

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская больница

медицинский вестник №25 / 2023

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
(17.05.2023г.)

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ

МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ,
ЛЕЧЕНИИ, ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ**



ПРЕЗИДИУМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ



Бояринцев

Валерий Владимирович

Заместитель начальника Главного медицинского управления УДП РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ.



Журавлёв

Сергей Викторович

Главный врач ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, доцент кафедры скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, к.м.н., заслуженный врач РФ.



Шмырев

Владимир Иванович

научный руководитель по неврологии ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, заведующий кафедрой неврологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, главный специалист по неврологии УДП РФ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ.



Наговицын

Андрей Владимирович

заместитель главного врача по медицинской части ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, к.м.н.





МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Литвинов Н.И., заведующий неврологическим отделением для больных с нарушением мозгового кровообращения, с палатами реанимации и интенсивной терапии.

Сосудистые заболевания головного мозга являются важнейшей медико-социальной проблемой, так как занимают одно из первых мест в структуре общей смертности и инвалидности населения в мире и в России. По данным всемирной федерации неврологических сообществ, ежегодно в мире регистрируется около 15 миллионов инсультов. В большинстве развитых стран инсульт занимает второе-третье место в структуре общей смертности населения, в России — второе, уступая лишь кардиоваскулярной патологии. Актуальность изучения данной проблемы обусловлена тяжестью заболевания, ведущей в большинстве случаев к утрате трудоспособности и первичной инвалидности пациентов.

В настоящее время к применению у пациентов с ишемическим ин-

сультом (ИИ) доказана эффективность в следующих реперфузионных технологиях: внутривенная (системная, медикаментозная) тромболитическая терапия (в/в ТЛТ) (далее ВСТЭ); механическая тромбэктомия (тромбоэкстракция); этапная реперфузионная терапия (rtPA — bridging или «терапия моста») — комбинация в/в ТЛТ и механической тромбэктомии. Внутривенная тромболитическая терапия алтеплазой рекомендуется пациентам в первые 4,5 часа от начала заболевания для улучшения функционального исхода. Рекомендуется пациентам с ИИ для выполнения ВСТЭ применять стент-ретриверы, аспирационные катетеры или их комбинацию для восстановления мозгового кровотока, а так же при окклюзии магистральной интракраниальной артерии в каротидном бассейне с тяжестью не-

врологического дефицита по шкале NIHSS 6 баллов и более, ASPECTS 6 баллов и более в течение 6 часов-выполнение ВСТЭ для восстановления мозгового кровотока; по показаниям возможно применение в пределах 24-часового интервала.

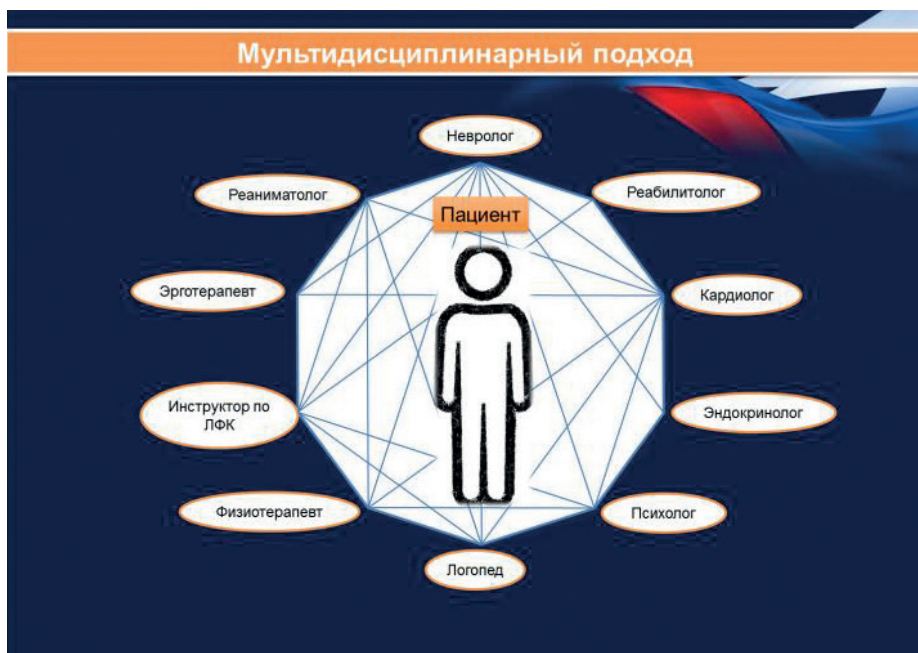
Мероприятия медицинской реабилитации рекомендуется пациентам с ИИ начинать не позднее 48 часов от момента поступления в стационар с целью предупреждения осложнений и улучшения функционального исхода и снижения летальности. Ранняя мобилизация — процесс улучшения функциональной активности пациента, в частности способности к поворотам в постели, возможности сидеть, вставать, делать шаги в как можно более ранние сроки. Минимальная, но самостоятельная мышечная активность предупреждает

развитие атрофии мышц как раннего признака иммобилизационного синдрома

Цель реабилитации должна быть специализирована, количественно измеряема, достижима и учитывать индивидуальные требования пациента. Реабилитационные мероприятия должны включать по показаниям кинезотерапию, эрготерапию, логопедию, контроль дисфагии, нутритивную поддержку, занятия по коррекции когнитивных функций, управление эмоциональным статусом, в том числе консультирование пациентов, семей и опекунов, физические методы, фармакологическое лечение. Медицинская реабилитация пациентам с ишемическим инсультом проводится с интенсивностью, соизмеримой с ожидаемой пользой и переносимостью нагрузок. Комплексная реабилитация включает в себя три основных направления:

- **Социальная реабилитация.** Подразумевает возвращение человека к общественной и бытовой жизни, психологическую адаптацию и возвращение навыков самообслуживания.
- **Профессиональная реабилитация.** Нацелена на восстановление инвалидов на рынке труда, помощь в поиске работы, производственную адаптацию.
- **Медицинская реабилитация.** Она включает в себя всевозможные меры по компенсации или восстановлению тех функций, которые были утрачены из-за болезни или травмы.

Необходимость в данном лечении возникает всегда после перенесенного тяжелого заболевания. Особенно это касается кардиологических, неврологических и нейрохирургических областей. При этом больной может отправиться на реабилитацию не только для восстановления работы всех органов организма, но и для предотвращения осложнений после заболевания и исключения риска рецидива. Заключается медицинская реабилитация в проведении различных мероприятий:

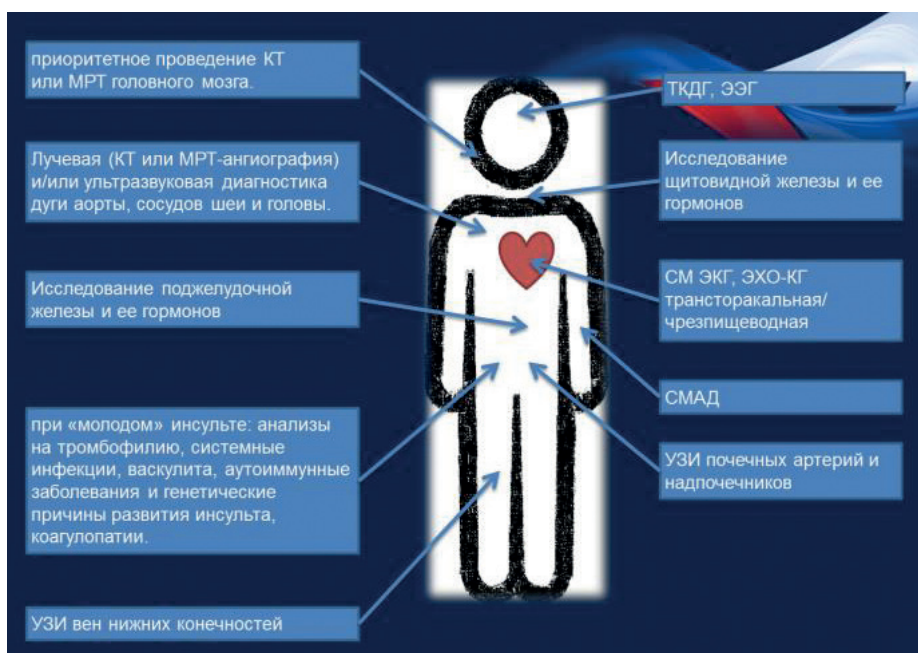


массажа, курсов лечебной физической культуры, вертикализация, электростимуляция мышц и т.д.

На современном этапе развития медицины указанные задачи обеспечиваются мультидисциплинарной бригадой. Рекомендуется пациентам с ишемическим инсультом проводить мероприятия по медицинской реабилитации силами мультидисциплинарной реабилитационной команды специалистов (МДРК) с координацией работы и участием пациента, членов его семьи, лиц, осуществляющих уход за пациентом с целью повышения независимости в повседневной жизни и снижения летальности.

Ведущим координатором работы бригады на современном этапе является врач физической и реабилитационной медицины, в задачу которого входит формирование индивидуальной реабилитационной программы, целей и задач медицинской реабилитации и моделей работы членов МДРК.

