

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.831-005-036.11-036.868-08

В. В. Ковальчук¹, Г. И. Шварцман², А. О. Гусев¹

ПРИЧИНЫ НЕОБХОДИМОСТИ И СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ СИНДРОМОВ НЕГЛЕКТА И "ОТТАЛКИВАНИЯ" У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА — ФАКТОРОВ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ ПРОВЕДЕНИЮ АДЕКВАТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

¹СПб ГБУЗ городская больница № 38 им. Н. А. Семашко, 196601, Санкт-Петербург;

²ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Росздрава, 195067, Санкт-Петербург

Исследование посвящено влиянию синдромов неглекта и "отталкивания" на степень восстановления пациентов после инсульта и уровень их бытовой адаптации, а также оценке эффективности соблюдения правил ведения пациентов с данными синдромами. Проанализированы результаты лечения 825 пациентов. Согласно результатам исследования, синдром неглекта и еще в большей степени синдром "отталкивания" в значительной мере снижают эффективность реабилитации, в то же время соблюдение правил ведения пациентов с данными синдромами является эффективным способом ведения пациентов после инсульта.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, синдром неглекта, синдром "отталкивания".

THE REASONS AND WAYS OF NEGLEKTA AND "REPULSION" SYNDROMES ELIMINATION IN PATIENTS AFTER STROKE — FACTORS, WHICH PREVENT ADEQUATE REHABILITATION

V.V. Kovalchuk¹, G.I. Shvartsman², A.O. Gusev¹

¹N.A. Semashko State Hospital № 38, 196601, St. Peterurg, Russian Federation;

²I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University, 195067, St. Petersburg, Russian Federation

Research is devoted to the influence of neglekta and "repulsion" syndromes on the degree of recovery of patients after stroke and the level of domestic adaptation, as well as assessing the effectiveness of patients compliance with these syndromes. Results of 825 patients treatment. According to the study, the neglekta syndrome as well as "repulsion" syndrome significantly reduce the effectiveness of rehabilitation, while compliance with the rules of management of patients with these syndromes is an effective management of patients after stroke.

Key words: stroke, rehabilitation, neglekta syndrome, "repulsion" syndrome.

Инсульты выдвигают перед обществом серьезные медико-социальные и экономические задачи, а организация помощи пациентам с данной патологией нуждается в дальнейшем совершенствовании [1—3]. Инсульт является одной из основных причин длительной и глубокой инвалидизации [4, 5].

К основным факторам, сдерживающим проведение адекватной реабилитации пациентов после инсульта, можно отнести синдром неглекта (синдром зрительно-пространственных нарушений) и синдром "отталкивания" (push-синдром).

Синдром неглекта, заключающийся в утрате пациентом способности реагировать на внешнее воздействие или воспринимать информацию со стороны, противоположной пораженному полушарию головного мозга, встречается у пациентов после инсульта достаточно часто. По данным различных авторов, этот синдром отмечается у 33—85% больных с правополушарным инсультом [6] и у 24% — с левополушарным [7]. По мнению

ряда авторов, синдром неглекта в значительной мере снижает эффективность реабилитации [6, 8, 9] и является одним из основных признаков неблагоприятного прогноза восстановительного лечения [10, 11].

Синдром "отталкивания", который нередко является следствием синдрома неглекта, встречается у 10—15% пациентов с инсультом [12, 13]. Синдром "отталкивания" заключается в нарушении доминирующей позы пациента в положении "сидя" (больной, отталкиваясь рукой, активно отклоняется в пораженную сторону) и в трудностях, возникающих при попытках перевести пациента в положение "стоя" (невозможность перенести массу тела на здоровую ногу) [12—14]. По мнению ряда авторов, данный синдром в значительной степени уменьшает реабилитационный потенциал и ухудшает реабилитационный прогноз пациентов, перенесших инсульт [12, 13].

Существует ряд правил проведения восстановительного лечения пациентов после инсульта, страдающих синдромами неглекта и «отталкивания». Однако влияние соблюдения данных правил на эффективность реабилитации практически не изучалось, что и послужило стимулом к выполнению настоящего исследования, целью которого является повышение эффективности реабилитации пациентов после инсульта.

Для корреспонденции:

Ковальчук Виталий Владимирович — д-р мед. наук, доц., зав. отделением реабилитации нейрососудистых больных, руководитель Центра восстановительного лечения; 196601, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Госпитальная, д. 7/2, литер А, e-mail: vikoal67@mail.ru.

