

На правах рукописи

**СТЕПАНОВА СВЕТЛАНА БОРИСОВНА**

**КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ  
ОТДЕЛЕНИЯ ПО ДОЛЕЧИВАНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ  
НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**14.00.13 – нервные болезни**

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Уральская Государственная медицинская академия дополнительного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Бельская Галина Николаевна**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

**Шершевер Александр Сергеевич**

доктор медицинских наук, профессор

**Магжанов Рим Валеевич**

**Ведущая организация:**

Учреждение Российской академии медицинских наук Научный центр неврологии РАМН

Защита состоится «18» ноября 2009г. в 10.00 часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.03 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская Государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии: [www.usma.ru](http://www.usma.ru).

Автореферат разослан «15» октября 2009 г.

Ученый секретарь совета

по защите докторских диссертаций

доктор медицинских наук, профессор

**Базарный В.В.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Принимая во внимание катастрофические последствия различных форм цереброваскулярной патологии для физического и психического здоровья нации (Варакин Ю.Я., 2005; Гусев Е.И. с соавт., 2007), с 2001г., согласно приказам Минздравсоцразвития № 215 от 14.06.2001, № 273 от 11.04.2005 и № 44 от 27.01.2006, в нашей стране было организовано долечивание больных острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в специализированных неврологических отделениях санаториев. С этого времени ведется активное исследование санаторного долечивания больных инсультом (Аретинский В.Б. с соавт., 2007; Гусева Т.П., 2007; Дорошенко В.А., 2007; Павловская Л.И. с соавт., 2007, Хайруллина Н.Р. с соавт., 2007). Несмотря на это, авторами не получено убедительных доказательств преимуществ данного вида долечивания перед амбулаторным в восстановлении функциональной независимости. В санаторном долечивании пока не получили повсеместного распространения новейшие программируемые реабилитационные технологии; тем не менее, каждый курорт обладает широким спектром нелекарственных методов воздействия (главным образом, климатических и физических) (Черникова Л.А., 2005; Борисов В.А. с соавт., 2007). В связи с этим, представляет интерес сравнительный анализ уже существующих в местных санаториях методик, с тем, чтобы дифференцировать наиболее эффективные средства симптоматической и патогенетической терапии при инсульте и предоставить критерии выбора программы долечивания в зависимости от особенностей заболевания.

Кроме того, малоизученным аспектом проблемы являются отдаленные результаты долечивания. На сегодняшний день санаторная реабилитация является дорогостоящим видом терапии и удлиняет сроки пребывания на листке нетрудоспособности (Суслина З.А., 2005). Исследование функциональной независимости больных, уровня трудоспособности и риска развития повторного инсульта в отдаленном (спустя год) периоде реабилитации могло бы обосновать стратегическую выгоду санаторного долечивания.

Помимо больных инсультом, санаторному долечиванию подлежат также больные, перенесшие преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК). Вместе с тем, до настоящего времени не разработано единых подходов к ведению этих пациентов в условиях санатория, а также не изучены возможности санаторного долечивания во вторичной профилактике инсульта у данных больных.

**Цель исследования:** разработка комплексных реабилитационных технологий долечивания больных острыми нарушениями мозгового кровообращения в условиях санатория, дифференцированных в зависимости от особенностей заболевания, оценка их эффективности, а также выявление предикторов неудовлетворительного восстановления функций, утраты трудоспособности и развития повторного инсульта

#### **Задачи исследования**

1. Оценить ранние результаты санаторного долечивания больных ишемическим инсультом, сравнить эффективность различных методов санаторной реабилитации в терапии ведущих клинических синдромов у данных пациентов.
2. Изучить отдаленные (спустя 1 год) результаты санаторного долечивания больных ишемическим инсультом и определить факторы риска стойкой утраты трудоспособности и развития повторного инсульта.
3. Оценить ранние результаты долечивания больных преходящими нарушениями мозгового кровообращения в условиях санатория, сравнить эффективность различных санаторных методов долечивания в коррекции синдромов, снижающих качество жизни этих больных.
4. Исследовать отдаленные (спустя 1 год после реабилитации) последствия преходящих нарушений мозгового кровообращения, а также определить факторы риска развития повторного острого нарушения мозгового кровообращения у данных больных.

**Научная новизна исследования.** Впервые проведено сравнение эффективности долечивания больных инсультом в условиях санатория и амбу-

латорного долечивания в поликлинике. Статистически обоснован выбор методик долечивания, используемых в местных санаториях Челябинской области, с учетом ведущих клинических синдромов инсульта и сопутствующей патологии. Разработаны схемы санаторного долечивания больных ПНМК. Исследована роль санаторного долечивания в снижении инвалидизации больных и вторичной профилактике инсульта.

**Практическая значимость исследования.** Разработаны и внедрены авторские методики долечивания больных, перенесших ишемический инсульт и ПНМК, в условиях специализированного отделения санатория. Эффективно показаны преимущества санаторного долечивания перед амбулаторным в восстановлении функциональной независимости, сохранении трудоспособности и вторичной профилактике цереброваскулярных заболеваний в течение года после реабилитации. Продемонстрировано негативное влияние ряда факторов на ранние и отдаленные результаты долечивания. Предложены пути оптимизации реабилитационного процесса и дальнейшего диспансерного наблюдения больных, прошедших курс долечивания в санатории.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Санаторное долечивание, в сравнении с амбулаторным, способствует достоверно более выраженному восстановлению функциональной независимости и снижению цифр повышенного АД у больных ишемическим инсультом. Этому способствует комбинированное назначение лечебных методов, обладающих доказанной клинической эффективностью в отношении ведущих патологических синдромов у данных больных.
2. Долечивание в местном санатории способствует снижению инвалидизации и вторичной профилактике острых нарушений мозгового кровообращения у больных ишемическим инсультом в отдаленном периоде. Однако существуют факторы, способствующие инвалидизации и развитию повторного инсульта, выявление которых позволит оптимизировать реабилитационные мероприятия.