Благодаря совместной ежедневной работе по лечению в острейшем периоде и реабилитации мы добиваемся повышения функциональных возможностей, снижение риска повторного инсульта, обеспечивается качественный медицинский уход и, что самое главное, снижения летальности. ■



НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

Степанян М.А., заведующий нейрохирургическим отделением, д.м.н.

Введение: Гематома, возникающая в результате артериальной гипертензии, является первичным кровоизлиянием и наблюдается в 70-90%.

Цель: Обсуждение хирургической тактики при гипертензивных внутримозговых гематомах.

На основе результатов нейровизуализации гипертензивные внутримозговые гематомы подразделяют на следующие виды:

- **путаменальные** (латеральные, составляют ~55% гипертензивных кровоизлияний), расположенные снаружи от внутренней капсулы и в зависимости от объема, распространяющиеся на скорлупу, бледный шар или оградку;
- **таламические** (медиальные, ~10%), расположенные медиальнее от внутренней капсулы, в таламусе, но могут распространяться на средний мозг и проникать в желудочковую систему, часто формирующиеся вследствие диапедезного пропитывания;
- **субкортикальные** (лобарные, ~15%), расположенные в белом веществе больших полушарий головного мозга, близко от коры. Часто встречаются у пожилых пациентов (старше 70 лет) и могут быть обусловлены церебральным амилоидозом.
- **Инфратенториальные** гематомы встречаются в 20% случаев, локализуются в области мозжечка или стволовых структур головного мозга.

Хирургическая тактика при

гипертензивных гематомах зависит от локализации, размеров, сроков возникновения гематом и состояния пациента. Применяются следующие хирургические вмешательства: установка датчика внутричерепного давления, наружное вентрикулярное дренирование, дренирование и тромболит внутримозговых гематом, эндоскопическая эвакуация гематом, краниотомия, удаление гематомы, односторонняя декомпрессионная краниэктомия, удаление гематомы, двусторонняя декомпрессионная краниэктомия.

Показанием к хирургическому вмешательству являются: полшарные гематомы в объеме более 50 мл, гематомы мозжечка в объеме свыше 30 мл, гематомы ствола головного мозга больше 15 мл и оболочечные гематомы, вызывающие дислокацию срединных структур 10 мм и более.

В клинических рекомендациях по лечению гипертензивных внутримозговых гематом от 2014 регламентированы так же противопоказания к хирургическому вмешательству. Хирургическое вмешательство не показано при угнетении сознания до комы (GCS — 7 баллов и менее). Относительным противопоказанием к операции является наличие тяжелой соматической патологии (сахарный диабет, почечно-печеночная, сердечно-сосудистая и легочная патология в стадии суб- и декомпенсации, коагулопатии, сепсис), неуправляемая артериальная гипертензия — систолическое давление более 200 мм рт.ст.

Заключение: Оценка литературных данных и собственных результатов показали лучшие результаты по выживаемости и неврологическому статусу при раннем хирургическом лечении по показаниям. ■

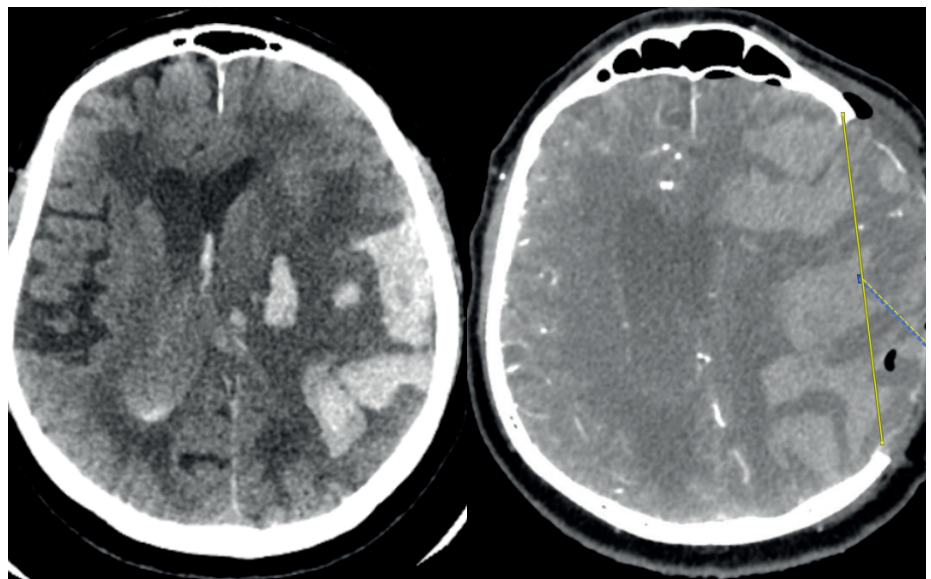


Рис. 1 и 2. Состояние до и после декомпрессивной краниэктомии, удаления внутримозговой гематомы.

МЕТОДЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Закарян Н.В., заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения, хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, д.м.н.

Инсульт занимает в настоящее время лидирующие позиции среди болезней системы кровообращения, и является основной причиной летальности и инвалидизации среди населения. В России частота возникновения острого инсульта остается крайне высокой среди всех стран мира.

Затруднение или прекращение поступления крови по сосудам головного мозга приводит к его повреждению и наруше-

времени от появления симптома до устранения тромба в артерии головного мозга, которое приводит к сохранению большого объема жизнеспособной ткани головного мозга, что значительно улучшает дальнейший прогноз в выздоровлении пациента.

В основе лечения инсульта лежит быстрое и раннее восстановление кровотока в головном мозге с помощью эндоваскулярных операций.

технологичные малоинвазивные операции, когда в условиях ретгеноперационной через один прокол в бедренной артерии под местной анестезией восстанавливается кровоток в сосуде головного мозга. Эти процедуры должны быть выполнены как можно скорее. На базе Волынской больницы за последние 3 года выполнено более 130 успешных эндоваскулярных операций при остром инсульте, а также более 250 профилактических операций, предотвращающих развитие инсульта.

Удаление сгустков тромба из заблокированного кровеносного сосуда в головном мозге выполняется с помощью аспирационного катетера и стент-ретривера (Рис.1) доставляемые через прокол бедренной артерии в пахо-

Волынская больница, наряду с ведущими зарубежными клиниками, обладает всем необходимым для лечения пациентов поступающих с диагнозом острый ишемический инсульт.

нием выполняемых им функций в виде неврологических нарушений (парез, паралич, нарушение речи и т.д.). Восстановление нарушенных функций пациента зависит от времени восстановления кровотока в головном мозге, чем раньше принимаются меры по восстановлению кровотока, тем выше шансы остаться без стойких инвалидизирующих нарушений функций организма.

Волынская больница, наряду с ведущими зарубежными клиниками, обладает всем необходимым для лечения пациентов поступающих с диагнозом острый ишемический инсульт. Проводит весь комплекс медикаментозных, хирургических и реабилитационных мероприятий. Главной целью является максимальное сокращением

В настоящее время быстрыми темпами развиваются высоко-

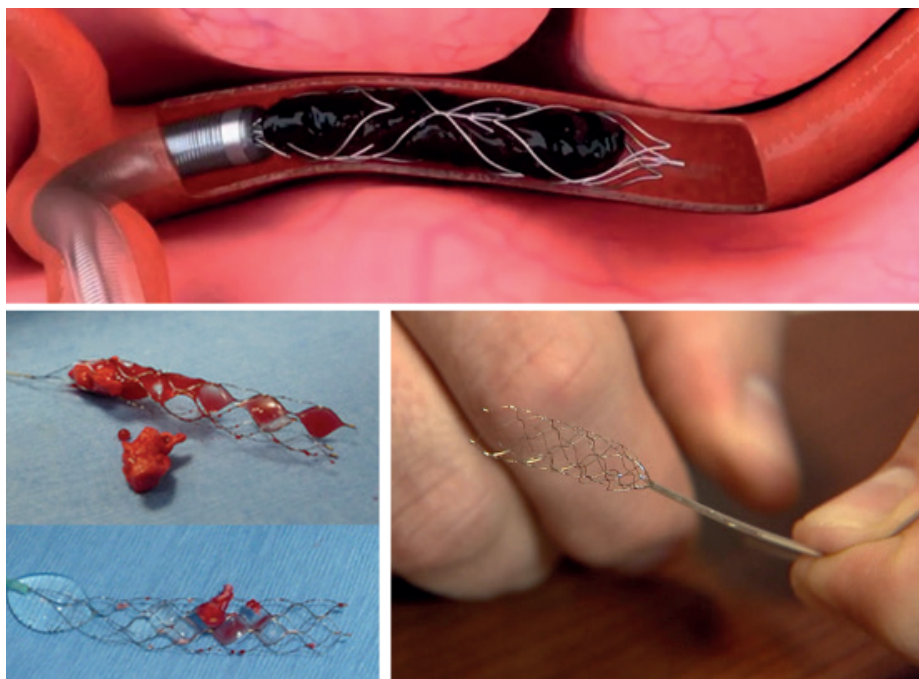


Рис.1. Аспирационный катетер и стент-ретривер.

вой области под местной анестезией. Эта процедура особенно полезна для людей с большими сгустками, которые не могут быть полностью растворены тромболитическими препаратами (Рис.2).

