МДБ позволяет максимально точно определять тактику ведения пациента с учетом пожилого и старческого возраста и обусловленных этим особенностей течения инсульта. Четкая последовательность, преемственность и дозированность ФТЛ на всех этапах реабилитации позволяет своевременно скорректировать физиотерапевтическую помощь для достижения наилучшего результата в лечении больных геронтологического профиля.

УДК 616.832-001-08:615.7

Филатов Е.В., Овчинников О.Д.

ИНТРАТЕКАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России

Filatov E.V., Ovchinnikov O.D.

INTRATHECAL ADMINISTRATION OF DALARGIN IN TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

Federal State Budgetary Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Ключевые слова: *реабилитация, травма спинного мозга, спастичность.*
Keywords: *rehabilitation, spinal cord injury, spasticity.*

Аннотация. *В исследование включено 49 пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Снижение спастического синдрома после интратекального введения даларгина в комплексе со стандартным курсом терапии улучшает двигательные возможности пациентов. У больных с низким уровнем спастичности улучшается удержание тела в положении сидя, что позволяет овладевать новыми двигательными навыками, высвобождает верхние конечности для самообслуживания и трудовой деятельности.*

Abstract: *the study includes 49patients with traumatic spinal cord injury. Spasticity reduction after dalargin intrathecal administration along with a standard therapy course improves patients' motor abilities. Patients with reduced level of spasticity improve their ability to keep body in a sitting position, which allows them to acquire new locomotor skills and disengages upper limbs for self-care and work activity.*

Введение. Спинальная травма вызывает стойкие соматические и вегетативные нейрогенные расстройства, что является причиной инвалидизации 80-95 % больных. Количество инвалидов после травм позвоночника и спинного мозга в последние годы возрастает, что связано с развитием производства, увеличением количества автомобилей и т.д. Даже при отсутствии произвольных движений в ногах пациента можно обучить не только передвижению в инвалидном кресле, но и самостоятельной ходьбе. Восстановление или компенсацию утраченных функций зачастую ограничивает не только снижение силы мышц, но и выраженный спастический синдром.

В настоящее время для коррекции спастического синдрома проводится оперативное лечение на позвоночнике и спинном мозге, лечение сопутствующих трофических, урологических и других нарушений, блокады триггерных узлов, проводятся занятия лечебной физкультурой (ЛФК), постизометрическая релаксация мышц, используются методы физиотерапии, ботулинотерапия, а также применяются противоспастические препараты.

В нашей клинике разработан метод лечения гипертрофированного спастического синдрома - субарахноидальное введение даларгина (патент на изобретение № 2362580).

Цель исследования: изучить изменение уровня спастичности мышц у пациентов с ТБСМ после курса субарахноидального введения даларгина.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. В изучаемую группу вошло 49 пациентов обоего пола в позднем периоде травматической болезни спинного мозга. Включенные в исследование пациенты были разделены на 3 группы: первая - пациенты со спастичностью мышц 4-5 баллов (по шкале Ашфорт); вторая - пациенты со спастичностью мышц 3 балла; третья - пациенты со спастичностью мышц 1-2 балла. Пациентам всех 3 групп для коррекции спастического синдрома проводилось субарахноидальное введение даларгина. Помимо этого все пациенты проходили стандартный курс консервативного лечения, физиотерапию (исключалась только электростимуляция мышц) и ЛФК. До и после курса терапии проводилась стимуляционная электромиография (оценивался Н-рефлекс и М-ответ) и стабилометрия на программно-аппаратном комплексе клинического анализа движений «МБН-БИОМЕХАНИКА» (Москва, 1996) (исследование проводилось в положении пациента сидя по методике Н.Г. Коноваловой). Выполнение описательной статистики проводилось с использованием программы «Статистика 10.0».

Результаты. В первую группу вошло 13 человек; после курса терапии высокий мышечный тонус уменьшился у 9 пациентов на 1-2 балла, что составило 69,2 %. По данным ЭМГ Н-рефлекс и М-ответ после курса лечения увеличился у 2 пациентов (22 %). Длина статокинезиограммы (с открытыми и закрытыми глазами) уменьшилась у 3 человек (33 %). Площадь уменьшилась у 2 человек при проведении обследования с открытыми глазами и у 4 - с закрытыми глазами (44 %). При этом у одного пациента вместе со снижением уровня спастичности увеличился двигательный балл.

