

VI. НЕОТЛОЖНАЯ НЕВРОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ О ДИНАМИКЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ В ОСТРЕЙШЕМ И ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Гусев В.В., Львова О.А., Балуева Т.В., Ломакина Н.Н., Шахмаева Н.Б., Сырцова О.С.

Кафедра детской неврологии и неонатологии ГБОУ ВПО УГМА Минздрава РФ, неврологическое отделение МБУ ЦГКБ № 23, г. Екатеринбург

Острые нарушения мозгового кровотока (ОНМК) остаются актуальнейшей проблемой нашего времени, прежде всего из-за их инвалидирующих последствий. Инвалидизация таких больных обусловлена в первую очередь двигательными нарушениями. Для планирования реабилитационных мероприятий необходимо четкое представление о динамике двигательных нарушений у этих пациентов. Однако в настоящее время недостаточно исследован вопрос о клинических маркерах их динамики, а также прогноза восстановления дефектов двигательной сферы, что в свою очередь не позволяет использовать дифференциальный подход к назначению и планированию физических методов реабилитации и медикаментозной терапии в раннем периоде болезни.

Материалы и методы. Нами осмотрен 21 больной с диагнозом острого нарушения мозгового кровообращения в период с 1 по 3 дни болезни (острейший период) и с 8 по 14 дни (острый период) болезни. Критериями включения в исследование стали: независимость от пола; впервые установленный диагноз «Острый ишемический инсульт», верифицированный с помощью КТ головного мозга; клинически и визуализационно подтвержденная полушарная локализация процесса; наличие двигательных нарушений.

Осмотр был выполнен по следующим показателям: оценивалась проксимальная и дистальная сила в конечностях, тонус мышц, а также

наличие патологических рефлексов верхних и нижних конечностей.

Показатели тонуса оценивались по модифицированной шкале Ashworth от - 4 до + 5 баллов, где 0 баллов - это нормальные показатели тонуса здорового человека, - 4 баллов - тонус резко снижен, + 5 баллов - тонус повышен значительно.

Сила оценивалась по шкале MRCS (Medical Research Council Scale), где 0 баллов – нет движений, а 5 баллов – нормальная мышечная сила.

Нами исследованы 20 патологических рефлексов, ассоциированных с поражением центрального мотонейрона: разгибательные стопные (Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Шефера, Гросмана), сгибательные стопные (Россолимо, Жуковского, Бехтерева – Менделя, Бехтерева, Гиршберга), сгибательные кистевые (Россолимо – Вендеровича, Гофмана, Жуковского, Тремнера, Якобсона - Ласка), защитные рефлексы (Бехтерева – Мари – Фуа, Ремака, Магнуса – Клейна, рефлекс Яшевского, Гордона).

Результаты исследования и их обсуждение.

Тонус мышц в проксимальных отделах верхних конечностей в первые три дня был резко снижен у 11 пациентов (53%). В дистальных отделах верхних конечностей тонус также находился на нижней отметке у 11 (53%) пациентов. Показатели тонуса в нижних конечностях в проксимальных и дистальных отделах соответствовали низкому показателю по разработанной шкале у 8 (38%) пациентов. С пониженным тонусом в остром периоде закономерно ассоциировалось снижение мышечной силы в конечностях, в среднем по всем отделам до 2.5 баллов. У остальных пациентов тонус в конечностях оставался интактным независимо от степени пареза.

С 8 по 14 день наблюдается нарастание мышечного тонуса независимо от исходного статуса (пониженного или нормального). При этом в проксимальных отделах верхних конечностей нарастание тонуса было выявлено у 6 (29%) человек, в верхних дистальных отделах - у 6 (29%) человек. В нижних конечностях в проксимальных и дистальных отделах тонус увеличился у 16 (76.2%).

Средний показатель тонуса в острейшем периоде был несколько ниже, чем в остром периоде: -2,5 и +1,9 баллов соответственно.

При этом сила мышц в конечностях увеличивалась не так значительно и не вполне коррелировала с повышением тонуса в соответствующих отделах (см. таблицу). Интересно отметить, что по результатам нашего исследования, прежде всего повышалась сила в дистальных отделах конечностей, что противоречит большинству данных в соответствующих публикациях.

