

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская

больница *медицинский вестник* №19 / 2021

Современные аспекты
неврологии и
практическая медицина



Развитие неврологической службы в системе кремлёвской медицины

Вестник, который вы держите в руках, посвящен проблемам, связанным с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Большая распространенность данной патологии, частая инвалидизация после перенесенного инсульта, высокая смертность и большие затраты на реабилитацию говорят о том, что вопросы профилактики и совершенствование методов лечения острых нарушений мозгового кровообращения являются важнейшей медицинской проблемой, имеющей социально-экономическое значение.

В Волынской больнице слаженно работают три неврологических отделения, в работе которых преобладает цереброваскулярная патология. Имеется отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, отделение реабилитации для больных с нарушением функции центральной нервной системы и неврологическое отделение, оказывающее помощь при различной патологии нервной системы с приоритетом на лечение болевых синдромов.

На выявление факторов рисков сосудистых катастроф, с целью их раннего предупреждения,

ориентированы не только неврологи, но и кардиологи, терапевты стационара и консультативно-поликлинического отделения. Для оказания круглосуточной помощи работает отделение эндоваскулярной хирургии.

Помимо стенозирующих поражений брахиоцефальных артерий (которые возможно устранить стентированием, либо хирургическим вмешательством эндартерэктомией), в качестве факторов риска выявляются гемодинамически значимые извитости, кардиальная патология, нарушения свертывающей системы кро-

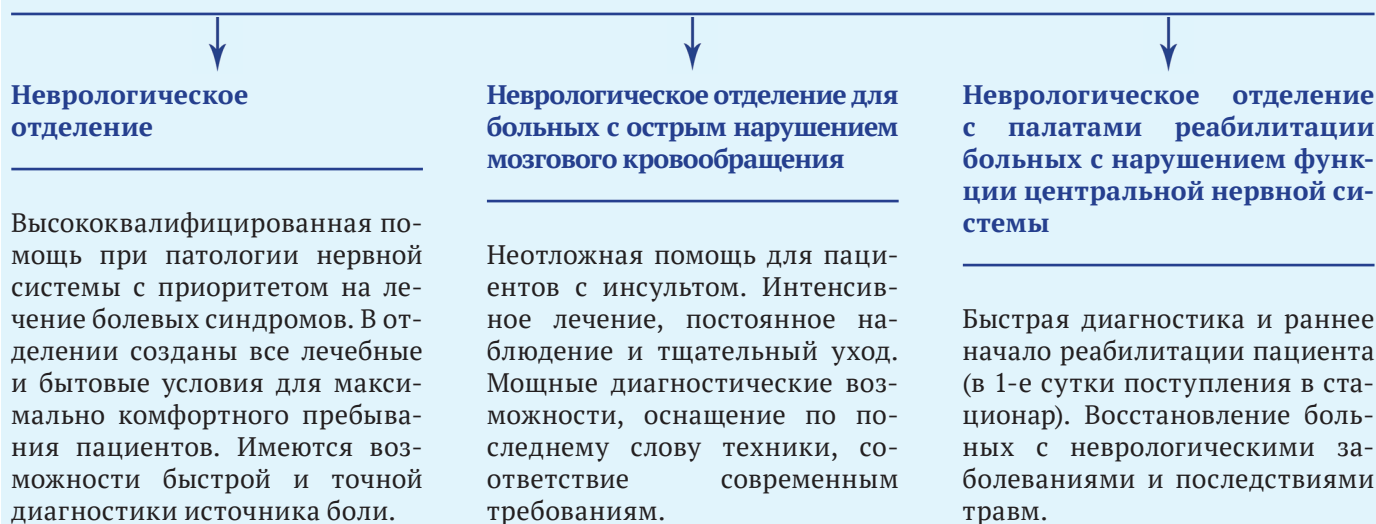


Бояринцев Валерий Владимирович,
заместитель начальника
Главного медицинского управления
УДП РФ, д.м.н., профессор.

ви. Клиническая лаборатория больницы проводит генетические исследования свертывающей системы крови, особенно сти состояния стенок сосудов.

Преемственность и сотрудничество неврологов с врачами различных специальностей, диагностические и лечебные возможности стационара позволяют подойти к решению проблемы цереброваскулярной патологии целенаправленно и эффективно.■

Структура неврологической службы



Нарушения мозгового кровообращения

Инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения) — одно из тяжелейших заболеваний современного человека. Ежегодно в мире регистрируется около 15 миллионов заболевших. Треть из них умирает, а треть — утрачивает функциональную состоятельность.

Скорость доставки пациента в стационар сегодня определяет возможность и исход лечения инсульта. Созданный на базе ФГБУ «Клиническая больница № 1» Центр скорой и неотложной медицинской помощи оснащен современным специализированным транспортом и аппаратурой. Оснащение новейшими технологиями нейровизуализации (КТ, МРТ) уже на этапе поступления больного в клинику позволяет диагностировать инсульт и дифференцировать ишемическое и геморрагическое поражения мозга. Такой подход позволяет немедленно направить больного в рентгеноперационную для выполнения экстренной операции: тромбэкстракции или стентирования мозговых артерий. Оснащение реанимационных палат отделения стационарной скорой медицинской помощи удовлетворяет всем требованиям современной неврологии и реаниматологии.