Во второй группе было 26 пациентов. Спастичность мышц уменьшилась у 14 человек, что составило 53,8 %. По данным ЭМГ Н-рефлекс увеличился у 3 человек (из обследованных данным методом 4 пациентов), что составило 75 %, М-ответ увеличился у 1 пациента (25 %). Стабилометрия проведена только 2 пациентам данной группы. Длина статокинезиограммы (с открытыми и закрытыми глазами) уменьшилась у 1 человека. Площадь уменьшилась у 2 человек при проведении обследования с открытыми и закрытыми глазами.

В третью группу вошло 10 человек, после курса терапии спастичность не изменилась. Методом ЭМГ обследовано 4 пациента. Н-рефлекс после курса лечения увеличился у 3 пациентов (75 %), М-ответ увеличился у 1 человека (25 %). Стабилометрия проведена 4 пациентам. Длина статокинезиограммы (с открытыми и закрытыми глазами) уменьшилась у 3 человек (75 %). Площадь уменьшилась у 3 пациентов (75 %) при проведении обследования с открытыми и закрытыми глазами. При этом у одного пациента увеличился двигательный балл.

Проведенный статистический анализ имеющихся данных достоверных различий в исследуемых группах не выявил, что связано с малой выборкой пациентов ($p > 0,05$).

В ходе исследования выявлено, что после курса терапии многие пациенты отмечали улучшение «схемы тела», но в результате статистической обработки достоверных данных получено не было ($p > 0,2$).

При рассмотрении изменения уровня спастичности в зависимости от срока травмы выявлены следующие различия. После курса лечения даларгином пациентов со сроком после травмы от одного года до трех лет статистически достоверно уменьшается количество больных со спастическим синдромом 3 балла ($p < 0,05$). Среди пациентов, имеющих посттравматический анамнез более 3 лет, после курса терапии достоверно снижается количество пациентов в группе с интенсивностью спастического синдрома 4-5 баллов ($p < 0,05$). Со сроком после травмы до одного года достоверных различий в изменении количества больных в зависимости от выраженности спастического синдрома не выявлено.

Выводы. Снижение высокого спастического синдрома после курса субарахноидального введения даларгина в комплексе со стандартным курсом терапии улучшает двигательные возможности пациентов, снижает зависимость от посторонней помощи, облегчает уход посторонними лицами. У пациентов с низким уровнем спастичности улучшается удержание тела в положении сидя, что позволяет овладевать новыми двигательными навыками, высвобождает верхние конечности для самообслуживания и трудовой деятельности.

УДК 616.832-001-036.868

Филатов Е.В., Палаткин П.П., Баранников А.А., Урюпин В.Ю.

ФАКТОРЫ, ЛИМИТИРУЮЩИЕ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России

FilatovE.V., Palatkin P.P., BarannikovA.A., Uryupin V.Yu.

FACTORS LIMITING THE REHABILIATION OF PATIENTS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

Federal State Budgetary Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation

Ключевые слова: реабилитация, травма спинного мозга.
Keywords: rehabilitation, spinal cord injury.

Аннотация. В исследование включено 1434 пациента с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ). Пациентов с осложнениями течения ТБСМ было 54,9 %. Наиболее значимо ограничивают двигательную реабилитацию пролежневый процесс, урологические осложнения и сочетание осложнений течения ТБСМ. При наличии ортопедической патологии конечностей план реабилитации должен учитывать уровень компенсации локомоторных функций.

Abstract. *The study includes 1434patients with traumatic spinal cord injury (TSCI). Complications of TSCIprogression were in 54.9% patients. Bed sores process, urological complications and combination of complications of TSCI progression are major factors limiting the motor rehabilitation. In case of orthopedic acropathology the rehabilitation plan should consider the level of compensation of locomotor functions.*

Актуальность. Спинальная травма вызывает стойкие соматические и вегетативные нейрогенные расстройства, что является причиной инвалидизации 80-95 % больных. В большинстве своем лица, перенесшие травму позвоночника и спинного мозга, утрачивают способность к самостоятельному передвижению и контроль над функцией тазовых органов, становятся инвалидами первой группы.