

В. А. Ежова, А. Ю. Царёв, Л. А. Куницына, Л. Н. Чукреева, С. А. Мирзоян, И. В. Дроздова, С. В. Словеснов, Е. Ю. Колесникова
КРУ «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова» (г. Ялта)

РАЗРАБОТКА ПРОБЛЕМ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

В последние годы, несмотря на определённые успехи фармакотерапии при цереброваскулярных заболеваниях [3, 4, 10, 11], появились фармакорезистентные формы, усилился интерес к разработке комплексных программ этапной реабилитации с включением немедикаментозных методов [7, 10, 13]. В связи с патоморфозом церебрального атеросклероза (ЦА) [6, 13] участились в клинической картине заболевания выраженные психоэмоциональные расстройства [5, 8, 13], ранние признаки экстрапирамидальной недостаточности, деменции [5] на фоне прогрессирующего снижения двигательной активности. Комплексы лечебной гимнастики проводятся по устаревшим технологиям, эффективность их недостаточная, в них не учитываются такие важные факторы как личностные особенности, мотивация, особенности аффективных и когнитивных расстройств, качество жизни, уровень приверженности к лечению [1, 7]. Отсутствуют комплексные программы психофизической реабилитации в сочетании с дифференцированными методами психотерапии [9], ароматерапии [12] для больных указанным заболеванием.

Цель исследования: разработать программу и дать клиничко-физиологическое обоснование психофизической реабилитации (ПФР) для больных церебральным атеросклерозом с целью повышения эффективности лечения и вторичной профилактики сосудистой мозговой недостаточности.

В рандомизированное контролируемое клиническое исследование включены 200 больных церебральным атеросклерозом [167.2] с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I и II ст. [167.8], в том числе в сочетании с артериальной гипертензией (40 %), остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника (62 %), разделённых на различные группы в зависимости от сочетаний единого лечебного комплекса с изучаемыми факторами. Средний возраст — $52 \pm 1,5$ года. Давность заболевания варьировала от 1 до 10 лет. Больные по основным показателям были однородны, различия между группами статистически не значимы. Факторами риска чаще фиксировались стрессовые ситуации (76 %), генетический фактор (52 %), гиподинамия (73 %), нарушение жирового обмена I и II ст. (87 %).

Для диагностики атеросклеротического генеза ДЭ, стенозирования артерий использовалась транскраниальная ультразвуковая доплерография, проводимая в диагностических центрах г. Симферополя перед направлением больных для этапной реабилитации в г. Ялте.

Всем больным проводилось общее клиничко-неврологическое обследование по специально разработанной тематической карте, интегральная оценка мозгового кровообращения в бассейнах каротидной и вертебрально-базилярной системах, биоэлектрическая активность головного мозга, толерантность к физической нагрузке. Использовалась балльная оценка

показателей. Оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36 [2], применялась методика ЛОБИ [2]. Уровень приверженности к лечению рассчитывали по модифицированному опроснику Morisky. Уровень тревожности ситуативной и личностной оценивали по шкале Спилбергера — Ханина, депрессии — по шкале Бека [2]. При исследовании когнитивных функций были использованы следующие тесты: «рече-слуховая память» (запоминание 10 предложенных слов), «пространственный праксис» (тест «рисования часов»), «логичность мышления» (последовательность действий) [5], корректурная проба, направленная на зрительное внимание, позволяющие оценить такие характеристики как умственная работоспособность, продуктивность (качество) работы, концентрация внимания, переключаемость (подвижность нервных процессов), оперативная память. Указанные тесты оценивались по 5-балльной системе, где 1 балл соответствовал нормальным (возрастным) показателям, 2 балла — лёгкие когнитивные нарушения, 3 — умеренные, 4 — средние, 5 — выраженные [5].

На фоне единого лечебного комплекса с включением сезонной климатотерапии, классического массажа воротниковой зоны осуществлялось индивидуальное интервью врача с ориентацией на формирование устойчивой мотивации к модификации образа жизни, индивидуальный и групповой тренинги ПФР, проводилась образовательная программа, различные комплексы лечебной гимнастики, в том числе с ароматерапевтическим средством «ПОЛИОЛ» концентрации 1 мг/м^3 [12]. Для больных ЦА был разработан комплекс лечебной гимнастики с акцентом на диафрагмальное дыхание и специальных упражнений с учётом нарушений моторики лица, пальцев рук, мышечного тонуса, статики, координации движений, походки, наличия синкинезий. В каждом конкретном случае определялись мотивации к коррекции образа жизни, стимулы для преодоления психологических барьеров «пассивно-иждивенческих тенденций» пациентов.

В качестве базовой была избрана стандартная медикаментозная терапия, включающая антиагреганты, гипотензивные препараты [3,4].

Проведенное исследование выявило высокий уровень личностной у 72 % и ситуативной у 85 % тревожности, снижение мотивации ($18,1 \pm 0,92$ баллов), приверженности к лечению ($1,8 \pm 0,2$ балла), расстройство депрессивного спектра у 48 % больных. Когнитивные функции были нарушены у 80 %, из них лёгкие нарушения — 20 %, умеренные — 40 % и более выраженные — у 20 %. При изучении типов отношения к болезни адекватная направленность отмечалась у 10 %, интерпсихическая — у 43 % и интрапсихическая — у 47 % больных.

Церебральная гемодинамика проявлялась нарушениями пульсового кровенаполнения, микроциркуляции в бассейнах сонных и позвоночных артерий. У 75 % был

затруднен венозный отток, отмечалось повышение диастолического индекса свыше 70 %.