Пациенты с инсультом поступают в отделение острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) или нейрохирургическое отделение. В настоящее время отделение ОНМК представляет собой современное подразделение с блоками реанимации и интенсивной терапии, оснащенное необходимой аппаратурой для диагностики, лечения и ухода за больными, страдающим тяжелыми заболеваниями центральной нервной системы.

В случае необходимости из отделения ОНМК больные могут быть направлены в неврологические отделения.

Для пациентов, поступивших в первые часы развития ишемического инсульта, проводится эндоваскулярная операция — тромбэкстракция, наиболее эффективная методика лечения ишемического инсульта. Ограниченное ее использование сопряжено с поздним поступлением больных.

Дополнительно применяется метод терапевтической криоцеребральной гипотермии, который оказывает комплексное действие у больных с ишемическим инсультом, уменьшает отек головного мозга и снижает свертываемость крови.



*Ардашев Вячеслав Николаевич,
научный руководитель по
терапии, д.м.н., профессор,
заслуженный врач РФ*

Наряду с инвазивной искусственной вентиляцией лёгких, больным проводится неинвазивная ИВЛ, так называемая ВІРАР-терапия, применяемая с целью купирования апноэ у пациентов с инсультами.

Вершиной эффективности лечения больных инсультом являются хирургические методы лечения, проводимые в отделении эндоваскулярных методов лечения и нейрохирургии.

В больнице работают опытные

специалисты. В своей работе врачи отделений придерживаются принципа преемственности терапии. В остром периоде заболевания или при состояниях, угрожающих жизни, пациент поступает в палаты реанимации и интенсивной терапии, а при улучшении состояния переводится в палаты ранней реабилитации. Таким образом, врачи наблюдают больного на всем протяжении лечения и, при необходимости, вносят коррективы в программу лечения и восстановления.

Созданный на базе больницы-Центр восстановительной медицины, с прекрасно оснащённым неврологическим отделением, еще более оптимизирует лечение неврологических боль-

ных. В арсенале реабилитологов иглорефлексотерапия, бассейн, зал лечебной физкультуры, оснащенный тренажерами, и другие современные методы физиотерапии.

Широко используются установленные комплексы с обратной связью, позволяющие восстанавливать утраченные моторные навыки и купировать нарушения двигательной активности больного. Значительная доля пациентов направляется на стационарное лечение специалистами амбулаторных учреждений Управления делами Президента РФ.

Результатом использования комплекса лечебных и ранних реабилитационных мероприя-

тий стало улучшение прогнозов и сроков лечения. Летальность при ишемических инсультах сократилась до 7-9%.

Современный подход к организации лечения и реабилитации больных включает комплекс высокотехнологичных мероприятий и этапов лечения от первой встречи врача с больным до выписки из стационара и амбулаторного этапа. Стационарное отделение скорой и неотложной помощи, современная эндоваскулярная хирургия, отделение нарушений мозгового кровообращения, нейрохирургическое отделение, реабилитационные отделения позволяют рассматривать помощь больным нарушениями мозгового кровообращения как единую задачу.■

Мультидисциплинарный подход в лечении инсульта

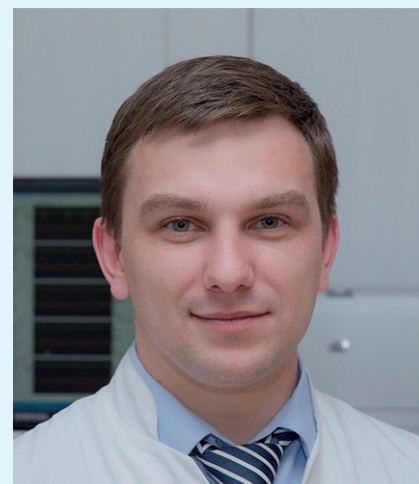
С момента телефонного звонка в «скорую» и сообщении о симптомах инсульта включается целый механизм по лечению и реабилитации с участием множества специалистов.

Первыми к данному механизму подключаются диспетчера «скорой помощи» и врачи СМП. По приезду в стационар за дело берутся сразу десяток специалистов: врач-невролог; специалисты по лучевой диагностике (КТ, МРТ, УЗИ), сотрудники клинической лаборатории.

Пациент поступает в профильное отделение, где врачи-неврологи и анестезиологи-реаниматологи продолжают наблюдение и лечение. При необходимости проведения операции круглосуточно наготове эндоваскулярные хирурги с бригадой анестезиологов, нейрохирурги. Лечение происходит с привлечением

специалистов других специальностей — кардиологов, терапевтов, эндокринологов, урологов, хирургов. Пациента с инсультом обязательно консультируют специалисты: врач-ЛФК, врач-физиотерапевт, инструкторы-методисты, логопеды. Они начинают раннюю реабилитацию еще в палате интенсивной терапии. В дальнейшем, по готовности пациента, его переводят в профильное неврологическое отделение с полным подключением реабилитационной программы.

