

## SUMMARY

### Use tizanidine increases for the rehabilitation of children with spastik-giperkinetik syndromes

Experience of application of tizanidin in rehabilitation of children with cerebral palsy (spastic and hyperkinetic forms)

indicates a positive effect in the sphere of motor, as well as improvement of an emotional tone and autonomic nervous system.

**Ключевые слова:** тизанидин, спастичность, дистонические атаки, гиперкинезы.

УДК 616.8-08

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ким Я. В.

Казахский НМУ имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

В настоящее время наблюдается неуклонный рост количества больных с ограничением функции ходьбы и поддержанием вертикальной позы, возникающие вследствие инсультов и инфарктов головного мозга, спинальных травм, поражения периферических двигательных нервов. Несмотря на огромный научный прогресс, за последнее десятилетие, в теоретических вопросах восстановления функции поврежденного спинного мозга и получение положительных экспериментальных результатов на животных, их практическое использование в клинике практически отсутствует. Медицинская реабилитация, по определению комитета экспертов ВОЗ, - это процесс, целью которого является предупреждение инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достижении максимально возможной физической, психической, профессиональной, социальной и финансовой полноценности в случае развития инвалидности. Цель реабилитации заключается в уменьшении основных симптомов заболевания, профилактике и лечении осложнений, связанных со снижением двигательной активности, коррекции функциональных нарушений, приспособлении к имеющемуся неврологическому дефициту, повышении толерантности к физическим нагрузкам, улучшении качества жизни, увеличении социальной активности, замедлении (реже приостановлении) прогрессирования патологического процесса.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути нейрореабилитации и определения направленности реабилитационных воздействий. Нейрореабилитация - понятие, значительно более широкое, чем просто совокупность методов и методик лечения больного; нейрореабилитация включает в себя целую систему государственных, социально-экономических, медицинский, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных «не только на восстановление или сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личного и социального статуса больного или инвалида». Благодаря достижениям фармакологии, реабилитации, нейрохирургии в последние годы значительно увеличилась продолжительность жизни данной категории больных и изменилось качество их жизни. Однако на данный момент главным в их лечении и адаптации к новым условиям является не восстановление утраченных функций, а обучение пользованию сохранившимися функциями [1].

Особой категорией являются больные с травмами позвоночника различной тяжести и локализации, ввиду высокого уровня инвалидизации, дорогостоящего лечения и реабилитации, значительного экономического ущерба, что, несомненно, требует разработки и создания

инновационных технологий и методов восстановления утраченной функции спинного мозга. В реабилитации пациентов данной категории имеется ряд нерешенных вопросов, связанных именно с невозможностью поддержания вертикальной позы и, соответственно, ходьбы [4].

Комплексы восстановительных мероприятий у пациентов, находящихся в инвалидной коляске или в постели недостаточно адекватны, что объективно обосновано:

- У инвалидов, не включающих сегменты ниже уровня поражения в двигательную активность, происходит изменение схемы тела с отчуждением образа парализованных конечностей, перестройкой постуральных функций, сопровождающаяся изменением давления в полостях тела, перераспределением мышечного тонуса, уменьшением влияния внекардиальных факторов кровообращения. При отсутствии двигательной активности в пораженных конечностях и ортостатического положения происходит угасание двигательных стереотипов.

- Вертикальное положение тела обеспечивает условия для регуляции кровотока, деятельности внутренних органов. При исключении активного или пассивного ортостаза происходит перераспределение мышечного тонуса, уменьшение влияния внекардиальных факторов кровообращения, что, кроме прочего находит отражение в генезе хронических заболеваний внутренних органов.

- Постуральные нарушения, отсутствие возможности поддерживать вертикальную позу являются важной причиной ухудшения психо-эмоционального состояния пациентов, нарушения их социальной адаптации.

В настоящее время в реабилитологии нет четкого описания метода ортостатической тренировки пациентов с невозможностью самостоятельного поддержания вертикального положения тела, нет классификации применяемых методик и приспособлений.