3. Санаторное долечивание больных преходящими нарушениями мозгового кровообращения в условиях санатория более эффективно, чем амбулаторное, в коррекции нарушений, снижающих качество жизни больных, благодаря комплексному дифференцированному подходу к назначению методов лекарственной и нелекарственной терапии.

4. Долечивание в местном санатории оказывает положительное влияние на снижение инвалидизации и способствует вторичной профилактике инсульта у больных преходящими нарушениями мозгового кровообращения. Однако имеются факторы, ассоциированные с высоким риском развития повторного острого нарушения мозгового кровообращения, коррекция которых позволит значительно оптимизировать вторичную профилактику инсульта.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты диссертации внедрены в лечебный процесс санаториев «Кисегач», «Увильды», «Еловое» Челябинской области (акты внедрения от 11.08.2009, 21.08.2009). Материалы диссертации используются в учебном процессе преподавания на циклах усовершенствования врачей на кафедре неврологии, мануальной и рефлексотерапии ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава по разделам, касающимся реабилитации больных сосудистыми поражениями головного мозга.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, в том числе 5 журнальных статей (из них 3 – в рецензируемых ВАК изданиях). Зарегистрирован 1 объект интеллектуальной собственности.

**Апробация диссертационной работы.** По материалам диссертации сделаны доклады на заседаниях Неврологического общества Челябинской области (2005-09г.г.); II Межрегиональной конференции неврологов Урала «Актуальные вопросы неврологии», посвященной 25-летию кафедры неврологии, мануальной и рефлексотерапии Уральской Государственной Медицинской Академии дополнительного образования, г. Челябинск, 2005; Юбилейной научно-практической конференции «Современный взгляд на проблемы восстановительного лечения», г. Воронеж, 2006г.; Межрегиональной научно-практической конференции: «Инсульт: мультидисциплинарная пробле-

ма», г. Челябинск, 2008г.; 8-й Республиканской конференции по неврологии для молодых специалистов «Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы», г. Гродно (республика Беларусь), 2009г.; Всероссийской Юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической неврологии», посвященной 85-летию со дня рождения профессора Владимира Семеновича Лобзина, г. Санкт-Петербург, 2009г.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 180 странице машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материала, методов исследования и лечения, двух глав с описанием результатов собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения, списка литературы. Диссертация иллюстрирована 20 рисунками, 31 таблицей, 4 клиническими примерами. Список литературы включает 226 отечественных и 103 зарубежных источников.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Общая характеристика больных.** Было обследовано 463 больных ишемическим инсультом (ИИ) и ПНМК в возрасте от 29 до 80 лет. Исследование проводилось в условиях санатория «Кисегач» Челябинской области, на базе специализированного отделения для долечивания больных ОНМК.

В группе исследования было 266 больных ИИ: 169 (63,5%) мужчин и 97 (36,5%) женщин в возрасте от 31 года до 74 лет. Средний возраст –  $53,7 \pm 0,5$  года. Инфаркт мозга в каротидной системе перенесли 192 (72,2%) больных, в вертебрально-базилярной – 74 (27,8%). В соответствии с Оригинальной шкалой Е.И. Гусева, В.И. Скворцовой (1991), а также классификацией церебральной ишемии по Ф.И. Лифшицу (1986), 191 (71,8%) пациент перенес инфаркт мозга легкой степени, 65 (24,4%) больных – ИИ средней степени, 10 (3,8%) больных – инфаркт мозга тяжелой степени. Средний срок с момента начала заболевания составил  $26,62 \pm 0,36$  дней.

Кроме больных ИИ, нами было обследовано 197 пациентов, перенесших ПНМК, из них – 89 (45,2%) мужчин и 108 (54,8%) женщин в возрасте от

29 до 80 лет (средний возраст –  $55,2 \pm 0,7$  года). Больные ПНМК были направлены в санаторий в среднем через  $17,12 \pm 0,25$  дней с момента начала заболевания. Все исследуемые пациенты перенесли ПНМК по типу ТИА. ТИА в системе левой ВСА зарегистрирована у 49 (24,9%) из 197 больных, правой – у 54 (27,4%), в ВБС – у 94 (47,7%) пациентов.

В группы сравнения были включены больные ИИ и ПНМК, которые подлежали долечиванию в санатории, но по каким-либо причинам, не связанным с наличием медицинских противопоказаний, не были туда направлены: неработающие пациенты; работающие, но отказавшиеся от санаторной реабилитации; работающие в организациях, не входящих в программу социального страхования. В группе сравнения наблюдались 74 больных ИИ (44 мужчины и 30 женщин), в возрасте от 29 до 69 лет, средний возраст –  $53,7 \pm 0,5$  года. ПНМК перенесли 52 пациента группы сравнения в возрасте от 30 до 62 лет, из них 31 мужчина и 21 женщина; средний возраст  $51,8 \pm 1,7$  года. Пациенты группы сравнения проходили долечивание в неврологических отделениях поликлиник по месту жительства. По возрасту, полу, кратности, степени тяжести, сосудистым бассейнам, основным причинам ОНМК, сопутствующим заболеваниям, срокам поступления на долечивание группы исследования и сравнения достоверно не различались ( $p > 0,05$ ).

