

**Всероссийское общество неврологов**

**Х ВСЕРОССИЙСКИЙ  
СЪЕЗД НЕВРОЛОГОВ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА**

**Нижний Новгород, 2012**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР Е.И. Гусев

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

Г.Н. Авакян, Т.Т. Батышева, А.Н. Белова, Э.И. Богданов,  
А.Н. Бойко, Л.И. Волкова, А.Б. Гехт, В.Л. Голубев, В.Н. Григорьева,  
А.В. Густов, Н.Н. Заваденко, В.П. Зыков, Г.А. Иваничев, Г.Е. Иванова,  
С.Н. Иллариошкин, В.А. Карлов, О.С. Левин, Я.И. Левин, М.Ю. Мартынов,  
М.М. Одинак, А.С. Петрухин, М.А. Пирадов, С.А. Румянцева, В.И. Скворцова,  
А.А. Скоромец, Н.Н. Спирин, Л.В. Стаховская, И.Д. Стулин, З.А. Суслина, В.Д. Трошин,  
А.И. Федин, Б.Е. Шахов, В.В. Шкарин, В.М. Шкловский, В.В. Шпрах, Н.Н. Яхно

ке (до начала терапии, на 10 и 20-й день комплексной терапии). В исследование была включена группа 97 пациентов в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст –  $53,5 \pm 1,7$ ), из которых 58 – лица женского и 39 – лица мужского пола, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения на этапе позднего восстановительного периода.

**Результаты.** Всем пациентам была назначена медикаментозная терапия, направленная на коррекцию артериального давления, оксидантного стресса, нормализацию реологических свойств крови и нейромедиаторных процессов. Комплексная реабилитация включала психотерапию, ИРТ, гирудотерапию, комплекс лечебной гимнастики, массаж, электростимуляцию, пеллоидо- и бальнеотерапию. У большинства больных (84%) был достигнут стойкий положительный клинический результат в форме уменьшения степени когнитивных расстройств, восстановления неврологического дефицита, уменьшения эмоционально-волевых нарушений. В контрольной группе (где использовалась только медикаментозная терапия) эффективность была значительно ниже (23%) и включала в основном улучшение двигательной сферы.

**Заключение.** Сравнительный анализ показывает преимущественную эффективность комплексного лечения пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения на этапе позднего восстановительного периода с включением реабилитационных мероприятий, направленных как на восстановление нарушенных функций организма, так и на улучшение функционального состояния ЦНС, ССС и адаптационных механизмов.

## МАРКЕРЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДИСТОНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А

*Д.А. Захаров, Э.А. Захарова, В.А. Мухоморова*

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ, САМБУКЕТОВСКИЙ КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, КОМПЛЕКСНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР, ИНСТИТУТ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, КАЗАНЬ

**Введение.** Закономерное повышение мышечного тонуса в паретичных конечностях является одним из проявлений синдрома поражения верхнего мотонейрона у лиц, перенесших инсульт. С целью снижения патологического мышечного гипертонуса рекомендовано большое количество средств. Эффективность части из них недостаточна с самого начала (миорелаксанты центрального действия – мидокалм, сирдалуд и др.), а эффективность других (массаж, ЛФК, физиотерапия, лечение положением и др.) значительно уменьшается с годами.

**Цель.** Оценка эффективности реабилитационных мероприятий с использованием ботулотоксина типа А (Диспорт) у пациентов с вторичной постинсультной дистонией.

**Материалы и методы.** 86 пациентов с постинсультным спастическим гемипарезом, находившихся на стационарном лечении в отделении реабилитации психоневрологических больных НИИ им. Бехтерева. Для оценки функционального состояния пациентов применялась шкала PULSES, для выраженности спастичности – шкала Эшворта, качество жизни (КЖ) – опросник ВОЗКЖ-100. Постинсультный период у пациентов составлял 22 – 86 месяцев. Всем пациентам вводился ботулотоксин типа А (Диспорт) в индивидуально подобранной дозе 400 – 1.300 ЕД.