Таким образом, в лечении одного пациента с ОНМК участвуют два, а то и три десятка специалистов разных уровней. При



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

этом охватываются все сферы здоровья больного, включая реанимацию, хирургическое лечение и реабилитацию. В этом и заключается мультидисциплинарный подход, который в полной мере реализован в Волынской больнице.■

Ишемический инсульт.

Высокотехнологичное малоинвазивное лечение

Ишемический инсульт занимает лидирующие позиции среди болезней системы кровообращения, и является основной причиной летальности и инвалидизации среди населения. В России частота возникновения ишемического инсульта остается крайне высокой среди всех стран мира.

Затруднение или прекращение поступления крови по сосудам головного мозга приводит к его повреждению и нарушению 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 (удаления тромба из сосуда), чем раньше принимаются меры по восстановлению кровотока, тем выше шансы остаться без стойких инвалидирующих нарушений функций организма.

ФГБУ «Клиническая больница № 1» обладает всем необходимым для лечения пациентов, поступающих с диагнозом «ишемический инсульт», проводит весь комплекс медикаментозных, хирургических и реабилитационных мероприятий. Главной целью является максимальное сокращение 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 ишемического инсульта лежит быстрое и раннее восстановление кровотока в головном мозге с помощью

эндоваскулярных операций.

В настоящее время быстрыми темпами развиваются высокотехнологичные малоинвазивные операции, когда в условиях ретген-операционной через один прокол в бедренной артерии под местной анестезией восстанавливается кровоток в сосуде головного мозга. Эти процедуры должны быть выполнены как можно скорее.

Удаление тромба из заблокированного кровеносного сосуда в головном мозге выполняется с помощью аспирационного катетера и стент-ретривера, доставляемые через прокол бедренной артерии в паховой области под местной анестезией. Эта процедура подходит для людей с большими тромбами, которые не могут быть полностью растворены тромболитическими препаратами.

Большинство пациентов, к сожалению, поздно обращаются к специалистам для своевременного восстановления кровотока головного мозга. Развитие лучевых методов диагностики на этапе приемного отделения больницы позволило расширить временное окно (в течение первых суток от начала симптомов) для проведения эндоваскулярных операций.

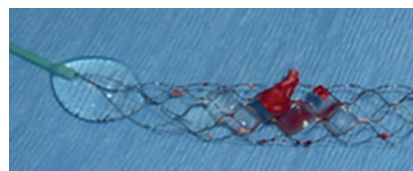
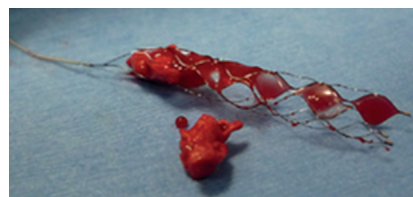
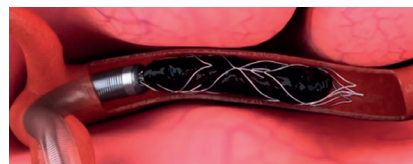
Мультиспиральная компьютерная томография, а так же определение степени поражения



Закарян Нарек Варданович,
научный руководитель по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, д.м.н.

тканей мозга (КТ-перфузия) позволило в целом значительно увеличить количество операций и улучшить качество жизни пациентов.■

▼ Аспирационный катетер и стент-ретривер





Геморрагический инсульт

Геморрагический инсульт составляет 10-15% от всех видов нарушения мозгового кровообращения. Только в России каждый год диагностируют геморрагические инсульты у 43 тысяч человек. Средний возраст больных с данной патологией — 60-65 лет, соотношение мужчин и женщин равно 1,6:1. Риск развития геморрагического инсульта значительно повышается после 55 лет и удваивается с каждым последующим десятилетием.

Внутричерепные кровоизлияния по этиологическому фактору делятся на травматические и нетравматические. В зависимости от локализации они бывают оболочечные (эпидуральные, субдуральные), субарахноидальные, внутримозговые и внутримозжечковые.

Эпидуральные и субдуральные гематомы чаще всего имеют травматический генез, хотя в редких случаях они могут образоваться на фоне нарушения свертываемости крови. Субарахноидальные нетравматические

кровоизлияния возникают преимущественно вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга. Нередко наблюдается сочетание субарахноидальных кровоизлияний с внутримозговыми и внутримозжечковыми. Под понятием «геморрагический инсульт» подразумеваются нетравматические кровоизлияния.

Факторами риска для геморрагических инсультов являются:

- Артериальная гипертензия (84%). По результатам южноко-

рейских исследований определена следующая статистика: при АД 140/159/90-99 вероятность геморрагического инсульта повышается в 4,9 раза, при АД 160-179/100-109 — в 11,6 раза, при АД выше 180/109 — в 28,8 раза по сравнению с нормальным артериальным давлением.

