

КАТАМНЕСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА, АКТИВНОСТИ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СТЕПЕНИ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

А.А. Королев, С.В. Кузьмина, А.А. Маркова, З.Х. Болиева

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия», г. Санкт-Петербург, koroland.dok@mail.ru

Проведена катamnестическая оценка динамики восстановления неврологического дефицита, активности повседневной жизнедеятельности и степени социальной дезадаптации у пациентов, перенесших церебральный ишемический инсульт, в период проведения реабилитационных мероприятий. Использование предложенных шкал позволило эффективно контролировать в динамике и корректировать проводимое восстановительное лечение.

Ключевые слова: инсульт, медицинская реабилитация, степень восстановления.

A PROSPECTIVE EVALUATION OF RECOVERY OF NEUROLOGICAL DEFICIT, THE ACTIVITY OF DAILY LIVING AND DEGREE OF SOCIAL EXCLUSION IN POST OF PATIENTS DURING THE REHABILITATION

A.A. Korolev, S.V. Kuzmina, A.A. Markova, Z.H. Bolieva

St. Petersburg State Pediatric Medical Academy, St. Petersburg, koroland.dok@mail.ru

Conducted prospective follow-up evaluation of the dynamics of recovery of neurological deficits, activities of daily life and the degree of social maladjustment in patients undergoing cerebral ischemic stroke in the period of rehabilitation. Using the proposed scale would effectively control the dynamics and corrected conducted rehabilitation.

Key words: stroke, medical rehabilitation, the degree of recovery.

Введение

Заболеваемость и смертность от острых нарушений мозгового кровообращения, несмотря на различные многочисленные методы первичной и вторичной профилактики, в России, в США, в странах Восточной Европы остается очень высокой с появив-

шейся тенденцией к росту. Заболеваемость инсультом в России составляет 2,5–3,0 случая на 1000 населения в год. В структуре общей смертности доля острых нарушений мозгового кровообращения в нашей стране составляет 21,4%, а инвалидизация после перенесенного инсульта занимает первое ме-

сто среди всех причин первичной инвалидности [3]. Сохраняется высокая смертность от инсульта: в течение первого месяца с момента заболевания умирают 15–20% больных, до 75% больных, перенесших инсульт, остаются инвалидами. К трудовой деятельности возвращаются не более 10–12%, 10% становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в постоянном постороннем уходе [5].

В связи с этим необходимость комплексной реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, определяет социальную и экономическую значимость восстановительного лечения [2].

Цель исследования

Провести катamnестическое исследование по оценке степени восстановления неврологического дефицита, активности повседневной жизнедеятельности, степени социальной дезадаптации у пациентов с ишемическим инсультом в процессе проведения медицинской реабилитации.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 200 пациентов (основная группа исследуемых — 100 человек, контрольная группа — 100 человек) в возрасте от 39 до 70 лет. Все больные находились на стационарном лечении в связи с внезапно развившимся церебральным ишемическим инсультом.

Основная группа после проведенного фармакологического лечения в неврологическом отделении (среднее число койко-дней $13,84 \pm 0,2$) переводилась в отделение реабилитации, где в течение 14 койко-дней получала комплексное восстановительное лечение. Контрольная группа после проведения фармакологического лечения в не-

врологическом отделении (среднее число койко-дней $14,16 \pm 0,3$) выписывалась на амбулаторное лечение (медицинская реабилитация не проводилась) с последующим контрольным осмотром через 14 дней.

В основной группе исследуемых мужчин было 60 (средний возраст $59,5 \pm 0,9$; max — 70, min — 39), женщин — 40 (средний возраст $59,5 \pm 0,9$; max — 70, min — 47). В контрольной группе исследуемых мужчин было 51 (средний возраст $62,8 \pm 0,6$; max — 70, min — 56), женщин — 49 (средний возраст $63,3 \pm 0,6$; max — 70; min — 53). Преобладали больные среднего возраста и старше.

