

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Департамент здравоохранения Ивановской области
Ивановское отделение Российского национального общества терапевтов
Ивановское региональное отделение Союза реабилитологов России

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Сборник материалов II межрегиональной конференции
с международным участием

Иваново, 17–18 ноября 2014 г.

Редакционная коллегия:

доктор медицинских наук, доцент **А. Е. Баклушин**;
доктор медицинских наук, профессор **И. Е. Мишина**;
доктор медицинских наук, профессор **О. А. Назарова**

Сборник включает работы ученых из Иванова, Москвы, Санкт-Петербурга, Владимира, Оренбурга, Тольятти, Екатеринбурга, Самары, Уфы, Рязани представленные 17–18 ноября на II межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных». Рассмотрены проблемы реабилитации пациентов с заболеваниями неврологического, кардиологического профиля, опорно-двигательного аппарата, вопросы организации реабилитации на амбулаторном и санаторно-курортном этапах.

Адресован специалистам в области неврологии, кардиологии, восстановительной медицины, организаторам здравоохранения.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Подписано в печать 10.11.2014 г. Формат 60×84 ¹/₁₆.
Усл. печ. л. 16,74. Тираж 70 экз. Заказ № 186

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8
Тел.: (4932) 32-95-74
E-mail: rioivgma@mail.ru

Издательско-полиграфический комплекс «ПресСто»
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, оф. 307
Тел.: (4932) 30-42-91, 22-24-07
E-mail: pressto@mail.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

<i>Баклушина Е. К., Нуженкова М. В., Бурсикова Д. В.</i> Современное состояние нормативно-правовой базы медицинской реабилитации	11
<i>Баклушина Е. К., Бурсикова Д. В., Карманова Д. А.</i> Социально-гигиенические и медико-организационные аспекты формирования приверженности к реабилитации	13
<i>Батуева Ю. В., Смирнов С. А., Новиков А. Е., Грязнов С. Н., Ковалева Т. Э.</i> Региональный сосудистый центр: вопросы для решения	15
<i>Березина И. Г., Баклушина Е. К.</i> Современные проблемы организации и финансирования специализированной реабилитационной помощи в условиях обязательного медицинского страхования	17
<i>Козлов В. А., Данилова Е. В., Нуженкова М. В.</i> Современные подходы к реабилитации онкологических больных	19
<i>Лихова И. Н., Белова В. В.</i> Оценка качества медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в медицинских организациях Ивановской области	21
<i>Новикова Т. Н.</i> Организационно-правовые аспекты медицинского отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение	24
<i>Нуженкова М. В., Бурсикова Д. В.</i> Индикативное планирование в системе медицинской реабилитации	26
<i>Романчук С. В., Борзов Е. В., Мишина И. Е., Баклушин А. Е., Назарова О. А.</i> Проблемы организации реабилитации кардиологических больных в Ивановской области	28
<i>Тычкова Н. В., Новосельский А. Н., Быков А. А.</i> Рефлексотерапия и традиционная медицина в медицинской реабилитации	31
<i>Холодков И. В., Линьков В. В.</i> Возможности прогнозирования стойкой утраты трудоспособности при нейротравме	33

II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В НЕВРОЛОГИИ

Алексеева Н. В., Основина И. П.

Эффективность электрофореза нейротропных препаратов в раннем реабилитационном периоде инсульта 36

Блеклов С. В., Ястребцева И. П., Баклушин А. Е., Белова В. В., Ярченкова Л. Л., Володеева Е. А., Бочкова Е. А., Исаева О. В.

Электромиография как метод экспертной оценки реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт 38

Бочкова Е. А., Ястребцева И. П., Белова В. В., Баклушин А. Е., Володеева Е. А., Исаева О. В., Вялкова С. В., Блеклов С. В.

Влияние агрессивной нейрометаболической терапии на клинико-гемодинамические показатели у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта 39

Быков А. А., Тычкова Н. В., Воробьев А. В.

Мануальная терапия в реабилитации пациентов с центральными двигательными расстройствами 41

Быков А. А., Новосельский А. Н., Пузырев О. И., Воробьев А. В., Быкова Н. А.

Оценка эффективности медицинской реабилитации при вертеброгенных заболеваниях периферической нервной системы 44

Володеева Е. А., Ястребцева И. П., Белова В. В., Баклушин А. Е., Бочкова Е. А., Исаева О. В., Омеляненко М. Г.

Особенности реабилитации пациентов неврологического профиля с сопутствующей мерцательной аритмией 46

Гаранина Е. С., Линьков В. В.

Эффективность реабилитационной помощи пациентам с болезнью Паркинсона 48

Ежков А. Ю.

Особенности вторичной профилактики инсультов 49

Киселёв В. О., Лукьянчиков Н. Ф.

Опыт применения методов биоуправления, светозвуковой стимуляции головного мозга и музыкальной терапии в восстановительном лечении участников боевых действий 50

Курчанинова М. Г., Баранов Д. А., Метельский О. С., Нагибина А. А., Дуняков О. И., Пухова Л. Д., Хохлова А. А., Пирогова В. В.

Функциональное состояние челюстно-лицевого аппарата и стоматологического статуса пациентов с нарушениями мозгового кровообращения 51

<i>Левина М. А., Борзов Е. В.</i>	
Клинико-аудиологическая оценка слуха у больных в раннем реабилитационном периоде первичного ишемического инсульта	53
<i>Линьков В. В., Завалий Л. Б., Гаранина Е. С.</i>	
Прогнозирование неблагоприятных исходов ишемических и геморрагических инсультов при сахарном диабете 2 типа	55
<i>Лукьянчиков Н. Ф., Кочеткова М. В.</i>	
Опыт диагностики и лечения невротических расстройств	57
<i>Основина И. П., Алексеева Н. В.</i>	
Реабилитационное значение методов физиотерапии у больных острыми нарушениями мозгового кровообращения в условиях регионального сосудистого центра	59
<i>Савельева И. Е., Ионова В. Г.</i>	
Эффективность медицинской реабилитации постинсультных больных при использовании стандартных комплексов лечебной физкультуры	61
<i>Смирнов С. А., Грязнов С. Н., Новиков А. Е.</i>	
Каротидная эндартерэктомия: система отбора пациентов и риск осложнений	62
<i>Фролова О. Ю., Нерсисян Т. Н.</i>	
Применение вальдоксана при депрессивных расстройствах в постинсультном периоде	64
<i>Халикова Н. А., Мишина И. Е., Михайловская Т. В., Гудухин А. А., Кудряшова М. В., Алеутская О. Н.</i>	
Медикаментозные аспекты реабилитации пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий в остром периоде ишемического инсульта	66
<i>Чельшьева И. А., Кузьмина М. С., Герасимова Ю. А., Лаврентьева Л. В.</i>	
Восстановление речи при моторной афазии у больных с инсультами	69
<i>Шаршавина Г. П., Михайлов С. Н., Белов В. В., Исаева О. Ю., Елфимова О. А.</i>	
Стабилометрия в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения, перенесших инфаркт миокарда	71
<i>Шатохина Т. Н.</i>	
Реабилитация пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения в раннем восстановительном периоде	72
<i>Ястребцева И. П., Иванова А. С., Белова В. В., Баклушина Е. А.</i>	
Вариант механотерапии при реабилитации пациентов с парезами легкой и умеренной степени выраженности	74

*Ястребцева И. П., Баклушина Е. А., Белова В. В., Блеклов С. В.,
Иванова А. С.*

Динамика постинсультных двигательных расстройств
при применении электромиостимуляции 76

Ястребцева И. П., Пирогова В. В., Александрийская Н. Е., Бочкова Е. А.
Дифференцированный тренинг постуральных функций у пациентов
с цереброваскулярной патологией 79

*Ястребцева И. П., Исаева О. В., Володеева Е. А., Белова В. В.,
Баклушин А. Е., Александрийская Н. Е., Бочкова Е. А., Вялкова С. В.,
Блеклов С. В.*

Эффективность применения кардиотренажеров у пациентов
с инсультом в раннем восстановительном периоде 81

III. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В КАРДИОЛОГИИ

Александров М. В., Ушакова С. Е., Будникова Н. В., Пайкова А. С.
Фармакотерапия пациентов, перенесших инфаркт миокарда
и проходящих реабилитацию в условиях территориальной
поликлиники 83

*Бурсиков А. В., Ткаченко Н. М., Козырева И. И., Бирцева Л. Н.,
Валиуллина Е. Ш., Петрова О. В.*

Возможности оценки эффективности лечения гипертонической болезни
на основе функциональных показателей 85

Головунина И. С., Мухарлямов Ф. Ю., Макарова М. Р.
Современная технология физической реабилитации после операций
по поводу ишемической болезни сердца 87

*Громова М. А., Мясоедова С. Е., Корягина Н. В., Торкашова Е. В.,
Рубцова О. А.*

Оценка клинической эффективности коррекции хронического болевого
синдрома у больных ревматоидным артритом с помощью специального
комплекса физических упражнений 89

*Довгалюк Ю. В., Мишина И. Е., Архипова С. Л., Черняк А. С.,
Корнилов Л. Я., Калинина Н. Ю., Миронова Н. А.*

Реабилитация больных с хронической сердечной недостаточностью,
перенесших острый коронарный синдром 91

Долгих О. А., Шутемова Е. А.
Эффективность усиленной наружной контрпульсации в реабилитации
пациентов с рефрактерной стенокардией 93

<i>Исхаков Н. Н., Яшков А. В., Колесникова Е. А., Забелина М. А.</i> Санаторный этап физической реабилитации больных, перенесших операцию аорто-коронарного шунтирования	95
<i>Курбатова Л. И.</i> Оптимальный подход к медицинской реабилитации у пациентов с хронической артериальной гипотонией немедикаментозными средствами	97
<i>Манюгина Е. А., Бурсиков А. В., Варенцова Л. Г.</i> Клиническая эффективность программы лечения курящих пациентов с артериальной гипертонией	99
<i>Масленникова О. М., Резниченко Т. А.</i> Особенности функционального состояния организма у спортсменов с пролапсом митрального клапана	101
<i>Мисюра О. Ф., Горюнова А. А., Зобенко И. А., Карпухин А. В., Шестаков В. Н.</i> Проблемы кардиореабилитации после эндоваскулярных вмешательств .	103
<i>Михайлов С. Н., Либис Р. А., Фомина М. Н.</i> Анализ изменения стабิโลграфических показателей при применении реабилитационных мероприятий у больных, перенесших инфаркт миокарда и имеющих в анамнезе ишемический инсульт	105
<i>Муромкина А. В., Назарова О. А., Орлов Р. Б., Шавардина Е. С.</i> Реабилитация больных фибрилляцией предсердий в условиях кардиологического стационара	107
<i>Мухарлямов Ф. Ю., Сычева М. Г., Рассулова М. А.</i> Актуальные аспекты кардиореспираторной реабилитации	109
<i>Мухарлямов Ф. Ю., Сычева М. Г., Рассулова М. А.</i> Корректирующие эффекты галотерапии при артериальной гипертонии ...	110
<i>Новичкова Е. А., Ушакова С. Е., Белова Г. В., Груничева Л. Э.</i> Особенности контингента пациентов, перенесших инфаркт миокарда и проходящих реабилитацию в условиях территориальной поликлиники	111
<i>Номоконов Г. Г., Яшков А. В., Исхаков Н. Н., Колесникова Е. А., Богуславский Д. Г.</i> Опыт применения скандинавской ходьбы в кардиореабилитации	113
<i>Уткина М. Н., Уткина Е. И.</i> Оценка адаптации организма как важный этап медицинской реабилитации	114
<i>Шестаков В. Н., Зобенко И. А., Мисюра О. Ф., Горюнова А. А., Карпухин А. В.</i> Организационные основы второго этапа кардиореабилитации	116

IV. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

<i>Бобылёва А. И., Савельева И. Е., Черненко С. Е., Пузырев О. И.</i> Эффективность реабилитационных программ в условиях дневного стационара центра медицинской реабилитации	118
<i>Голдобина Л. П., Галимова Е. С., Столярова Т. В.</i> Комплексная дифференцированная реабилитация больных с дорсалгиями	119
<i>Гордич А. А., Кузнецова Н. Л.</i> Реабилитация пациентов с исходом травмы нижней конечности, осложненной комплексным регионарным болевым синдромом и замедленной консолидацией переломов, криогенными технологиями .	121
<i>Егорова Е. В., Яшков А. В., Ардатова А. С.</i> Оценка эффективности применения гравитационной терапии у больных с патологией опорно-двигательной системы	123
<i>Иванова С. В., Савельева И. Е., Шуйкина А. А.</i> Комплексное лечение остеохондроза шейного отдела позвоночника в практике врача лечебной физкультуры	126
<i>Кирпичев И. В., Бочаров Д. А., Васин И. В.</i> Первый опыт применения радиочастотной абляции для купирования вертеброгенного болевого синдрома	127
<i>Кирпичев И. В., Бражкин С. Е., Бражкин А. С., Очаковский А. Ю., Бережков И. В., Иванова О. Г.</i> Результаты реабилитации пациентов после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава в условиях стационара	128
<i>Королева С. В.</i> Кинематическая нестабильность как маркер эффективности реабилитации больных гонартрозом	130
<i>Новосельский А. Н., Быков А. А., Пузырев О. И., Белов И. В., Сеницкий И. А., Воробьев А. В., Бушков С. Н.</i> Диагностика нарушений двигательного стереотипа в медицинской реабилитации	132
<i>Новосельский А. Н., Быков А. А., Пузырев О. И., Быкова Н. А.</i> Устройство для длительного сидения «Дуосит» как средство медицинской реабилитации	134
<i>Поляков В. А., Шелыхманова М. В., Растопина Е. И., Костеева Е. Е.</i> Инновационные методы физической реабилитации больных остеохондрозом позвоночника	136

<i>Поляков В. А., Шельхманова М. В., Яшков А. В., Лосев И. И.</i> Применение сочетанных физиотерапевтических факторов в консервативном лечении детей со сколиозом II–III степени	137
<i>Речкин И. С., Савельева И. Е., Шуйкина А. А., Пузырев О. И.</i> Влияние спортивных нагрузок на позвоночник занимающихся художественной гимнастикой	140
<i>Речкунова О. А., Овчинников Б. Н.</i> Некоторые аспекты современной реабилитации больных после эндопротезирования коленных суставов	142
<i>Рогачева Н. К.</i> Медицинская активность родителей при проведении реабилитационных мероприятий у детей-инвалидов с опорно-двигательной патологией	144
<i>Столярова Т. В., Голдобина Л. П.</i> Лазеротерапия как метод реабилитации ревматоидного артрита у больных с гипертонической болезнью	145
<i>Столярова Т. В., Голдобина Л. П.</i> Реабилитация больных с гипертонической болезнью при сопутствующем остеохондрозе шейного отдела позвоночника	147

V. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕДИАТРИИ

<i>Блеклова Ю. О., Вотякова О. И.</i> Обоснование программы реабилитации при ожирении у детей	148
<i>Жданова Л. А., Бобошко И. Е., Рунова О. С.</i> Модель реформирования работы детской поликлиники в условиях модернизации здравоохранения	150
<i>Жданова Л. А., Молькова Л. К., Бобошко И. Е., Нуждина Г. Н.</i> Возможности медико-социального отделения детской поликлиники в реабилитации детей с хроническими соматическими заболеваниями ...	155
<i>Нуждина Г. Н., Жданова Л. А., Молькова Л. К., Бобошко И. Е.</i> Дифференцированный медико-педагогический подход к реабилитации детей в зависимости от типа психосоматической конституции	157
<i>Попова Е. В., Карпук Н. Л., Баклушин А. Е., Павлова О. Л.</i> Значимость факторов риска в определении подходов к реабилитации детей с артериальной гипертензией	159
<i>Шишова А. В., Жданова Л. А., Мандров С. И., Ланина Е. А.</i> Биоритмологические аспекты реабилитации часто болеющих детей	161

Шишова А. В., Жданова Л. А., Салова М. Н.

Состояние здоровья школьников с последствиями перинатальных поражений центральной нервной системы и возможности педиатра в их реабилитации 164

VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОНКОЛОГИИ, ХИРУРГИИ, ТЕРАПИИ

Белова В. В., Ястребцева И. П., Александрийская Н. Е.

Реабилитация больных с постмастэктомическим синдромом с позиции доказательной медицины 167

Голдобина Л. П., Галимова Е. С., Столярова Т. В.

Результаты реабилитации больных с бронхиальной астмой 169

Карманова И. В., Рупасова Т. И., Абрашкина Е. Д.

Эффективность реабилитационных мероприятий при внебольничной пневмонии 171

Орлов А. Е., Сивохина Т. А., Гурьянова М. А., Ваганова М. Д., Бурмистрова С. А.

Гипербарическая оксигенация в лечении онкологических пациентов, получающих дистанционную лучевую терапию 173

Орлов А. Е., Яшков А. В., Сивохина Т. А., Брятова И. А., Бурмистрова С. А.

Организация ранней медицинской реабилитации больных, перенесших радикальное лечение рака щитовидной железы 174

Пучкова М. Ю., Хубезов Д. А., Родимов С. В.

Опыт применения ик-лазерного облучения в комплексном лечении и реабилитации больных после геморроидэктомии 177

Сивохина Т. А., Орлов А. Е., Бурмистрова С. А., Кожина М. В.

Медикаментозная коррекция нарушений вследствие хирургического лечения рака сигмовидной кишки 178

Сивохина Т. А., Золотарева Т. Г., Бурмистрова С. А., Кожина М. В.

Физиотерапевтические методы в лечении эрозивного рефлюкс-эзофагита у пациентов, перенесших гастрэктомию 180

Спесивцева Н. Н.

Преимущества использования метода нормобарической гипокситерапии как средства медицинской реабилитации и лечения в условиях лечебно-профилактического учреждения 182

Яшков А. В., Сивохина Т. А., Бурмистрова С. А., Брятова И. А.

Медицинская реабилитация после радикального лечения рака предстательной железы 184

Яшков А. В., Сивохина Т. А., Бурмистрова С. А.

Способ реабилитации пациенток, перенесших противопухоловое лечение рака шейки матки 186

I. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е. К. Баклушина, М. В. Нуженкова, Д. В. Бурсыкова
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» выделяет в качестве одного из приоритетов оказания медицинской помощи населению формирование эффективной системы комплексной медицинской реабилитации. Этот процесс сопровождается активной нормотворческой деятельностью государственных органов по созданию специального медицинского законодательства, регламентирующего организацию и осуществление медицинской реабилитации.

Цель – анализ действующей в Российской Федерации нормативно-правовой базы, регламентирующей медицинскую реабилитацию.

Методы исследования: документальный, внешний и внутренний анализ нормативно-правовых источников.

Полученные результаты: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые на федеральном законодательном уровне рассматривает медицинскую реабилитацию как самостоятельный комплекс медицинских услуг, а также вводит нормативную дефиницию «медицинская реабилитация». С правовой точки зрения это является чрезвычайно важной новеллой и подчеркивает особую значимость данного раздела профессиональной деятельности медицинских работников. Статья 40 «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение» определяет медицинскую реабилитацию как комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме. Медицинская реабилитация также должна быть направлена на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни.

ни, сохранение работоспособности пациента и его социальной интеграции в общество. Это позволяет говорить о ярко выраженной профилактической составляющей реабилитации, что обуславливает ее высокую социальную ценность. Правовая значимость положений федерального законодательства состоит в нормативно определенных организационных основах осуществления медицинской реабилитации. Механизмы и технологии реализации законодательных основ содержатся в нормативных актах органов исполнительной власти, прежде всего Министерства здравоохранения Российской Федерации, к компетенции которого относятся вопросы регулирования порядка организации медицинской реабилитации, перечня медицинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации.

В настоящее время основным подзаконным актом в этой сфере является приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». Его внедрение направлено на оптимизацию этапности; использование алгоритма взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обеспечения; определение круга и функций медицинских работников в учреждениях различного уровня; обеспечение преемственности в ведении пациента на всех этапах. Данный порядок, а также стандарты оказания отдельных видов медицинской помощи выступают основой программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, соответствующих современному уровню развития медицины, и обязательны к исполнению. Приказ наиболее полно и всесторонне регулирует вопросы организации медицинской реабилитации взрослого и детского населения, устанавливает ее виды, формы и условия оказания. Так, например, особенностью медицинской реабилитации является то, что она осуществляется исключительно в плановой форме. Важным является указание на методику проведения реабилитационных мероприятий, а также этапы их проведения в различные периоды течения заболевания и в различных условиях. Установлен перечень специалистов, осуществляющих реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации: как врачей – специалистов по профилю оказываемой медицинской помощи, так и специалистов, имеющих высшее не медицинское образование. Предусмотрена возможность осуществления медицинской реабилитации в форме выездной бригады на основании решения врачебной комиссии по реабилитации в медицинской организации. Регламентирован порядок направления пациентов и оборот медицинской документации на разных этапах медицинской реабилитации. Установлены основные организационные модели медицинской реабилитации, наименования структурных подразделений и обособленных медицинских организаций, правила их организации, стандарты оснащения, рекомендуемые штатные

нормативы. Необходимо отметить, что при осуществлении медицинской реабилитации нужно учитывать региональную специфику, находящую отражение в законодательстве субъектов РФ, в том числе в нормативно-правовых актах, носящих программно-целевой характер. Данную деятельность также регламентируют локальные нормативные акты медицинских организаций, предоставляющих услуги по медицинской реабилитации, например, в положениях о работе врачебных комиссий.

Таким образом, в настоящее время активно формируется законодательство, регламентирующее медицинскую реабилитацию как приоритетное направление развития здравоохранения Российской Федерации. Медицинская реабилитация рассматривается как неотъемлемая составляющая медицинской помощи, наряду с диагностикой, лечением и профилактикой. Характерной особенностью медицинской реабилитации является ее неразрывная связь с процессом улучшения качества жизни, что является одной из гарантий социальной защищенности граждан.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К РЕАБИЛИТАЦИИ

Е. К. Баклушина, Д. В. Бурсикова, Д. А. Карманова

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В настоящее время при проведении исследований, посвященных вопросам формирования приверженности пациентов к лечению и реабилитации, наиболее часто изучаются психологические факторы, понимание внутренней картины болезни, копинг-стратегии. Однако не менее значимыми по своему влиянию являются такие социально-гигиенические факторы, как медицинская активность и информированность пациента о своем заболевании, методах реабилитации, своей роли и поведения. Большое практическое значение имеет также изучение эффективности действий медицинских работников для повышения медицинской активности и информированности пациента и его приверженности к реабилитации.

Практически все исследования посвящены приверженности к медикаментозному лечению, в то время как в реабилитации восстановление функций и борьба с ограничениями жизнедеятельности осуществляется и путем применения методов физио-, кинезо-, эрготерапии, а также путем воздействия на образ жизни. На практике рекомендации по вопросам оптимизации физической активности, питания, водного режима, борьбы с вредными привычками и т.д. даются в самой общей форме, не учитывают индивидуальные

особенности больных. Соответственно, у них не создается надлежащей мотивации на четкое и полное выполнение всех рекомендаций.

Цель – на основании изучения динамики состояния медицинской активности, информированности, приверженности к выполнению рекомендаций по реабилитации у пациентов, комплекса социально-гигиенических, медико-биологических и медико-организационных факторов, влияющих на них, разработать современные подходы к его оптимизации для повышения эффективности реабилитации.

Участники исследования – лица, проходящие второй этап кардио- и нейрореабилитации в стационаре (клинике ИвГМА) и третий этап в амбулаторных условиях. Метод – полустандартизованное интервью на основе специально разработанного опросника, содержащего паспортно-медицинскую часть и блок вопросов для балльной оценки (по 5-балльной шкале), позволяющие на основе самооценки изучить показатели, характеризующие медицинскую активность пациентов, информированность по различным аспектам реабилитации и их динамику на различных этапах реабилитации, после проведения информационного сопровождения и мотивирования на выполнение медицинских рекомендаций. Временные точки – поступление в стационар, выписка из стационара, явка для последующего наблюдения.

После проведения пилотного исследования в двух первых точках получены следующие данные. Среди показателей, характеризующих исходную (до поступления в клинику на реабилитацию) медицинскую активность, наиболее неблагоприятными были своевременность обращения за медицинской помощью при хроническом заболевании (3,2 балла по 5-балльной шкале) и выполнение рекомендаций по оздоровлению образа жизни (3,8 баллов). После проведенной в клинике работы по информированию пациентов о различных аспектах лечения и изменения образа жизни наиболее положительная динамика в выполнении рекомендаций отмечалась участниками исследования в отношении позиций «прием лекарственных препаратов» (16,5%), «сексуальная активность» (25%), «борьба со стрессами» (15%). В то же время, выделены позиции, в отношении которых пациенты практически не планировали изменять свое отношение к выполнению медицинских рекомендаций (питание, физическая активность, водный режим).

В отношении контроля за важнейшими клинико-лабораторными показателями после прохождения реабилитации в клинике была отмечена высокая положительная динамика планируемой медицинской активности по контролю за показателями холестерина, сахара крови, липопротеидов (28,4%), в меньшей степени – за весом (22,4%) и показателями артериального давления и ЧСС (5,5%).

Пребывание в клинике позволило повысить информированность пациентов (по данным самооценки) практически по всем изучаемым показателям. В наибольшей степени это касалось оптимальной физической активности (динамика составила 18%), роли психотерапии в реабилитации (12,5%), способов нормализации веса (14,6%), способов борьбы со стрессами (13%), сексуальной активности (25%), показателей крови (холестерина, липопротеидов, сахара – 10,5%), питьевого режима (10,6%). Однако остались позиции, по которым динамика повышения информированности была явно недостаточной – это касалось, прежде всего, понимания роли физио-, эрго- и кинезотерапии (1,05, 4,9 и 2,5% соответственно), логопедической помощи (2,3%), диеты (1,05%), способов борьбы с вредными привычками (3,5%).

Весьма важной в оценке эффективности реабилитации является оценка удовлетворенности самих пациентов ее результатами. Проведенное исследование позволило выявить явное увеличение уровня удовлетворенности (с 3,03 до 4,14 баллов, динамика составила 25,4%).

Итак, недостаточная исходная медицинская активность отмечена прежде всего в отношении показателей, характеризующих образ жизни пациентов и понимание ими значимости немедикаментозных способов реабилитации, что свидетельствует о необходимости усиления информационного сопровождения этих больных по данным позициям на втором и третьем этапах реабилитации.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР: ВОПРОСЫ ДЛЯ РЕШЕНИЯ

**Ю. В. Батуева, С. А. Смирнов, А. Е. Новиков,
С. Н. Грязнов, Т. Э. Ковалева**

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»*

В результате реализации программы по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями достигнуто существенное снижение летальности при церебральном инсульте и значительное увеличение числа пациентов, способных к независимости в повседневной жизни. Однако возникают практические вопросы, отражающие несовершенство системы медицинской помощи данной категории граждан.

Цель – анализ показателей деятельности регионального сосудистого центра (РСЦ) ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница» за 2011–2013 годы.

В центр госпитализировано 3935 человека с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). В первые 24 часа после развития сим-

птомов инсульта поступило в 2011 г. – 918 (70,2%), 2012 г. – 1014 (70,6%), 2013 г. – 1108 (72,3%) пациентов. С ишемическим инсультом (ИИ) госпитализировано 1089–1129 (83,9–84,9%) пациентов, с геморрагическим – 176–198 (13,2–15,1%) и с субарахноидальным кровоизлиянием – 22–26 (1,9–2,03%) человек. В первые 12 часов с ИИ госпитализировано 51,1–53,4%, в сроки от 6 до 9 часов – 6,5–8,2%, в сроки от 3 до 5 часов от момента развития симптомов – 192–202 (17,1–18,5%) и в период до 3 часов – 198–207 (18,1–18,3%) больных.

Из 98% больных с ИИ, которым выполнено дуплексное сканирование магистральных артерий головы при поступлении, у 180–235 (16,5–20,8%) больных диагностирован стеноз более 70%. Реконструктивных вмешательств на прецеребральных артериях при стенозирующем процессе выполнено 53 в 2011, 90 – в 2012 и 141 – в 2013 году, в том числе эндартерэктомий – 28, 76 и 115 (соответственно по годам) и 25, 14 и 26 (соответственно по годам) ангиопластик с помощью стента. На данное оперативное лечение поступила $\frac{1}{3}$ пациентов с районов, обслуживающихся первичными сосудистыми центрами.

Больные в РСЦ переводились также с целью верификации причины ГИ (15–22), оперативного лечения нетравматической внутримозговой гематомы (12–25), микрохирургического вмешательства при аневризмах артерий головного мозга (20–21).

Системный тромболизис в 2013 году проведен 11 пациентам (в 2011 году – 6 больным), что составляет 1,23% от общего числа поступивших с ИИ и 7,1% от общего количества больных с ИИ, поступивших в пределах 3-часового терапевтического окна.

Число умерших больных с ОНМК в зоне ответственности РСЦ: с ишемическим инсультом – 91–95 (14,3–14,1%), с геморрагическим – 51–59 (47,1–45,5%). Независимо от типа инсульта, более половины больных, умерших в первые 7 суток, имели первичные и вторичные осложнения, которые обусловлены тяжестью инсульта и его соматической коморбидностью.

В результате мультидисциплинарной организации нейрореабилитации к концу стационарного лечения 549-633 (42,1–46,1%) пациента достигли независимости в повседневной жизни (оценка по шкале Рэнкин не более 2 баллов).

Таким образом, результаты анализа свидетельствуют, что есть резервы по снижению времени госпитализации пациентов, на которые влияет информированность населения о первых симптомах заболевания. Решение этого вопроса позволит улучшить и другие зависимые показатели работы центра. Дуплексное сканирование магистральных артерий головы и шеи больным с ОНМК должно предполагать исправность оборудования, а в системе

диспансеризации населения – стать скрининговым методом для категории граждан с высоким риском развития инсульта. В блоке интенсивной терапии и реанимации РСЦ должны быть учтены койки для больных после реконструктивных операций на брахиоцефальных артериях.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

И. Г. Березина, Е. К. Баклушина
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Медицинская реабилитация является одной из существенных задач российского здравоохранения. В настоящее время разработана нормативная база, позволяющая формировать конкретные условия для улучшения и совершенствования данного вида медицинской помощи. Порядок организации медицинской реабилитации, утвержденный приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н, предполагает этапность оказания медицинской помощи, что должно вписываться в трехуровневую систему организации медицинской помощи гражданам.

Цель – на основании изучения и анализа современной нормативно-правовой базы установить основные проблемы организации и финансирования специализированной реабилитационной помощи.

Методы исследования: анализ федеральных нормативно-правовых актов в сфере оказания реабилитационной медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 10.10.2013 № 932, включает мероприятия по медицинской реабилитации как в первичную медико-санитарную помощь, оказываемую в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, так и в специализированную медицинскую помощь, которая оказывается в стационарных условиях и условиях дневного стационара. Вместе с тем средний норматив объема оказания медицинской реабилитации – число койко-дней – в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее ОМС), установлены только для стационарных условий. На федеральном уровне также установлены рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей в год), а также средняя длительность пребывания одного больного в стационаре. Рекомендуемые объемы реабилитационной медицинской помощи,

оказываемой в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в настоящее время не определены.

Финансовое обеспечение медицинской реабилитации осуществляется за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи. Эффективным способом оплаты медицинской помощи, ориентированным на конечный результат, является оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистические группы. В соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом ФОМС от 14.11.2013 № 229, оплата специализированной медицинской помощи во всех страховых случаях осуществляется на основе групп, объединяющих заболевания. Однако использование объемного показателя «случай госпитализации» применительно к медицинской реабилитации отсутствует. Затраты на мероприятия по медицинской реабилитации включены в стоимость КСГ/КПГ, что на практике не позволяет вычлнить компонент реабилитационных услуг в общем случае заболевания.

На территории Ивановской области специализированная реабилитационная помощь оказывается с 1994 г., когда была создана городская больница восстановительного лечения (с 2014 г. – ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»). С 2010 года были организованы отделения восстановительного лечения для помощи больным с нарушением мозгового кровообращения в ряде муниципальных (с 2013 – областных бюджетных) учреждений здравоохранения.

За период 2010–2014 гг. увеличилось количество медицинских организаций Ивановской области, оказывающих специализированную медицинскую помощь взрослому и детскому населению по профилю «медицинская реабилитация (восстановительное лечение)»: в стационарных условиях – с 2-х до 10, в условиях дневного стационара – с 1-го до 5. Наряду с государственными медицинскими организациями федерального и областного подчинения, реабилитационную помощь оказывают и медицинские организации иной формы собственности. На сегодняшний день реабилитационную помощь получают пациенты с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата. Объемы стационарной медицинской помощи по данному про-

филю за последние 5 лет увеличились в 2,3 раза (с 454,3 койко-дня до 1054,1 койко-дня на 10 000 жителей). Объемы медицинской помощи, оказанные в условиях дневного стационара, возросли в 4,4 раза.

Как видим, существующая нормативно-правовая база организации и финансирования медицинской реабилитации имеет следующие пробелы: отсутствуют нормативы объемных показателей оказания реабилитационной помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Оплата законченных случаев оказания реабилитационной помощи с специализированных отделений производится по КСГ, соответствующей основному заболеванию. Целесообразно также внедрение методов и методик медицинской реабилитации в стандарты оказания медицинской помощи при заболеваниях, имеющих наибольшую перспективу восстановления функций.

Для оптимизации организации оказания реабилитационной помощи населению Ивановской области необходимо разработать и внедрить соответствующие порядки по основным направлениям реабилитации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В. А. Козлов, Е. В. Данилова, М. В. Нуженкова

ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Совершенствование и внедрение современных методов реабилитации онкологических больных является одной из целей Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с онкологическими заболеваниями до 2020 года».

Цель – анализ организации и современных подходов к медицинской реабилитации онкологических больных.

Методы исследования: аналитический, документальный.

Реабилитация онкологических больных при функционально-сдающем и комплексном лечении – многоэтапный процесс, носящий восстановительный характер и содержащий несколько важнейших компонентов – реконструктивно-пластический, ортопедический, социально-трудовой. Цель реабилитации определяется в соответствии с групповым прогнозом и определяется как восстановительная, преследующая полное или частичное восстановление трудоспособности (у пациентов с благоприятным прогнозом); поддерживающая, связанная с потерей трудоспособности, инвалидизацией и направленная на адаптацию пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе (группа больных с II-III стадией забо-

левания); 3) паллиативная, направленная на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирующего и генерализации злокачественной опухоли.

Приоритетным направлением современной клинической онкологии является функционально-щадящее и органосохранное лечение злокачественных опухолей основных локализаций. Одним из основных принципов его реализации является совмещение этапов хирургического удаления опухоли и хирургической реабилитации. Реконструктивно-пластический компонент хирургической реабилитации включает в себя комплекс методов современной реконструктивно-пластической хирургии, позволяющих в кратчайшие сроки и с максимальной эффективностью восстановить функцию и внешний вид органа, его эстетические параметры, что особенно важно при поражении лица, молочных желез, конечностей. Наиболее часто применяются методы функциональной резекции, пластики местно-перемещенными лоскутами, микрохирургической аутотрансплантации тканей, а также имплантации искусственных тканей.

Ортопедический компонент реабилитации применяют в тех случаях, когда есть противопоказания к проведению реконструктивно-пластического лечения в связи с возрастом, сопутствующей патологией или прогнозом опухоли. К особенностям данного подхода относят максимально раннее начало терапии и этапность процесса протезирования: временное тренировочное и постоянное. Для изготовления протезов используются самые современные разработки на основе синтетических материалов для наилучшей адаптации на стыке «протез-ткань» для воссоздания отдельных функций протезируемых органов. Наибольшее распространение получило протезирование органов челюстно-лицевой зоны для восстановления функции жевания, глотания, звукообразования, а также протезирование молочной железы и конечностей.

Перечисленные компоненты применяются на последовательных этапах реабилитации: 1) подготовительный (предлечебный). Под воздействием мощной стрессовой ситуации у пациента, направленного в онкологическую клинику, возникают острые психогенные реакции, среди которых преобладает депрессивный синдром. Этот этап непосредственно связан со специальной медикаментозной и немедикаментозной подготовкой, направленной на лучшую переносимость операции и других лечебных мероприятий; 2) лечебный (основной). Он включает в себя операцию по удалению опухоли и сохранению или пластическому восстановлению анатомических основ функции оперированного органа. Это также может быть курс специальной лучевой терапии на опухоль с сохранением соседних тканей; 3) ранний восстановительный (послеоперационный). Важной задачей этого этапа является его проведение в естественные биологические сроки до 2–3 недель, без сры-

вов. Целесообразно применять апробированные в онкологии методы улучшения регенерации: низкоэнергетические лазеры, КВЧ-установки. В конце этапа необходимо начинать специальный комплекс лечебной физкультуры, в т. ч. с использованием тренажеров; 4) поздний восстановительный. Продолжается ЛФК, терапия по регуляции функции оперированного органа. Например, набор ферментных препаратов пищеварительного тракта, временно заменяющих их недостаток в организме при резекции желудка, поджелудочной железы и т. д. Одновременно проводится специальная противоопухолевая химио- и лучевая терапия. В связи этим реабилитационные мероприятия необходимо планировать с учетом лечебных для исключения их взаимного подавления. Продолжительность данного этапа определяется индивидуальным планом лечения и занимает от 1 до 6 месяцев. За это время можно решать вопросы эстетической реабилитации, включая корригирующие операции, шлифовку рубцов и т. д.; 5) социальный. На этом этапе первостепенное значение приобретает оценка психического статуса онкологического больного, его социально-трудовая ориентация. На последних этапах лечения необходимо проведение медико-социальной экспертизы, в ходе которой устанавливается степень утраты трудоспособности онкологического больного, причины и время наступления инвалидности, определение условий и видов труда для инвалидов, а также разработки индивидуальной карты медицинской, социальной и трудовой реабилитации инвалида (протезирование, обеспечение специальными транспортными средствами, профессиональное переобучение и т. д.).

Следовательно, в современных условиях к особенностям медицинской реабилитации онкологических больных относят многообразие методов, применяемых на ее различных этапах, базирующихся на максимально раннем лечении, непрерывности, преемственности, совместимости с лечебным процессом, комплексности и индивидуальном подходе к пациенту.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И. Н. Лихова, В. В. Белова
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Актуальность проблемы. В ходе реформирования здравоохранения одним из главных приоритетов, имеющим важное медико-социальное значение, является развитие медицинской реабилитации. Реабилитация позволяет

уменьшить тяжесть социальных последствий заболеваний и улучшить качество жизни больных. В связи с этим в последние годы в нашей стране и в Ивановской области активно развивается система организации медицинской реабилитации. Система медицинской реабилитации в Ивановской области сформирована и работает в течение последних 20 лет, но в силу развивающейся медицинской науки и внедрения инновационных технологий нуждается в обновлении и доработке. В связи с введением новой системы учета и оплаты медицинской помощи, новых принципов планирования ресурсной базы здравоохранения, требуется единая оценка и контроль качества оказанной медицинской помощи. В настоящее время назрела необходимость внедрения единых подходов к оценке проведения реабилитационных мероприятий, что позволит унифицировать организацию медицинской реабилитации в Ивановской области.

Цель исследования – проведение контроля качества медицинской реабилитации с учетом соблюдения порядка ее оказания, выработка единого подхода оценки реабилитационных мероприятий в работе медицинских организаций Ивановской области.

Объектом исследования является организация и оказание реабилитационной помощи взрослому населению на разных этапах лечения в зависимости от тяжести состояния пациентов. Для исследования были отобраны методом случайной выборки истории болезни и амбулаторные карты пациентов старше 18 лет и получавших реабилитационную помощь в медицинских организациях Ивановской области за период 2013 и 2014 годов.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи учитывались: соблюдение приказа № 1705н Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 «О порядке организации медицинской реабилитации»; проведение оценки клинического и диагностического состояния пациента; формулировка цели реабилитации; наличие реабилитационного прогноза и потенциала; постановка реабилитационного диагноза; выявление переносимости реабилитационных процедур.

Экспертиза качества медицинской помощи проводилась по 840 страховым случаям. Дефекты, послужившие основаниями для финансовых санкций по результатам плановых экспертиз выявлены в 12% случаев. Анализируя данные показатели, следует отметить, что в структуре нарушений лидируют нарушения, которые связаны с дефектами оформления первичной медицинской документации и составляют 10% от всех рассмотренных экспертиз. Так в историях болезни выявлены дефекты по: сбору анамнеза, постановке реабилитационного диагноза, разработке реабилитационного прогноза. На втором месте находятся нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи,

они составляют 1% от всех рассмотренных экспертиз. Часто встречающимися ошибками являются необоснованность назначения физиотерапевтических процедур, мануальной терапии, кинезотерапии при имеющихся противопоказаниях.

В соответствии с утвержденными федеральными документами и нормативными локальными актами, принятыми на территории субъекта оказание реабилитационной помощи взрослому населению на территории Ивановской области осуществляется последовательно:

На 1-м этапе в острый период течения заболевания медицинская реабилитация оказывается в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных клинических стационаров: ОБУЗ ИвОКБ, ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иваново, ОБУЗ «Кардиологический диспансер», ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» и ОБУЗ «Шуйская ЦРБ».

С этого этапа начинают применяться стандартные количественные тесты и шкалы, объективно отражающие физическое и психическое состояние больного: индекс мобильности Ривермид, шкала исхода Глазго (Glasgow outcome scale (GOS), Бартела индекс Barthel index (BI), модифицированная шкала Ранкина (Rankin scale (mRS), шкала Нью-Йоркского Института Здоровья NIH (Adams H.P., Biller J., 1989 г.), скрининг-тестирование MMSE. Начиная с реанимационного отделения, ведется дневник реабилитационных мероприятий.

Оказание второго этапа медицинской реабилитации в ранний и поздний восстановительный период течения заболевания, в период остаточных явлений, при хроническом течении заболевания проводится в стационарных условиях следующих медицинских организаций: ОБУЗ «ИОКЦМР», ГБУ ВПО ИвГМА Минздрава России, ОБУЗ «Вичугская ЦРБ», ОБУЗ «Ивановская ЦРБ», ООО «Ивмедсервис», ООО Центр «Медиком». На первых двух этапах пациентов ведут мультидисциплинарные бригады, в которые входят врачи: невролог, терапевт, врач ЛФК, логопед, психолог, физиотерапевт, рефлексотерапевт.

В настоящее время совершенствуется реабилитационная помощь в медицинских организациях на амбулаторном и санаторно-курортном этапах.

Выводы: Значимость осуществленного исследования состояла в разработке единого подхода по оценке и контролю качества медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация». При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо учитывать: клинические данные пациентов, выполнение тестовых функциональных заданий, лабораторные, инструментальные исследования, данные специального тестирования, данные исследования психо-эмоциональной сферы. Оценку эффективности реабилитации необходимо проводить по восстановлению функций, социально-

бытовой активности, профессиональной деятельности. Для соблюдения преемственности необходимо создание единой карты учета проводимых реабилитационных мероприятий с указанием оценки эффективности на всех этапах реабилитации.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОТБОРА И НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Т. Н. Новикова

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Особое место в системе медицинской реабилитации занимает санаторно-курортная помощь, спецификой которой является оказание оздоровительно-реабилитационных услуг на основе преимущественного применения природных лечебных факторов. Санаторно-курортное дело в России традиционно является составной частью государственной политики в области охраны здоровья населения и важным направлением развития национальной системы здравоохранения. Выделение в ст. 40 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) санаторно-курортного лечения в качестве одного из этапов реабилитации подчеркивает важность адекватного использования имеющихся ресурсов санаторно-курортных организаций. Важное место в оптимизации процесса реабилитации играет отлаженный порядок отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение.

Цель – анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок медицинского отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение.

Методы исследования: документальный, внешний и внутренний анализ нормативно-правовых документов.

В соответствии с положениями ст. 40 ФЗ № 323 медицинская реабилитация представляет собой комплекс медицинских услуг определенной направленности, осуществляемых при оказании различных видов медицинской помощи и в различных условиях. Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, в том числе (на наш взгляд, в первую очередь) реабилитационной направленности в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах. В соответствии со ст. 8 Приказа Минздрава России от 29.12.2012 г. №1705 «О порядке организации медицинской реабилитации» при наличии медицинских показаний к продолжению медицинской реабилитации пациенты могут быть направлены

в санаторно-курортную организацию. При этом медицинская реабилитация в условиях санаторно-курортной организации осуществляется в специализированных отделениях физиотерапии, лечебной физкультуры, кабинетах мануальной терапии, рефлексотерапии, медицинского психолога, логопеда, учителя-дефектолога или отделениях реабилитации санаторно-курортных организаций соответствующего профиля.

Отбор и направление на санаторно-курортное лечение граждан, медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения, оказание санаторно-курортной помощи осуществляются в установленном порядке (п. 3.4. Приказа Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 № 328 «Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан»). В настоящее время указанный порядок регламентирован Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 256 «О Порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение». В соответствии с ним медицинский отбор и направление на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, осуществляют лечащий врач и врачебная комиссия (далее – ВК) по месту жительства. В отношении остальных граждан медицинский отбор и направление осуществляет лечащий врач и заведующий отделением, а там, где нет заведующего отделением – главный врач (заместитель главного врача) лечебно – профилактического учреждения, или медико-санитарной части (по месту работы, учебы). Лечащий врач определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний, в первую очередь для применения природных климатических факторов, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения, данных исследований. При решении вопроса о выборе курорта, лечащий врач должен учитывать наличие сопутствующей патологии, контрастность климатогеографических условий, особенности природных лечебных факторов. При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения больному на руки выдается справка для получения путевки по ф. № 070/у-04, лечащий врач делает запись в медицинской карте амбулаторного больного. Срок действия справки для получения путевки – 6 месяцев. Получив путевку, больной обязан явиться к врачу для обследования. При соответствии профиля санаторно-курортной организации (далее – СКО), указанного в путевке, лечащий врач заполняет и выдает больному санаторно-курортную карту (ф.072/у-04), подписанную им и заведующим отделением. При определении противопоказаний к санаторно-курортному лечению врачи медицинской и санаторно-курортной организаций руководствуются противопоказаниями,

исключающими направлением больных на санаторно-курортное лечение. Срок выявления противопоказанности пребывания больного в СКО, как правило, не должен превышать 5 дней с момента его поступления.

Итак, действующие нормативно-правовые акты устанавливают организационные основы медицинского отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение, что является важным элементом системы комплексной медицинской реабилитации.

ИНДИКАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М. В. Нуженкова, Д. В. Бурсыкова
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Недостаточно высокий уровень доступности и качества медицинской реабилитации связан с дефицитом реабилитационных коек, медленным внедрением современных, сертифицированных комплексных технологий реабилитации, недостаточной численностью профессионально подготовленных медицинских кадров, слабой материально-технической базой реабилитационных учреждений. При этом возрастает потребность населения в медицинской реабилитации, что связано с изменением его возрастного состава, характера и структуры заболеваемости, спецификой происходящих в стране социально-экономических процессов. В программных документах государство указывает на необходимость создания системы комплексной медицинской реабилитации до 2020 года. В последнее десятилетие формирование стратегии государственной политики в социальной сфере все шире использует механизм индикативного планирования. Он влияет как на государственный, так и на частный сектор предоставления медицинских услуг, сочетает государственное регулирование с рыночным и нерыночным саморегулированием, носит рекомендательный характер. Этот механизм основан на разработке системы показателей (индикаторов) не только медицинского, но и социально-экономического характера, прогнозов по их достижению, на формировании планов и программ, отражающих общенациональные приоритеты, реализация которых ложится в основу деятельности региональных органов управления здравоохранением и медицинских организаций.

Цель – изучение действующих целевых программ, регламентирующих медицинскую реабилитацию на федеральном и региональном уровне, а также ее основных индикаторов.

Методы исследования: документальный, внешний и внутренний анализ нормативно-правовых источников.

Ведущим документом в сфере планирования в здравоохранении является Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации определены как задачи отдельной подпрограммы 5 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям». Целью подпрограммы является увеличение продолжительности активного периода жизни населения. В качестве целевых индикаторов и показателей подпрограммы выделены следующие: показатель 5.2 «Охват медицинской реабилитацией пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи»; показатель 5.3 «Охват медицинской реабилитацией детей-инвалидов от числа нуждающихся». В 2013 году показатель охвата медицинской реабилитацией пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи составил 4%, показатель охвата медицинской реабилитацией детей-инвалидов от числа нуждающихся – 72%, в 2014 г. – 6 и 72% соответственно. К 2020 г. планируется достижение следующих результатов: увеличение доли пациентов, охваченных медицинской реабилитацией, от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи не менее 25%; увеличение доли детей-инвалидов от числа нуждающихся, охваченных медицинской реабилитацией, – до 85%.

Индикативное планирование предполагает использование универсальных показателей, применение унифицированной методики оценки эффективности достижения результатов, как на федеральном, так и на региональном уровне, что обеспечивает единую стратегию развития отрасли. В связи с этим региональная программа «Развитие здравоохранения Ивановской области до 2020 г.», использует в качестве индикаторов те же показатели, что установлены на федеральном уровне. Однако, исходя из специфики социально-экономического состояния региона и сложившейся системы медицинской реабилитации, величина показателей отличается от общероссийских. В 2013 году в Ивановской области показатель охвата медицинской реабилитацией пациентов от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи составил 3%, показатель охвата медицинской реабилитацией детей-инвалидов от числа нуждающихся – 70%. К 2020 г. планируется достижение следующих результатов: увеличение доли пациентов, охваченных медицинской реабилитацией, от числа нуждающихся после оказания специализированной медицинской помощи 17%; увеличение доли детей-инвалидов от числа нуждающихся, охваченных медицинской реабилитацией, до 80 %. Нужно отметить, что развитие системы медицин-

ской реабилитации не выделено в качестве самостоятельной подпрограммы региональной программы «Развитие здравоохранения Ивановской области до 2020 г.».

Как видно, действующие целевые федеральные и региональные программы (подпрограммы) по развитию медицинской реабилитации разработаны на основе индикативного планирования как наиболее эффективного социально-ориентированного управленческого механизма в здравоохранении.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**С. В. Романчук, Е. В. Борзов, И. Е. Мишина,
А. Е. Баклушин, О. А. Назарова**

*ОБУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России*

Реабилитационному направлению в терапии в целом, и в кардиологии в частности, в последние годы в нашей стране придается все большее значение с целью улучшения результатов лечения пациентов, в том числе и после применения высокотехнологичных методов лечения. Для оптимизации этой работы создан ряд регламентирующих документов (приказ МЗ РФ от 29.12.2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации», приказ Департамента здравоохранения Ивановской области от 29.12.2013 г. № 204 «О порядке организации медицинской помощи по медицинской реабилитации взрослому населению Ивановской области в 2013 г.», Российские клинические рекомендации «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы: реабилитация и вторичная профилактика»), в которых наряду с вопросами штатного и инструментального обеспечения изложены организационные и методологические аспекты организации реабилитационного процесса.