- Заболевания сердца (31%)
- Курение (28%)
- Сахарный диабет (14%)

Внутримозговые гематомы при

геморрагических инсультах в зависимости от локализации классифицируют на следующие типы:

- **Путаменальная гематома** — гематома, располагающаяся в области подкорковых ядер, латерально относительно внутренней капсулы;

- **Таламическая гематома** — гематома медиально относительно внутренней капсулы;

- **Смешанная гематома** — гематома охватывающая область латеральнее и медиальнее внутренней капсулы;

- **Субкортикальная гематома** — гематома расположенная близко к коре головного мозга;

- **Гематома мозжечка** — гематома полушарий и/или червя мозжечка;

- **Гематома ствола мозга.**

Причиной геморрагических инсультов является кровоизлияние в паренхиму или в желудочки головного мозга вследствие разрыва микроаневризм Bushard. Данные аневризмы образуются в области бифуркаций артериол, расположенных в глубинных структурах головного мозга — внутренняя капсула, базальные ядра, таламус.

Процесс геморрагического инсульта условно можно делить на 3 фазы:

1. разрыв сосуда и кровоизлияние;
2. увеличение размеров гематомы;
3. возникновение перифокального отека.

Все внутричерепные кровоизлияния требуют экстренной госпитализации в специализированные медицинские учреждения.

Если субарахноидальное кровоизлияние обусловлено разрывом аневризмы сосудов головного мозга, выполняется экстренное оперативное вмешательство — выключение аневризмы из кровотока путем эндоваскулярного вмешательства или клипирования аневризмы.

При внутримозговых кровоизлияниях в выборе тактики лечения основное значение имеют локализация кровоизлияния, объем гематомы и клиническая картина. В некоторых случаях требуется нейрохирургическое вмешательство, направленное на удаление гематомы.

Рекомендуется удаление путаменальных и субкортикальных гематом объемом более 30 см³, вызывающих выраженный неврологический дефицит и/или дислокацию мозга (смещению срединных структур более 5 мм или деформации цистерн ствола мозга).

Также рекомендуется удаление гематомы мозжечка объемом более 10-15 см³, диаметром более 3 см, вызывающей компрессию ствола мозга и/или окклюзионную гидроцефалию. Не рекомендуется выполнять только наружное вентрикуляр-



Степанян Мушег Агоевич,
заведующий отделением - врач-нейрохирург, д.м.н.

и окклюзионную гидроцефалию.

В некоторых случаях при массивном внутрижелудочковом кровоизлиянии или при нарушении ликвороциркуляции при кровоизлияниях в структуры задней черепной ямки (мозжечок, ствол головного мозга) выполняется наружное закрытое дренирование желудочков головного мозга путем установки дренажа в желудочки головного мозга. Оптимальным сроком наружного дренирования является 7 суток, после чего возрас-

«Причиной геморрагических инсультов является кровоизлияние в паренхиму или в желудочки головного мозга вследствие разрыва микроаневризм Bushard».

ное дренирование без удаления гематомы мозжечка ввиду возможного увеличения аксиальной дислокации мозга.

Хирургическое вмешательство также рекомендуется при гематоме мозжечка объемом менее 10-15 см³, вызывающей гемотампонаду IV желудочка

тает вероятность инфицирования ликвора и возникновения менингита.

Несмотря на тяжесть патологии, своевременно начатое лечение позволяет многим пациентам после перенесённого инсульта вернуться к полноценной жизни.■

Двигательная реабилитация.

Современные технологии для пациентов после инсульта

Медицинская реабилитация представляет приоритетное направление Российского здравоохранения. В рамках восстановительной медицины это важное направление реализуется через применение новейших, преимущественно немедикаментозных технологий кинезиотерапии и физиотерапии. Актуальность этой проблемы особо подчеркивается при разработке программ медицинской реабилитации при таком социально значимом заболевании как острое нарушение мозгового кровообращения, которое в структуре общей смертности в России составляет 21,4%. 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, 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;
- 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;
- комплексность и мультидисциплинарность, адекватность проводимых реабилитационных мероприятий;

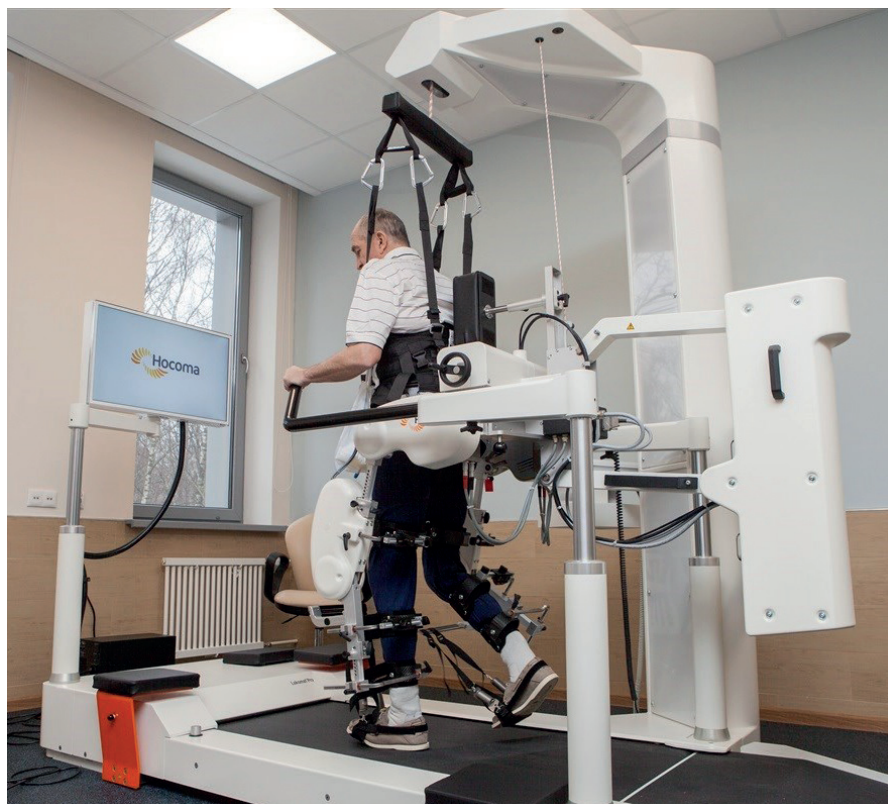
- активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных, близких;