Основные принципы реабилитации сводится к четырем основным принципам:

- партнерству врача и больного;
- разносторонности усилий или комплексности;
- единству психосоциальных и биологических методов;
- ступенчатости (непрерывности) и индивидуализации лечебных воздействий.[2]

Согласно рекомендациям ВОЗ (World Health Organisation, 1980), у всех больных, в том числе и неврологических, выделяют три уровня последствий заболевания или травмы (Wade D., 1992; McLellan D.L., 1997):

*Первый* - это уровень неврологических повреждений (defect), таких как двигательные, чувствительные,

тонические, психологические нарушения, которые выявляются в клинической картине заболевания больного.

*Второй уровень* - это нарушения функции (disability), к которым могут привести неврологические повреждения, например, нарушения ходьбы, самообслуживания.

*Третий уровень* последствий (handicap), включает нарушения бытовой и социальной активности, которые возникают в результате неврологических повреждений и нарушений функций.

Систематичность реабилитации может быть обеспечена только хорошо организованным поэтапным построением реабилитационного процесса. «Идеальная» модель реабилитации больных с острыми заболеваниями головного мозга включает: [1]

**1-й этап** - реабилитация начинается в неврологическом (ангионеврологическом) или нейрохирургическом отделении, куда больного доставляет бригада скорой помощи (в случае инсульта или черепно-мозговой травмы) или он поступает в плановом порядке (в случае доброкачественной опухоли мозга);

**2-й этап** — реабилитация в специализированных реабилитационных стационарах, куда больного переводят через 3—4 нед. после инсульта, черепно-мозговой травмы, операции удаления гематомы, доброкачественной опухоли, абсцесса, аневризмы; 2-й этап может иметь разные варианты в зависимости от тяжести состояния больного: первый вариант - больного с полным восстановлением функции выписывают на амбулаторное долечивание или в реабилитационный санаторий; второй вариант - больных с выраженным двигательным дефектом, которые к концу острого периода не могут самостоятельно передвигаться и элементарно обслуживать себя, переводят в нейрореабилитационное отделение (отделение ранней реабилитации) той же больницы, в которую поступил больной, или в нейрореабилитационное отделение крупной городской или областной больницы; третий вариант - больных с двигательными дефектами, которые могут самостоятельно передвигаться и элементарно обслуживать себя, переводят из неврологического или нейрохирургического отделения в реабилитационный центр. Сюда же переводят больных из нейрореабилитационного отделения (отделения ранней реабилитации) больницы по мере восстановления возможности самостоятельного передвижения. Больные с преимущественно речевой патологией могут быть переведены в центры патологии речи и нейрореабилитации;

**3-й этап** - амбулаторная реабилитация в условиях районного или межрайонного поликлинического реабилитационного центра или реабилитационных отделений поликлиники или восстановительных кабинетов поликлиники. Возможны такие формы амбулаторной реабилитации, как «дневной стационар», а для тяжелых, плохо ходящих больных — реабилитация на дому.

Реабилитация двигательных нарушений включает следующие методы [3]:

- Кинезотерапию (лечебную физкультуру);
- Биоуправление с обратной связью;
- Лечебный массаж;
- Лечение положением;
- Нервномышечную электростимуляцию;
- Физиотерапевтические методы (включая иглорефлексотерапию) при спастичности, артропатиях, болевых синдромах;
- Бытовую реабилитацию с элементами трудотерапии (за рубежом – occupational therapy, эрготерапия);
- При необходимости ортопедические мероприятия.
- Реабилитация больных с нарушением речи включает психолого-педагогические занятия, проводимые

специалистом по восстановлению речи, чтения, письма и счета, в роли которых выступают логопеды-афазиологи, реже – нейропсихологи.

В том числе кинезотерапевта (специалиста по лечебной гимнастике), специалиста по биоуправлению с обратной связью, массажиста; иглорефлексотерапевта; инструктора по бытовой реабилитации (эрготерапевта); нейроуролога; социолога; реабилитационную медсестру [5].