В Ивановской области первое специализированное отделение реабилитации для кардиологических больных было открыто в 2007 г. на базе кардиологического диспансера, где на тот момент имелись достаточные ресурсы для такой работы. Отделение включало в себя 30 коек круглосуточного пребывания, а затем и дневной стационар на 35 пациенто-мест. К 2014 году в области функционирует также отделение реабилитации в Клинике ИвГМА и реабилитационное отделение на базе Кинешемской ЦРБ, что позволило в значительной степени удовлетворить растущие потребности в реабилитации

онной помощи больным инфарктом миокарда и пациентам после реваскуляризации, включая районы области. Развитие реабилитационного направления происходило на основе принципов преемственности, взаимодействия медицинских учреждений, при руководящей роли департамента здравоохранения Ивановской области, путем внедрения маршрутизации потоков пациентов, подлежащих реабилитации. Значительная роль при этом принадлежала специалистам Ивановской медицинской академии, осуществлявшим на этом этапе методологические и образовательно-информационные функции. По завершении организационного этапа создания системы кардиологической реабилитации была сформирована слаженная, пропорциональная структура, достаточно эффективно решающая поставленные задачи. Тем отчетливее стали ощущаться новые потребности, сдерживающие развитие системы, а именно: необходимость совершенствования нормативной базы, решение вопросов обеспечения рекомендуемым (чаще дорогостоящим) оборудованием и его последующего технического обслуживания; подготовки достаточного числа специалистов-реабилитологов и усовершенствования врачей других специальностей, прежде всего терапевтов, по вопросам реабилитологии; наконец, нерешенность важных методологических вопросов, в частности, оптимизации алгоритмов обследования, обоснования набора реабилитирующих методик, дифференцированная оценка эффективности реабилитации для отдельных контингентов пациентов. Эти, как и многие другие возникающие проблемы, решаются повседневно доступными методами.

Главной задачей реабилитационных отделений на начальном этапе была реабилитация больных инфарктом миокарда (ИМ), при этом наиболее важным моментом представлялась разработка индивидуальных профилактических программ для этой категории лиц. Реабилитационные мероприятия в условиях стационара в 2012–2013 г. получали практически все больные после операций реваскуляризации и подавляющее большинство пациентов с острым ИМ. Эта часть работы регламентирована действующими документами и являлась наиболее понятным аспектом работы отделений. В то же время насущной задачей оптимизации реабилитационного процесса стала трансформация индивидуального подхода (целесообразного и обоснованного) на модульный принцип. Под модульным принципом мы понимаем такую организацию реабилитационного процесса, когда пациенты, имеющие приблизительно одинаковый реабилитационный потенциал, сходный социальный статус (трудоспособный возраст, устойчивый положительный социальный статус, желание вернуться к работе) и профессиональные перспективы (возможность возврата к профессиональной деятельности по специальности) могут проходить реабилитацию по единой программе. Например, пациенты (после ИМ или ЧТКА), не имеющие признаков коронарной и/или сердеч-

ной недостаточности, без значимой сопутствующей патологии, для которых медикаментозная реабилитация, на этом этапе, как правило, уже успешно осуществляется, могут проходить стационарный этап реабилитации в условиях дневного стационара, отдавая предпочтение физической реабилитации с освоением привычной физической активности, с акцентом на возможно более полную коррекцию факторов сердечно-сосудистого риска (курение, избыточный вес, депрессия). Результат реабилитации для этой категории лиц должен, вероятно, оцениваться по числу пациентов, вернувшихся к труду.

Очевидным является и другой реабилитационный модуль – для пациентов с тяжелой соматической патологией, осложнениями и/или последствиями интервенционных методов, и в связи с этим сниженным и даже нулевым реабилитационным потенциалом, что делает реабилитационные перспективы неопределенными. В этом случае цель реабилитации – терапевтическая коррекция сопутствующих заболеваний, определение индивидуального реабилитационного маршрута с относительно ограниченным использованием методов физической реабилитации. Критерии стационарного этапа реабилитации у этих больных требуют дальнейшей доработки.

Развитие реабилитационного направления потребовало изменения форм работы. Организованы Школы для больных с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, специализированный прием по отказу от курения. Для упорядочения реабилитационного процесса предпринимаются попытки унификации медицинской документации, как на стационарном, так и на амбулаторном этапе, прежде всего, для обеспечения реабилитационной составляющей (которая должна отличаться от традиционной диагностической и лечебной работы, несмотря на то, что использует те же методы), продолжается поиск адекватных, понятных, применимых на практике критериев эффективности реабилитационного процесса для разных контингентов больных и разных этапов реабилитации. До настоящего времени существенно менее «проработанным» является амбулаторный этап реабилитации пациентов после ИМ и интервенционных вмешательств. Пациенты трудоспособного возраста наблюдаются в поликлинике кардиологического диспансера в течение года, для этой группы больных представляется актуальным развитие дополнительных, кроме медикаментозных, методов реабилитации в поликлинике. Реабилитация пациентов пожилого возраста с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями в настоящее время в основном возложена на участкового терапевта по месту жительства и недостаточно организована. Главной проблемой является отсутствие планомерности и настойчивой последовательности мероприятий, направленных на максимально возможное возвращение к обычному образу жизни. Критерии эффективности такой работы, необходимый объем специализированной

кардиологической помощи, формы работы с этим контингентом больных не определены. Перспективным в этом плане является проведение с 2008 г. выездных консультаций кардиологов кардиодиспансера в районы Ивановской области, в том числе и для организации реабилитационных мероприятий на месте.

В заключение хочется подчеркнуть, что стоящие задачи требуют дальнейших объединенных и настойчивых усилий всех участников и организаторов реабилитационного процесса для его совершенствования.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Н. В. Тычкова, А. Н. Новосельский, А. А. Быков

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

*ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр
медицинской реабилитации»*

Сегодня во всем мире, в том числе и России, неуклонно растет интерес к традиционной медицине и не медикаментозным методам лечения. Только что, впервые в России (в Санкт-Петербурге) прошел XI Всемирный Конгресс по Традиционной Китайской Медицине (ТКМ). Многочисленные международные делегации, представители Всемирной организации здравоохранения, руководители комитетов Государственной Думы России обсуждали проблемы и перспективы развития не только ТКМ, но и в целом немедикаментозного направления. В Российском перечне врачебных специальностей есть две относительно молодые специальности «рефлексотерапия» и «мануальная терапия» (в 2016 году им исполняется соответственно 60 лет и 35 лет), которые выйдя из недр традиционной медицины, получили современную научную огранку, и сегодня им отведено достойное место в системе медицинской реабилитации.

Акупунктуру (чжэнь-цзю-терапию) начали изучать и применять в СССР с 1956 года, многие годы успешно работал Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии, защищены многочисленные диссертационные работы в этой области. С 1975 года по указанию ВОЗ начали работать международные курсы по акупунктуре, а в 2010 году ЮНЕСКО включил её в Список нематериального культурного наследия человечества. К сожалению, несомненный перекокс в сторону гипертрофированной фарминдустрии, обусловленный как объективными, так и субъективными факторами, в последние годы несколько замедлил развитие данного научно-практического направления в нашей стране.

В результате многочисленных научных исследований установлено, что воздействие на акупунктурную точку (в первую очередь иглоукалывание), позволяет активизировать собственные регуляторные механизмы организма, одновременно на местном, сегментарном и центральном уровнях (этим не может похвастаться ни один фармакологический препарат); доказано, что рефлексотерапия дает такие лечебные эффекты, как болеутоляющий, анти-спастический, антидепрессивный и седативный, десенсибилизирующий, иммуностимулирующий и др., позволяет нормализовать соотношения или усилить образование некоторых видов нейрогуморальных веществ, оптимизировать вегетативно-эндокринные функции. А совокупность всех лечебных эффектов рефлексотерапии делает применение её в системе медицинской реабилитации особенно целесообразным.

Целью нашего исследования стало выявление тенденций развития врачебной специальности «рефлексотерапия» в Ивановской области за последние 15 лет.

Изучались и анализировались кадровые изменения в муниципальных учреждениях здравоохранения, во внебюджетных медицинских центрах, санаториях-профилакториях областного центра и области. Был проведен, и проанализированы данные опроса пациентов, проходивших лечение в Ивановском областном клиническом центре медицинской реабилитации (ИО КЦ МР), получавших когда-либо рефлексотерапию (1 группа) и не знакомых с ней (2 группа).

В настоящее время в Ивановской области работает 48 врачей-рефлексотерапевтов (28 в муниципальных и 20 во внебюджетных учреждениях здравоохранения). Лишь в 30% бюджетных лечебно-профилактических учреждениях город и области существует кабинеты рефлексотерапии, причем 73% расположены в областном центре. Для сравнения, во Владимирской области работает лишь 25 специалистов, в 10% муниципальных ЛПУ. Несмотря на относительное благополучие в этом вопросе по Ивановскому региону, за последние 15 лет в 1,5 раза сократилось число ставок врачей-рефлексотерапевтов в бюджетных учреждениях; более чем в 2 раза увеличилась численность врачей-специалистов, не имеющих возможности работать по специальности в настоящее время. На этом в фоне, за последние 15 лет, в 2,2 раза возросло количество, врачей-рефлексотерапевтов во внебюджетных медицинских центрах. Во всех крупных областных санаториях сегодня также оказывается данный вид медицинских услуг.

Среди тех пациентов, которые не получали когда-либо рефлексотерапию (152 респондента) в 62 % (92 респондента) хотели бы иметь такую возможность, 28 % (42 респондента) считают, что данный вид лечения не

эффективен (предпочитают фармакотерапию), и 10 % (15 человек) считают, что этот вид воздействия небезопасен.

Анализ опроса 187 пациентов, получавших по какому-либо поводу рефлексотерапию, показал, что 93% (173 респондента) выразили свое положительное отношение и хотели бы и впредь иметь возможность лечения у специалиста по акупунктуре; 9 % негативно отозвались о процедурах рефлексотерапии: причем, в 5,3% случаев (10 респондентов) посчитали, что это процедура для них слишком болезненна и в 3,7% (7 респондентов) не отметили какого-либо эффекта от рефлексотерапии.

Выводы. За последние 15 лет в Ивановской области уменьшается число государственных учреждений здравоохранения, где есть врач-рефлексотерапевт. Ни в одной территориальной поликлинике нет кабинета рефлексотерапии, крайне мало их в стационарах. Большинство же пациентов, хотели бы иметь возможность, лечится у врача-рефлексотерапевта, особенно среди тех, кто уже такое лечение когда-либо получал.

Вся предыдущая история развития акупунктуры в России убедительно показала, что данный вид немедикаментозного лечения обладает высокой эффективностью, экономичность и безопасностью. Сегодня в Ивановской области имеются все условия для дальнейшего развития данного научно-практического направления: есть подготовленные кадры, накоплен значительный опыт в подготовке специалистов, проводятся научные исследования, активно работает Ивановское отделение Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов, укрепляются контакты с коллегами из других регионов России и за рубежом. Прогрессивно развивающееся сегодня направление медицинской реабилитации в России, задействование специалистов рефлексотерапевтов на различных этапах (в первую очередь, на амбулаторно-поликлиническом), позволит не только сохранить прежние отечественные достижения в этой специальности, но и обеспечит её дальнейшее успешное существование и развитие.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НЕЙРОТРАВМЕ

И. В. Холодков, В. В. Линьков

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В настоящее время в обществе не только сохраняется на высоком уровне, но и в отдельных регионах растет частота травм, в которых значительную долю составляют черепно-мозговые травмы (ЧМТ), что связано в первую очередь с распространением личного автотранспорта, низкой культурой во-

ждения, алкоголизацией населения, несоблюдением техники безопасности на производстве, высоким уровнем бытового травматизма. В то же время ЧМТ как никакая другая сопровождается высокой летальностью, а также приводит к стойкой утрате трудоспособности и необратимым изменениям в когнитивной сфере человека, вырывая из общественной жизни лиц трудоспособного возраста, вызывая накопление в социуме инвалидизированной прослойки.

Указанные факторы, а также связанные с ними прямые и косвенные социально-экономические потери государства делают нейротравму (НТ) крайне актуальной медико-социальной проблемой. Кроме того возможности многих стационарных неврологических отделений в отношении реабилитации пациентов с последствиями ЧМТ крайне ограничены. В то же время точный прогноз стойкой утраты трудоспособности мог бы позволить в максимально сжатые сроки начать реабилитационные мероприятия в специализированном стационаре пациентам с высоким риском формирования инвалидности, что позволит в дальнейшем сократить у них объем стойкой утраты трудоспособности.

Прогнозирование формирования инвалидизирующих последствий НТ является чрезвычайно важной медико-социальной задачей, решение которой позволит оптимизировать процедуру принятия экспертных решений и программу реабилитационных мероприятий. Однако данная проблема до настоящего времени остается мало исследованной. Большинство работ в этой области посвящено прогнозу ранних исходов после ЧМТ. Ряд работ, касающихся отдаленного периода и исходов НТ рассматривают лишь прогноз самого факта развития инвалидности, а также, в большинстве случаев, используют сложные, дорогостоящие и инвазивные методы исследования (МСКТ, МРТ, биохимическое исследование плазмы крови, ликвора, иммунологические методы).

Исходя из указанной проблемы, была сформулирована цель данной работы – создать алгоритм прогнозирования стойкой утраты трудоспособности пациентами с последствиями черепно-мозговой травмы.

Методы: исследование проводилось на базе неврологического отделения ОБУЗ «ГКБ № 3 г. Иванова». Обследованы: 13 больных в возрасте 17–55 лет (10 мужчин и 3 женщины) с диагнозом посттравматическая эпилепсия (ПТЭп): 1 пациент с I группой инвалидности, 2 – со II группой, 8 – с III группой и 2 больных без стойкой утраты трудоспособности, – I группа исследования; 13 пациентов в возрасте 20–53 лет (11 мужчин и 2 женщины) с диагнозами посттравматическая энцефалопатия (ПТЭн) и посттравматический церебральный арахноидит (ПТА): 2 больных со II группой инвалидности, 4 – с III группой и 7 пациентов без стойкой утраты трудоспособности, –

II группа. Все больные находились в отдаленном периоде ЧМТ и относились к IV клинико-реабилитационной группе.

Использовались данные опроса, неврологического статуса, нейропсихологического тестирования: проба Шульте, тест рисования часов (S. Lovenstone, S. Gauthier, 2001), оценка по шкале депрессии Гамильтона (M. Hamilton, 1959), мини-исследование когнитивного состояния (M. Folstein et al., 1975), опросник самооценки памяти (D. McNair, R. J. Khan). Статистическая обработка материалов исследования проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Использовались базовые статистические методики (асимметрия и эксцесс), непараметрические корреляционные методики (коэффициент корреляции Спирмена), с помощью которых были отобраны параметры, значимо коррелирующие с уровнем инвалидности больных. В дальнейшем был проведен регрессионный анализ выбранных величин методом множественной линейной регрессии.

Результаты исследования: получены математические формулы, связывающие степень стойкой утраты трудоспособности пациентов с ПТЭп, а также с ПТЭн и ПТА с отобранными клиническими параметрами в балльной оценке. Для I группы в формулу вошли: периодичность эпилептических припадков, неустойчивость походки, изменение мышечного тонуса, выраженность глубоких рефлексов с ног, показатели пробы Шульте, результаты мини-исследования когнитивного статуса, данные теста рисования часов. Для пациентов II группы в состав формулы вошли: их возраст, степень парезов рук, выраженность глубоких рефлексов с рук, показатели когнитивного статуса

При использовании формул расчетные данные следует округлять до целого числа в интервале результирующего значения от 1 до 4 баллов. 1 балл соответствует I, 2 балла – II, 3 балла – III группам инвалидности, а 4 балла свидетельствуют о сохраненной трудоспособности. На основе полученных формул и алгоритмов была разработана «Карта прогнозирования степени стойкой утраты трудоспособности пациентами с посттравматической эпилепсией», а также «Карта прогнозирования степени стойкой утраты трудоспособности пациентами с посттравматической энцефалопатией и посттравматическим церебральным арахноидитом».

Выводы. Таким образом, нами созданы алгоритмы прогноза развития стойкой утраты трудоспособности пациентами с ПТЭп и больными с ПТЭн и ПТА на основании разработанных математических формул с использованием простых клинических методов исследования, которые могут быть использованы в клинической и экспертной практике, в том числе для оптимизации процесса медико-социальной экспертизы и своевременного формирования индивидуальной программы реабилитации.

II. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В НЕВРОЛОГИИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА НЕЙРОТРОПРОТЕКТОРОВ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Н. В. Алексеева, И. П. Основина, Т. М. Романова, М. Ю. Точёнов

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Городская клиническая больница 3» г. Иваново

Физиотерапия входит в современные реабилитационные программы ведения больных с цереброваскулярной патологией. Целью настоящего исследования была оценка целесообразности использования эндоназальной методики электрофореза нейротропных препаратов и её эффективности у больных в остром периоде ишемического инсульта.

Наблюдали 2 группы больных по 25 человек в каждой – всего 50 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Обе группы были рандомизированы и полностью сопоставимы. Проводимая медикаментозная терапия соответствовала Стандарту оказания медицинской помощи больным с ОНМК.

В первой группе больных нейротропные препараты вводились методом эндоназального электрофореза. Использовали эндоназальную методику электрофореза одного из препаратов: 0,1% раствора семакса, 1% эмоксипина, 2,5% мексидола или кортексина, вводимых с анода. Процедуру проводили со стандартного аппарата «Поток-1». Курс лечения состоял из 10–15 процедур. В контрольной группе больных препараты вводились парентеральным способом.

Клиническое состояние пациентов оценивали по результатам исследования общего и неврологического статуса, а также использовали шкалу NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), расчёт индекса мобильности Ривермид, шкалу Рэнкина, которые рассматривали до и после лечения больного с последующим проведением статистического анализа.

Разница показателей в 1 и 2 группах лечения до проведения терапии отсутствовала, а после – достоверна в обеих группах. При этом следует отметить высокий уровень достоверности разницы показателей между группами после проведённого лечения ($p < 0,05$).

Для более детального анализа группы больных по шкале NIHSS раздели на подгруппы А и Б, соответственно, с лёгким течением (уровень 1–5 баллов), средне-тяжёлым и тяжёлым течением (свыше 6 баллов). Резуль-

таты лечения были положительными во всех исследуемых группах больных, независимо от исходной тяжести заболевания. Однако, при лёгком течении инсульта эффективность лечения в первой группе больных, равно как и во второй была достоверно высокой ($p < 0,001$ и $p < 0,05$). У больных со средне-тяжёлым, тяжёлым течением инсульта положительные эффекты электрофореза нейротропных препаратов в I группе были высокими ($p < 0,001$), а во II носили лишь характер тенденции и не были достоверны. Неблагоприятных эффектов физиотерапии и отказов пациентов от проведения лечения отмечено не было.

Шкала мобильности Ривермид позволяет дать объективную оценку функционального статуса больных с ОНМК и имеет важное прогностическое значение. В связи с этим, нами были выделены 2 подгруппы: А и Б, в каждой из исследуемых групп с индексом Ривермид свыше 10 и ниже. В подгруппах 1Б и 2Б показатель составлял от 2-х до 8 баллов, в подгруппах 1А и 2А – от 10 до 14 баллов.

Высокий исходный индекс мобильности является прогностически более благоприятным, и к концу периода стационарного лечения больные подгруппы А почти полностью восстанавливают свои функциональные возможности, вне зависимости от использования электрофореза или традиционной медикаментозной терапии. Разница показателей до и после лечения имеет высокий уровень достоверности и не отличается по группам.

С другой стороны, в подгруппе Б при низких исходных показателях индекса Ривермид улучшение состояния оказывается достоверным в обеих исследуемых группах, однако восстановление двигательной активности протекает значительно эффективнее у больных с использованием метода электрофореза в комплексе реабилитационных мероприятий. Уровень достоверности между подгруппами 1Б и 1Б составил $p < 0,001$.

Таким образом, метод эндоназального электрофореза с нейропротекторами целесообразно включать в комплекс реабилитационных мероприятий на раннем этапе лечения больных с ОНМК. Это позволяет не только усилить и локализовать действие лекарственных препаратов, но и использовать лечебные эффекты собственно гальванического тока: сосудистый, гипогеморологический, трофический, противоотёчный. Применение электрофореза повысило эффективность лечения больных в остром периоде ОНМК.

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

**С. В. Блеклов, И. П. Ястребцева, А. Е. Баклушин, В. В. Белова,
Л. Л. Ярченкова, Е.А. Володеева, Е. А. Бочкова, О. В. Исаева**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Медико-социальная значимость проблемы острых нарушений мозгового кровообращения определяется их распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидизации. Наиболее частым симптомом ишемического инсульта является гемипарез. Одним из методов объективизации постинсультных двигательных нарушений является поверхностная интерференционная электромиография (ЭМГ).

Цель – выделить электромиографические показатели, позволяющие дать экспертную оценку результатов реабилитации у пациентов с гемипарезом, развившемся при ишемическом инсульте.

Проведено обследование 32 пациентов с ишемическим инсультом в возрасте 37–75 лет (средний возраст $53,64 \pm 11,47$ года), из них 24 (75%) мужчины и 8 (25%) женщин. Для проведения поверхностной ЭМГ использовался прибор Нейро-МВП-8 фирмы «Нейрософт» (Россия). Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась на основании клинико-неврологического осмотра с заполнением Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Рассматривались пункты основных частей данной классификации «Повреждения функций организма», «Ограничения активности и участия». Всем пациентам обследование проводилось при поступлении в клинику ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России на курс реабилитации и при выписке.

При поступлении с помощью поверхностной ЭМГ определено среднегрупповое значение амплитуды с передней большеберцовой мышцы $483,7 \pm 82,3$ мкВ, разгибателей кисти $454 \pm 79,3$ мкВ и трицепса плеча $682,4 \pm 100,4$ мкВ. По окончании курса реабилитации получено достоверное увеличение амплитудных показателей с передней большеберцовой мышцы до $680,3 \pm 76,4$ мкВ (коэффициент Wilcoxon $T = 1$, $p = 0,011$), разгибателей кисти до $630,5 \pm 74,8$ мкВ ($T=5$, $p=0,022$) и трицепса плеча до $942,6 \pm 101,6$ мкВ ($T=1$, $p=0,028$). У обследованных пациентов показатели, характеризующие мышечную силу парализованных конечностей по МКФ (b730), активности по разделам мобильности (d4) и самообслуживания (d5) после курса реабилитации в клинике длительностью 15–17 дней, оказались статистически не значимыми. При этом улучшились показатели участия пациентов в

разделе мобильности ($d4$, χ^2 Пирсона = 13,75; $p = 0,033$) и самообслуживания ($d5$, χ^2 Пирсона = 18,15; $p = 0,033$).

Итак, в процессе реабилитации поверхностная электромиография позволяет давать экспертную оценку изменениям в двигательной сфере у пациентов с ишемическим инсультом, при отсутствии у них существенной динамики показателей мышечной силы.

ВЛИЯНИЕ АГРЕССИВНОЙ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

**Е. А. Бочкова, И. П. Ястребцева, В. В. Белова, А. Е. Баклушин,
Е. А. Володеева, О. В. Исаева, С. В. Вялкова, С. В. Блеклов**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Мозговой инсульт является важнейшей медико-социальной проблемой современной медицины в связи с высокой смертностью и инвалидизацией. Прогрессирующий рост лиц, впервые признанных инвалидами вследствие сердечно-сосудистых катастроф, приводит к постоянно увеличивающимся расходам материальных затрат на их лечение и реабилитацию. Данный фактор обуславливает потребность разработки и внедрения рациональных подходов к лекарственной терапии, в том числе нейроцитопротекции. Это направление воздействия нацелено на все звенья патогенеза повреждения нервной системы, прежде всего ишемического каскада. Арсенал имеющихся препаратов для коррекции ишемии и гипоксии тканей включает десятки лекарственных средств-нейроцитопротекторов, и он непрерывно расширяется. Эффективность нейроцитопротективной терапии в настоящее время ещё нуждается в клиническом подтверждении.

Цель – провести анализ влияния на клинико-гемодинамические показатели агрессивной нейрометаболической терапии у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта.

На базе неврологического отделения клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России обследовано 36 пациентов в возрасте 37–75 лет (средний возраст $53,64 \pm 11,47$ года), перенесших ишемический инсульт в каротидном бассейне, из них 24 (66,7%) мужчины и 12 (33,3%) женщин.

В основной группе 18 человек, наряду с препаратами вторичной профилактики инсульта, принимали лекарственные средства нейрометаболического воздействия (глиатилин, цитофлавин, кортексин). В контрольной группе

18 человек применялись только препараты для вторичной профилактики инсульта. Длительность курса лечения составляла 2,5–3 месяца. Оценку эффективности агрессивной нейрометаболической терапии проводили на основании Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Рассматривались пункты основных частей данной классификации «Повреждения функций организма», «Ограничения активности и участия». Всем пациентам проводилось ультразвуковое доплеровское исследование сосудов каротидного и вертебробазиллярного бассейнов с функциональными нагрузочными пробами и оценкой ауторегуляции мозгового кровотока.

Результаты: В обеих группах отмечалось улучшение показателей по пунктам, характеризующим силу мышц руки ($b730$, χ^2 Пирсона = 28,74, $p = 0,00005$), ноги ($b730$, χ^2 Пирсона = 27,54, $p = 0,00025$), спастичности мышц руки ($b735$, χ^2 Пирсона = 15,48, $p = 0,0003$) и ноги ($b735$, χ^2 Пирсона = 21,42, $p = 0,0062$). У пациентов 1-й группы улучшались показатели мобильности и самообслуживания по активности и участию за счет улучшения функции ходьбы ($d 450$, χ^2 Пирсона = 35,75, $p = 0,00005$), способности к выполнению точных движений кистью ($d450$, χ^2 Пирсона = 35,88, $p = 0,00004$). Сравнительный анализ линейной скорости кровотока (ЛСК) и индекса резистентности (IR) с учетом полушарной локализации ишемического инсульта у пациентов I группы показал: ЛСК в интракраниальных сосудах пораженного каротидного бассейна (ЛСК в передней мозговой артерии (ПМА) $43,45 \pm 2,35$ см/с, в средней мозговой артерии (СМА) $46,49 \pm 5,24$ см/с) были значимо меньше, чем в интактном полушарии соответственно (ЛСК в ПМА $67,60 \pm 6,17$ см/с, в СМА $84,19 \pm 4,06$ см/с); RI в артериях пораженного каротидного бассейна – $0,48 \pm 0,02$; RI в артериях интактного полушария $0,54 \pm 0,04$. В сосудах вертебробазиллярного бассейна (ВББ): ЛСК в основной артерии (ОА) $47,77 \pm 4,58$ см/с, RI в ОА $0,55 \pm 0,06$. Оценка ауторегуляции мозгового кровотока показала: снижение компенсаторных и адаптивных возможностей микроциркуляторного русла ($PCO_2 = 1,09 \pm 0,02$; $PO_2 = 0,08 \pm 0,05$).

После реабилитационных мероприятий и курса нейрометаболической терапии ЛСК в сосудах пораженного полушария увеличились (ЛСК в ПМА – $52,39 \pm 4,7$ см/с (Т-критерий = 14,50; $p = 0,00001$), ЛСК в СМА $55,18 \pm 4,8$ см/с (Т = 16,70; $p = 0,00003$); RI $0,51 \pm 0,03$ (Т = 10,50; $p = 0,00001$). ЛСК в ВББ уменьшились, изменения статистически незначимы: ЛСК в ОА $46,82 \pm 4,58$ см/с, RI в ОА – $0,53 \pm 0,05$. Оценка ауторегуляции мозгового кровотока показала: значимо меньшее снижение компенсаторных и адаптивных возможностей микроциркуляторного русла ($PCO_2 = 1,14 \pm 0,06$; $PO_2 = 0,15 \pm 0,09$) (Т = 11,82; $p = 0,00023$ и Т = 10,70; $p = 0,00001$ соответственно).

После реабилитационных мероприятий и продолжения приема препаратов вторичной профилактики инсульта ЛСК в сосудах пораженного полушария увеличились (ЛСК в ПМА $47,39 \pm 4,5$ см/с, ЛСК в СМА $49,51 \pm 3,9$ см/с) ($T = 12,00$; $p = 0,00004$); RI $0,51 \pm 0,03$ ($T = 14,50$; $p = 0,00001$). ЛСК в сосудах ВББ уменьшились: ЛСК в ОА $41,14 \pm 3,76$ см/с, RI в ОА $0,55 \pm 0,06$, ($T = 09,04$; $p = 0,0003$). Оценка ауторегуляции мозгового кровотока показала: меньшее снижение компенсаторных и адаптивных возможностей микроциркуляторного русла ($PCO_2 = 1,09 \pm 0,07$; $PO_2 = 0,10 \pm 0,09$), изменения оказались статистически незначимыми.

Таким образом, у пациентов с полушарным ишемическим инсультом, получавших, наряду с препаратами вторичной профилактики инсульта, агрессивную нейрометаболическую терапию, улучшались показатели мобильности и самообслуживания по активности и участию за счет, в первую очередь, функции ходьбы и способности к выполнению точных движений кистью.

По данным ультразвуковой доплерографии нейрцитопротекция оказывает стимулирующее влияние и на состояние мозговой гемодинамики: повышая линейные скорости кровотока, уменьшая асимметрию кровотока в сосудах пораженного бассейна, повышая толерантность мозга к ишемии и гипоксии за счет увеличения резерва вазодилатации и вазоконстрикции.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. А. Быков, Н. В. Тычкова, А. В. Воробьев
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Коррекция двигательного дефекта, тонусо-силовых и координационных нарушений является основной задачей при медицинской реабилитации больных с поражением головного мозга. Использовали диагностический и лечебный аппарат мануальной медицины при лечении таких пациентов. Исследуемую группу составили 63 пациента с органическим дефектом головного мозга в результате различных причин 32 мужчины и 31 женщина, средний возраст $42,4 \pm 5,6$. Алгоритм исследования включал поиск асимметрий биокинематической цепи нижние конечности – таз – позвоночник – верхние конечности – череп, фиксировались структурные и функциональные асимметрии, патобиомеханические изменения (ПБМИ): статическая составляющая двигательного стереотипа (укороченные мышцы (УМ), расслабленные мышцы (РМ), функциональный блок (ФБ), локальная гипермобильность (ЛГМ), регионарный позный дисбаланс мышц (РПДМ), стаатофиксацион-

ные синдромы, верхний и нижний перекрещенные, «слоистые») и динамическая составляющая двигательного стереотипа: (типичный локомоторный паттерн, атипичный локомоторный паттерн, в) сложные паттерны ходьбы, вставания, сидения, жевания, дыхания и т.д.).

Больным проводилось рентгенологическое исследование шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, плечевого сустава, а так же полярографическое исследование паретичных мышц. Двигательный дефект по типу гемипареза легкой степени отмечался у 13 пациентов, выраженный – у 44, у 6 – грубый. Расстройства тонуса по пирамидному выявлены у 61 больного, по экстрапирамидному у одного, по типу децеребрационной ригидности – у одного. В другой группе при повреждениях спинного мозга двигательный дефект в виде тетрапареза (легкого верхнего и умеренного нижнего) отмечался у 2 пациентов, нижний спастический парапарез у 14 пациентов (у 6 – умеренный, у 8- глубокий), нижний смешанный – 4 и у двоих отмечалось броун – секаровское поражение на шейном уровне. Изменения в виде периартроза суставов конечностей отмечались у всех пациентов, наиболее часто (у 43) пациентов отмечался периартроз плечевого сустава, у 13 пациентов ортопедом была зафиксирована приводящая умеренно выраженная контрактура плечевого сустава, у 2 больных выраженная контрактура захватывала все суставы верхней конечности, наблюдалось укорочение сгибателей пальцев кисти и ретракция ладонного апоневроза как при контрактуре Дюпюитрена. У всех пациентов при мануальном тестировании выявлены умеренно выраженные функциональные либо органические блоки (в результате рентгенологически подтвержденного артроза сустава) суставов конечностей. Направление функционального блока (ФБ) обычно определяли центральные двигательные расстройства, выраженность ФБ коррелировала с выраженностью пареза.

У всех пациентов в мышцах плечевого и тазового пояса, мышцах туловища, шеи, черепа выявлялись миофасциальные триггерные гипертонусы (МФГ), у всех с них легко вызывались патологические синкинезии, у 10 при раздражении МФГ вызывались сложные двигательные реакции по типу гиперкинезов. У всех выявлены атипичные локомоторные паттерны (АЛП) движений в суставах конечностей и позвоночника, патологические сложные стереотипы движений, например ходьбы. В 100% случаев зафиксированы патобиомеханические изменения в межпозвоноковых суставах шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, грудинно-ключичном, ключично-акромиальном, реберно-поперечных и реберно-грудинных, крестцово-подвздошных и симфизарных сочленениях а также в у 5 пациентов с выраженной моторной афазией изменения в суставах гортани и положения подъязычной кости, в виде функциональных блоков. У 46 отмечался

сколиоз. При рентгенологическом исследовании шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника и плечевого сустава, обнаружены изменения по типу остеохондроза, спондилопатии, спондилоартроза, спондилеза, артроза и артропатии.

Для коррекции двигательного стереотипа использовались техники мануальной терапии. Мы обнаружили снижение мышечного тонуса на стороне гемипареза при использовании мышечно-энергетических, мобилизационных и манипуляционных техник у пациентов в раннем и позднем восстановительных периодах, что позволило вычленить периферический компонент повышения мышечного тонуса при парезах, причем «доля» периферического компонента в некоторых случаях достигала 35–50%. Оценка мышечного тонуса проводилась пальпаторно и уточнялась с помощью миотометра до и после процедуры мануальной терапии, а так же на следующий день. Достоверные различия ($p < 0,01$) обнаружены в состоянии мышечного тонуса до и после процедуры, а так же исходных и конечных показателей после курса лечения. Выявленные при обследовании изменения мы разделили на группы: 1) существовавшие до заболевания ЦНС: а) конституционально обусловленные, б) возникшие в результате фонových заболеваний; 2) сформировавшиеся в результате церебральной патологии. Установлено что двигательные нарушения при заболеваниях ЦНС усугубляют уже имеющиеся патобиомеханические нарушения, во многом связаны с локализацией процесса и тяжестью заболевания. Применение методик мануальной терапии у больных с поражением ЦНС в ряде случаев (у 12) обнаружило закономерность, характерную для снятия функционального блока при вертеброгенных заболеваниях нервной системы, когда сразу исчезают миофиксационные феномены. Гиперкинетические двигательные реакции исчезают после мануальных воздействий на миофасциальные триггерные пункты. Мягкотканые воздействия на миофасциальные триггерные пункты позволяют вовсе (либо на время) избавить больных от гиперкинетических реакций и уменьшить выраженность спастических явлений в пораженных конечностях за счет снятия периферического компонента, при снятии функционального блока сустава происходит уменьшение выраженности мышечного тонуса (тонус при этом остается пирамидным), наблюдается возрастание объема движений в суставе, уменьшение либо исчезновение болевых феноменов, функциональные блоки склонны к восстановлению, их регресс идет параллельно с регрессом двигательных нарушений.

Следовательно, использование диагностического и лечебного аппарата мануальной медицины у больных со страданием ЦНС позволяет более точно описать имеющиеся у пациента нарушения, выявить скрытые дефекты нервной системы, вычленить центральный и периферический компонент расстройств мышечного тонуса.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**А. А. Быков, А. Н. Новосельский, О. И. Пузырев,
А. В. Воробьев, Н. А. Быкова**

*ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр
медицинской реабилитации»*

Развитие системы медицинской реабилитации в РФ поставило задачу выработки критериев эффективности реабилитационных мероприятий. Несомненно, это должна быть комплексная система оценки эффективности работы как реабилитационной бригады, так и всего реабилитационного учреждения в целом, и в ней должны использоваться принципы стратегического аудита. В современной интенсивно развивающейся системе медицинской реабилитации основное внимание уделено коррекции цереброваскулярных расстройств с специфическими двигательными нарушениями. Между тем вертеброгенные заболевания периферической нервной системы являются наиболее частой причиной временной нетрудоспособности а их реабилитация достаточно эффективна. Мы оцениваем эффективность реабилитационных мероприятий у этой группы больных на основании: динамики клинико-функциональных показателей в процессе лечения; оценки клинических исходов; оценки сроков лечения и временной нетрудоспособности; состояния ремиссии.

Динамика клинико-функциональных показателей в процессе лечения отражает состояние морфо-функционального дефекта пациента, показывает степень эффективности отдельных методов восстановительного лечения применительно к данному больному, т.е. позволяет индивидуализировать и оптимизировать реабилитационную программу. Например, проведенное нами углубленное биомеханическое исследование позволило установить, что в период стихания обострения общий центр тяжести масс (ОЦМ) во фронтальной плоскости незначительно смещается в сторону больной ноги, а девиации ОЦМ значительно превышают норму (10 мм.) в обеих плоскостях. При оценке эффективности назначения медикаментозных препаратов, влияющих на микроциркуляцию методом полярографии у 234 пациента в возрасте от 18 до 68 лет с радикулопатиями и нейропатиями было установлено, что у части больных страдает утилизация кислорода, и эта группа пациентов не нуждается в назначении препаратов, улучшающих микроциркуляцию, а требует назначения препаратов улучшающих нейро-тофический контроль или обладающих антиоксидантным действием. Оценка клинических исходов

восстановительного лечения проводилась по общепринятым показателям: выздоровление; улучшение; ухудшение; без перемен.

Показатель «улучшение» на протяжении многих лет (с 2000 года) колеблется в области $99,58 \pm 0,24$.

Изучение сроков лечения и временной нетрудоспособности мы проводили на всех этапах исследования. К сожалению, директивные документы ФОМС с установленными сроками лечения не способствуют оптимизации лечебных и реабилитационных мероприятий. Между тем ранее нами установлено что продолжительность лечения и временная нетрудоспособность достоверно зависят от: – характера основных неврологических синдромов, наибольшие сроки наблюдаются при сочетании вертебрального синдрома с радикулопатией и нейродистрофической люмбоишиалгией; – развития туннельной нейропатии при нейродистрофической люмбоишиалгии удлинняет сроки лечения; типа течения заболевания. Изучение полноты объемов медицинской помощи на предыдущих этапах пациентов с грыжей межпозвонокового диска у 148 пациентов позднюю обращаемость в ЛПУ. Эти больные предпочитали лечиться у альтернативных специалистов (мануальные терапевты, массажисты) или занимались самолечением, используя чаще всего нестероидные препараты, или отвлекающие местные раздражающие средства. 68% из отмеченных пациентов при обращении в поликлинику начинали лечение без больничного листа, и лишь при неэффективности последнего были вынуждены получить лист временной нетрудоспособности. В случаях ранней обращаемости лечение без больничного листа начало 56% пациентов. Данные психологического тестирования установили основные причины поздней обращаемости и нежелания выдачи листа временной нетрудоспособности: в 96% это боязнь потерять работу и экономические потери семьи при лечении тестируемого. В новых экономических условиях с меньшей социальной защищенностью обращение в поликлинику и выдача листа временной нетрудоспособности наступают лишь при полной невозможности пациента выполнять свой объем работы. Именно эта группа больных угрожаема (в 46%) по развитию спаячных процессов в спинномозговом канале и выраженных нейродистрофических расстройств на периферии. Исследование динамики показателей инвалидности в районе обслуживания муниципальной поликлиники, входящей в реабилитационное объединение, предпринятое А. Н. Богомоловым (2000 г.) позволило установить, что удельный вес инвалидов на обслуживаемой территории значительно меньше областного показателя, что косвенно свидетельствует о влиянии сформированной службы медицинской реабилитации на примере учреждения муниципального здравоохранения. Оценка эффективности специализированной вертеброневрологической помощи по состоянию ремиссии у 120 больных

выявила, что частота рецидивов после проведенного лечения уменьшилась в 2 раза, а у 40% больных стойкая ремиссия отмечалась от 2 до 10 лет.

Предпринятая нами попытка оценить эффективность медицинской реабилитации больных вертеброневрологического профиля позволила установить высокое качество лечебно-профилактической помощи в ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации».

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

**Е. А. Володеева, И. П. Ястребцева, В. В. Белова, А. Е. Баклушин,
Е.А. Бочкова, О. В. Исаева, М. Г. Омеляненко**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Стремление остановить инвалидизацию, обусловленную инсультом, на сегодняшний день приводит к постоянному поиску новых реабилитационных технологий, позволяющих более целенаправленно и эффективно проводить восстановительное лечение. Но появление новых методов воздействия имеет и другую сторону интереса – их переносимость и эффективность. Возникает вопрос о научно обоснованном подходе к определению видов, объема и интенсивности воздействия в зависимости от переносимости с целью повышения эффективности реабилитации.

Целью данного исследования явилось выделение особенностей переносимости курса реабилитации пациентами с ишемическим инсультом и сопутствующей мерцательной аритмией.

На базе неврологического отделения клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России обследовано 77 пациентов с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде, 45 (58,4%) мужчин и 32 (41,6%) женщин. Возраст обследуемых составил 45–87 лет (средний возраст $65,65 \pm 8,26$ года). Пациентам при поступлении в стационар проводились малонагрузочные функциональные пробы. У 42 (54,6%) человек результаты функциональных проб оказались отрицательными. У 35 (45,4%) человек с положительными пробами 15 лиц (19,4%) имели постоянную форму фибрилляции предсердий. Они составили 1-ю группу изучения. Среди остальных пациентов с положительными результатами проб (2-я группа, 20 человек, 26%) было выявлено 3 человека с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий по анамнезическим данным. В связи с тем, что на момент проведения функциональных проб у этих пациентов определялся синусовый ритм, они были включены во 2-ю группу исследования. Всем лицам определя-

лись показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ), сатурации кислорода крови (SpO_2) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) при поступлении и выписке. Методом определения функционального дефекта явился клинико-неврологический осмотр. Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась на основании Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Рассматривались пункты основных частей данной классификации «Повреждения функций организма», «Ограничения активности и участия».

Полученные результаты. У пациентов в обеих группах выявлена положительная динамика по параметрам мобильности (d4, χ^2 Пирсона = 37,19, $p = 0,00002$) и самообслуживания (d5, χ^2 Пирсона = 34,67, $p = 0,00007$) по активности и участию за счет улучшения функции ходьбы (d450, χ^2 Пирсона = 42,00; $p = 0,00003$) и способности к выполнению точных движений кистью (d440, χ^2 Пирсона = 36,40, $p = 0,00003$). По показателям силы мышц конечностей и спастичности мускулатуры значимое улучшение имело место только в 2-й группе (пункт b730; χ^2 Пирсона = 22,45, $p = 0,0001$; пункт b735; χ^2 Пирсона = 12,80, $p = 0,0004$), а в 1-й отмечалась лишь тенденция к нормализации силы и мышечного тонуса. Показатели пунктов b410 «функции сердца», b420 «артериальное давление» достоверно улучшались у пациентов 2-й группы (χ^2 Пирсона = 10,27, $p = 0,0051$), в 1-й группе динамика артериального давления оказалась статистически незначимой. Показатели жизненной емкости легких на момент поступления пациентов в стационар находились в пределах условной нормы – не ниже 1,80 литра. Однако, у пациентов 1-й группы, значения ЖЕЛ были ниже по сравнению с показателями ЖЕЛ 2-й группы и динамика в процессе лечения менялась незначительно. Во 2-й группе за время курса реабилитации параметры ЖЕЛ достоверно уменьшались (Т-критерий = 16,50; $p = 0,0077$). Изменение показателей SpO_2 и ЧСС у пациентов в обеих группах носило отрицательный характер. По их значениям изменения за 16–18 дней пребывания в стационаре клиники Ив-ГМА оказались статистически не значимыми.

Итак, у пациентов с ишемическим инсультом и сопутствующей мерцательной аритмией отмечается низкая переносимость реабилитационных мероприятий за счет нарушения функции сердечно-сосудистой системы, что затрудняет восстановление двигательных функций (регресс спастичности мускулатуры пораженных конечностей и повышение их силы).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Е. С. Гаранина, В. В. Линьков

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Болезнь Паркинсона (БП) является хроническим прогрессирующим нейродегенеративным заболеванием, которое неизбежно приводит к глубокой инвалидизации пациентов. Между тем, несмотря на стремительное развитие фарминдустрии, в практической деятельности врачи неврологи наблюдают различные неблагоприятные последствия назначения лекарственных препаратов: от их неэффективности до развития серьезных побочных явлений. Поэтому данная категория больных нуждается и в немедикаментозных методах лечения, которые составляют план реабилитационных мероприятий: лечебная физкультура, массаж конечностей, в которых отмечается пластический гипертонус мышц.

Целью работы явилось определение эффективности проводимых реабилитационных мероприятий наряду с лекарственной терапией у лиц, страдающих БП.

Проведено наблюдение в амбулаторных условиях за 44 пациентами с БП в виде дрожательно-ригидной формы клинических проявлений и продолжительностью заболевания не менее четырех лет. Были сформированы две группы: в первую (18) вошли лица, которые получали адекватную патогенетическую лекарственную терапию, во вторую (26) – больные, которым проводилась комплексная медицинская и социальная реабилитация не только в виде приема дофаминергических средств, но и лечебной физкультуры, массажа, физиотерапии, а в ряде случаев – рефлексотерапии и индивидуальной психотерапии (при наличии немоторных нарушений), развитие навыков самообслуживания.

Установлено, что бальная оценка степени тяжести по Унифицированной шкале оценки БП после проводимого трехмесячного курса реабилитации достоверно различалась у пациентов первой и второй групп. Так, степень тяжести двигательных и немоторных нарушений была в 1,5 раза ниже у лиц, которые получали комплексную медицинскую реабилитацию, в отличие от пациентов, которым проводилась только патогенетическая терапия (38 и 26; 54 и 43 баллов, $p < 0,05$). Следует отметить, что сами больные указывали на улучшение самочувствия, передвижения, устойчивости, самообслуживания.

Таким образом, комплексная медицинская и социальная реабилитация пациентов с БП крайне необходима и, безусловно, снижает степень инвалидизирующих моторных и немоторных проявлений заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТОВ

А. Ю. Ежков

*ГБУЗ Владимирской области «Областной центр лечебной
физкультуры и спортивной медицины»*

По данным ВОЗ показано, что общий риск повторного ОНМК в первые 2 года после инсульта составляет от 4 до 30%, в зависимости от характера инсульта, это определяет актуальность исследований, направленных на улучшение вторичной профилактики.

Цель – изучить особенности профилактики повторных инсультов у пациентов одной из ведомственных поликлиник г.Владимира

Исследование основано на данных регистра инсульта, изучены все случаи ОНМК за календарный год на территории одной из районных поликлиник. Средний возраст больных 67,8 лет (от 40 до 96 лет). Анализ проведен в двух возрастных группах: 1 группа – больные до 75 лет, 2 группа – больные всех возрастов до 96лет.

Заболееваемость ОНМК составила среди лиц до 75 лет – 3,57 на 1000, 5,69 – среди всех возрастов. В 1 группе было больше мужчин (60,4% против 39,6% женщин), во 2 группе различий не было. Во 2 группе диагностированы ишемические инсульты (ИИ) – 50,3%, транзиторные ишемические атаки (ТИА) – 4,3%, геморрагические инсульты (ГИ)– 1,9%, ОНМК не уточненного характера – 43,5%. В 1 группе на долю ИИ приходится 56,44%, ТИА – 6,93%, ГИ – 2,97%, ОНМК не уточненного характера – 33,66%. Анализ факторов риска показал, что в 1 группе 94,06% страдали артериальной гипертензией (АГ), 57,43% – ИБС, 30,69% – ожирением, 18,81% – мерцательной аритмией (МА), 13,86% – сахарным диабетом (СД). Во 2 группе ИБС преобладала (68%). СД и МА также встречались чаще (16% и 24% соответственно). Смертность во 2 группе составила 2,51 на 1000. Среди лиц до 75 лет – 1,3 на 1000. Ранняя 28-дневная летальность составила 44,1% среди всех заболевших, а среди пациентов до 75 лет – 36,6%. Повторное ОНМК у лиц до 75 лет – 47,52%, при этом в половине случаев заболевание закончилось летально. Лечились в стационаре – 39,6%, на дому – 49,2%, 11,2% скончались до приезда медицинской помощи. МРТ проведена лишь в 2,5 % случаев. После инсульта реабилитационное лечение в стационаре получили 22% больных. Данные опроса показали, что лишь 56% больных, перенесших инсульт, принимали гипотензивные препараты и дезагреганты. Никто из больных не принимал статины.

Итак, основными факторами риска повторного инсульта являются возраст, АГ, ИБС, МА, СД. Риск возрастает при отказе или нерегулярности ле-

чения, а также низком проценте госпитализации в острый период и в процессе реабилитации. Вторичная профилактика не может быть полной при не уточненном характере перенесенного инсульта.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ БИОУПРАВЛЕНИЯ, СВЕТОЗВУКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

В. О. Киселёв, Н. Ф. Лукьянчиков

*ГБУЗ Владимирской области «Областной центр лечебной
физкультуры и спортивной медицины»*

С 2003 года на базе ГБУЗ Владимирской области «Областной центр лечебной физкультуры и спортивной медицины» организована деятельность отделения восстановительной терапии участников боевых действий и членов их семей. Служба в вооруженных силах и правоохранительных органах является особым родом деятельности. Участие в боевых действиях не обходится без потерь и ранений. Фактически у всех раненных имеются симптомы посттравматических стрессовых расстройств: навязчивые воспоминания, сниженный фон настроения, непреодолимая бессонница, необъяснимая тревога, повышенная раздражительность, депрессия, сверхбдительность, расстройства памяти и внимания.¹

Необходимо понять, что травмы, ранения, болезни, конфликты в семье и на работе, сложности трудоустройства, вспыльчивость, агрессивность и многие другие проблемы, которые принято исключительно относить к ветеранским, характерны для многих граждан. Главное, что отличает ветеранов войн от других людей, – это их военный опыт. В условиях военной обстановки у человека меняется структура личности, шкала социальных оценок, разрешений и запретов, выстраивается новая система жизненных ценностей. После возвращения в мирную жизнь ветераны вынуждены жить по системе «двойного стандарта», что заставляет их находиться в постоянном напряжении, чувствовать себя неспособными адаптироваться к условиям «этого» мира.² Естественно, что эти моменты мы учитываем в своей работе.

¹ Патрушев А. В. Формы и методы оказания психологической помощи сотрудникам ОВД, получившим ранения при выполнении служебно-боевых задач: методические рекомендации. Екатеринбург, 2005. С. 3.