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 и сопутствующих заболеваний и осложнений.

К неблагоприятным прогностическим факторам, ассоциированным с плохим восстанов-

▼ *Реабилитационный роботизированный комплекс для восстановления навыков ходьбы LOKOMAT PRO*



лением нарушенных функций, относятся:

- локализация очага поражения в функционально значимых зонах;
- большие размеры очага поражения;
- низкий уровень мозгового кровотока в области, окружающих очаг поражения;
- пожилой и старческий возраст (для восстановления речи и сложных двигательных навыков);
- инициальная тяжесть двигательного (гемиплегия) и речевого

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), поддержки родных и близких.

К факторам, определяющим начало активной реабилитации, относятся:



Исаева Татьяна Викторовна,
заведующая отделением, врач-невролог, к.м.н.

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

го (тотальная или грубая сенсомоторная 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

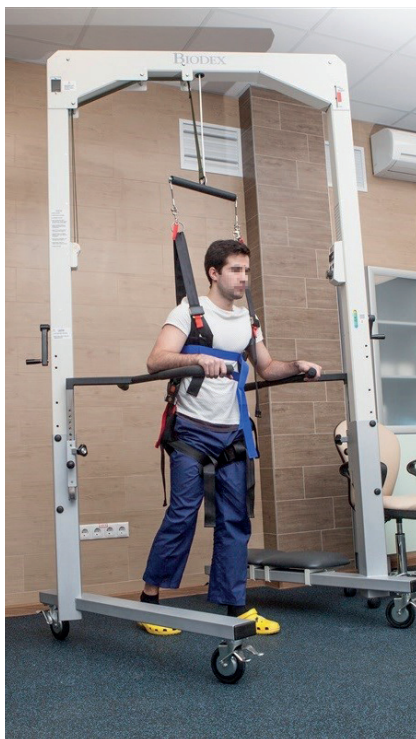
• начало обратного ряда патологических процессов в веществе мозга и вторичных осложнений (отек мозга, дислокация ствола и срединных структур);

- 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 крово-

▼ *Механотерапевтический тренажер MOTOmed letto2*

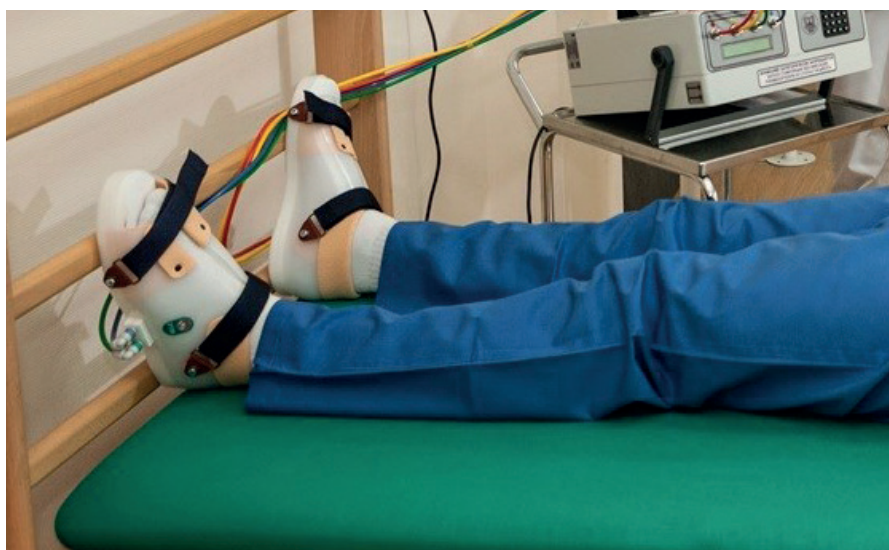




▲ Поддерживающая система BIODEX

излияний 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-й день инсульта, стабилизация гемодинамических показателей происходит на 5-й день, что определяет уровень активизации больного. В связи с частыми эпизодами ишемии миокарда в остром периоде инсульта

▼ Имитатор подошвенной нагрузки при ходьбе



(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. За счет механических приводов для нижних конечностей пациент выполняет пассивные движения в голеностопных, коленных и тазобедренных суставах как в горизонтальном, так и в вертикальном положениях.

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



▲ Кровать-вертикализатор ANYMOV

кровообращение, поддерживать 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, состоящих из роботизированных ортезов ходьбы и системы поддержки тела, комбинированных с беговой дорожкой.