**Методы исследования.** Обследование больных в санатории включало сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни, оценку общесоматического статуса, осмотр и наблюдение врача-кардиолога, ежедневный контроль АД 2 раза в сутки (при необходимости – суточное мониторирование АД).

Оценка неврологического статуса в баллах проводилась по шкале Е.И. Гусева и В.И. Скворцовой (1991). Степень выраженности пареза соотносили с 6-балльной шкалой Комитета медицинских исследований (Medical Research Council Scale, R. Vander Ploeg et al., 1984), нарушения мышечного тонуса – со шкалой Ashworth (1964). Мозжечковые нарушения оценивали в баллах по шкале Куртцке (1955). Выраженность статокервертебрального синдрома соотносили с 4-балльной Вертеброневрологической шкалой А.Н. Беловой (1999).



Объективную оценку когнитивных нарушений осуществляли с помощью Экспресс-оценки состояния когнитивных функций (Mini-mental State Examination – MMSE) по M.Folstein и соавт. (1975), эмоционально-аффективных, поведенческих расстройств и астении – по Клинической гериатрической шкале Sandoz (1997). Для оценки степени функциональных нарушений использовались шкалы Рэнкина (1957), Бартела (1965). Показатели изучались в начале и в конце санаторного долечивания.

Верификация характера ОНМК у всех пациентов осуществлялась еще на госпитальном этапе методами КТ, МРТ головного мозга. Методики, уточняющие этиопатогенез ОНМК, проводились как на госпитальном этапе, так и в санатории: УЗДГ ветвей дуги аорты, церебральная ангиография – в стационаре, при наличии показаний, эхокардиоскопия, гемостазиограмма, липидограмма, рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами; РЭГ с функциональными пробами.

Оценка отдаленных результатов долечивания проводилась с помощью присланных открепительных талонов, заполненных больными спустя год после окончания реабилитации, где отражалась информация о месте работы, определении группы инвалидности, развитии повторного ОНМК, приверженности профилактической терапии. Кроме того, спустя год после проведенного долечивания удалось пригласить ряд пациентов для повторного неврологического осмотра.

**Методы санаторного долечивания.** Курс долечивания составлял 24 дня. Использовалась кинезотерапия, а именно: дозированная ходьба, лечебная физкультура (ЛФК) в группе, ЛФК в бассейне, массаж воротниковой зоны и паретичных конечностей, эрготерапия. Из методов физиолечения назначались аппаратные процедуры (электрофорез лекарственных веществ, дарсонвализация и магнитотерапия на воротниковую зону, амплипульс на паретичные конечности, наведенная лазеротерапия) и бальнеолечение (лечебные ванны и души). Применялась лекарственная терапия: препараты для вторичной профилактики инсульта и коррекции сопутствующих заболеваний, сим-

птоматическая терапия. По показаниям проводилась психотерапия и логопедические занятия. Лечебные методики сопровождались воздействием климатических факторов, диетотерапией, отказом от употребления алкоголя и курения (или уменьшением числа выкуриваемых сигарет). Всем пациентам разъяснялась необходимость приверженности лекарственным и нелекарственным методам вторичной профилактики инсульта.

**Статистическая обработка результатов исследования** проводилась с помощью программ Microsoft Excell 2003, Statistica 6.0. При описании данных использовались средняя и стандартная ошибка средней. Достоверность различий между группами устанавливалась на основании параметрических (парный критерий Стьюдента), непараметрических критериев (Манна-Уитни, Уилкоксона, Крускалла-Уоллиса), критериев Фишера (односторонний вариант) и  $\chi^2$ , однофакторного и многофакторного дисперсионных анализов и уравнения логистической регрессии. Различия признавались значимыми при  $p \leq 0,05$  либо относительном риске  $\neq 1$  (Гланц С., 1998; Реброва О.Ю., 2006).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

**Санаторное долечивание больных ишемическим инсультом.** В результате комплексной терапии у больных ИИ группы исследования была отмечена достоверно более выраженная, нежели в группе сравнения, положительная динамика цифр повышенного АД, когнитивных нарушений, мышечной силы, спастичности, атаксии (табл. 1). Полученные данные демонстрируют преимущества санаторного долечивания перед амбулаторным в терапии артериальной гипертензии (АГ) и восстановлении функциональной независимости. Это достигается благодаря оптимальному использованию различных методов кинезотерапии и физиотерапии в сочетании с климатическими факторами и диетотерапией. Предполагаем, что большое значение также имеет постоянный контакт больного с врачом, инструкторами по лечебной физкультуре, что способствует более активному участию больного в процессе реабилитации.

Таблица 1

**Динамика АД и неврологических функций у больных ИИ в группах исследования и сравнения (средняя  $\pm$  стандартная ошибка средней)**

Показатели	Группа исследования			Группа сравнения			Норма
	n	В начале лечения	В конце лечения	n	В начале лечения	В конце лечения	
АД у больных АГ, мм рт.ст.: систолическое диастолическое	248	149,22 $\pm$ 1,55	31,51 $\pm$ 1,05	68	148,28 $\pm$ 1,22	138,20 $\pm$ 1,2*	<140
		92,78 $\pm$ 0,81	84,07 $\pm$ 0,57		91,56 $\pm$ 0,8	86,03 $\pm$ 0,6*	<90
Баллы MMSE у больных с когнитивными нарушениями	67	25,38 $\pm$ 0,73	28,00 $\pm$ 0,52	19	25,44 $\pm$ 0,61	26,53 $\pm$ 0,51*	28 и более
Сила мышц у больных с гемипарезом, балл по 6-б. шкале	143	4,34 $\pm$ 0,04	4,70 $\pm$ 0,04	41	4,40 $\pm$ 0,05	4,52 $\pm$ 0,04*	5
Спастичность, балл по шкале Ashwort	143	1,27 $\pm$ 0,04	1,15 $\pm$ 0,03	41	1,26 $\pm$ 0,03	1,20 $\pm$ 0,04*	1
Атаксия, баллы по шкале Е.И.Гусева	83	2,27 $\pm$ 0,03	3,69 $\pm$ 0,09	22	2,24 $\pm$ 0,03	3,29 $\pm$ 0,09*	4

Достоверность различий между группами исследования и сравнения: \* –  $p < 0,05$  (парный критерий Стьюдента).