² Михайловский А. В. Какой должна быть служба реабилитации? Специфика медико-социальной экспертизы и проблемы реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. М., 2006. С. 22–23.

Для диагностики и коррекции функциональных расстройств психической деятельности мы использовали аппаратно-программный комплекс биологической обратной связи «БОСЛАБ», систему светозвуковой стимуляции головного мозга «PROTEUS» и проведение сеансов музыкотерапии.

Эффективность лечебного воздействия оценивалась по клиническим данным и нормализации функционального состояния ЦНС, определяемого по характеру изменений фоновых и реактивных паттернов ЭЭГ.

Полученные данные основаны на результатах 264 случаях диагностических исследований и 145 случаях проведения курсов БОС-терапии и светозвуковой стимуляции головного мозга. В 85% случаев зафиксирована устойчивая тенденция к нормализации электрической активности головного мозга; в 10% случаев изменения электрической активности не превышали средних показателей; в 5% случаев добиться заметного изменения роста электрической активности головного мозга не представилось возможным.

Таким образом, эффект проведения биоуправления, светозвуковой стимуляции головного мозга и музыкотерапии оказался наибольшим при лечении расстройств сна; состояний, характеризующихся повышенной раздражительностью, тревожностью, беспокойством; гипертонической болезни I–II стадии; постинсультных состояний; синдрома дефицита внимания. Успешность биоуправления зависит от исходной возбудимости, лабильности и степени неустойчивости нейродинамических процессов. Вначале лечебного сеанса целесообразно проведение светозвуковой стимуляции головного мозга (пассивная нейроБОС-терапия), а затем проведение биоуправления, направленного на оптимизацию психических состояний (активная нейроБОС-терапия).

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО АППАРАТА И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**М. Г. Курчанинова, Д. А. Баранов, О. С. Метельский,
А. А. Нагибина, О. И. Дуняков, Л. Д. Пухова,
А. А. Хохлова, В. В. Пирогова**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Острые нарушения мозгового кровообращения приводят к различным нарушениям функций органов и систем. В том числе, функциональные расстройства краниомандибулярной системы вызывают нарушения жевания, артикуляции, что приводит к нарушениям качества жизни пациентов и их социализации в обществе.

Цель настоящей работы – установление состояния челюстно-лицевого аппарата и миофункциональных расстройств, окклюзионно-артикуляционных дисфункций у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями и их влияние на качество жизни и функции жевания и артикуляции.

Обследовано 35 пациентов, мужчин и женщин в возрасте 40–75 лет, которые проходили курс лечения на базе клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. В ходе исследования проводилось общеклиническое обследование, определение стоматологического статуса пациента, которое включало пальпацию височно-нижнечелюстного сустава и окружающих мягких тканей, регистрацию биоэлектрической активности височных, жевательных, подъязычных, грудино-ключично-сосцевидных мышц с помощью электронного миографа Нейро-МВП фирмы «Нейрософт». Также, в комплекс исследования входила функциональная диагностика с изготовлением гипсовых моделей и загипсовкой их в артикулятор REFERENCE. Проводилось тестирование состояния постуральных функций на основе стабилometrics с использованием компьютерного стабилизатора «Стабилан-01-2» с биологической обратной связью.

Пациенты с нарушениями мозгового кровообращения предъявляли жалобы на затруднённое жевание в 66,7% случаев сосудистых катастроф, повышенную чувствительность зубов в 40%, боль при открывании рта в 40% случаев, дискомфорт в области височно-нижнечелюстного сустава в 40% случаев, шумы в области височно-нижнечелюстного сустава в 20% случаев.

Обследование позволило установить наличие вовлечения в процесс черепно-мозговых нервов, что нашло отражение в клинических проявлениях, у 92% пациентов наблюдалась асимметрия лица, у 84% – асимметрия носогубных складок, у 77% – девиация языка.

Пальпационное исследование мышц лица, шеи, верхнего плечевого пояса позволило установить наличие болевого синдрома, более выраженного на стороне поражения – в области гортани и верхних волокон трапециевидной, челюстно-подъязычной, жевательной, лопаточно-подъязычной мышц. При этом, болезненность пальпации височной, челюстно-подъязычной мышцы и жевательной мышц, встречается в 1,25–1,5 раза чаще на стороне очага поражения головного мозга. При пальпации височно-нижнечелюстного сустава (латеральные полюсы при ротации, заднее суставное пространство, основание височно-нижнечелюстной складки) отмечались дискомфорт и болезненность на стороне поражения головного мозга в 60% случаев.

Миографическое исследование, указанных выше групп мышц, установило, что биоэлектрическая активность левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (составляет 199,065 мВ), более выражена по сравнению с правой (составляет 156,005 мВ). Её активность, при локализации процесса слева в

центральной нервной системе, выше (составляет 184,6 мВ), по сравнению с показателями при локализации процесса справа (составляет 170,48 мВ).

Болезненность при пальпации и повышение биоэлектрической активности подъязычных мышц наблюдались при любой сторонности ишемии головного мозга, что указывает на дисфункцию мышц-леваторов (височная и жевательная) и мышц-депрессоров (челюстно-подъязычная и подъязычная) нижней челюсти, а соответственно и развития нарушений артикуляции.

При осмотре полости рта отмечалась патологическая стираемость и развитие трещин эмали в 90% случаев на стороне противоположной от локализации патологического процесса. В 98% случаев у пациентов наблюдается дефект зубных рядов и нарушение окклюзионных взаимоотношений, по данным малого функционального анализа, проведенного в артикуляторе REFERENCE.

Разброс площади статокинезиграммы для пациентов с сосудистыми катастрофами, локализованными справа, оказался больше (средняя площадь 38, 21 ед²), чем у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения слева (31,21 ед²). Отклонение во фронтальной плоскости, по данным стабилометрии, в противоположную сторону от очага сторону составляет с открытыми глазами – 57%, с закрытыми – 60% случаев.

Выводы. Таким образом, установлено, у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения, вовлечение в патологический процесс функциональных структур челюстно-лицевой области. Изменения мышечного тонуса на стороне поражения приводят к последующим повреждениям функционирования краниомандибулярной системы. Дисфункция мышц леваторов и депрессоров нижней челюсти приводит к нарушениям артикуляции. Дальнейшее изучение выявленных тенденций позволит развивать подходы к коррекции данных нарушений.

КЛИНИКО-АУДИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СЛУХА У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПЕРВИЧНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

М. А. Левина, Е. В. Борзов
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

По данным ВОЗ, проблемы со слухом встречаются у 4–6% населения земного шара. В последние годы отмечается устойчивая тенденция к постепенному росту уровня заболеваемости, прежде всего связанная с поражением звуковоспринимающего аппарата. Нейросенсорная тугоухость заболевание полиэтиологическое. Сосудистые изменения часто являются основным

этиологическим фактором и ведущими в патогенезе нейросенсорной тугоухости. В литературе достаточно полно изложены слуховые нарушения на фоне вертебро-базиллярной недостаточности, дисциркуляторной энцефалопатии, гипертонической болезни, шейного остеохондроза. В то же время состояния слухового анализатора у больных после ишемического инсульта (ИИ) изучено не в полном объеме и представляет большой практический и научный интерес.

Цель – оценка состояние слуха у больных, перенесших ишемический инсульт.

Исследование выполнено на базе неврологического отделения клиники ИвГМА. Обследовано 40 пациентов после первичного ишемического инсульта легкой степени тяжести (по NIHSS) с давностью заболевания до 3 месяцев в возрасте от 39 до 67 лет (средний возраст составил $55,75 \pm 0,95$ лет). По полу пациенты распределились следующим образом: 23 мужчины (57,5%), 17 женщин (42,5%). Среди обследованных у 22 пациентов пораженным оказался каротидный бассейн, у 18 – вертебро-базиллярный бассейн. Больные с ИИ, перенесшие черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, страдающие хроническим средним отитом в исследование не включались. Диагностический комплекс состоял из сбора жалоб, анамнеза, осмотра ЛОР-органов, оценки слуховой функции. Слух исследовали посредством акуметрии, тональной пороговой аудиометрии в конвенциональном диапазоне частот (0,125–8 кГц), одного из тестов надпороговой аудиометрии (тест дискомфорта, SISI-тест, дифференциальный порог силы звука по методу Люшера), импедансометрии (тимпанометрия и акустическая рефлексометрия в ипси- и контралатеральной стимуляции тонами частотой 0,5; 1,0; 2,0 и 4,0 кГц). Субъективная аудиометрия выполнена на автоматизированном аудиометре АА-02 фирмы ЗАО «Биомедилен» (СПб). Объективная аудиометрия – на акустическом импедансометре АТ235 фирмы Interacoustics (Дания). Результаты оценивали с использованием методов статистики.

Среди жалоб, которые пациенты предъявили оториноларингологу, ведущими были головокружение (82,5%), головная боль (45%), неразборчивость обращенной речи (45%), субъективный ушной шум (37,5%), причем преобладал постоянный характер шума (2/3 пациентов). На снижение слуха жаловались лишь 3 пациента (7,5%) .

У всех обследованных пациентов имели место положительные опыты Ринне, Федеричи, отсутствие костно-воздушного «разрыва» на аудиометрической кривой, которые подтверждали либо отсутствие тугоухости, либо наличие поражения звуковоспринимающего аппарата.

Снижение слуха по данным аудиометрии обнаружено у 27 пациентов (67,5%). Преимущественно выявлена первая степень тугоухости (88,9%) со

средним порогом на речевых частотах $28,58 \pm 0,54$ дБ. Вторая и третья степень тугоухости встречалась только у 3 пациентов (11,1%). Одностороннее снижение слуха зафиксировано у 66,7% пациентов. Двухстороннее снижение слуха наблюдалось в 33,3% случаев. Остальные пациенты, несмотря на отсутствие тугоухости, имели среднее повышение порогов восприятия на речевых частотах до $17,91 \pm 0,73$ дБ. Феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ) выявлен у 52,5%. Усиленное нарастание восприятия громкости, по мнению большинства авторов, является наиболее ранним диагностическим и прогностически верным критерием в отношении поражения рецепторного аппарата улитки.

По данным тимпанометрии у всех пациентов определен тип тимпанограмм А по Jerger, таким образом исключена патология среднего уха. При акустической рефлексометрии в случаях сенсоневрального снижения слуха зафиксировано повышение порогов ипсилатеральных акустических рефлексов (АР) до 100 дБ со стороны хуже слышащего уха и контралатеральных со стороны лучше слышащего уха, а при более выраженном снижении слуха их выпадение. У пациентов с наличием ФУНГа отмечен феномен понижения порогов АР до 70–75 дБ и сужение динамического диапазона громкости.

Итак, ведущими жалобами пациентов после ИИ, предъявляемыми оториноларингологу, являются головокружение, головная боль, неразборчивость обращенной речи и субъективный ушной шум. У 67,5% обследованных выявлено нарушение слуха по типу звуковосприятия. Нейросенсорная тугоухость в данном случае чаще (59,2%) характеризуется односторонним снижением слуха I степени.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ИШЕМИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

В. В. Линьков, Л. Б. Завалий, Е. С. Гаранина
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Одной из самых важных медико-социальных проблем были и остаются инсульты (И), в связи с высокой распространенностью и тяжестью их последствий. В исследованиях последних лет большое внимание уделяется изучению неблагоприятных факторов, влияющих на развитие, клиническое течение И, степень восстановления утраченных больными неврологических функций и исходы болезни, одним из которых является сахарный диабет 2 типа (СД 2). Разработка алгоритма прогноза исходов И у больных с СД 2 с учётом клинико-функциональных особенностей И, его типа, вовлечённого

сосудистого бассейна, повторности, сроков догоспитального этапа и коморбидного фона и явилось целью настоящего исследования.

На первом этапе работы проведен анализ госпитального регистра И. Методом сплошной выборки исследовано 1683 пациента с И в неврологической клинике. Выполнялась оценка сопряженности И с СД 2 и влияние уровня гликемии на развитие, тяжесть, течение и исход болезни. Оценка неврологического статуса проводилась по шкале И национального института здоровья в баллах при поступлении и при выписке из стационара. Функциональный статус определяли по модифицированной шкале Рэнкина в баллах по анамнезу до развития И, при поступлении и при выписке из клиники. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от типа И (ишемический и геморрагический) и подгруппы в зависимости от наличия нарушений углеводного обмена (НУО). При этом независимо от типа И у каждого пятого больного регистрировались НУО, у трети из которых они были выявлены впервые во время госпитализации. Обследование и лечение осуществлялось в соответствии со стандартами медицинской помощи больным с И МЗ РФ, 151 пациенту проведена тромболитическая терапия (ТЛТ).

На втором этапе исследования выполнялась разработка алгоритмов прогнозов неблагоприятных исходов ишемических и геморрагических И у лиц с СД 2.

Причиной летального исхода при геморрагическом И в 100% случаев являлось основное заболевание, а каждый десятый больной с ишемическим И погибал либо вследствие декомпенсации соматической патологии (различные формы ишемической болезни сердца, хроническая сердечная недостаточность), либо вследствие неотложного состояния (тромбоэмболия легочной артерии, расслаивающая аневризма, кровотечение). У больных ишемическим И на фоне СД 2 в 3 раза повышена вероятность летального исхода от декомпенсации соматической патологии. Установлено, что факторы, влияющие на течение и исход И, действуют не каждый отдельно, а в совокупности. Построенная нами математическая модель основана на базе линейной регрессии, зависимость одной переменной Y от суммы других переменных X . Методом наименьших квадратов выделены основные значимые факторы X_i и их коэффициенты C_i (значения, указывающие на степень влияния каждого фактора на исход И). При наличии СД-2 вычислен дополнительный коэффициент для каждого фактора – C_{di} . При отсутствии у больного СД-2 $C_{d0} = 1$; $C_{di} = 1$. Обязательным условием формулы должны быть свободные члены, которых определила программа для большей точности вычислений – C_0 и C_{d0} . Значение функции Y (оценочный балл по шкале Рэнкина) отражает функциональное состояние больного. Полученная формула $Y = C_0 \times C_{d0} + \sum (X_i \times C_i \times C_{di})$ при ишемическом и геморрагическом И ана-

логична. Различны основные значимые факторы и коэффициенты для каждого фактора, в том числе и при СД-2. Точность метода при ишемическим И составила 81,5%, при геморрагическом – 66,9%.

Таким образом, И, развивающийся на фоне СД-2, имеет клинико-функциональные особенности: преобладающую полушарную локализацию с тяжёлым неврологическим дефицитом; течение, тип И и подтип ишемического И сопряжены с уровнем гликемии, а прогноз исхода определяется его динамикой, в том числе и при ТЛТ. При прогнозировании исхода ишемических и геморрагических И при СД-2 следует учитывать не только факторы, характеризующие неврологические расстройства и вовлеченность сосудистого бассейна, но и состояние коморбидного фона, пол, возраст, уровень гликемии, что позволит осуществлять дифференцированный подход к ранней реабилитации данной категории пациентов.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Н. Ф. Лукьянчиков, М. В. Кочеткова

*ГБУЗ Владимирской области «Областной центр лечебной
физкультуры и спортивной медицины»*

Психическое здоровье населения – одна из острейших проблем современности. По оценкам российских экспертов, потребность населения России в оказании психологической и психотерапевтической помощи составляет от 40 до 75%. То есть в ней нуждается как минимум каждый второй житель страны. От 20 до 30% лиц, обратившихся за помощью в лечебно-профилактические учреждения страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами. А у 25% пациентов с соматическими заболеваниями значительную роль в клинической картине играют симптомы психического расстройства, отягчая течение основного заболевания.

Целью нашей работы явилось изучение частоты диагностики невротических расстройств у пациентов дневного стационара Центра лечебной физкультуры и спортивной медицины.

Всего было обследовано 57 пациентов, проходящих курс восстановительного лечения в дневном стационаре Центра по поводу заболеваний опорно-двигательного аппарата. Из сопутствующей патологии у пациентов данной группы следует отметить гипертоническую болезнь, последствия ишемических инсультов, сахарный диабет и хронические заболевания органов дыхания. 100 % пациентов осмотрены психотерапевтом. У 24-х пациентов выявлены невротические проявления, что составило 42% от общего

количества обследованных. В 16 случаях установлен диагноз депрессии, в 8 случаях – тревожных расстройств. Для уточнения диагноза и степени выраженности невротической симптоматики психотерапевтом использовались следующие тесты: шкала самооценки тревоги Шихана; опросник CES-D; шкала депрессии Гамильтона.

В качестве инструментального исследования использовался лечебно-диагностический комплекс «БОСЛАБ». Данный аппаратно-программный комплекс предназначен для исследования электрической активности головного мозга и проведения сеансов активной нейроБОС-терапии.

У 100 % обследованных на АПК «БОСЛАБ» (24 пациента) зафиксировано отклонение показателей биоэлектрической активности мозга от оптимальных значений.

Пациенты получали комплексное лечение по индивидуальным программам. Проводились сеансы БОС-терапии, направленные на оптимизацию электрической активности головного мозга. В случаях невозможности проведения данных БОС-тренингов, предпочтение отдавалось игровым приложениям, где биоуправление проводилось по электромиограмме или частоте сердечных сокращений. Хотелось бы отметить, что у пациентов с тревожными расстройствами более эффективным оказывалось проведение тренингов с биоуправлением по частоте пульса. У пациентов с выраженной психоэмоциональной напряженностью лучшие результаты достигались при проведении тренингов с биоуправлением по электромиограмме.

С целью коррекции электрической активности головного мозга и оптимизации психических состояний активно использовалась светозвуковая стимуляция мозга аппаратом «ПРОТЭУС» и проведение сеансов музыкотерапии.

С учетом конкретной ситуации пациентам назначалось проведение таких лечебных процедур как: гипоксические тренировки на аппарате «Горный воздух», спелеолечение, душ Шарко, циркулярный душ, лечебное одеяло, душ Виши, курс лечебной физкультуры, сухая углекислая ванна, хромованна.

Эффективность проведенного лечения оценивалась нами по клиническим проявлениям (жалобы пациента, данные повторного осмотра психотерапевта с тестированием) и нормализации функционального состояния центральной нервной системы. У 80 % пациентов достигнут положительный эффект от проводимой терапии.

Как видим, исследование на АПК «БОСЛАБ» является эффективным и достоверным методом диагностики невротических расстройств. Использование методов БОС-терапии, светозвуковой стимуляции мозга, сеансов музыкотерапии, физиотерапевтических методов воздействия позволяет добиваться значимого положительного эффекта при лечении невротических расстройств легкой степени без применения медикаментозных средств.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

И. П. Основина, Н. В. Алексеева,

О. В. Марьянова, Н. В. Коровушкина

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Среди немедикаментозных средств, используемых в реабилитации больных в острой стадии церебрального инсульта, немаловажную роль играют лечебные физические факторы, воздействующие на основные звенья патогенеза заболевания. В основе применения физических факторов при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) лежат результаты клинических и экспериментальных исследований, подтверждающих многоуровневые ответные реакции организма на их воздействие. Современные исследования позволяют получать новые данные относительно патогенетических механизмов и компенсаторно-приспособительных реакций, играющих важную роль в развитии, течении и реабилитации инсульта. Эта информация является основанием для пересмотра ранее существовавшего мнения о противопоказаниях к лечению физическими факторами больных с церебральным инсультом в ранние сроки реабилитации.

С декабря 2008 г. в Ивановской области система оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) функционирует в полном объёме. Это исключительно актуально с учётом высоких показателей заболеваемости и смертности от инсульта, которые составили на 2009 г. 580 и 360 случаев на 100 000 населения соответственно. Изменить существующую ситуацию могло только создание адекватной системы лечебно-профилактической помощи и особенно системы ранней реабилитации инсульта.

Целью настоящего исследования стал анализ применения физиотерапевтических методов лечения, используемых членами мультидисциплинарной бригады, на этапе ранней реабилитации пациентов с ОНМК в Региональном сосудистом центре ОБУЗ ОКБ.

В состав Регионального сосудистого центра на 60 коек, развёрнутого на базе Областной клинической больницы, вошла и физиотерапевтическая служба. Врачом-физиотерапевтом осматриваются все поступившие больные, независимо от возраста и тяжести состояния, в первый день поступления в блок интенсивной терапии. Последующая коррекция назначенного физиолечения проводится каждые 2-3 дня до момента выписки пациента и

направлена на осуществление задач, обозначенных при совместной работе членов мультидисциплинарной бригады.

Физиотерапевт участвует также в разработке индивидуальной схемы дальнейшей пролонгированной реабилитации при выписке больного. Данные о проведённых видах лечения фиксируются в формализованной истории болезни и подаются для статистической обработки.

С учётом этапности проведения ранней реабилитации разработаны основные методические подходы к воздействию физическими факторами в системе реабилитационных мероприятий инсульта:

– профилактическое воздействие – направлено на предупреждение развития тех или иных заболеваний и осложнений (нарушение актов мочеиспускания и дефекации, развитие пролежней и опрелостей, развитие застойных и воспалительных явлений в органах дыхания);

– патогенетическое воздействие – направлено на уменьшение проявлений основных звеньев патологического процесса и активацию саногенеза (коррекция гемодинамики, микроциркуляции и метаболизма в ЦНС, болевого синдрома, нарушений чувствительности, вегетативных нарушений, изменения тонуса мышц, психоэмоционального фона, нарушений актов глотания и звукообразования);

– симптоматическое воздействие – направлено на коррекцию сопутствующих патологических процессов, возникающих остро или в виде обострений хронических заболеваний.

В соответствии со стандартом лечения, на одного больного приходится 26–38 процедур. Это происходит за счёт раннего начала физиолечения в блоке интенсивной терапии с 1-го дня пребывания больного. Обычно назначаются процедуры для профилактики бронхо-лёгочных осложнений, трофических нарушений, пареза кишечника. Показатель количества процедур высокий, т.к. при переводе пациента в палату ранней реабилитации идёт расширение спектра назначаемого лечения, а также за счёт сочетанного и комбинированного способов использования синергически действующих физических факторов.

Наиболее часто используются следующие виды физиолечения: магнитное поле, ингаляции, инфракрасное лазерное излучение, электростатический массаж «Хивамат», перемежающаяся пневмокомпрессия, которые входят в перечень процедур, включенных в стандарт медицинской помощи больным инсультом.

В результате сформировался оптимальный подход к физиотерапевтическому ведению больных с различными вариантами течения ОНМК, что благоприятно отразилось на конечных показателях исходов лечения больных. В частности, в области именно благодаря созданию целостной системы помо-

щи больным ОНМК, в том числе со своевременным назначением физиолечения, снизилась заболеваемость инсультом за 3 года на 14,5%, а летальность более чем в 1,5 раза, выросла доля пролеченных больных, ставших независимыми в повседневной жизни (по шкале Рэнкин до 2-х баллов включительно).

Одной из серьёзных проблем остаётся отсутствие чёткой нормативной базы, определяющей преемственность лечения больных с ОНМК на дальнейших этапах реабилитации, после выписки из сосудистого центра, а также низкая осведомлённость врачей общей лечебной сети о возможностях использования физических методов лечения в комплексе мероприятий по медицинской реабилитации этой группы больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СТАНДАРТНЫХ КОМПЛЕКСОВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

И. Е. Савельева, В. Г. Ионова
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
ФГБУ НЦ неврологии РАМН, Москва

Несмотря на то что смертность от инсульта в нашей стране за последние пять лет снизилась более чем на 40%, сверхсмертность в сельской местности – на 75%, сосудистые заболевания головного мозга все так же составляют до 20% неврологических больных, что позволяет рассматривать эту проблему как медико-социальную. Инвалидизация после инсульта составляет 70–80%. Поэтому проблема реабилитации данного контингента больных является чрезвычайно актуальной.

Цель работы – оценка эффективности реабилитации при использовании типовых комплексов лечебной физкультуры в группе постинсультных больных.

Группу наблюдения составили 58 человек в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Пациентам применяли восстановительное лечение с активным привлечением методов и средств лечебной физкультуры (ЛФК), рекомендованных для реабилитации данного контингента больных. Больным данной группы наблюдения проводилось комплексное исследование гемореологических, гемостатических и биохимических характеристик крови. В результате восстановительного лечения в данной группе наблюдения улучшаются относительно показателей этих больных до курса восстановительного лечения большинство показателей крови – индекс обратимости трансформации эритроцитов ($p < 0,01$), гематокрит ($p < 0,05$), время свёр-

тывания крови ($p < 0,01$), активированное парциальное тромбопластиновое время ($p < 0,001$), фибриноген ($p < 0,01$), фибринолитическая активность ($p < 0,001$), протромбиновый индекс ($p < 0,05$), также уменьшается содержания метаболитов NO крови ($p < 0,01$). В данной группе наблюдения в конце курсового лечения отмечены отсутствие в периферической крови b-фибриноген и отрицательный этаноловый тест. Сравнение показателей липидного профиля исследуемой группы до и после лечения показало выраженное снижение, вследствие применения ЛФК, липидов и липопротеидов крови у постинсультных пациентов. Однако обращает на себя внимание уменьшение количества дискоцитов ($p < 0,05$) при увеличении индекса трансформации ($p < 0,01$) и индекса обратимой трансформации эритроцитов ($p < 0,05$) относительно показателей периферической крови этих пациентов до курса восстановительного лечения. Реакция сосудистой стенки на «манжеточную» пробу была более адекватной, по сравнению показателями больных до восстановительного лечения, но не вполне достаточной относительно контрольных значений. Возможно, данные изменения явились следствием неправильного (не физиологического) дыхания, и как результат, гипоксии во время занятий ЛФК и последовавшего комплекса гуморально-метаболических изменений, реакций центральной и вегетативной нервной систем.

Наши данные могут свидетельствовать о том, что, несмотря на выраженное положительное влияние физкультуры на постинсультных больных, необходимо усовершенствование методик ЛФК с целью устранения нежелательных эффектов физической реабилитации на организм пациентов.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАТОМИЯ: СИСТЕМА ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ И РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ

С. А. Смирнов, С. Н. Грязнов, А. Е. Новиков

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Естественное течение цереброваскулярной патологии довольно сильно отличается у пациентов с симптоматическим и бессимптомным стенозом внутренней сонной артерии. Симптоматический стеноз сопровождается острыми нарушениями мозгового кровообращения. Однако пациенты могут иметь бессимптомный умеренный или значительный стеноз сонной артерии односторонней или двусторонней локализации. Это положение определяет актуальность проблемы, организацию хирургической помощи в региональных сосудистых центрах и учет риска оперативного вмешательства.

Цель работы – провести анализ результатов оперативного лечения критического стеноза сонных артерий.

Мы располагаем результатами каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ), выполненной в сосудистом нейрохирургическом отделении областной клинической больницы за период 2012-2013 гг. 100 больным в возрасте 40–75 лет. Среди оперированных было 76 (48 в возрасте 40-60 лет) мужчин и 24 (14 в возрасте 61–73 лет) женщины.

По тяжести инсульта в бассейне внутренней сонной артерии (ВСА) пациенты подразделялись: инсульт тяжелой степени – 8, инсульт средней степени тяжести – 29, малый инсульт и транзиторные ишемические атаки (ТИА) – 50 пациентов. С бессимптомным стенозом ВСА оперировано 13 человек. Двусторонние стенозы ВСА имели 12 больных.

Больные оперированы в сроки от первых симптомов инсульта или давности ТИА: до 4 недель – 26, до 24 недель – 34, до 48 недель и более – 27 человек. Система отбора больных состояла из трех этапов: 1) диагностика (дуплексное сканирование прецеребральных артерий) критического стеноза ВСА у пациентов, обследованных в условиях диагностического центра, поликлиники, первичного сосудистого центра; 2) церебральная ангиография в условиях сосудистого нейрохирургического отделения; 3) проба с компрессией общей сонной артерии, в результате которой определялись резистентные пациенты с показаниями к КЭАЭ и не резистентные с показаниями на стентирование.

После КЭАЭ было выписано с выздоровлением 75 пациентов, у которых был асимптомный стеноз ВСА, а также, в анамнезе которых были ТИА, малый и средней тяжести инсульт. В ряде наблюдений в ближайшие дни после операции наблюдался регресс имеющейся неврологической симптоматики. С сохранением неврологического дефицита выписан 21 пациент, перенесшие инсульт тяжелой и средней степени тяжести, имеющие двусторонние стенозы и оперированные в позднем восстановительном периоде. Рассматривая эти две категории больных, следует вновь обратить внимание на показания к КЭАЭ, среди которых перечислены эпизоды ТИА, обратимый неврологический дефицит (малый инсульт), завершившийся инсультом и бессимптомный стеноз. Но даже с учетом этого, более половины наблюдений имели те или иные индивидуальные особенности, при коллегиальном рассмотрении которых представлялся шанс снизить риск повторного инсульта. Это, на наш взгляд, определяет опыт и традиции бригады нейрохирургов.

Одним из важных показателей оперативной деятельности являются послеоперационные осложнения и летальность. По данным исследователей при КЭАЭ относительный риск развития инсульта с инвалидностью и

смерти в течение 30 дней после операции составляет 2,5 (95% ДИ 1,6–3,8). Риск инфаркта мозга и смерти колеблется от 1,3 до 7,7%, а частота осложнений достигает 10%. Среди наших пациентов в послеоперационном периоде смерть наступила у 4 (4%) пациентов. У двух из них развился инфаркт миокарда, еще у двух – гиперперфузионный синдром. Возможными факторами, связанными с повышенным риском инсульта и смерти были систолическое артериальное давление более 180 мм рт. ст. (риск гиперперфузии) и субокклюзия контралатеральной внутренней сонной артерии (отражает бедность коллатерального кровообращения).

Итак, в Ивановской области выработана поэтапная система отбора больных для проведения каротидной эндартерэктомии как при бессимптомном, так и симптомном стенозе внутренней сонной артерии.

Хирургическое лечение больных с тяжелым и средней степени тяжести ишемическим инсультом, при двусторонних стенозах предполагает каротидную эндартерэктомию в качестве первого этапа с последующей установкой стента контралатеральной внутренней сонной артерии.

Для снижения послеоперационной летальности и частоты осложнений необходимо учитывать факторы, связанные с их повышенным риском.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОКСАНА ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

О. Ю. Фролова, Т. Н. Нерсиян

ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Важным фактором, влияющим на восстановление пациента, является его эмоциональное состояние. В 40–60% случаев после инсульта развивается депрессия. Выжив и миновав отделение интенсивной терапии, человек начинает осознавать последствия перенесенной катастрофы, ему еще только предстоит приспособиться к дефекту и новым условиям существования. Наличие депрессивных расстройств существенно влияет на восстановительное лечение постинсультных больных. Пациенты с выраженными расстройствами отказываются участвовать в реабилитационных мероприятиях, они представляются им бесперспективными, а будущее – безнадежным. В 100% случаев депрессивные расстройства сопровождаются нарушениями сна. Инверсия цикла «сон-бодрствование» также препятствует эффективности проведения реабилитационных мероприятий. Имеющийся препарат вальдоксан (Агомелатин) с инновационным механизмом действия отвечает задачам терапии пациентов в постинсультном периоде, сочетая в себе антидепрессивный и регулирующий сон эффект.

Целью данной работы является исследование эффективности и безопасности вальдоксана в раннем реабилитационном периоде больных с инсультом.

В состав изучаемых состояний включены непсихотические депрессии в рамках рекуррентного расстройства легкой, умеренной степени тяжести (F 33.0, F 33.01); аффективные расстройства, определяемые по МКБ-10, как кратковременные или пролонгированные депрессивные реакции в рамках расстройства адаптации – постинсультные депрессии (F 43,1, F 43, 2); аффективные депрессивные реакции в рамках органического эмоционально-лабильного расстройства (F 06.6). Психопатологическая квалификация депрессий опиралась на клиническое обследование. Для определения тяжести симптомов депрессии применялась шкала депрессии Гамильтона, 21 – пунктовая версия (HAMD – 21) и шкалы общего клинического впечатления (CGI). Все больные обследованы интернистами разных специальностей с использованием современных клинических и параклинических методов, включая методы нейровизуализации. Для оценки когнитивных расстройств применялась краткая шкала оценки психического статуса MMSE.

Аналізу были подвергнуты результаты лечения 40 пациентов в возрасте 18-65 лет, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку и имеющие эмоциональные расстройства депрессивного ряда. Все больные получали комплексную общепринятую терапию на всех этапах лечения и были осмотрены психиатром в первый день на предмет выявления острой психотической симптоматики в палате интенсивной терапии. Оценка эмоционального состояния проводилась при переводе пациента в палату, т.е. на 3-й -5-й день заболевания. В этот же день назначался вальдоксан для коррекции эмоциональных и инсомнических расстройств. Повторные осмотры и оценка состояния проводились в конце первой, второй, третьей недели и восьмой недели (уже после выписки). На каждого пациента оформлялось добровольное согласие на участие в исследовании. Препарат назначался однократно в вечернее время в дозе 25 мг.

Протоколом исследования были предусмотрены критерии исключения: наличие суицидального риска, наличие психотических симптомов, резистентность к терапии другими антидепрессантами, алкоголизм или наркомания в анамнезе, прием ИМАО в течение 2-х недель до начала исследования, декомпенсированные соматические заболевания.

Показателем эффективности служила степень редукции суммарного балла шкалы HAMD-21 и данные шкал CGI. Особое внимание уделялось коррекции сна, его продолжительности и качеству.

Полностью закончили исследование 38 человек. Побочных эффектов не наблюдалось ни в одном случае вне зависимости от тяжести соматического состояния.

Увеличение дозы препарата потребовалось лишь в одном случае, когда реакция 45-летней женщины на возникший двигательный дефицит была столь выраженной, что она отказывалась от участия в реабилитационных программах.

Общая редукция суммарного балла по шкале HAMD – 21 в конце 8-й недели составила 13,07 балла (с 19,22 по 6,29). Эффект от терапии, как правило, отчетливо проявлялся к концу 3-й недели. Редукция суммарного балла по шкале HAMD – 21 в конце 2-й недели составила 4,11 балла (с 19,22 по 15.11), в конце 3-й – 6,91 (с 19.22 по 12,31), по шкале общего клинического впечатления (CGI – S) пациенты переходили в более легкую группу.

Суммарный балл по шкале MMSE в начале лечения составил 27,55 балла, а в конце лечения – 28,08. Уже в конце 3-й недели ускорялся темп мышления, улучшались функции внимания, памяти. Пациенты активно участвовали в реабилитационных процессах, в т.ч. направленных на восстановление когнитивных функций.

Особенно актуальны и мучительны для пациентов были нарушения сна, они наблюдались в 100% случаев. Эффективность препарата в этом отношении во многом определяла возможность монотерапии вальдоксаном и желание пациента участвовать в исследовании. У большинства больных улучшение засыпания и качества сна происходило на 3-й- 5-й день терапии. Однако, пятеро отметили возвращение бессонницы через два дня после отмены препарата, у двоих это сопровождалось ухудшением настроения.

У четверых пациентов (0,8%) с соматической патологией эффект от лечения получен не был.

Таким образом, применение вальдоксана в постинсультном периоде показало его высокую эффективность в отношении депрессивных расстройств и нарушений сна при его отличной переносимости.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

**Н. А. Халикова, И. Е. Мишина, Т. В. Михайловская,
А. А. Гудухин, М. В. Кудряшова, О. Н. Алеутская**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Актуальность настоящего исследования определяется высокой распространенностью и медико-социальной значимостью постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП), осложненной ишемическим инсультом (ИИ),

во всем мире. До настоящего времени предметом дискуссий остаются вопросы, касающиеся эффективности и безопасности применения препаратов для контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) у данной категории больных в остром периоде ИИ. Известно, что нарушение внутрисердечной гемодинамики при постоянной форме ФП приводит к снижению ударного объема (УО) левого желудочка и, вторично, к уменьшению церебрального кровотока. В связи с этим представляется целесообразным проводить контроль ЧСС в остром периоде ИИ у пациентов с постоянной формой ФП с помощью препаратов, не оказывающих отрицательного влияния на УО.

Целью исследования явилась оценка безопасности применения бета-адреноблокаторов для контроля частоты сердечных сокращений у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий в остром периоде ишемического инсульта.

Обследовано 175 больных постоянной формой ФП, госпитализированных в палату реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения для больных острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в первые 48 часов с момента развития ИИ. Средний возраст больных составил 75,0 [72,0; 79,0] лет. Всем пациентам было выполнено обследование в соответствии со стандартами ведения больных с ОНМК по ишемическому типу. В ходе ежедневного наблюдения и по окончании периода госпитализации проводилась оценка АД, ЧСС, выраженности НД по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) и определялся исход ИИ. В зависимости от клинического исхода заболевания в группе с ФП выделено 49 (28,0%) пациентов, у которых в течение 21 суток ИИ был зарегистрирован летальный исход, подгруппу сравнения составили 126 (72,0%) больных с благоприятным клиническим исходом. Среди выживших пациентов с ФП были выделены подгруппа с ухудшением неврологического статуса или регрессом неврологического дефицита (НД) по шкале NIHSS < 50% от исходного уровня – 51 (40,48%) больных и подгруппа с регрессом НД > 50% – 75 (59,52%) человек. Впоследствии был выполнен анализ применяемой пульсурежающей терапии в зависимости от исхода острого периода ИИ, динамики восстановления НД и достижения оптимальных значений ЧСС и АД.

У большинства пациентов (113 человек, 89,68%) с постоянной формой ФП к 21 дню ИИ была достигнута ЧСС 60–89 ударов в минуту. Уровень АД 135–139/75–79 мм рт. ст. к концу острого периода ИИ был зарегистрирован у 81 пациента (64,29%) с ФП. Указанные диапазоны АД и ЧСС были ассоциированы с лучшей динамикой восстановления неврологических функций. Сумма баллов по шкале NIHSS снизилась с 8 [5; 14] до 3 [1; 7] ($p < 0,05$), при этом к 21 дню заболевания отмечался значимый рост числа пациентов с легкой степенью неврологических нарушений (с 22,22% до 61,9%, $p < 0,001$).

Всем обследованным в первые 48 часов инсульта был назначен периндоприл в дозе 2,5–5 мг в сутки с последующим титрованием суточной дозы препарата. При недостаточном контроле цифр АД на 3–5 сутки заболевания у 34 пациентов (19,43%) потребовалось дополнительное назначение индапамида. В ходе анализа пациенты с постоянной формой ФП в зависимости от назначения бета-адреноблокаторов были разделены на две подгруппы: в первую подгруппу вошли 23 (13,14%) пациента, не получавшие бисопролол, во вторую – 152 (86,86%) обследованных, которым в первые 48-часов ИИ был назначен бисопролол в дозе 2,5 мг в сутки. В выделенных подгруппах была выполнена оценка достигнутых целевых значений ЧСС и АД, которая показала, что среди больных второй подгруппы значимо чаще регистрировалось достижение АД 135–139/75–79 мм рт. ст. по сравнению с пациентами 1 подгруппы (76 больных, 50% vs 6 пациентов, 26,09%, $p = 0,03$). Пациенты, у которых одновременно достигнуты целевые значения и ЧСС и АД, значимо чаще встречались во второй подгруппе ($p < 0,05$).

С целью изучения безопасности применения малых доз бисопролола у пациентов с постоянной формой ФП в остром периоде ИИ, больные с различным исходом и динамикой постинсультного восстановления были разделены на подгруппы: первую подгруппу составили 11 (6,29%) человек, у которых контроль ЧСС проводился с использованием дигоксина, во вторую подгруппу вошли 67 (38,28%) больных, получавших бисопролол, подгруппу пациентов, получавших комбинацию дигоксина с бисопрололом, составили 85 (48,57%) обследованных.

Проведенный анализ показал, что значимых различий в динамике постинсультного восстановления больных и частоте летального исхода в подгруппах пациентов, получающих только дигоксин, только бисопролол или их сочетание не выявлено.

Итак, полученные результаты могут свидетельствовать о том, что у пациентов с постоянной формой ФП в остром периоде ИИ для контроля ЧСС возможно применение малых доз бисопролола, оно не оказывает отрицательного влияния на исход заболевания и динамику восстановления НД.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПРИ МОТОРНОЙ АФАЗИИ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТАМИ

**И. А. Чельшева, М. С. Кузьмина,
Ю. А. Герасимова, Л. В. Лаврентьева**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Городская клиническая больница 3» г. Иваново

В России каждый год острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) происходит более чем у 450 тысяч человек. При этом двигательные расстройства и нарушения речи являются наиболее частым постинсультным дефектом. Изю всех типов афазий в клинике ОНМК чаще регистрируется моторная афазия. Интерес к исследованию речевых нарушений при инсульте возрос с развитием нейровизуализационных методов, появлением возможности прижизненной топической диагностики речевых расстройств. Благодаря высокотехнологичным методам обследования, в частности установлено, что речевые нарушения возникают при поражении не только корковых, но и подкорковых структур головного мозга. Регресс речевых расстройств при ОНМК протекает очень медленно, не всегда бывает полноценным. В течение месяца возможно восстановление речи лишь у 30% больных с афазией, признаки моторной афазии могут быть до 3 лет. Восстановление речи зависит не только от общего состояния больного, неврологических расстройств, но и от характеристик очага инсульта.

Целью настоящего исследования явилось изучение речевых расстройств в остром периоде инсульта и выявление связи топических характеристик очага поражения головного мозга и восстановления речи в процессе реабилитационной помощи больным.

На базе ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иваново были изучены все случаи речевых нарушений при ОНМК за 3 года (с 2010 по 2012 гг.). Расстройства речи различного характера диагностированы у 51,1% пациентов с ОНМК. На втором этапе исследования отобраны 30 больных-правшей с моторной афазией. Критерии исключения: больные с повторными инсультами, полиорганной недостаточностью, онкопатологией, нарушением сознания, паркинсонизмом, левши. Средний возраст пациентов был $72,03 \pm 11,0$ г. Большинство пациентов до развития инсульта страдали гипертонической болезнью (96,7%), ИБС была у 36,7% больных, аритмии у 20%, ПИКС у 16,7%. Сахарным диабетом страдали 23,3% больных. Всем больным проводились оценка неврологического статуса по шкале NIHSS (T. Brott, 1989), функциональной независимости по шкале активности в повседневной жизни Ривермид – ИМР, модифицированной шкале Рэнкина, КТ головного мозга, УЗДГ. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Exel 2007.

У 80% больных с моторной афазией был диагностирован ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии, у остальных (20%) геморрагический инсульт в левом полушарии. В неврологическом статусе у половины больных был легкий гемипарез и гемианестезия. Умеренный гемипарез выявлен у 23,3%, глубокий – 20%, у 6,7% пациентов была гемиплегия. У всех пациентов имелась асимметрия носогубных складок, девиация языка, анизорефлексия и патологические пирамидные знаки. Моторная афазия, как афферентная, диагностирована у большинства больных (63,3%), у остальных – моторная эфферентная афазия. В легкой форме афазия была у 70% пациентов, у остальных – умеренная (20%) и тяжелая (10%).

При нейровизуализации выявлено, что наибольшее количество очагов имело локализацию в височной – 32%, теменной – 22%, теменно-височной областях – 6%. В лобной доле и лобно-теменной области очаги встречались значительно реже (6,7 и 3,33% соответственно). У 2-х больных очаги были в подкорковой области. Средний объем очага – $37,8 \pm 14,5 \text{ см}^3$

У 93,3% пациентов была выявлена смешанная гидроцефалия, у 37% – лейкоарейоз, у 6,7% – корковая атрофия.

Ранняя реабилитация включала логопедические занятия (в среднем 10–11 занятий), работу с психологом. Больным с парезом языка, нарушениями фонации, глотания, дополнительно проводились логопедические занятия с массажем нёба, языка, артикуляционной и мимической гимнастикой. Проведенный анализ динамики восстановления речи, показал тесную связь с интенсивностью логопедических занятий, функциональной независимостью по шкале ИМР ($R = 0,57, p < 0,05$) и шкале Рэнкина ($R = 0,69, p < 0,01$). Коэффициент корреляции (по Spearman) свидетельствовал о наличии прямой связи между выраженностью афазии и тяжестью неврологического дефицита в острейшем периоде инсульта ($p < 0,001$) и к концу острого периода ($R = 0,52, p < 0,05$), между тяжестью афазии и величиной очага поражения мозга ($R = 0,41, p < 0,01$), вне зависимости от типа инсульта.

Таким образом, проведенное исследование показало большую частоту встречаемости речевых расстройств при инсультах, а, следовательно, необходимость оптимизации логопедической реабилитационной помощи данной категории больных. Восстановление речи при моторной афазии зависит от размеров очага инсульта. Тяжелая афазия с медленным регрессом наблюдается при большом очаге, захватывающим глубинные подкорковые образования. Речь при моторной афазии восстанавливается быстрее при корковых инсультах.

СТАБИЛОМЕТРИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

**Г. П. Шаршавина, С. Н. Михайлов, В. В. Белов,
О. Ю. Исаева, О. А. Елфимова**

*ГБУЗ «Оренбургский областной центр медицинской реабилитации»
ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава России*

Последние несколько лет характеризуются расширением применения методов реабилитации различных категорий больных, построенных на принципе биологической обратной связи (БОС). При этом достаточно часто встречается сочетание патологии сердечно-сосудистой и нервной систем, что усложняет работу специалистов по восстановлению многих функций у таких пациентов.

Реабилитация кардионеврологических больных связана с работой специалистов которые имеют возможность мультидисциплинарного подхода к их лечению. Одним из наиболее перспективных направлений в лечении таких пациентов это применение аппаратов с биологической обратной связью. Работа на БОС-тренажёре предполагает наличие у пациента позитивной мотивации, которая создаётся чаще всего посредством игровых задач. В процессе тренировки происходит осознанное или бессознательное обучение волевому изменению тренируемой функции. С методической точки зрения для двигательных параметров смысл БОС-тренинга даже при недостаточности, например, проприорецептивной сферы остаётся более очевидным, чем для многих скрытых физиологических параметров. Одним из активно развивающихся направлений БОС-тренинга является использование параметров стабилometrics. Такой тренинг высокоэффективен, даже если пациент просто отслеживает перемещения ЦД. Человек, находящийся на стабилметрической платформе, фактически выполняет роль игрового манипулятора (joystick). Во всех случаях балансотерапии используют два вида тренажёров равновесия: специализированные тренажёры и реабилитационные мультимедийные игры.

Мы применяли аппарат «Стабилан 01» для 120 кардионеврологических пациентов. В ходе работы на тренажерах равновесия решаются задачи восстановления, развития опороспособности конечности и другие задачи, связанные с управлением движениями тела и его баланса. Кроме того, пациент решает двигательные задачи, связанные с точностью движения, его временем (достижение цели к определенному времени) и стабилизацией (удержание центра давления в определенной зоне заданное время). В зависимости от

типа применяемого тренажёра врач имеет различные возможности управления и регулирования процессом реабилитации, а так же динамического контроля состояния пациента. Во время тренировки производится непрерывное управление процессом. Тренажёры равновесия «МБН-СТАБИЛЮ» имеют в своей структуре автоматизированное управление процессом тренинга на принципе обратной связи. Данные о том, как пациент справляется с предлагаемым заданием, анализируются непосредственно во время тренинга. Сложность задания повышается, если пациент его выполняет и уменьшается, если он не справляется. В целом имеются следующие возможности управления: изменение продолжительности тренировки; изменение масштаба отображаемых процессов; изменение критерия успеха; изменение частоты смены заданий.

Проведено 520 диагностических и тренирующих процедур 120 больным, с неврологической патологией в том числе: с нарушением мозгового кровообращения – 64, дисциркуляторная энцефалопатия с вертебро-базилярной недостаточностью – 35. В программе тренировок использовались следующие тренирующие программы: Тренажер «Мишень», Тренажер статической опороспособности, Тренажер «Кубики», Тренажер «Составление картинки». Опыт проведения таких тренировок (балансотерапии) показал высокую клиническую эффективность. Больные восстанавливают возможность самостоятельно сохранять равновесие в основной стойке и при ходьбе. Отмечается уменьшение показателей площади опоры и колебаний общего центра давления в сагитальной и фронтальной плоскостях после курса лечения в среднем на 35%.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Т. Н. Шагохина

ГБУЗ СО «Гольяйттинская городская клиническая больница 5»

В современном мире инсульт является важнейшей медико-социальной проблемой и занимает ведущее место в структуре смертности, инвалидизации и снижения социальной активности наиболее работоспособной части населения.

Национальная ассоциация по борьбе с инсультом указывает на необходимость формирования единой противоинсультной программы, основанной на системном подходе. Среди выживших после перенесенного инсульта наиболее частым клиническим проявлением является гемипарез в сочетании с нарушениями внешних корковых функций.

Цели реабилитации: ранняя двигательная активизация; предупреждение развития мышечных контрактур и спастичности; восстановление движения в паретических конечностях; профилактика повторных инсультов.

Основные принципы успешной реабилитации – это раннее начало. Реабилитация начинается с момента госпитализации пациента в неврологическое отделение с острым нарушением мозгового кровообращения ГБУЗ СО ТГКБ №5, основанная на мультидисциплинарном подходе, в состав которой вхожу и я – врач-физиотерапевт.

В нашем отделении ОВЛ и физиотерапии было пролечено 670 пациентов. Сразу же после нормализации основных жизненных параметров, наряду с медикаментозным лечением начинаем проведение кинезотерапии, основными элементами которой являются лечение положением, пассивные и в дальнейшем активные движения, дыхательная гимнастика. Упражнения проводятся в положении лежа. Раннее применение лечения положением с использованием специальных приспособлений (ортезов, валиков) применяются для профилактики развития контрактур, болевых синдромов. Правильная укладка больного способствует снижению мышечной спастичности, восстановлению нарушений чувствительности. Положение пациента меняются каждые 1,5–2,5 часа.

Проведение ранней вертикализации проводятся в активном и пассивном режимах. С целью кардиотренировки проводятся инструктором ЛФК пассивная гимнастика в медленном темпе и представляет собой пассивные движения в суставах паретических конечностях. Это способствует профилактики развитию тромбозов глубоких вен, правильному распределению мышечного тонуса. В острый период заболевания также проводится работа и по восстановлению бытовых навыков (эрготерапия).

Проведение массажа парализованных и здоровых конечностей начинаем на 4–7 день после начала заболевания. В комплексном лечении больных с ОНМК приносят свою положительную роль методы физиотерапевтического лечения. Проводится электростимуляция антагонистов спастичных мышц, при повышении мышечного тонуса в паретических конечностях назначается магнитотерапия на верхние и нижние конечности.

В остром периоде ишемического инсульта применяется гипербарическая оксигенация. Для улучшения микроциркуляции головного мозга проводился электрофорез 1% раствора никотиновой кислоты, эндоназально.

У больных с нарушениями мозгового кровообращения я различного генеза мы используем разработанные методики лазеротерапии: рефлекторное воздействие на рефлексогенные зоны; местное воздействие на сосудисто-нервные пучки; болевые зоны.

