 36 женщин) и геморрагический (23 пациента: 16 мужчин, 7 женщин) инсульт с очаговыми поражениями головного мозга в раннем реабилитационном периоде – от 7 нед до 1 года.

Характер инсульта и локализация очага подтверждались результатами магнитно-резонансной томографии головного мозга, проводимой в стационарах по месту жительства. При этом в 52% случаев было диагностировано левополушарное поражение и соответственно правосторонний гемипарез, а в 48% случаев – правополушарное поражение и левосторонний гемипарез.

В программу лечения входил специально подобранный комплекс санаторных процедур, оптимизированный под состояние и нужды каждого конкретного пациента, а также составленный с учетом специфики реабилитационных мероприятий пациентов с последствиями ОНМК. Для коррекции нарушений мышечного тонуса и мышечной силы применялись различные виды аппаратной физиотерапии (электромиостимуляция, электрофорез прозерина, лидазы и пр., магнитотерапия, лазеротерапия, теплотечение, сухие углекислые ванны, камерные скипидарные ванны в сочетании с подводной разработкой контрактур).

После этого пациент переходил к занятиям лечебной физкультурой в виде групповой лечебной гимнастики в спортивном зале и бассейне, индивидуальной в тренажерном зале. Тренировки на стабилометрической платформе использовались для улучшения координации движений, поддержания вертикального положения тела, походки.

Сегментарный массаж необходим для тонизирующего воздействия на обездвиженные мышцы, расслабления спазмированных мышц, оказания общетонизирующего воздействия на весь организм в целом, уменьшения выраженности болевых ощущений.

Помимо этого, в лечебный комплекс включали терренкур, плавание в бассейне, фармакологическую терапию (ноотропы, антигипертензивные и сосудорасширяющие препараты).

Особый акцент делался на восстановлении нарушенных высших психических функций (ВПФ) [8]. С этой целью после нейропсихологической диагностики составлялась программа восстановительного обучения, включающая в себя упражнения и задания разного рода, а также программа самостоятельных занятий в домашних условиях на ближайшее после выписки из санатория время.

Для оценки неврологического статуса пациентов использовались специальные адаптированные шкалы и методики: шкала повседневной жизнедеятельности Бартела (оценка уровня бытовой активности) [10], шкала NIHSS (оценка тяжести неврологической симптоматики) [9], модифицированная шкала Рэнкина (оценка степени инвалидизации и функциональной независимости) [12], шкала MRC (оценка мышечной силы) [11], шкала оценки мышечного тонуса [6].

Оценивались изменения некоторых биохимических показателей крови: уровень глюкозы, холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП соответственно), коэффициент атерогенности, показателей агрегатограммы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО).

Для оценки тяжести нарушений ВПФ использовалась процедура комплексного нейропсихологического обследования, в ходе которого изучались такие ВПФ, как речь (экспрессивная и импрессивная), память, внимание, гнозис, праксис, чтение, счет, письмо [3].

При статистической обработке данных использовались G -критерий знаков и T -критерий Вилкоксона, применялся программный пакет Statistica 7.0, различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При лабораторных исследованиях у наших пациентов были получены данные, подтвержда-

Таблица 1

Динамика средних показателей лабораторной диагностики

Характеристики	До	После
Глюкоза, ммоль	7,0±3,1	6,0±2,5*
Холестерин, ммоль	6,9±2,1	5,8±1,8
ЛПВП, ммоль	0,82±0,4	1,4±0,3*
ЛПНП, ммоль	3,9±0,3	2,3±0,3
Коэффициент атерогенности	5,28±1,2	4,73±1,1*
АЧТВ, с	34±7,6	28±6,2
МНО	1,16±1	1,14±1

* Уровень значимости $p < 0,05$.

ющие характер цереброваскулярной патологии. Дислипидемия при поступлении выявлена в 75% наблюдений. При выписке наблюдалась динамика в сторону нормализации указанных показателей, индекс атерогенности снизился на фоне диетотерапии и за счет приема статинов (табл. 1).

При оценке двигательных нарушений основной считается глубина пареза конечности, которая оценивается по параметрам мышечная сила (шкала MRC) и мышечный тонус (шкала Столярова). После санаторного лечения у пациентов наблюдалось снижение тонуса мышц верхних и нижних конечностей. Мышечная сила конечностей, напротив, увеличивалась (табл. 2).

Оценка тяжести неврологической симптоматики с помощью модифицированной шкалы NIHSS показала снижение степени выраженности неврологического дефицита после прохождения реабилитации в условиях санатория.

Результаты по шкале повседневной жизнедеятельности Бартела отразили увеличение активности пациентов, снижение необходимости дополнительного ухода, увеличение самостоятельности и независимости.