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

Для дальнейшей вертикализации пациента используется поддерживающая система с разгрузкой массы тела, позволяющая поддерживать равновесие

и выполнять физические упражнения.

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

Для совершенствования двигательных навыков пациенты начинают занятия на многофункциональной системе Т-МИЛЛ. Это уникальное многофункциональное оборудование с биологической обратной связью (БОС), для биомеханической коррекции навыков ходьбы. Система укомплектована встроенными силовыми платформами и функцией 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 восстановление бытовых навыков — эрготерапия. Данные навыки восстанавливаются 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



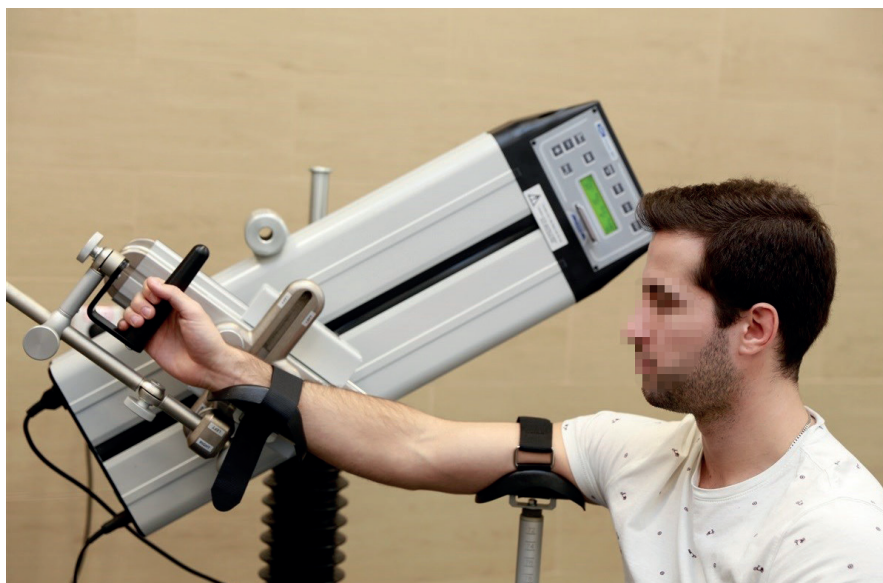
▲ Занятия за столом для механотерапии верхних конечностей

плечевого сустава, мышечные атрофии, пролежни. Могут развиваться контрактуры, которые являются следствием развития артропатий. Из-за резкой болезненности в области суставов значительно уменьшается объем активных и пассивных движений.

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

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

▼ Роботизированный тренажер для пассивной разработки суставов верхних конечностей FISIOTEK HP





*Устинская Софья Андреевна,
врач-невролог*

Метод исследования основан на регистрации электрических потенциалов головного мозга. Регистрация осуществляется с помощью электродов, расположенных на кожных покровах головы и в некоторых экстракраниальных точках. Максимальное время записи составляет 24 часа.

Особенностями методики являются: возможность динамического наблюдения за пациентом, быстрая техническая

Использование электроэнцефалографии

Современная клиническая электроэнцефалография (ЭЭГ), основана на цифровых технологиях и программном обеспечении с широкими техническими и диагностическими возможностями. Использование ЭЭГ в отделении ОНМК РИТ позволяет расширить возможности диагностики различных заболеваний центральной нервной системы, а также контролировать функциональное состояние головного мозга.

доступность (требуется около 5-8 минут, чтобы начать исследование) и не инвазивность исследования (без повреждения кожных покровов).

Регистрация и анализ параметров ЭЭГ при церебральной недостаточности представляют собой один из элементов нейрофизиологии критических состояний. Одним из основных показаний к выполнению ЭЭГ в реанимации служит несоответствие тяжести состояния и длительности угнетения сознания при цереброваскулярных нарушениях, острой гипоксии, комах любой этиологии, расстройствах сознания

неуточненной этиологии, судорожных и бессудорожных эпилептических статусах, пароксизмальных нарушениях поведения, а так же при мониторинге глубины наркоза в условиях медицинской седации.

Эпилептический статус — жизнеугрожающее состояние, требующее госпитализации и неотложной терапии. При этом состоянии приступы возникают очень часто, следуя один за другим, без периода восстановления сознания между ними. Чем дольше продолжительность эпилептического статуса, тем больший риск стойкого повреждения мозга и тем сложнее вывести пациента из этого состояния. Наиболее опасным является бессудорожный эпилептический статус, так как он протекает без развития симптомокомплекса и клинической картины, характерным для судорожного эпилептического статуса.

Проведение длительного прикроватного ЭЭГ мониторинга в отделении ОНМК РИТ позволяет обеспечить раннюю дифференциальную диагностику у пациентов с острыми повреждениями головного мозга, проанализировать стадии развития комы, вовремя назначить соответствующее правильное лечение, что способствует улучшению реабилитации пациентов. ■



Логопедическая помощь

По данным статистики ВОЗ почти у половины пациентов, перенесших инсульт, имеются те или иные речевые расстройства. Современная концепция реабилитации подразумевает начало оказания помощи таким больным в как можно более ранние сроки после возникновения заболевания. Логопедическая помощь пациентам на каждом этапе реабилитации выстраивается в соответствии с принципом системности и имеет четкую программу, и в то же время индивидуализирована и персонализирована для каждого больного.