У большинства больных уменьшаются головные боли, головокружения, тревожность, нормализовалось артериальное давление. Возрастают – объем движений, сила, чувствительность в конечностях при гемипарезах.

Широко применяется БЕМЕР-терапия (биоэлектромагнитная регуляция). Нейротропное действие магнитного поля характеризуется отчетливым седативным обезболивающим, регенераторным действием.

Таким образом, из 670 больных, перенесших мозговой инсульт и начавших лечение в остром периоде заболевания у 88% восстановились функции движения, регрессировал гемипарез, больные стали частично (52%) или полностью (36%) обслуживать себя самостоятельно, что повышает качество жизни пациента. Отмечается стойкая положительная динамика в виде уменьшения неврологического дефицита, увеличение двигательной активности, восстановление бытовых навыков, стабилизация фона настроения.

Итак, раннее начало реабилитации с ОНМК является необходимым звеном в системе оказания стационарной помощи больным, основанном на мультидисциплинарном подходе. Физиотерапевтические процедуры позволяют ускорить процесс выздоровления.

ВАРИАНТ МЕХАНОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРЕЗАМИ ЛЕГКОЙ И УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ

И. П. Ястребцева, А. С. Иванова, В. В. Белова, Е. А. Баклушина
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Двигательные нарушения (паралич/парез) относятся к одним из наиболее распространенных симптомов инсульта и могут существенным образом нарушать повседневную активность пациентов вплоть до полной социальной дезадаптации. Лишь четверти больных, перенесших инсульт, удается вернуться к нормальной повседневной жизни. Наиболее значимых улучшений следует ожидать в течение первых 3 месяцев после инсульта. Тем не менее, около 35% пациентов утрачивают навыки, необходимые для нормальной повседневной жизни, а еще 20–25% – возможность ходить. Таким образом, инсульт является одной из наиболее частых причин инвалидизации, что влечет за собой огромные финансовые затраты на оказание медицинских услуг и социальную поддержку.

Цель работы – оценить результативность малонагрузочного тренинга на реабилитационном комплексе PRIMUS RS у пациентов с центральным парезом легкой и умеренной степени выраженности при инсульте головного мозга.

Обследовано 27 человек в раннем восстановительном периоде инсульта головного мозга с парезом легкой и умеренной степени выраженности. Основную группу составили 14 человек в возрасте 44–65 лет (средний возраст – $59,1 \pm 3,7$ года), из них по 7 – с легким и умеренным парезом. В группу сравнения вошли 13 человек 46–72 (средний возраст – $58 \pm 7,4$ года), из них 6 человек с легким парезом и 7 – с умеренным. Проводилось клиническое неврологическое обследование пациентов, с оценкой повреждённых функций, показателей активности и участия согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001). На универсальном комплексе для функциональной оценки, диагностики и реабилитации опорно-двигательного аппарата Primus RS (BTE Technologies, Inc. США) определялась сила мышечных групп (изометрический тест), работа и время работы мышц паретичной верхней конечности, отражающие выносливость, а также амплитуда движений в суставах руки (изотонический тест). Использовались насадки для осуществления флексии и экстензии в лучезапястном, локтевом и плечевом суставах. Тестирование проводилось дважды – в начале и в конце курса реабилитации в клинике ГБОУ ВПО ИвГМА. Пациентам основной группы проводился малонагрузочный тренинг на реабилитационном комплексе Primus RS. В качестве нагрузки для тренинга было взято 5% от величины максимальной силы, полученной при выполнении изометрического теста.

При проведении малонагрузочного тренинга у пациентов основной группы отмечалось увеличение силы мышц пораженной конечности. У пациентов с легким парезом определялась сила мышц запястья до тренинга – $58,2 \pm 16,8$ Н, после – $62,6 \pm 16,5$ Н, сила мышц плеча до тренинга – $57,9 \pm 23,9$ Н, после – $70,4 \pm 25,1$ Н, сила мышц локтя до тренинга – $86,9 \pm 33,7$ Н, после – $93,2 \pm 32,3$ Н. Больные с умеренным парезом: сила мышц запястья до тренинга – $23,3 \pm 13,5$ Н, после – $34,4 \pm 21,4$ Н, сила мышц плеча до тренинга – $32,5 \pm 18,7$ Н, после – $47,6 \pm 23,3$ Н, сила мышц локтя до тренинга – $47,7 \pm 21,9$ Н, после – $56,1 \pm 20,6$ Н). У пациентов группы сравнения отмечалось незначительное снижение мышечной силы в дистальных отделах, и отсутствие существенных изменений – в проксимальных отделах. При оценке показателя работы по результатам изотонического теста отмечалась положительная динамика у всех пациентов основной группы (группа с легким парезом: работа мышц запястья до тренинга – $133,5 \pm 71$ Дж, после – $154,7 \pm 105,9$ Дж, работа мышц локтя до тренинга – $607 \pm 468,5$ Дж, после – $805,2 \pm 557,1$ Дж, работа мышц плеча до тренинга – $604,4 \pm 540,8$ Дж, после – $1238,2 \pm 984,6$ Дж. Пациенты с умеренным парезом: работа мышц запястья до тренинга – $3,2 \pm 2,6$ Дж, после – $13,2 \pm 8,75$ Дж, работа мышц локтя до тренинга – $93,1 \pm 60,4$ Дж, после – $107,8 \pm 59,2$ Дж, работа мышц плеча до тренинга – $32,7 \pm 31,11$ Дж, после – $85,7 \pm 64,1$ Дж). У пациентов группы

сравнения отмечалось снижение данного показателя в локтевом и лучезапястном суставах. У пациентов группы сравнения отмечалось снижение данного показателя в локтевом и лучезапястном суставах. Объем движений в суставах увеличился у всех пациентов основной группы (группа с легким парезом: до тренинга – $13833,8 \pm 11391,2^\circ$, после – $16129,5 \pm 15763,9^\circ$, объем движений в локтевом суставе до тренинга – $12099,4 \pm 8736,8^\circ$, после – $20401,7 \pm 18436,1^\circ$, объем движений в плечевом суставе до тренинга – $8066,5 \pm 5621,7^\circ$, после – $13065 \pm 8586,5^\circ$. Пациенты с умеренным парезом: объем движений в запястном суставе до тренинга – $1660,4 \pm 2137,8^\circ$, после – $2118 \pm 1926,8^\circ$, объем движений в локтевом суставе до тренинга – $10701,2 \pm 6541,7^\circ$, после – $14358,5 \pm 8824,6^\circ$, объем движений в плечевом суставе до тренинга – $3501,1 \pm 2263,8^\circ$, после – $8118,2 \pm 5330,8^\circ$). Показатель объема движений у пациентов группы сравнения снизился в локтевом суставе и не претерпел существенных изменений – в лучезапястном. У пациентов основной группы отмечалась положительная динамика показателей МКФ (пациенты с легким парезом: сила проксимальных отделов поражённой руки (b730) до тренинга $1,14 \pm 0,24$ баллов, после тренинга $0,57 \pm 0,48$; сила дистальных отделов руки (b730) – до тренинга $1,14 \pm 0,24$, после – $0,85 \pm 0,24$ баллов. Пациенты с умеренным парезом: сила проксимальных отделов поражённой руки (b730) до тренинга – 2 ± 0 баллов, после – $1,57 \pm 0,48$; сила дистальных отделов руки (b730) – до тренинга $1,85 \pm 0,24$, после – $1,28 \pm 0,4$ балла). Следует отметить, что показатели мышечной спастичности руки (b 735) у этих больных регрессировали статистически значимо, в отличие от лиц группы сравнения.

Итак, при проведении малонагрузочного тренинга у пациентов с центральным парезом легкой и умеренной степени выраженности при инсульте головного мозга, отмечается тенденция к возрастанию силы и выносливости мышц пораженных конечностей, увеличению объема движений в суставах, а также уменьшению спастичности. Степень снижения пирамидного гипертонауса не зависит от выраженности двигательных расстройств.

ДИНАМИКА ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ

**И. П. Ястребцева, Е. А. Баклушина, В. В. Белова,
С. В. Блеклов, А. С. Иванова**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Частота инсульта варьирует в различных регионах России от 460 до 560 случаев на 100 тысяч человек. Разработка новых методов реабилитации

пациентов, перенесших инсульт, необходима для восстановления утраченной функции, навыков самообслуживания, утраченной работоспособности и улучшения качества жизни. Детализация методики современных реабилитационных течений остается актуальной проблемой.

Цель – изучить динамику двигательных расстройств у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, проходящих реабилитацию с применением метода электромиостимуляции.

Проведено пилотное исследование на базе клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. Обследованы пациенты с легким и умеренным гемипарезом в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Пациенты получают лечение согласно стандартам оказания помощи этому контингенту больных. Исследование проводится дважды за курс реабилитации: при поступлении и при выписке из клиники. Осуществлялось клиническое неврологическое обследование с оценкой структурных, функциональных нарушений, возможностей бытовой и социальной адаптации больных по Международной классификации функционального ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001). Объективизация силы, показателей работы и выносливости мышечных групп парализованных конечностей осуществляется на реабилитационном комплексе Primus RS (BTE Technologies, Inc. США). Определение амплитудного ответа мышц проводится с помощью электромиографа «Нейро-МВП» ООО Нейрософт (Россия). Электромиостимуляция проводится на терапевтическом тренажере для лечения опорно-двигательного аппарата «Система RT 300» ООО Нейрософт Россия. Курс стимуляционного воздействия состоит из 10 сеансов воздействия на следующие мышцы: верхняя конечность (*m. triceps brachii*, *m. extensor carpi ulnaris radialis*); нижняя конечность (*m. vastus lateralis*, *m. tibialis anterior*).

Практически каждый пациент отмечал положительные эффект, полученный за курс реабилитации и проявляющийся в увеличении подвижности конечностей, появлении способности к самостоятельному передвижению без опоры на трость, улучшении навыков самообслуживания (начал удерживать бытовые предметы в левой руке, может самостоятельно одеться).

Отмечена тенденция к повышению мышечной силы в парализованных конечностях при обследовании традиционным ручным способом. Данная динамика отразилась в увеличении балла по соответствующему пункту МКФ, в повышении силы и выносливости мышц по данным комплекса Primus, в возрастании амплитуды колебания электромиограммы. Для иллюстрации полученных данных приведем наглядный клинический пример. Пациент Т. А. Ю., 56 лет, поступил на курс реабилитации с диагнозом: «Ишемический инсульт в бассейне правой среднемозговой артерии (атеротромботический вариант) от 19.05.2014, ранний восстановительный период.

Стенозирующий атеросклероз церебральных артерий. Оклюзия правой внутренней сонной артерии (стентирование правой внутренней сонной артерии от 27.05.14 г.) Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4. Хроническая сердечная недостаточность I. Функциональный класс I. Легкий центральный левосторонний гемипарез. Легкая гемигипестезия справа. Легкий вестибуло-атактический синдром». При измерении ручным способом мышечной силы в левых паретичных конечностях у поступившего на курс реабилитации пациента было определено 4 балла, при его выписке – 5 баллов. По МКФ функции сердечно-сосудистой, системы крови и дыхательной системы (b4) за счет пункта артериальное давление (b420), общие метаболические функции (b540) при поступлении и при выписке оценивались в 1 балл. При рассмотрении двигательных функций: сила мышц проксимальных и дистальных отделов конечностей (b730) при обоих измерениях соответствовали 1 баллу, вестибулярные функции при поступлении (b235) – 2 балла, при выписке – 1 балл. Речевые функции: нарушения экспрессивной речи (b167), общение (d3) и концентрация внимания (d160) при поступлении оценивались в 1 балл, при выписке – 0 баллов. При оценке ограничений активности и участия, активность по пункту «мобильность» (d4) изменялась с 2 до 1 балла, участие – с 1 до 0; «ходьба» (d450) с 2 до 1 балла и с 1 до 0 соответственно. По остальным пунктам МКФ результаты отражали вариант возрастной нормы. При измерении на аппарате Primus отмечено увеличение силы сгибания в левом локтевом суставе с 132,9 до 149,3 Н. При этом, при поступлении сгибание правой верхней конечности было на 3,5% больше, чем левой, при выписке оно стало на 0,8% меньше, чем сгибание левой верхней конечности. По результатам электромиографии наблюдалось увеличение амплитуды ответа с *m. triceps brachii* с 1177,8 мкВ до 1685,9 мкВ, с *m. extensor carpi ulnaris radialis* – с 406 до 845,3 мкВ, что отражает прирост на 30 и 52% соответственно. Также наблюдается нарастание амплитуды ответов с *m. vastus lateralis* с 336,4 до 687,6 мкВ, *m. tibialis anterior* с 679,7 до 1162,6 мкВ, что отражает прирост на 51 и 42% соответственно.

Как видим, применение метода электромиостимуляции способствует некоторому регрессу двигательных расстройств у пациентов с центральным парезом в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, что отражается, прежде всего, в улучшении способности к социально-бытовой адаптации больных. Результаты ЭМГ позволяют регистрировать позитивную динамику нарастания амплитуды сокращения паретичных мышц.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ТРЕНИНГ ПОСТУРАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**И. П. Ястребцева, В. В. Пирогова,
Н. Е. Александрійская, Е. А. Бочкова**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Одной из актуальнейших проблем современной неврологии остаётся цереброваскулярная патология. Прогрессирование сосудистого церебрального процесса сопровождается развитием стойкой неврологической симптоматики, которая часто проявляется головокружением, пошатыванием, постуральной неустойчивостью. В начале заболевания эти расстройства у больных не вызывают серьезных проблем, однако по мере прогрессирования заболевания их инвалидизирующее влияние неуклонно возрастает. В этой связи восстановление выявленных нарушений является важной задачей физической реабилитации неврологических больных.

Целью данного исследования явилась оценка результативности курса дифференцированной тренировки постуральных функций у пациентов с хронической ишемией мозга II Б стадии.

Обследовано 65 пациентов в возрасте 45-91 год (средний $62,09 \pm 9,18$): 43 (66,0%) женщины и 22 (34,0%) мужчины с хронической ишемией мозга II Б стадии. Критериями исключения стали дрожательные проявления синдрома паркинсонизма, парезы, нарушения речи, онкологические, инфекционные поражения центральной нервной системы, черепно-мозговая травма. Больные были разделены на две группы. Основную составили 30 пациентов, в комплексную терапию которых, помимо стандартного лечения, были включены дифференцированные тренировки на платформе «Стабилан-01-2» с применением компьютерных стабилографических игр (11 мужчин, составивших 36,7% и 19 женщин, 63,3%). В контрольную группу вошло 35 больных, получавших лечение согласно стандартам оказания помощи, из них 11 (31,43%) мужчин и 24 (68,57%) женщины. Пациенты наблюдались в 2 этапа на протяжении курса лечения: I – при поступлении, II – в конце двухнедельного курса лечения в клинике ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. Проводилось клиническое неврологическое обследование, тестирование состояния постуральных функций на основании тестов Bohannon и Tinetti, стабилометрия с использованием компьютерного стабилизатора «Стабилан-01-2» с биологической обратной связью при спокойном стоянии с установкой стоп пациента в промежуточном стандарте с открытыми и закрытыми глазами пациента (тест Ромберга). Статистическая обработка материала выполнялась с применением критериев МакНемара χ^2 и t-теста

для сравнения двух зависимых выборок. Различия считались статистически достоверными на уровне значимости $p < 0,05$.

У пациентов обеих групп статические нарушения постурального баланса, согласно тесту Bohannon, соответствовали возрастной норме и составили $4,50 \pm 0,63$ балла у пациентов 1-й группы и $4,53 \pm 0,51$ – 2-й, а динамические, согласно тесту Tinetti, имели умеренную степень выраженности: $30,40 \pm 3,98$ и $30,67 \pm 3,81$ балла соответственно. В конце двухнедельного курса лечения в клинике у пациентов обеих групп показатели обоих компонентов постурального баланса улучшились, значимое увеличение баллов отмечалось у пациентов, которым проводились дифференцированные тренировки (среднегрупповое значение балла по тесту Bohannon у больных 1-й группы – $4,96 \pm 0,76$, Tinetti – $32,87 \pm 3,97$, $p < 0,05$ при сопоставлении показателей 1-й группы до и после лечения по критерию хи-квадрат Мак-Немара; соответственно во 2-й группе – $4,80 \pm 0,84$ и $31,90 \pm 3,81$ балла, $p > 0,05$ при сопоставлении показателей 2-й группы до и после лечения). У пациентов показатели статокинезиограммы, по результатам теста Ромберга на компьютерном стабилизаторе «Стабилан-01-2», при поступлении превышали должные средневозрастные при стоянии с открытыми глазами: разброс по фронтали (пациентов 1-й группы – $2,30 \pm 1,41$ мм; 2-й – $1,68 \pm 0,79$ мм), разброс по сагиттали (пациентов 1-й группы – $3,16 \pm 1,06$ мм; 2-й – $3,67 \pm 1,12$ мм), средний разброс (пациентов 1-й группы – $4,21 \pm 2,13$ мм; 2-й – $3,52 \pm 1,02$ мм), средняя скорость перемещения ЦД (пациентов 1-й группы – $8,82 \pm 3,23$ мм/с; 2-й – $7,67 \pm 0,89$ мм/с), скорость изменения площади статокинезиограммы (пациентов 1-й группы – $10,25 \pm 6,98$ мм²/с; 2-й – $8,15 \pm 4,98$ мм²/с), индекс скорости (пациентов 1-й группы – $5,53 \pm 2,06$; 2-й – $4,75 \pm 0,57$), длина в зависимости от площади (пациентов 1-й группы – $1,91 \pm 0,93$; 2-й – $1,71 \pm 0,79$). Отметим, что нарушения равновесия существенно нарастали при закрытых глазах: разброс по фронтали (пациентов 1-й группы – $3,95 \pm 2,38$ мм; 2-й – $2,83 \pm 1,82$ мм), разброс по сагиттали (пациентов 1-й группы – $6,83 \pm 3,31$ мм; 2-й – $6,28 \pm 1,67$ мм), средний разброс (пациентов 1-й группы – $6,80 \pm 3,11$ мм; 2-й – $5,98 \pm 1,90$ мм), средняя скорость перемещения ЦД (пациентов 1-й группы – $20,68 \pm 15,28$ мм/с; 2-й – $13,18 \pm 2,71$ мм/с), скорость изменения площади статокинезиограммы (пациентов 1-й группы – $49,37 \pm 62,01$ мм²/с; 2-й – $22,33 \pm 10,78$ мм²/с), индекс скорости (пациентов 1-й группы – $12,70 \pm 9,52$; 2-й – $8,15 \pm 1,75$), длина в зависимости от площади (1-й группы – $1,18 \pm 0,69$; 2-й – $0,89 \pm 0,44$). На фоне проводимых пациентам реабилитационных мероприятий клинически отмечался регресс проявлений нарушенного равновесия, при стабилметрическом обследовании регистрировалась положительная динамика показателей, однако, значимо улучшились средний разброс ($3,49 \pm 1,35$ мм, $p < 0,05$

при сопоставлении показателей пациентов до и после тренинга по t-тесту для двух зависимых выборок) и длина стаатокинезиграмм ($1,68 \pm 1,02$, $p < 0,05$) у больных после дифференцированных тренировок и преимущественно при открытых глазах, что подчеркивает компенсаторную значимость зрительного контроля у пациентов с нарушениями равновесия. Уменьшение обоих показателей свидетельствует об увеличении устойчивости пациентов.

Курс дифференцированной тренировки постуральных функций у пациентов с хронической ишемией мозга ИБ стадии оказывает позитивное влияние на статические и динамические показатели равновесия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОТЕНАЖЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**И. П. Ястребцева, О. В. Исаева, Е. А. Володеева,
В. В. Белова, А. Е. Баклушин, Н. Е. Александрийская,
Е. А. Бочкова, С. В. Вялкова, С. В. Блеклов**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Церебральный инсульт остается одной из наиболее частых причин инвалидизации населения. С целью улучшения функциональной активности кардиореспираторной системы, обеспечения адекватных вегетативных реакций проводятся тренировки с применением специального оборудования. Оценка их эффективности остается актуальной проблемой.

Целью данного исследования явилась оценка результативности современных методов кардиотренинга с использованием тренажеров с биологически обратной связью: кардиомед700, MOTomed, Thera trainer (-live, -vital, -fit plus, Германия).

На базе неврологического отделения клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России обследовано 65 пациентов в возрасте 37–76 лет (средний возраст $61,62 \pm 9,19$ лет), из них 27 (41,5%) мужчин и 38 (58,5%) женщин. Изначально все пациенты были разделены на 2 группы: группа А – проходившие кардиотренинг – 54 (83,1%) человека и группа В – не проходившие – 11 (16,9%) больных. В группу А вошли 24 (44,4%) человека, получавших в реабилитационном комплексе кардиотренинг на тренажере Thera trainer и составивших 1-ю группу изучения; 19 (35,2%) больных, проходивших занятия на тренажере кардиомед700 и создавших 2-ю группу; 11 (20,4%) пациентов, занимавшихся на MOTomed и сформировавших 3-ю группу изучения. Все пациенты получали только один вид кардиотренинга. Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась на основании Международной

классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, результатов ультразвуковой доплерографии (оценивался показатель венозного оттока в прямой синус). Рассматривались пункты основных частей данной классификации: «Повреждения функций организма», «Ограничения активности и участия». Статистическая обработка осуществлялась с применением программ Microsoft Excel и StatSoft Statistica v6.0 rus, рассчитывались показатели χ^2 Пирсона и критерий достоверности p .

Полученные результаты. У пациентов 1-й и 2-й групп улучшались показатели артериального давления (b420, χ^2 Пирсона составил 35,2615, $p < 0,001$), функции сердца (b410, χ^2 Пирсона = 21,3112, $p < 0,001$), мышечной силы верхней (b730, χ^2 Пирсона = 96,0000, $p < 0,001$) и нижней конечности (b730, χ^2 Пирсона = 72,0000, $p < 0,001$), спастичности мышц руки (b735, χ^2 Пирсона = 30,5000, $p < 0,001$) и ноги (b735, χ^2 Пирсона = 29,2987, $p < 0,001$), активности (χ^2 Пирсона = 51,6431, $p < 0,001$) и участия (χ^2 Пирсона = 37,0909, $p < 0,001$) при осуществлении функции мобильности (d4). У пациентов 3-й группы статистически значимо улучшались показатели функции сердца (b410, χ^2 Пирсона составил 16,6859, $p < 0,001$), мышечной силы верхней (b730, χ^2 Пирсона = 38,0000, $p < 0,001$) и проксимального отдела нижней конечности (b730, χ^2 Пирсона = 13,3594, $p < 0,001$), спастичности мышц руки (b735, χ^2 Пирсона = 19,0000, $p < 0,001$) и ноги (b735, χ^2 Пирсона = 19,0000, $p < 0,001$). Однако в 1-й группе также достоверно улучшался венозный отток по данным ультразвуковой доплерографии (χ^2 Пирсона составил 11,0000, $p < 0,001$), а во 2-й и 3-й – разница статистически недостоверна. Возможно, данные результаты связаны с небольшим объёмом выборки. Кроме того, при тренинге на тренажерах серии Thera trainer одновременно включается в работу большое количество мышечных групп. В тоже время известно, что сокращение мышц является важнейшим фактором, влияющим на венозный отток. При сравнении групп А и В также отмечалось улучшение указанных показателей в обеих группах, однако, в группе А выявлено выраженное улучшение исследуемых функций ($p < 0,001$).

Таким образом, у пациентов с ишемическим инсультом, получавших в комплексе реабилитационных мероприятий кардиотренинг на специальном оборудовании, улучшались показатели функции сердца и артериального давления, мобильности по активности и участию, мышечной спастичности, мышечной силы верхней и нижней конечности.

III. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В КАРДИОЛОГИИ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ПРОХОДЯЩИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ В УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

М. В. Александров, С. Е. Ушакова, Н. В. Будникова, А. С. Пайкова
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Современная фармакотерапия пациентов, перенесших инфаркт миокарда, улучшает течение ишемической болезни сердца и снижает риск повторных сердечно-сосудистых катастроф.

Целью исследования было оценить медикаментозную терапию, проводимую пациентам, перенесшим инфаркт миокарда и проходящим реабилитацию в условиях территориальной поликлиники.

Обследовано 80 пациентов поликлиник г. Иваново, в возрасте от 40 до 89 лет (средний возраст – $71 \pm 4,7$ года). Мужчины составили 52,5% группы, женщины – 47,5%. Данная группа была отобрана из числа лиц, перенесших инфаркт миокарда, реабилитация которых проводилась в условиях территориальной поликлиники. Они не имели возможности посещать специализированные кардиологические учреждения города в связи с тяжелой сопутствующей патологией, выраженной сердечной и коронарной недостаточностью. Стенокардия была диагностирована у 33 пациентов (41,25%), хроническая сердечная недостаточность – у 41 больного (51,25%), артериальная гипертония – у 44 больных (55%), нарушения ритма были выявлены у 4 больных (5%).

Пациенты получали массивную фармакотерапию по поводу основного заболевания и сопутствующей патологии. Так, четыре препарата получали 37,5% пациентов, пять препаратов – 47,5%, шесть и более препаратов – 15% больных.

При анализе фармакотерапии, направленной на снижение риска повторных сердечно-сосудистых катастроф, отмечено, что дезагреганты получали 42 пациента (52,5% от общего числа больных): различные препараты ацетилсалициловой кислоты – 23,81% от числа получавших дезагреганты, клопидогрель – 4,76%, сочетание ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем – 71,43%.

Статины также были рекомендованы 42 пациентам (52,5% от общего количества больных): из них аторвастатин применялся в 85,7% случаев, розувастатин – в 14,3%.

Бета-адреноблокаторы получал 41 больной (51,25% от общего количества больных, 93,93% от числа больных стенокардией, 95,12% от числа пациентов с хронической сердечной недостаточностью, 93,18% больных с артериальной гипертонией, 50% больных с нарушениями ритма). Из числа пациентов, применявших бета-адреноблокаторы, бисопролол получали 65,85%, метопролола-сукцинат – 24,39%, карведилол получали 9,76%. Одна больная получала комбинацию карведилола с ивабрадином.

Комплексе, сочетающий ацетилсалициловую кислоту с клопидогрелем, статинами и бета-адреноблокаторами, получали 30 человек (37,5% от общего количества пациентов). Нитраты получали 5 пациентов (6,25% от общего числа пациентов, 15,15% от числа имевших диагноз стенокардии). Цитопротекторы (триметазидин) получал один больной (1,25 %).

Ингибиторы АПФ были назначены 32 пациентам (40% от общего числа больных, 93,87 % от числа пациентов, имевших диагноз хронической сердечной недостаточности, 72,73% больных с артериальной гипертонией). Рамиприл применялся в 56,25% случаев, периндоприл в 42,5% случаев, зофеноприл – в 1,25%. Блокаторы рецепторов к ангиотензину получали 8 пациентов (10% от общего числа больных, 4,88% от числа пациентов с хронической сердечной недостаточностью, 18,18% больных с артериальной гипертонией), основным препаратом был лозартан. Таким образом, практически все пациенты (98,75%), имевшие хроническую сердечную недостаточность, получали ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину, причем выбор препаратов соответствовал рекомендациям для пациентов с ишемической болезнью сердца.

Тиазидные и петлевые диуретики назначались 6 пациентам (7,5% от общего числа больных, 12,19% от числа пациентов с хронической сердечной недостаточностью, 13,64% больных артериальной гипертонией). Фуросемид применялся в 33,33% случаев, гипотиазид – в 16,67% случаев, торасемид – 50%. Спиринолактон был назначен 7 пациентам (8,75% от общего числа больных, 14,63% больных с хронической сердечной недостаточностью). Часть пациентов (12,19% от числа пациентов с хронической сердечной недостаточностью), которым тиазидные и петлевые диуретики были показаны (IIA и IIB стадии сердечной недостаточности) не получали данную терапию. Кроме того, были выявлены недостаточные дозировки диуретиков и нерациональные схемы их приема: одному больному дана рекомендация принимать торасемид по 5 мг через день, другому – с хронической сердечной недостаточностью IIB стадией была назначена терапия спинолактоном в суточной дозе 25 мг.

Таким образом, при выборе фармакотерапии врачи территориальных поликлиник следовали Российским и международным рекомендациям по ле-

чению больных стенокардией и хронической сердечной недостаточностью, перенёсших инфаркт миокарда. Полный комплекс фармакотерапии и оптимальные дозировки лекарственных средств, необходимые для достижения целевых значений артериального давления, частоты сердечных сокращений, холестерина и т.д., не были назначены вследствие противопоказаний из-за множественной сопутствующей патологии.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ОСНОВЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

**А. В. Бурсиков, Н. М. Ткаченко, И. И. Козырева,
Л. Н. Бирцева, Е. Ш. Валиуллина, О. В. Петрова**

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «1 городская клиническая больница» г. Иваново,

ОБУЗ «Городская клиническая больница 7» г. Иваново

Оценка эффективности лечения артериальной гипертонии (АГ) обычно основана на оценке значений артериального давления (АД) в состоянии покоя, регресса степени выраженности гипертрофии левого желудочка и поражения других органов-мишеней, динамике показателей, характеризующих качество жизни пациентов.

Однако уровень АД в покое не отражает состояние механизмов регуляции АД и не позволяет прогнозировать характер прессорных реакций в условиях активной жизнедеятельности, а также уровень АД при физических и эмоциональных нагрузках, которые составляют существенную часть жизнедеятельности человека в производственных условиях, что особенно важно для у пациентов, работа которых связана с физической нагрузкой. Прогнозировать это позволяет проведение пробы с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре. Пробы с физической нагрузкой широко применяются для диагностики и оценки эффективности лечения больных ИБС. Для оценки эффективности лечения АГ применение нагрузочных проб не разработано.

Цель работы – оценить особенности гемодинамических и эргометрических показателей при стандартизированной физической нагрузке у пациентов с АГ при достижении целевого уровня АД.

36 мужчинам с АГ 1 степени в дополнение к общепринятым при АГ методам исследования до начала и через 5–6 недель после назначения гипотензивного лечения была проведена проба с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре. Клиническая характеристика пациентов: возраст – 26–52 года, курящие – 54%, длительность выявления АГ – $2,1 \pm 1,7$ года,

среднее офисное АД до лечения – $146,2/92,2 \pm 4,5/2,6$ мм рт. ст. В качестве гипотензивной терапии использованы ингибиторы АПФ, в-адреноблокаторы и их комбинация. Все пациенты достигли целевого уровня АД. Среднее офисное АД на фоне проводимого лечения составило $126,1/84,3 \pm 5,4/3,0$ мм рт. ст.

Проба с дозированной физической нагрузкой проведена на велоэргометре «Ритм», с соблюдением общепринятых мер безопасности. Исследование осуществлялось по непрерывно возрастающей ступенчатой методике – начиная с нагрузки 50 Вт с увеличением на 25 Вт каждые 3 минуты до достижения мощности нагрузки 100 Вт, что соответствует энергозатратам в 5 метаболических единиц и адекватно большинству обыденных физических нагрузок. Значения САД, ДАД и ЧСС (по ЭКГ) регистрировались в исходном состоянии, на 3-ей минуте каждой ступени нагрузки, а также на 1, 4, 7-й минутах отдыха.

В качестве критериев адекватности изменений основных гемодинамических показателей на дозированную физическую нагрузку при вычислении значений САД, ДАД, двойного произведения (ДП) взяты значения, отстоящие на 1 среднее квадратическое отклонение (σ) от средних значений показателей 25 здоровых мужчин сопоставимого возраста ($M + \sigma$): ЧСС 144,8 уд./мин, САД 177,3 мм рт. ст., ДАД 82,6 мм рт. ст., ДП 245,7 усл. ед.

До лечения при нагрузке в 100 Вт средние значения в группе пациентов с АГ составили: ЧСС $149,4 \pm 5,1$ уд./мин, САД – $218,3 \pm 5,4$ мм рт. ст. ДАД – $99,1 \pm 3,8$ мм рт. ст., ДП – $326,1 \pm 11,6$ усл. ед., что существенно отличалось от показателей здоровых лиц.

На фоне проводимого лечения и достижения целевого уровня АД при нагрузке мощностью в 100 Вт имели место существенные отличия: средние значения составили: ЧСС – $138,5 \pm 5,5$ ($p > 0,05$), САД – $182,8 \pm 16,7$ ($p < 0,05$), ДАД – $80,7 \pm 3,5$ ($p < 0,01$), ДП – $255,3 \pm 8,6$ ($p < 0,001$), при этом все показатели за исключением величины ДП находились в пределах, характерных для здоровых лиц. ДП линейно связано с напряжением, которое развивает миокард в систолу и коррелирует с потреблением кислорода самим миокардом, так как последний может работать лишь в условиях адекватного кислородного обеспечения (Robinson B., 1967). Однако, у 6 пациентов, получавших монотерапию ингибиторами АПФ, несмотря на достижение целевого уровня АД, нормализации гемодинамических показателей при нагрузке не произошло. Полученные данные свидетельствуют, что несмотря на достижение целевого уровня АД, у пациентов с АГ при бытовых и производственных нагрузках, адекватных энергозатратам в 100 Вт сохраняется чрезмерное потребление кислорода самим миокардом, превышающее метаболические потребности миокарда здорового человека при аналогичных

нагрузках, что, возможно, объясняется имеющим место remodelированием миокарда и сосудистой системы, а достижению целевого уровня АД не всегда соответствует нормализации гемодинамических и эргометрических показателей в условиях бытовых физических нагрузок.

Достижению целевого уровня АД не всегда соответствует нормализация гемодинамических и эргометрических показателей при стандартизированной по мощности физической нагрузке; проведение нагрузочного тестирования на фоне проводимого лечения позволяет прогнозировать изменения гемодинамических показателей при обыденных физических нагрузках аналогичной мощности или метаболической стоимости, что следует учитывать при оценке эффективности лечения и рекомендациях по физической реабилитации.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

И. С. Головунина, Ф. Ю. Мухарлямов, М. Р. Макарова
ГБУЗ МНПЦ МРВ и СМ ДЗМ

Физическая реабилитация (ФР) является одним из важнейших факторов комплекса восстановительного лечения кардиологических больных. В настоящее время в практике ФР кардиологических больных все шире начинают использовать современные тренажеры.

Целью исследования явилась разработка программы ФР, снижение дозы лекарственных препаратов до минимально поддерживающих, развитие адаптивных возможностей организма с целью достижения максимально высокого качества уровня жизни у больных после аортокоронарного шунтирования (АКШ) и стентирования, и комплексная оценка состояния функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, её резервные возможности оценивались ЭКГ, объемной компрессионной осциллометрией (ОКО), спирозонометрией (СЭМ). В настоящем исследовании использовалась методика лечебной физической культуры (ЛФК), сочетающая нагрузки циклического и силового характера на тренажерах у больных после АКШ и стентирования.

Под наблюдением находилось 80 больных ИБС (40 мужчин, 40 женщин, средний возраст 55 лет) после операции АКШ и стентирования. Занятия проводились с помощью телеметрической системы, позволяющей мониторировать частоту сердечных сокращений, состояние сегмента ST ЭКГ во

время занятия на тренажерах, и дающей возможность инструктору и врачу видеть картину состояния сердечно-сосудистой системы конкретного больного, оценивать его функциональные возможности и контролировать безопасность выполняемых физических нагрузок.

Занятие начиналось с нагрузки на велоэргометре, величина которой определялась по результатам СЭМ. После восстановительного периода, пациенты приступали к работе на силовых тренажерах. Отягощение подбиралось индивидуально. Больные выполняли упражнения 12–16 раз в изотоническом изокинетическом режиме, в комфортном темпе без контроля за напряжением мышц при завершении движения. Значительного утомления при этом не наблюдалось. Завершалось занятие ходьбой по тредмилу в течение 5–15 мин, скорость – 3,0–5,5 км/ч, угол наклона 0–7°. При этом отмечался адекватный прирост пульса в среднем на 25% от исходного уровня. Всем пациентам до занятия, на высоте физических нагрузок и после тренировок проводилось измерение АД методом Короткова.

Полученные результаты показали высокую эффективность проведенной ФР. По результатам ОКО, применение тренировок на тренажерах повышает сократительную способность сердца на 9,5%, снижает систолическое и диастолическое АД на 23,1%. Результаты СЭМ показали повышение толерантности к физическим нагрузкам на 35,4%, а потребление кислорода на 20,5% ($p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем). При этом у 81% больных удалось снизить дозы поддерживающих медикаментозных препаратов. Переносимость нагрузок у всех больных была удовлетворительная.

Итак, применение методики ЛФК с применением тренажеров при использовании кардиомониторинга является высокоэффективным методом немедикаментозной терапии, позволяющим достоверно улучшить функциональное состояние больного, снизить факторы риска повторного развития острой сердечно-сосудистой патологии и существенно повысить качество жизни. В процессе ФР, основанной на современных методах диагностики и мониторингования состояния кардиореспираторной системы во время занятий на тренажерах отсутствовали осложнения при проведении индивидуально подобранных ступенчато возрастающих физических нагрузок у больных после операции АКШ и стентирования, и была достигнута высокая эффективность лечения.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ

**М. А. Громова, С. Е. Мясоедова, Н. В. Корягина,
Е. В. Торкашова, О. А. Рубцова**

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Ревматоидный артрит (РА) быстро приводит к снижению трудоспособности, инвалидности, а нередко и к уменьшению продолжительности жизни пациентов. Одним из характерных проявлений РА является хронический болевой синдром (ХБС). В настоящее время в лечении хронической боли при РА используются, главным образом, медикаментозные средства, что приводит к полипрагмазии и существенно удорожает лечение, в результате этого у большинства больных с РА не достигается адекватной коррекции боли. Кроме того, медикаментозное лечение боли сопряжено с высоким риском побочных реакций. Большинство немедикаментозных методов требуют специального оборудования, имеют высокую стоимость и недоступны широкому кругу пациентов.

Цель исследования – установить эффективность специального комплекса физических упражнений, применяемого в домашних условиях для коррекции хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных РА.

Наблюдались 54 пациента с достоверным РА (АКР, 1987) в возрасте $59,8 \pm 11,4$ года, большинство из них – женщины (95%), без сердечно-сосудистых и других тяжелых сопутствующих заболеваний. Средняя продолжительность РА – $7,7 \pm 7,8$ года. Серопозитивный вариант был у 69%, системные проявления – у 19%. Длительность утренней скованности в среднем составила 3 часа. У большинства наблюдалась –2 степень активности, I–II функциональный класс (ФК). У 98 % больных выявлен эрозивный артрит. Больные получали метотрексат в сочетании с селективными нестероидными противовоспалительными препаратами, 33,9 % больных получали глюкокортикостероиды. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группе ($n = 27$) дополнительно к стандартной терапии проводились занятия, включающие специальный комплекс физических упражнений для коррекции хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных РА; во 2 группе – пациенты получали только стандартную медикаментозную терапию. Групповые занятия проводились 3 раза в неделю в течение 2 недель и включали обучение больных для самостоятельных занятий

впоследствии в домашних условиях ежедневно 1–2 раза в день по 15 минут. Больные обследованы исходно и в динамике через 1 год. ХБС оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), опросникам Ван–Корфа (с оценкой класса и интенсивности хронической боли, уровнем социальной дезадаптации), Мак-Гилловскому болевому опроснику (с использованием визуальной ранговой шкалы (ВРШ)), DN4 (для оценки нейропатической боли). Выраженность тревоги и депрессии определялась по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), опроснику CES-D (Center of Epidemiological Studies of USA – Depression), шкале оценки депрессии Бека. Оценка состояния здоровья (ОСЗ) больным проводилась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Качество жизни, связанное со здоровьем, устанавливалось с помощью опросника SF-36, функциональный индекс (FDI) определяли по опроснику HAQ. Для оценки эффективности лечения РА через 1 год наблюдения использовали критерии EULAR. Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики, непараметрического, корреляционного анализа в программе STATISTICA 6.0.

Исходно пациенты 1 и 2 групп были сопоставимы по возрасту, активности РА, функциональному классу (HAQ), оценке влияния РА на общее состояние здоровья и получали сходную противовоспалительную терапию. Так же группы достоверно не различались по уровню тревоги и депрессии. Через 1 год наблюдения не отмечено достоверных изменений в эффективности лечения РА в обеих группах по критериям EULAR. Однако отмечены различия между группами по динамике ХБС. Через 1 год в группе 1 отмечалось уменьшение выраженности боли: снижение ВАШ ($p < 0,05$), ВРШ ($p < 0,05$), степени интенсивности боли по Ван-Корффу ($p < 0,05$), степени дезадаптации ($p < 0,05$), улучшился психический компонент здоровья по SF36 ($p < 0,05$). В группе 2 в динамике через год не было достоверных изменений выраженности болевого синдрома, качества жизни по SF36. Нейропатическая боль выявлялась исходно у 29,2% пациентов 1 группы и у 25% во 2 группе. В динамике частота выявления нейропатической боли в 1 группе не изменилась (28%), а во 2 группе увеличилась в 1,4 раза (34%). Достоверная динамика индексов депрессии за год в обеих группах отсутствовала. Однако, во 2 группе отмечена тенденция к увеличению CES-D и развитию легкой депрессии ($16,0 \pm 11,58$ и $18,96 \pm 10,56$ соотв.).

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности специального комплекса физических упражнений, применяемого в домашних условиях, для коррекции ХБС у больных РА с низкой и умеренной степенью активности. Предложенный комплекс позволяет также стабилизировать психо-эмоциональное состояние пациентов и улучшить качество жизни за счет психического компонента.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Ю. В. Довгалюк, И. Е. Мишина, С. Л. Архипова, А. С. Черняк
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Одной из ведущих причин развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) в России является ишемическая болезни сердца (ИБС). В настоящее время положительное влияние дозированных физических тренировок на прогноз больных ХСН не вызывает сомнения. Однако эффективность кардиореабилитации (КР) у больных ХСН с сохраненной и сниженной фракцией выброса требует дальнейшего изучения.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение эффективности второго этапа КР больных систолической и диастолической ХСН, перенесших острый коронарный синдром (ОКС).

На второй этап кардиореабилитации на базе клиники ИвГМА были направлены 120 пациентов после ОКС с ХСН (87 мужчин – 72,5% и 33 женщины – 27,5%), которые были разделены на две группы. В 1-ю группу включены 26 больных с систолической ХСН (фракция выброса менее 50%), во 2-ю – 94 пациента с диастолической ХСН. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту. Перед началом и после завершения курса КР оценивалась: частота сердечных сокращений (ЧСС), уровни систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), результаты теста шестиминутной ходьбы (ТШХ), нагрузочного тестирования, показатели качества жизни (опросник SF-36). Протокол физических нагрузок включал: классическую групповую ЛФК (20–30 минут), занятия на кардиотренажерах: ножной эргометр (30–50 Вт, 10 мин), тредмил (35–40 Вт, 10 мин), ручной эргометр (30–50 Вт, 10 мин), кроссовер (30–50 Вт, 10 мин), степпер (20–30 Вт, 10 мин); ходьбу по лестнице в темпе 1–2 шаг/с 3–5 подъема на 2–3-й этаж с интервалами в 5 минут; дозированную ходьбу (терренкур) 1–2 км в умеренном темпе (30–40 шаг/мин).

Среди больных с систолической ХСН по сравнению с пациентами, имеющими диастолическую ХСН, достоверно чаще встречались такие факторы риска как: курение (57,7 против 22,3%, $p < 0,001$), наличие сахарного диабета 2 типа (23,1 против 11,7%, $p < 0,001$). Показатели липидного спектра сыворотки крови в обеих группах исходно не различались. К моменту завершения курса КР целевых цифр ОХС и ЛПНП в 1-й группе достигли 88,5% пациентов, во 2-й группе – 75,5% ($p < 0,05$). При поступлении пациенты с систолической ХСН имели значимо более высокую ЧСС, чем больные с диа-

столической ХСН ($70,1 \pm 15,7$ уд./мин против $65,3 \pm 7,2$ уд./мин, $p = 0,03$) при незначительно различающихся уровнях САД. При выписке в 1-й группе средние цифры САД оказались достоверно ниже аналогичного показателя во 2-й группой ($115,6 \pm 27,2$ против $127,1 \pm 14,2$ мм рт. ст., $p = 0,01$).

До вхождения в программу пациенты 1-й и 2-й групп не различались по мощности и времени выполненной нагрузки, величине МЕТ. Однако пройденная дистанция по ТШХ оказалась меньше у больных с систолической ХСН (393 ± 79 против 447 ± 48 м, $p = 0,02$). К моменту окончания КР в обеих наблюдаемых группах существенно ($p < 0,001$) возросла мощность и продолжительность выполненной нагрузки, а также МЕТ. Пройденная дистанция по ТШХ у больных с систолической ХСН увеличилась с 393 ± 79 до 453 ± 92 м ($p = 0,03$), в то время как у пациентов с диастолической ХСН ее прирост не был статистически значимым (с 447 ± 48 до 478 ± 52 м).

Перед началом КР, в группе с диастолической ХСН 27,7% больных имели признаки клинически выраженной тревоги и депрессии, в то время как в группе с систолической ХСН подобных нарушений выявлено не было. В результате КР количество пациентов с диастолической ХСН, имеющих признаки клинически выраженной тревоги и депрессии, сократилось более чем вдвое (с 12 до 5%). Анализ показателей качества жизни (SF-36) выявил достоверное ($p < 0,05$) уменьшение выраженности болевого синдрома и, связанное с ним, ограничение повседневной деятельности в обеих наблюдаемых группах.

Таким образом, трехнедельная программа 2-го этапа медицинской реабилитации больных ХСН, перенесших ОКС, продемонстрировала свою эффективность как у больных с систолической, так и у больных с диастолической ХСН, что выражалось в увеличении толерантности к физической нагрузке, нормализации липидного спектра сыворотки крови, качества жизни. Тем не менее, проведенное исследование показало, что у больных с систолической ХСН наблюдается лучшая динамика показателей липидного спектра крови и САД, в то время как при диастолической ХСН значительно улучшался психологический статус пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

О. А. Долгих, Е. А. Шутемова

*ОБУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России*

Одним из современных способов реабилитации больных ИБС, в частности рефрактерной стенокардии, является усиленная наружная контрпульсация (УНКП) – один из методов вспомогательного кровообращения, заключающийся в частичном замещении недостающей насосной функции сердца с помощью механических устройств. На данный момент накоплен исследовательский опыт по использованию УНКП у разных контингентов больных с сердечно-сосудистой патологией. Антиишемический эффект УНКП при ИБС подтвержден в рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании и регистрах больных. В настоящее время приказом Минздравсоцразвития РФ № 288 от 20.04.2007 г. наружная контрпульсация включена в стандарты медицинской помощи больным со стабильной стенокардией.

Цель исследования – оценка эффективности и безопасности применения метода УНКП у больных рефрактерной стенокардией.

Исследование проведено на базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер». В исследование включено 87 пациентов (50 мужчин, 37 женщин), прошедших полный курс УНКП. Средний возраст пациентов составил 64 ± 8 года. При включении в исследование у 83 пациентов регистрировалась стенокардия напряжения III функционального класса (ФК), у четверых – IV ФК. В 51 случае – постинфарктный кардиосклероз (ПИКС). У 34 пациентов – эпизоды нестабильной стенокардии в анамнезе. Практически всем (81 пациент) проводилась коронароангиография; 76 больных подвергались хирургической реваскуляризации миокарда. В течение всего курса УНКП пациенты получали оптимальную медикаментозную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями Российского Кардиологического Общества (РКО). Курс наружной контрпульсации не проводился пациентам, имеющим общие противопоказания к проведению процедуры. Для оценки эффективности и безопасности УНКП до проведения курса и после его завершения всем пациентам проводили комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, осмотр пациента, нагрузочные пробы, эхокардиографию (ЭхоКГ), исследование концентрации высокочувствительного

С-реактивного белка (в-ч СРБ) и креатинина для расчета скорости клубочковой фильтрации. Оценка тяжести стенокардии проводилась с помо-

стью стандартного дневника, который пациенты заполняли самостоятельно в течение курса лечения.

Количество приступов стенокардии после завершения процедур в среднем по группе больных уменьшилось с $9,4 \pm 3,1$ до $3,8 \pm 1,4$ в неделю ($p < 0,01$), потребность в сублингвальном приеме короткодействующих препаратов нитроглицерина снизилась с $7,3 \pm 3,7$ до $2,1 \pm 1,2$ в неделю ($p < 0,05$).

После проведения курса УНКП у 18% больных снизился функциональный класс стенокардии на один полный класс. У 15% пациентов на момент окончания лечения не регистрировалось приступов стенокардии при повседневных физических нагрузках.

В ходе оценки влияния УНКП на толерантность к физической нагрузке при помощи тредмил-теста у 67% больных выявлено увеличение пороговой мощности, а у 84% – продолжительности выполнения нагрузки.

Уровень в-ч СРБ после курса УНКП достоверно снизился в среднем по группе с $4,2 \pm 1,3$ мг/л до $1,3 \pm 0,2$ мг/л ($p < 0,01$). Однако стоит отметить, что снижение в-ч СРБ отмечалось только у 50% больных.

У большинства пациентов до начала реабилитации регистрировалось снижение скорости клубочковой фильтрации. После курса УНКП наблюдалось достоверное улучшение функции почек. У пациентов с исходно сниженной СКФ отмечалось ее достоверное увеличение с 54 ± 8 мл/мин/ $1,73$ м² до 62 ± 3 мл/мин/ $1,73$ м², $p < 0,05$. У пациентов с исходно нормальным значением СКФ (более 60 мл/мин/ $1,73$ м²) уровень СКФ практически не изменился. Исходный уровень СКФ в этой подгруппе больных составлял 81 ± 5 мл/мин/ $1,73$ м², после курса УНКП – 83 ± 7 мл/мин/ $1,73$ м².

Опыт использования метода УНКП в реабилитации больных рефрактерной стенокардией напряжения III и IV ФК свидетельствует о его высокой эффективности и безопасности. После завершения курса УНКП уменьшается тяжесть стенокардии, повышается переносимость физической нагрузки, снижается концентрация в-ч СРБ, улучшается функция почек. Данный метод может существенно улучшить состояние пациентов с тяжелым стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий при невозможности выполнить реваскуляризацию миокарда и при недостаточной эффективности медикаментозной терапии.