На исходных кривых ЭЭГ фиксировалось значимое снижение амплитудных и изменение пространственных характеристик альфа-ритма с нарушением зональных различий.

Показатели толерантности к физической нагрузке были снижены по индексу функционального состояния сердца Пироговой у 90 %, адаптационного потенциала по Баяевскому у 94 %, повышена масса тела по индексу Кьютела — у 87 % больных.

Под влиянием курса лечения отмечалась благоприятная динамика нарушений клинико-неврологических показателей, а также психоэмоционального состояния, биоэлектрической активности головного мозга, церебральной гемодинамики, толерантности к физической нагрузке. Статистически достоверно улучшилось большинство показателей психологического тестирования, ЭЭГ у больных, принимавших модифицированный комплекс лечебной гимнастики в сочетании с групповым тренингом ПФР, образовательной программой, ароматерапией, по сравнению с больными, принимавшими базовый комплекс, традиционную лечебную гимнастику.

Улучшение структуры коркового ритма, по данным ЭЭГ, наблюдалось преимущественно в премоторной и моторной зонах у больных основной группы, у которых снижалась мощность низковольтной дельта- (на 23 %) и тета- (на 34 %) активности с одновременным восстановлением зонального распределения альфа- (на 28 %) и бета- (на 31 %) ритмов, выявлена тенденция к гармонизации корково-подкорковых взаимоотношений. Межгрупповой сравнительный анализ показал, что наиболее выраженное и достоверное улучшение электрогенеза клеток было отмечено в основной группе. То же следует сказать и относительно динамики показателей психологического тестирования, включая и когнитивные расстройства (умственная работоспособность, оперативная память, рече-слуховая память, $P < 0,001$).

Рандомизированные контролируемые клинические исследования, проведенные у наблюдавшихся больных ЦА по основным положениям доказательной медицины и этическим принципам Хельсинской декларации Всемирной медицинской Ассоциации, соответствуют категории доказательств В, классу II [12].

В. О. Ежова, О. Ю. Царьов, Л. О. Куніцина, Л. М. Чукреєва, С. А. Мирзоян, І. В. Дроздова, С. В. Словеснов, О. Ю. Колеснікова

Розроблення проблем психофізичної реабілітації хворих на церебральний атеросклероз

Кримська республіканська установа «НДІ фізичних методів лікування та медичної кліматології ім. І. М. Сеченова» (м. Ялта, АР Крим)

Досліджено клініко-фізіологічні показники, афективні порушення хворих на церебральний атеросклероз до і після лікування в умовах кліматичного курорту з застосуванням розробленої програми психофізичної реабілітації та ароматерапії. Відзначено позитивну динаміку розладів, найбільш значущих в основній групі хворих.

Психофизическая реабилитация может рассматриваться как один из методов профилактики прогрессирования ЦА, мозгового инсульта, инвалидизации, смертности, приводящих к негативным влияниям на демографические показатели, существенной угрозе утраты интеллектуального потенциала.

Список литературы

1. Бабов К. Д. Патогенетический подход к дифференцированному применению физических факторов // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. — 2002. — № 3. — С. 73—74.
2. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников. — М.: Антидор, 2002. — С. 97—99.
3. Волошин П. В., Тайцлин В. И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. — М.: Знание, 2006. — 555 с.
4. Вторичная профилактика мозгового инсульта: Метод. рекоменд. / Сост. Мищенко Т. С. — Харьков, 2003. — 20 с.
5. Диагностика и лечение когнитивных расстройств: Метод. рекоменд. / Сост.: Маньковский Н. Б., Бачинская Н. Ю. — К., 2007. — 22 с.
6. Жданов В. С., Вихерт А. М., Стернби Н. Г. Эволюция патоморфоза атеросклероза человека. — М.: Триада X, 2002. — 143 с.
7. Лобода М. В., Бабов К. Д., Омецинский Б. Ф. и др. О необходимости оптимизации восстановительного лечения в санаторно-курортной сфере // Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия. — 2007. — № 2 (50). — С. 35—37.
8. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (Клиника, патогенез, диагностика и лечение). — Харьков: Арсис, 2002. — 144 с.
9. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В. Психотерапия. — Харьков: ОКО, 2002. — 767 с.
10. Парфёнов В. А. Профилактика повторного ишемического инсульта // Новости медицины и фармации. — 2008. — № 254. — С. 22—26.
11. Рекомендации Европейской инициативной группы по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками // Там же. — С. 27—69.
12. Солдатченко С. С. Применение эфирных масел в практике здравоохранения с точки зрения доказательной медицины // Труды КРУ «НИИ ФМЛ и МК им. И. М. Сеченова». — Ялта, 2007. — Т. XVIII, Ч. 2. — С. 85—89.
13. Царёв А. Ю. и др. Церебральный атеросклероз / А. Ю. Царёв С. С. Солдатченко, В. А. Ежова, Л. А. Куницына, Г. И. Глотова // Крым. мед. формуляр. — 2003. — № 5. — 95 с.

Надійшла до редакції 15.01.2009 р.

V. A. Yezhova, A. Yu. Tsaryov, L. A. Kunitsyna, L. N. Chukreyeva, S. A. Mirzoyan, S. V. Slovesnov, E. Yu. Kolesnikova

Development of problems psychophysical rehabilitation of patients with cerebral atherosclerosis

Crimean Republican SRI of physical methods of treatment and medical climatology named after I. M. Sechenov (Yalta)

Clinical, functional and psychological data, cognitive and affective dysfunction have been studied in patients with cerebral atherosclerosis before and after the course of treatment in the condition of the climatic resort using methods of psychophysical rehabilitation. It has been found that the general functional state had positive changes and the most significant affective and cognitive functions improved.