При исследовании методов санаторного долечивания в коррекции ведущих патологических синдромов инсульта была выявлена их определенная специфичность. Так, лечение АГ было достоверно ( $p < 0,05$ ) более эффективным при использовании комплекса санаторной кинезотерапии, электролечения на воротниковую область (электорофореза, дарсонвализации) и бальнеотерапии (жемчужные ванны, лечебные души). На восстановление активных движений положительное влияние оказывала комплексная кинезотерапия. Снижению спастичности мышц достоверно ( $p < 0,05$ ) способствовали ЛФК, массаж, занятия в бассейне, физиотерапия (амплипульс на паретичные конечности), а также прием миорелаксантов (толперизона). Более выраженная динамика ( $p < 0,05$ ) вестибулярно-атактического синдрома наблюдалась при включении в схему лечения комплексов ЛФК, направленных на тренировку равновесия и координации, массажа воротниковой области, а также курсового приема бетагистина. В восстановлении когнитивных функций эффективной была медикаментозная терапия пирацетамом в рекомендуемых среднетерапевтических дозировках ( $p < 0,05$ ), в то время как физиолечение и кинезоте-

рапия не оказывали существенного влияния. На основании полученных данных была предложена программа долечивания больных ИИ (табл. 2).

Таблица 2

**Программа долечивания больных ишемическим инсультом в местных санаториях Челябинской области**

Цели терапии	Лечебные методики				
	Кинезотерапия	Аппаратная физиотерапия	Бальнеолечение	Фармакотерапия	Другие
Вторичная профилактика инсульта				Тромбоцитарные антиагреганты, статины, антигипертензивные препараты	Отказ от курения и алкоголя, рациональное питание и снижение избыточной массы тела, климатотерапия
Коррекция повышенного АД	ЛФК, в т.ч. в бассейне, массаж воротниковой области, дозированная ходьба	Электролечение на воротниковую область (электростимуляция, дарсонваль, СМТ)	Жемчужные ванны, лечебный душ	Антигипертензивные препараты	
Лечение когнитивных нарушений				Ноотропы	
Восстановление мышечной силы	ЛФК, массаж паретичных конечностей				
Борьба со спастичностью	ЛФК, в т.ч. в бассейне, массаж паретичных конечностей	СМТ-терапия на паретичные конечности			Миорелаксанты центрального действия
Коррекция вестибулярно-атактических расстройств	ЛФК, массаж воротниковой области			Бетагистин	

Спустя год после окончания санаторного лечения у большинства больных были получены отдаленные результаты (рис. 1). Сравнение между группами показало, что определение инвалидности II группы у больных, прошедших долечивание в поликлинике, наблюдалось в 1,5 раза чаще – у 18 (25%) из 257 пациентов, в сравнении с группой санаторного лечения – у 38 (14,8%) из 72 больных. В течение года наблюдения в группе сравнения в 2 раза чаще развились повторные ОНМК – в 8 (11,1%) случаев, против 14 (5,4%) в группе исследования.



**Рис. 1. Отдаленные (спустя 1 год) результаты санаторного долечивания больных ишемическим инсультом**

Достоверность различий между группами исследования и сравнения:

\* –  $p < 0,05$ , критерий Фишера, односторонний вариант

Снижение инвалидизации больных после санаторного долечивания, по-видимому, связано с эффективным лечением когнитивных и двигательных нарушений. Снижение частоты развития повторного ОНМК после санаторного долечивания может быть обусловлено достоверно более выраженным снижением повышенного АД, а также более активным применением больными рекомендаций по профилактике ИИ.

С помощью уравнения логистической регрессии были проанализированы предикторы утраты трудоспособности больных ИИ. Было выявлено, что возвращению к труду достоверно препятствовали повторный характер инсульта – относительный риск (ОР) 2,09, доверительный интервал (ДИ) 1,48-

2,94; локализация очага ишемии в каротидной системе (ОР 2,67, ДИ 1,51-4,73); инициальная глубина гемипареза (ОР 2,26, ДИ 1,58-3,25), мышечная спастичность при поступлении ( $\geq 26$ . по шкале Ashworth) (ОР 2,32, ДИ 1,69-3,19) и связанная с этими факторами степень тяжести перенесенного ИИ (ОР 2,22, ДИ 1,42-3,46). Частота определения группы инвалидности также увеличивалась в пожилом возрасте ( $\geq 60$  лет) (ОР 2,65, ДИ 1,94-3,64). Достоверно препятствовали возвращению к труду также атеросклеротическое поражение сонных артерий (ОР 1,59, ДИ 1,13-2,26) и ассоциированная с ним дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) (ОР 1,68, ДИ 1,19-2,36) (Гулевская Т.С., Моргунов В.А., 2005; Джигладзе Д.Н. с соавт., 2005). Риск утраты трудоспособности возрастал у больных, продолжавших курить и употреблять алкоголь (ОР 1,75, ДИ 1,17-2,63), а также у пациентов с заболеваниями сердца (ОР 1,70, ДИ 1,21-2,38).

