

О.И. Смирнова

врач-невролог, кандидат медицинских наук,
Центр восстановительной медицины и реабилитации
«Краснодарская бальнеолечебница»
г. Краснодар, РФ
E-mail: soi023@mail.ru

ДИНАМИКА СТЕПЕНИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Аннотация

В статье рассматриваются вопросы реабилитации пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, с применением комплексного физиотерапевтического лечения и использованием шкалы Бартела.

Ключевые слова

инсульт, реабилитационная терапия, индекс Бартела.

Одной из наиболее важных проблем современной клинической ангионеврологии, имеющих медицинское и социально-экономическое значение, является реабилитация постинсультных пациентов. Актуальность оказания квалифицированной помощи при инсультах в острый период и на этапах восстановительного лечения обусловлена, как высокой смертностью, так и длительной инвалидизацией пациентов [1, с.4 – 10; 2, с.62 – 67; 4, с.283 – 284].

Последние прогнозы, опубликованные отечественными и зарубежными авторами [6, с.23 – 50; 12, с.75 – 76], предполагают значительное возрастание острых нарушений мозгового кровообращения у лиц молодого трудоспособного возраста [8, с.610 – 611]. Количество инвалидов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения неуклонно возрастает [7, с.39–44; 1, с.4 –10]. Среди пациентов, перенесших инсульт, 85% нуждаются в постоянной поддержке и уходе окружающих лиц, а 20 – 30% остаются глубокими инвалидами [9, с.25 – 27; 11, с.22 – 28].

Реабилитация постинсультных больных в настоящее время проводится недостаточно эффективно [3, с.79; 5, с.207; 10, с.59 – 61], что требует дальнейшего совершенствования комплексной восстановительной терапии.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении влияния комплекса физиотерапевтических методик на улучшение качества самообслуживания постинсультных пациентов с двигательными расстройствами в Центре восстановительной медицины и реабилитации «Краснодарская бальнеолечебница».

Задачами работы являлись определение эффективности воздействия физиотерапевтического лечения (ФТЛ) на динамику степени независимости пациентов с двигательными расстройствами.

Нами были исследованы 50 пациентов (25 мужчин и 25 женщин) в возрастном диапазоне от 45 до 69 лет, перенесших мозговой инсульт ишемического или геморрагического характера, с наличием двигательных расстройств. Лечебно-реабилитационные мероприятия проводились в раннем восстановительном периоде инсульта (через 2–3 месяца после развития ОНМК).

Определение уровня самообслуживания осуществлялось с помощью шкалы Бартела (Machoney F , Barthel D , 1965) в начале лечения и на 25 день реабилитационного курса. Оценка уровня повседневной активности производилась по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста.

Пациенты были разделены на 2 клинические группы (по 25 человек), рандомизированные по полу, возрасту, степени нарушения неврологических функций, с уровнем бытовой адаптации 35 – 65 баллов (по шкале Бартела).

Для пациентов первой клинической группы комплекс лечебно-реабилитационных методик включал: – электрофорез лекарственных веществ, улучшающих обменные процессы и энергетический потенциал мозга: кортексин (с катода), семакс (с анода) по интраназальной методике, сила тока 0,5-2 мА, продолжительность воздействия 10-25 минут, курс лечения 25 процедур ежедневно;

– электростимуляция СМТ: переменный режим, частота -150-100 Гц, глубина модуляции - 75%, длительность посылок и пауз - по 2-3 секунды, сила тока — 30-40 мА; локализация – антагонисты спастичных мышц; рецептура: продолжительность воздействия на одно поле – по 2 – 3 минуты 3 раза с интервалом в 1 минуту; курс лечения – 25 процедур ежедневно;

– массаж классический: 15 минут на каждую конечность, курс лечения – 25 сеансов ежедневно;
– облегчающая/ингибирующая методика ЛФК, ежедневно, по 30 минут, на курс 25 занятий.

В лечебно-реабилитационный комплекс пациентов второй клинической группы нами были включены следующие физиотерапевтические методики:

– общесистемная магнитотерапия (ОМТ) на установке «Магнитотурботрон – АЛМА», 10-15 сеансов ежедневных процедур с экспозицией 5-12 минут, частота магнитного поля 100 Гц, напряженность поля 5-12 Эрстед, характер поля – «бегущая волна»;

– парафинотерапия: локализация – конечности, температура – 48 – 52°C, продолжительность – 20 – 30 минут, курс лечения – 20 процедур ежедневно;

– массаж классический: 15 минут на каждую конечность, курс лечения – 25 сеансов ежедневно;

– эрготерапия (активизирующие упражнения с применением развивающей и компенсаторной стратегии), ежедневные занятия, курс – 25 занятий.