САНАТОРНЫЙ ЭТАП ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЕ

Н. Н. Исхаков, А. В. Яшков, Е. А. Колесникова, М. А. Забелина

ОАО «Санаторий им. В.П. Чкалова»,

ИПО СамГМУ Минздрава России,

ГБУЗ СО «Городская поликлиника 3», г. Самара

Ведущее место в программе второго этапа медицинской реабилитации принадлежит физическим аспектам восстановительного лечения, включая различные виды лечебной физкультуры (лечебная гимнастика, дозированная ходьба, рациональный двигательный режим). К особенностям течения патологического процесса у больных после АКШ в ранние сроки после операции относят дисбаланс между выраженностью стенокардии, толерантностью к физической нагрузке и энергетическими возможностями организма. Физические методы реабилитации направлены на улучшение процессов микроциркуляции, общего и тканевого кислородного режима, экономизацию потребления кислорода, повышение эффективности выполняемой работы. В связи с этим разработана оптимальная программа физической реабилитации больных после кардиоваскулярных операций на основе дифференцированного применения дозированных физических упражнений в условиях специализированного санатория представляется актуальной задачей современной кардиореабилитации.

Цель – повышение эффективности методов физической реабилитации больных ИБС после операции АКШ на санаторном этапе.

Обследовано 68 больных ИБС после операции аорто-коронарного шунтирования (48 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 53 до 68 лет. Наряду с общеклиническими методами комплексного обследования пациентов функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и ее резервные возможности оценивались по показателям велоэргометрической нагрузки, чрепщевоодной электростимуляции сердца и эхокардиографии. Учитывались признаки коронарной недостаточности, рубцовых изменений миокарда, нарушений ритма и проводимости, энтропии сердечного ритма. Полученные результаты. Определены критерии и выделено 3 типа реакции на физическую нагрузку: адекватная, неопределенная и патологическая. Разработаны программы тренирующей терапии больных ИБС после операций АКШ в зависимости от функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, послеоперационных осложнений и сопутствующей патологии.

Для определения объема и интенсивности физических тренировок, помимо клинической оценки состояния больных, данных инструментальных методов исследования, проводилась контрольная нагрузка, включающая

ходьбу на расстояние 300–600 метров по ровной местности темпом 60–70 шагов в минуту. Определены методы контроля и самоконтроля при проведении различных форм ЛФК, что входило в обязанности врача, методиста ЛФК и самого больного. По данным реакции на контрольную нагрузку и результатам исследования все пациенты были распределены на 2 группы.

В 1-ю группу включены больные без осложнений в послеоперационном периоде, хронической коронарной недостаточностью не выше II функционального класса стенокардии по классификации ВКНЦ (по ВЭМ-толерантность к физической нагрузке 450–600 кгм/мин. двойное произведение 218–277 усл. ед.) или по результатам ЧПЭС – степень ограничения коронарного резерва средняя, по эхокардиографии – фракция выброса не менее 45%, хронической недостаточностью кровообращения не выше I стадии по классификации Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко. Во 2-ю группу вошли больные при наличии осложнений в послеоперационном периоде (перикардит, плеврит, умеренный диастаз грудины, длительно незаживающие раны голени или посттромбофлебитические осложнения), хронической коронарной недостаточностью, соответствующей III функциональному классу стенокардии (по ВЭМ – толерантность к физической нагрузке 300 кгм/мин, двойное произведение 151–217 у. е.), по результатам ЧПЭС – степень ограничения коронарного резерва значительная, по эхокардиографии – фракция выброса менее 45%, хронической недостаточностью кровообращения II А стадии. Программы физических тренировок для указанных групп пациентов включали: лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, ходьбу по лестнице, терренкур; были строго индивидуальны, и строилась по принципу постепенного увеличения нагрузок. При поступлении в санаторий у больных как 1-й, так и 2-й выделенных групп контрольная нагрузка позволяет выявить все три типа. Адекватная реакция при выполнении контрольной нагрузки служила основанием для немедленного назначения разработанного комплекса лечебной физкультуры больным соответствующей группы. При патологической реакции – больного наблюдали в течение 3-х дней, проводили медикаментозную коррекцию соответствующих нарушений, после чего повторяли контрольную нагрузку и определяли тактику проведения физической реабилитации. Анализ показателей функциональных методов исследования в динамике выявил их достоверное увеличение у 74% 1-й группы, и у 65% – 2-й. Клиническая эффективность проведения кардиореабилитации отмечена у 95% больных 1-й группы и 92% – 2-й.

Таким образом, на основе дифференцированного применения методов лечебной физкультуры определена тактика и разработана безопасная и эффективная программа физической реабилитации больных после операций аорто-коронарного шунтирования.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОДХОД К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Л. И. Курбагова

ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница 5»

Гипотоническая болезнь (артериальная гипотония) – это клиническое снижение артериального давления ниже 100/60 мм рт. ст. у лиц в возрасте до 25 лет и ниже 105/65 мм рт. ст. у лиц старше 30 лет.

Патологическая гипотония подразделяется на первичную и вторичную, в каждой из которых выделяют острые и хронические формы. Основные теории возникновения артериальной гипотонии: заболевание рассматривается как невроз сосудодвигательных центров, по другой теории – в основе первичной артериальной гипотонии лежат повышение тонуса парасимпатического отдела периферической нервной системы. Выдвигается также теория соединительно-тканной недостаточности (СТН).

Вторичные формы хронической артериальной гипотензии. возникают на фоне заболеваний, например, остеохондроза шейного отдела позвоночника, язвы желудка и др.

Понижение АД при массовых измерениях АД у лиц 20–30 лет (максимального и минимального) выявляется в среднем в 5–6% случаев. У стационарных больных симптоматическая гипотония выявляется в 17% случаев. Люди с пониженным АД эмоционально лабильны, метеочувствительны, склонны к ипохондрии, у них снижается качество жизни. После 40 лет возникает стенокардитический синдром, который плохо снимается нитратами, хроническая ишемия мозга, могут быть присущи ортостатические состояния. Исходя из актуальности, медицинская реабилитация (МР) при гипотонической болезни обоснована: нуждаются в стационарном лечении не более 20%, основная масса – в амбулаторно-поликлинических условиях и санаторно-курортных учреждениях.(3 этап МР). В амбулаторных условиях, важное значение имеет раннее выявление, учёт страдающих этим заболеванием. Цель реабилитации при гипотонической болезни: нормализация сосудистого тонуса, улучшение координации сосудистых центров, восстановление нарушенного равновесия ЦНС, изменение патологической направленности ВНС, повышение АД. Задача МР оказание активного влияния на динамику процессов реабилитации: повысить тонус организма, улучшить качество жизни повысить АД. Средства реабилитации и методы при гипотонической болезни – текущего восстановления и профилактического направления.

Цель работы – систематизировать имеющиеся данные и разработать оптимальный комплексный подход к МР больных гипотонической болезнью с помощью немедикаментозных средств, учитывая скудную медикаментозную поддержку. У пациентов этой группы применяются растительные нейростимуляторы и некоторые гормональные вещества.

Эффективны психологические методы, дающие благоприятный фон для более полной реабилитации.

К ним относятся психорегулирующие и аутогенные тренировки (психолог), приёмы мышечной релаксации и дыхательные упражнения (врач ЛФК, инструктор ЛФК), комфортные условия быта и отсутствие отрицательных эмоций (семья), разнообразные виды досуга (пациент, семья), рациональное питание (диетолог, пациент), применение пищевых добавок (нутрициолог). Медико-биологические методы: медикаментозное лечение и подбор фармацевтических препаратов и адаптогенов (1, 2, 3 этапы), физиотерапия – (1, 2, 3 этапы), массаж (2, 3), гидропроцедуры (2, 3), бальнеотерапия, курортное лечение(3), акупунктура (2, 3).

Физиотерапевтические методы общего воздействия: ванны (пресные, углекислые, белые скипидарные, жемчужные; дождевой, циркулярный душ; УФО общее по ускоренной схеме; электрофорез общий (по Вермелю), активный электрод в м/л области; аэроионотерапия; электросон; аэрофитотерапия тонизирующими препаратами.

Физиотерапевтические методы локального воздействия: кальций-электрофорез на воротниковую зону; новокаин-электрофорез трансорбитально. При патологии шейного отдела, нарушениях кровотока по позвоночным артериям – вегетокорректирующие технологии: терапия бегущим пульсирующим магнитным полем на шейный отдел позвоночника.

Лазеротерапия: при гипотонии направлена на стимуляцию адренорецепторной реактивности и на активацию симпато-адреналовой системы. Используется лазерная головка (длиной волны 0,89 мкм, частота 80 Гц) через день 150 Гц, мощность 2,6–3,0 Вт и временем экспозиции от 64 до 128 с на область печени, зону проекции вилочковой железы, паравerteбрально Т-1 – Т-7, с 2-х сторон со временем экспозиции по 64 сек и с частотой 1000–1500 Гц по сканирующей методике, на область проекции надпочечников с 2-х сторон с частотой 80 Гц экспозицией по 64 сек.

В ЛФК имеются основные правила достижения тренировки, которых следует придерживаться. По собственным наблюдениям – регулярные занятия тайцзи – приводят к хорошим результатам. Существует эффективная многоуровневая система кинезотерапии первичной артериальной гипотонии, учитывающая степень тренированности организма.

Итак, в настоящий период конкурентной борьбы за рабочие места на первый план выходит сохранение и поддержание здоровья и тонуса работающего человека. Чёткая организация реабилитационных мероприятий позволяет на раннем этапе заболевания гармонизировать системы жизнеобеспечения, восстановить процессы адаптации, работоспособность, улучшить продолжительность и качество жизни.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Е. А. Манюгина, А. В. Бурсинов, Л. Г. Варенцова

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Городская клиническая больница 7» г. Иваново

В основе лечения артериальной гипертонии (АГ) лежит не только достижение целевого уровня артериального давления (АД), но и снижение суммарного кардиоваскулярного риска. Проспективными исследованиями показано, что стресс выступает как независимый фактор риска АГ, а курение являясь одним из механизмов совладания со стрессом, само выступает как фактор прогрессирования АГ и риска развития сердечно-сосудистых осложнений, что создает определенные сложности в лечении этой категории пациентов. Одним из эффективных способов лечения пациентов с АГ является обучение пациентов, которое проводится в Школе пациентов с АГ, которая предполагает только информирование о вреде курения и стрессе, но не дает конкретных рекомендаций по коррекции этих факторов риска. Авторами было разработано дополнительное занятие для включения его в программу школы, посвященное информации о стрессовлающем поведении, его вариантах, связи с курительным поведением; методика проведения занятия включала личностно-ориентированный подход, основанный на ориентации на личный опыт каждого пациента, использование в качестве учебной единицы опыта больного и организации групповой поддержки.

Цель работы – оценка клинической эффективности усовершенствованной программы лечения курящих пациентов в школе для лечения артериальной гипертонии.

В исследовании приняли участие 100 курящих мужчин трудоспособного возраста с поражением органов-мишеней без наличия ассоциированных клинических состояний. В исследование не включались лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, требующими дополнительной медика-

ментозной терапии. Пациенты были разделены на две группы: первую группу (основную) составили 50 курящих мужчин с АГ, средний возраст – $48,4 \pm 1,5$ года. Во вторую группу (контрольную) вошли 50 курящих мужчин с АГ, средний возраст – $49,7 \pm 1,3$ года. Группы были сопоставимы по возрасту, степени клинического риска, длительности курения, степени поражения органов-мишеней: ремоделирования миокарда ЛЖ, уровню микроальбуминурии, состоянию липидного обмена. Было проведено общеклиническое исследование, внутрисердечная гемодинамика оценивалась методом эхокардиографии на системе ультразвуковой диагностики Vivid 3, оценка микроальбуминурии выполнялась полуколичественным методом при помощи тест-полосок «Микральный-тест», оценивался липидный спектр. Всем проведено обучение в школе пациентов с АГ: 50 пациентам основной группы – по усовершенствованной программе, включающей занятие по стрессовлающему поведению, и 50 – по типовой программе школы больных с АГ. Эффективность лечения оценивался по достижению целевого уровня АД, динамике ремоделирования миокарда, изменения липидного статуса и уровня микроальбуминурии.

У пациентов обеих групп к концу основного курса лечения был достигнут целевой уровень АД, через 6 месяцев наблюдения в основной группе достигнутый уровень сохранялся у 49 (98%) пациентов, а в контрольной группе у 35 (70%) пациентов. На фоне проводимого лечения в динамике было отмечено уменьшение индекса массы миокарда в основной группе с $133,15 \pm 1,03$ до $125,6 \pm 1,22$ г/м² ($p \leq 0,001$), а в контрольной группе индекс массы миокарда практически не изменился. У пациентов основной группы наблюдалось повышение фракции выброса с $69,05 \pm 0,57$ до $75,71 \pm 1,09\%$ ($p \leq 0,01$), в то время как у пациентов контрольной группы фракция выброса существенно не изменилась. Признаки диастолической дисфункции были выявлены у 16 (32%) пациентов основной и 14 (28%) пациентов контрольной групп. Через 6 месяцев наблюдения эхокардиографические критерии диастолической дисфункции имели у 1 (2%) пациента основной и 6 (12%) контрольной групп. На фоне проведенного вмешательства отмечалось увеличение скорости клубочковой фильтрации с $108,09 \pm 1,94$ до $127,34 \pm 3,33$ мм/мин в основной и с $107,94 \pm 1,66$ до $116,86 \pm 2,38$ мл/мин у пациентов контрольной группы ($p \leq 0,05$). Микроальбуминурия имела место у 31 (62%) пациентов основной группы и составила в среднем в группе $53,20 \pm 5,92$ мг/л до начала курса обучения по модифицированной программе и определялась у 13 (26%) пациентов после обучения в школе с АГ, составив $18,4 \pm 3,46$ мг/л. В контрольной группе микроальбуминурия имела место у 30 (60%) пациентов до обучения в школе пациентов с АГ и 20 (40%) пациентов после обучения, снизившись с $56,80 \pm 5,98$ мг/л до $41,0 \pm 5,26$ мг/л ($p \leq 0,05$). При

изучении липидного статуса было выявлено, что у 39 (78%) пациентов обеих групп имела место гиперхолестеринемия, общий холестерин составил $5,8 \pm 0,08$ ммоль/л и $5,68 \pm 0,08$ ммоль/л в наблюдаемых группах соответственно, однако через 6 месяцев повышенный уровень холестерина определен только у 28 (56%) пациентов контрольной группы, составив в среднем $5,4 \pm 0,10$ ммоль/л ($p \leq 0,001$). У пациентов основной к концу периода наблюдения уровень холестерина в среднем составил $4,26 \pm 0,09$ ммоль/л. ($p \leq 0,05$), также имело место снижение уровня триглицеридов с $1,72 \pm 0,07$ до $0,94 \pm 0,11$ ммоль/л ($p \leq 0,05$). В течение срока наблюдения от курение прекратили 8 (16%) пациентов основной и 2 (4%) мужчин контрольной групп.

Итак, включение в программу обучения курящих пациентов с АГ занятия по стрессовладающему поведению способствует модификации ряда факторов риска и повышению эффективности лечения курящих пациентов-мужчин в Школе для больных с артериальной гипертонией.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У СПОРТСМЕНОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

О. М. Масленникова, Т. А. Резниченко

*ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр
имени А.И. Бурназяна», г. Москва*

Болезни системы кровообращения в настоящее время являются наиболее значимой медико-социальной проблемой в здравоохранении. В спортивной медицинской практике значительный интерес представляет проблема пролапса митрального клапана (ПМК), которая является дискуссионной и до конца не разрешенной. Изучение механизмов приспособительных процессов, происходящих в организме спортсменов в условиях физической нагрузки, является важной задачей в спортивной медицине. До сих пор остается неясным вопрос, каким образом происходят приспособительные процессы у спортсменов с ПМК под влиянием нагрузок, превышающих адекватную норму для спортсмена, какие предельные показатели работы систем и органов спортсмена могут нарушаться и приводить к истощению резервных возможностей организма, декомпенсации органов и систем, ответственных за процессы приспособления.

Целью настоящего исследования стала оценка функционального состояния организма у профессиональных спортсменов с пролапсом митрального клапана.

Был обследован 541 человек, профессионально занимающийся высокодинамичными видами спорта (329 юношей и 212 девушек), средний возраст составил $22,4 \pm 1,2$ и $21,3 \pm 1,3$ лет соответственно.

Всем спортсменам проводилась эхокардиография с доплерографией в положении лежа на левом боку на аппарате «Vivid-7 Demention» («General Electric», США). Диагноз ПМК устанавливали при наличии систолического провисания одной или обеих створок митрального клапана ниже уровня клапанного кольца на 3 мм и более в момент максимального пролабирования.

Пролапс митрального клапана был выявлен у 132 человек (24,4%), 74 юношей (22,5%) и 58 девушек (27,4%). Спортсмены с ПМК составили основную группу обследуемых, спортсмены без ПМК – контрольную группу (409 человек, 255 юношей и 154 девушки).

Для комплексной оценки индивидуальной адаптации организма спортсменов нами был предложен индекс функционального состояния (ИФС), представляющий собой сумму условных единиц по десяти показателям, характеризующих состояние гемодинамики, респираторной системы, иммунореактивного статуса, минерального обмена, гормонального баланса. Составляющими ИФС были показатели красной крови (ретикулоциты), иммунного состояния (лейкоциты, лимфоциты, иммуноглобулины G (Ig G), субпопуляция лимфоцитов CD4+ (Т-хелперы)), гормоны (кортизол), минералы крови (магний, кальций), сердечный ритм и состояние миокарда по данным ЭКГ, интегральный показатель состояния респираторной системы (форсированная жизненная емкость легких). Функциональное состояние организма расценивалось как удовлетворительное (ИФС равен 0-2), напряженное (ИФС равен 3-8) и неудовлетворительное (ИФС 9 и более).

Значения ИФС в группе спортсменов с ПМК были достоверно выше, чем в контрольной группе, как у юношей (соответственно $3,6 \pm 0,4$ и $2,6 \pm 0,3$ балла), так и у девушек (соответственно $3,9 \pm 0,4$ и $2,9 \pm 0,3$ балла). Удовлетворительное функциональное состояние организма (ИФС 0-2 балла) было определено у 57,3% спортсменов с ПМК и у большинства спортсменов (70,4%) контрольной группы. У большого числа спортсменов с ПМК функциональное состояние было расценено как напряженное (ИФС 3-8 баллов) – у 37,2%. В контрольной группе таких спортсменов было меньше – 28,8%. Неудовлетворительное состояние адаптационных резервов (ИФС 9 и более баллов) было выявлено у 5,5% спортсменов с ПМК, в контрольной группе таких спортсменов было лишь 0,8%.

Таким образом, предложенный индекс функционального состояния у лиц, профессионально занимающихся спортом, позволяет объективно оценить состояние адаптационных возможностей организма в процессе тренировочного и соревновательного процесса. Ответ системы адаптации у спор-

тсменов с ПМК на физическую нагрузку может носить как компенсаторный, так и патологический характер. Индекс функционального состояния является маркером процесса адаптации организма на физическую нагрузку спортсмена с ПМК. У спортсменов с ПМК значительно реже, чем в контрольной группе определялось удовлетворительное функциональное состояние организма. Выявление у спортсмена напряженного или неудовлетворительного функционального состояния должно стать поводом к пересмотру характера и интенсивности тренировочного процесса, а также к более активному применению реабилитационных программ, особенно у спортсменов с пролапсом митрального клапана.

ПРОБЛЕМЫ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

**О. Ф. Мисюра, А. А. Горюнова, И. А. Зобенко,
А. В. Карпухин, В. Н. Шестаков**

*Центр кардиологической реабилитации «Чёрная речка»,
г. Санкт-Петербург*

Реваскуляризация миокарда в настоящее время является одной из основных стратегий лечения ИБС. Эндоваскулярные вмешательства (ЭВВ) стали основным методом высокотехнологичной помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) и хронических формах ишемической болезни сердца.

В практическом отношении важно определить показания к проведению реваскуляризации миокарда, выбрать оптимальный вид вмешательства, сроки его проведения. Эти вопросы решаются на начальном госпитальном этапе лечения, за которым следует этапная реабилитация, закрепляющая результаты реваскуляризации миокарда. Но необходимость проведения срочной или поэтапной плановой реваскуляризации миокарда довольно часто возникает и на втором этапе реабилитации в реабилитационном центре и это становится проблемой кардиолога-реабилитолога.

Целью данной работы была оценка результатов второго этапа реабилитации в реабилитационном центре пациентов после ЭВВ.

Исследование проводилось методом длительной динамической оценки клинико-функционального статуса пациентов в реабилитационном центре на основе характеристики результатов ЭВВ.

Проанализированы результаты ЭВВ у 250 пациентов, которые были разделены на 3 группы в зависимости от показаний к проведению вмешательства. В группе 1 было проведено плановое ЭВВ по поводу стенокардии высокого функционального класса. У 23,5% пациентов в этой группе выявлено

однососудистое и у 76,5% многососудистое поражение. У 41,2% проведена полная реваскуляризация с постановкой от 1 до 4 стентов, у 58,8% реваскуляризация была неполной, но с достижением удовлетворительного клинического результата. В группе 2 ЭВВ проводилось по экстренным показаниям по поводу ОКС. В большинстве случаев это была жизнеспасаящая операция со стентированием инфаркт-связанной артерии. У 35,5% пациентов было выявлено однососудистое и у 64,7% многососудистое поражение и реваскуляризация миокарда была неполной. В группе 3 проведено отсроченное ЭВВ у больных с инфарктом миокарда через 72 часа и более (до 3-х недель) от его начала из-за сохранения нестабильного состояния, развития ранней постинфарктной стенокардии и прогрессирования сердечной недостаточности. У 62,8% пациентов этой группы стентирована инфаркт-связанная артерия и реваскуляризация миокарда была неполной.

В большинстве случаев болевой синдром, как основное проявление острой коронарной патологии, после ЭВВ – баллонной дилатации и стентирования симптом-связанной артерии – прекращается сразу же. Однако, чаще при неполной реваскуляризации, при расширении режима может рецидивировать стенокардия, развиваться тромбоз стента или вновь возникать ОКС. Эти ситуации могут потребовать проведения повторной реваскуляризации уже в процессе второго этапа реабилитации. При неполной реваскуляризации необходимо решать вопрос о целесообразности планового повторного ЭВВ или коронарного шунтирования, которые следует проводить за пределами периода эндотелиальной дисфункции, повышенной тромбогенной активности, симпато-адреналового дисбаланса и провоспалительной реакции. Но все эти причины могут ограничивать объём и темпы восстановления физической активности.

Итоги реабилитации могут зависеть от недостаточного восстановления дистального кровотока в коронарном русле при хорошем или удовлетворительном проксимальном кровотоке. В таких случаях большое значение приобретает оптимальная медикаментозная терапия с использованием активной, даже «агрессивной» тактики. Особую роль в этом отношении играет «двойная» антиагрегантная терапия, определяющая уменьшение риска серьёзных сердечно-сосудистых осложнений. Вместе с тем, активная антиагрегантная терапия может стать причиной медикаментозных геморрагических осложнений. В наших наблюдениях общая частота геморрагических осложнений на фоне антиагрегантной терапии составила 7,9%, но частота больших кровотечений, потребовавших повторной госпитализации была 0,75%. Значимость возможного учащения кровотечений на фоне антиагрегантной терапии не стоит преувеличивать, но нельзя и недооценивать.

В целом, итоги второго этапа реабилитации удовлетворительны: оптимальная медикаментозная терапия проводится у всех пациентов, в процессе физической реабилитации достигнуты целевые уровни двигательной активности у 78% пациентов.

Как видим, пациенты, перенесшие ЭВВ, нуждаются в полноценной кардиореабилитации. Объём и темпы реабилитационных воздействий зависят от глубины и распространённости поражения миокарда, полноты реваскуляризации миокарда, степени восстановления дистального кровотока в коронарном русле, наличия показаний к проведению последующего этапа реваскуляризации. Одним из важнейших условий успешной реабилитации после ЭВВ является проведение оптимальной медикаментозной терапии, включающей двойную антиагрегантную терапию и требующей постоянного мониторинга возможных геморрагических осложнений.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ СТАБИЛОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ИМЕЮЩИХ В АНАМНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

С. Н. Михайлов, Р. А. Либис, М. Н. Фомина

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава России*

По данным Л. С. Мавелова (2004), А. Н. Беловой (2000), среди больных острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) 23,6% составляли лица в возрасте 41–50 лет и 12,8% лица моложе 40 лет. В целом ОНМК у половины больных наступает в возрасте до 60 лет, т.е. поражает людей еще полных сил и возможностей. Причем смертность от него превышает, по многим данным, 40%. Большинство же оставшихся в живых становится инвалидами и требует длительного реабилитационного лечения, а нередко и постороннего ухода. Таким образом, борьба с цереброваскулярными заболеваниями, их профилактика, физическая и трудовая реабилитация, представляются не только медицинской задачей, но и медико-социальной, имеющей большое значение для государства и его экономики. В настоящее время происходит совершенствование методов диагностики и реабилитации больных с кардиологической и цереброваскулярной патологией. Это позволяет существенно снизить риск осложнений сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии.

Цель исследования – проанализировать изменения стабิโลграфических показателей у больных перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и имеющих

в анамнезе ишемического инсульта (ИИ) с применением методики компьютерной стабилотографии с биологической обратной связью. В исследовании применялся Стабилоанализатор компьютерный, с биологической обратной связью «Стабилан-01». Стабилотография проводилась на 40 больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ, находившихся на лечение в ГБУЗ «Областной центр медицинской реабилитации». По возрасту пациенты распределились следующим образом: 45–60 лет – 25, старше 60 лет – 15 (13 женщин и 27 мужчин). Курс лечения составлял 10–15 сеансов. Проведенное стабилотметрическое исследование выявило нарушение механизмов поддержания вертикальной позы у пациентов всех групп по следующим основным показателям: длина кривой (L), площадь статокинезиграмм (S), скорость перемещения центра давления (ЦД) – V, и радиус перемещения центра давления (R). Оценка показателей системы равновесия производилась до, во время и после завершения курса лечения по принципу использования биологической обратной связи. Анализ данных стабилотографии до лечения показал, что параметры стабилотограммы отклоняются от нормативных у всех больных и имеют определенные различия в зависимости от генеза нарушений постуральной функции. Эти различия касались, в основном, длины стабилотограммы и ее площади. Длина стабилотограммы (L) была наибольшей у больных с ИМ, имеющих в анамнезе ишемический инсульт и равнялась $403,7 \pm 29,6$ мм. Величины длины стабилотограммы у больных, перенесших ИМ и не имеющих в анамнезе ИИ составляла $311,7 \pm 14,26$. Площадь стабилотограммы (S) оказалась наибольшей у больных, перенесших ИМ – $437,6 \pm 42,8$ мм². Соответственно величина S у пациентов перенесших инфаркт миокарда и имеющих в анамнезе ИИ была меньше $384 \pm 52,7$ мм². Радиус перемещения центра давления R и скорость перемещения центра давления V при изучаемых нозологических формах существенно не различалась. Величина R колебалась от $4,3 \pm 0,28$ до $4,6 \pm 0,36$ мм, а величина V от $11,4 \pm 1,45$ до $12,5$ мм/с. Анализ модулей стабилотограммы после реабилитационного курса биоуправления показал, что при всех изучаемых заболеваниях имеется тенденция к улучшению.

Достоверное изменение показателей, свидетельствующее об улучшении постуральной функции, отмечено у пациентов перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ ($p < 0,06$; $p < 0,001$). Так, величина L у больных перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ до лечения составила $403,7 \pm 29,6$ мм, после лечения – $319,6 \pm 23,4$ мм ($p < 0,05$). Особенно существенно у больных перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ изменились величины R и V ($p < 0,001$) – соответственно до лечения $R = 4,25 \pm 0,27$ мм², после лечения – $2,9 \pm 0,33$ мм²; V до лечения – $11,2 \pm 0,53$ мм/с, после лечения – $8,7 \pm 0,52$ мм/с. Площадь стабилотограммы у тех же больных до лечения

равнялась $384,6 \pm 52,7 \text{ mm}^2$, после лечения – $291,56 \pm 41,6 \text{ mm}^2$ ($p < 0,05$). Отклонения модулей стабиллограммы оставались стойкими, хотя и с тенденцией к улучшению, у больных перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ. Скорость перемещения центра давления во всех изучаемых группах после проведенного тренинга увеличивалась с $11,4 \pm 1,45$ до $12,5 \pm 1,67 \text{ mm/s}$ ($p < 0,05$). Заключение.

Результаты стабиллографии свидетельствуют о компенсаторных возможностях вестибулярной системы, которые включаются в процесс многократных тренировок с применением принципа биологической обратной связи. Процессы усиленной активизации центральных нейронных образований, структурная перестройка и совершенствование внутренней модели всей статокINETической системы позволяют добиваться высокой эффективности и диагностики проводимой терапии. Метод биоуправления по стабиллограмме может быть включен в комплексную систему реабилитации пациентов, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

А. В. Муромкина, О. А. Назарова, Р. Б. Орлов, Е. С. Шавардина
*ОБУЗ «Кардиологический диспансер», г. Иваново
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России*

Проблема реабилитации больных фибрилляцией предсердий (ФП) в последнее время приобрела особую актуальность в связи с широкой распространенностью аритмии и высокой частотой обращаемости за медицинской помощью.

Цель исследования – оценить эффективность мероприятий по реабилитации больных ФП в условиях кардиологического стационара.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Кардиологический диспансер» и кафедры терапии и ОВП ИПО ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. Оценивалась эффективность медикаментозного лечения и терапевтического обучения больных ФП в рамках разработанной нами «Школы для пациентов с ФП».

По данным статистических отчетов за последние годы пациенты с ФП составили не менее 25% от общего числа больных, госпитализированных в кардиологический диспансер. Основными направлениями в лечении больных ФП являлись: лечение основного заболевания, приведшего к развитию аритмии, подбор и назначение купирующей и профилактической антиарит-

мической терапии, препаратов для контроля числа желудочковых сокращений (ЧЖС), антикоагулянтной терапии. Всем пациентам с тахисистолической формой ФП проводился контроль ЧЖС с помощью бета-блокаторов (бисопролол, метопролола сукцинат) в виде монотерапии (26,7% больных) или в сочетании с сердечными гликозидами (65,2%), реже – с использованием верапамила (4,6%) или дилтиазема (3,5%). Основными препаратами для купирования пароксизмов ФП являлись амиодарон и пропafenон; в качестве профилактической антиаритмической терапии чаще всего использовался амиодарон (28,2% от общего количества больных ФП), реже пропafenон (9,3%), лаптаконитина гидрохлорид (2,9%), сотагексал (3,9%) или комбинированная антиаритмическая терапия (3,9%).

Терапию антикоагулянтами получали 55% пациентов с ФП, имеющих высокий риск тромбэмболических осложнений по шкале CHA2DS2Vasc. У 45% нуждающихся данная терапия не была назначена в связи с трудностями амбулаторного контроля МНО (пациенты преклонного возраста, жители отдаленных сельских районов). Среди непрямых антикоагулянтов чаще всего назначался варфарин (76% от общего числа больных, получавших антикоагулянты), реже дабигатран (11%) или ривароксабан (12%).

Новым направлением реабилитации больных ФП является терапевтическое обучение пациентов. На базе кардиологического диспансера внедрена новая образовательная технология «Школа для больных ФП», в которой за 2013 год прошло обучение 156 пациентов. Курс обучения состоит из 3 занятий, посвященных вопросам клинических проявлений ФП, ее причинам, осложнениям и способам лечения. Пациентов обучают навыкам контроля частоты и ритмичности пульса, ведению дневников самоконтроля, правилам поведения при ухудшении состояния. В результате обучения отмечено повышение уровня информированности пациентов о своем заболевании (с $4,4 \pm 2,3$ до $8,1 \pm 1,6$ баллов по оригинальной шкале оценки информированности), их приверженности лечению (увеличение доли пациентов с высокой приверженностью с 21,8 до 79,2%). В группе больных постоянной формой ФП доля пациентов, эффективно контролирурующих ЧЖС, выросла с 26,7 до 68,4%. Положительная динамика этих показателей отмечалась не только сразу после обучения, но и сохранялась спустя 1 год.

Таким образом, эффективность лечения и реабилитации больных ФП обеспечивается комплексным подходом, включающим не только терапию основного заболевания, адекватный контроль ЧЖС или антиаритмическую терапию по показаниям, антикоагулянтную терапию, но и терапевтическое обучение пациентов навыкам самоконтроля заболевания.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычева, М. А. Рассулова

*ГБУЗ «Московский научно-практический центр
медицинской реабилитации, восстановительной
и спортивной медицины*

Департамента здравоохранения Москвы»

Цель – изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Были использованы следующие диагностические методы: объемная компрессионная осциллометрия (ОКО), дисперсионное картирование сердца (ДКС), исследование variability ритма сердца (ИВРС) с последующей оценкой вегетативного статуса, спироэргометрия (СЭМ) в качестве пробы с физической нагрузкой, спирография (СГ), исследование газов крови транскутанным методом (ГКТК), биорезонансная технология – МОРА-диагностика. В исследование включено 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ИБС: ПИКС (152 мужчины и 91 женщина, средний возраст $62 \pm 4,3$ года) и 245 больных АГ (127 мужчин и 118 женщин, средний возраст – $48 \pm 5,6$ лет), а также 63 больных с респираторной патологией – бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести течения, дыхательной недостаточностью 0–I степени (29 мужчин, 34 женщины, средний возраст $49 \pm 2,6$ лет). Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корригирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ), больные группы сравнения получали низкоинтенсивную накожную лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез, больные контрольной группы получали медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения. У больных БА применялись методы биоэнергромагнитной резонансной терапии – БЕМЕР или ПЕРТ-терапия (основная группа), группа контроля получала МТ, сравнимую с основной группой.

Полученные результаты показали различные аспекты саногенетического воздействия методов ФТ на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ – более высокую эффективность ВОТ у больных ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у больных АГ. Использование методов биоэнергромагнитной резонансной терапии у больных БА выявило достоверно значимые положительные изменения по показателям спирограммы, парциального напряжения кислорода крови и то-

лерантности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС, АГ и БА нарушениями позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

Итак, современные технологии диагностического мониторинга являются методами точной оценки эффективности программ ВЛ и МР у больных кардиологического и пульмонологического профиля и могут быть рекомендованы для широкого применения в медицинской реабилитации.

КОРРИГИРУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ ГАЛОТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычева, М. А. Рассулова
*ГБУЗ «Московский научно-практический центр
медицинской реабилитации, восстановительной
и спортивной медицины
Департамента здравоохранения Москвы»*

Цель – исследовать эффективность управляемой климатотерапии в комплексном восстановительном лечении больных артериальной гипертонией.

Проводилось восстановительное лечение (ВЛ) 53 пациентам, страдавшим артериальной гипертонией (АГ) (средний возраст 46 лет) различного генеза (31 – гипертоническая болезнь, (ГБ) 2 ст., 22 – вегето-сосудистая дистония (ВСД) по гипертоническому типу). В программы ВЛ включались кардиотренировки с мониторингом состояния кардиореспираторной системы в режиме ступенчато нарастающих физических нагрузок, внутривенная лазеротерапия, сухие углекислые ванны, массаж шейно-воротниковой зоны в электростатическом поле системы «Ниватат». 26 больных получали дополнительно сеансы галотерапии (ГТ) длительностью 40 минут. Все процедуры проводились в течение 10 дней, с постоянным мониторингом артериального давления, оценкой клинического состояния, а также на фоне приема базисных медикаментозных препаратов.

В результате проведенного ВЛ у всех больных наблюдалась тенденция к нормализации артериального давления (АД) на привычном для каждого пациента уровне, улучшение общего состояния, повышение толерантности к физической нагрузке. Однако эти эффекты наступали раньше в среднем на 3-4 дня у пациентов, получавших ГТ; также у этой группы больных быстрее возрастала толерантность к физической нагрузке, что позволяло интенсив-

нее наращивать мощность физических тренировок. Особенно выраженными эти эффекты были у больных, страдавших ВСД по гипертоническому типу, что объясняется улучшением психологического состояния на фоне ГТ. Помимо психологического комфорта ГТ способствовала улучшению носового дыхания, бронхиальной проходимости и альвеолярной вентиляции, что позволяло повысить кислородный транспорт и усилить периферическую вазодилатацию. Кроме указанных механизмов в литературе сообщается, что вдыхание солевого аэрозоля с последующим всасыванием в кровь способствует укреплению артериальной стенки и стабилизации эндотелия.

Таким образом, применение ГТ-технологии, традиционно включаемой в комплекс немедикаментозного лечения больных с заболеваниями бронхолегочной системы и ЛОР-органов, достоверно повышает эффективность программ ВЛ при АГ, что особенно следует рекомендовать больным, страдающим ВСД по гипертоническому типу.

ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ПРОХОДЯЩИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ В УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Е. А. Новичкова, С. Е. Ушакова, Г. В. Белова, Л. Э. Груничева

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Городская клиническая больница 3», г. Иваново

Поликлинический этап кардиореабилитации является одним из самых важных, он длится всю оставшуюся жизнь и требует мультидисциплинарного подхода. Комплексная реабилитация должна основываться на индивидуальных особенностях больного и осуществляться способом, приемлемым для больного и его окружения. В настоящее время в Ивановской области сформирована система реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Однако ряд больных не получает амбулаторный этап реабилитации на базе специализированных учреждений, а проходит реабилитацию в условиях территориальных поликлиник.

Целью работы было изучить контингент пациентов, проходящих реабилитацию после перенесенного инфаркта миокарда в условиях территориальной поликлиники.

Обследовано 80 пациентов поликлиник г. Иваново, перенесших инфаркт миокарда за период 2013–2014 гг., прошедших курс стационарного лечения и переведенные на амбулаторный этап реабилитации в условиях территориальных поликлиник.

Средний возраст пациентов составил $71 \pm 4,7$ года (от 40 до 89 лет). 52,5% группы составили мужчины и 47,5% женщины. Острый инфаркт миокарда без зубца Q перенесли 51,25% пациентов, инфаркт миокарда с зубцом Q – 48,75% больных. У некоторых больных, перенесших инфаркт миокарда, выявлялись осложнения в виде нарушения ритма и проводимости – у 5% пациентов, отек легких – у 15% больных и ранняя постинфарктная стенокардия в 6,25% случаев. При изучении анамнеза было выявлено, что ранее 31,25% пациентов уже перенесли инфаркт миокарда.

Среди сопутствующих заболеваний часто выявлялись артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Длительность АГ у 87,5% пациентов была более 10 лет и у 12,5% больных менее 10 лет. Среди пациентов с ИБС длительность течения более 10 лет наблюдалась у 33,75%, менее 10 лет – у 66,25%. Среди стенокардии напряжения преобладал 2 функциональный класс (60%) и 3 функциональный класс (33,75%). Сопутствующие нарушения ритма имели место у 5% пациентов. У больных с хронической сердечной недостаточностью чаще имела место вторая стадия (IIА стадия – 81,3% больных, IIБ стадия – у 10%). Среди факторов риска наиболее часто встречались: мужской пол (52,5%), ожирение (37,5%), сахарный диабет 2-го типа (11,25%).

При оценке сопутствующей патологии было выявлено, что 16,25% пациентов уже ранее перенесли нарушения мозгового кровообращения, 11,25% страдали облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Хроническая обструктивная болезнь лёгких имела место 6,25% больных, бронхиальная астма – у 1,25%.

При анализе причин, по которым пациенты не могли получать реабилитацию на базе специализированных учреждений были: отказ от реабилитации в 6,25% и невозможность посещения больным специализированного лечебного учреждения из-за тяжелой сочетанной и сопутствующей патологии в 93,75% случаев.

Наиболее часто (51,25%) выявлено сочетание стенокардии с хронической сердечной недостаточности или нарушениями ритма. Также стенокардия сочеталась с хронической почечной недостаточностью (2,5%); атеросклерозом сосудов нижних конечностей (3,75%); синдромом Лериша (6,25%); атеросклерозом сонных артерий (2,5%); сахарным диабетом (11,25%); эпилепсией в (2,5%); хронической обструктивной болезнью лёгких (6,25%), последствиями перенесенных инсультов с парезами нижних конечностей в 12,5%

Таким образом, большинство пациентов, получающих реабилитацию на базе территориальных поликлиник, составляют лица пожилого и старческого возраста с множественной тяжелой сопутствующей патологией.

В рамках реабилитации данному контингенту больных проводится рациональная фармакотерапия. Перспективным является обучение этих пациентов специализированным, шадящим, индивидуальным комплексам лечебной физкультуры с последующим расширением физической нагрузки под контролем терапевта.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКАНДИНАВСКОЙ ХОДЬБЫ В КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

**Г. Г. Номоконов, А. В. Яшков, Н. Н. Исхаков,
Е. А. Колесникова, Д. Г. Богуславский**
*ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России
ОАО «Санаторий им. В.П. Чкалова», г. Самара*

Ишемическая болезнь сердца и сегодня широко распространена в России и других, экономически развитых странах. Достаточно часто ведение кардиологического больного проходит в условиях коморбидности. Так, дегенеративно-дистрофические заболевания суставов после 50 лет встречаются у почти 30% пациентов, а к 70 годам частота остеоартрозов возрастает до 80–90%. В реабилитации кардиологических больных в условиях санатория ведущее место занимают дозированные нагрузки аэробного характера, прежде всего ходьба. Наличие у пациента заболеваний опорно-двигательного аппарата существенно снижает реабилитационный потенциал больного.

Одним из видов аэробных нагрузок является скандинавская ходьба (СХ). Изменение темпа, расстояния, длины палок, продолжительности пауз отдыха позволяет легко дозировать нагрузку в СХ.

Цель работы – оценить эффективность СХ в комплексном лечении пациентов после инфаркта на раннем санаторном этапе реабилитации.

В исследование вошли 22 больных (17 мужчин, 5 женщин) с диагнозом инфаркт миокарда в сроки 3–4 недели от начала заболевания. Возраст пациентов $60 \pm 2,5$ года. Обязательным условием отбора было наличие у больных сопутствующей патологии – остеоартроза I–II степени тазобедренных и коленных суставов.

Все пациенты получали стандартную терапию инфаркта миокарда и дополнительно занятия скандинавской ходьбой под руководством инструктора ЛФК, в среднем 14–15 занятий за курс лечения. Первые 1–2 занятия отрабатывали технику СХ, методы самоконтроля состояния. Так как обязательным условием занятий была адекватная реакция на нагрузку, а нагрузка подбиралась индивидуально врачом ЛФК, ни у одного пациента не возникло болей в сердце, одышки. Отмечалась лёгкая потливость, небольшая гиперемия лица,

ощущение приятной усталости в мышцах, хорошее самочувствие. Прирост пульса на высоте нагрузки не более 20–25 ударов в минуту, повышение систолического АД на 20–30 мм рт. ст., время восстановления 3–5 минут.

Для контроля эффективности проводился тест 6 минутной ходьбы и 6 минутная ходьба с палками для СХ.

Полученные результаты. В начале курса лечения, все пациенты с палками для СХ смогли преодолеть на 15–20% большее расстояние, чем без палок. У всех пациентов основной причиной затруднённой ходьбы без палок были боли в суставах различной интенсивности. При ходьбе с опорой на палки суставная боль появлялась позже и была менее выражена. К концу курса лечения у больных возросла толерантность к физическим нагрузкам, тест 6 минутной ходьбы с палками выявил увеличение пройденного расстояния на 30–35%. Негативного влияния на течение инфаркта миокарда тренировки не оказали.

Выводы. Для сохранения и увеличения реабилитационного потенциала пациентов с инфарктом миокарда в сочетании с заболеваниями опорно-двигательного аппарата можно рекомендовать занятия скандинавской ходьбой, с подбором индивидуальной нагрузки и в условиях постоянного врачебного контроля.

ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА КАК ВАЖНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М. Н. Уткина, Е. И. Уткина

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В последние годы во многих популяционных исследованиях прослеживается тенденция к росту числа больных сердечно-сосудистой патологией среди различных возрастных групп населения, а также к увеличению числа лиц с сочетанной патологией и неблагоприятным течением этих заболеваний. Особенно это касается гипертонической болезни (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС). По-видимому, причиной такого роста сердечно-сосудистой патологии следует считать снижение социальной адаптированности человека к современным темпам жизни в индустриально развитых странах. Поэтому проблема адаптации человеческого организма в норме и при патологии имеет большое научное и практическое значение. С оценкой адаптационных возможностей организма тесно связаны вопросы профилактики, донозологической диагностики, прогнозирования вероятности развития заболевания и полноценной медицинской и социальной реабилитации.

Цель – диагностика адаптационных нарушений у больных сердечно-сосудистой патологией.

Нами были обследованы группы больных с различной сердечно-сосудистой патологией: 36 человек с ГБ, 62 – со стабильной стенокардией (СС) и 66 – с нейроциркуляторной дистонией (НЦД). Контрольная группа, состоящая из практически здоровых лиц, составила 30 человек. Для комплексной оценки адаптации организма мы использовали предложенный З.К. Трушинским адаптационно-функциональный индекс (АФИ), представляющий собой сумму условных единиц, оценивающих десять физиологических, лабораторных и электрокардиографических показателей, взятых по шести градациям. Величина АФИ рассчитывалась по специально разработанной шкале. В зависимости от величины АФИ определялась группа адаптации. Значения АФИ от 0 до 2 усл. ед. соответствуют физиологической адаптации и указывают на ее удовлетворительное состояние. Значения АФИ от 3 до 18 усл. ед. соответствуют пограничной адаптации и указывают на ее напряжение и перенапряжение. А значения АФИ от 19 усл. ед. и выше указывают на патофизиологическую адаптацию с различной степенью дисфункции систем.

В контрольной группе у 46,7% лиц выявлен физиологический тип адаптации. У остальных обследованных обнаружены напряжение и перенапряжение адаптационных систем, характерное для пограничного типа. В группе больных НЦД доля лиц с физиологическим типом адаптации уменьшилась вдвое (23,3%), доля лиц с пограничным типом выросла и появились больные с патофизиологическим типом с легкой дисфункцией механизмов адаптации (11,1%). В группе ГБ физиологический тип адаптации не встречался, пограничный тип встречался реже, и у половины больных выявлен патофизиологический тип с легкой, выраженной и тяжелой дисфункцией адаптации. Среди больных стенокардией физиологический тип адаптации также не встречался, у 41,9% больных был выявлен пограничный тип адаптации. Остальные больные имели патофизиологический тип с легкой и выраженной дисфункцией систем адаптации. Выводы. В ходе обследования выявлены значительные нарушения адаптации организма у больных ГБ, ИБС и НЦД. Пограничный тип отчетливо преобладал при НЦД, а при ГБ был также распространен, как и патофизиологический. Патофизиологический тип превалировал у больных стабильной стенокардией. Физиологический тип адаптации не наблюдался при ГБ и ИБС. Обнаружение увеличения числа больных НЦД с пограничным типом адаптации указывает на переход от функциональной патологии сердечно-сосудистой системы к органической через напряжение и перенапряжение механизмов адаптации. Раннее выявление лиц с пограничным типом адаптации без признаков функциональной

недостаточности различных жизненно важных систем позволило бы провести своевременные лечебно-оздоровительные мероприятия и предотвратить переход предболезни в болезнь.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ВТОРОГО ЭТАПА КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

В. Н. Шестаков, И. А. Зобенко, О.Ф. Мисюра,

А.А. Горюнова, А.В. Карпухин

*Центр кардиологической реабилитации «Чёрная речка»,
г. Санкт-Петербург*

Реабилитация различных категорий кардиологических больных на 2-м этапе может рассматриваться как своего рода производственный процесс, продуктом которого является качество жизни (здоровье) пациентов. Любой производственный процесс должен быть технологичным, обеспечивающим достижение оптимальных результатов оптимальными способами в соответствии с современным уровнем развития науки и техники.

Для того чтобы процесс реабилитации приобрёл технологичный характер, необходима его стандартизация. Технология реабилитации предусматривает получение каждым больным необходимого и достаточного объёма реабилитационных воздействий в соответствии с едиными стандартами, но с соблюдением персонифицированного подхода. Достичь этих целей можно только при многопрофильной (мультидисциплинарной) организации лечебного процесса. Основные технологические элементы реабилитации, включающиеся в общую программу одновременно и в тесной взаимосвязи. Предложений по построению интегральных и по настоящему персонифицированных программ реабилитации с включением всех программных элементов ещё недостаточно. Разработанная нами в реабилитационном центре санатория «Чёрная речка» концепция модульного построения персонифицированных реабилитационных программ позволяет адаптировать стандартизованную программу реабилитации к индивидуальным особенностям каждого пациента. Она предусматривает проведение риск-стратификации с формированием относительно однородных групп пациентов, коррекцию медикаментозной терапии, выбор программ физической реабилитации, коррекцию образа жизни и модифицируемых факторов риска, использование методов психотерапии и физиотерапии, информационно-образовательную поддержку.

Построение персонифицированных модульных программ проводится с помощью компьютерных технологий. Модульное программирование в реа-

билитации – это разделение общей задачи восстановления здоровья на отдельные функционально законченные единицы (стандартные фрагменты), что облегчает достижение прогнозируемого конечного результата.

Каждый программный модуль оформляется стандартно по отношению к общепринятым медицинским рекомендациям и объединяется с другими элементами программы. Поскольку программный модуль представляет собой функционально законченный фрагмент программы, его можно использовать при составлении других программ (в кардиореабилитации – для составления индивидуальных программ разных категорий кардиологических больных в соответствии с общей концепцией реабилитации).

Общая программа многопланового процесса реабилитации может быть разделена на составные части – модульные блоки. Каждый модульный блок представляет собой выделяемую логически относительно самостоятельную часть программы с чётко обозначенными целями и состоит из отдельных составных частей – модулей. Можно выделить шесть (иногда и больше) модульных блоков в программах кардиореабилитации: 1. блок медикаментозной терапии; 2. блок физической реабилитации; 3. блок физиотерапии; 4. блок лечебного питания; 5. блок коррекции образа жизни (воздействие на модифицируемые факторы риска); 6. блок информационной поддержки. Из разных сочетаний отдельных модулей могут быть составлены индивидуальные (персонифицированные) реабилитационные программы, адаптированные для конкретного пациента. При этом модульный подход даёт возможность соблюдать унификацию (стандартизацию) реабилитационных мероприятий, как в отдельных частях, так и в целом. Модули медикаментозной терапии составлены на основе действующих российских и международных рекомендаций, сформулированных на принципах доказательной медицины.

Применяемые в реабилитационном центре «Чёрная речка» уже в течение нескольких лет технология кардиореабилитации и методы построения персонифицированных реабилитационных программ продемонстрировали их высокую эффективность.

IV. РАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

А. И. Бобылёва, И. Е. Савельева, С. Е. Черненко, О. И. Пузырев

ГБУЗ ВО «Меленковская ЦРБ», Меленки

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

*ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр
медицинской реабилитации»*

Эффективная реабилитация пациентов с травмами и болезнями опорно-двигательного аппарата (ОДА) является серьезной социально-медицинской проблемой.

В Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации» г. Иванова многие годы проводилась комплексная медицинская реабилитация детей и взрослых с различными патологическими состояниями, среди которых заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата составляли преобладающее большинство.