Несколько крупных и недавних исследований показывают, что, в зависимости от расположения сгустка и других факторов, эндоваскулярная операция может быть наиболее эффективным лечением. Показано, что эндоваскулярная операция значительно улучшает исходы и снижает риск инвалидизации после ишемического инсульта. Большая часть пациентов, к сожалению, поздно обращаются, по тем или иным причинам, в стационар для своевременного восстановления кровотока головного мозга. Развитие лучевых методов диагностики на этапе приемного отделения Волынской больницы позволило расширить временное окно (в те-

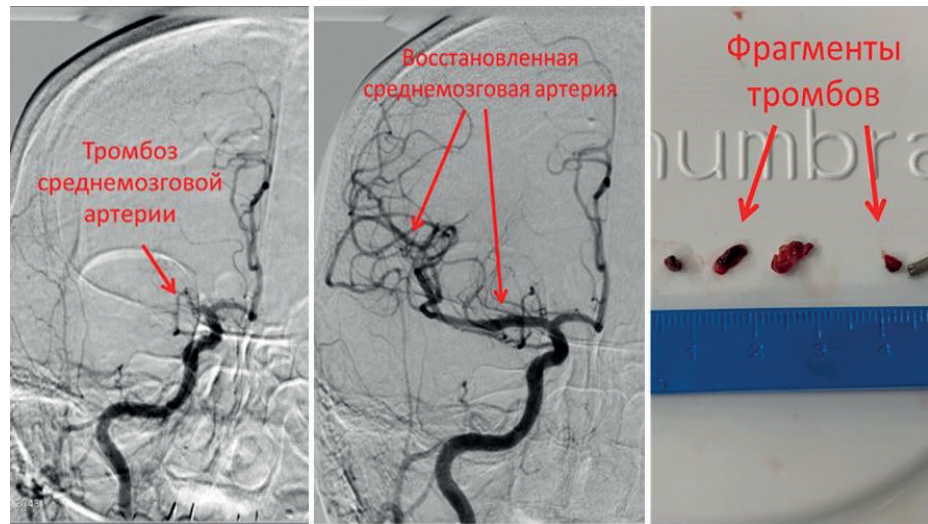


Рис.2. Тромбоз среднемозговой артерии с последующим восстановлением.

чение первых суток от начала симптомов) для проведения эндоваскулярных операций. Дополнение к мультиспиральной компьютерной томографии определение степени поражения тканей мозга (КТ-перфузия) позволило в целом значительно увеличить количество операций и улучшить качество жизни пациентов.

Благодаря высокой квалификации врачей, активного командного взаимодействия различных специализаций, оснащения учреждения современной аппаратурой, обмена опытом врачей позволило достичь больших успехов в лечении пациентов с острым инсультом. ■

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ОНМК

Молохоев Е.Б., врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, к.м.н.

Работа построена на основании исследования клинической картины болезни пациентов с ишемическим инсультом, лечившихся в ФГБУ «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента РФ за период с 2016г по настоящее время. Больным в остром периоде инсульта выполнена реваскуляризация сосудов мозга при крупнососудистых поражениях при атеротромботическом и кардиоэмболическом вариантах инсульта. Прослежены исходы острого и ближайшего периодов болезни.

Для достижения поставленной цели была разработана аналитическая матрица, включающая 55 анамнестических, клинических, лабораторных и инстру-

ментальных признаков. Используются методы многомерной математической статистики. Всего в исследование было включено 163 пациента. В первую основную группу (n=93) вошли больные, госпитализированные первично в стационар, у которых в период госпитализации был диагностирован острый мозговой инсульт кардиоэмболического происхождения. Вторую группу (n=70) составили пациенты с атеротромботическим инсультом. Операции выполнены в центре рентгеноэндоваскулярной хирургии (руководитель отделения доктор медицинских наук Закарян Н.В.). Частота проведения инвазивной ангиографии и последующей эндоваскулярного вмешательства

у пациентов, с развившимся инфарктом мозга в стационаре, составляет 32,8%, отобранные на основании критериев Клинических рекомендаций. Выживаемость пациентов с ишемическим инсультом при наличии проведенной эндоваскулярной реваскуляризации сосудов головного мозга составила 84,1%, а без проведения 64,1%. Эндоваскулярные вмешательства достоверно уменьшают летальность среди пациентов с ишемическим инсультом. По исходам и особенностям течения ишемического инсульта нами предложены прогностические и диагностические правила, позволяющие оценить показания, вероятность осложнений болезни и оптимизировать лечебную тактику. ■

ОТКРЫТОЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО – ПРИЧИНА ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА.

Сторогина К.С., врач-невролог неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения, с палатами реабилитации и интенсивной терапии.

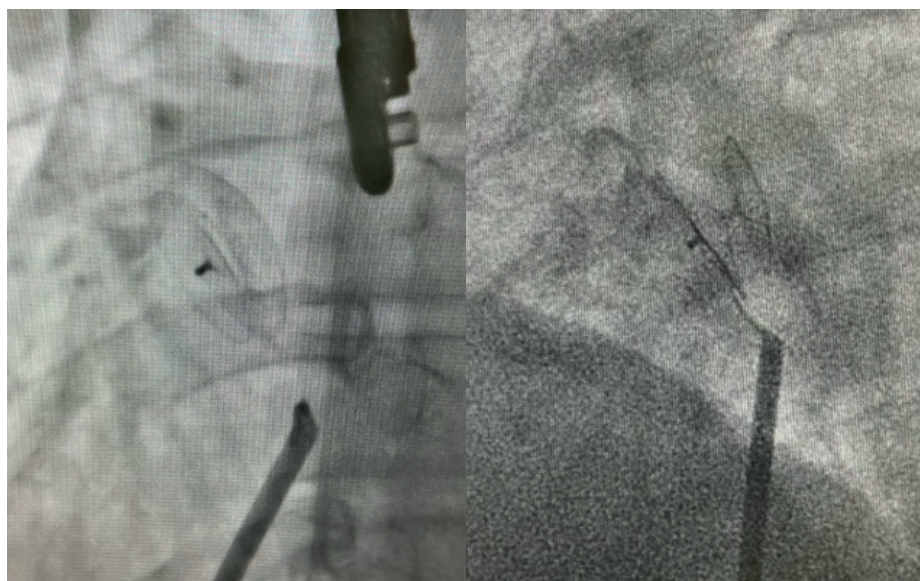
Проблема цереброваскулярных заболеваний по-прежнему остается актуальной во всем мире. Одна из ведущих причин смертности и инвалидности работоспособного населения является ишемический инсульт. Ежегодно в мире 15 млн человек переносят инсульт, каждые 30 секунд фиксируется новый случай заболевания. При этом почти 5 млн человек в год умирают от инсульта. В России заболеваемость инсультом составляет 175 человек на каждые 100000 человек в год. В течение первых 2 лет после ИИ риск развития повторного инсульта составляет от 4 до 14% в год, особенно высокий риск наблюдается в первую неделю заболевания: при кардиоэмболическом патогенетическом подтипе — 2,8%; при атеротромботическом — 8,1%; при лаку-

нарном — 3,0% (Hankey GJ. Long-term outcome after ischaemic stroke/transient ischaemic attack. Cerebrovasc Dis. 2003). Для определения тактики вторичной профилактики необходимо выявить патогенетический подтип инсульта. В связи с этим определение патогенетического подтипа ишемического инсульта или ТИА является принципиальным вопросом. В настоящее время общепризнанной классификацией патогенетических подтипов ишемического инсульта является классификация TOAST (Adams H. P. et al. 1993).

Одним из возможных механизмов ИИ у молодых пациентов является парадоксальная эмболия (ПЭ) — миграция тромба из венозной системы через дефект межпредсердной перегородки (ООО) или легочные ар-

териовенозные мальформации с последующей эмболией через артериальное русло в брахиоцефальную систему. ООО часто встречаемая патология (около 25%) и расценивается как доминирующий путь реализации ПЭ. Среди лиц, перенесших криптогенный инсульт, вероятность выявления ООО в 3 раза выше, чем среди пациентов с установленной причиной инсульта. ООО — дефект (зондовое отверстие) межпредсердной перегородки, в норме оно должно закрываться к первому году жизни ребенка, однако остается не зарощенным у ¼ населения. Морфологическая вариабельность касается как размеров, так и формы овального окна, что определяет степень шунтирующего кровотока, проходящего через отверстие, который может варьировать от малого до значительного. Сочетание ООО с гипермобильностью и аневризмой МПП способствует открытию овального окна при каждом сердечном цикле и усилению шунтирующего кровотока, особенно при повышении давления в полости правого предсердия (маневр Вальсальвы), тем самым повышая вероятность развития парадоксальной эмболии.

Основными источниками тромбов являются вены нижних конечностей, чаще глубокие вены голени, и вены малого таза. Реже возникает тромбоз in situ в туннеле овального окна или в области аневризмы межпредсердной перегородки, а также



Эндоваскулярное закрытие дефекта межпредсердной перегородки сердца.

в результате предсердных нарушений ритма сердца. Само по себе ООО не является фактором риска развития инсульта без вспомогательных факторов тромбообразования, к которым относятся: недавняя иммобилизация, наличие генетических маркеров тромбофилии, антифосфолипидный синдром, недостаточность показателей противосвертывающей системы и фибринолиза, повышение 8 фактора в сочетании с повышением активности фактора фон Виллебранда, прием оральных контрацептивов у женщин, естественные протромботические состояния (Кулеш А.А., Шестаков В.В. Открытое овальное окно и ишемический инсульт. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019.).