Модифицированная шкала Рэнкина включает пять степеней функциональной недееспособности после инсульта – от отсутствия остаточных симптомов и ограничений до тяжелого нарушения дееспособности. По данным этой шкалы у пациентов наблюдался рост уровня дееспособности, частичный

Таблица 2

Динамика средних показателей состояния двигательных функций (баллы)

Характеристики	До	После
Тонус мышц верхних конечностей	2,6±0,8	2,1±0,7*
Тонус мышц нижних конечностей	2,4±0,6	2,3±0,4
Мышечная сила верхних конечностей	2,75±0,95	3,4±0,86*
Мышечная сила нижних конечностей	2,98±0,15	3,1±0,17

* Уровень значимости $p < 0,05$.

Таблица 3

Динамика средних показателей состояния пациентов по неврологическим шкалам (баллы)

Характеристики	До	После
NISS	12,4±4,3	9,2±3,1*
Шкала Бартела	2,4±0,6	2,3±0,4
Шкала Рэнкина	2,1±0,76	1,6±0,82

* Уровень значимости $p < 0,05$.

возврат к видам деятельности, пострадавшим после ОНМК (табл. 3).

Во время нейропсихологической диагностики оценивалось состояние праксиса (мануальный, оральный, пространственный), гнозиса (зрительный, слуховой, соматосенсорный), речи (импрессивная, экспрессивная), внимания, памяти, чтения, письма, счета.

По результатам диагностики в нейропсихологическом статусе обследованных больных были выявлены следующие дефекты:

- эфферентная моторная афазия – 64%,
- афферентная моторная афазия – 43%,
- динамическая афазия – 33%,
- семантическая афазия – 12%,
- акустико-мнестическая афазия – 17%,
- сенсорная афазия – 9%,
- нейродинамические нарушения (по типу утомляемости, истощаемости, сужения объема внимания, устойчивости и переключения внимания) – 89%,
- апраксия мануальная кинестетическая, мануальная кинетическая – 6%,
- модально-неспецифические нарушения памяти – 38%.

В среднем у пациентов наблюдалась преимущественно легкая и средняя степень тяжести выраженности синдромов.

После прохождения санаторного лечения у пациентов отмечались улучшение просодического и произносительного компонентов речи, расширение активного словарного запаса, увеличение речевой инициативы, улучшение мелкой моторики. Также наблюдались повышение общей активности пациентов, улучшение концентрации произвольного внимания, нормализация темпа деятельности (табл. 4).

Таким образом, при выписке из санатория у пациентов отмечается положительная динамика в виде уменьшения головной боли, головокружения, улучшение сна, уменьшение раздражительности, уменьшение степени пареза, а именно: увеличение мышечной силы в конечностях, отсутствие парестезий, увеличение объема пассивных и активных движений, увеличение двигательной активности, расширение двигательного режима (в среднем от 100 м до 1 км в день), появление уверенности при ходьбе.

Таблица 4

Средние показатели состояния ВПФ до и после прохождения санаторного лечения (баллы)

ВПФ	До	После
Речь	2	2,26*
Праксис мануальный	2,2	2,38
Праксис оральный	2,41	2,68*
Гнозис зрительный	2,86	2,82
Гнозис слуховой	3	3
Гнозис соматосенсорный	2,3	2,6
Внимание	1,2	2,7*
Память	1,83	2,5
Чтение	2,8	2,9
Письмо	2,6	2,85
Счет	2,4	2,83

* Уровень значимости $p < 0,05$.

Снижение степени выраженности неврологического дефицита позволяет пациентам быть более самостоятельными и независимыми в выполнении повседневных дел, а также в самообслуживании. Рост дееспособности помогает вернуться к бытовой и рабочей деятельности. Заметно улучшается речь, при осмотре выявляются уменьшенные степени выраженности нарушений ВПФ.

Пациенты выписываются с положительной динамикой по данным объективного неврологического статуса, нейропсихологического статуса, инструментально-лабораторных исследований.

Литература

1. Виноградов О.И. Лакунарный инсульт: гетерогенность причин. 9-й Всероссийский съезд неврологов: тезисы докладов. Ярославль. – 2006. – С. 381.
2. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Реабилитация в неврологии. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013.
3. Лурия А.Р., Основы нейропсихологии. М.: Академия. – 2006.
4. Скворцова В.И. // Лечащий врач. – 2004. – № 7. – С. 60-65.
5. Скворцова В.И., Алексеева Г.С., Трифонова Н.Ю. // Электронный вестник: Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – <http://vestnikmednet.ru>
6. Столярова Л.Г., Кадыков А.С., Ткачева Г.Р. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1982. – № 9. – С. 15-18.
7. Стрелкова Н.И. // Вопр. курортол., физиотер. и ЛФК. – 2002. – № 5. – С. 3-7.
8. Цветкова Л. С. Восстановление высших психических функций. М.: Академический проект, 2004.
9. Brott T., Adams H.P. National Institutes of Health Stroke Scale. – 1989.
10. Mahoney F. Barthel D. // Md Med. J. – 1965. – Vol. 14. – 61-65 p.
11. Medical research council. Aids to the examination of the peripheral nervous system // Memorandum № 45. – London: Her Majesty's Stationery Office. – 1975.
12. Rankin J. // Scott. Med. J. – 1957. – Vol. 2. – 200-215 p.