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

Наблюдалась полушарная и стволовая локализация очага поражения. В основной группе у 35 исследуемых (из них мужчин — 19, женщин — 16) ишемический инсульт развивался в бассейне правой средней мозговой артерии (частичное поражение каротидного бассейна), у 40 исследуемых (из них мужчин — 28, женщин 12) — в бассейне левой средней мозговой артерии (частичное поражение каротидного бассейна), у 25 (мужчин — 14, женщин — 11) — в вертебрально-базиллярном бассейне.

В контрольной группе у 35 исследуемых (из них мужчин — 17, женщин — 18) ишемический инсульт развивался в бассейне правой средней мозговой артерии (частичное пора-

жение каротидного бассейна), у 40 исследуемых (из них мужчин — 22, женщин — 18) — в бассейне левой средней мозговой артерии (частичное поражение каротидного бассейна), у 25 (мужчин — 12, женщин — 13) — в вертебрально-базилярном бассейне.

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

Все пациенты, поступающие на восстановительное лечение, оценивались специалистами специально созданной мультидисциплинарной бригады. Совместно определялся реабилитационный диагноз, план реабилитационного лечения, эффективность реабилитации, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации. Устанавливались контакты с участковым или семейным врачом, а также со службами социальной помощи

для решения вопросов, связанных с возвращением больных в общество.

Результаты исследования

Оценка результатов реабилитации проводится по двум основным направлениям: степень выраженности клинических проявлений и степень нарушения жизнедеятельности [10]. Уровень неврологического дефицита проще всего оценивать по балльной шкале [12]. Однако оценка в баллах достаточно субъективна. Для объективизации двигательных нарушений у постинсультных больных наиболее адекватными являются биомеханические методики исследования. Биомеханическое обследование постинсультных больных предполагает измерение объема и темпа движений в суставах верхней конечности, мышечной силы кисти, скорости дифференцированных движений пальцев, асимметрии длины шага больной и здоровой нижней конечности, скорости ходьбы [10].

К настоящему времени разработаны разнообразные компьютеризированные системы, предназначенные для биомеханического исследования двигательных функций и походки [7]. Их также можно использовать в целях контроля за эффективностью лечения, однако далеко не все реабилитационные учреждения располагают таким оборудованием.

Оценка нарушенных двигательных функций проводится в процессе восстановительного лечения с интервалом в десять дней; результаты этой оценки лежат в основе коррекций назначаемых лечебных воздействий [12].

В качестве инструмента измерения нарушений жизнедеятельности постинсульт-

ных больных удобнее всего использовать модифицированный индекс активности повседневной жизни Бартела. При наличии речевых и когнитивных расстройств целесообразнее применять опросник FIM (Functional Independence Measure, англ.), разработанный Американской Академией физической терапии и реабилитации, который, хотя и более трудоемок, но содержит блок вопросов, касающихся состояния высших корковых функций.

Социальные последствия церебральных инсультов не ограничиваются только нарушением бытовой активности, обычно значительно страдает и общественная активность. Однако тесты для определения степени ограничений общественной активности разработаны в значительно меньшей степени. В ряде случаев пункты, отражающие социальную активность, включают шкалы, предназначенные для оценки нарушений бытовой жизнедеятельности. Наиболее удачным инструментом для измерения уровня социальных ограничений является опросник Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART), также разработанный Американской Академией физической медицины и реабилитации. Пять шкал этого опросника (потребность

в постороннем уходе, мобильность, социальная интеграция, занятость и экономическая независимость) отражают те направления, которые были определены ВОЗ в качестве основных при характеристике уровня социальных ограничений.

Подсчет баллов по разделам опросников производится при приеме на реабилитацию и на момент выписки больного из реабилитационного учреждения; полученные данные помогают планировать медико-социальные реабилитационные мероприятия в период пребывания больного в реабилитационном учреждении, оценивать эффективность проведенной реабилитации и давать конкретные рекомендации больному при его выписке.