Маневр Вальсальвы характеризуется форсированным выдохом при закрытом надгортаннике (просят пациента натужиться), когда происходит моментальное повышение давления в правых отделах сердца и усиление шунтирующего кровотока. Наличие маневра Вальсальвы в дебюте развития симптомов инсульта повышает вероятность ПЭ, поэтому при сборе анамнеза необходимо обращать внимание на такие факторы, как подъем тяжести, натуживание при дефекации, кашель, чихание, смех и рвота. В помощь клиницистам в оценке взаимосвязи перенесенного криптогенного инсульта с выявленным открытым овальным окном была создана шкала Риска парадоксальной эмболии (Risk of Paradoxal Embolizm — RoPE). Шкала проста в использовании — по одному баллу начисляется за отсутствие факторов сосудистого риска, один балл за наличие ИИ корковой локализации по результатам нейровизуализации и один балл если ИИ или ТИА, являются впервые возникшими. Высокий суммарный балл (более 5 баллов), набранный по шкале, говорит о высокой вероятности взаимосвязи ООО с криптогенным инсультом (Kent D.M.,

Ruthazer R., Weimar Ch. et al. An index to identify stroke-related vs incidental patent foramen ovale in cryptogenic stroke. Neurology. 2013.).

Ультразвуковые методы являются основными для выявления ООО. Для визуализации патологии сердца используются трансторакальная (ТТ-ЭхоКГ) и чреспищеводная (ЧП-ЭхоКГ) эхокардиография, наиболее информативный метод, выявляет даже не большие дефекты. Для идентификации шунтирующего кровотока наиболее информативным методом является контрастная транскраниальная доплерография (ТКДС) с эмболодетекцией. Показано, что при наличии шунта справа налево, связанного с ООО, она обладает чувствительностью 70–100% и специфичностью более 95% (Sloan M.A., Alexandrov A.V., Tegeler C.Y. et al. Assessment: transcranial Doppler ultrasonography: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. 2004).

Согласно Европейским рекомендациям по ведению пациентов с открытым овальным окном (2019 год), для вторичной профилактики пациентам с ООО (при отсутствии других факторов риска) в зависимости от клинической ситуации рекомендовано использовать медикаментозную терапию антиагрегантами или антикоагулянтами, эндоваскулярное закрытие дефекта с помощью окклюдера. Данные рандомизированных контролируемых исследований последних лет позволяют констатировать, что закрытие ООО эффективно снижает риск рецидивирующего инсульта у лиц моложе 60 лет, у которых ООО ассоциировано с аневризмой или гипермобильностью МПП, а также шунтом большого или среднего размера. После чрескожного закрытия овального окна рекомендован прием двойной антиагрегантной терапии (ацетилсалициловая кислота 75 мг/день + клопидогрел 75 мг/день) в течение трех месяцев,

с дальнейшим переходом на длительную терапию аспирином (75 мг/день). Пациентам с криптогенным инсультом и ООО, возраст которых старше 60 лет рекомендована вторичная профилактика инсульта с помощью антиагрегантов. Антикоагулянты показаны большинству пациентов, у которых развитие инсульта ассоциировано с острым тромбозом глубоких вен, тромбозом легочной артерии или состоянием гиперкоагуляции (European position paper on the management of patients with patent foramen ovale. General approach and left circulation thromboembolism. EuroIntervention 2019.).

В отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения, и хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБУ Клинической больницы № 1 с 2020 года успешно проведено 24 операции чрескожной окклюзии ООО. ■

Шкала Риска парадоксальной эмболии (Risk of Paradoxal Embolizm - RoPE)

Характеристика	Балл
Отсутствие гипертонической болезни в анамнезе	1
Отсутствие сахарного диабета в анамнезе	1
Отсутствие инсульта или ТИА в анамнезе	1
Не курит	1
Корковый инфаркт при нейровизуализации	1
Возраст, годы:	
18-29	5
30-39	4
40-49	3
50-59	2
60-69	1
≥ 70	0

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРЫХ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ

Кашежева А.А., врач-невролог неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения, с палатами реанимации и интенсивной терапии, к.м.н.

Острое головокружение является одной из частых причин экстренной госпитализации пациентов. В роли причины острого вестибулярного синдрома могут быть периферические вестибулопатии: вестибулярный нейронит, доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение (ДППГ) и болезнь Меньера. Более редкими причинами могут быть инсульт, вестибулярная мигрень, вестибулярная пароксизмия.

Дифференциальная диагностика цереброваскулярного заболевания и периферических вестибулярных расстройств основывается на анамнестических данных, характеристике головокружения, результатах нейровестибулярного и инструментального обследования пациентов. Разработанный протокол HINTS — для клинического обследования пациентов с острым вестибулярным синдромом позволяет отличить инсульт от периферической вестибулопатии и является более чувствительным чем МРТ в первые 72 ч

от начала заболевания. Протокол состоит из трех основных тестов: анализ нистагма и его характеристик, оценка вестибулоокулярного рефлекса, тест кривой девиации глаз.

До 75% инсультов в вертебрально-базиллярной системе сопровождаются головокружением, чаще всего встречается дорсолатеральный медулярный синдром, возникающий вследствие поражения задней нижней мозжечковой артерии. При этом развивается синдром Валленберга и характеризуется головокружением, тошнотой, рвотой; ипсилатерально — болевая и температурная гипестезия лица, мозжечковая атаксия, синдром Горнера, дисфагия и дисфония; контралатерально — болевая и температурная гемипестезия.

Второй по частоте вариант ишемического инсульта с головокружением, обусловлен поражением передней нижней мозжечковой артерии, при этом вместе с головокружением наблюдаются: ип-

силатеральные тугоухость, парез лицевой мускулатуры, парез взора в сторону очага; контралатеральное снижение болевой и температурной чувствительности, шум в ушах, мозжечковая атаксия, синдром Горнера. При окклюзии начальной части артерии отмечается и гемипарез.

По данным исследований, изолированное головокружение при инсульте наблюдается лишь в 0, 35% и возникает при поражении узелка или клочка мозжечка, вестибулярных ядер, области входа вестибулярного нерва в ствол мозга, *n. prepositus hypoglossi*.

Впервые возникшее изолированное вестибулярное головокружение у пожилого больного с многочисленными факторами риска цереброваскулярных заболеваний (перенесенные ранее ТИА или инсульт, выраженная артериальная гипертония, фибрилляция предсердий и др.) должно настораживать в отношении сосудистой этиологии вестибулярных симптомов, но не исключает их пери-

ферического происхождения. При этом рецидивирующий характер приступов головокружения снижает вероятность сосудистого происхождения заболевания. Позиционный характер приступов головокружения в большинстве случаев свидетельствует об их периферическом происхождении. Самая частая причина позиционного головокружения — ДППГ, а у пожилых пациентов ДППГ нередко проявляется перманентным ощущением неустойчивости. Все это требует проведения позиционных проб Дикс—Холпайка и МакКлюра—Пагинни для исключения ДППГ.

При центральном позиционном нистагме наблюдается строго вертикальный нистагм, (без ротаторного компонента), не имеет латентного периода и не угасает с течением времени. Периферические вестибулярные заболевания проявляются горизонтальным или горизонтально-ротаторным нистагмом, направленным в сторону более активного лабиринта. Такой нистагм усиливается при взгляде в сторону его быстрой фазы, а также в отсутствие фиксации зрения (например, в очках Френзеля). Кроме того, периферический нистагм не меняет направления при изменении направления взгляда. В отличие от периферического, центральный нистагм имеет любое направление, почти не зависит от фиксации взгляда и может менять направление в зависимости от направления взгляда.

При сохранном вестибулоокулярном рефлексе (отрицательная проба Хальмаги) благодаря компенсаторному движению глаз в противоположном направлении взгляд остается фиксированным на переносице и не поворачивается вместе с головой. Отрицательная проба Хальмаги при наличии спонтанного нистагма у больного с острым головокружением чаще всего свидетельствует о повреждении мозжечка, области островковой доли. Положительная проба Хальмаги у пациента с острым головокружением и нистагмом, как

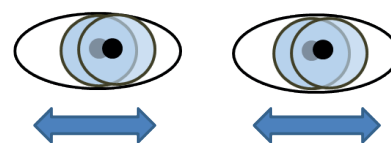
правило, свидетельствует о повреждении периферических отделов вестибулярной системы — лабиринта или вестибулярного нерва, но может встречаться и при одностороннем изолированном поражении вестибулярного ядра, области входа вестибулярного нерва и даже мозжечка.

Очаговые неврологические симптомы, появившиеся одновременно с острым головокружением, несомненно, свидетельствуют о повреждении ЦНС. Повреждение центральных отделов вестибулярной системы нередко сопровождается так называемым вертикальным косоглазием, которое обусловлено повреждением отолитовых путей на уровне ствола мозга. Реже оно возникает при грубом поражении эллиптического мешочка лабиринта или вестибулярного нерва.

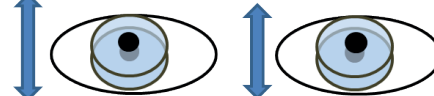
Описанные выше диагностические тесты позволяют своевременно заподозрить цереброваскулярное заболевание у пациента с вестибулярным головокружением, избежать гипердиагностики инсульта и ТИА и не пропустить периферические вестибулярные расстройства.