Материал и методы

Настоящее исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе изучалось влияние синдромов неглекта и “отталкивания” на степень восстановления неврологических функций пациентов и уровень бытовой и социальной адаптации.

На втором этапе проведен анализ влияния соблюдения правил ведения пациентов с данными синдромами на их устранение.

На первом этапе исследования анализу были подвергнуты результаты восстановительного лечения 825 пациентов, перенесших инсульт за 2 мес до момента исследования, которые были разделены на 3 группы (по 275 больных в каждой):

- ♦ пациенты, у которых отсутствовали синдромы неглекта и “отталкивания”;

- ♦ пациенты, у которых наблюдался синдром неглекта;

- ♦ пациенты, у которых наблюдался синдром “отталкивания” (у 165 из них наблюдался и синдром неглекта).

Демографические характеристики пациентов первого этапа — средний возраст 422 женщин и 403 мужчин — 63,7 года (от 38 до 82 лет).

Определялись степень восстановления неврологических функций и уровень бытовой адаптации пациентов в зависимости от отсутствия или наличия синдромов неглекта и “отталкивания”. Нарушение и восстановление неврологических функций определялись при помощи шкал Бартел [15], Линдмарка [16] и Скандинавской [17]. Соответственно полученным результатам степень восстановления определялась следующим образом: отсутствие восстановления — среднее арифметическое число баллов, набранное по всем трем перечисленным шкалам, составляло менее 30% баллов от их максимального количества; минимальное — 30—49%; удовлетворительное — 50—74%; достаточное — 75—94%; полное — более 94%. Уровень бытовой и социальной адаптации определялся по шкале самооценки бытовых возможностей повседневной жизни Мертон и Саттон [18]. Соответственно полученным результатам степень бытовой адаптации определялась следующим образом: отсутствие бытовой адаптации — 0 баллов; минимальная — 1—29 баллов; удовлетворительная — 30—45 баллов; достаточная — 46—58 баллов; полная — 59 баллов.

На втором этапе исследования 550 пациентов с синдромами неглекта и “отталкивания” были разделены на 2 группы по 275 больных в каждой в зависимости от соблюдения и несоблюдения правил ведения больных с вышеупомянутыми синдромами. Демографические характеристики пациентов второго этапа — средний возраст 295 женщин и 255 мужчин составил 65,5 года (от 40 до 83 лет).

Соблюдаемые в ходе проведения исследования правила ведения пациентов с синдромами неглекта и “отталкивания”:

- ♦ расположение предметов перед пациентом, постепенно от одного занятия к другому смещение их в сторону поражения;

- ♦ обращение к пациенту во время общения с ним с пораженной стороны;

- ♦ расположение стимулирующих объектов (прикроватной тумбочки, телевизора) также с пораженной стороны;

- ♦ расположение кровати пациента таким образом, чтобы дверь в палату находилась с пораженной стороны;

- ♦ нанесение ярких меток на окружающие предметы;

- ♦ использование игр, требующих широкого пространства (домино);

- ♦ работа на листах, разделенных пополам;

- ♦ анализ изображений предметов, имеющих симметричную правую и левую стороны (циферблат часов);

- ♦ проведение занятий с пациентом, вырабатывающих у него возможность потянуться здоровой рукой в здоровую сторону.

Степень нарушения и восстановления неврологических функций, а также уровень бытовой адаптации пациентов оценивались так же, как при проведении первого этапа исследования.

Кроме того, эффективность восстановительного лечения в ходе проведения второго этапа исследования оценивалась по отсутствию различных признаков синдромов неглекта:

- ♦ геминевнимание (отсутствие адекватного ответа на окружающие пациента раздражающие стимулы: приближение людей, различные звуки);

- ♦ тактильное угасание (утрата способности реагировать на тактильные стимулы при одновременном тактильном стимулировании обеих сторон);

- ♦ зрительное угасание (утрата способности реагировать на зрительные стимулы при одновременном стимулировании обеих полей зрения);

- ♦ аллоэстезия (ощущение сенсорных стимулов на стороне, противоположной стимуляции);

- ♦ анозогнозия (отрицание нарушений неврологических функций);

- ♦ отрицание принадлежности конечностей одной стороны своему телу.

При наличии хотя бы одного из перечисленных выше признаков синдром неглекта признавался положительным.

Также эффективность лечения оценивалась с помощью тестирования на способность сохранения устойчивости и равновесия [10]:

- ♦ статического равновесия в положении “сидя” в течение 1 мин при равномерном распределении массы тела на обе ягодичные области;

- ♦ статического равновесия в положении “стоя” в течение 10 с при равномерном распределении массы тела на обе нижние конечности.

