

лимфатических узлах и у 10 человек причиной лимфостаза была хроническая венозная недостаточность.

У всех пациентов лимфостаз находился в первой фазе своего развития, стадии лимфедемы, что обусловило проведение им комплексного курса консервативного лечения, включающего в себя все вышеперечисленные компоненты. Средний срок лечения данной группы больных составил 12,8 дня.

В результате проведенного лечения у 32 пациентов наступило улучшение состояния, у них значительно уменьшились отеки нижних конечностей. У 12 больных существенного эффекта от проведенных лечебных мероприятий не наблюдалось, данной группе больных рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке, направленное на создание лимфовенозных анастомозов. Всем пациентам рекомендовано дальнейшее наблюдение у сосудистого хирурга в условиях поликлиники, постоянное ношение медицинского трикотажа и курсовое лечение препаратами детралекс и флебодия.

Список литературы:

1. Выренков Ю.С., Макарова В.С. Лимфедема. Вестник лимфологии № 4. - т. 4. – 2011 г. - С. 22-25.
2. Макарова В.В. Лечение лимфадемы: настоящее и будущее. Вестник лимфологии № 3. - т. 3. - 2011 г. - С. 15-17.

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ КИСТИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО
НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Пристром Т.А., Навацкая Л.Л.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск
УЗ «5-я городская клиническая больница», Минск*

По определению ВОЗ, под ОНМК, или мозговым инсультом, понимают остро развивающиеся признаки локального или диффузного повреждения мозга сосудистой этиологии, длящиеся более 24 часов или приводящие к смерти пострадавшего.

ОНМК, или инсульт, сопровождается внезапным нарушением функции головного мозга. Двигательные нарушения

при поражении тех или иных участков головного мозга могут быть самыми различными. Если затронуты нервные клетки двигательной зоны коры головного мозга, то на стороне, противоположной очагу поражения, развивается частичное (парез) или полное (паралич) нарушение движений [5].

В остром периоде заболевания почти всегда нарушается регуляция мышечного тонуса. Утрата нормального тонуса на пораженной стороне тела делает невозможными обычные произвольные движения на стороне противоположной поражению, что ограничивает возможности человека. Если затронуты нервные клетки так называемой двигательной зоны коры головного мозга, то на стороне, противоположной очагу поражения, развивается частичное (парез) или полное (паралич) нарушение движений.

Продолжительность острого периода ОНМК обычно составляет от нескольких дней до 3-х недель. Однако уже в это же время начинаются восстановительные процессы. Мышечный тонус постепенно восстанавливается. Начиная с дистальных отделов, восстанавливаются движения в конечностях. В большинстве случаев процесс восстановления на этом не заканчивается. Вслед за периодом нормального тонуса наступает период повышенного тонуса, или спастичности. Процесс повышения мышечного тонуса чаще начинается от проксимальных отделов конечностей [5].

Нарушения, сопровождающие центральные парезы (спастичность, контрактуры, болевой синдром), формируются, как правило, к 3-4 неделе заболевания [2].

Ранний восстановительный период начинается с момента первых признаков восстановления до 3-х месяцев. В это время происходит наиболее значительное из возможного восстановление функций за счет восстановления деятельности обратимо пораженных структур мозга. От 3-х месяцев до 1 года определяется поздний восстановительный период, в котором продолжается, но медленнее, восстановление функций за счет компенсации их соседними структурами головного мозга. После этого наступает период последствий (от 1 до 3 лет) и отдаленных последствий (через 3 года) инсульта, когда в основном наблюдается адаптация к дефекту [3]. Поэтому актуальна максимальная коррекция двигательных нарушений в течение

1 года, особенно первых 6 месяцев после инсульта [5].

Наиболее физиологичным методом двигательной реабилитации постинсультных больных является метод нейромоторного переобучения, разработанный К.В. Bobat. В основе метода лежат нейрофизиологические механизмы нормального двигательного развития человека и учет патологических механизмов, обусловленных изменениями в двигательной сфере больного инсультом. Согласно методике нейро-моторного переобучения (К.В. Bobat), нормальное произвольное движение может быть восстановлено только на фоне нормального мышечного тонуса [3].

Для уменьшения мышечного тонуса и профилактики развития контрактур используют рефлекторно-ингибирующее позиционирование тела пациента, и особенно конечностей [3, 4].

В литературе есть много указаний на необходимость раннего применения методик (физиологических укладок, пассивных упражнений), препятствующих повышению мышечного тонуса и формированию мышечно-скелетных деформаций, особенно руки. Рекомендации по активизации мышц, являющихся антагонистами спазмированных мышц, заключаются в придании конечности «антиспастической позиции», особенно нужно обращать внимание на положение плеча и бедра [5].

Восстановление функции кисти в позднем восстановительном периоде после ОНМК затрудняется выраженной спастичностью мелких мышц кисти и формированием специфической деформации: сгибание и ульнарная девиация лучезапястного сустава, сгибание II-IV пальцев, приведение и сгибание 1-го пальца.

По нашим наблюдениям, пациенты, прошедшие все этапы реабилитации после инсульта (неврологический стационар, специализированное реабилитационное отделение, амбулаторно-поликлинический, санаторный этапы), не выполняют физиологические укладки для деформированной кисти в позднем восстановительном периоде на домашнем этапе реабилитации.