В неврологическое отделение для больных с НМК с палатами РИТ ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ поступает до 60 пациентов в месяц с направительным диагнозом ОНМК. Среди них до 20% предъявляет жалобы на головокружение, у половины из них эти жалобы явились поводом для госпитализации. В возрасте старше 65 лет голово-

Горизонтальный нистагм



Вертикальный нистагм



Ротаторный нистагм

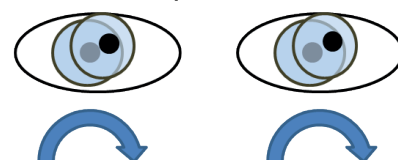


Рис. 1. Нистагм.

кружение в различной форме беспокоит каждого третьего, а в возрасте старше 85 лет — каждого второго. После дообследования и уточнения диагноза инсульт верифицируется лишь у десятой части пациентов, и только у 8 из ста пациентов это головокружение могло трактоваться как проявление инсульта в вертебрально-базилярной системе.

Проведенные в последние годы крупные исследования показывают, что наиболее распространенными причинами головокружения расстройства периферического вестибулярного анализатора (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, вестибулярная мигрень, болезнь Меньера, вестибулярный нейронит и тд.), а также функциональное головокружение. ■



Рис. 2. Оценка горизонтального вестибуло-окулярного рефлекса (проба Хальмаге).



РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ В ПАЛАТЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Перец Е.Н., заведующая отделением ФТО и ЛФК, к.м.н., доцент кафедры
Восстановительного лечения ЦГМА,
Водолазко Е.А., врач по лечебной физкультуре.*

В последние годы растет признание той решающей роли, которую играет ранняя реабилитация в восстановлении пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии с острым нарушением мозгового кровообращения. Традиционные подходы к уходу в отделении интенсивной терапии часто сосредоточены исключительно на стабилизации состояния пациентов и удовлетворении их неотложных медицинских потребностей. Однако внедрение ранних реабилитационных мероприятий показало эффективные результаты в улучшении

результатов лечения пациентов и сокращения продолжительности пребывания в отделении интенсивной терапии.

Острые нарушения мозгового кровообращения, такие как инсульты, могут оказывать изнуряющее воздействие на человека, часто приводя к физическим нарушениям, функциональным ограничениям и инвалидизации. Чтобы способствовать восстановлению и оптимизировать результаты, значительное внимание уделяется ранним реабилитационным мероприятиям. Среди этих мероприятий много-

обещающие результаты показала ранняя вертикализация, которая предполагает подъем пациента с кровати в вертикальное положение как можно скорее после стабилизации состояния.

Важность ранней реабилитации в отделении интенсивной терапии.

Длительная неподвижность в отделении интенсивной терапии может привести к различным осложнениям, включая мышечную слабость, контрактуры суставов, ослабление сердечно-сосудистой системы и наруше-

ние дыхательной функции. Ранняя реабилитация направлена на борьбу с этими последствиями и способствует более быстрому выздоровлению.

Исследования показали, что ранняя мобилизация и реабилитация в отделении интенсивной терапии может снизить частоту возникновения приобретенной в отделении осложнений связанных с гиподинамией, уменьшить продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии и улучшить общие функциональные показатели.

Ранняя реабилитация направлена на начало терапевтических мероприятий, как только состояние здоровья пациента становится стабильным, обычно в течение первых нескольких дней после инсульта. Она включает в себя мультидисциплинарный подход, включающий физическую, трудовую и речевую терапию для решения различных аспектов восстановления.



Рис. 1. Ранняя реабилитация.

Ранняя реабилитация дает ряд преимуществ, включая предотвращение осложнений, минимизацию инвалидности, развитие нейропластичности и улучшение общих функциональных показателей.

Преимущества ранней вертикализации.

Ранняя вертикализация, является ключевым компонентом реби-

Ранняя вертикализация, является ключевым компонентом реабилитации в остром периоде. Она предполагает постепенный перевод пациентов из лежачего положения в сидячее или стоячее с использованием соответствующей поддержки и оборудования.

литации в остром периоде. Она предполагает постепенный перевод пациентов из лежачего положения в сидячее или стоячее с использованием соответствующей поддержки и оборудования. Этот метод имеет ряд преимуществ:

- Улучшение кровообращения. Вертикализация помогает улучшить кровообращение, предотвращая застой крови и снижая риск тромбоза глубоких вен и легочной эмболии.

- Профилактика вторичных осложнений. Ранняя вертикализация помогает поддерживать нормальную дыхательную функцию, предотвращая легочные осложнения, такие как пневмония.

- Активизация мышц и стабильность суставов. Нахождение в вертикальном положении способствует мышечной активности и стабильности суставов, предотвращая атрофию мышц, контрактуры и тугоподвижность суставов.



Рис. 2. Велотренажер MOTOMED.

- Постуральный контроль и равновесие. Вертикализация облегчает постуральный контроль и равновесие, что крайне важно для независимой мобильности и снижения риска падений.

- Психологические преимущества. Нахождение в вертикальном состоянии положительно влияет на психологическое благополучие пациента, повышая мотивацию, самооценку и вовлеченность в процесс реабилитации.

Эффективность ранней реабилитации и вертикализации при острых нарушениях мозгового кровообращения.

В нескольких исследованиях изучалась роль ранней реабилитации и вертикализации при острых нарушениях мозгового кровообращения. Вот некоторые ключевые выводы:

- Улучшение функциональных результатов: Ранние реабилитационные мероприятия, включая вертикализацию, были связаны с улучшением функциональных результатов, включая повседневную жизнедеятельность, мобильность и качество жизни.

- Сокращение продолжительности пребывания в больнице: Было доказано, что ранняя мобилизация и вертикализация сокращают продолжительность пребывания в больнице, способствуя скорейшему выздоровлению и предотвращая осложнения.



Рис. 3. Кровать-вертикализатор ANYMOV.

- Благоприятные неврологические изменения: Ранняя вертикализация может положительно влиять на перфузию и оксигенацию мозга, способствуя восстановлению нервной ткани в пораженной области.

нечностям, а также дыхательным мышцам.

Лечебная гимнастика является неотъемлемой частью реабилитационного протокола отделения интенсивной терапии. Высококвалифицированные инструкторы-методисты по ЛФК работают в тесном контакте с пациентами, разрабатывая индивидуальные планы упражнений и внимательно следят за их выполнением. Упражнения модифицируются в зависимости от состояния пациента и могут выполняться в постели или с помощью специализированного оборудования.

Циклический велотренажер MOTOMED.

Использование велотренажера

Лечебная гимнастика является неотъемлемой частью реабилитационного протокола отделения интенсивной терапии.

- Улучшенное восстановление двигательной активности: Было установлено, что вертикализация способствует восстановлению двигательной активности, стимулируя нейронную пластичность и способствуя сенсомоторной интеграции.

Лечебная гимнастика.

Лечебная гимнастика включает в себя серию активных и пассивных упражнений, направленных на развитие мышечной силы, гибкости и координации. Основное внимание уделяется как верхним, так и нижним ко-

в отделении интенсивной терапии позволяет пациентам заниматься малотравматичными упражнениями на велотренажере, что способствует развитию сердечно-сосудистой системы и выносливости. Контролируемое движение на велотренажере также помогает предотвратить атрофию мышц и тугоподвижность суставов.

Используются самые современные велотренажеры, разработанные специально для использования в отделениях интенсивной терапии. Они оснащены средствами безопасности и позволяют постоянно контролировать жизненные показатели и регулировать нагрузку в зависимости от переносимости пациента.

Кровать-вертикализатор ANYMOV.

ANYMOV — это комплекс роботизированной механотерапии с биологической обратной связью, которая позволяет мягко и безопасно расположить пациента в вертикальном или полувертикальном положении. Это помогает противостоять негативным последствиям длительного лежачего положения, таким как уменьшение объема легких и повышенный риск развития пневмонии.

Врачи по лечебной физкультуре используют кровать-вертикализатор ANYMOV как часть программы постепенной мобильности. Пациентов постепенно вводят в вертикальное положение, основываясь на их клинической устойчивости и переносимости, что позволяет избежать формирования ортостатической недостаточности и связанных с ней нарушений гравитационного градиента, с целью достижения более длительных периодов вертикального положения.

Моделирование опорной нагрузки Корвит.

Имитация опорной нагрузки Корвит — это передовая технология, которая воспроизводит

реальные нагрузки и силы, действующие на пациентов во время реабилитации. Она обеспечивает контролируемую среду подошвенной нагрузки, позволяющий стимулировать периферическое кровообращение, восстанавливать и поддерживать тонус мышц нижних конечностей.

Благодаря механическому воздействию на опорные зоны стопы происходит активизация коры головного мозга, и, как следствие, повышение чувствительности, снижение спастичности, повы-

шим осложнениям, но ранняя реабилитация помогает решить эти проблемы и способствует более быстрому выздоровлению. Лечебная гимнастика, включающая активные и пассивные движения, играют ключевую роль в развитии мышечной силы, гибкости и координации. Кроме того, использование специализированного оборудования, такого как циклические велотренажеры и кровать-вертикализатор, позволяет безопасно и контролируемо выполнять малотравматичные упражнения и принимать вертикальное по-

Имитация опорной нагрузки Корвит — это передовая технология, которая воспроизводит реальные нагрузки и силы, действующие на пациентов во время реабилитации.