При полной или частичной неспособности выполнения хотя бы одного из этих тестов синдром “отталкивания” признавался положительным.

Представители экспериментальных групп подбирались по принципу *matched-controlled*, т.е. были сопоставимы по возрасту, полу, степени нарушения неврологических функций и уровню выраженности бытовой адаптации, психоэмоциональному состоянию, а также по используемым видам и методам восстановительного лечения.

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием пакетов программы SPSS 13.0. Для сравнения качественных признаков и процентных соотношений использовались критерии независимости качественных (категориальных) признаков χ^2 , точный критерий Фишера и коэффициент неопределенности (J).

Результаты и обсуждение

Представлены степень восстановления неврологических функций пациентов и уровень их бытовой адаптации в зависимости от наличия или отсутствия синдромов неглекта и “отталкивания”.

Отсутствие данных синдромов достоверно влияет на улучшение результатов восстановленного лечения ($p < 0,0001$; $J = 40,5$ и $44,4\%$). Так, среди пациентов данной группы достаточное и полное восстановление неврологических функций отмечалось у 73,2% больных. В группах пациентов, имеющих синдром неглекта и синдром “отталкивания”, достаточное и полное восстановление наблюдалось у 24,5 и 18,8% больных соответственно.

Согласно результатам исследования, также наблюдаются достоверные различия и высокий уровень доли общей взаимной информации в достижении бытовой независимости между группой пациентов, у которых отсутствовали синдромы неглекта и “отталкивания”, с одной стороны, и группами пациентов, имеющих данные синдромы, — с другой ($p < 0,0001$; $J = 51,6$ и $52,1\%$). Среди не имеющих синдромов неглекта и “отталкивания” пациентов достаточная и полная степень бытовой адаптации наблюдалась у 74,8% больных. Среди пациентов, страдающих синдромами неглекта и “отталкива-

ния”, достаточная и полная степень бытовой адаптации наблюдалась у 22,6 и 19,8% больных соответственно.

Согласно результатам второго этапа исследования, соблюдение правил ведения пациентов с синдромами неглекта и “отталкивания” в достоверной степени способствует устранению данных синдромов ($p < 0,0001$; $J = 34,6\%$).

Так, среди пациентов данной группы достаточное и полное восстановление неврологических функций отмечалось у 65,4% больных. В группе пациентов, при реабилитации которых соответствующие правила не соблюдались, достаточное и полное восстановление неврологических функций наблюдалось у 32,5% больных.

Также наблюдаются достоверные различия и высокий уровень доли общей взаимной информации в выраженности бытовой адаптации между группами пациентов, при проведении реабилитации которых соблюдались и не соблюдались правила ведения больных с синдромами неглекта и “отталкивания” ($p < 0,0001$; $J = 33,7\%$). Среди пациентов, при реабилитации которых соблюдались правила, достаточная и полная степень бытовой адаптации наблюдалась у 68,3% больных. Среди проходивших реабилитацию без соблюдения соответствующих правил достаточная и полная степень бытовой адаптации наблюдалась у 35,5% больных.

Таким образом, результаты исследования убедительно свидетельствуют о том, что соблюдение правил ведения пациентов с синдромом неглекта и синдромом “отталкивания” в значительной мере повышает эффективность восстановительного лечения пациентов после инсульта, увеличивая степень восстановления их неврологических функций и уровень их бытовой адаптации.

Кроме того, как показали результаты исследования, соблюдение данных правил в достоверной степени способствует устранению синдрома неглекта ($p < 0,001$). Так, в группе пациентов, проходивших восстановительное лечение с соблюдением правил их ведения, синдром неглекта отмечался после реабилитации у 22,7% больных. В то же время среди не соблюдавших правила пациентов данный синдром наблюдался у 60,8% пациентов.

Также соблюдение правил ведения пациентов с изучаемыми синдромами достоверно уменьшает распространенность синдрома “отталкивания” ($p < 0,001$), который наблюдался у 23,5% пациентов на фоне соблюдения вышеобозначенных правил ведения пациентов и у 70,6% больных, реабилитация которых проходила без соблюдения таковых.

Заключение

Согласно результатам настоящего исследования, соблюдение правил ведения пациентов после инсульта с синдромами неглекта и «отталкивания» в достоверной степени снижает их распространенность и соответственно повышает эффективность проводимого восстановительного лечения, увеличивая степень восстановления неврологических функций пациентов, уровень их бытовой адаптации и соответственно качество жизни.