Статистический анализ влияния различных факторов на риск развития повторного инсульта у пролеченных в санатории обнаружил, что риск повторного ОНМК был ассоциирован с пожилым возрастом ( $\geq 60$  лет) (ОР 3,36, ДИ 1,23-9,18), сопутствующей ДЭ (ОР 2,89, ДИ 1,05-7,94) и когнитивными нарушениями (ОР 2,57, ДИ 0,93-7,07), а также у больных с неоперированной гемодинамически значимой патологией сонных артерий (ОР 6,25, ДИ 0,93-15,88) и низкой приверженностью профилактической терапии антиагрегантами, антигипертензивными препаратами, статинами (ОР 4,00, ДИ 0,73-13,84). Коррекция данных факторов может способствовать оптимизации мероприятий по вторичной профилактике инсульта.

**Санаторное долечивание больных преходящими нарушениями мозгового кровообращения.** В результате проводимого долечивания у больных ПНМК группы исследования отмечалась достоверно более выраженная, нежели в группе сравнения, положительная динамика цифр повышенного АД, эмоциональной лабильности, когнитивных расстройств и вестибулярно-мозжечковых нарушений (табл. 3). Таким образом, в коррекции синдромов,

снижающих качество жизни больных ПНМК, санаторное долечивание оказалось более эффективным, нежели долечивание в поликлинике.

Таблица 3

**Динамика АД и неврологических функций у больных ПНМК в группах исследования и сравнения (средняя  $\pm$  стандартная ошибка средней)**

Показатели	Группа исследования			Группа сравнения			Норма
	n	В начале лечения	В конце лечения	n	В начале лечения	В конце лечения	
АД у больных АГ, мм рт.ст.: систолическое диастолическое	167	143,08 $\pm$ 1,69 88,71 $\pm$ 0,89	129,52 $\pm$ 1,16 82,37 $\pm$ 0,68	34	141,34 $\pm$ 1,52 89,53 $\pm$ 0,91	132,88 $\pm$ 1,12* 85,86 $\pm$ 0,77*	<140 <90
Когнитивные нарушения, балл MMSE	37	26,86 $\pm$ 0,07	29,54 $\pm$ 0,18	9	27,02 $\pm$ 0,12	28,24 $\pm$ 0,14*	28 и более
Эмоциональная лабильность, баллы по шкале Sandoz	47	4,77 $\pm$ 0,06	1,98 $\pm$ 0,24	10	4,66 $\pm$ 0,08	2,52 $\pm$ 0,1*	1
Нистагм, баллы по шкале Е.И. Гусева	79	3,86 $\pm$ 0,03	3,98 $\pm$ 0,01	21	3,85 $\pm$ 0,03	3,89 $\pm$ 0,02*	4
Атаксия, баллы по шкале Кур- тцке	79	2,16 $\pm$ 0,04	1,03 $\pm$ 0,02	21	2,19 $\pm$ 0,06	1,44 $\pm$ 0,04*	1

Достоверность различий между группами исследования и сравнения:

\* –  $p < 0,05$  (парный критерий Стьюдента).

Исходя из этого, был проведен сравнительный анализ клинической эффективности санаторных методик, используемых в долечивании больных ПНМК. Выявлено, что снижению повышенного АД достоверно способствовали аппаратные физиопроцедуры (электрофорез на воротниковую область), бальнеолечение (ванны с растительными экстрактами) и комплекс методов кинезотерапии (ЛФК, дозированная ходьба, массаж, ЛФК в бассейне). В восстановлении когнитивных функций достоверную роль играла приверженность терапии ноотропами. Более выраженное уменьшение эмоциональной лабильности наблюдалось при использовании психотерапии, всех видов кинезотерапии, а также приеме транквилизаторов и антидепрессантов. Коррекция вестибулярно-атактических расстройств была более эффективной при сочетании курсового приема бетагистина с массажем воротниковой области и ЛФК (табл. 4).

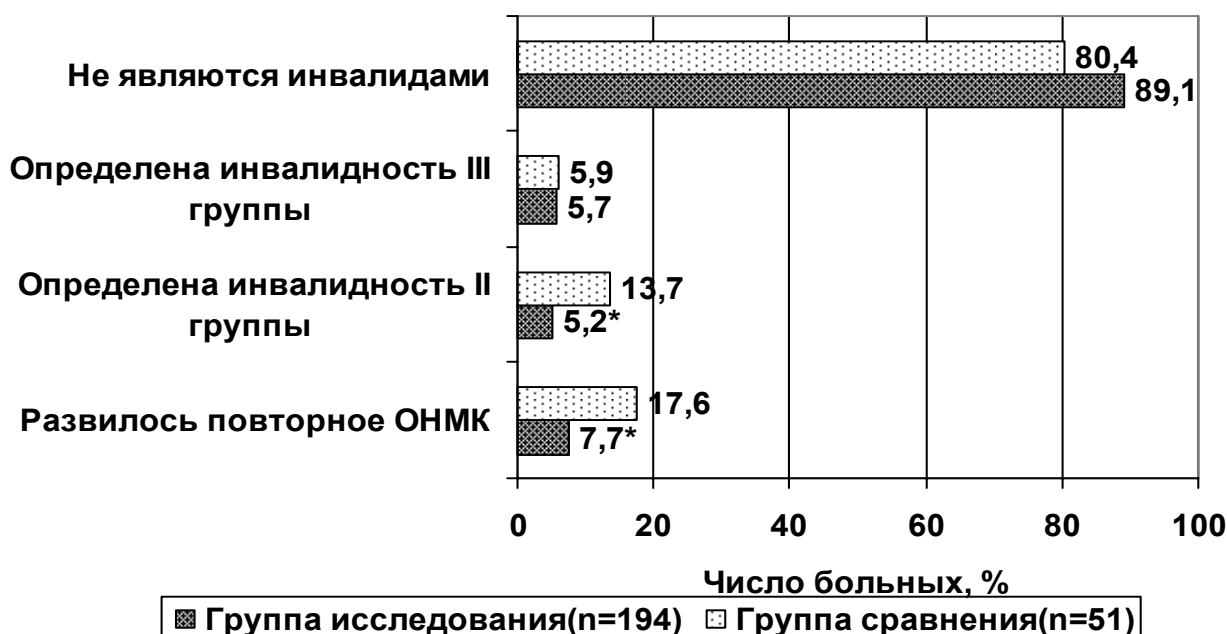
**Программа долечивания больных ПНМК в местных санаториях Челябинской области**