шение темпов восстановления нарушенных функций и другие положительные реакции.

Выводы.

Длительная неподвижность пациентов перенёвших острое нарушение мозгового кровообращения в отделении интенсивной терапии может привести к различ-

ные. Передовые технологии, такие как имитация подошвенной опоры Корвит, еще больше улучшают процесс реабилитации. В целом, интеграция ранней реабилитации и вертикализации в отделении интенсивной терапии предлагает комплексный подход для улучшения восстановления пациента и функциональных показателей. ■



Рис. 4. Моделирование опорной нагрузки Корвит.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК

Исаева Т.В., заведующая неврологическим отделением с палатами реабилитации больных с нарушением функции центральной нервной системы, к.м.н.

Медицинская реабилитация в настоящее время представляет приоритетное направление Российского здравоохранения. В рамках восстановительной медицины это важное направление реализуется через применение новейших, преимущественно немедикаментозных технологий кинезиотерапии, физиотерапии и др. Актуальность этой проблемы особо подчеркивается при разработке программ медицинской реабилитации при таком социально значимом заболевании как острое нарушение мозгового кровообращения, которое

- Углубленное изучение постинсультных синдромов;

- Совершенствование старых и разработка новых методов реабилитации в неврологии.

Основными принципами реабилитации больных, перенесших инсульт являются:

- Раннее начало реабилитационных мероприятий;

- Систематичность и длительность, обеспечиваемые поэтапным построением реабилитации;

Наряду с основной задачей, заключающейся в восстановлении нарушенных функций и социально-психологической реадaptации, реабилитация должна включать профилактику постинсультных осложнений и профилактику повторных инсультов.

Построение реабилитационной программы для каждого больного должно быть строго индивидуализировано с учетом имеющегося клинического синдрома, характера основного заболевания, возраста, сопутствующих заболеваний и осложнений.

К неблагоприятным прогностическим факторам, ассоциированным с плохим восстановлением нарушенных функций относятся:

- Локализация очага поражения в функционально значимых зонах — для двигательных функций это область пирамидного тракта, особенно внутренняя капсула, для речевых функций — корковые речевые зоны Брока и/или Вернике;

- Большие размеры очага поражения;

- Низкий уровень мозгового кро-

Построение реабилитационной программы для каждого больного должно быть строго индивидуализировано с учетом имеющегося клинического синдрома, характера основного заболевания, возраста, сопутствующих заболеваний и осложнений.

в структуре общей смертности в России составляет 21,4% [Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б., 2010], а по данным Национального регистра инсульта 31% пациентов, нуждаются в постоянном уходе, 20% не могут ходить и только 8% возвращаются к прежней работе.

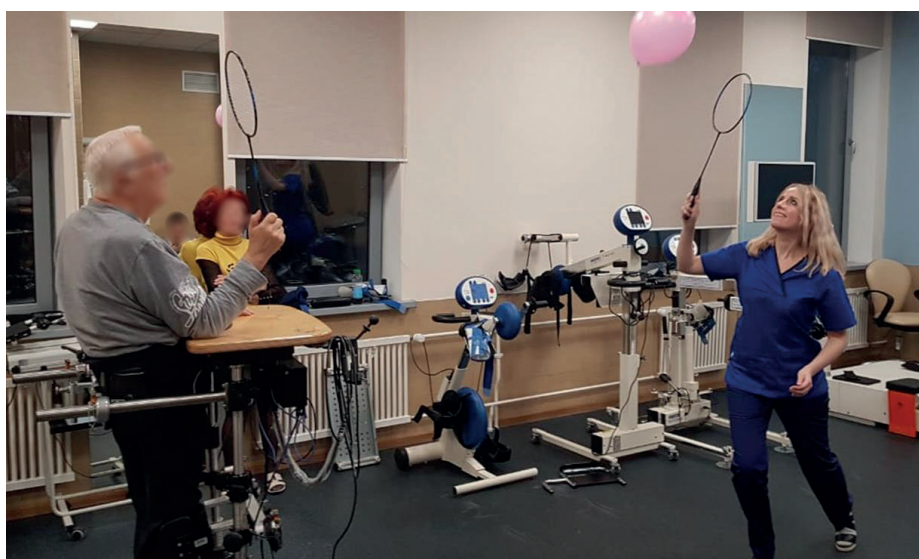
С момента создания специализированной нейрореабилитационной службы (1964г.), наиболее важными направлениями, на многие годы определившими стратегию исследования в области реабилитации больных, перенесших инсульт, стали:

- Разработка общих принципов нейрореабилитации;

- Определение предикторов (прогностических факторов) восстановления функций, нарушенных в результате инсульта;

- Комплексность и мультидисциплинарность, адекватность проводимых реабилитационных мероприятий;

- Активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных, близких;



вотока в области, окружающих очаг поражения;

- Пожилой и старческий возраст (для восстановления речи и сложных двигательных навыков);
- Инициальная тяжесть двигательного (гемиплегия) и речевого (тотальная или грубая сенсорная афазия) дефекта;
- Низкий или очень высокий тонус в паретичных конечностях (для восстановления двигательных функций);
- Нарушение мышечно-суставного чувства (для восстановления двигательных функций);
- Сопутствующие когнитивные и эмоционально-волевые нарушения;
- Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы.

К благоприятным прогностическим факторам, ассоциированным с хорошим восстановлением нарушенных функций, относятся:

- Поверхностная локализация очага поражения (для восстановления движений);
- Наличие небольшого очага в корковой речевой зоне (для восстановления речи);
- Высокий уровень коллатерального кровообращения и мозгового кровотока в областях, прилегающих к очагу;
- Раннее начало спонтанного восстановления функций;
- Наличие супруга(-и), поддержка родных и близких.

«Пассивные» реабилитационные мероприятия

К факторам определяющим начало активной реабилитации, относятся:

- Начало обратного ряда патологических процессов в веществе



Многофункциональная система с БОС для биомеханической коррекции навыков ходьбы «T-Mill».

мозга и вторичных осложнений (отек мозга, дислокация ствола и срединных структур);

- Стабилизация гемодинамических показателей;
- Уровень бодрствования.

Установлено, что при тяжелых инсультах (кровоизлияние объемом более 30-40 мл, большие инфаркты) некоторые виды активной реабилитации (переход в вертикальное положение, обучение

ходьбе, силовые и статические упражнения должны начинаться именно при начале обратного развития деструктивных изменений, что для кровоизлияний в среднем составляет от 1,5-2 до 4-6 недель, для больших инфарктов — от 1 до 3-4 недель. Пик гемодинамической нестабильности приходится на 3 день инсульта, стабилизация гемодинамических показателей происходит на 5 день, что определяет уровень активизации больного. В связи с частыми эпизодами ишемии миокарда в остром



Стол-вертикализатор «ANYMOV»

периоде инсульта (в 70% случаев протекающей без болей) при ранней активизации больных показан мониторинг пульса, артериального давления и ЭКГ.

В настоящее время при активизации больных широко применяют специальные столы-вертикализаторы.

Стол-вертикализатор «ANYMOV»

За счет механических приводов для нижних конечностей пациент выполняет пассивные движения в голеностопных, коленных и тазобедренных суставах как в горизонтальном положении, так и в момент вертикализации.

Как только состояние больного позволяет переводить его из горизонтального положения в вертикальное, пациента начинают обучать сидеть.

Присаживают сначала с опорой под спину, далее начинают опускать ноги и пациент сидит самостоятельно, поставив ноги на скамейку.

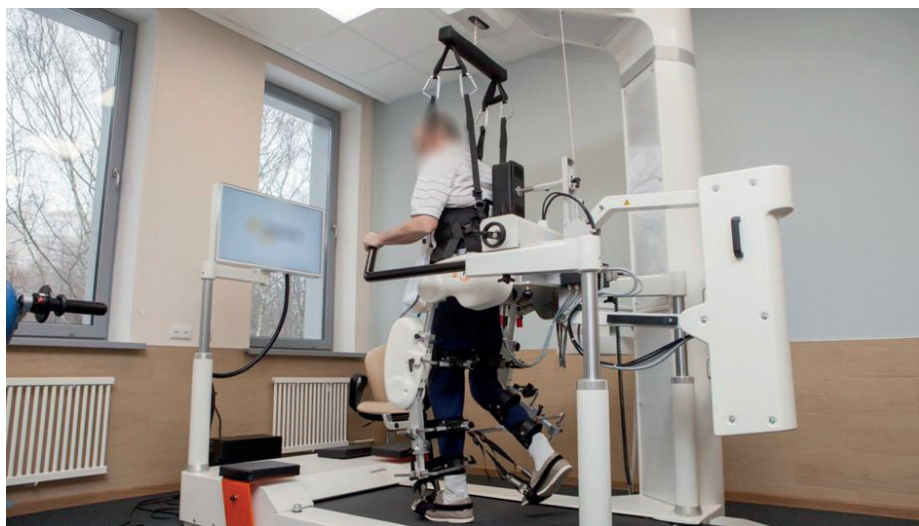
Важно при прохождении этих этапов обращать внимание на правильное положение парализованной стопы.