В то же время, как показали результаты проведенного исследования, указанные синдромы в значитель-

ной степени ухудшают реабилитационный прогноз и понижают реабилитационный потенциал пожилых пациентов после инсульта.

Учитывая незначительное количество исследований, посвященных решению обсуждаемой в представленной работе проблемы, можно отметить, что дальнейшие исследования в этой области представляются весьма интересными и крайне полезными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Луцкий М. А. Программа по снижению смертности и инвалидности от инсультов в Воронежском регионе Российской Федерации. Журн. неврол. и психиатр. Прил.: Инсульт 2007; спецвып.: 50—51.
2. Помников В. Г. Течение и исходы церебрального инфаркта у лиц молодого возраста на фоне алкогольной интоксикации. Журн. неврол. и психиатр. Прил.: Инсульт 2007; спецвып.: 335.
3. Culebras A. Stroke is a preventable catastrophic disease. Журн. неврол. и психиатр. Прил.: Инсульт 2007; спецвып.: 75—76.
4. Иванова Г. Е., Шкловский В. М., Петрова Е. А. и др. Принципы организации ранней реабилитации больных с инсультом. Качество жизни. Медицина 2006; 2 (13): 62—70.
5. Скворцова В. И., Евзельман М. А. Ишемический инсульт. Орел; 2006.
6. Warlow C. P., Dennis., van Gijn J. et al. Stroke. A practical guide to management / Warlow C. P., Dennis M. S., van Gijn J. et al. London: Blackwell Science; 1997.
7. Stone C. P., Halligan P. W., Greenwood R. J. The incidence of neglect phenomena and related disorders in patients with an acute right or left hemisphere stroke. Age and Ageing 1993; 22: 46—52.
8. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Метод. пособие. Ч. 6: Эрготерапия / Камаева О. В., Монро П., Буракова З. Ф. и др.; под ред. А. А. Скоромца. СПб.; 2003.
9. Шевченко Л. А. Особенности клинко-патофизиологической структуры motor-neglect у лиц с мозговым супратенториальным инсультом. Журн. неврол. и психиатр. Прил.: Инсульт 2007; спецвып.: 356.
10. Denes G., Semenza C., Stoppa E. et al. Unilateral spatial neglect and recovery from hemiplegia: a follow up study. Brain 1982; 105: 543—552.
11. Kinsella G., Ford B. Hemi-inattention and the recovery patterns of stroke patients. Intern. Rehabil. Med. 1985; 7: 102—106.
12. Karnath H. O., Johannsen L., Broetz D. et al. Prognosis of contraversive pushing. J. Neurol. 2002; 249 (9): 1250—1253.
13. Roller M. L. The ‘Pusher Syndrome’. J. Neurol. Phys. Ther. 2004; 28 (1): 29—34.
14. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Метод. пособие. Ч. 5: Физическая терапия / Камаева О. В., Монро П., Буракова З. Ф. и др.; под ред. А.А. Скоромца. СПб.; 2003.
15. Machoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md St. Med. J. 1965; 14: 61—65.
16. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living. Scand. J. Rehabil. Med. 1988; 21: 1—40.
17. Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke: background and study protocol. Stroke 1985; 16: 885—890.
18. Kwantabisa N. Occupational therapy ADL checklist self maintenance. In: Merton and Sutton community NHS trust. Stroke rehabilitation team protocol. London; 1999: 7—9.

REFERENCES

1. Luckiy M.A. The programme on decrease in stroke mortality and disability in the region of Voronezh of the Russian Federation. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. Insul't (prilozhenie k zhurnal). 2007; special issue: 50—1 (in Russian).
2. Pomnikov V.G. A current and outcomes of a cerebral ischaemia in young patients with alcoholic intoxication. Zhurnal neurologii