Цели терапии	Лечебные методики				
	Кинезотерапия	Аппаратная физиотерапия	Бальнеолечение	Фармакотерапия	Другие
Вторичная профилактика ОНМК	При нестабильности ПДС как ведущем этиологическом факторе – ЛФК, воротник Шанца			Тромбоцитарные антиагреганты, статины, антигипертензивные препараты	Отказ от курения и алкоголя, рациональное питание и снижение избыточной массы тела, климатотерапия
Коррекция повышенного АД	Дозированная ходьба, ЛФК, бассейн, массаж воротниковой области	Электрофорез сосудорасширяющих препаратов на воротниковую область	Ванны с растительными экстрактами	Антигипертензивные препараты	
Уменьшение когнитивных нарушений				Ноотропы	
Коррекция эмоционально-аффективных нарушений	ЛФК, бассейн, массаж воротниковой области			Транквилизаторы	Психотерапия
Лечение вестибулярно-атактических расстройств	ЛФК, массаж воротниковой области			Бетагистин	

Отдаленные результаты (спустя год) получены у большинства больных ПНМК как в группе исследования, так и в группе сравнения (рис. 2). Как видно из представленных на рис. 2 данных, определение инвалидности II группы у больных ПНМК, проходивших долечивание в поликлинике, наблюдалось в 2 раза чаще – у 7 (13,7%) из 194 пациентов, нежели в группе санаторного лечения – у 10 (5,2%) из 51 больного. Во многом это было обуслов-



лено достоверно более частым развитием у этих пациентов повторного инсульта в течение года наблюдения: 9 (17,6%) случаев в группе сравнения, против 15 (7,7%) случаев в группе исследования.

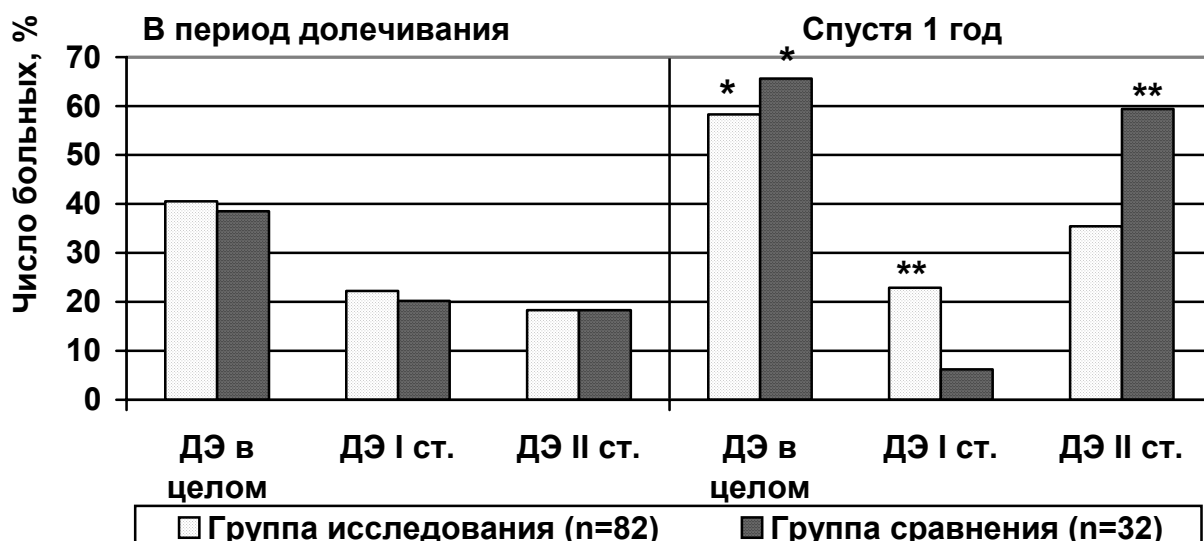


**Рис. 2. Отдаленные (спустя 1 год) результаты санаторного долечивания больных ПНМК**

Достоверность различий между группами исследования и сравнения: \* –  $p < 0,05$ , критерий Фишера, односторонний вариант

Кроме того, спустя год после проведенного долечивания удалось пригласить ряд пациентов для повторного неврологического осмотра. В результате были получены сведения о частоте встречаемости в отдаленном периоде реабилитации (рис. 3). Следует упомянуть, что годом ранее, при поступлении на долечивание, часть осмотренных пациентов уже страдала ДЭ: 33 (40,5%) из 82 больных группы исследования и 12 (38,5%) из 32 пациентов группы сравнения. Спустя год после проведенной реабилитации, как следует из представленных на рис. 3 данных, число больных с клиническими признаками ДЭ в обеих группах достоверно ( $p < 0,05$ ) возросло и составило 48 (58,3%) из 82 осмотренных больных группы исследования и 21 (65,6%) из 32 пациентов группы сравнения. При этом между сравниваемыми группами имелись достоверные различия в распределении пациентов по стадиям заболевания (рис. 3). Частота симптомов ДЭ I стадии (по классификации Г.А. Максудова,