*Активное участие больного, его родных и близких в реабилитационном процессе:* Клинический опыт показывает, что в тех случаях, когда активен сам больной, активно участвуют в реабилитационном процессе его родные и близкие, восстановление нарушенных функций происходит быстрее и в более полном объеме. Это объясняется в значительной степени тем, что занятия кинезотерапией и бытовой реабилитацией, занятия по восстановлению речи ведутся в достаточно ограниченном временном промежутке: 1 раз в день по 40-60 мин и обычно только в рабочие дни (т.е. 5 раз в неделю). Методисты ЛФК, логопеды, эрго-терапевты дают задания «на дом», и от активности больного, его родных (или сиделок) во многом зависит качество во выполнения. Необходимо, чтобы специалисты по кинезотерапии, бытовой реабилитации, восстановлению речи объясняли ухаживающим за больным лицам цель и методику занятий, разъясняли необходимость таких дополнительных занятий во второй половине рабочего дня и в выходные дни [4].

Вот почему работа с семьей является важным звеном в реабилитации больных. Она должна:

- корригировать взаимоотношения родственников с больным;
- способствовать тому, чтобы в изменившейся ситуации больной смог занять достойное место в семье;
- заинтересовывать членов семьи в участии в реабилитационном процессе.

Реабилитологи должны разъяснять родным и близким больного необходимость его привлечения к посильной работе по дому; создания условий для различных занятий (терапия занятостью), для восстановления старых и развития новых увлечений (хобби), так как вынужденное безделье тяготит больного, усиливает депрессию, апатию и негативизм [6].

Задачей реабилитологов является полное и подробное информирование членов семьи о перспективах восстановления больного и их роли в его реабилитации.

В заключении совершенствование организационных основ нейрореабилитации - мета-анализ проведенных за последние 20 лет исследований в области доказательной реабилитации больных, перенесших инсульт, показал, что последовательная интенсивная реабилитация позволяет на 65% повысить уровень функционального восстановления и восстановления независимости в повседневной жизни; при раннем начале реабилитационных мероприятий отмечается лучшее восстановление нарушенных функций. Использование в реабилитации мультидисциплинарных команд приводит к повышению качества восстановления; в группе больных, получавших реабилитацию, снижается смертность; Ранняя реабилитация сокращает сроки пребывания больного в стационаре [4].

Таким образом, реабилитация не только улучшает состояние больных, качество их жизни, но и является экономически выгодным мероприятием для государства и общества. Но только с помощью хорошо организованной этапной реабилитации удастся в полном объеме осуществить основные принципы реабилитации: раннее начало, систематичность, последовательность и длительность, комплексность (использование мультидисциплинарных команд).

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белова Н.А. *Нейрореабилитация: руководство для врачей.* - М: Антидор, 2000. - 568 с.
2. Бушенева С.Н., Кадыков Л.С., Кротенкова М.В. *Функциональная магнитно-резонансная томография и нейрореабилитация // Практик. неврология и нейрореабилитация.* - 2006. - №2. - С. 39-41.
3. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. *Основы реабилитации неврологических больных.* - СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004. - 304 с.
4. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. *Восстановительная неврология // Практик. неврология и нейрореабилитация.* - 2006. - №1. — С. 5-7.
5. Asanuma H., Mackel R. *Direct and indirect sensory input pathways to the motor structure and function in relation to learning of motor skills // J. Physiol.* - 1989- ' (Suppl. 1). - P. 1-19.
6. Shumway-Cook A., Woollacott M.H. *Motor control. Theory and Practical Applications, 2nd edn. Lippincott Williams, Wilkins, 2001.* - 614 p.