Целью исследования явилась оптимизация методики двигательной реабилитации паретичной кисти пациентов в позднем восстановительном периоде ОНМК.

Мы наблюдали 17 пациентов (8 женщин и 9 мужчин) в

позднем восстановительном периоде ОНМК. Средний возраст пациентов составил $57,71 \pm 2,68$ года.

Все пациенты были с нарушением двигательной функции кисти различной степени выраженности, которая определялась функциональным классом (ФК). ФК двигательных нарушений мы диагностировали с помощью методики, предложенной НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации для количественной оценки двигательных нарушений и ограничений жизнедеятельности у больных после мозгового инсульта и черепно-мозговой травмы [1].

Для количественного определения ФК мы использовали оценку силы мышц кисти с помощью динамометра, и определение отставания дистальных фаланг пальцев от ладони при сгибании их в кулак с помощью сантиметровой ленты. У 6 пациентов степень выраженности двигательных нарушений кисти соответствовала 2-му ФК, у 11 – 3-му ФК.

Как известно, восстановление двигательной функции невозможно без применения самого движения. Для всех пациентов были разработаны индивидуальные комплексы упражнений, направленные на увеличение силы мышц кисти и придание движениям точности. Лечебная гимнастика выполнялась 2 раза день: в первой половине дня индивидуальным методом под контролем врача ЛФК и во второй половине дня самостоятельно с помощью родственников.

После выполнения лечебной гимнастики паретичная кисть укладывалась на индивидуально сформованную лонгету (рисунок) в положении разгибания в лучезапястном суставе и в суставах всех пальцев, причем I палец - в положении противопоставления. К лонгете кисть фиксировалась эластичным бинтом.

Лонгеты формовались индивидуально из композиционного материала для иммобилизации с температурой формования ниже 100°C , разработанного Научно-исследовательским центром проблем ресурсосбережения Национальной академии наук Беларуси (патент № 14329).

Продолжительность 1 процедуры физиологической укладки кисти определялась индивидуально, но не менее 30 и не более 120 минут. Курс лечения в среднем составил 14-15 дней.

Физиологическая укладка паретичной кисти на индивидуально сформованной лонгете



Эффективность разработанной нами методики мы оценивали на основе количественной оценки силы мышц кисти с помощью динамометрии и отставания дистальных фаланг пальцев при сгибании их в кулак с помощью сантиметровой ленты. Измерения проводили дважды: до и после проведенного курса лечения.

По результатам нашего исследования, случаев полного восстановления функции кисти или улучшения на 1 и более ФК за период проведения реабилитационных мероприятий в стационарных условиях в группе наблюдаемых нами пациентов не было. Улучшение функции в пределах того же ФК наблюдалось у всех пациентов. В группе наблюдаемых нами пациентов произошло достоверное увеличение силы мышц кисти ($4,32 \pm 2,43$ кг vs $6,11 \pm 2,31$ кг, $p < 0,05$) и улучшение ее сгибательной функции ($2,96 \pm 1,26$ см vs $1,49 \pm 1,1$ см, $p < 0,001$) к концу курса терапии.

Таким образом, методика коррекции двигательных нарушений паретичной кисти у пациентов в позднем восстановительном периоде после ОНМК должна включать индивидуально подобранный комплекс упражнений и физиологические укладки в рефлекторно-ингибирующем положении.

Список литературы:

1. Количественная оценка двигательных нарушений и ограничений жизнедеятельности у больных после мозгового инсульта, черепно-мозговой травмы: инструкция по применению / М-во здравоохранения Респ. Беларусь; Л.С. Гиткина, В.Б. Смычек, Т.Д. Рябцева, И.Я. Чапко, С.В. Власова, В.С. Сильченко. – Минск, 2003. – 22с.
2. Медицинская реабилитация: руководство для врачей / Под ред. В.А. Елифанова. – М42 М.: МЕДпресс-информ, 2005.- 328., ил.
3. Медицинская реабилитация больных мозговым инсультом: метод. рекомендации / Л.С. Гиткина, Т.Д. Рябцева, Е.Н. Пономарева [и др.]. - Минск: БелНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, 1998. – 60 с.
4. Методика лечения положением при центральных и периферических парезах и параличах с применением лонгет из полимерных композитов в комплексе с физической реабилитацией: инструкция по применению / М-во здравоохранения Респ. Беларусь; Л.А. Пирогова, Г.Н. Хованская, А.Р. Севко. – Гродно, 2008. – 12 с.
5. Лоренцо Карреро. Инсульт: программа реабилитации / Карреро Л. – М.: Мед. лит., 2012. – 160 с.: ил.

ВЛИЯНИЕ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

***Пронько Т.П., Зданчук Г.А., Петюкевич Е.В., Френкель Т.В.,
Новицкая Л.Г.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

УЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Гродно», Гродно

УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр», Гродно

Острый инфаркт миокарда (ИМ) и его последствия в виде хронической сердечной недостаточности (ХСН) являются основной причиной ближайшей и отдаленной смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) в пожилом возрасте, причем с увеличением возраста эта цифра растет [4]. В последнее время в