1975) была достоверно ( $p < 0,05$ ) больше в группе санаторного лечения – 19 (22,9%) пациентов, в сравнении с группой амбулаторного наблюдения (двое из 32 больных). В то же время, признаки ДЭ II стадии достоверно чаще наблюдались именно в группе сравнения – у 19 (59,4%) пациентов, против 29 (35,4%) в группе исследования ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о достоверно более выраженном прогрессировании ДЭ у больных ПНМК группы амбулаторного долечивания.



**Рис. 3. Частота развития ДЭ у больных ПНМК в отдаленном (спустя 1 год) периоде реабилитации (число больных, %)**

Достоверность различий: \* - между показателями в период реабилитации и спустя 1 год после нее; \*\* - между группами исследования и сравнения;  $p < 0,05$ , односторонний вариант критерия Фишера

Несмотря на небольшую частоту развития повторного ОНМК у больных, пролеченных в санатории (7,7% больных), нам представлялось необходимым оценить предикторы развития повторного ОНМК у этих пациентов, с целью оптимизации процесса санаторной реабилитации и последующего наблюдения. Методами логистической регрессии были выявлены следующие предикторы развития ИИ у больных ПНМК: локализация ТИА в каротидной системе (ОР 5,71, ДИ 1,75-18,64), в связи со значительной распространенностью у этих пациентов стенозов сонных артерий на стороне пораженного полушария мозга; неоперированная гемодинамически значимая патология ВСА

(ОР 6,17, ДИ 1,29-29,57); злоупотребление алкоголем (ОР 3,88, ДИ 1,43-10,50) и низкая приверженность профилактической терапии (ОР 3,36, ДИ 1,23-9,18). Коррекция данных факторов может способствовать оптимизации мероприятий по вторичной профилактике ОНМК.

## **ВЫВОДЫ**

1. В результате многокомпонентного санаторного долечивания больных ишемическим инсультом отмечено более выраженное восстановление двигательных, мозжечковых и когнитивных функций, а также более выраженное снижение повышенного АД, чем при долечивании в поликлинике.
2. Обнаружено, что в отдаленном периоде ишемического инсульта (спустя 1 год) у больных, прошедших санаторное долечивание, в 1,5 раза реже определяется инвалидность II группы, в 2 раза реже развивается повторное ОНМК, нежели в группе амбулаторного лечения, что может быть обусловлено более значительным снижением повышенного АД и более активным применением методов вторичной профилактики инсульта. При этом наиболее значимыми факторами риска стойкой утратой трудоспособности и развития повторного инсульта являются: пожилой возраст (60 лет и старше), атеросклероз сонных артерий, дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные нарушения, курение и употребление алкоголя в дозах, превышающих безопасные, а также низкая комплаентность.
3. Комплексное санаторное долечивание больных ПНМК с дифференцированным использованием методик лекарственного и нелекарственного воздействия способствует достоверно более выраженному регрессу психоэмоциональных, когнитивных, вестибулярно-мозжечковых нарушений и статочвертебрального синдрома, а также более выраженному снижению повышенного АД, чем в группе долечивания в поликлинике по месту жительства.

4. Выявлено, что спустя 1 год после перенесенного ПНМК у пролеченных в санатории больных риск развития повторного инсульта, а также частота развития ДЭ II стадии снижаются в 2 раза, в сравнении группой амбулаторного лечения. При этом факторами риска развития повторного инсульта у больных ПНМК являются локализация ТИА в каротидной системе, гемодинамически значимая патология ВСА, злоупотребление алкоголем и низкая комплаентность.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Санаторное долечивание больных ишемическим инсультом и ПНМК целесообразно организовать таким образом, чтобы обеспечивались условия для вторичной профилактики инсульта, восстановления функциональной независимости и повышения качества жизни. С этой целью рекомендуется использование комбинации трех основных лечебных направлений: лекарственной терапии, кинезотерапии и физиолечения.
2. Для борьбы с гемипарезом у больных ишемическим инсультом рекомендуется включать в программу долечивания кинезотерапию (ЛФК, бассейн, массаж), а при наличии спастичности – амплипульс на паретичные конечности в сочетании с приемом миорелаксантов (толперизона).
3. При наличии у больных ишемическим инсультом и ПНМК когнитивных нарушений эффективна курсовая терапия ноотропами (пирацетамом).
4. Для коррекции вестибулярно-мозжечковых расстройств у больных ишемическим инсультом и ПНМК рекомендуется назначение специальных комплексов ЛФК, массажа воротниковой области и курсового приема бетагистина.
5. Для снижения цифр повышенного АД, помимо подобранной всем пациентам антигипертензивной терапии, целесообразно включать в программу долечивания весь комплекс методов кинезотерапии (ЛФК, дозированная ходьба, массаж, бассейн), в сочетании с аппаратными физиопроцедурами (электролечение на воротниковую область) и бальнеолечением (для боль-

ных ишемическим инсультом – жемчужные ванны, лечебный душ, для больных ПНМК – ванны с растительными экстрактами).