### ТҮЙІН

Оңалтумен тұлғаның әлеуметтік мәртебесінің қалпына келуіне ауру немесе функциялардың жаракаты жоғалтылған нәтижелері қалпына келу бағытталған (дәрігерлік, психологиялық, педагогикалық, әлеуметтік, заң) шараларын кешен аужайлайды, онда бұл оның әлеуметтік және психологиялық қайта бейімдеуіне.

Оңалту тек қана емес науқастар, олардың өмірін сапа ахуалды асылдандырады, бірақ және мемлекет және қоғам үшін шара экономикалық тиімді болып табылады. Бірақ толық көлемде тек қана жақсы ұйымдастырылған кезеңді оңалтуды көмекпен оңалтудың негізгі қағидаттары

іске асыруға болады: ерте бас, жүйелілік, тізбек және ұзақтық.

### РЕЗЮМЕ

Под реабилитацией понимают комплекс мероприятий (медицинских, психологических, педагогических, социальных, юридических), направленных на восстановление утраченных в результате болезни или травмы функций, на восстановление социального статуса личности, то есть на его социальную и психологическую адаптацию.

Реабилитация не только улучшает состояние больных, качество их жизни, но и является экономически выгодным мероприятием для государства и общества. Но только с помощью хорошо организованной этапной реабилитации удается в полном объеме осуществить основные принципы реабилитации: раннее начало, систематичность, последовательность и длительность.

**Ключевые слова:** реабилитация, этап, качество жизни.

### RESUME

Rehabilitation it is the complex of the events (medical, psychological, pedagogical, social, legal) sent to renewal of the functions lost as a result of illness or traumas, on renewal of social status of personality, id est on his social and psychological readaptation.

A rehabilitation not only improves the state of patients, quality of their life but also is economically an advantageous actions for the state and society. But only by means of the well organized work rehabilitation it is succeeded in full to carry out basic principles of rehabilitation: early beginning, systematic character, sequence and duration.

**Keywords:** rehabilitation, stage, quality of life.

УДК 616.8-085.2/3

## КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

З.М. Ногайбаева, Т.В. Варзина, Р.М. Бектурганова, Э.К. Надырова

Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»,

г. Алматы, Казахстан

В Республиканском детском реабилитационном центре «Балбулак» проводится реабилитация детей с различной неврологической патологией, в том числе с когнитивными нарушениями. Раннее выявление когнитивных нарушений и адекватность их лечения позволяют добиться лучшего восстановления всех нарушенных функций.

Задержка психологического развития детей - это комплекс нарушений высших нервно психических функций интеллектуальной, речевой, эмоционально-волевой, двигательной с тенденцией их компенсации. У детей задержка психологического развития выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений игровых интересов, быстрой истощаемости в интеллектуальной деятельности. В комплекс диагностических мероприятий необходимо включить психолого-логопедическое обследование с применением нейропсихологического динамического тестирования, оценку состояния ребенка со стороны педагога и родителей, нейрорадиологические, электроэнцефалографические, по необходимости, биохимические методы исследования, определение остроты зрения и слуха. Лечебные и коррекционные мероприятия должны начинаться сразу после подтверждения диагноза.

Комплексный подход в лечение когнитивных нарушений у детей предусматривает: информированность членов семьи пациента и его учителей воспитателей о наличии когнитивного нарушения у ребенка, обеспечение мер психологической поддержки и учебной помощи с их стороны; индивидуальный подход к обучению, который должен включать коррекционные программы (занятия у психолога, логопеда, дефектолога, психотерапевта); лекарственную терапию (применение препаратов ноотропного ряда, которые способствуют наиболее полному преодолению нарушений высших мозговых функций).

Выбор препарата, уточнение его дозы и продолжительности приема осуществляются индивидуально с учетом клинических особенностей и степени выраженности когнитивных и поведенческих нарушений.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ 37 реабилитационных карт пациентов с нарушением психологического развития в возрасте от 1 года до 16 лет. По возрастному составу дети были распределены следующим образом: 1-3 года – 7 детей, 3-7 лет – 9 детей, старше 7 лет – 20.