Целью нашей работы явилось доказательство эффективности используемых в условиях дневного стационара ОБУЗ «ИОКЦМР» реабилитационных программ при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.

Нами был проведено динамическое наблюдение за 54 пациентами дневного стационара ОБУЗ «ИОКЦМР». Для изучения эффективности реабилитационных мероприятий использовались стандартные диагностические методы лечебной физкультуры – соматоскопия, соматометрия, а также компьютерная антропометрия и рентгенография.

При проведении медицинской реабилитации в данной группе больных основной задачей являлось достижение максимально возможного положительного результата, который определялся не только степенью тяжести заболевания или повреждения, но и во многом, организацией процесса восстановительно-реабилитационных мероприятий. С этой целью проводилось медикаментозное и комплексное немедикаментозное лечение, включающее лечебную физкультуру, различные формы физиолечения, рефлексотерапию, мягкотканые техники мануальной терапии.

Эффективность используемых в условиях дневного стационара ОБУЗ «ИОКЦМР» реабилитационных программ при патологии ОДА, по данным

проведенного нами исследования, была высокой. Улучшение отмечалось у 89,7% пациентов с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, используемые в ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации» г. Иванова реабилитационные программы для пациентов с травмами и болезнями ОДА, являются высокоэффективными, позволяя получать положительный эффект от восстановительного лечения у большинства пациентов.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДОРСАЛГИЯМИ

Л. П. Голдобина, Е. С. Галимова, Т. В. Столярова
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России

Дорсалгия является одной из основных причин экономических потерь на производстве. Боли в спине встречаются у 30% населения развитых стран мира. Число таких больных в последние годы неуклонно увеличивается, а на восстановительные мероприятия расходуются огромные средства. Большую роль в решении данной проблемы играет дифференцированная реабилитация больных с дорсалгиями с применением физических факторов.

Цель исследования – изучение эффективности комплексного дифференцированного лечения дорсалгий с применением новых методик физической реабилитации.

Проведено обследование 250 больных: 144 мужчины и 106 женщин. Из них с цервикалгией – 12,4%, цервикокраниалгией – 3,2%, цервикобрахиалгией – 23,6%, люмбалгией – 20,4%, люмбоишиалгией – 30,0%, пояснично-крестцовым радикулитом – 10,4%. Большинство пациентов приходилось на наиболее трудоспособный возраст – 31–50 лет (73,2%).

Всем больным до и после лечения, а также при катанестическом осмотре проводили клинико-инструментальное обследование, включающее вертеброневрологические, рентгенологические, томографические и реографические методы. Каждому больному подсчитывался показатель вертебрального синдрома (ПВС), показатель экстравертебрального синдрома (ПЭВС) и интегральный показатель болезни (ИПБ).

Результаты и обсуждение исследований показали, что ведущими механизмами на шейном уровне являются дисфиксационный (37,8%) и асептико-воспалительный (31,6%), на поясничном уровне – компрессионный (33,6%) и дисфиксационный (25,0%). Среди факторов, вызывающих возникновение или обострение заболевания, ведущую роль имеют физическая нагрузка

(23,2%), физическая нагрузка в сочетании с переохлаждением (20,0%), статическое перенапряжение (16,0%), переохлаждение (13,6 %).

Учитывая специфичность действия каждого физического фактора, нами применялись комплексы дифференцированной физической реабилитации больных с дорсалгиями в зависимости от механизма формирования вертебрального синдрома и стадии заболевания.

При компрессионном механизме вертебрального синдрома воздействие было направлено на уменьшение объема патологических образований – источников болевой ирритации. На этапе прогрессирования пациентам назначали криотерапию, магнитотерапию, тракционное лечение. На стационарном этапе применяли импульсную терапию, комбинированное воздействие криотерапии и импульсных токов, переменное магнитное поле, магнитолазеротерапию, подводное вытяжение позвоночника, лечебную гимнастику.

При дисфиксационном механизме вертебрального синдрома на этапе прогрессирования для создания миофиксации назначали корсетирование, электропунктуру, лечебную гимнастику в изометрическом режиме. На стационарном этапе применяли электростимуляцию паравертебрально, подводный душ-массаж, лечебную гимнастику.

При дисгемическом механизме с целью улучшения микроциркуляции в тканях, прилегающих к диску, на этапе прогрессирования больным назначали дарсонвализацию, магнитотерапию. На стационарном этапе применяли инфракрасный лазер, магнитолазеротерапию, импульсные токи, электрофорез с никотиновой кислотой, эуфиллином, массаж, подводный душ-массаж, жемчужные ванны, лечебную гимнастику.

При асептико-воспалительном механизме применялась терапия, оказывающая противовоспалительное, обезболивающее, рассасывающее, трофическое действие. На этапе прогрессирования назначали э.п. УВЧ или ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах, на стационарном этапе: ультразвук или фонофорез с гидрокортизоновой мазью, инфракрасный лазер, магнитотерапию, парафино-озокеритовые аппликации, массаж, лечебную гимнастику.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий интегральные показатели заболевания достоверно ($p < 0,01$) уменьшились после лечения и при катamnестическом обследовании. По сравнению с контрольной группой – 60 пациентов, которым назначалась общепринятая реабилитация (аппаратная физиотерапия, массаж, ЛФК), выявлены достоверные различия ($p < 0,01$) в динамике интегральных показателей, как на шейном, так и на поясничном уровнях, причем до лечения показатели не имели достоверных различий (таб.).

При динамическом анализе реографического исследования установлено, что в процессе лечения кровенаполнение в бассейне позвоночной артерии повысилось на обеих сторонах. Реографический индекс достоверно ($p < 0,01$) повысился до 0,99 на больной и до 1,01 на здоровой стороне. Уменьшилась асимметрия тонуса. Коэффициент асимметрии до лечения составил – 61,9; после лечения – 11,9.

У больных с поражением поясничного отдела позвоночника в процессе лечения достоверно ($p < 0,05$) повысился реографический индекс бедер и голеней как на стороне болевого синдрома, так и на противоположной, понизился тонус сосудов, уменьшился коэффициент асимметрии.

При анализе отдаленных результатов проведенной физической реабилитации установлен стойкий положительный эффект. Ремиссия у 187 пациентов (74,8%) составила 369 ± 21 дней, тогда как у 58,3% пациентов (35 чел.) контрольной группы – через 116 ± 53 дней после лечения отмечалось обострение заболевания.

Таким образом, дифференцированная физиотерапия дорсалгий способствует регрессу основных интегральных показателей, отражающих выраженность болезненного процесса, нормализации данных реографического исследования, позволяет сократить сроки лечения и добиться стойкой ремиссии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИСХОДОМ ТРАВМЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КОМПЛЕКСНЫМ РЕГИОНАРНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИЕЙ ПЕРЕЛОМОВ, КРИОГЕННЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ

А. А. Гордич, Н. Л. Кузнецова

*ООО «Мединвест», «Центр амбулаторной хирургии,
травматологии и восстановительной медицины», г. Екатеринбург*

Комплексный регионарный болевой синдром (КРБС) нижних конечностей (НК) в трети случаев является осложнением поврежденных опорно-двигательного аппарата (ОДА). У пациентов с исходом травмы НК, осложненной КРБС и замедленной консолидацией переломов, стадии лечения и реабилитации, как правило, затягиваются, что в последующем приводит к инвалидности и/или ухудшает качество жизни. Часто это связано с дефектами диагностики повреждения, тактики или техники оперативного вмешательства. Даже после успешно проведенного лечения остается высокий процент неудовлетворительных результатов вследствие недостаточной и неадекватной реабилитации. Мы не исключаем, что неудовлетворитель-

ные результаты у таких пациентов обусловлены тяжелой степенью травмы (в том числе психологической), длительной иммобилизацией и неадекватным оперативным лечением (этапным или повторным). Эти факторы затягивают завершающий период травматической болезни, приводят к возникновению КРБС и замедляют консолидацию переломов.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с исходом повреждений НК, осложненной КРБС и замедленной консолидацией переломов, путем комплексной реабилитации нейротрофических осложнений травматической болезни с помощью криогенных технологий (КрТ).

В работе использованы клинический, рентгенологический, лабораторный методы исследования, анкетирование и статистическая обработка. Предложена гипотеза о нейротрофических осложнениях повреждений НК с позиции неблагоприятного течения травматической болезни. В исследование включено 25 пациентов с исходом травм НК, осложненных КРБС и замедленной консолидацией переломов. По полу распределение было следующим: мужчин 44%, женщин 56%. Самыми многочисленными были возрастные группы 41–50 лет (24%) и 51–60 лет (24%); самой малочисленной – группа свыше 71 года (8%). Сахарный диабет 2 типа, как сопутствующее заболевание, выявлен у 4 пациентов. На основании жалоб и результатов гониометрии отек и нарушение функции НК наблюдались у всех пациентов. Степень выраженности болевого синдрома определяли по шкале самооценки боли VAS. Для определения состояния психоэмоционального статуса применяли психометрические тесты (Цунга, Бека, Спилбергера). Перед лечением боль легкой степени отметили 36%, средней 20% и тяжелой 44% пациентов. По данным психометрических тестов, перед лечением выявлено наличие депрессии легкой степени у 48%, умеренной – у 12%, тяжелой – у 24% пациентов. У 16% пациентов депрессия отсутствовала. Показатели тревоги, как состояния, установлены у 12% пациентов, как черты личности – у всех. В лечении 18 пациентов использованы консервативные методы, в остальных случаях – остеосинтез. Предварительные исследования периферического кровотока и вегетативного профиля установили у всех пациентов однонаправленный характер изменений. Это позволило применить универсальное решение коррекции КРБС с замедленной консолидацией переломов у пациентов с травмами НК при помощи предложенной нами медицинской технологии «Способ коррекции вегетативной регуляции организма» (ФС № 2010/347 от 21.01.2010 г.), включающей операцию периаартериальную криосимпатодеструкцию (ПКСД) дорзальной артерии стопы, курс криотерапии № 10 и медикаментозную коррекцию.

Оценка рентгенологических результатов через месяц после операции показала появление признаков оптимизации репаративной регенерации.

К трем месяцам рентгенологически определялись различные степени консолидации костной ткани. На наш взгляд, применение медикаментозной терапии в комплексной реабилитации пациентов позволило оптимизировать и ускорить процесс репаративной регенерации, достигаемый с помощью КрТ. Повторное определение уровня боли и состояния психоэмоционального статуса провели через 1 месяц после операции. Боль легкой степени отметили 80% пациентов; у остальных боли не было. Депрессия легкой степени определена у 24% пациентов; у остальных депрессии не было. Показатели тревоги, как состояния, установлены у 4% пациентов, как черты личности – у всех. На основании жалоб и результатов гониометрического обследования у всех пациентов восстановилась функция НК в разной степени. Исходя из вышеперечисленного, использование комплексной реабилитации, включающую ПКСД с локальным криотерапевтическим воздействием и медикаментозную коррекцию, позволило улучшить результаты лечения – 92% отличных и хороших результатов, 8% удовлетворительных.

Итак, нами выдвинута и подтверждена гипотеза о том, что повреждения НК, в ряде случаев, начиная с физиологических ответов приспособительного характера, демонстрируют глубину изменений в различных системах организма. Объемные хирургические вмешательства (часто неадекватные) и/или длительная иммобилизация обуславливают стадийный процесс, приводящий даже при повреждении одного сегмента ОДА к травматической болезни и КРБС с нарушением функции НК. Замедление консолидации переломов у этих пациентов усугубляет их состояние. Подход к лечению таких повреждений и осложнений исключительно с позиции большой хирургии, исключая индивидуальную реабилитацию, минимизирует шанс на положительный исход. Применение индивидуального подхода к реабилитации пациентов с использованием КрТ позволило купировать нейротрофические осложнения с болевым синдромом, достичь консолидации переломов, восстановить нарушенную функцию НК, избежать инвалидности и улучшить качество жизни.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Е. В. Егорова, А. В. Яшков, А. С. Ардатова

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

НИИ Восстановительной медицины и реабилитации, г. Самара

Изучение механизмов репаративной регенерации костной ткани продолжает оставаться одним из ведущих и фундаментальных научных на-

правлений травматологии и ортопедии. Несмотря на многообразие способов лечения повреждений опорно-двигательного аппарата, удельный вес посттравматических осложнений, связанных с нарушением репаративного остеогенеза, продолжает расти. Ведущими в патогенезе замедленной консолидации, несращённого перелома, ложного сустава является ухудшение кровоснабжения и стойкие гемомикроциркуляторные нарушения.

В качестве действующего лечебного физического фактора нами впервые использована повышенная гравитация с вектором центробежных сил краниокаудального направления, создаваемая с помощью лечебной центрифуги короткого радиуса действия. Повышенная гравитация относится, с учетом физической природы используемого лечебного фактора, к физиотерапии и является реабилитационным средством в лечении и профилактике больных с патологией опорно-двигательной системы.

В отделении гравитационной терапии клиник СамГМУ для травматологических и ортопедических больных разработаны новые методики лечения, предусматривающие воздействие повышенной гравитации с целью стимуляции репаративного остеогенеза и профилактики нарушений репаративных процессов при неосложненных диафизарных переломах нижних конечностей, а также у больных с осложненными переломами нижних конечностей: замедленная консолидация, несращенный перелом (патенты РФ № 2145823 от 27.02.2000, № 2146115 от 10.03.2000, № 2145824 от 27.02.2000), посттравматический остеомиелит (патенты на изобретение РФ № 2225189 от 10.03.2004 и № 2225190 от 10.03.2004). В ортопедическую практику внедрен способ лечения больных с начальными формами деформирующего артроза (патент на изобретение РФ № 2145824 от 27.02.2000), остеохондрозом.

Целью нашей работы является изучить эффективность применения гравитационной терапии у больных с заболеваниями опорно-двигательной системы за 5 лет.

В центре гравитационной терапии клиник СамГМУ за период с 2009 по 2013 годы гравитационная терапия применена у 300 больных. Из них: пациентов с замедленной консолидацией переломов нижних конечностей было 115 человек; больных с деструктивно-дистрофическими заболеваниями нижних конечностей – 26 человек; с остеохондрозом позвоночника – 113 человек; с посттравматическим остеомиелитом нижних конечностей – 46 человек.

Пациенты, в лечении которых применялась гравитационная терапия, составили основную группу наблюдения. В данной группе совместно с гравитационной терапией проводилась комплексная терапия в виде: лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтических процедур, ГБО.

Группу сравнения составили 300 пациентов с вышеуказанными заболеваниями. Им проводилась такая же комплексная терапия, но без применения гравитационной терапии.

Оценку эффективности проведенного лечения осуществляли следующими диагностическими методами: физикальный осмотр (цвет кожных покровов, оценка трофических изменений, пальпация артерий в доступных местах, оценка кожной температуры стоп, измерение окружности конечности на разных уровнях, определение силы мышц, измерение объема движений в суставах); клинико-рентгенологический метод; реовазография; электромиография.

Отдаленные результаты изучены у 225 пациентов, из них 140 пациентов из основной группы наблюдения. Положительные клинические проявления были отмечены в обеих группах. Однако в основной группе они были наиболее выраженными и наиболее стойкими по отношению в группе сравнения. Данные положительных изменений коррелировали с функциональными показателями данных реовазографии, электромиографии.

Результаты лечения оценивались в процентном соотношении. В группе сравнения: 38% хорошо, 42% удовлетворительно, 20% неудовлетворительно. В основной группе пациентов лечившихся с применением гравитационной терапии отдаленные результаты составили: 45% хорошо, 50% удовлетворительно, 5% неудовлетворительно.

Таким образом, применение гравитационной терапии в основной группе пациентов в комплексе реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательной системы нижних конечностей привело к увеличению положительных исходов.

Наш опыт показал, что внедрение в комплекс реабилитационных мероприятий гравитационной терапии позволяет избежать дополнительных оперативных вмешательств, снизить риск возможных осложнений, предупредить инвалидизацию у больных травматологического и хирургического профиля и тем самым повысить эффективность лечения в общем комплексе восстановительных мероприятий. Все это обосновывает более широкое внедрение гравитационной терапии в сферу деятельности Центров восстановительного лечения и реабилитации, лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

С. В. Иванова, И. Е. Савельева, А. А. Шуйкина

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

*ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр
медицинской реабилитации»*

В настоящее время не разработана единая тактика в отношении лечения одного из самых распространенных заболеваний – остеохондроза. Актуальность проблемы остеохондроза становится острее с каждым годом, болезнь склонна к постоянному «омоложению», уже у детей младшего школьного возраста наблюдаются признаки этого заболевания.

Цель нашего исследования состояла в оптимизации лечебной тактики, улучшения результатов лечения остеохондроза шейного отдела позвоночника (ШОП) и популяризации лечебной физкультуры среди пациентов.

Методы исследования: методы соматометрии, соматоскопии, изучение общего состояния пациентов, их отношения к проводимому лечению методом анкетирования, данные динамического наблюдения бригады реабилитологов.

Нами были обследованы 70 пациентов с остеохондрозом ШОП, которые были разделены на 3 группы: I – ее составили 23 пациента, которым проводился массаж и постизометрическая релаксация мышц (ПИРМ) на фоне медикаментозного лечения; II – группа была представлена 25 пациентами, лечение которых включало массаж шейно-воротниковой зоны, ПИРМ, лечебную гимнастику и медикаментозное лечение; III – 22 пациента, лечение которых не включало массаж, методику ПИРМ и лечебную гимнастику, но им проводилось физиотерапевтическое и медикаментозное лечение.

В результате исследования была доказана зависимость результатов лечения остеохондроза ШОП от объема проводимого лечения. Установлено, что оптимальным является лечение во второй группе исследования, то есть проведение массажа шейно-воротниковой зоны, методики ПИРМ и лечебной гимнастики (более эффективно – 15 занятий).

Таким образом, только активное комплексное лечение способствует достаточному улучшению общего состояния пациентов с ШОП, улучшению их качества жизни, увеличению межрецидивного периода, позволяя, кроме этого, настроить больных на положительный результат лечения, а также популяризовать среди них активные методы немедикаментозного лечения – лечебную гимнастику.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

И. В. Кирпичев, Д. А. Бочаров, И. В. Васин

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн»

Боль в спине является одной из наиболее распространенных причин обращения пациентов за медицинской помощью. Больные с данными проблемами обращаются за помощью к врачам различных специальностей. Боль развивается с одинаковой частотой у лиц разного возраста, пола, профессий. Ее частота достигает 85%. Вертеброгенный болевой синдром может быть как самостоятельной патологией, так и сопровождать другие заболевания суставов. Так, наиболее распространенной причиной неудовлетворенности пациентов после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, не связанной с имплантированной конструкцией, является боль в поясничном отделе позвоночника (hip-spine syndrome). В последнее время в литературе появились данные об эффективном купировании вертеброгенного болевого синдрома с использованием малоинвазивных хирургических технологиях. Одной из подобных систем является радиочастотная абляция.

Цель – оценить эффективность применения радиочастотной абляции у пациентов с вертеброгенным болевым синдромом.

Эффективность купирования болевого синдрома оценено у двенадцати пациентов, которым выполнена радиочастотная абляция в ортопедическом отделении ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн». Среди больных преобладали женщины (8 женщин, 4 мужчин). Возраст пациентов варьировал от 25 до 46 лет. В большинстве случаев был поражен поясничный отдел позвоночника – 11 пациентов (3 – спондилоартроз в результате hip-spine синдрома; 7 – остеохондроз, спондилоартроз, спонделез; 1 – вторичный остеохондроз, спонделез, спондилоартроз в результате сколиотической деформации), у одного пациента был поражен шейный отдел позвоночника. Для оценки интенсивности болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала боли (VAS), представляющая собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли – «боли нет», а конечная точка на шкале отражает мучительную невыносимую боль – «нестерпимая боль». Пациенту предлагалось до и после процедуры выполнить на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им болевых ощущений.

До проведения радиочастотной абляции все пациенты прошли курс консервативного лечения. При поступлении в стационар интенсивность боле-

вого синдрома соответствовала высокой ($9,0 \pm 0,8$ баллов). У всех больных отмечался также выраженный миофасциальный синдром. После проведения процедуры интенсивность болевого синдрома на следующий день составил $3 \pm 0,8$ баллов, что соответствовало по визуальной аналоговой шкале боли низкую интенсивность данного синдрома. В одном случае у пациентки со вторичным спондилоартрозом на фоне сколиотической деформации интенсивность вертеброгенной боли снизилась до 6 баллов. Данное обстоятельство можно объяснить многокомпонентностью хронического болевого синдрома, где кроме ноцицептивной составляющей имеются также нейрогенные и психогенные компоненты боли.

Следовательно, у всех пациентов в результате проведения радиочастотной абляции удалось получить хорошие результаты, снизив интенсивность болевого синдрома с высокой до низкой. Данный метод является перспективным высокоэффективным методом, позволяющим в короткое время купировать вертеброгенный болевой синдром.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

**И. В. Кирпичев, С. Е. Бражкин, А. С. Бражкин,
А. Ю. Очаковский, И. В. Бережков, О. Г. Иванова**

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн»

Наиболее распространенным оперативным вмешательством, проводимым по поводу тяжелого коксартроза, в настоящее время является первичная артропластика тазобедренного сустава. Данная хирургическая манипуляция позволяет в короткие сроки эффективно избавить человека от боли, восстановить амплитуду движений и тем самым значительно улучшить качество жизни пациента с данной патологией. В последние годы отмечается тенденция к увеличению количества эндопротезирований, что связано с расширением показаний и доступности данного оперативного лечения. Результаты лечения во многом определяет правильно организованная реабилитация больных. С 2013 года в ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн» открыто отделение медицинской реабилитации, где осуществляется помощь пациентам после перенесенных травм, ортопедических операций.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности восстановления функции тазобедренного сустава у больных после первичного эндопротезирования в условиях отделения медицинской реабилитации.

Для достижения данной цели обследовано 124 человека (72 женщины и 52 мужчины), средний возраст составил 54 ± 8 лет, которым проводилось тотальное первичное эндопротезирование тазобедренного сустава. Во всех случаях применялся бесцементный способ фиксации эндопротеза. В зависимости от этиологии, послужившей причиной оперативного вмешательства, больные распределены следующим образом: диспластический коксартроз – 19%; асептический некроз головки бедра – 18%; идиопатический коксартроз – 45%; посттравматический коксартроз – 16%, вторичное поражение сустава, вследствие ревматоидного артрита – 2%. В исследовании не принимали участие пациенты с двусторонним поражением и пациенты с осложнениями в раннем послеоперационном периоде (вывих головки бедренной кости, инфекционные, тромбоэмболические осложнения). Для оценки эффективности восстановления функции тазобедренного сустава применялось анкетирование по количественной шкале Харриса. В этой системе оценки наибольшее количество баллов (44) отведено проявлению болевого синдрома. Три других показателя (хромота, использование дополнительной опоры и возможность ходьбы на большие расстояния) оценивают по 11 баллов каждый, остальные – от 4 до 1 балла. Оценка проводилась при поступлении в отделение (4 ± 1 неделя после проведения оперативного вмешательства) и при выписке.

Полученные результаты. При поступлении в отделение медицинской реабилитации результаты анкетирования по шкале Харриса распределились следующим образом: диспластический коксартроз – 46 ± 5 баллов; асептический некроз головки бедра – 60 ± 8 баллов; идиопатический коксартроз – 56 ± 8 баллов; посттравматический коксартроз – 67 ± 6 баллов, вторичное поражение сустава, вследствие ревматоидного артрита – 43 ± 6 баллов. Основными жалобами у пациентов были сохраняющаяся низкая амплитуда движения тазобедренного сустава; мышечные боли, локализующиеся в передней группе мышц и абдукторах; трохантериты и вертеброгенные боли. После проведенного курса восстановительного лечения у всех пациентов удалось получить положительные результаты. Полученные баллы по шкале Харриса распределены следующим образом: диспластический коксартроз – 72 ± 4 баллов; асептический некроз головки бедра – 84 ± 6 баллов; идиопатический коксартроз – 79 ± 4 баллов; посттравматический коксартроз – 87 ± 6 баллов, вторичное поражение сустава, вследствие ревматоидного артрита – 74 ± 5 баллов. При анализе полученных данных видно, что наиболее высокий уровень восстановления тазобедренного сустава отмечен у пациентов с асептическим некрозом тазобедренного сустава и посттравма-

тическим коксартрозом. Подобные результаты можно объяснить менее выраженными изменениями статико-динамической функции у данной группы пациентов.

Выводы. У всех пациентов после комплексного лечения в отделении медицинской реабилитации удалось восстановить функцию оперированного сустава выше 72 баллов, что соответствует хорошему результату. Лучшие показатели отмечены у больных из группы посттравматических коксартрозов и асептического некроза головки бедренной кости.

КИНЕМАТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ КАК МАРКЕР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

С. В. Королева

ФГОУ ВПО ИвИ ГПС МЧС России

Одной из краеугольных проблем в лечении и реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями суставов является их междисциплинарный характер, требующий участия в ведении таких больных врачей нескольких специальностей – терапевтов, ревматологов, неврологов, ортопедов, реабилитологов. Разные подходы к оценке эффективности лечения – устранение боли, восстановление чувствительности или оси конечности, – не отражают требования и исход в функциональную реабилитацию при ее очевидной социально-экономической значимости.

Цель исследования – установить/опровергнуть возможность использования в качестве маркера эффективности реабилитации показатель фронтальной кинематической нестабильности по данным стабилметрического исследования в динамике междисциплинарного ведения больных гонартрозом, в том числе, в динамике применения консервативных ортопедических изделий.

Обследовано 216 стационарных больных ОА КС в возрасте 30–75 лет (средний возраст – $53,2 \pm 0,9$ лет), 165 женщин и 51 мужчина. Контрольная группа состояла из 40 человек в возрасте $49,7 \pm 2,5$ лет без «суставных» жалоб. Диагноз ОА КС устанавливали по классификационным критериям R.D. Althman et al. (1991), рентгенологическую стадию – по классификации J. Kellegren и J. Lawrence (1957). Специальные обследования – стабилметрия с тестом Ромберга и степ-тестом (стабилметрический комплекс НМФ «МБН», г. Москва), для выявления уровня компенсации опорно-двигательной системы выполнялась интерференционная и стимуляционная нейромиография (ООО «Нейрософт», г. Иваново) и плантография.

Особенности строения и функции коленного сустава (3 степени свободы, сгибание с выкатыванием) позволяют достаточно длительное время компенсировать возникающие при гонартрозе статико-динамические нарушения. Болевой синдром хорошо купируется применением современных анальгетиков, НПВС и хондропротекторов. Поэтому рекомендованная EULAR для ортопедической коррекции 2 рентгенологическая стадия и выше с ригидным болевым синдромом в случае гонартроза практически не выполняется. Метрологические проблемы использования в качестве маркера интенсивности болевого синдрома ВАШ и оценочные шкалы (WOMAC и др.) актуализируют дальнейший поиск объективных маркеров.

В основу предложенной технологии реабилитации при ОА КС положено понятие кинематической нестабильности (КН) коленных суставов (КС), выявляемой при стабилметрическом исследовании и проявляющейся усилением фронтальных (боковых) колебаний при удержании равновесия (в норме их соотношение с сагиттальными колебаниями 1 : 1,5–2) (патент на изобретение № 2325839). Во всех подгруппах наблюдения (первичный гонартроз, ОА КС с реактивным синовитом, пациенты пожилого возраста, больные с крайней стадией развития заболевания) выявлена фронтальная КН, более выраженная при закрывании глаз. Данный феномен указывает на проприоцептивную недостаточность опорно-двигательной системы, прогрессивное развитие которой у больных ОА КС выявляется не только на стороне пораженного, но и непораженного КС. Установлено, что КН КС характерна для больных ОА КС даже в отсутствие симптомов обострения заболевания. Динамика КН КС неуклонно прогрессирует при увеличении рентгенологической стадии заболевания, значимо ухудшаясь после III стадии, когда достоверно увеличивается угол наклона колебаний, что свидетельствует о срыве компенсаторных возможностей опорно-двигательной системы. Была рассмотрена группа больных ОА КС, поступивших в стационар для корригирующей остеотомии из-за упорного болевого синдрома. Объективно установлено исчерпание компенсаторных возможностей опорно-двигательного аппарата и вовлечение в процесс поддержания равновесия вышележащих структур, что определяет необратимый характер изменений.

Установленные закономерности позволили выделить 2 типа КН КС при ОА, различаемых по результатам стабилметрии: 1. Динамический тип – исходная фронтальная КН усиливается после степ-теста; 2. Статический тип – исходная фронтальная КН уменьшается после степ-теста, то есть при ОА КС целевым является достижение фронтальной КН с преобладанием статического компонента. Изолированную КН КС при купированном болевом синдроме необходимо корригировать средствами ортопедической коррекции. Тип корригирующего изделия возможно персонифицировать: при от-

клонении оси колебаний по результатам плантографии на стопе – стелька с латеральным скосом; при фронтальной КН без выраженной асимметрии оси колебаний на стопе – наколенник с боковыми вставками (стабилизаторами). Угол наклона изделия необходимо подбирать до максимального уменьшения КН КС.

Отдаленные результаты лечения оценены у 38 больных ОА КС при повторном обследовании через 9–12 месяцев. Установлено, что значимые взаимосвязи существуют в группе пациентов, применявших в комплексе лечения изделия коррекции, между показателем индекса боли (WOMAC) и уменьшением абсолютного смещения общего центра масс на стабилотрамме (ОЦМ) во фронтальной плоскости ($r = +0,38$, $p < 0,05$), а также между углом наклона колебаний (показатель стабилотраммы) и функциональным индексом (WOMAC) ($r = +0,42$, $p < 0,05$). В этом случае применение изделий ортопедической коррекции в 2,33 раза повышает возможность благоприятного для пациента исхода в виде уменьшения боли и улучшения функции суставов.

Таким образом, фронтальная КН КС может быть использована в комплексе реабилитационных мероприятий больных гонартрозом в качестве маркера восстановления статико-кинетической функции суставов, позволяющая на основе объективных критериев оценить функцию КС при ОА, а также дифференцированно назначить изделие консервативной ортопедической коррекции, что в 2,33 раза повышает вероятность благоприятного прогноза и эффективность лечения.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**А.Н. Новосельский, А.А. Быков, О.И. Пузырев,
И.В. Белов, И.А. Сеницкий, А.В. Воробьев, С.Н. Бушков**
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России
*ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр
медицинской реабилитации»*

Для управления процессом медицинской реабилитации пациентов с двигательными дефектами необходима объективная оценка двигательного стереотипа. В последние десятилетия для диагностики нарушений статической и динамической составляющей двигательного стереотипа широко используются аппаратные методы. Обычно эти системы предназначены для решения какой-либо одной узкой задачи – регистрации нарушений позвоночника, особенностей шага и т. д.

Перспективным образом, позволяющим регистрировать как статическую, так и динамическую составляющие двигательного стереотипа человека является программно-аппаратный комплекс «Стабилан – 3D» (патент на полезную модель РФ № 94831 от 10 июня 2010 г. и патент на изобретение РФ № 2442533 от 20 февраля 2012 г.). Программно-аппаратный комплекс объединяет в единое целое разработку ЗАО ОКБ «Ритм» г. Таганрог «Стабилан-01» и систему компьютерной кифосколиозографии (ККСГ). Комплекс предназначен для регистрации, слежения во времени, качественной оценки, анализа и моделирования структур опорно-двигательного аппарата человека в трехмерном пространстве одновременно с положением центра тяжести человека в статике и динамике.

Для ККСГ используются две (или более) цифровые видеокамеры, изображение с которых вводится в компьютер и обрабатывается программным обеспечением комплекса. Результатом обработки являются изображения линий, проведенных по меткам, проставленным на теле пациента. В принятой методике обследования используются: для вида – сзади линия остистых отростков позвоночника, линия, соединяющая нижние углы лопаток, линия, соединяющая задние верхние ости таза. На изображениях проекций отражается также положение проекции центра тяжести тела. Для вида спереди – линия грудины, передних верхних остей таза, линия проекций головок большеберцовых костей на поверхность тела. График трехмерной кривизны (или радиуса кривизны) по длине позвоночника. График математического кручения линии меток по остистым отросткам. Трехмерная визуальная модель формы позвоночника. Ряд расчетных числовых показателей. Масштабированная модель скелетно-мышечной системы. Используемые в системе числовые показатели выбраны таким образом, чтобы по ним можно было с достаточной точностью восстановить трехмерное положение структур позвоночного столба и опорно-двигательного аппарата. Так же имеется возможность получения стандартных, общепринятых показателей, например кривизмы грудного и поясничного отделов позвоночника (методика Ф. Ф. Огиенко). Программное обеспечение комплекса позволяет подготовить для врача-специалиста предварительное диагностическое заключение, а так же провести донозологическую диагностику нарушений позвоночного столба (оценка типов «кручения» по А. Н. Новосельскому).

Как было установлено, «кручение» позвоночника является физиологической и конституциональной нормой, причем пространственная ориентация позвоночного столба зависит от структурно – функциональных асимметрий человека: I тип – праворукий-правоногий, II тип – леворукий-правоногий, III тип – праворукий – левоногий, IV тип – леворукий-левоногий. Установление типологии нарушений кручения позволяет выделить в обследуемой

популяции группу риска развития нарушений опорно-двигательного аппарата. Таким образом, предлагаемый комплекс обладает многочисленными достоинствами: валиден, точен, не инвазивен, обладает большими возможностями моделирования. Идеален для скрининговых обследований. С 1996 года по настоящее время комплекс постоянно развивается, в 2006 удостоен серебряной медали Московского форума инвестиций и инноваций.

Таким образом, аппаратные методы исследования позволяют объективизировать двигательный дефект пациента, существенно дополнить клиническое исследование и эффективно управлять процессом реабилитации.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО СИДЕНИЯ «ДУОСИТ» КАК СРЕДСТВО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

А. Н. Новосельский, А. А. Быков, О. И. Пузырев, Н. А. Быкова

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

*ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр
медицинской реабилитации»*

В реабилитационном процессе широко используются различные средства медицинской реабилитации, в том числе для разгрузки позвоночного столба. Это фиксаторы, пояса-корсеты, реклинаторы, экзоскелетоны, тренажеры. Устройством, позволяющим снять негативное воздействие длительного сидения на позвоночник является стул (кресло) «Дуосит». В этой разработке реализованы патенты на изобретение РФ на способ разгрузки позвоночного столба и устройство для длительного сидения (патент на изобретение РФ № 2199258 от 27 февраля 2003 года, патент на изобретение РФ № 2206295 от 20 июня 2003 года) а так же многочисленные зарубежные патенты.

Данное кресло (стул) имеет раздвоенные и подвижные в определенных пределах сидение и спинку. Разгрузка позвоночного столба при сидении на кресле «ДУОСИТ» достигается за счет того, что каждый седалищный бугор размещается на отдельной подвижной в определенных пределах опоре, части спины слева и справа от позвоночного столба опираются на отдельные опорные элементы, также имеющие некоторую подвижность с возможностью регулировки. В результате сохраняется естественное положение позвоночного столба с минимальным сколиозированием в виде «кручения» по А. Н. Новосельскому (2000).

Образно можно сказать, что на «Дуосите» человек «сидя – стоит» либо «сидя – идет». Устройство может использоваться в корригирующем (лечебном, дифференцированном) и профилактическом (не дифференцированном)

режимах, что зависит от определенной фиксированной асимметричной подвижности половинок сидения и спинки. Мы с 2003 по 2014 гг. проводили многоэтапное исследование влияния устройства для длительного сидения «Дуосит» на организм человека. На первом этапе, в 2003–2004 гг. было обследовано 544 сотрудников ООО «Тюментрансгаз», часть из которых (20,4%, 111 человек) использовала в своей работе данное устройство. Всем испытуемым проводилось компьютерное кифосколиозографическое исследование с помощью комплекса «Стабилан-3D» в 2003 и 2004 годах, анкетирование у 111 человек, сидевших на стуле «Дуосит», углубленное вертеброневрологическое исследование у 45 человек.

Обследованные сотрудники использовали кресло «Дуосит» в течение года, за это время в 100% наблюдений обострений вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы и дискомфорта в зоне позвоночного столба не отмечалось. На втором этапе в 2009 г. проводилось исследование ряда антропометрических показателей (диагональных размеров человеческого тела, расстояний между задней верхней подвздошной остью справа и слева и ключично-акромиальным сочленением лопатки контралатеральной стороны) у 61 человека, 23 детей и 38 взрослых. Измерения проводились в положении стоя, в удобной стойке, сидя на обычном стуле, сидя на стуле «Дуосит» и в положении лежа. Установлены, вне зависимости от возраста и пола достоверные отличия диагональных размеров сидящих на обычном стуле и стуле «Дуосит». Диагональные размеры в положении стоя соответствовали размерам сидя на стуле «Дуосит». На третьем этапе в 2012–2013 гг. с помощью электронейромиографа Нейро-МВП-8 фирмы «Нейрософт» проводились миографические исследования биоэлектрической активности мышц разгибателей спины справа и слева в зоне вершины поясничного лордоза (LIII) и зоне тороко-люмбального перехода (DXII-LI) справа и слева сидя на обычном стуле и стуле «Дуосит» у 20 испытуемых. Длительность исследования – 15 минут, выполнялось тестовое задание – сгибание и разгибание стопы в голеностопном суставе. Установлена высокодостоверная коррелятивная зависимость между тестовыми движениями и повышением активности мышц разгибателей спины на двух уровнях сидя на стуле «Дуосит». Сидя на обычном стуле такая связь отсутствовала, иначе движения стоп никак не сказывались на состоянии тонуса разгибателей спины у сидящих на обычных стульях. Простота регулировки позволяет использовать «ДУОСИТ» для профилактики и лечения различных заболеваний ортопедам, мануальным терапевтам, вертеброневрологам и неврологам, а также врачам других специальностей. Настройка кресла для использования в лечебном режиме проводится на основании имеющихся у пациента структурно-функциональных асимметрий, а также имеющегося у пациен-

та патологического процесса (нарушения осанки, остеохондроз, сколиоз и т. д.). Профилактический режим обеспечивается стандартной установкой допустимой подвижности. Таким образом, «ДУОСИТ» позволяет идеальным образом учитывать индивидуальные конституциональные особенности, может использоваться как средство разгрузки позвоночного столба в положении сидя.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

В.А. Поляков, М.В. Шелыхманова, Е.И. Растопина, Е.Е. Костеева
ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России
НИИ Восстановительной медицины и реабилитации, г. Самара

Дорсалгия, причиной, которой чаще всего является остеохондроз позвоночника – одна из важнейших проблем современной медицины. Ограничение физической активности, снижение трудоспособности и качества жизни, и инвалидизация – все это делает остеохондроз позвоночника не только медицинской, но и важной социальной проблемой.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения аппаратно-программного комплекса «DAVID BACK CONCEPT» (АПК DBC, Германия) для диагностики функционального состояния позвоночника и выработки механизмов компенсации.

Диагностическая система АПК DBC позволяет определять подвижность различных отделов позвоночника, силу мышц, расположенных вдоль позвоночного столба, состояние баланса силы мышц агонистов и антагонистов. На основании полученных данных составлялась индивидуальная программа тренировок для каждого пациента. Занятия, продолжительностью 1–1,5 часа проводились врачом ЛФК 3 раза в неделю, курсом от 12 до 24 процедур. В процессе занятий достигалось устранение дисбаланса симметричных мышечных групп шеи и туловища, восстановление оптимального соотношения силы сгибателей и разгибателей, укрепление основных мышечных групп позвоночника и разгрузка позвоночника. В результате проведенного лечения (56 мужчин и 42 женщины с остеохондрозом 2 и 3 стадии) все больные отмечали уменьшение болевого синдрома, увеличение активности, улучшение ночного сна и улучшение настроения. Повторное тестирование на АПК DBC по окончании курса лечения показало, что у 86% больных полностью ликвидирован дисбаланс мышц, а у остальных он значительно уменьшился. У всех больных изометрическая максимальная сила мышц раз-

гибателей и сгибателей спины в поясничном отделе, боковых мышц туловища и косых мышц живота увеличивалась до нормальных величин. У 92% больных амплитуда движений в суставах позвоночника восстановилась до физиологической нормы. Ни в одном случае не наблюдалось обострения процесса, а 94% пациентов полностью избавились от болей в спине. В дальнейшем больные продолжали регулярные тренировки в зале, оборудованном спортивными тренажерами. Спортивные тренажеры, использующие тяговый принцип, позволяют эффективно укреплять мышцы, формирующие мышечный корсет без создания нагрузки на позвоночник и одновременно включать элементы релаксации. Все больные обучались специальной технике выполнения упражнения, включающей в себя работу преодолевающего характера, кратковременное изометрическое напряжение, работу уступающего характера с последующей релаксацией.

Опыт нашей работы показал, что большинство больных остеохондрозом позвоночника со 2–3 стадией заболевания пройдя курс реабилитации с использованием АПК ДВС и продолжая систематически заниматься в тренажерном зале, создают стойкие механизмы компенсации, добиваются стойкой многолетней ремиссии.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ II–III СТЕПЕНИ

В. А. Поляков, М. В. Шелыхманова, А. В. Яшков, И. И. Лосев

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

НИИ Восстановительной медицины и реабилитации, г. Самара

Сколиоз – тяжелое прогрессирующее заболевание позвоночника, нарушающее функцию внутренних органов, снижающее качество жизни, часто приводящее к инвалидности.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных диспластическим сколиозом II–III степени путем разработки нового лечебного комплекса, включающего патогенетически обоснованные сочетанные физиотерапевтические факторы и средства ЛФК.

Для реализации поставленной цели нами предложен комплекс консервативного лечения детей со сколиозом II и III степени выраженности. По нашим наблюдениям в течение 3 лет находилось 92 пациента в возрасте от 9 до 18 лет, с диагнозом диспластический сколиоз II и III степени с дугой позвоночника от 20 до 60° по В. Д. Чаклину (1973). Из них 50 детей были разделены методом случайной выборки на две группы. Группу сравне-

ния (25 человек) составили 15 пациентов (60%) со сколиозом II степени и 10 (40%) – III степени. Они получали традиционную консервативную терапию, включающую занятия лечебной гимнастикой, лечебный массаж и электростимуляцию паравертебральных мышц спины (на курс по 10 процедур каждого вида лечения, проводимых ежедневно на фоне витаминотерапии). В основной группе, где был применен разработанный нами новый лечебный комплекс, у 20 детей (80%) был диагностирован сколиоз II степени, у 5 (20%) – сколиоз III степени. Как в основной, так и в группе сравнения курс консервативного лечения проводился два раза в год. До и после проведенного курса лечения всем больным проводилась комплексная диагностика, включающая клинично-рентгенологическое обследование, компьютерную оптическую топографию, электромиографию мышц спины, оценку функции внешнего дыхания и электротермометрию, определение статической и силовой выносливости мышц. Полученный материал подвергался статистической обработке и системному многофакторному анализу. Контрольное обследование проводилось 1 раз в год. Разработанный нами комплекс консервативной терапии включал одновременное применение локальной гипобаротерапии и ДДТ-терапии, сочетанное воздействие массажа и электростатического поля, разгрузку позвоночника, дифференцированную кинезотерапию и оптимизацию режима дня с использованием специального устройства для разгрузки позвоночника.

Реабилитационные мероприятия начинали с лечебной гимнастики. Занятия проводили ежедневно по 30-40 мин малогрупповым методом. Для каждого пациента составляли индивидуальный комплекс лечебной гимнастики с учетом типа и стороны деформации позвоночника. Большинство упражнений пациенты выполняли в корригирующих исходных положениях; тренировку мышц проводили на фоне функциональной разгрузки позвоночника. Физиотерапевтическое лечение начинали с процедур лечебного массажа на специальном устройстве для лечения заболеваний позвоночника (Патент РФ № 56813 от 27.09.2006). Данное устройство позволяет провести сочетанное воздействие механическим и электростатическим факторами. Затем выполнялась разгрузка позвоночника в лордозующем положении. После разгрузки позвоночника применяли локальную гипобаротерапию методом адаптированной вакуум-коррекции. Одновременно с гипобаротерапией, выполняемой на стороне вогнутости, на выпуклой стороне, с целью повышения тонуса мышц, проводили диадинамотерапию. С целью уменьшения статического напряжения мышц спины в домашних условиях рекомендовали при чтении и письме использовать разработанное нами устройство для разгрузки позвоночника (патент на полезную модель № 58356 от 10.01.2006) в виде кушетки с наклонной плоскостью.

В результате лечения рентгенологически у детей со сколиозом II степени во второй группе после лечения величина сколиотической дуги в грудном отделе уменьшилась в среднем на $4,25 \pm 0,3^\circ$, или на 22,7% от исходного ($p < 0,05$), в первой на $1,6 \pm 0,1^\circ$, или на 9% от исходного ($p > 0,05$), в поясничном отделе у пациентов основной группы сколиотическая дуга уменьшилась в среднем на $4 \pm 0,4^\circ$, или на 22% от исходного ($p < 0,05$), у пациентов группы сравнения – на $2 \pm 0,2^\circ$, или на 10,4% от исходного ($p > 0,05$). У пациентов с III степенью сколиоза достоверных различий между группами не было. После лечения достоверное увеличение амплитуды осцилляций ЭМГ наблюдалось во 2 группе от *m. trapezius sinistri* у пациентов со II степенью сколиоза в 1,9 раза, а у пациентов с III степенью сколиоза в 2,4 раза. В процессе лечения происходили положительные изменения, ведущие к улучшению ФВД в обеих группах. Во 2 группе эти изменения по 3 показателям (ДО, МОД, продолжительность выдоха) были достоверно лучшими. Теплоотдача спины во второй группе по сравнению с первой становилась выше в среднем на $1,0 \pm 0,4^\circ\text{C}$. Достоверно значимые изменения в показателях КОТ произошли у детей со II степенью сколиоза. В первой группе улучшились 2 показателя (РТИ и РТИ-ОГ), а во второй – 3 (РТИ, РТИ-ОГ, РТИ-S). Силовая выносливость прямой мышцы живота в группе сравнения достоверно не изменилась: оценка «плохо» – у 95,24% детей, в основной группе – у 100% пациентов была оценка «удовлетворительно». При II степени деформации стабилизация течения заболевания наблюдалась в основной группе у 80% детей, а в группе сравнения – у 46,6% ($p < 0,05$), при III степени – разница была не достоверной. Бурное прогрессирование деформации регистрировалось только в контрольной группе у 26,7% детей со сколиозом II степени и у 40% – III.

Результаты проведенного исследования показали, что при сколиозе II–III степени использование предложенного комплекса лечебных мероприятий способствует стабилизации патологического процесса, улучшает функциональное состояние мышечной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, а при сколиозе II степени уменьшает функциональный компонент искривления позвоночника.

ВЛИЯНИЕ СПОРТИВНЫХ НАГРУЗОК НА ПОЗВОНОЧНИК ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКОЙ

И. С. Речкин, И. Е. Савельева, А. А. Шуйкина, О. И. Пузырев

МУЗ «Навашинская ЦРБ», г. Навашино

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

*ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр
медицинской реабилитации»*

Сколиоз относится к одной из важных проблем медицины. К настоящему времени под влиянием многочисленных факторов социально-экономического и экологического характера здоровье детей и подростков ухудшилось и находится в критическом состоянии. Нарушения осанки, по мнению многих авторов, встречаются у 15–20% детей уже в младшем возрасте, а к 10–12 годам отмечаются у каждого третьего ребенка. Подавляющее большинство нарушений осанки у детей школьного возраста имеет приобретенный функциональный характер. Известно, что условия образовательной среды являются доминирующим фактором в формировании целого комплекса функциональных состояний учащихся, отражающих своеобразный синдром «школьных нарушений» в деятельности жизнеобеспечивающих систем организма. Занятия в кружках и спортивных секциях также относятся к образовательной среде и оказывают прямое влияние за здоровье и самочувствие учащихся.

Цель – изучить влияние спортивных нагрузок на позвоночник занимающихся художественной гимнастикой.

Нами было проведено обследование спортсменов различной квалификации, занимающихся художественной гимнастикой. Всего было обследовано 25 спортсменок в возрасте от 6 до 8 лет: КМС – 2 человека (8%), 3 разряд – 4 (16%), 2 разряд – 5 (20%), 1 разряд – 2 (8%), без разряда – 12 (48%). Контрольную группу составили 22 человека без костно-суставной патологии, сравнимых по возрасту и полу с основной группой.

Обследование включало соматоскопию (определение типа конституции, формы спины и стоп, развитость мускулатуры, жиротложения), соматометрию (измерение роста, веса, экскурсии грудной клетки, динамометрию). По показаниям проводились рентгенография и компьютерная антропометрия.

В результате проведенного исследования, нами было выявлено наличие сколиоза у 74% спортсменок, занимающихся художественной гимнастикой. У всех из них был выявлен сколиоз I степени. Также было установлено, что у спортсменов, имеющих разряд, этот процент гораздо выше (58%), чем у детей, недавно начавших заниматься художественной гимнастикой (42%).

Исходя из этих данных, можно предположить, что регулярные, интенсивные асимметричные нагрузки у гимнасток могут приводить к развитию сколиоза. Согласно данным Ю. К. Гавердовского (2007), современные дети все чаще сталкиваются с проблемами гипертонуса, функциональных нарушений мышц, мышечного дисбаланса, когда одни группы мышц находятся в состоянии спазма, а другие, наоборот, слишком расслаблены, что может приводить к усталости мышц, мышечным болям, нарушению осанки. Неправильное положение тела, связано с необходимостью длительного сохранения рабочей позы, одностороннимотяжением мышц, слабостью и недоразвитием опорно-двигательного аппарата, снижение зрения, слуха создают неблагоприятные условия для функционирования органов и систем. Вред наносится, в частности, системам кровообращения, дыхания, пищеварения. Положения частей тела в пространстве при статических вынужденных позах сидя, стоя, условно-рефлекторно закрепляется в виде привычной позы, устанавливается вид осанки, формируются изгибы позвоночника. Это актуально при отработке программы выступления или ее отдельных элементов на тренировке по художественной гимнастике, поскольку даже незначительное искривление позвоночника нарушает условия динамического равновесия его, на вогнутой стороне искривления давление на ростковую зону становится большим по сравнению с выпуклой стороной. Первый «удар» при этом принимают на себя межпозвонковые диски. У спортсменок-гимнасток, длительно занимающихся однообразной асимметричной нагрузкой, в межпозвонковых дисках происходит ряд структуральных изменений дегенеративного характера, позже такие изменения наступают и в телах позвонков.