6. Для лечения аффективно-эмоциональных расстройств у больных ПНМК целесообразно использовать весь комплекс имеющихся в санатории методов кинезотерапии, психотерапию, а также курсовое лечение транквилизаторами, антидепрессантами.
7. После выписки из санатория целесообразно продолжить динамическое амбулаторное наблюдение больных ишемическим инсультом и ПНМК в течение года неврологом и терапевтом (кардиологом). Целью наблюдения, помимо продолжения реабилитации, контроля показателей гемодинамики, липидного спектра, гемостаза и состояния сонных артерий методом УЗДГ, может также стать активное внедрение приверженности профилактической терапии путем подбора доступных и хорошо переносимых средств и мероприятий по нелекарственной профилактике цереброваскулярных заболеваний. На амбулаторном этапе целесообразна также ранняя диагностика и лечение дисциркуляторной энцефалопатии и когнитивных расстройств с целью сохранения достигнутых при долечивании оптимистичных результатов.

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**

1. Бельская, Г.Н. Восстановление нарушенных функций у больных ишемическим инсультом, прошедших санаторное долечивание / Г.Н. Бельская, С.Б. Степанова// Неврологический журнал. -2009. -№ 3. -С.33-36.
2. Бельская, Г.Н. Реабилитационный потенциал больных с ишемическим инсультом, направляемых на долечивание в санаторий / Г.Н. Бельская, С.Б. Степанова // Сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции: «Инсульт: мультидисциплинарная проблема». - Челябинск, 21 марта 2008г. –Челябинск, 2008. -С.95-96.
3. Самойлова, О.Б. Эпидемиологическое исследование церебрального инсульта методом Регистра мозгового инсульта в г. Челябинске / О.Б. Самой-

- лова, С.Б. Степанова // 8-я Республиканская конференция по неврологии для молодых специалистов «Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы».- Гродно, 14-15 мая 2009.- Гродно, 2009. - С.88-89.
4. Самойлова, О.Б. Анализ факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения в г. Челябинске / О.Б. Самойлова, С.Б. Степанова // Всероссийская Юбилейная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы клинической неврологии», посвященная 85-летию со дня рождения профессора Владимира Семеновича Лобзина.- Санкт-Петербург, 29-30 сентября 2009г.- СПб. - 2009. -С.119-120.
  5. Степанова, С.Б., Эффективность Бетасерка в лечении вестибулярного синдрома при остеохондрозе шейного отдела позвоночника / С.Б. Степанова, Г.Н. Бельская, Д.В. Попов // Российский медицинский журнал.- 2004.- Т.12.-№17.- С.1016-1017.
  6. Степанова, С.Б. Реабилитация больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии в условиях неврологического отделения специализированного санатория / С.Б. Степанова, Г.Н. Бельская, Д.В. Попов // Актуальные проблемы медицинской науки, технологий и профессионального образования.- 2005.- Т.1.- С.44-46.
  7. Степанова, С.Б. Реабилитация больных с когнитивными расстройствами после инсульта в условиях санатория / С.Б. Степанова, Г.Н. Бельская, Д.В. Попов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.-2005.-№4.-С.17-20.
  8. Степанова, С.Б. Реабилитация больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии в условиях специализированного отделения санатория / С.Б. Степанова, Г.Н. Бельская // Последипломное медицинское образование и наука.-2006.-Т.4.-№1.-С.23-25.
  9. Степанова, С.Б. Роль комплексной санаторной реабилитации больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии в профилактике рецидивов заболевания / С.Б. Степанова // Сборник трудов Юбилейной научно-

практической конференции «Современный взгляд на проблемы восстановительного лечения». - Воронеж, 2006.-С.108-110.

10. Степанова, С.Б. Предикторы развития повторного ОНМК у больных ишемическим инсультом, проходивших санаторное долечивание / С.Б. Степанова, О.Б. Самойлова // 8-я Республиканская конференция по неврологии для молодых специалистов «Современные аспекты диагностики и лечения заболеваний нервной системы».- Гродно, 14-15 мая 2009г.- Гродно, 2009. - С.89-90.
11. Степанова, С.Б. Трудоспособность больных, проходивших санаторное долечивание, в отдаленном периоде ишемического инсульта / С.Б. Степанова, О.Б. Самойлова // Всероссийская Юбилейная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы клинической неврологии», посвященная 85-летию со дня рождения профессора Владимира Семеновича Лобзина. - Санкт-Петербург, 29-30 сентября 2009г.- СПб. - 2009. - С.126-127.
12. Объект интеллектуальной собственности: «Методики долечивания больных ишемическим инсультом, преходящими нарушениями мозгового кровообращения и синдромом позвоночной артерии в условиях специализированных неврологических отделений санаториев Челябинской области», №235 от 21.08.2009 года в Реестре Южно-Уральской торгово-промышленной палаты.

### **Список сокращений**

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

ВБС – вертебрально-базилярная система

ВСА – внутренняя сонная артерия

ДИ – доверительный интервал

ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИИ – ишемический инсульт

КС – каротидная система

КТ – компьютерная томография

ЛФК – лечебная физкультура

МРТ – магнитно-резонансная томография

НРС – нарушения ритма сердца

ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

ОР – относительный риск

ПНМК – преходящее нарушение мозгового кровообращения

РЭГ – реоэнцефалография

СМТ – синусоидально-модулированный ток

ТИА – транзиторная ишемическая атака

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

ЭКГ – электрокардиография



СТЕПАНОВА СВЕТЛАНА БОРИСОВНА

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ  
ОТДЕЛЕНИЯ ПО ДОЛЕЧИВАНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ НА-  
РУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

14.00.13 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению профильной комиссии  
ГОУ ВПО УГМА Росздрава от 14.10.1009