Основными видами речевых расстройств, возникающих вследствие инсультов головного мозга, являются афазия и дизартрия, которые нередко сочетаются с нарушениями других высших корковых функций, а именно различными видами агнозии и апраксии. Также у пациентов могут возникать нарушения глотания – дисфагии и афагии, являющиеся как элементом дизартрии, так и изолированным нарушением.

При афазиях возникают системные нарушения речевой функции, охватывающие все языковые уровни, включая фонетику, лексику и грамматику. Согласно классификации выделяют следующие формы афазии: моторная афазия, динамическая, сенсорная, акустико-мнестическая, семантическая, амнестическая и проводниковая афазия.

В зависимости от формы афазии логопедическая работа направлена на преодоление расстройств понимания обращенной речи, восстановление фонематического слуха, тренировку слухоречевой памяти, повышение общей и речевой активности больных, коррекцию произносительных трудностей, восстановление фразовой речи, уточнение семантики слов, восстановление аналитико-синтетического письма и чтения, коррекцию нейроди-

намических расстройств. Для проведения занятий логопедом используются реальные предметы, предметные и сюжетные картинки, различные логопедические пособия, а также пазлы, мозаики, кроссворды.

Классификация дизартрии по синдромологическому подходу включает следующие виды нарушений: спастико-паретическая, ригидная, гиперкинетическая, атактическая и атактико-гиперкинетическая формы дизартрии. Основными задачами логопедической помощи при работе с дизартрией являются нормализация тонуса и развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата, нормализация речевого дыхания, тренировка голоса, восстановление мелодико-интонационной стороны речи, развитие самоконтроля пациента за произносительной стороной речи.

При нарушениях функции глотания проводится масси-



*Чубрик Надежда Викторовна,
логопед.*

рованная работа по преодолению дисфагии. Реабилитация пациентов включает в себя различные виды логопедического, точечного, зондового массажа, комплексы дыхательных упражнений, применение методики по восстановлению функции глотания, голосовые упражнения, фонетическую ритмику, различные виды речевых заданий.

Основной формой логопедической работы, начиная с палаты РИТ, являются индивидуальные занятия. Наряду с индивидуальной работой, логопедом проводятся групповые, в том числе музыкальные логопедические занятия с элементами логоритмики и занятия с использованием тестовой версии компьютерной программы БОС-дыхание.■



Диагностика деменции и недементных когнитивных нарушений

Деменция и недементные когнитивные нарушения по распространенности являются ведущими среди заболеваний головного мозга. По статистике ВОЗ в мире насчитывается около 50 миллионов больных с деменцией, при этом ежегодно регистрируется около 10 миллионов новых случаев заболевания. Эти заболевания существенно ухудшают качество жизни, нарушая профессиональную адаптацию, а также приводящие к утрате независимости и самостоятельности в повседневной жизни.

Под деменцией понимают приобретенные нарушения нескольких когнитивных (мыслительных) функций, таких как память, речь, интеллект, гнозис (восприятие информации), праксис (способность приобретать, сохранять и использовать разнообразные двигательные навыки), внимание. Важной чертой деменции является то, что эти нарушения приводят к различной степени выраженности дезадаптации в повседневной жизни. Под недементными когнитивными расстройствами понимают нарушения в одной или нескольких когнитивных сферах, выходящие за рамки возрастной нормы, однако при этом не приводящие к существенной дезадаптации.

Деменция — полиэтиологический синдром, который развивается при различных соматических и неврологических заболеваниях. Среди них можно выделить нейродегенеративные заболевания, цереброваскулярные болезни, токсические и дисметаболические энцефалопатии различного генеза, нейроин-

фекции, демиелинизирующие заболевания, травмы, опухоли головного мозга, нарушения ликвородинамики. Наиболее частые причины нарушения когнитивных функций — нейродегенерации (болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви), сосудистые заболевания головного мозга, а также смешанные деменции (сочетание нейродегенераций и сосудистой деменции). Эти заболевания обуславливают 75–80% случаев деменции. Отдельно также следует выделять псевдодеменцию — состояние, которое своими проявлениями напоминает деменцию, но при этом обусловлено психическими заболеваниями, например, тяжелой депрессией.

Установление этиологической причины деменции особенно важно потому, что в некоторых случаях когнитивные нарушения носят потенциально обратимый характер и при своевременном лечении могут полностью регрессировать. Примером такого заболевания является нормотензивная гидроцефалия. Это

состояние характеризуется триадой симптомов — деменцией, нарушением ходьбы и недержанием мочи — в сочетании с выраженным расширением желудочковой системы головного мозга при нормальном давлении ликвора. Основным методом лечения, который в 60% случаев позволяет добиться положительных результатов, является проведение шунтирующих операций. Для прогноза эффективности лечения проводится так называемый tap-test. Сущность метода заключается в том, что при люмбальной пункции одномоментно удаляется большое количество ликвора (20–50 мл). При этом проводится оценка когнитивных функций до и после проведения пункции. Даже кратковременное улучшение может свидетельствовать о благоприятном исходе операции.