**Результаты.** После введения у всех пациентов зарегистрировано достоверное снижение мышечного тонуса в паретичных конечностях до 1+ балла в руке и  $2,8 \pm 0,4$  по шкале Эшворта. Отмечено улучшение значения шкалы PULSES. Анализ показателей КЖ позволил уточнить влияние восстановительного лечения на различные сферы жизнедеятельности больных. Положительная динамика показателей КЖ в сферах «физическая», «уровень независимости» подтвердила эффективность введения ботулотоксина. Регресс клинических проявлений заболевания сопровождался значительным расширением социальных возможностей пациентов, в частности, в сфере самообслуживания, пользования общественным транспортом, что является важным маркером улучшения их автономного существования.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

*М.Ф. Ибрагимов, Ф.А. Хабиров,  
Е.В. Гранатов, О.В. Григорьева*

КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, КАЗАНЬ

**Введение.** Двигательные нарушения у постинсультных больных относятся к наиболее инвалидизирующим проявлениям заболевания и представляют высокую социально-экономическую значимость. Для компенсации двигательных нарушений разработаны многочисленные реабилитационные мероприятия, суть которых сводится к ранней активизации больного и его адаптации к развившемуся дефициту. С учетом этого актуальность представляют комплексные реабилитационные мероприятия, включающие кинезиотерапию, транскраниальную магнитную стимуляцию (ТКМС) и лечение вазоактивными лекарственными средствами (ВЛС).

**Методы и материалы.** Проведено сравнительное клинично-инструментальное исследование эффективности комплексной реабилитации, включающей кинезиотерапию, ТКМС и ВЛС, 100 больных в ранний восстановительный период ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии с очевидным двигательным дефицитом (парез 4 балла и более). Исследуемая выборка была разделена на две группы: I группа (основная,  $n=47$ ) – больные, проходившие комплексную реабилитацию; II группа (контрольная,  $n=53$ ) – больные, получавшие стандартное лечение. Нейрофизиологическое обследование включало электроэнцефалографию (ЭЭГ). Эффективность реабилитации оценивалась по шкале

STREAM и индексу Бартел. Эффективность реабилитации оценивалась в два этапа: исходная оценка показателей и через 6–7,5 мес. после инсульта.

**Результаты.** В начале реабилитации обе группы по оценке двигательных нарушений и степени зависимости были сопоставимы: STREAMS (Me [LQ; UQ]) — 8,4 [6,1; 13,4] vs. 8,2 [5,8; 12,1] соответственно; индекс Бартел (Me [LQ; UQ]) — 64 [47; 71] vs. 62 [44; 74] соответственно. По окончании реабилитации в I группе по сравнению со II группой отмечено статистически значимое большее уменьшение двигательного дефицита и повышение общей активности, что подтверждается приростом оценок по шкале STREAMS (Me [LQ; UQ] — 25 [19; 28,3] vs. 18 [11,7; 23],  $p < 0,05$ ) и индексу Бартел (Me [LQ; UQ] — 89 [83; 92] vs. 74 [59; 78],  $p < 0,05$ ). По данным ЭЭГ комплексная реабилитация статистически значимо оказала влияние на динамику нейрофизиологических параметров: снизилась спектральная мощность дельта-ритма [с 330 (77) по 234 (44)] и повысилась спектральная мощность альфа-ритма [с 95 (13) по 131 (22)] в пораженном полушарии ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Комплексная реабилитация, включающая кинезиотерапию, ТКМС и ВЛС, оказывает позитивный эффект на восстановление двигательных функций у постинсультных больных.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

*А.С. Кабанов, Л.В. Макаренко,  
А.В. Брандасов, Е.М. Козлова*

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ РАМН, МОСКВА

**Введение.** Афазия (А) является вторым по значимости постинсультным дефектом, наблюдающимся по данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН (1985) к концу острого периода инсульта (И) у 35,9% больных. В литературе встречаются различные мнения относительно факторов, влияющих на прогноз восстановления речи после инсульта.