- и психиатрии им. С.С. Коровина. *Insul't (prilozhenie k zhurnal).* 2007; special issue: 335 (in Russian).
3. *Culebras A.* Stroke is a preventable catastrophic disease. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korskova. Insul't (prilozhenie k zhurnal).* 2007; special issue: 75–8 (in English).
 4. *Ivanova G.E., Shkovskiy V.M., Petrova E.A.* et al. The principles of organization of early rehabilitation in stroke patients. *Kachestvo zhizni. Medicina* 2006; 2 (13): 62–70 (in Russian).
 5. *Skvortsova V.I., Evzel'man M.A.* Ischaemic stroke. Orel; 2006 (in Russian).
 6. *Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J.* et al. *Stroke. A practical guide to management.* London: Blackwell Science; 1997.
 7. *Stone C.P., Halligan P.W., Greenwood R.J.* The incidence of neglect phenomena and related disorders in patients with an acute right or left hemisphere stroke. *Age and Ageing.* 1993; 22: 46–52.
 8. *Kamayeva O.V., Monro P., Burakova R.J.* et al. Multidisciplinary approach to management and early rehabilitation of neurological patients: *Metodicheskoe posobie. Chast' 6. Ergoterapiya / Pod red. A.A. Skoromec. SPb.; 2003 (in Russian).*
 9. *Shevchenko L.A.* The clinical and pathophysiological features of motor-neglect in patients with supratentorial stroke. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korskova. Insul't (prilozhenie k zhurnal)* 2007; special issue: 356 (in Russian).
 10. *Denes G., Semenza C., Stoppa E.* et al. Unilateral spatial neglect and recovery from hemiplegia: a follow up study. *Brain.* 1982; 105: 543–552.
 11. *Kinsella G., Ford B.* Hemi-inattention and the recovery patterns of stroke patients. *Intern. Rehabil. Med.* 1985; 7: 102–6.
 12. *Karnath H.O., Johannsen L., Broetz D.* et al. Prognosis of contraversive pushing. *J. Neurol.* 2002; 249 (9): 1250–3.
 13. *Roller M.L.* The 'Pusher Syndrome'. *J. Neurol. Phys. Ther.* 2004; 28 (1): 29–34.
 14. *Kamayeva O.V., Monro P., Burakova Z.F.* et al. Multidisciplinary approach to management and early rehabilitation of neurological patients: *Metodicheskoe posobie. Chast' 5. Fizicheskaja terapija / Pod red. A.A. Skoromec. SPb.; 2003 (in Russian).*
 15. *Machoney F., Barthel D.* Functional evaluation: the Barthel Index. *Md St. Med. J.* 1965; 14: 61–5.
 16. *Lindmark B.* Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living. *Scand. J. Rehabil. Med.* 1988; 21: 1–40.
 17. Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke: background and study protocol. *Stroke.* 1985; 16: 885–890.
 18. *Kwantabisa N.* Occupational therapy ADL checklist self maintenance. Merton and Sutton Community NHS Trust. Stroke Rehabilitation Team Protocol. London; 1999: 7–9.

Поступила 17.04.12

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616-092:612.766]-036.86-036.868:614.2

Е.М. Васильченко, А.С. Кислова, Г.К. Золоев

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ К КРЕСЛУ-КОЛЯСКЕ ИНВАЛИДОВ С ОГРАНИЧЕНИЕМ СПОСОБНОСТИ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ

ФГБУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России, 654055, Новокузнецк

Проведена оценка потребности инвалидов с ограничением способности к передвижению в адаптации к креслу-коляске.

Установлено, что инвалиды с патологией опорно-двигательного аппарата нуждаются в обучении навыкам эффективного и безопасного пользования креслом-коляской в объемах, зависящих от нозологии и половозрастных характеристик данного контингента.

Предложено организационное решение вопроса обучения пользованию техническими средствами реабилитации.

Ключевые слова: адаптация к креслу-коляске, инвалиды с патологией опорно-двигательного аппарата, организация обучения пользованием техническими средствами реабилитации.

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF ADAPTING TO THE WHEELCHAIR OF DISABLED WITH RESTRICTED MOBILITY

E.M. Vasil'chenko, A.S. Kislova, G.K. Zoloev

FSBI Novokuznetsk Research Center for medical and social assessment and rehabilitation FMBA of Russia, 654055, Novokuznetsk, Russian Federation

Needs of disabled people with reduced mobility to adapt to a wheelchair have been assessed. It has been found that people with disabilities with the pathology of the musculoskeletal system need training skills of effective and safe use of a wheelchair in amounts that depend on the nosology, sex and age characteristics of the population. Proposed organizational solution to training in the use of technical means of rehabilitation.

Key words: adaptation to a wheelchair, people with disabilities with the pathology of the musculoskeletal system, and training use of TCP.

Для корреспонденции:

Васильченко Елена Михайловна – канд. мед. наук, зам. генерального директора по организационно-методической работе; 654055, Кемеровская обл., Новокузнецк, ул. Малая, 7; e-mail: root@reabil-nk.ru, reabil-nk@yandex.ru.