Для подтверждения диагноза деменции и установления ее причины могут применяться различные методики, такие как нейропсихологическое тестирование, нейровизуализация, раз-

личные электрофизиологические исследования.

Нейропсихологические исследования позволяют объективно подтвердить наличие когнитивных нарушений. Объем исследования и выбор конкретных методик определяется особенностями клинического случая. Наиболее часто применяют опросник самооценки памяти, Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA), краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE), батарею тестов для оценки лобной дисфункции, тест рисования часов. Использование нейропсихологического обследования позволяет оценивать выраженность когнитивной дисфункции, а значит и оценивать эффективность проводимого лечения.

Важнейшую информацию о характере заболевания, которое лежит в основе нарушения когнитивных функций, дает нейровизуализация. Помимо рутинных методов, таких как КТ и МРТ головного мозга, ценную информацию специалистам дают методы функциональной нейровизуализации, такие как ПЭТ и ОФЭКТ. Особенностью этих методик является то, что они позволяют выявить изменения церебрального метаболизма еще до формирования значимых структурных изменений. Локализация структурных и функциональных изменений определяется нозологической формой нейродегенеративного процесса.

Среди электрофизиологических методов обследования особую ценность представляет исследование когнитивных вызванных потенциалов (P300). Вызванные потенциалы являются индикаторами электрических процессов работы мозга, связанных с механизмами восприятия информации и ее обработки. Сущность метода анализа когнитивных процессов мозга заключается в том, что выделяются не просто

реакции на тот или иной стимул, связанные с приходом афферентации, а анализируются эндогенные события, происходящие в мозге, связанные с распознаванием и запоминанием стимула. Методика исследования основывается на подаче в случайной последовательности серии из двух стимулов, среди которых есть незначимые и значимые, на которые пациент должен реагировать. Вследствие процесса распознавания и запоминания регистрируется комплекс в области 300 мс, связанный с опознанием, дифференцировкой, запоминанием и принятием решения — когнитивная составляющая ответа. Удлинение латентного периода компонента P300 свидетельствует о нарушении когнитивных функций.

Нейроэнергокартирование (НЭК) — относительно новая методика исследования головного мозга, позволяющая оценить метаболическую активность мозга, основанный на измерении уровня постоянных потенциа-



*Ирина Вадимовна Казанцева,
заведующая отделением - врач-
невролог, к.м.н., заслуженный
врач РФ.*

тиляции (модель физического стресса) и на фоне «теста быстрой словесности» (модель эмоционального когнитивного стресса). Исследование позволяет выявить зоны сниженного метаболизма в головном мозге, а также оценить адаптацию к физическому и эмоциональному стрессу.

«Для подтверждения диагноза деменции и установления ее причины могут применяться различные методики, такие как нейропсихологическое тестирование, нейровизуализация, различные электрофизиологические исследования».

лов (УПП). Как и ПЭТ, методика НЭК позволяет оценить функциональную активность мозга. При этом цифровые показатели кислотно-щелочного состояния переведены в цвет: нормальный уровень метаболизма соответствует зеленому цвету, зоны с пониженной функциональной активностью мозга окрашиваются в сине-голубой цвет, зоны с повышенной функциональной активностью — в красно-желтые тона. При проведении исследования оценивают УПП головного мозга в покое, на фоне гипервен-

Таким образом, применение современных методов обследования у пациентов с деменцией и недементными когнитивными расстройствами позволяет установить этиологию нарушений и степень их выраженности, а также объективно оценивать динамику состояния когнитивных функций на фоне лечения.

Вся представленная информация основана на клинических наблюдениях и исследованиях, проводившихся пациентам неврологического отделения.■

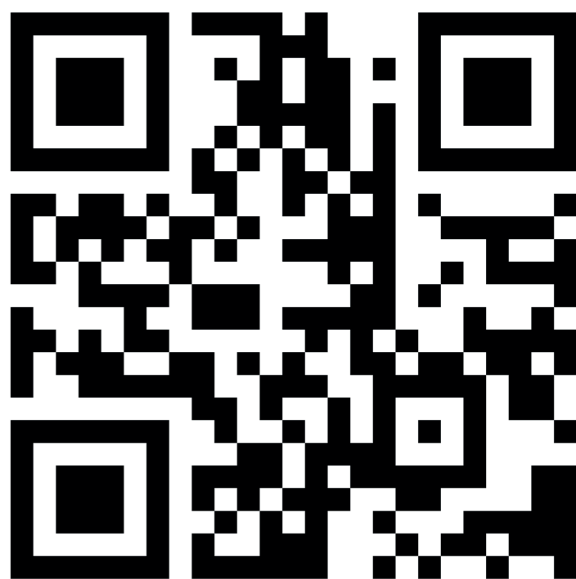
Быстрый заказ



и онлайн-оплата

пропуска

на автомобиль



volynka.ru/car



«Волынская больница: медицинский вестник». Тираж 900 экз.

Управление делами Президента РФ
ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская)

Колл-центр:
(495) 620-80-95 Сайт: **volynka.ru**

Приложение для iOS и Android:
«Больница №1»