**Методы и материалы.** Наблюдалось 265 больных с А (82 женщины и 183 мужчины) в раннем и позднем восстановительном периоде И. 240 больных перенесли ишемический И, 25 – геморрагический И в левом полушарии. 48 больных были молодого (до 44 лет), 120 – среднего (45-59 лет) и 97 пожилого и старческого (старше 60 лет) возраста. Больным проводилось МРТ/КТ исследование, нейропсихологическое исследование состояния речи в динамике по методу А.Р. Лурия и Л.С. Цветковой, позволяющие уточнить степень нарушения речи и выделить легкую, умеренную и выраженную степень нарушения речи. 30 больным проводилась функциональная МРТ (фМРТ) в динамике.

**Результаты.** Оценивалось прогностическое значение таких факторов как форма афазии, локализация и размеры очага поражения, возраст. В восстановительном периоде среди 76 больных с моторной А преобладали легкая (36 больных) и умеренная (35 больных) степень, из 60 больных с сенсорной А – умеренная степень (35 больных), из 83 больных с сенсо-моторной А (СМА) – выраженная степень у 53 больных. Отдельную группу составили 46 больных с подкорковой А (ПКА) с локализацией очага в глубоких структурах левого полушария. К концу

наблюдения у 20 больных с ПКА отмечалась легкая А, у 22 больных – умеренная А. Лучшее восстановление речи отмечалось у больных молодого возраста: значительная степень восстановления была у 45,8% больных. Худшее восстановление речи наблюдалось при обширных очагах, захватывающих кору и белое вещество лобно-теменно-затылочной долей и подкорковые образования левого полушария. При небольших корковых очагах в одной из речевых зон преобладало значительное (21,3%) и умеренное (68%) восстановление. Исследование с применением фМРТ показало, что расширение активации зон в левом полушарии более эффективно в отношении восстановления речи, чем активация симметричных зон правого полушария.

**Заключение.** Отрицательно влияют на степень восстановления речи после И такие факторы как СМА или тотальная А в остром периоде И, наличие обширных очагов, захватывающих обе речевые зоны, старческий и пожилой возраст, недостаточная активация речевых или около речевых зон левого полушария.

## ВЕДЕНИЕ РЕАБИЛИТАНТОВ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ И НОРМ ЗАРУБЕЖНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*А.Л. Кобальник, С.В. Макаренко, С.М. Сафина*

ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 40,  
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

**Введение.** Тема междисциплинарного ведения пациентов является одной из актуальнейших тем последнего десятилетия. Для изучения вопроса о возможности применения норм организации труда по междисциплинарному принципу, в частности, по примеру британской модели, в настоящее время на базе городской больницы №40 разворачивается пилотный проект «Ведение реабилитантов согласно рекомендациям ВОЗ и норм зарубежной реабилитации».

**Материалы и методы.** В проект входят пациенты с последствиями повреждений головного мозга сосудистой и травматической этиологии, размещенные по 6 человек в трех палатах, оборудованных функциональными кроватями, креслами, прикроватными столиками, удобными для самостоятельной работы. Реабилитационную работу обеспечивает междисциплинарная реабилитационная бригада. За последние 2 месяца согласно протоколу исследования проведена реабилитация 23 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу. Контрольную группу составили 23 человека. Время, прошедшее после события, составило 21 сутки. Сроки реабилитации составили в среднем 35 суток. Пациенты были рандомизированы и составили с группой контроля репрезентативную группу по полу возрасту и степени неврологического дефицита, факторам риска, срокам реабилитации. Все больные получали сходную медикаментозную терапию и объем и методики общепринятого физиотерапевтического воздействия. Эффективность реабилитации оценивается по шкале активности в повседневной жизни Бартел и Ривермид, ВАШ, опроснику Спилбергеру-Ханину, шкале Монтомери-Асберг, шкале выявления нарушений мотивации (восстановления локуса контроля), документации междисциплинарной реабилитационной бригады.