Так же для активизации пациента подключаются средства механотерапии:

«Корвит» — имитатор подошвенной нагрузки, позволяющий стимулировать периферическое кровообращение, поддерживать



Аппарат «Корвит» — имитатор опорной подошвенной нагрузки.



Роботизированный аппарат Lokomat.

и восстанавливать тонус мышц нижних конечностей

«Мотомед» — прикроватный циклический тренажер для нижних конечностей, дающий возможность заниматься как в пассивном, так и в активном режиме

В качестве еще одного перспективного способа интенсификации кинезиотерапии можно рассматривать использование аппаратов, состоящую из роботизированных ортезов ходьбы и системы поддержки тела, комбинированную с беговой дорожкой.

Роботизированная система LOCOMAT

Благодаря занятиям на роботизированной системе, значительно увеличивается скорость ходьбы, улучшаются биомеханические показатели шага.

Для дальнейшей вертикализации пациента используется поддер-



Стол для механотерапии верхних конечностей.

живающая система с разгрузкой массы тела. С ее помощью возможно вертикализировать пациента, осуществлять помощь в поддержании равновесия и выполнять физические упражнения.

Поддерживающая система с разгрузкой массы тела Biodex

Возможна интеграция занятий пациента находящегося в разгрузочной системе с занятиями на беговой дорожке и стабиллоплатформе.

Для совершенствования двигательных навыков пациенты начинают занятия на **многофункциональной системе «T-Mill»**. Это уникальная многофункциональная система с БОС для биомеханической коррекции навыков ходьбы. Система укомплектована встроенными силовыми платформами и системой световой проекции указательной разметки движения на движущейся поверхности дорожки. БОС, основанная на аудиовизуальном контроле правильности выполнения движения пациентом, позволяет разработать безопасный и эффективный алгоритм восстановления навыков ходьбы у пациента.

Для привыкания к вертикальному положению и тренировки функции равновесия используется **тренажер «Balance Trainer»**.

Важным этапом реабилитации больного после инсульта является



«Fisiotek HP2» — тренажер для пассивной разработки суставов верхних конечностей.

ся восстановление бытовых навыков — **эрготерапия**. Данные навыки восстанавливают упражнениями, при которых пациент производит застегивание и расстегивание пуговиц, на специальных обучающих стендах с застежками — «молниями», замками с ключами и многими другими предметами.

Нередко у больных после перенесенного инсульта развиваются различные трофические нарушения: артропатии суставов паретичных конечностей; «синдром болевого плеча», связанный с сублюксацией плечевого сустава, мышечные атрофии, пролежни.

Могут развиваться контрактуры, которые являются следствием развития артропатий. Из-за рез-

кой болезненности в области суставов значительно уменьшается объем активных и пассивных движений.

«Fisiotek HP2» — тренажер для пассивной разработки суставов верхних конечностей (плечо, локоть, кисть).

Для того, чтобы эффект физических упражнений дополнить еще и воздействием температурного и химического факторов, используется **гидрокинезотерапия**, которая способствует снижению силы тяжести тела, улучшая при этом тренирующее воздействие на ослабленные после перенесенного инсульта мышцы пациентов. Являясь патогенетически обусловленным методом физи-



Поддерживающая система с разгрузкой массы тела Biodex.

ческой реабилитации, проводимые в бассейне сеансы гидрокинезотерапии способствуют нормализации обменных процессов и функционального состояния кардиореспираторной системы, восстановлению сосудистого тонуса и нервной регуляции пациентов после инсульта, предотвращают негативное воздействие наиболее значимых факторов риска. Разработанные дифференцированные комплексы на основе гидрокинезотерапии, предназначенные для использования в позднем восстановительном периоде, учитывали имеющиеся двигательные нарушения, уровень артериальной гипертензии, позволяя добиться улучшения функционального состояния опорно-двигательного аппарата пациентов с последствиями инсульта и увеличения их двигательной активности в целом.

Таким образом, опыт ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ и других крупных реабилитационных центров мира убедительно свидетельствуют о высокой эффективности ряда новых, преимущественно компьютерно-опосредованных технологий двигательной реабилитации, которые должны получить самое широкое распространение и обеспечить значительное улучшение исходов болезни и качества жизни у лиц перенесших инсульт. ■



Бассейн с опускающимися платформами для гидрокинезотерапии.

РОЛЬ ЛОГОПЕДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ И ГЛОТАНИЯ

Чубрик Н.В., логопед неврологического отделения с палатами реабилитации больных с нарушением функции центральной нервной системы.

Согласно статистическим данным более 80% инсультов сопровождаются теми или иными нарушениями речи.

Трудно переоценить важность речевой функции в жизни человека. С её помощью человек общается свои мысли и чувства окружающим; получает и делится информацией и знаниями, согласовывает собственные действия с действиями социума. Речь также является средством регуляции психической деятельности самого человека, участвует в формировании и протекании волевых процессов и эмоциональных переживаний, организует процессы памяти и восприятия.

Поэтому любые нарушения этой важнейшей для человеческой психики социальной функции ощущаются и переживаются пациентами особенно остро.

Современные стандарты оказания медицинской помощи после инсульта предусматривают как можно более раннее начало логопедических занятий с больными

в условиях отделения острого нарушения мозгового кровообращения и продолжение её на последующих этапах реабилитации.

Логопедическая работа с пациентами начинается в максимально короткие сроки после начала заболевания.

Основными задачами логопеда являются:

- оценка речевых дефицитов больного, оценка безопасности глотания и рекомендации по подбору диеты;
- разработка индивидуальной программы по восстановлению речи пациента и проведение логопедических занятий;
- обучение самого больного и ухаживающих за ним лиц методикам, позволяющим больному общаться на доступном для него уровне — устно, письменно или с помощью жестов и систем карточек-знаков.

Нарушения речи, возникающие

вследствие перенесенных транзиторных ишемических атак или острых нарушений мозгового кровообращения, делятся на две

большие группы — афазии и дизартрии.

В отечественной логопедии используется наиболее ёмкая и подробная классификация афазий на основе нейропсихологического подхода, разработанная А.Р. Лурия (1969 г.), в которую входят:

- афферентная моторная,
- эфферентная моторная,
- динамическая,
- сенсорная,
- акустико-мнестическая,
- семантическая афазии.

В клинической практике принято также выделять амнестическую и проводниковую афазии, входящие в классическую неврологическую классификацию.

В приводимой ниже таблице кратко описаны формы афазий, их мозговая локализация и основная симптоматика каждой формы нарушения.

Классификация дизартрии в логопедической практике основана на синдромологическом подходе и включает в себя спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии (по И.И.Панченко).

Афагия или состояние, при котором невозможно проглатывание



как твердой пищи, так и жидкости, возникает в большинстве случаев при переломах челюстей, воспалительной патологии нижнечелюстных суставов, патологических изменениях глотки и пищевода, сильном стрессе, психических расстройствах и в случаях повреждений нейронов центра глотания. Такое нарушение встречается в практике логопеда в единичных случаях. Гораздо более распространенное расстройство глотания — дисфагия или затруднение акта глотания, нарушение движения пищевого комка по глотке и пищеводу, переход пищевых масс в смежные органы — может быть как самостоятельным нарушением, так и одним из симптомов различных форм дизартрии.

Необходимо отметить, что помимо локализации очага и формы речевого расстройства на состояние пациента оказывает большое влияние степень выраженности нарушений нейродинамического и регуляторного компонентов в виде спонтанности, инертности, выраженной истощаемости, сужения объема произвольного внимания, трудностей усвоения и удержания программ деятельности.

Логопедическая помощь включает в себя кроме непосредственно речевой коррекции и задания, направленные на преодоление инактивности, тренировку произвольной регуляции деятельности и внимания, повышение самоконтроля и самокоррекции больных.

В ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ логопедическая работа с пациентами начинается в максимально короткие сроки после начала заболевания. В условиях реанимационных блоков и палат отделения ОНМК, а затем в кабинете логопеда с пациентами ежедневно проводятся индивидуальные логопедические занятия с использованием магнитных досок, сортеров, планшетов, различных картинных пособий, интерактивного «говорящего» зеркала. Пациенты с дизартрией

Название афазии	Основная симптоматика	Мозговая локализация
Афферентная моторная	- Оральная апраксия; - Нарушение произношения отдельных звуков, замена звука близким по месту образования другим звуком; Другие виды речи страдают вторично.	Нижние отделы постцентральной коры левого полушария
Эфферентная моторная	- Трудности переключения с одного слога на другой; - Трудности разворачивания речевой программы фразы.	Нижние отделы премоторной коры левого полушария.
Динамическая афазия	- Речевая спонтанность и инактивность; - Глагольный дефицит; I тип: нарушение речевого программирования; «речевые штампы»; II тип: нарушение грамматического структурирования, «телеграфный стиль» в речи.	Заднелобные отделы коры левого полушария впереди от «зоны Брока»
Сенсорная афазия	- Речевая слуховая агнозия; - Трудности понимания устной речи; - Логорея; - Вербальные парафазии	Задняя треть височной извилины левого полушария
Акустико-мнестическая афазия	- Трудности понимания развернутой устной речи; - Трудности актуализации слов, вербальные парафазии.	Средние отделы левой височной области
Семантическая афазия	- Трудности понимания логико-грамматических конструкций, предлогов, наречий; Данная форма речевой патологии сочетается с нарушениями счета и конструктивного праксиса.	Зона ТРО левого полушария
Амнестическая афазия	- Забывание названий частотных предметов и их изображений при сохранности глагольного словаря.	Заднижние отделы височной области левого полушария
Проводниковая афазия	- Нарушение повторной речи; - Нарушение чтения вслух; - Нарушение называния; - Качество спонтанной речи превалирует над речью «по заданию»;	Поражение белого вещества верхних отделов теменной доли доминантного полушария.