В нашем исследовании динамика восстановления постинсультных больных оценивалась в баллах и рассчитывалась как разница между баллами, выраженными в процентах, полученными по шкале неврологических нарушений (шкале инсульта), шкале активности повседневной жизнедеятельности Бартела, Оксфордской шкале социальной дезадаптации [7] при поступлении на восстановительное лечение и после его проведения. Полученные данные сравнивались с результатами

Средний балл основной и контрольной групп в процессе восстановления (%)

($p < 0,05$)

Группа	Шкала инсульта			Индекс Бартела			Оксфордская шкала		
	П*	В	Р	П	В	Р	П	В	Р
Основная	68,8	78,5	92,1	28,0	55,0	86,0	82,6	50,6	32,8
Контрольная	П	В	КО	П	В	КО	П	В	КО
	72,8	83,1	86,5	29,4	66,5	74,0	80,6	56,0	53,0

*П — поступление в стационар; В — выписка из стационара; Р — окончание реабилитации; КО — контрольный осмотр

контрольной группы, которые оценивались по тем же параметрам, но без проведения восстановительного лечения.

Обсуждение

Эффективность реабилитации больных с постинсультными двигательными расстройствами определяется динамикой восстановления двигательных функций, бытовой и социальной активности пациентов [4]. Традиционно считается, что в нейро-реабилитации основным методом является наблюдение врача и получение детальной информации о функциональном состоянии или о функциональных резервах больного и отражение этих данных на специальных шкалах. В сфере здравоохранения в качестве основного метода для оценки эффективности реабилитации используются опросники. Однако в настоящее время отмечается тенденция к более широкому применению опросников и в нейрореабилитации для оценки восприятия больным его функционального статуса и качества жизни [1]. Причем при оценке степени инвалидизации больного и социальной адаптации обычно измеряются не физические параметры, а качественные показатели и данные самоучета больных.

Методы оценки степени инвалидизации не столь специфичны для различных заболеваний; в их основе чаще лежит оценка независимости индивидуума от посторонней помощи в повседневной жизни. При этом анализируются не все ее виды, а только наиболее значимые, наиболее общие из рутинных действий человека [4].

Выводы

Проведенный контроль за динамикой восстановления неврологического дефици-

та, активности повседневной жизнедеятельности и степени социальной дезадаптации показал высокую надежность и валидность применяемых шкал при проведении медицинской реабилитации у постинсультных больных. Использование данных шкал позволило эффективно контролировать в динамике и корректировать проводимое восстановительное лечение.

Список литературы

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных сотрудников. — М., 2004. — 432 с.
2. Богданов Э.И., Тахиева Ф.В. Индекс Бартела в оценке восстановления больных, перенесших мозговой инсульт в остром периоде заболевания // Неврологический вестник. — 2002. — Т. XXXIV №3. — С. 59–60.
3. Гусев Е.И. Современный взгляд на проблему инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2003. — №9. — С. 3–5.
4. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шведков В.В. Жизнь после инсульта. — М.: Миклош, 2002. — 46 с.
5. Макаров А.Ю., Помников В.Г. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы / под ред. А.Ю. Макарова. — СПб.: ООО «Золотой век», 1998. — 600 с.
6. Brott T., Adams H.P., Olinger C.P. et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale // Stroke. — 1989. — Vol. 20. — P. 864–870.
7. Cook L., Smith D., Truman G. Using functional independence measure profiles as an index of outcome in the rehabilitation

-
- of brain-injured patients // Arch. Phys. Med. Rehab. — 1994. — №75. — P. 390–393.
8. Godbout C.J., Johns J.S. In: Physical medicine and rehabilitation. — P.J. Potter et al. (eds.): Medicine, 2002. — 824 p.
9. Granger C.V., Kelly-Hayes M., Johnston M. et al. Quality and outcome measures for medical rehabilitation // In: R. Braddom. Physical medicine and rehabilitation. — W.B. Saunders Company, 1996. — P. 239–252.
10. Heinemann A., Linacre J., Wright B., Hamilton B., Granger G. Relation-ships between impairment and physical disability as measured by the functional independence measure // Arch. Med. Rehabil. — 1993 — Vol. — 74. — P. 556–573.
11. Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation // Oxford University Press. — 1992. — P. 123–141.
12. Worlow C.P., Dennis M.S., Sudlow C. et al. Very early risk of stroke after a first transient ischemic attack // Stroke. — 2003. — Vol. 362. — P. 1211–1224.
-