Результаты физиотерапевтического лечения пациентов первой клинической группы (25 человек) представлены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика показателей активности повседневной жизнедеятельности при проведении физиотерапевтического комплекса №1(по шкале Бартела)

Количество пациентов	Показатели шкалы Бартела	
	До лечения	После лечения
5	35 – 45 (39,0)	45 – 55 (53,0)
8	45 – 55 (52,5)	65 – 75 (68,7)
12	55 – 65 (62,9)	80 – 90 (88,3)

Исследования данной клинической группы показывают, что у 5 пациентов несколько увеличился объём самообслуживания, хотя и сохранился на уровне выраженной зависимости (до 60 баллов). У 8 человек степень повседневной активности возросла до умеренной зависимости (61 – 90 баллов), и 12 пациентов отметили значительное увеличение уровня бытовой адаптации и его приближение к степени легкой зависимости (91 – 99 баллов).

Результаты воздействия лечебно-реабилитационного комплекса пациентов второй клинической группы отражены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика показателей активности повседневной жизнедеятельности при проведении физиотерапевтического комплекса №2 (по шкале Бартела)

Количество пациентов	Показатели шкалы Бартела	
	До лечения	После лечения
6	35 – 45 (39,1)	35 – 45 (42,5)
17	45 – 55 (48,5)	55 – 65 (56,2)
2	55 – 65 (60,0)	75 – 85 (80,0)

Изучение полученных данных показывает, что под влиянием проведенного лечебного комплекса у 6 пациентов степень бытовой адаптации сохранялась на прежнем уровне, 17 человек отмечали некоторое увеличение объема самообслуживания в границах выраженной зависимости (до 60 баллов). У 2 пациентов наблюдалось существенное улучшение бытовой адаптации в пределах умеренной зависимости (61 – 90 баллов).

Анализ проведенного исследования свидетельствует, что применение комплексного физиотерапевтического лечения способствует увеличению объёма самообслуживания от выраженной до умеренной степени зависимости.

Применение индекса Бартела для контроля степени бытовой адаптации и восстановления утраченных функций позволяет объективно оценивать эффективность реабилитационного процесса.

Положительная динамика после однократного курса восстановительной физиотерапии внушает определенный оптимизм, что повторные курсы реабилитационного лечения, включающие комплексное физиотерапевтическое воздействие, будут способствовать повышению уровня социально-бытовой адаптации и улучшению качества жизни постинсультных пациентов.

Список использованной литературы:

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. — № 8. — С. 4 – 10.
2. Иванова Г.Е., Шкловский В.М., Петрова Е.А. и др. Принципы организации ранней реабилитации больных с инсультом // Качество жизни. Медицина. – 2006. – № 2 (13). – С. 62 – 70.
3. Кабанов М.М., Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. С-Петербург: Политехника 2006; 607 (рецензия) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. – № 7. – С. 79.
4. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Успехи, проблемы и перспективы реабилитации после инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). 2007. – Спецвыпуск. – С. 283 – 284.
5. Котов С.В., Исакова Е.В. Клинико-экономические показатели инсульта в Московской области // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). 2007. – Спецвыпуск. – С.207.
6. Румянцева С.А., Силина Е.В. Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга. М.: Медицинская книга, 2007. – 60с.
7. Симоненко В.Б., Широков Е.А., Виленский Б.С. Совершенствование профилактики инсульта требует пересмотра концепции факторов риска // Неврологический журнал. 2006. – №2 – С. 39 – 44.
8. Скворцова В.И. Реперфузионная терапия ишемического инсульта // Consilium medicum. 2004. – № 8. – С. 610 – 614.
9. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). 2007. – Спецвыпуск. – С. 25 – 27.
10. Спирин Н.Н., Пизова Н.В. Инсульт в Ярославском регионе: достижения и проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). 2007. – Спецвыпуск. – С. 59-61.
11. Суслина З.А., Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2007. – Т. 1. – № 2. – С. 22 – 28.
12. Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis // Practitioner. 1964. – Vol. 192. – P. 540 – 542.
13. Culebras A. Stroke is a preventable catastrophic disease // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Инсульт (приложение к журналу). 2007. – Спецвыпуск. – С. 75 – 76.

© О.И.Смирнова, 2015

УДК: 618.11-006.31-008.9

Н.В. Хороших, К.м.н., доцент

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н.Бурденко»

Г. Воронеж, Российская Федерация

Л.В. Духанина, врач УЗИ-диагностики

АУЗ ВОККДЦ, г. Воронеж, Российская Федерация

ИЗМЕНЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Аннотация

В последнее время отмечается резкое увеличение числа больных с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Наиболее серьезными осложнениями заболевания являются бесплодие, ановуляция,