проходят курс логопедического и точечного массажа, а также массажа с использованием вибростимуляций. С больными проводятся индивидуальные или групповые логоритмические и музыкальные логопедические занятия в мини-группах (1-3 человека). Логопедами также проводятся когнитивные тренинги и тренировки с использованием метода brainbit.

Таким образом, логопедические занятия способствуют повышению общей и речевой активности пациентов, улучшению их эмоционального состояния, формированию положительной установки на реабилитацию, преодолению речевых нарушений, что вкупе с медикаментозным лечением и другими видами реабилитации способствует восстановлению утраченных пациентами в результате заболевания функций и навыков. ■



РОЛЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ И ДЕЗАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*Ардашев В.Н., научный руководитель по терапии, д.м.н., профессор,
Шульдешиова Н.В., врач кардиолог 1-го кардиологического отделения.*

Актуальность: сегодня единство этиологии и патогенеза ишемического инсульта и инфаркта миокарда объединены термином кардионеврология. Эта концепция получила развитие в исследованиях ведущих специалистов страны: Гусев Е.И, Скворцова В.И, Стаховская Л.В., Бояринцев В.В. (2000- 2023). В институте неврологии РАН данные положения развивают профессора Пирадов М.А, Шмырев В.И., Каленова И.Е.

В результате этих исследований выделены подтипы заболевания и тактика целенаправленного лечения больных, включающая медикаментозные и хирургические методы. В ФГБУ КБН^о 1 используются

все доступные на сегодняшний день подходы.

Материалы и методы исследования. На анализе клинической картины 160 пациентов исследованы данные анамнеза, результаты коронарографии и оперативного пособия больных острым инфарктом миокарда (ЧКВ), которые сформированы в базу данных.

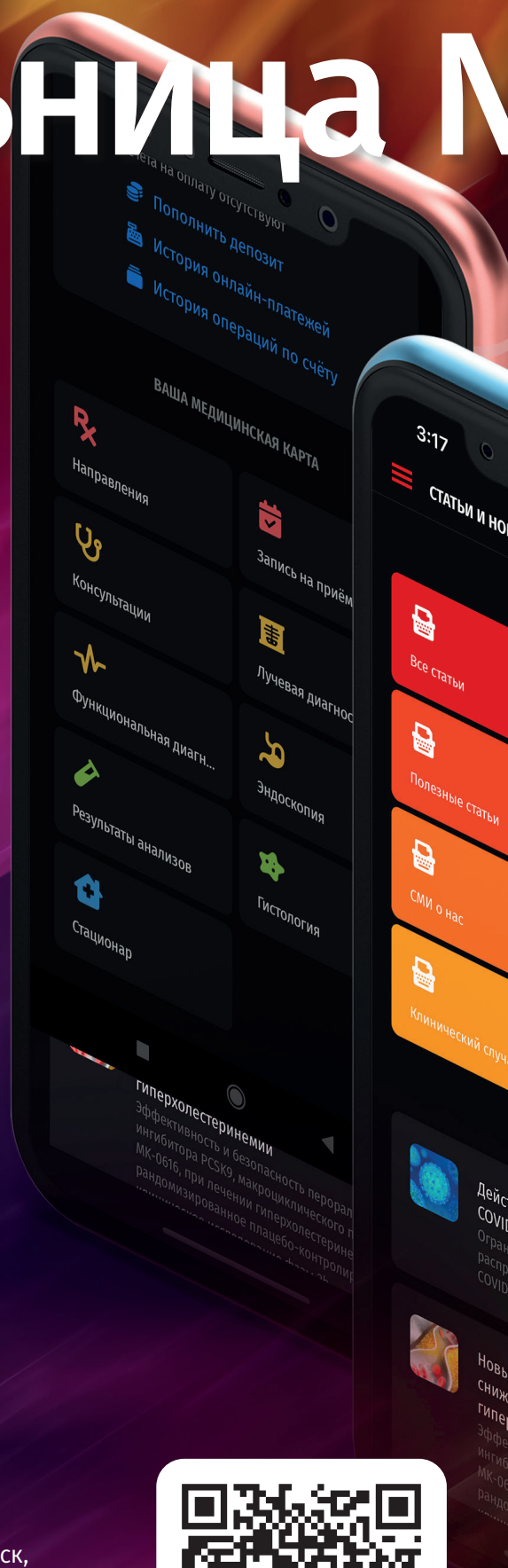
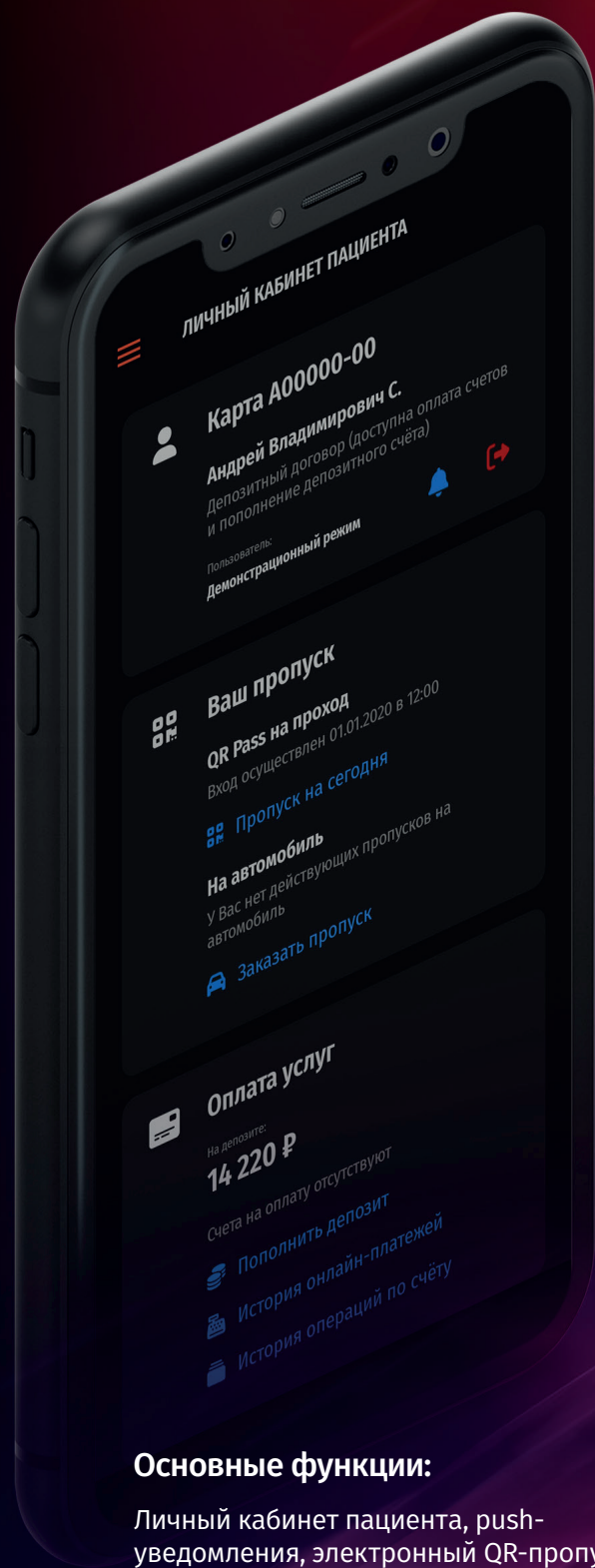
В исследуемой группе пациентов выделены подгруппы больных перенесших инфаркт миокарда левого желудочка (первая подгруппа), у части пациентов 20 человек был инсульт в анамнезе (вторая подгруппа).

Результаты: Выделены достоверные клинические признаки

отличающие пациентов рассматриваемых групп: мерцательная аритмия, нарушение проводящей системы сердца, патология свертывающей системы крови, сопутствующие заболевания (сахарный диабет), возраст и нарушение сократительной способности миокарда.

Перечисленные признаки позволяют с точностью 83,3% определить риск повторных кардиоэмболических осложнений и разработать методы профилактики мозговых нарушений. В первую очередь это назначение антикоагулянтной и дезагрегантной терапии с учетом особенностей превентивного лечения осложнений болезни. ■

«Больница №1»



Основные функции:

Личный кабинет пациента, push-уведомления, электронный QR-пропуск, онлайн запись к врачу и на исследования, онлайн оплата, онлайн заказ пропуска на автомобиль, исчерпывающая информация о больнице, врачах и методиках, прейскурант, статьи, новости, видео и многое другое...



Версия для iOS



Версия для Android

ТЕМА СЛЕДУЮЩЕГО НОМЕРА:

«ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ СНА»



ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) УДП РФ
121352, г. Москва, ул. Староволынская, 10

Колл-центр:
(495) 620-80-95

Сайт:
volynka.ru

Моб. приложение:
«Больница №1»

Telegram канал:
@volynka_vestnik