В нашей работе, в целях коррекции осанки, спортсменкам были рекомендованы: асимметричная корригирующая гимнастика, курс лечебного массажа, даны рекомендации по соблюдению гигиены труда и учебы, в том числе, в спортивной секции. Обращалось особое внимание на врачебно-педагогическое сопровождение таких пациенток, поскольку, вероятно, методика тренировок в данной группе спортсменок построена не рационально, в результате которых длительные асимметричные нагрузки привели к нарушениям осанки, что отрицательно сказывается на здоровье юных гимнасток. Для тренерского состава гимнасток рекомендовано: 1) увеличить количество симметричных физических упражнений во время основной тренировки; 2) заменить ряд упражнений из заключительной части тренировки комплексом упражнений корригирующего характера.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

О.А. Речкунова, Б. Н. Овчинников

ГБУЗ «Областной центр медицинской реабилитации» г. Оренбурга

Тотальное эндопротезирование является ведущим методом современной медицинской и социальной реабилитации пациентов с дегенеративно-дистрофической и травматологической патологией коленных суставов. В то же время частота развития местных интра- и послеоперационных осложнений продолжает оставаться высокой. Причины этих осложнений многообразны: технические, квалификационные, организационные, социальные и психологические. К наиболее частым интраоперационным осложнениям относят: переломы костных сегментов, венозные тромбэмболические осложнения, раннее и позднее инфицирование, невралгии периферических нервов, вывихи головки эндопротеза, нестабильность компонентов протеза на фоне остеопороза, стойкие контрактуры, параоссальные оссификаты, сопровождающиеся изматывающим болевым синдромом и психоэмоциональными нарушениями (так называемая болезнь эндопротезированных суставов).

Все это требует проведения активных реабилитационных мероприятий у всех больных с соблюдением четкой преемственной системы взаимодействия между хирургическими и реабилитационными учреждениями, а также дифференциации реабилитации с участием бригады специалистов и внедрения новых лечебно-диагностических методик. Основной технологией реабилитации являются кинезотерапия с использованием дифференцированных комплексов лечебной гимнастики на этапах стационарного и амбулаторного лечения, правильный двигательный режим, а также коррекция походки и поведения в быту.

Успешное проведение кинезотерапевтических мероприятий базируется на индивидуальном подходе при выборе методик и дозировок с учетом адаптационно-компенсаторных возможностей организма под контролем данных биомеханики, биохимических, рентгенологических показателей. Остальные реабилитационные методы играют вспомогательную роль и проводятся с целью коррекции неспецифических функциональных расстройств той или иной степени, имеющихся у всех пациентов. Кроме стандартных методов физиотерапии, нами на протяжении 2-х лет в комплексе реабилитационных мероприятий используются современные высокотехнологичные способы «биологической обратной связи» на аппарате миотренажер «МИО 2.2 С», и роботизированная механотерапия на аппарате «Biodex». Комплекс позволяет проводить мобилизацию суставов в направлении сгибание/раз-

гибание, отведение/приведение и ротация, что необходимо для полноценного восстановления утраченной двигательной функций. Принцип действия основан на электронной динамометрии и измерении вращающего момента, скорости и положения. Комплекс обеспечивает быструю и точную диагностику, лечение и документирование нарушений, являющихся причиной функциональных расстройств суставов и мышц. Сочетание динамических и статических мышечных нагрузок позволяет использовать различные комбинации техник лечения.

Целью нашей работы было изучение эффективности влияния комплексного лечения больных, перенесших эндопротезирование коленных суставов.

За последние 2 года в условиях ГБУЗ ОЦМР г. Оренбурга пролечено 42 пациента, перенесших тотальное эндопротезирование коленного сустава, из них 31 женщин и 11 мужчин, средний возраст пациентов – от 50 до 65 лет, длительность заболевания – от 3 до 10 лет.

Все больные в начале лечения отмечали ограничение объема движений в прооперированном суставе, неуверенность и шаткость походки, нарушение координации движений.

После проведенного курса реабилитации, в течение 18–22 дней, включающего физиопроцедуры, массаж, лечебную гимнастику, физические методы реабилитации на тренажерах, в том числе и роботизированные тренажеры на аппаратах «Biodex», БОС-миотренажер «МИО 2.2 С», улучшилась сила мышц и трофика, объем движений в суставе расширился, устранялась неуверенность и шаткость походки, улучшалась координация движений. Лабораторные показатели у всех наблюдаемых пациентов до лечения были в пределах нормы, и после лечения не претерпевали существенных изменений.

Анализ полученных результатов комплексного восстановительного лечения пациентов, перенесших эндопротезирование коленных суставов, показал, что положительный эффект лечения был у 92% пациентов. Выраженный положительный эффект был у 78% больных. Изучение полученных результатов дает основание говорить о хорошей эффективности комплексной реабилитации больных, перенесших эндопротезирование коленных суставов, в условиях ГБУЗ «ОЦМР» г. Оренбурга.

Итак, реабилитационный комплекс лечения (физиопроцедуры, массаж, лечебную гимнастику, физические методы реабилитации, в том числе и роботизированные тренажеры на аппаратах «Biodex», БОС-миотренажер «МИО 2.2С») способствуют улучшению функции имплантированного сустава; улучшают силу и эластичность тканей прооперированного сустава; способствуют выработке правильного двигательного стереотипа, в итоге помогают приобрести гармоничную походку, улучшают качество жизни.

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н. К. Рогачева

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы
по Ивановской области» Минтруда России, Иваново*

За последние годы в Ивановской области патология опорно-двигательного аппарата занимает 5–6 место в структуре первичной инвалидности детей. Первые три ранговых места занимают болезнь Легга – Кальве – Пертеса (34,6%), ювенильный ревматоидный артрит (30,8%) и сколиоз (7,7%). Данные нозологические группы в существенной степени ограничивают жизнедеятельность ребенка по основным категориям, таким как передвижение, самообслуживание, обучение. Чтобы оказывать влияние на данные ограничения, необходимо проведение реабилитационных мероприятий, участие в которых должны принимать как учреждения здравоохранения, так и родители ребенка-инвалида. Причем последние играют решающую роль.

Цель – разработка рекомендаций по улучшению реабилитационного процесса детей-инвалидов, путем выявления проблем, возникающих в ходе проведения реабилитационных мероприятий у их родителей.

Для достижения поставленной цели были проанкетированы 50 родителей детей-инвалидов 7–17 лет по авторским анкетам.

Первая серия вопросов касалась взаимодействия детской поликлиники и детей-инвалидов. На вопрос о частоте посещения поликлиники треть родителей ответили один раз в месяц, другая треть один раз в квартал, четверть детей посещают поликлинику два раза в год, и лишь немногие обращаются за помощью постоянно. Следующий вопрос касался выполнения медицинских назначений: две третьих родителей стараются четко придерживаться рекомендаций врача, остальные считают, что все зависит от самочувствия ребенка, тогда они принимают решение о выполнении или игнорировании назначений.

Вторая серия вопросов касалась индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая разрабатывается всем детям-инвалидам в бюро медико-социальной экспертизы. На вопрос, были ли вы довольны разработкой ИПР вашему ребенку, 80 % ответили, что довольны, оставшиеся либо недовольны, либо затруднились ответить. Причины недовольства: не все реабилитационные мероприятия вписаны в программу, которые необходимы ребенку, по их мнению; мероприятия по реабилитации не имеют конкретных описаний. На вопрос какая помощь требуется их ребенку, родители ответили, что

необходим комплекс реабилитационных мероприятий для достижения наилучшего результата. В него должна входить: медицинская (69%), психологическая (50%), педагогическая (38%) социальная (30%) реабилитация.

Третья серия вопросов касалась реабилитационных мероприятий, которыми ребенок-инвалид воспользовался. Известно, что медицинская реабилитация в виде стационарного лечения по профилю заболевания, наблюдение и помощь специалистов ЛПУ оказывается всем детям с ограниченными возможностями. Однако бесплатным обеспечением лекарственными средствами воспользовались лишь около половины детей-инвалидов, треть прошла санаторно-курортное лечение и трети были необходимы технические средства реабилитации в виде ортопедической обуви, костылей, тростей, ортезов, протезов. Несмотря на это часть родителей (18%) считает, что реабилитационные мероприятия их ребенку не оказывались.

Последний вопрос касался будущего их ребенка в плане полной реабилитации: больше половины родителей считают, что никогда их ребенок не достигнет полного восстановления утраченных функций, однако две трети из них пытаются добиться частичного восстановления. 18 % родителей надеются на полное устранение ограничений жизнедеятельностей у их ребенка.

Следовательно, родители играют решающую роль в процессе реабилитации ребенка-инвалида. Необходимо более тесное сотрудничество врачей-специалистов лечебно-профилактических учреждений, а также врачей бюро медико-социальной экспертизы с родителями, для наиболее полного информирования последних о предоставляемых им возможностях реабилитации их детей.

Считаем, что данная цель может быть достигнута путем уточнения задач отделения медико-социальной помощи в отношении работы с детьми-инвалидами на базе поликлиник.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Т. В. Столярова, Л. П. Голдобина
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России

Ревматоидный артрит – заболевание, находящееся в фокусе внимания ревматологов всего мира. Его распространенность достигает 0,5–2% от общей численности населения в развитых странах. У больных ревматоидным артритом часто встречается повышенное артериальное давление, одним из механизмов которого является высокое периферическое сопротивление со-

судов. Во многих исследованиях выявлена прямая зависимость артериальной гипертензии и увеличение удельного периферического сопротивления от продолжительности заболевания. Также развитие артериальной гипертензии усугубляет длительный прием нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикоидов.

Цель – поиск наиболее эффективного метода физиотерапии в реабилитации больных с ревматоидным артритом на фоне артериальной гипертензии.

Пролечено 62 человека, в возрасте от 45 до 67 лет, из них 37 женщин и 25 мужчин с ревматоидным артритом. У всех пациентов диагностирована гипертоническая болезнь 1–2 ст. На фоне стандартной гипотензивной, метаболической, противовоспалительной терапии нами был произведен курс надвенозного лазерного облучения крови гелий-неоновым лазером с длиной волны 0,63 мкм на аппарате LA, длительностью процедуры 20 минут, на курс 7–8 процедур. После чего, проводилась магнитолазеротерапия (аппарат Матрикс) по местной методике на суставы с использованием инфракрасной головки ЛОЗ с магнитной насадкой ЗМ 50, импульсная мощность 5–7 Вт, частотой 80 Гц, по 1,5–2 минуты на зону воздействия, на каждый сустав по 2–3 зоны. На курс лечения 7–8 процедур.

После проведенного лечения отмечалось значительное улучшение в виде стабилизации артериального давления, уменьшения болевого синдрома, отека и увеличения подвижности пораженного сустава, а также положительная динамика показателей общего и биохимического анализа крови, суточного мониторинга артериального давления. Наблюдалось снижение систолического давления на 14% (с $151,2 \pm 5,5$ до $129,3 \pm 4,7$ мм рт. ст.), диастолического на 8% (с $92,8 \pm 2,7$ до $85,5 \pm 1,8$ мм рт. ст.). У 62 больных (100%) уменьшилась утренняя скованность суставов, у 60 (96,70%) уменьшилась отечность суставов, у 55 (88,7%) уменьшилась болезненность, а у 5 больных (8,06%) боль исчезла.

Итак, надвенная лазеротерапия в сочетании с локальной магнитолазеротерапией имеет выраженный противовоспалительный противоотечный, анальгезирующий, вазоактивный и гипотензивный эффекты. В связи с этим может эффективно использоваться в реабилитации больных с ревматоидным артритом, когда на фоне повышенного артериального давления имеются некоторые ограничения в назначении методов электротерапии.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Т. В. Столярова, Л. П. Голдобина
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России

В России гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. Она встречается среди взрослого населения в 15–30% случаев. По литературным данным, шейный остеохондроз отягощает течение ГБ, способствует повышению резистентности к проводимой гипотензивной терапии, поэтому необходим комплексный подход к реабилитации больных с артериальной гипертензией на фоне шейного остеохондроза позвоночника.

Цель исследования – изучить особенности реабилитации больных с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника, так как шейный остеохондроз отягощает течение ГБ, способствует повышению резистентности к проводимой гипотензивной терапии.

Исследовано 67 человек, в возрасте от 40 до 58 с гипертонической болезнью на фоне обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника. Пациенты были разделены на 2 группы. Больные 1-й группы (32 человека) получали стандартную гипотензивную, метаболическую и противовоспалительную терапию. Больным 2-й группы (35 человек) на фоне стандартной медикаментозной терапии был проведен курс магнитолазеротерапии на вертебральный очаг и паравертебральные зоны шейного отдела позвоночника на аппарате Матрикс с использованием инфракрасной головки ЛОЗ с зеркальной магнитной насадкой ЗМ 50, длина волны 0,89 мкм, импульсная мощность 7–10 Вт, частота 80 Гц, по 2 мин на зону. Через 2 часа – сеанс классической корпоральной иглотерапии по тормозной методике с использованием точек аши и соответствующих звучащих меридианов. На курс лечения 8–10 процедур.

Выявлено снижение уровня систолического АД на 8 и 11,7% соответственно у больных 1 и 2 групп. У пациентов 1 группы, не получавших комплексной немедикаментозной терапии не происходило улучшение суточного профиля АД, в то время как у больных 2 группы отмечалось увеличение суточного индекса и уменьшение скорости утреннего подъема систолического АД. На фоне проводимой терапии у больных 2 группы достоверно увеличились показатели пульсового кровенаполнения сосудов в бассейне внутренней сонной и позвоночной артерий и линейная скорость кровотока по этим сосудам. Так, амплитуда РЭГ в FM – отведении возросла в среднем более чем на 40% и на 38% в ОМ-отведении. Линейная скорость кровотока

по общим сонным артериям увеличилась на 10%. Достоверных изменений церебральной гемодинамики у пациентов 1 группы выявлено не было.

Таким образом, комплексное применение магнитолазеротерапии и рефлексотерапии в реабилитации больных с ГБ на фоне обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника дает выраженный терапевтический эффект и оказывает положительное влияние на суточный профиль артериального давления и церебральную гемодинамику.

V. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕДИАТРИИ

ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ

Ю. О. Блеклова, О. И. Вотякова

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

К числу наиболее актуальных проблем современного здравоохранения относится ожирение. Медико-социальная значимость ожирения обусловлена, прежде всего, тем, что оно является фактором риска сосудистой патологии. Практически во всех регионах мира количество детей с ожирением неуклонно растет, по данным ВОЗ их число каждые три десятилетия удваивается. Ожирение является заболеванием с наследственной предрасположенностью, реализация которой происходит под воздействием внешних воздействий, среди которых гиподинамия и нерациональное питание, относящиеся к управляемым факторам.

Целью проведенного исследования стало определение физической подготовленности и особенностей пищевого поведения на этапах формирования ожирения у детей.

Обследовано 88 детей в возрасте от 10 до 17 лет, которые были разделены на 3 группы: дети с ожирением (1 группа), дети с избытком массы тела (2 группа), дети с нормальным весом, но отягощенной по ожирению наследственностью (3 группа). У 54 обследованных и их родителей изучены особенности пищевого поведения. При определении физической подготовленности оценивались переносимость аэробной нагрузки, силовая и скоростная выносливость, координация и гибкость в соответствии с нормативами, разработанными Белгородским институтом развития образования. Изучение пищевого поведения проводилось с использованием голландского опросни-

ка пищевого поведения (DEBQ от 1986 г), позволяющего верифицировать экстернальный, эмоциогенный и ограничительный типы пищевого поведения. С учетом результатов обследования составлялись индивидуальные рекомендации по физической нагрузке и коррекции пищевого поведения.

В ходе исследования выявлена низкая физическая подготовленность у 7,3% детей с нормальным весом, 50,0 % детей с избыточной массой тела и у 65,2% пациентов с ожирением. Причем при оценке переносимости аэробной нагрузки обнаружено, что у детей с ожирением преобладал низкий уровень, который имел место у 60,0% обследованных этой группы, у детей с избытком массы тела в 52,4% случаев отмечался средний уровень переносимости аэробной нагрузки и не встречался высокий. В то же время у наблюдаемых с нормальным весом, как правило, выявлялись средний и высокий уровни переносимости аэробной нагрузки. При изучении координации, у детей с нормальным весом в 56,1% случаев отмечена высокая координационная способность, в то время как у детей с ожирением и избытком массы тела в основном имел место средний уровень координационной способности. При этом основу комплексов физических упражнений, рекомендуемых для лиц с ожирением, составляют динамические упражнения аэробного характера и статические упражнения, требующие высокой координационной способности. При оценке пищевого поведения, среди детей с нормальным весом у каждого четвертого ребенка выявлен экстернальный тип пищевого поведения. В группе обследованных с избыточным весом у каждого пятого пациента имел место экстернальный тип, а у 30% – он сочетался с эмоциогенным.

Среди больных ожирением в 15% случаев диагностирован экстернальный тип пищевого поведения, у трети пациентов – его сочетание с ограничительным, а у 15% детей – все верифицируемые типы нарушения пищевого поведения одновременно. При изучении особенностей пищевого поведения у родителей, различные его нарушения выявлены в 72,2% случаев. Анализ изучаемых показателей после внедрения индивидуально разработанных рекомендаций по изменению пищевого поведения и физической активности показал, что почти у половины обследованных детей изменились пищевые привычки, у трети отмечено повышение физической активности, что у 31,4% пациентов с ожирением привело к снижению массы тела.

Полученные данные выявили у обследованных высокую распространенность и индивидуальные особенности управляемых факторов, способствующих возникновению и прогрессированию ожирения, их наличие у детей с наследственной предрасположенностью и рост частоты встречаемости по мере увеличения выраженности избытка массы тела. Это свидетельствует о необходимости раннего выявления факторов, ведущих к ожирению, для создания реабилитационных программ, построенных на индивидуальном подходе.

МОДЕЛЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л. А. Жданова, И. Е. Бобошко, О. С. Рунова
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Национальная стратегия реформирования здравоохранения ориентирована на значительное укрепление первичной медико-санитарной помощи, приоритет в которой отдается первичной профилактике (Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»). Реформа предполагает также укрепление материально-технической базы ЛПУ, для чего предполагается проведение их укрупнения. Детских поликлиник это коснулось в 2 вариантах: чаще это присоединение к стационару, что, безусловно, обеспечивает расширение диагностических и реабилитационных возможностей, но не гарантирует равенства приоритетов стационарного и поликлинического отделений. Второй вариант – это соединение небольших поликлиник в крупную, самостоятельно функционирующую. И здесь возникает вопрос, происходит ли простое механическое объединение и сокращение административного аппарата, или появляются возможности повысить эффективность работы в отношении ее качества и доступности.

В резолюции XVII Съезда педиатров России 2013 г., были обозначены направления реформирования детского здравоохранения: увеличение объема профилактической работы, начиная с антенатального этапа, реализация расширенных программ диспансеризации детей, обеспечение оказания на амбулаторном этапе медико-социальной помощи детям, расширение сети отделений медико-социальной помощи в детской поликлинике и учреждений, оказывающих комплексную реабилитационную помощь детям. Обеспечение этого процесса определяется созданной в последние годы нормативной базой деятельности педиатрической службы. С учетом последних приказов (приказ МЗ № 366Н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи» и № 1346Н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров») мы можем говорить об увеличении кадрового ресурса, как за счет появления новых специалистов (врач кабинета здорового ребенка и врач отделения медикосоциальной помощи), так и за счет уменьшения нагрузки на врача образовательного учреждения. С другой стороны – несоразмерно возрос объем работы как за счет расширения программы профилактических осмотров, так и проведения амбулаторных реабилитационных мероприятий в связи с сокращением стационарных коек.

В рамках реализации региональной Концепции развития детского здравоохранения в г. Иванове было проведено укрупнение ряда лечебно-профилактических учреждений: объединены 3 городские детские поликлиники, одна из которых расположена в центре города, а 2 другие – в радиусе 5 километров от нее. В результате была реализована идея не просто суммирования под одним руководством ряда детских поликлиник, а создание новой организационной структуры с дифференцированными функциями. В результате образовалось крупное учреждение, обслуживающее 20000 детей с территориальной разобщенностью обслуживаемого контингента и рабочих мест медицинского персонала.

Для решения задачи повышения эффективности работы в этих условиях была выделена базовая поликлиника в центре города и два филиала с организацией выездных форм работы. По всем трем адресам были развернуты отделения оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях и педиатрические отделения, которое в базовой поликлинике было усилено службой раннего стимулирования развития ребенка на базе кабинета здорового ребенка. Здесь же были сконцентрированы еще четыре отделения: консультативно-диагностическое, восстановительного лечения и неотложной помощи, работа каждого из которых включает выездные формы. Здесь же расположены кабинеты функциональной, лабораторной диагностики, что позволяет использовать материальный ресурс максимально эффективно, и позволило реализовать весь объем диагностических обследований за 1–2 посещения.

В базовой поликлинике была развернута служба раннего стимулирования развития, начиная с антенатального этапа, для чего была создана «Академия талантливых родителей». В нее входит школа дородовой педагогики для беременных, в которой грамотное информирование будущих родителей для повышения эффективности антенатальной охраны здоровья плода позволяет, с одной стороны, стимулировать действие позитивных факторов, увеличивающих резервы здоровья, а с другой – снизить воздействие отрицательного влияния неуправляемых факторов риска на здоровье будущего ребенка; а также специальные факультеты для детей раннего и дошкольного возраста. Модернизация системы диспансерных осмотров вызвала сложности и в организации работы врачей-специалистов, особенно в условиях их дефицита. Для оптимизации работы консультативно-диагностического отделения при объединении поликлиник все специалисты были сконцентрированы в базовой поликлинике. При этом врачи, наиболее часто задействованные в профилактических осмотрах, были разделены на три бригады, две из которых ведут прием в поликлинике ежедневно, обеспечивая прием и в утреннюю и в вечернюю смену. Третья бригада по графику выезжает в филиалы,

и в образовательные учреждения. Это обеспечивает большую доступность и эффективность участия этого отделения как в проведении профилактических осмотров и диагностике заболеваний, так и в диспансеризации детей с хронической патологией.

Дальнейшее повышение эффективности этого отделения мы видим в усилении доврачебного этапа путем создания анкетных скринингов специалистов. Так предварительный анкетный скрининг, разработанный совместно с неврологами, в 5 раз повысил выявляемость неврологической патологии. Частые сочетания соматической и неврологической патологии в разные возрастные периоды обосновали необходимость нейросоматического подхода в профилактической работе врача-педиатра, начиная с антенатального этапа, для чего разработана программа «Школы молодых родителей» для оптимизации медико-социального сопровождения детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы.

Анализируя удовлетворенность населения работой детской поликлиники мы отметили низкую информированность и активность родителей в отношении оздоровления своих детей. При этом педагоги, при недостаточной информированности стремятся к активизации здоровьесберегающей деятельности. Изучая информированность родителей о результатах диспансерных осмотров было показано, что 61% родителей ни разу не получали информацию в школе и лишь в 6% случаев рекомендации носили профилактический характер, обращались к врачу с профилактической целью регулярно 15% родителей и 32,9% никогда. Примерно такая же картина и среди педагогов: лишь 40% учителей после профилактических осмотров школьников получали рекомендации от медработников и 14,5% считали эти рекомендации полными. Активность родителей в выполнении рекомендаций по реабилитации детей с хронической патологией так же является крайне низкой: только 20,5% родителей регулярно и в полном объеме выполняли все врачебные рекомендации, 35,7% – выполняли частично, а 43,8% родителей ничего не выполняли. С профилактической целью лишь 15% родителей регулярно обращались к врачу, 52,1% обращались лишь изредка и 32,9% родителей не обращались никогда.

Для повышения качества диспансерного наблюдения за детьми с хронической патологией и эффективности реабилитационных мероприятий, разработана модель невролого-педиатрического консилиума, внедрение которого позволило, за счет создания комплексных программ лечения при сочетании соматической и неврологической патологии, получить у половины детей стойкую клинико-лабораторную ремиссию соматического заболевания, и повысить резистентность, улучшить неврологический статус.

Использование нейросоматического подхода в дневном стационаре, как в условиях поликлиники, так и при выездной его форме в образовательных

учреждениях, привело к компенсации имеющейся соматической патологии в последующие шесть месяцев катamnестического наблюдения, снижению в два раза частоты острых заболеваний, уменьшению признаков гиперактивности и невнимательности, а также к улучшению успеваемости в школе.

С учетом значительного вклада социальных факторов в формирование здоровья детей уже давно осознана необходимость организации в детских поликлиниках отделений медико-социальной помощи. Несмотря на уже 15-летний стаж нормативной базы, регламентирующей его работу, до сих пор остаются проблемы. При уточнении нагрузки на большинство работающих там специалистов, не налажена их специальная подготовка, требует уточнения алгоритм их взаимодействия и показаний для направления детей в это отделение.

Необходима конкретизация перечня групп социального риска, и самое главное – разработка программ их медико-социального сопровождения. Главная проблема в организации работы этого отделения, это отсутствие мониторинга социального риска. Качественно создать социальный анамнез при одном посещении ребенка достаточно сложно. Мы считаем, что анамнестическая база данных должна формироваться в процессе всего наблюдения ребенком начиная с антенатального этапа, для чего необходимо дополнить индивидуальную документацию формализованными бланками учета факторов риска. К сожалению, пока не все задачи, поставленные перед отделением, решаются в полной мере. Так, выделение групп социального риска на педиатрическом участке проводится давно, при этом учитывается, прежде всего, неблагополучие семьи, с точки зрения ее состава, материально-бытовых условий и наличия тяжелобольных родственников. В эти семьи и ранее осуществлялись социальные патронажи. Однако не менее важным, с учетом задач этого отделения, является выявление детей, имеющих другие социальные проблемы, например, нарушения семейного воспитания, адаптации к образовательному учреждению, девиантное и аддиктивное поведение. Учитывая большое количество психогенных факторов, влияющих на возникновение заболеваний по нашему мнению консультацию в этом отделении должен получать и каждый ребенок диспансерной группы для реализации психосоматического подхода к реабилитации.

Реализация межведомственного взаимодействия в программах охраны здоровья детей позволит достичь консолидации медиков, психологов и социальных педагогов вокруг объединяющей идеи обеспечения прав ребенка на полноценное психофизическое и социальное развитие, укрепление института семьи и улучшение положения детей. На наш взгляд, очень важно выделять детей с нарушениями поведения, а в свете последних событий, особенно актуальна группа подростков с аутоагрессией, которая может доходить до

суицидов. Поэтому мы разработали программу медико-социального сопровождения для таких подростков, включающую алгоритм выделения групп риска, ее отдельных проявлений, и создание для них дифференцированных программ сопровождения, в реализации которых необходимо участие специалистов отделения медико-социальной помощи детям.

Сегодня созданы программы по облегчению адаптации к саду и школе программы помощи при нарушениях семейного воспитания. В связи с уменьшением числа стационарных коек существенно повышается роль отделения восстановительного лечения. В приказах отмечается, что это отделение должно осуществлять непрерывное восстановительное лечение по индивидуальным комплексным программам. С одной стороны, сегодня имеются протоколы лечения отдельных заболеваний, с другой – отсутствует алгоритм их индивидуализации.

Значительно улучшить лечебную работу педиатра может отделение неотложной помощи детских поликлиник. Организация его работы в базовой поликлинике с учетом рекомендуемых штатов (4 врача и 4 медицинской сестры) позволила решить ряд проблем. Во-первых, снят вопрос выделения дежурного врача, который не обозначен в имеющейся нормативной базе. Во-вторых, появилась возможность осуществить визит врача к детям с выраженными жалобами в первой половине дня. Кроме того, более оптимальной стала организация приема детей, пришедших в поликлинику с симптомами острого заболевания, даже в условиях нетиповых зданий детских поликлиник.

Реформа коснулась организации работы отделения оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях. Согласно последним приказам снижена нагрузка на педиатра школы, часть его обязанностей передана врачу-гигиенисту. Кроме того, профилактические и предварительные осмотры переданы участковому педиатру. В школе возможно проведение лишь периодических осмотров, алгоритм проведения которых также требует методического обеспечения. При этом врач школы может стать центральной фигурой, обеспечивающей межведомственный подход как к оценке здоровья и выявлению дидактогенных факторов, так и в выдаче рекомендаций по дальнейшему обучению ребенка и профилактике и коррекции нарушений здоровья.

Для этого мы также создали ряд программ, прежде всего касающихся оценки течения адаптации при изменении микросоциальных условий для детей разного возраста и профилактике ее нарушений. Кроме того, предложен алгоритм взаимодействия врача, педагога и психолога в укреплении здоровья детей. Подводя итог, можно сказать, что созданное методическое обеспечение позволяет более эффективно решать задачи поставленные при реформировании здравоохранения, хотя его использование затруднено из-за

дефицита кадров. Кроме того, для широкого внедрения новых подходов в профилактической работе необходима дополнительная федеральная нормативная база, а также организация тематического усовершенствования педиатров с учетом специфики их работы.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Л. А. Жданова, Л. К. Молькова, И. Е. Бобошко, Г. Н. Нуждина

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Реабилитация детей с хронической соматической патологией по имеющимся стандартам и клиническим рекомендациям недостаточно успешна без учета неврологических и психологических проблем. С открытием медико-социальных отделений (МСО) детская поликлиника получила возможность повысить эффективность реабилитации детей с хроническими заболеваниями нейро- и психосоматического генеза.

У 90% детей, обследованных в МСО, выявлены последствия перинатальной патологии ЦНС (ППП ЦНС), причем в 42,5% случаев – впервые. На этом фоне были выявлены разнообразные соматические проблемы: отоларингологическая патология (75,7% детей), заболевания опорно-двигательного аппарата (73,5%), органа зрения (50,4%). У 37,4% пациентов выявлены отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, у 21% – заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Сочетание соматической патологии с ППП ЦНС обуславливает целесообразность нейросоматического подхода в реабилитации детей.

В результате психологического консультирования детей и родителей выявлены: высокий уровень тревожности (82,3%), эмоциональный дискомфорт в семье (76,7%), высокий уровень страхов (72,4%) и низкая самооценка (71%), нарушения коммуникативных навыков (58,2%), проявления школьной и семейной дезадаптации (55,3%) и агрессия (49,4%). Психологические проблемы, развивающиеся на фоне или провоцирующие неблагоприятное течение соматической патологии, определяют необходимость психосоматического подхода в лечении и реабилитации детей, т.е. использование традиционных схем в сочетании с обязательной коррекцией выявленных отклонений психического здоровья, выработкой навыков успешной адаптации в семье и школе.

В полной мере нейро- и психосоматический подходы реализуются в рамках деятельности медико-психологического консилиума (МПК) МСО,

на котором заочно по результатам обследования ребенка формулируется медико-социальное заключение, включающее диагноз, выявленные негативные факторы, и разрабатывается программа медико-социальной реабилитации ребенка. Выполнение этой программы осуществляется силами врачей детской поликлиники (участкового педиатра, невролога), медработниками, педагогами и психологами ОУ, и собственно специалистами МСО при обязательной включенности семьи. Часть детей получает реабилитационные мероприятия в условиях отделения, включающие терапию соматической патологии, коррекцию вегетативной дисрегуляции, повышение резистентности с использованием психотерапии, лечебной физкультуры, физиопроцедур и др. с учетом возможностей детской поликлиники. В отношении части детей МПК проводился однократно, если ребенок не нуждался в дальнейшем наблюдении специалистами МСО, или повторно, если ребенок получал комплексную реабилитацию в условиях МСО, с оценкой эффективности.

Психологическая помощь проводилась в следующих вариантах: индивидуальная коррекция дезадаптации, тревожности, страхов, гиперактивности; повышение самооценки и мотивации к обучению; тренинги личностного роста, коммуникативных навыков; семейная терапия, просвещение по вопросам воспитания и психогигиены.

На заключительном МПК разрабатывали дифференцированную программу сопровождения ребенка в условиях детской поликлиники, ОУ и семьи. Для этого использовались модули рекомендаций с учетом наиболее частых отклонений физического, психического развития и особенностей социальной адаптации. Участковому педиатру и педиатру ОУ предлагается реализовать рекомендации по оздоровлению и реабилитации ребенка с тем или иным хроническим и психосоматическим заболеванием. Психологи и педагоги ОУ осуществляют индивидуальный подход к использованию личностных ресурсов ребенка при обучении, воспитании, тренировке когнитивных, поведенческих и моторных навыков. Содержание блока рекомендаций семье включает методы гармонизации родительско-детских отношений и оптимизации стиля воспитания с учетом индивидуально-типологических свойств ребенка.

Показаниями для направления детей в МСО являются неэффективность коррекции соматических заболеваний по существующим схемам; сочетание соматической патологии с психотравмирующими ситуациями; наличие пограничных нервно-психических расстройств и социальной дезадаптации; дети-инвалиды, в том числе имеющие тяжелую соматическую патологию, ограничение социальной адаптации, различные психические расстройства; дети из семей социального риска; проблемы подросткового возраста.

Эффективность работы МСО отражают, с одной стороны, высокая выявляемость сочетанных нарушений соматического здоровья, неврологических отклонений и психологических проблем; с другой – улучшение показателей соматического здоровья при уменьшении выраженности неврологических расстройств, психологических проблем и нормализации социального статуса ребенка. Практика подтверждает, что нормализация психологического состояния как критерия эффективности помощи, зачастую предшествует нормализации соматических расстройств, поэтому целесообразно в первую очередь ориентироваться именно на положительную динамику психологических показателей. По данным катамнеза в течение 1 года у 134 детей с сердечно-сосудистой патологией, получавших наряду с традиционной реабилитацией психокоррекцию, отмечалось уменьшение выраженности неврологической симптоматики (38%), проявлений вегетативной дисфункции (88%) и отсутствие обострений заболевания (65%).

Таким образом, возможности реабилитации детей с соматической патологией существенно расширяются за счет психологической и социальной помощи в рамках медико-социального отделения детской поликлиники.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ

Г. Н. Нуждина, Л. А. Жданова, Л. К. Молькова, И. Е. Бобошко

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

По данным профилактических осмотров, отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата (ОДА) у дошкольников выявляется в 70% случаев и представлены нарушениями осанки (89%), плоскостопием (67%), сочетанными нарушениями (50%). Кроме того, у этих детей выявляется сопутствующие нейро-соматическая патология, заболевания органа зрения, более низкий уровень нервно-психического развития (НПР), физической подготовленности, готовности к обучению в школе.

Наличие патологии со стороны ОДА, нервной системы и органа зрения, т.е. тех систем, которые в период школьного обучения будут в первую очередь испытывать большие нагрузки, делает неблагоприятным прогноз в отношении здоровья и адаптации детей к школе.

Для большинства обследованных характерна интровертированная направленность психической активности. Совокупность выявленных особенностей диктует необходимость дифференцированного медико-педагогического подхода к реабилитации детей в зависимости от типа психосоматической

конституции (ПСК). Разделение детей по типам ПСК предусматривает выделение сильных и слабых свойств каждого из типов. Очень важным моментом индивидуального подхода является опора на положительные свойства, характерные для каждого типа личности. Задача взрослых, участвующих в воспитании и реабилитации, – создание у ребенка уверенности в том, что его любят, понимают и принимают таким, какой он есть. Учет типа личности ребенка повлияет на повышение уровня психологического комфорта, и повышение его статуса в детском коллективе.

До начала реабилитационных мероприятий проводилась оценка эмоционального отношения детей к различным видам медико-педагогических воздействий с помощью цветового теста Люшера, что позволило выявить виды деятельности, вызывающие эмоциональный дискомфорт. Эмоциональный дискомфорт сигнализировал о наличии трудностей при выполнении заданий и проблем взаимоотношений ребенка с родителями, с педагогами, медицинскими работниками и между собой. Это позволило откорректировать эмоционально непринятый вид деятельности или отношения путем индивидуального подхода.

Акцент в реабилитации был сделан на организацию оптимального двигательного режима, включающего контроль осанки во всех видах деятельности, утреннюю зарядку, ортопедический час, упражнения для разгрузки позвоночника, релаксационные упражнения на занятиях, физкультминутки, различные виды гимнастик (пальчиковая, дыхательная и т.д.); подвижные игры, лечебную физкультуру (ЛФК), ритмопластику, занятия на тренажерах и в бассейне.

Были разработаны протоколы проведения занятий и реабилитационных мероприятий, позволяющие каждому специалисту образовательного учреждения обеспечить индивидуальный подход с учетом ПСК. Для быстрого переключения с одного стиля общения на другой, более адекватный типу ПСК, каждый ребенок обеспечивался соответствующей цветовой маркировкой.

Для детей-интровертов рекомендуется поддерживающий тип педагогического сопровождения, что способствует формированию уверенности в своих силах. Интроверту комфортнее работать индивидуально или в малой группе. При необходимости работы в большой команде интроверту необходимо предоставить возможность быть на вторых ролях, что способствует большему эмоциональному комфорту. Их лучше не ограничивать жесткими временными рамками. Поскольку интроверты относятся к «стайерам» и результативность их работы выше при низком и среднем темпе выполнения упражнений. Новые движения для них вводят постепенно и разучивают их медленно, поэтапно.

В группе детей-экстравертов используется сдерживающий тип педагогического воздействия с поощрением проявления доброжелательности, жизнерадостности и сдерживая проявления резкости в поступках, вспыльчивости, неустойчивости в поведении. Дети-экстраверты, обладая качествами «спринтеров», могут выполнять задания в высоком темпе. Им легко даются асинхронные и сложные в координационном плане упражнения. Экстраверты предпочитают групповые формы физической активности.

Реабилитация детей по данной программе продолжалась в течение двух лет. Эффективность оценивалась по медицинским, педагогическим и психологическим критериям.

К моменту окончания ОУ зафиксированы выздоровление у 50%, улучшение у 38,9%. Только у 11,1% детей не удалось добиться улучшения. Не выявлено ни одного случая прогрессирования патологии. Повысился уровень физической подготовленности у подавляющего большинства детей. Отмечено увеличение показателей силы мышц спины, статической выносливости мышц брюшного пресса и показатели ручной динамометрии. В процессе реабилитации улучшились показатели НПП. Причем 15% детей стали демонстрировать высокий уровень развития внимания и памяти, мышления и речи.

Мониторинг по тесту Люшера выявил положительную динамику эмоционального отношения детей к тем видам деятельности, которые ранее воспринимались негативно: занятия в тренажерном зале, физкультурным занятиям, ЛФК. Это свидетельствовало о гармонизации межличностных отношений ребенок – взрослый, ребенок – ребенок в результате индивидуального подхода, базирующегося на знании особенностей каждого типа психосоматической конституции.

Итак, комплексный и дифференцированный медико-психолого-педагогический подход позволяет более эффективно проводить реабилитацию детей с патологией ОДА в условиях ОУ и способствует улучшению подготовки к обучению в школе.

ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОДХОДОВ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Е. В. Попова, Н. Л. Карпук, А. Е. Баклушин, О. Л. Павлова
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

В педиатрической практике концепция факторов риска длительное время не имела широкого распространения. Однако в последние десятилетия показано, что факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний достаточно

широко распространены среди детей и подростков, причем некоторые из них обладают высокой устойчивостью и прогностической значимостью для дальнейшей жизни. Именно поэтому, определение прогноза, тактики ведения и направлений реабилитации пациентов с артериальной гипертензией невозможно без учета и анализа индивидуального спектра факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью нашего исследования являлось определение ряда факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у детей с артериальной гипертензией (АГ) для обоснования подходов к реабилитации данных пациентов.

Наблюдались дети 11–14 лет (средний возраст детей составил $12,3 \pm 0,5$ года) с артериальной гипертензией. Дебют заболевания у большинства пациентов отмечен после 11-летнего возраста на фоне начала периода полового созревания. Непостоянное повышение артериального давления при динамическом наблюдении отмечалось у 2/3 пациентов (лабильная АГ), у 1/3 детей имела место стабильная АГ. Отдельно была выделена группа пациентов с высоким нормальным артериальным давлением (прегипертензией). Для оценки использовались рекомендованные показатели стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний.

При анализе наследственной отягощенности по заболеваниям сердечно-сосудистой системы была выявлена наследственная отягощенность по АГ у 65% обследованных детей и подростков. Показатели были достоверно выше, чем у детей в группе сравнения. В группе наблюдения детей с лабильным течением АГ наследственная отягощенность по АГ встречалась в 59% случаев, при стабильной АГ – в 68%. Со стороны родственников 2-й степени родства наследственная отягощенность по АГ выявлялась в 53% случаев. В целом ряде исследований доказано, что к развитию АГ достоверно предрасполагают избыточная масса тела и ожирение, которые способствуют развитию тяжелых и стабильных форм АГ. Ожирение у родственников обследованных детей регистрировалось в 26–29% случаев наблюдений, при этом отягощенная по ожирению наследственность встречалась в 2,5–3 раза чаще значений группы сравнения. К развитию АГ у детей достоверно предрасполагает наличие наследственной отягощенности не только по АГ, но и по другим заболеваниям сердечнососудистой системы (ИБС, инфаркт миокарда, церебральный инсульт). Однако по нашим данным частота встречаемости данных заболеваний статистически значимо не отличалась в группах исследования и сравнения. Одним из важных факторов риска сердечнососудистых заболеваний является курение. Фактор активного курения встречался в 17,5% случаев детей с АГ. Обращает на себя внимание высокая частота встречаемости фактора пассивного курения в группе детей с высоким нормальным артериальным давлением (до 27%). При анализе факторов, касающихся образа

жизни выявлено, что у детей с АГ статистически значимо увеличено время учебных нагрузок, определяется недостаточность физической активности, нерациональное питание. Значительную долю в структуре факторов риска занимают неблагоприятные социальные факторы: до 54% в группе детей с высоким нормальным артериальным давлением и до 35% в группе пациентов с АГ. У большинства наблюдаемых детей и подростков определяется 2–3 фактора риска и более.

Таким образом, возможность реабилитации конкретного больного должна рассматриваться индивидуально с учетом комплекса прогностических факторов. Идентификация индивидуального спектра факторов риска позволит сформировать индивидуальную реабилитационную программу. Наиболее значимые в стратификации риска сердечнососудистых заболеваний факторы, в том числе АГ, определяемые у детей, реализуются у ближайших родственников пациента. Для детей с семейной историей заболевания, в том числе «потенциальных больных» – детей из групп риска, необходимо разрабатывать и проводить активные реабилитационные мероприятия, охватывающие не только пациентов, но и его родственников.

БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

А. В. Шишова, Л. А. Жданова, С. И. Мандров, Е. А. Ланина
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Одной из задач современного здравоохранения является сохранение и укрепление детского здоровья. Особого внимания заслуживают часто болеющие дети (ЧБД), уровень заболеваемости которых в 2–2,5 раза выше, чем эпизодически болеющих. К сожалению, многочисленные исследования характеризуются отсутствием хронобиологического подхода к изучению механизмов рецидивирования бронхолегочных заболеваний, а также совершенствованию профилактических и реабилитационных мероприятий. В педиатрической практике недостаточно внимания уделяется вопросам хронотерапии заболеваний, хотя учет индивидуальных особенностей суточных и сезонных ритмов иммунологических, биологических и физиологических характеристик значительно повышает эффективность реабилитационных мероприятий. Это обуславливает актуальность применения биоритмологического подхода к реабилитации ЧБД.

В связи с этим было проведено изучение хронобиологических характеристик состояния здоровья у эпизодически ($n = 120$) и часто болеющих ОРЗ ($n = 136$) детей 3–6 лет.

Выявлено, что для детей, эпизодически болеющих ОРЗ, характерна последовательная сопряженность максимумов активности физиологических функций на протяжении дня. Активация подкорковых регуляторных механизмов у них происходит в ранние утренние часы, максимальный уровень теплообмена и физической работоспособности наблюдается в первую половину дня, максимум симпатических влияний, периферического кровотока и умственной работоспособности – во вторую половину дня, подъем эмоционального возбуждения в вечерние часы. У детей, часто болеющих ОРЗ, выявлено нарушение биологических ритмов, характеризующееся смещением доверительного интервала акрофазы большинства показателей на время ночного и дневного сна, которое, обуславливая избыточное напряжение и перенапряжение адаптивных механизмов, ведет к ограничению социальной дееспособности этих детей. С возрастом у ЧБД, несмотря на сохранение десинхроноза, происходит повышение физической работоспособности, сопровождающееся напряжением регуляторных механизмов и возрастанием частоты неадекватного реагирования на холодовые и физические нагрузки. Обнаружена высокая частота нарушений циркадианных ритмов у эпизодически болеющих детей, в основном имеющих индекс рецидивности 0,25–0,32, что приближает их по биоритмологическим характеристикам к группе ЧБД.

С связи с этим была предложена система организационно-методических мер, направленных на снижение заболеваемости ОРЗ:

1. Первичный скрининг и выделение группы детей с риском возникновения десинхроноза с использованием формализованных алгоритмов. Эта группа не требует специальных назначений, достаточно соблюдать здоровый образ жизни.

2. Организация обследования детей группы риска. В случае выявления нарушения слаженности биологических ритмов основных физиологических функций, необходимо проводить общеоздоровительные мероприятия, направленные на повышение резистентности (закаливание, массаж биологически активных точек, фитотерапию, дыхательную гимнастику и т.д.) и оптимизировать режим дня.

3. Создание индивидуальных реабилитационных программ детям групп ДЧБ и с высокой степенью реализации риска десинхроноза в частую заболеваемость. При этом необходимо учитывать особенности биологического и социального анамнезов и результаты исследования циркадианных ритмов.

Реабилитационные мероприятия в обеих этих группах необходимо проводить по программе ЧБД. Понимание зависимости фармакологического эффекта от временного состояния биосистем позволяет отказаться от шаблонного назначения лекарственных веществ, повысить результативность

воздействие препаратов при одновременном снижении их дозировки, а также выраженности побочных реакций. В связи с этим профилактические и реабилитационные мероприятия должны строиться с учетом индивидуальных биоритмологических характеристик функционального состояния организма дошкольника и, что особенно важно, следует обращать внимание на различия в ответных реакциях организма при разном времени назначения лечебного воздействия. Исходя из механизма действия лечебных факторов, различия в чувствительности к ним организма в разные часы суток и структуры биоритмов проведено распределение реабилитационных мероприятий во времени:

8:00–11:00 – массаж, прием элеутерококка.

13:00–14:00 – электросон, вызывающий в это время суток адекватную реакцию, сопровождающуюся усилением тормозных процессов, прием витаминов, глицирама.

14:30–19:00: водные процедуры, усиливающие трофотропную функцию вегетативной нервной систем и уменьшающие напряжение регулирующих систем, при этом не превышающие резервных возможностей сердечно-сосудистой системы в это время суток; игровые занятия на свежем воздухе, прием препаратов мембраностабилизирующего действия (витамина Е, димефосфона), так как во второй половине дня преобладают процессы катаболизма; прием десинсибилизирующих препаратов (в 15:00).

20:00–21:00 – прием седативных препаратов, десенсибилизирующих средств.

ЧБД, реконвалесценты после острых бронхолегочных заболеваний, как правило, имеют различной степени выраженности проявления десинхроноза и потому нуждаются в проведении длительной реабилитации с учетом индивидуальных суточных ритмов.

4. Оценка эффективности реабилитационных программ показала, что к концу пребывания на экспериментальном режиме у дошкольников из группы риска возникновения десинхроноза и его реализации в повышенную респираторную заболеваемость отмечалось уменьшение в 2 раза как общей заболеваемости, так и заболеваемости ОРВИ по сравнению с контрольной группой. Количество дней, пропущенных одним ребенком по болезни, сократилось на 12 дней, а в контрольной – на 3 дня.

Проведение реабилитационных мероприятий привело к улучшению эмоционально-поведенческих реакций у ЧБД, что выразилось в уменьшении числа случаев сниженного настроения, проявлений гнева, страха, снижения аппетита; способствовало нормализации ночного сна, что с физиологической точки зрения представляется наиболее важным. Существенно улучшился и биоритмологический статус детей.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПЕДИАТРА В ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ

А. В. Шишова, Л. А. Жданова, М. Н. Салова

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Одним из факторов, определяющих высокий рост нарушений здоровья, является увеличение числа перинатальных поражений центральной нервной системы (ПП ЦНС), на фоне которых развиваются многие заболевания и часто отмечается затруднение адаптации к учебным нагрузкам и коллективу сверстников. Это обуславливает актуальность применения комплексного нейросоматического подхода к реабилитации детей с хроническими соматическими заболеваниями в образовательном учреждении.

В связи с этим нами была проведена сравнительная характеристика состояния здоровья и социальной адаптации детей с последствиями ПП ЦНС ($n = 60$) и без них ($n = 20$) в процессе обучения в начальной школе.

Индивидуальная оценка физического развития детей показала, что около половины детей с последствиями ПП ЦНС имели отклонения физического развития в основном за счет дефицита массы тела (35% в начале обучения и 23,6% по окончании начальной школы) и реже – избытка (3,3 и 19,1% детей соответственно). Среди неврологически здоровых детей эти отклонения в начале обучения встречались у трети учащихся, к окончанию начальной школы не отмечались совсем.

Индивидуальный анализ интеллектуального развития показал, что школьники с последствиями ПП ЦНС имели достоверно более низкие значения показателей интеллектуального развития по сравнению со здоровыми. Это отразилось на успешности их адаптации к учебным нагрузкам, о которой судили по показателям успеваемости детей. Дети с последствиями ПП ЦНС, по сравнению с неврологически здоровыми, имели меньший средний балл по основным учебным предметам ($3,47 \pm 0,08$ и $3,94 \pm 0,11$ соответственно, $p < 0,05$) и по поведению ($3,53 \pm 0,07$ и $4,12 \pm 0,09$, $p < 0,05$). При этом у них наблюдался более низкий уровень мотивации к обучению ($22,47 \pm 0,28$ и $26,94 \pm 0,11$, $p < 0,05$).

В первом классе высокий уровень тревожности имели 56,7% детей с последствиями ПП ЦНС, в четвертом классе – 20% школьников, что значительно чаще, чем в группе сравнения.

В отличие от неврологически здоровых сверстников, социальный статус был ниже у детей с последствиями ПП ЦНС. Среди них чаще выявлялись

«непринятые» (40% – в начале обучения и 32,26% – по окончании начальной школы), лишь среди них были «изолированные» дети.

В ходе нашего исследования установлено, что частые заболевания в первом классе имели 61,77% детей с последствиями ПП ЦНС и лишь 15% неврологически здоровых школьников ($p < 0,01$). Начиная с раннего возраста, они имели сниженную резистентность, сохраняющуюся при обучении в школе. Течение острых заболеваний у них было более длительным, характеризовалось высокой температурной реакцией, эмоционально-поведенческими и вегетативными нарушениями, более выраженным астеническим синдромом в период реконвалесценции, частыми осложнениями. Это диктовало необходимость укрепления реабилитационной базы образовательных учреждений, а также привлечения педагогов к систематическому проведению под контролем медицинских работников у этой группы детей мероприятий, направленных на повышение резистентности.