Классические патологические стопные рефлексы Бабинского (разгибательный стопный рефлекс) выявлены у большинства (81%) пациентов в острейшем периоде, тогда как все остальные отсутствовали, или были единичными (рефлекс Оппенгейма и Гордона). В остром периоде ОНМК к ним добавились другие патологические сгибательные стопные рефлексы: Россолимо, Бехтерева - Менделя, Жуковского, Бехтерева, Гиршберга (выявлены у 10 пациентов) и патологические сгибательные кистевые рефлексы Россолимо – Вендеровича, Гофмана, Жуковского, Тремнера, Якобсона – Ласка (выявлены у 7 пациентов).

Таблица 1

Динамика двигательных нарушений у больных после ишемического инсульта, баллы

Показатель	1-3 день острейший период	8-14 день острый период
Тонус в проксимальных отделах верхних конечностей	-2,5	+1,9
Тонус в дистальных отделах верхних конечностей	-2	+2
Тонус в проксимальных отделах нижних конечностей	-2	+0,5
Тонус в дистальных отделах нижних конечностей	-2	+1,5
Сила в проксимальных отделах верхних конечностей	2,5	3

Сила в дистальных отделах верхних конечностей	2,2	2,5
Сила в проксимальных отделах нижних конечностей	2,5	3
Сила в дистальных отделах нижних конечностей	2,5	2,9

Выводы:

Данные полученные в исследовании позволили нам проследить динамику нарушений двигательной сферы у больных с ОНМК по ишемическому типу.

Безусловно, что выявленная связь между снижением мышечной силы и изменением тонуса, а также наличием патологических рефлексов не является линейной. В связи с этим планирование большинства методов физической реабилитации (массаж, кинезотерапия, эрго- и механотерапия, использование ортопедических методов и пр.) затруднено.

Также остается открытым вопрос целесообразности и сроков начала применения средств, влияющих на мышечный тонус (центральные и периферические миорелаксанты, а также ботулотоксин).

Ближайшей перспективой данного исследования может стать выявление закономерностей сочетания двигательных нарушений и патологических знаков у больных с ОНМК, а также выявление роли последних в качестве маркеров динамики двигательного дефицита у таких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демиденко Т.Д. Основы реабилитации неврологических больных/Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова - СПб.: Фолиант, 2004.- 123 с.
2. Иванова Г.Е. Принципы организации ранней реабилитации больных с инсультом // Г.Е. Иванова, В.М. Шкловский и др.// Качество жизни (медицина). — 2006. — 2, 13. — С. 62-70.

3. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Метод. пособие / Под ред. А.А. Скоромца. — СПб. Фолиант, 2003.- 54 с.

VII. ТЕРАПИЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УРАПИДИЛА (ЭБРАНТИЛА) И КЛОФЕЛИНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ТЕРАПИИ

*Ибрагимов М.С., Никифоров Е.В., Тунис А.В., Андреев А.Н., Ходыкина Л.П., Минин В.В.,
ГБОУ ВПО УГМУ МЗ РФ Кафедрa внутренних болезней №2,
МБУ ЦГКБ №24 г. Екатеринбург*

Внедрение в клиническую практику современных антигипертензивных препаратов и новых схем назначения их комбинаций несомненно положительно отразилось на снижении общей смертности от сердечно-сосудистых и мозговых катастроф у больных с артериальной гипертензией (АГ). Но, несмотря на это, эпизоды гипертонических кризов (ГК) остаются достаточно высокими у больных с АГ в связи с рядом обстоятельств, как со стороны пациентов, так и со стороны практикующих врачей. Среди всех обращений пациентов терапевтического профиля за неотложной помощью примерно 27% составляют обращения по поводу ГК.

За последние десятилетия в области неотложной гипертензиологии получены данные о достаточно высокой эффективности при терапии ГК таких гипотензивных препаратов как энап (эналаприла малеат - иАПФ), урапидила (эбрантил – альфа - блокатор), альбетора (альфа - и бета - блокатор), адалат, никардипин (антагонисты Са каналов - дигидропиридиновый ряд). На сегодняшний день в литературе встречается лишь небольшое количество исследований (в отличие от других гипотензивных препаратов), посвященных применению урапидила при