

лось холтеровское мониторирование, эхокардиография. При иной возможной этиологии пароксизмов с целью дифференциальной диагностики проводился ЭЭГ-видеомониторинг дневного или ночного сна, который оказался результативным у 15 (21,7%) пациентов и позволил подтвердить эпилептический генез пароксизмов.

Третий этап дифференциальной диагностики, представлявший динамическое наблюдение, был применен у 5 (7,2%) пациентов, которые по совокупности клинических данных и результатов всех инструментальных обследований имели признаки как эпилептического, так и цереброваскулярного генеза приступов. В течение 6 мес. наблюдения 2 пациента перенесли эпилептические припадки во время ночного сна, что послужило основанием для назначения противоэпилептической терапии. У 3 человек синкопальные приступы были отнесены к категории цереброваскулярных.

Таким образом, решение проблемы дифференциальной диагностики представляется наиболее эффективным на базе многопрофильного медицинского учреждения с привлечением широкого круга специалистов и дополнительных высокотехнологичных методов обследования. Разработанный трехэтапный алгоритм дифференциальной диагностики позволяет уже на первом этапе максимально сузить круг диагностического поиска и использовать высокотехнологичные дорогостоящие методики обследования строго по показаниям. Результаты дифференцированного лечения синкопальных состояний позволили добиться их ремиссии у 50 (72,5%) пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

*В.С. Мякотных, В.С. Башков,
Т.А. Боровкова, Н.И. Лесных*

Уральский ГМУ, г. Екатеринбург
СОКПН госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

Е-mail авторов: vmaykotnykh@yandex.ru

Реабилитационные мероприятия у пожилых и престарелых больных, направленные на восстановление двигательных, речевых и иных нарушенных в результате инсульта функций, нередко проводятся не в полном объеме, что, с одной стороны, объясняется целым рядом противопоказаний к проведению некоторых активных приемов восстановительного лечения, с другой – отсутствием отчетливых прогностических критериев эффективности реабилитации в пожилом и старческом возрасте. Отсюда цель исследования – определение возможной эффективности лечебно-восстановительных мероприятий у больных пожилого и старческого возраста, перенесших ишемический инсульт.

Наблюдались 296 больных, перенесших ишемические инсульты в каротидных бассейнах и госпитализированных для проведения курсов восстановительного лечения. Больные были подразделены на две группы – основную и сравнения. Основная – 186 пациентов в

возрасте от 70 до 84 лет ($m=74,78\pm 0,97$), сравнения – 110 пациентов в возрасте 33–60 лет ($m=48,92\pm 0,93$). В остром периоде инсульта наблюдались 46 (15,54%) больных, в восстановительном периоде – 85 (28,72%), в периоде отдаленных последствий – 165 (55,74%). Тяжесть инсульта, выраженность неврологического дефицита у представителей двух сравниваемых групп были сопоставимы.

Методы восстановительного лечения включали физические и медикаментозные составляющие. Физические методы проводились активно, по 5-6 процедур в день, с постепенным усложнением и усилением нагрузок. Физическая реабилитация была подразделена на 3 ступени; на каждой последующей ступени комплекс упражнений был более сложным. Допустимый уровень физической нагрузки контролировался по частоте сердечных сокращений. Логопедическая работа с больными велась ежедневно 1-2 раза в день, в утренние часы. Продолжительность индивидуальных занятий от 15 до 45 минут. Медикаментозная терапия включала использование вазоактивных, нейропротекторных препаратов, гипотензивных, противодиабетических средств, антиагрегантов, витаминов.

Существенных различий результативности восстановительного лечения в возрастном аспекте не отмечено. Полное восстановление нарушенных функций несколько чаще отмечалось среди больных, начавших реабилитацию в остром и восстановительном периодах инсульта, по сравнению с лицами, поступившими в клинику восстановительного лечения в резидуальном периоде. Очень хорошие результаты восстановительного лечения несколько лучшими оказались у больных, начавших реабилитационные мероприятия в остром периоде. Особенно это заметно в группе сравнения. Худшие результаты реабилитации чаще ($p<0,01$) отмечались среди больных в резидуальном периоде инсульта. В группе пожилых полное восстановление нарушенных функций (12 наблюдений; 6,5%) наблюдалось только у больных, неотягощенных множественной соматической патологией. Выраженные результаты реабилитации отмечены у больных с артериальной гипертонией (АГ), протекающей со стабильными цифрами АД, стенокардией не выше 2 функционального класса (ФК), либо даже их сочетаниями – 6 (3,2%) наблюдений). Низкая результативность реабилитации прослеживалась в группе пожилых у всех 14 (7,5%) больных с сочетаниями АГ + ИБС (стенокардия 3 ФК или аритмический вариант ИБС) + сахарный диабет с полиорганным поражением + облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. В группе сравнения прослеживались сходные тенденции, но малая эффективность реабилитационных мероприятий связывалась здесь с присутствием миокардиодистрофий ($n=20$), при наличии которых только в 15% ($n=3$) получен высокий эффект реабилитации.

В целом, по нашему мнению, возраст сам по себе не оказывает выраженного негативного влияния на результаты реабилитации и не является побудительным моментом для снижения активности реабилитационных мероприятий у пожилых пациентов.