Анализ заболеваемости в период обучения в начальной школе выявил более высокую частоту патологии по большинству классов болезней. Ее формирование начиналось в более ранние сроки. У неврологически здоровых детей дебют хронических болезней органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы приходился на дошкольный возраст, болезней костно-мышечной системы и болезней глаза и его придаточного аппарата совпадал с моментом поступления в школу. У детей с последствиями ПП ЦНС эти заболевания формировались в раннем и дошкольном возрасте, имели более тяжелое течение, и их распространенность возрастала в большей степени за период обучения в начальной школе.

Обострения и рецидивы хронических соматических заболеваний совпадали с ухудшением неврологического статуса, что доказывала сильная прямая корреляционная взаимосвязь ухудшения неврологического статуса с обострением атопического дерматита (0,86), хронических заболеваний органов пищеварения (0,84) и органов дыхания (0,71), прямая корреляционная связь средней силы – с заболеваниями мочеполовой системы (0,51). Это свидетельствовало о нейросоматическом генезе заболеваний, формирующихся на фоне ПП ЦНС.

В результате мы пришли к заключению о необходимости большей ориентации врача-педиатра на диагностику отклонений со стороны ЦНС, их профилактику, начиная с антенатального этапа, а также на комплексный невролого-педиатрический подход в реабилитации детей с хронической патологией на фоне ПП ЦНС.

Для его реализации было подготовлено пособие «Алгоритм действий врача-педиатра при диагностике и лечении ПП ЦНС и их последствий». В нем обоснована система мероприятий, предусматривающая нейросомати-

ческий подход к профилактической и реабилитационной работе педиатра в детской поликлинике, который реализуется по четырем направлениям.

Первое направление ставит задачу еще до рождения ребенка формирование здорового образа жизни в семье, принципов «ответственного родительства». Для этого разработана программа «Школы будущих мам» с внедрением элементов дородовой педагогики. К каждому занятию разработаны памятки для беременных.

Второе направление предусматривает усовершенствование работы кабинета здорового ребенка для большей индивидуализации оздоровительных мероприятий. Разработана программа «Школы молодых родителей» для оптимизации медико-педагогического сопровождения детей с неврологическими расстройствами. К каждому занятию также подготовлены памятки для родителей.

Третье направление включало реализацию нейросоматического подхода в системе ежегодной диспансеризации детей в образовательных учреждениях. Учащиеся, наблюдающиеся у невролога с установленным ранее диагнозом, направляются на плановую реабилитацию. Дети, у которых диагноз ранее не был верифицирован, но появилось много жалоб направляются в поликлинику к неврологу для окончательной диагностики и лечения.

Четвертое направление отражает подходы к дифференцировке оздоровительных и реабилитационных мероприятий, назначаемых педиатром детям второй и третьей групп здоровья. Еще на антенатальном этапе педиатр должен уметь выделить факторы риска возникновения ПП ЦНС и провести профилактические мероприятия. Осматривая ребенка, детский врач должен обнаружить первые проявления ПП ЦНС и их последствий, назначить необходимые обследования, своевременно направить ребенка к неврологу. В процессе диспансеризации педиатр должен обеспечить ребенка и родителей знаниями о формировании здорового образа жизни с учетом индивидуальных особенностей ребенка, состояния его здоровья, а также дать индивидуальные рекомендации по укреплению здоровья. Это позволит предупредить нарушения нервно-психического и физического развития и соматических заболеваний у детей с патологией нервной системы.

VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОНКОЛОГИИ, ХИРУРГИИ, ТЕРАПИИ

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В. В. Белова, И. П. Ястребцева, Н. Е. Александрійская
ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Постмастэктомический синдром (ПС) представляет собой совокупность клинических проявлений и взаимосвязанных между собой нарушений органического и функционального характера, которые неизбежно возникают и закономерно прогрессивно развиваются у всех без исключения больных раком молочной железы после проведенного им радикального лечения (А I). В течение года у 99,65% больных раком молочной железы после окончания радикального лечения формируется ПС. Основными и наиболее часто встречающимися осложнениями со стороны верхней конечности после радикальных мастэктомий являются нарушение лимфооттока в виде лимфатического отека конечности, расстройство венозного оттока со стенозами или окклюзиями подмышечной и/или подключичной вен, грубые рубцы, ограничивающие функцию конечности в плечевом суставе и брахиоплексит (В II). Постмастэктомический отек является наиболее частым проявлением ПС и составляет по данным различных авторов от 2,7 до 87,5% случаев (В II). Ограничение объема движений в плечевом суставе наблюдается от 28,0 до 57,5%, а проявления повреждения нервных стволов плечевого сплетения от 0,4 до 73,0%. Более 80% больных, успешно перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы, остаются инвалидами (А II). Вторая причина развития постмастэктомического отека – послеоперационная лучевая терапия. При сочетании радикальной мастэктомии с лучевой терапией отек верхней конечности возникает более чем в 70% случаев, в то время как только после хирургического лечения он составляет 20% (А I). Третья причина развития постмастэктомического отека – послеоперационная лучевая терапия. При её сочетании с радикальной мастэктомией отек верхней конечности возникает более чем в 70% случаев, в то время как только после хирургического лечения он составляет 20% (А I).

Диагностика. При осмотре необходимо обращать внимание на наличие отека конечности. Следует определить уровень распространения отека, его постоянство в течение суток. Важно оценить цвет конечности (бледность, синюшность, гиперпигментация), наличие сухости кожи, трещин, лимфо-

реи, отметить наличие послеоперационных рубцов после травм, ожогов, операций, нагноительных процессов. Пальпация позволяет уточнить характеристики отека (мягкий или плотный, толщина кожной складки, степень выраженности фибрэдемы), определить местную температуру. Температуру измеряют у больных с лимфедемой на 4-5 одинаковых уровнях конечностей. Обязательной является пальпация регионарных лимфатических узлов (В II). Важно определить наличие подкожных расширенных вен, болезненности по ходу поверхностных или глубоких вен для исключения тромбофлебита.

Методом, при помощи которого выявляются органические и функциональные изменения лимфатических сосудов, является лимфоангиодемография (А II). В настоящее время методом выбора для исследования лимфатической системы верхней конечности является радионуклеидная лимфосцинтиграфия (А I). При постмастэктомическом отеке показано выполнение флебографии или ультразвукового доплерографического исследования подмышечной, подключичной вен с целью исключения их рубцового стеноза или окклюзии (А I). В настоящее время с целью оценки состояния венозного русла применяется ультразвуковое дуплексное сканирование, практически не имеющее противопоказаний и не вызывающее осложнений, свойственных инвазивным методикам. Ультразвуковое исследование мягких тканей верхних конечностей, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография позволяют объективизировать степень отека и фиброзных изменений в коже и подкожной клетчатке (В II). При компьютерной томографии можно получить абсолютные данные о плотности тканей.

Лечение. Выбор рационального метода лечения ПС является сложной задачей. Консервативное лечение целесообразно применять в начальной стадии функциональных расстройств, когда наблюдается интермиттирующий характер отечности, когда стойкие необратимые фиброзные изменения в пораженных тканях еще отсутствуют (В II). Цель – повышение тонуса и мышечной активности лимфатических сосудов, раскрытие нефункционирующих в норме лимфо-венозных и лимфо-лимфатических анастомозов, формирование коллатеральных путей лимфооттока. Несмотря на то, что радикальное оперативное лечение рака молочной железы в 95–100% случаев приводит к нарушению лимфотока на стороне поражения, обычно лечение отека начинают с момента его клинического проявления.

Основные принципы консервативной терапии. Лечение должно начинаться как можно раньше, у больных с диффузным типом лимфотока в верхней конечности – на «доклинической» стадии заболевания или на I стадии (компенсации), когда еще сохраняются структурные и функциональные характеристики лимфатических сосудов.

Фармакологическая коррекция моторики лимфатических сосудов должна проводиться с учетом общих механизмов регуляции тонуса сосудов, одновременным улучшением оксигенации тканей, реологических свойств крови и профилактикой рожистого воспаления. Консервативная терапия сформировавшегося ПС должна быть комплексной, включающей сочетание механических (лечебная гимнастика, массаж, компрессионная терапия, контроль массы тела); фармакологических методов воздействия (препараты, способствующие улучшению лимфотока, нормализации сократительной активности лимфатических сосудов, профилактике рецидивов рожистого воспаления, улучшению венозного оттока, коррекции воспалительных и трофических изменений тканей); физиотерапевтических методов лечения (амплипульс, электрофорез, электростимуляция, пневмокомпрессия, баротерапия, ультрафиолетовое облучение крови). Хирургические вмешательства резекционного характера в настоящее время могут быть использованы лишь на поздних стадиях заболевания при достоверной информации о полной безвозвратной утрате функции лимфатических сосудов.

Таким образом, консервативная терапия ПС охватывает целый ряд лечебных мероприятий, сочетанное курсовое использование которых на протяжении всей жизни пациента может привести к удовлетворительному результату. Только комплексное использование вышеуказанных методов с формированием у пациента чувства ответственности за соблюдение всех рекомендаций, может обеспечить устойчивый положительный результат.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Л. П. Голдобина, Е. С. Галимова, Т. В. Столярова
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России

Бронхиальная астма (БА) до настоящего времени остаётся одним из самых тяжёлых заболеваний органов дыхания. В течение последних лет сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости БА, в связи с чем, проблема лечения этой патологии в настоящее время особенно актуальна. Несмотря на успехи, достигнутые в медикаментозной терапии БА, остаются нерешёнными вопросы реабилитации больных при наличии побочных реакций и резистентности к лекарственным препаратам. В связи с этим приобретает актуальность подбор немедикаментозных методов лечения, базирующихся на активации собственных защитных сил организма и его функциональных резервов. Такими свойствами обладает излучение низкоинтенсивных лазеров, которое обеспечивает широкий спектр эффектов: противовоспалительный,

иммунокорректирующий, десенсибилизирующий, спазмолитический, антигипоксический, вазодилатационный, улучшение микроциркуляции и реологии крови, стимуляция обменных процессов, факторов неспецифической защиты и гуморального иммунитета. Воздействие лазерным излучением на точки акупунктуры позволяет индивидуализировать лечение.

Цель исследования: изучить эффективность лазеропунктуры в реабилитации больных с бронхиальной астмой.

Больные в зависимости от вида получаемой терапии были разделены на 2 группы: 1-я опытная группа (62 человека) получала лазеропунктуру и традиционную медикаментозную терапию (ТМТ), 2-я группа – контрольная (48 человек) – только ТМТ. Подбор биологически активных точек (БАТ) проводили по общепринятым правилам акупунктуры. Воздействовали на точки акупунктуры канала легких и общеукрепляющие точки. Ежедневный рецепт сочетания точек подбирался индивидуально в зависимости от жалоб на текущий момент, клиники, наличия сопутствующей патологии, степени ее выраженности. Экспозиция на каждую аурикулярную точку составляла 5–7 с, на общеукрепляющие точки и точки канала легких – 15–30 с. За 1 сеанс воздействовали на 5–7 точек. Лечение проводили ежедневно, на курс 10–15 сеансов. Всем больным до и после курса лечения были проведены клинические, инструментальные и лабораторные исследования.

Полученные результаты. Проведенный анализ показал, что у больных, которым проводили лазеропунктуру, улучшение наступало раньше (на 3–4 день), чем у больных в контрольной группе (на 6–7-й день), получающих ТМТ. Лазерная стимуляция акупунктурных точек улучшает бронхиальную проходимость достоверно раньше, чем при традиционной терапии. Повышаются скоростные показатели (объем форсированного выдоха, мгновенная скорость воздушного потока при выдохе) и жизненная емкость легких, что свидетельствует об уменьшении вентиляционных нарушений. У 88% больных снизилась гиперреактивность бронхов. Лазеропунктура восстанавливает чувствительность бронхов к симпатомиметикам и позволяет снижать дозу глюкокортикостероидов. Только 11 пациентов (21%) основной группы продолжали пользоваться ингаляционными симпатомиметиками, а 79% полностью прекратили применение лекарственных средств. В группе сопоставления доза глюкокортикостероидов была оставлена без изменения.

Таким образом, сочетание рефлексотерапии и низкоинтенсивного лазерного излучения является эффективным методом в реабилитации больных с бронхиальной астмой.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

И. В. Карманова, Т. И. Рупасова, Е. Д. Абрашкина

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Несмотря на впечатляющее совершенствование антибактериальных средств, внебольничная пневмония в настоящее время остается наиболее распространенным острым инфекционным заболеванием. Согласно официальной статистике заболеваемость в России среди всех возрастных групп составляет 10–15 случаев на 1000 населения. Летальность от этой нозологии в середине 90-х годов составляла около 2,2% случаев госпитализированных больных, а к началу 2000 г. достигла 5% среди лиц среднего возраста и 30% – у пожилых. По данным проводимого Роспотребнадзором еженедельного мониторинга в период 2009–2012 гг. летальность от внебольничной пневмонии составляла в среднем 0,5% еженедельно, доходя в период пандемического распространения гриппа А H1N109 до 1,2%.

Тяжесть течения и исходы пневмонии во многом определяет состояние сердечно-сосудистой системы. В период клинического излечения сохраняющиеся нарушения системного кровотока, рассматриваются как важный фактор хронизации воспалительного процесса в бронхолегочной системе и нередко определяют эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. В широкой врачебной практике об эффективности реабилитационных мероприятий при пневмонии судят по динамике клинко-лабораторных данных: неспецифические показатели периферической крови, исчезновение физикальной симптоматики и реституции нормального рентгенологического статуса легочной ткани. Подобный подход является односторонним и не учитывает функционально-морфологическое единство органов и систем. Совершенствование реабилитационных мероприятий при внебольничной пневмонии остается актуальной проблемой и заставляет искать новые критерии их эффективности и более точные способы их оценки. Это послужило поводом для поиска дополнительных объективных критериев эффективности стационарного этапа реабилитационных мероприятий при внебольничной пневмонии, а также потребности пациентов в постгоспитальной реабилитации.

С этой целью обследовано 60 мужчин с внебольничной очаговой пневмонией и 20 здоровых мужчин без признаков патологии сердечно-сосудистой системы, которые составили контрольную группу. Средний возраст обследуемых составил $43,3 \pm 1,1$ года, все они были представителями рабочих профессий. Тяжесть течения пневмонии определяли с помощью компьютерной программы «Диагност».

Всем обследуемым проводилось велоэргометрическое обследование по методике непрерывной ступенеобразно возрастающей нагрузки. В конце исследования всем больным определяли общий объем выполненной работы, величину двойного произведения. Величину физической работоспособности (ФРСх) у лиц, достигших на последней ступени велоэргометрической пробы субмаксимальной возрастной ЧСС определяли по величине пороговой мощности, в противоположных случаях расчет ФРСх проводился путем экстраполяции на возрастную ЧСС.

В первую декаду болезни величина ФРСх была достоверно снижена у всех пациентов по сравнению с контрольной группой. У больных с легким течением ее значения были в 2,2 ($p < 0,001$), а при тяжелом в 3 раза ниже, чем у здоровых ($p < 0,01$). К моменту выписки больных из стационара величина ФРСх увеличилась, но в сравнении с контролем оставалась достоверно ниже ($p < 0,01$). Объем выполненной работы также как ФРСх был наиболее существенно снижен в 1-ю декаду болезни. Как при тяжелом, так и при легком течении, соответственно в 3,4 и в 2,3 раза ниже показателей контрольной группы ($p < 0,01$). Однако и к моменту выписки из стационара значения этого показателя оставались статистически ниже контрольных и не зависели от тяжести течения заболевания.

На протяжении всего госпитального периода динамические изменения ДП существенно отличались в группах с легким и тяжелым течением пневмонии. В обеих клинических группах этот показатель был также достоверно ниже по сравнению с контролем ($p < 0,001$). Это снижение было более выражено при тяжелом течении, чем при легком в 1-ю декаду болезни ($p < 0,01$). К моменту выписки был отмечен существенный прирост этого показателя у пациентов с легким течением, оставаясь практически неизменным при тяжелом течении пневмонии. Однако ни в одной из клинических групп ДП к моменту выписки не достигло нормальных значений.

Таким образом, при отсутствии клинических и рентгенологических изменений в легких реконвалесценты выписываются из стационара со сниженным уровнем физической работоспособности.

Проведение проб с дозированной физической нагрузкой у больных пневмонией позволяет оценить не только физическую работоспособность, которая служит дополнительным критерием эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий на госпитальном этапе и критерием выздоровления, но и определить, как организм реконвалесцента будет реагировать на повышенные требования, связанные с профессиональными и бытовыми нагрузками.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДИСТАНЦИОННУЮ ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ

**А. Е. Орлов, Т. А. Сивохина, М. А. Гурьянова,
М. Д. Вагапова, С. А. Бурмистрова**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер»*

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

НИИ Восстановительной медицины и реабилитации, г. Самара

Лучевая терапия, являющаяся необходимым этапом лечения многих онкологических заболеваний, угнетает способность эпителия кожи и слизистых к регенерации, вследствие чего образуются местные повреждения и создаются условия для инфицирования, особенно при наличии таких факторов риска, как пожилой возраст больных, наличие общесоматических заболеваний, исходное иммунодефицитное состояние. Лучевые повреждения кожи и слизистых проявляются в виде хронических эпителиитов и дерматитов с возможным прогрессированием в лучевые язвы. К сожалению, терапевтическая эффективность общеизвестных средств низка, что и обуславливает дальнейший поиск новых методов лечения лучевых осложнений. Известно, что метод гипербарической оксигенации (ГБО) обладает мощным иммуностимулирующим действием, выступает в качестве общего адаптогена, повышающего сопротивляемость организма к различным стрессовым воздействиям. Помимо этого, ГБО оказывает целый ряд эффектов, благоприятно влияющих на состояние больного: противоотечное, противовоспалительное действие, ускоряет течение раневого процесса, восстанавливает сниженный кровоток в органах и тканях, нормализует синтез коллагена.

Цель исследования – изучить возможность использования метода ГБО с целью профилактики и лечения местных лучевых повреждений кожи и слизистых оболочек.

В кабинете ГБО отделения реабилитации СОКОД в период с 01.08.2012 г. по 01.08.2013 г. было пролечено 63 пациента, получающих лучевую терапию по поводу комбинированного или комплексного лечения рака ротоглотки, гортани, языка. Из них, 50 пациентов уже имели постлучевые эпителииты и дерматиты, оставшиеся 13 – пациенты, которым сеансы ГБО назначались с целью профилактики лучевых осложнений в первые дни от начала ДЛТ. Возраст больных составил от 26 до 74 лет (средний возраст – 50 лет). Сеансы проводились в одноместной барокамере БЛКС-303 1 раз в сутки на режиме 1,3 Ата, время изопрессии 40 мин, курс 10–20 сеансов.

Результаты оценивались по клиническим проявлениям лучевых осложнений (боль, отек, гиперемия, трофические нарушения, сон, аппетит, возможность приема пищи, общая астенизация). У всех пациентов с уже имеющимися местными осложнениями лучевой терапии, на 2 сеансе ГБО отмечалось уменьшение отека, гиперемии облучаемой зоны; на 3–4 сеансе происходило улучшение трофики слизистых оболочек (очищение язвочек от фибринозного налета); на 6–7 сеансе началась эпителизация и регенерация слизистых оболочек. К 8–10 сеансу ГБО у 97% больных самочувствие значительно улучшилось, проявления эпителиита носили минимальный характер или исчезли совсем. У пациентов нормализовался аппетит, сон, что способствовало в значительной мере улучшить качество жизни онкологических больных. У пациентов, получающих сеансы ГБО с профилактической целью, удалось предупредить возникновение лучевых язв на коже и слизистых, значительно уменьшить такие проявления дерматита, как гиперемия и отек кожи. Все пролеченные пациенты, получающие совместно ДЛТ и ГБО, смогли пройти полный курс лучевой терапии, что позволило не прерывать лечение в радиологическом отделении, которое является необходимым звеном в терапии злокачественных опухолей.

Следовательно, применение гипербарической оксигенации позволяет эффективно лечить постлучевые эпителииты и дерматиты. Раннее назначение ГБО-терапии в сочетании с ДЛТ служит профилактической мерой в развитии местных лучевых осложнений. Оптимальный курс ГБО для пациентов, получающих лучевую терапию, совпадает с продолжительностью курса ДЛТ. Сочетанное использование ГБО и лучевой терапии позволяет достигнуть назначенной дозы облучения в полном объеме, не прерывая курса лечения и сохраняя пациенту высокое качество жизни.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**А. Е. Орлов, А. В. Яшков, Т. А. Сивохина,
И. А. Брятова, С. А. Бурмистрова**
*ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер»*

*ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России
НИИ Восстановительной медицины и реабилитации, г. Самара*

Тиреоидэктомия является одним из стандартных методов лечения рака щитовидной железы. В зависимости от распространенности процесса хирургическое лечение может быть выполнено с удалением прилегающих

к железе мышц, наружной и внутренней яремных вен с окружающей клетчаткой, содержащей лимфатические узлы. После радикального лечения рака щитовидной железы нередко возникают последствия, ухудшающие качество жизни пациентов. К наиболее частым относятся: послеоперационный отёк мягких тканей и гортани, парез или паралич возвратных гортанных нервов, подъязычных нервов, дисфония и дисфагия, повреждение паращитовидных желёз, возникновение рубцовых процессов с деформацией мягких тканей в области оперативного вмешательства, неврологические нарушения. Наряду с медикаментозной терапией, охранительным режимом, диетой и кинезотерапией, физиотерапевтические аппаратные методики являются неотъемлемой частью базовой программы ранней медицинской реабилитации больных раком щитовидной железы и проводятся в специализированном отделении сразу после завершения хирургического лечения.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения физиотерапевтических методов лечения (ингаляционная лекарственная терапия, лазеротерапия, магнитотерапия, поляризованное видимое излучение, транскраниальная электростимуляция) в раннем послеоперационном периоде (на 2–12 день) у больных раком щитовидной железы 1–4 ст.

В исследование были включены 93 пациента. На долю женщин пришлось 96% случаев, мужчин – 4%. Все испытуемые были прооперированы по поводу рака щитовидной железы со стадией опухолевого процесса T1-4aN0-1bM0. Все пациенты были поделены на 2 группы, репрезентативные по возрасту, стадийности заболевания, объёму оперативного вмешательства и характеру сопутствующей патологии. Основная группа составила – 48 человек, контрольная – 45 человек. В раннем послеоперационном периоде среди жалоб и клинических признаков у пациентов основной и контрольной групп преобладали: дисфония (у 97,6%), боль в горле и дискомфорт при глотании (у 78,5%), отёк послеоперационной области (у 42,3%), сухой кашель (у 33,7%), перепады артериального давления (у 25,4%), изменение чувствительности кожи или чувство стягивания тканей в зоне операции (у 32,6%), эмоциональная неустойчивость (у 43,7%), нарушение сна (у 26,5%). Осмотр врача реабилитолога проводился на 2–5-е сутки после операции, затем назначались процедуры восстановительного характера. Всем пациентам основной группы наряду со стандартными методами дыхательной гимнастики выполнялись: лекарственная ингаляционная терапия по 10 минут (препаратами выбора были раствор амбробене, лазолвана, флуимуцила, настойка календулы и эвкалипта), светотерапия области послеоперационных швов, кожной проекции гортани, области шеи справа или слева при боковой лимфодиссекции, магнитотерапия низкочастотная на воротниковую зону

(от аппарата «Алмаг-01» по 10–15 минут), транскраниальная электростимуляция от аппарата «Трансаир-04».

Пациентам второй (контрольной) группы кроме дыхательной гимнастики, назначалась только лекарственная ингаляционная терапия с вышеуказанными лекарственными препаратами, в течение такого же периода. Эффективность лечения оценивалась клинически в конце курса процедур. Кратность назначений была ежедневной или через день. Курс лечения в среднем составлял 7–10 процедур.

Контрольные осмотры первой группы в конце физлечения свидетельствовали об улучшении клинической картины: уменьшение охриплости голоса у 36 пациентов (76%), исчезновение болей в горле и дискомфорта при глотании у 39 пациентов (82,3%), значительное уменьшение или полностью исчезновение отёка мягких тканей в зоне операции у 18 пациентов (38 %), исчезновение или смягчение кашля у 15 пациентов (32%), стабилизация артериального давления у 9 пациентов (19%), восстановление кожной чувствительности и уменьшение неврологической симптоматики у 13 пациентов (28,2%), нормализация сна и эмоционального статуса у 12 пациентов (25%). Во второй группе дисфония уменьшилась, но полностью не исчезла у 30 пациентов (62%), купировались боли в горле и снизился дискомфорт при глотании у 31 пациентов (69%), послеоперационный отёк регрессировал у 10 пациентов (23%), кашель уменьшился у 12 пациентов (27%), стабилизация артериального давления – у 5 пациентов (12%), некоторое снижение неврологической симптоматики и возвращение кожной чувствительности было лишь у 3 пациентов (7%), сон восстановился полностью только у 5 пациентов (12%).

Таким образом, сравнительный анализ показал более ранние и эффективные результаты лечения в основной группе. Это доказывает положительное влияние местного физлечения на скорость и пластичность репаративных процессов в тканях, усиление местного тканевого иммунитета, а также свидетельствует о повышении адаптивных способностей сердечно – сосудистой, нервной и эндокринной систем при использовании физических методов общего воздействия. На основании вышеизложенного мы делаем обоснованный вывод об успешности и эффективности применения комплексного физлечения в программах ранней реабилитации больных, оперированных по поводу рака щитовидной железы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИК-ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

М.Ю. Пучкова, Д. А. Хубезов, С. В. Родимов

*ГБОУ РязГМУ имени академика И.П. Павлова Минздрава России
ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница»*

Применение лазерного полупроводникового аппарата с К- и ИК-излучением, с волоконно-оптическими световодами для чрескожной терапии аппаратом «АЛП-01-«Латон» промежности и перианальной кожи после геморроидэктомии, поскольку геморрой является самым распространенным проктологическим заболеванием (40%), каждый двадцатый больной нуждается в стационарном лечении или операции.

Цель – улучшить результаты комплексного лечения и реабилитации пациентов после геморроидэктомии путём применения ИК – лазеротерапии в раннем восстановительном периоде, а также сократить срок нетрудоспособности.

Для решения поставленной цели данного исследования на базе колопроктологического отделения ГБУ РО ОКБ проводилось применение аппарата «АЛП-01-«Латон» после геморроидэктомии методами: стандартный, внутрисветовое удаление геморроидальных узлов аппаратом Liga Sure и Harmonic геморроя 3-4 стадии. У 20 пациентов после стандартной геморроидэктомии(6), с применением LigaSure (7) и Harmonic (7) на первые сутки после операции проводилась лазеротерапия (аппарат «АЛП-01-«Латон», параметры ИК-излучения: мощность 30–40 мВ, частота 80 Гц, стандартная насадка для кожного облучения, время процедуры 3–5 мин), в сравнении с контрольной группой 20 пациентов после стандартной геморроидэктомии (5), с применением LigaSure (8) и Harmonic (9), где ИК – излучение не применялось.

Аппарат лазерный полупроводниковый с К- и ИК-излучением, с волоконно-оптическими световодами для чрескожной и внутрисветовой терапии «АЛП-01-«Латон» предназначен для лечения и профилактики различных заболеваний методами, основанными на использовании лечебного действия низкоинтенсивного излучения полупроводниковых лазеров инфракрасного и видимого диапазонов спектра. Лазерное ИК-излучение стимулирует окислительно-восстановительные процессы, увеличивает скорость синтеза белка, ферментов; на клеточном уровне: изменяет мембранный потенциал, повышает пролиферативную активность; на тканевом уровне – увеличивает микроциркуляцию.

В результате исследований изучены воздействие и установлена клиническая эффективность чрескожной лазеротерапии аппаратом «АЛП-01-

«Латон» на динамику стационарного лечения и сокращения сроков пребывания в стационаре и нетрудоспособности. Наблюдалось значительное улучшение состояния у пациентов, которым проводилась лазеротерапия, срок стандартной госпитализации сократился до 5 дней, грануляции послеоперационной раны ускорилась, в сравнении с контрольной группой. Отрицательная динамика не наблюдалась.

Итак, применение лазерного полупроводникового аппарата с К- и ИК-излучением, с волоконно-оптическими световодами для чрескожной терапии аппаратом «АЛП-01-«Латон» промежности и перианальной кожи после геморроидэктомии позволяет улучшить результаты комплексного лечения и ускорить выздоровление пациента.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ, РАЗВИВШИХСЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Т. А. Сивохина, А. Е. Орлов, С. А. Бурмистрова, М. В. Кожина

*ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер»*

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

По данным ВОЗ, рак толстой кишки занимает 1–2-е место среди злокачественных новообразований пищеварительного тракта и 5-е среди опухолей других локализаций, составляя 7,7% случаев. Основной контингент – лица трудоспособного возраста, преимущественно от 40 до 60 лет. Радикальное лечение возможно почти в 90% случаев. В Самарской области рак толстой кишки занимает 3-е место у женщин, уступая лишь раку кожи и молочной железы. Левосторонняя гемиколэктомия является наиболее распространенной операцией в онкохирургии рака верхней и средней трети сигмовидной кишки. Последствия левосторонней гемиколэктомии значительны и включают в себя болевой синдром, метеоризм, запор, диарею, чувство неполного опорожнения при дефекации, мальабсорбцию и мальдигестию и т. д., так как нарушаются процессы всасывания, гуморальная и нервная регуляция пищеварительного канала, изменяется биоценоз кишечника. Наиболее частым осложнением у пациенток в послеоперационном периоде является запор. Причины развития запора: снижение моторики кишечника и развитие спаечной болезни.

Цель исследования – изучить эффективность применения препарата Резолор у пациенток с синдромом запора вследствие левосторонней гемиколэктомии по поводу рака сигмовидной кишки (стадия 1–2) в сравнении с другими группами слабительных препаратов.

В данное сравнительное исследование были включены 2 группы пациенток (40) и (38) соответственно, оперированных по поводу рака сигмовидной кишки, имеющих в постоперационном периоде синдром запора не менее 1 года. Наблюдаемые пациентки ранее в лечении запора не использовали препарат Резолор. Все обследуемые были сравнимы по общим характеристикам: возраст, сопутствующая патология. Средний возраст пациенток составил 49 ± 9 лет. В клинической картине больных преобладали: запор – 78,3%, метеоризм – 65,7%, боль – 41,6%, чувство неполного опорожнения при дефекации – 41,3%. При эндоскопическом исследовании у пациенток отмечалось снижение тонуса кишечника, явления гиперемии в толстой кишке. Эффективность препарата оценивалась через 1 месяц – клинически, через 2 месяца – эндоскопически. В первой группе (40 человек) пациентки получали препарат Резолор в дозировке 2 мг в течение 1 месяца. Во второй группе – слабительные препараты, увеличивающие объем каловых масс (макрогол, лактулоза).

При контрольных осмотрах в первой группе через 1 месяц отмечалось улучшение клинической картины: нормализация акта дефекации произошла у 33 пациенток (82,5%), боль исчезла у 29 пациенток (72,5%), метеоризм уменьшился у 31 (77,5%). Во второй группе нормализация стула – у 18 больных (47,3%), болевой синдром – у 11 (28,9%), метеоризм носил интермиттирующий характер. Эндоскопически через 2 месяца у 32 пациенток (80%) из первой группы отмечалась нормализация тонуса толстой кишки, во второй – у 17 (44,7%).

Таким образом, препарат Резолор (дигидробензофуранкарбоксамид) является селективным, высокоаффинным агонистом 5HT₄-серотониновых рецепторов, благодаря чему усиливает моторику кишечника, нормализуя процесс опорожнения. В сравнении с другими группами слабительных препаратов оказывает более быстрый эффект от лечения, что положительно сказывается на качестве жизни пациентов. Мы считаем, что применение препарата прукалоприда (резолора) в лечении запора является обоснованным и эффективным.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНОГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ГАСТРЭКТОМИЮ

Т. А. Сивохина, Т. Г. Золотарева, С. А. Бурмистрова, М. В. Кожина
*ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер»*

Гастрэктомия является одной из наиболее распространенных операций в онкохирургии при злокачественных новообразованиях желудка. Последствия такого оперативного вмешательства значительны и часто отражаются на качестве жизни пациента. Наиболее частыми осложнениями гастрэктомии являются: рефлюкс-эзофагит, демпинг-синдром, анемия различной степени выраженности, нарушения белкового, углеводного и жирового обмена, мальабсорбция и мальдигестия и т. д., которые встречаются у 10–83% больных в различных сочетаниях. Среди функциональных осложнений данного хирургического вмешательства наибольшее значение имеет рефлюкс – эзофагит, причинами развития которого могут быть снижение способности пищевода к самоочищению, повреждающие свойства рефлюктанта (содержимого двенадцатиперстной кишки, забрасываемого в пищевод) и неспособность слизистой оболочки этому противостоять. В последние годы в стандарт лечения рефлюкс-эзофагита, помимо диетотерапии, включаются прокинетики и обволакивающие препараты. Также у ряда авторов имеется опыт применения препаратов урсодезоксихолевой кислоты в лечении рефлюкс-эзофагита. Однако не всегда данные схемы лечения приводят к улучшению качества жизни пациентов и стойкой ремиссии. В современной медицине в настоящее время большое внимание уделяется немедикаментозным методам лечения. Альтернативные методы лечения должны существенно снижать потребность в лекарственных препаратах, одновременно способствуя улучшению функционирования различных органов и систем, активации защитных сил организма. Одним из таких методов является применение озонотерапии – высокоэффективного немедикаментозного метода лечения, обладающего бактерицидным, вирусоцидным, фунгицидным, иммуномодулирующим, антигипоксическим, цитостатическим и дезинтоксикационным воздействием. У данного метода лечения хорошая переносимость, практическое отсутствие побочных действий. Патогенетический эффект озонотерапии определяется высоким окислительно-восстановительным потенциалом озона, что обеспечивает двоякий механизм действия: первый – локальный, с дезинфицирующей активностью в отношении бактерий, вирусов и грибов; второй – системный, метаболический в отношении белково-липидных комплексов плазмы и мембран клеток, ведущий к повышению парциального давления кислорода,

преобразованию и синтезу биологически активных веществ, усилению активности иммунокомпетентных клеток, улучшению реологии и кислород-транспортной функции крови.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения физиотерапевтических методов лечения (магнитотерапия, КВЧ-терапия) в сочетании с внутривенной озонотерапией при эрозивных рефлюкс-эзофагитах, возникших вследствие гастрэктомии по поводу рака желудка у больных II–III клинической группы.

В исследование участвовали 2 группы пациентов 45 и 42 человека соответственно, оперированных по поводу рака желудка II–IIIb стадий. Всем была выполнена гастрэктомия. Обе группы пациентов были сравнимы по общим характеристикам: возраст, пол, сопутствующая патология. Средний возраст пациентов составил 56 ± 9 лет. Из них женщины в первой группе составили – 38%, во второй – 33%, мужчины – 62 и 67% соответственно. Диагноз злокачественного заболевания, как в основной, так и в контрольной группе, был морфологически верифицирован во всех случаях. Длительность рефлюкс-эзофагита в послеоперационном периоде у пациентов обеих групп варьировала от нескольких месяцев до нескольких лет. В клинической картине у исследуемых обеих групп достоверных отличий не было выявлено и преобладали следующие жалобы: изжога (69,3% случаев), одинофагия (52,7%), горечь во рту (32,6%), отрыжка (41,3%). При фиброгастроскопии, проведенной в условиях ГБУЗ СОКОД на аппарате «Olympus» эндоскопически был подтвержден диагноз эрозивного эзофагита 2–3 стадии. В 1-ой группе пациентам, наряду со стандартной схемой медикаментозного лечения, проводились сеансы внутривенной озонотерапии и КВЧ-терапии в течение 10 дней. Во второй группе пациенты стандартно получали только медикаментозное лечение в течение такого же периода. Эффективность лечения оценивалась на 10-й день курса физиотерапевтических процедур клинически и через 2 месяца после курса – по результатам эндоскопического исследования.

При контрольных осмотрах в первой группе через 10 дней отмечалось улучшение клинической картины: изжога купирована у 37 пациентов (82,2%), горечь во рту и одинофагия исчезла у 31 (68,8%), отрыжка – у 27 (60%). Во второй группе уменьшение изжоги было лишь у 29 больных (47,6%), одинофагии – у 15 (35,7%), а горечь во рту и отрыжка носили интермиттирующий характер у половины пациентов (49 и 51% соответственно). Также в первой группе снижалась необходимость приема прокинетиков и обволакивающих препаратов. Эндоскопически через 2 месяца исчезновение эрозий отмечалось у 37 лиц (82,2%) первой группы и у 23 (54,7%) – второй.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе значительно раньше и чаще наступала клиническая стабилизация заболевания. Отмечен-

ные изменения связаны с тем, что озон увеличивает активность иммунокомпетентных клеток, улучшает реологию и кислородтранспортную функцию крови, что приводит к ускорению репаративных свойств тканей организма. Таким образом, мы считаем, что совместное применение стандартных медикаментозных схем лечения и озонотерапии в сочетании с КВЧ-терапией в лечении эрозивного рефлюкс-эзофагита у пациентов, перенесших гастроэктомию является обоснованным и эффективным.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ КАК СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Н. Н. Спесивцева

ГБОУ РязГМУ имени академика И.П. Павлова Минздрава России

Нормобарическая гипокситерапия (горный воздух) – немедикаментозный метод улучшения работоспособности, функционального состояния и качества жизни человека путем дозированных гипоксических воздействий в нормобарических условиях.

На протяжении долгого времени в практическом здравоохранении основное внимание уделялось медикаментозным способам лечения и профилактики заболеваний, однако из-за растущего числа лекарственных аллергий целесообразно рассмотреть иной путь решения проблемы поддержания здоровья населения – повышение резистентности организма к отрицательным факторам окружающей среды с помощью доступных физиотерапевтических методов, способных активировать неспецифическую резистентность организма. Одним из таких методов и является нормобарическая гипокситерапия.

История использования климатических условий средне- и высокогорья насчитывает несколько столетий. С конца XIX века стало известно, что наиболее мощное воздействие на организм в естественных условиях оказывает нехватка кислорода, приводящая к гипоксии, остальные факторы (инсоляция, разреженная атмосфера, низкая температура) чаще играют роль побочного компонента.

В нашей стране создан простой и экономически доступный для любого ЛПУ способ, обеспечивающий развитие дозированной нормобарической гипоксии за счет искусственного снижения концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе путем использования газовых гипоксических смесей.

Минздрав России (письмо № 11-8/01-15 от 10.02.94) считает целесообразным активное внедрение метода в лечебную практику, особенно с целью профилактики инфекционных, соматических заболеваний и для предупреждения обострения хронических заболеваний.

Показания для использования метода нормобарической гипоксии:

1. Хронические заболевания кардиореспираторной системы, болезни желудочно-кишечного тракта вне обострения, гипопластические и железодефицитные анемии, нарушения обмена веществ, неврозы, астенические и депрессивные состояния, токсикозы беременных.

2. Здоровым людям метод показан для повышения работоспособности и устойчивости к эмоциональным нагрузкам, повышения устойчивости к инфекционным заболеваниям, для профилактики осложнений в родах, с целью поддержания высокого уровня когнитивных функций (память, запоминание, воспроизведение информации) в условиях повышенной физической и/или эмоциональной нагрузки.

К несомненным достоинствам метода следует отнести малое количество противопоказаний: острые инфекционные и соматические заболевания, декомпенсация хронических процессов, индивидуальная непереносимость дефицита кислорода. Возрастных ограничений нет.

Основным преимуществом нормобарической гипокситерапии является простота в практическом применении, процедура проводится в условиях физиотерапевтического отделения больницы обученным персоналом. Нормобарическая гипоксия в 4 раза лучше переносится человеком, чем гипобарическая гипоксия, которая развивается во время барокамерных “подъемов” или в естественных условиях средне- и высокогорья при равном парциальном давлении кислорода. Принцип создания гипоксии при нормальном атмосферном давлении исключает возможность возникновения декомпрессионных расстройств, т.е. метод прерывистой нормобарической гипокситерапии является более физиологичным и безопасным, технически и экономически более доступным, чем метод барокамерной тренировки. Кроме того метод не требует специальных навыков и сложных интеллектуальных усилий от пациента, что позволяет значительно экономить время на обучении пациента. Важным преимуществом является также и то, что метод практически лишен побочных свойств.

Итак, нормобарическая гипокситерапия проста в применении, экономически выгодна и доступна для пациентов разных возрастных групп. Проведение сеансов нормобарической гипокситерапии возможно на базе физиотерапевтического отделения ЛПУ силами собственного персонала. Метод не требует дополнительных усилий от пациента, и его можно использовать как для лечения, профилактики, так и для реабилитации пациентов с широким

спектром заболеваний. Нормобарическая гипокситерапия не имеет побочных эффектов, при этом у него малое количество противопоказаний. Метод активизирует собственные резервы организма пациента без дополнительной лекарственной стимуляции. Кроме того, имеется ряд преимуществ по сравнению с другими способами медикаментозной и немедикаментозной терапии, так как пациент перестает быть пассивным объектом лечебного процесса, а становится активным участником лечения.

Таким образом, применение нормобарической гипокситерапии не только оправданно, но и выгодно в условия современного лечебно-профилактического учреждения.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. В. Яшков, Т. А. Сивохина, С. А. Бурмистрова, И. А. Брятова

*ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер»*

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

В настоящее время рак предстательной железы (РПЖ) занимает 3 место в структуре злокачественных новообразований у мужчин. Основным побочным эффектом большинства хирургических методов лечения РПЖ является недержание мочи в той или иной степени выраженности. Так, частота встречаемости недержания мочи после радикальной простатэктомии и трансуретральной резекции составляет 30–38 %, после проведенной брахитерапии – 6,2%, после HIFU-терапии – 8,1%, что совпадает с данными наших наблюдений. Недержание мочи также является серьезным психотравмирующим фактором, который крайне негативно отражается на качестве жизни пациента.

Цель – учитывая все вышесказанное, проблема недержания мочи требует более пристального внимания и широкого внедрения в практическую медицину программ коррекции данного состояния.

В условиях отделения реабилитации за 2011 год и 6 месяцев 2012 года получили лечение 152 пациента, страдающих недержанием мочи, возникшим после проведенного противоопухолевого лечения. Из них 87 пациентам (57,2%) была проведена радикальная простатэктомия; 37 (24,3%) – трансуретральная резекция + HIFU-терапия; 27 мужчинам (17,8%) – радикальная простатэктомия + лучевая терапия; 1 пациенту (0,7%) – брахитерапия. По степени выраженности недержания мочи, оцененной на основании «про-

кладочного теста», пациенты распределились следующим образом: легкая степень – у 46 (30,3%), средняя – у 100 (65,8%), тяжелая – у 6 (3,9%). Недержание мочи к моменту обращения продолжалось не менее 2 месяцев и не имело тенденции к уменьшению.

Для выработки оптимальной программы реабилитации все пациенты были разделены на две группы. По своему составу группы были репрезентативны. Первую группу составили 74 пациента (48,7%), получавшие в течение 10 дней сеансы нейромышечной электростимуляции. Этот метод лечения направлен на укрепление ослабленных мышц мочевого пузыря и улучшение контроля мочеиспускания. Вторая группа состояла из 78 пациентов (51,3%), которые также получали в течение 10 дней процедуры нейромышечной стимуляции, но в сочетании с курсом специализированной лечебной физкультуры (ЛФК). Терапевтический эффект лечебной физкультуры связан с тем, что гимнастические упражнения, повышая тонус всей мускулатуры тела, повышают в том числе тонус мышц дна полости малого таза, что значительно улучшает их функцию. Ряд специальных упражнений, непосредственно воздействуя на мышцы данной области, также благотворно влияет на их сократительные свойства, что и дает общий лечебный эффект. Задачи ЛФК наилучшим образом решались при выполнении упражнений в отведении и разведении бедер в исходном положении лежа на спине с приподнятым тазом; упражнений для нижних конечностей с сопротивлением в этом же исходном положении; ходьбы короткими и скрестными шагами. Кроме специальных физических упражнений (для мышц промежности, таза, живота и спины) в комплекс были включены дыхательные и упражнения на расслабление. Продолжительность занятия лечебной физкультурой в течение курса увеличивалось с 20 до 40 минут. Обе группы пациентов в начале курса реабилитации получали консультативную помощь о формировании поведенческой стратегии, включающей в себя изменения в образе жизни, питании и режиме мочеиспусканий. Через 3 месяца по окончании первого курса реабилитации проводился повторный курс по прежней схеме. Оценку результатов проводили спустя 3 месяца после окончания второго курса лечения на основании субъективных ощущений пациентов и «прокладочного» теста.

Среди пациентов первой группы к моменту контрольного осмотра отмечалось отсутствие симптомов недержания мочи у 9 (12,2%), недержание легкой степени – у 18 (24,7%), средней – у 44 (59,1%). Число больных с тяжелой степенью осталось прежним (3 – 4,0%). Во второй группе отсутствие симптомов недержания наблюдалось у 21 пациента (27,3%), легкая степень – у 33 (41,2%), средняя – у 22 (28,9%), тяжелая – у 2 (2,6%).

Таким образом, проведение лечебного комплекса с включением нейромышечной электростимуляции и специализированной лечебной физкульту-

ры оказало более выраженный эффект, чем воздействие одной электростимуляции. Результаты лечения недержания мочи у мужчин с тяжелой степенью нельзя считать достоверными из-за малого количества пациентов данной категории, участвующих в исследовании. Следовательно, своевременное проведение комплекса реабилитационных мероприятий с включением нейромышечной стимуляции, специализированной лечебной физкультуры при условии следования пациентом поведенческой стратегии приводит к значительному улучшению функционального состояния мочевыделительной системы, обеспечивая более высокое качество жизни и тем самым, увеличивая реабилитационный эффект.

СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ПРОТИВОПУХОЛЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

А. В. Яшков, Т. А. Сивохина, С. А. Бурмистрова

*ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер»*

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

НИИ Восстановительной медицины и реабилитации, г. Самара

Во всем мире частота развития рака шейки матки (РШМ) занимает второе место после заболеваемости раком молочной железы. В современной отечественной онкологии и радиологии широко применяется сочетанная лучевая терапия, а также хирургический и комбинированный методы лечения РШМ. Типичным последствием облучения и/или диссекции регионарных лимфоузлов является нарушение лимфатического и венозного оттока, а также развитие местных лучевых повреждений здоровых органов и тканей в области полей облучения. Повреждение лимфатического аппарата при лечении РШМ относится к многообразному классу вторичных лимфостазов. Кроме того, отдаленные последствия радикальных расширенных операций и длительных курсов лучевой терапии приводят к утрате качественных характеристик жизни (физических, психологических и социальных), с возможной инвалидизацией женщин. Учитывая современные возможности диагностики и лечения злокачественных новообразований, в последнее время уделяется особое внимание не только сохранению жизни, но и качеству жизни пациентки.

Цель исследования – учитывая современные возможности консервативного лечения, разработать комплексные реабилитационные программы для коррекции последствий противоопухолевого лечения с включением методик физической (занятия лечебной физкультурой, скандинавской ходьбой и

адаптированной методикой йоги, мануальным лимфодренажным массажем), физиотерапевтической (светотерапия, перемежающаяся пневмокомпрессия, магнитотерапия) и психологической реабилитации (психокоррекционные занятия в виде индивидуальных психодиагностических бесед в сочетании с групповой формой работы по освоению навыков концентрационного расслабления).

На базе отделения реабилитации курс лечения проходили 243 женщины, большинство из которых имели I–III степень лимфатического отека. Давность оперативного лечения составляла более 3–4 месяцев. Половина пациенток (51,4%) на фоне проводимого лечения дополнительно получали медикаментозную терапию флеболимфотонизирующими препаратами. Все пациентки в процессе лечения использовали компрессионный трикотаж II класса компрессии. В зависимости от назначаемых схем лечения все пациентки были разделены на 2 группы. По возрастным показателям, стадийности заболевания, выраженности лимфовенозной недостаточности и наличию сопутствующих заболеваний больные из всех групп существенно не отличались. Первую группу составили 125 женщин (51,4%), которые получали лечение по схеме в течение 3 недель, состоящей из последовательно проводимых занятий лечебной физкультурой, скандинавской ходьбой и йогой, светодиодной матричной терапии на пораженную конечность, пневматической компрессии на обеих нижних конечностях, магнитотерапии переменным магнитным полем на нижнюю конечность и область таза, мануального лимфодренажного массажа, психокоррекционных занятий и получавших на фоне лечения медикаментозную флеболимфотонизирующую терапию. Вторая группа состояла из 118 пациенток (48,6%) получавших в течение 2 недель одновременно комплекс физических упражнений, светодиодную матричную терапию, пневматическую компрессию нижних конечности и магнитотерапию по тем же методикам, что и первая группа, а также психокоррекционные занятия. Для оценки эффективности лечебных мероприятий используются следующие критерии: уменьшение чувства распирания и болей в сегментах конечности или всей конечности, изменение объема отеочной конечности на уровне всех отделов в динамике.

Основным инструментом для оценки качества жизни нами был выбран опросник SF-36. Оценка качества жизни на момент начала реабилитационного курса по данным составляющим показала, что больше всего страдал показатель физического здоровья (у 76% пациенток) и несколько в меньшей степени показатель психологического здоровья (у 58%). Снижение качества жизни данных пациенток было связано утратой привлекательности, инвалидизацией, а также с нарушениями сексуальной функции, что влекло за собой изменения эмоционального статуса.

В результате лечения у всех больных первой группы отмечалась выраженная положительная динамика в уменьшении объемных показателей конечности с 5–7 дня лечения, а начиная с 3–5 дня уменьшились и субъективные ощущения (чувство распирания в конечности и т. п.). К концу курса лечения в данной группе обследуемых объем конечности уменьшился на 78,1% от исходного. Во второй группе размеры конечности уменьшились лишь на 15,0–20,4% от исходного. Оценка качества жизни на момент окончания реабилитационного курса по исследуемым критериям, показала положительную динамику, что свидетельствует о повышении физической, социальной активности и улучшении эмоционального состояния.

Таким образом, максимальное уменьшение избыточного объема конечности и наибольшая продолжительность последствия процедур наблюдается при сочетанном и последовательном использовании развернутого комплекса реабилитации (3-недельный курс) в сочетании с курсовым приемом флеболимфотонизирующих препаратов и последующим использованием компрессионного трикотажа. Проведение курса реабилитации по обычной программе (2 группа) оказывает менее значимое и нестойкое влияние на состояние лимфовенозного оттока. Необходимо отметить и положительные сдвиги в психоэмоциональном состоянии женщин на фоне улучшения самочувствия и приобретения возможности возврата к прежнему образу жизни. Включение в комплексную программу медицинской реабилитации приведенных выше схем лечения приводит к значительному улучшению функционального состояния лимфовенозной системы, что способствует уменьшению объемных показателей нижних конечностей, обеспечивая улучшение качества жизни пациентов и тем самым, увеличивая прирост реабилитационного эффекта.