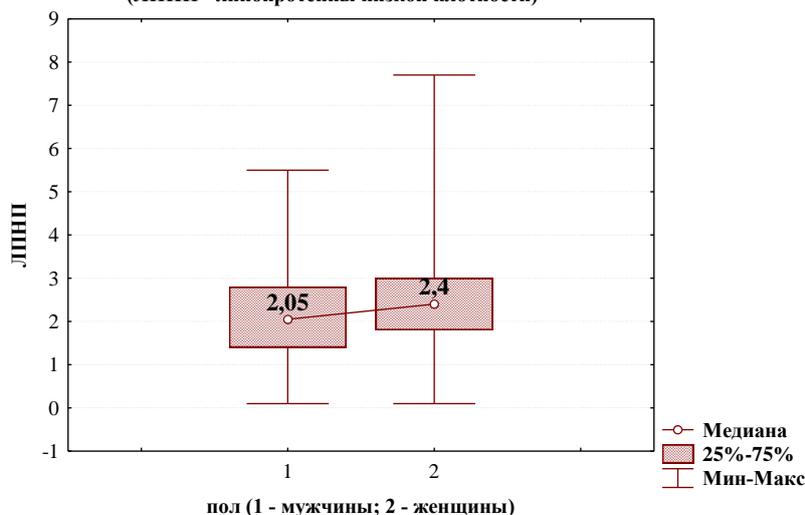


Рис.2 Диаграмма размаха по уровню ЛПНП в зависимости от пола (ЛПНП - липопротеины низкой плотности)



Выводы. Исследование показало важность оценки показателей липидного обмена, особенно ЛПНП. Определены статистически значимые различия по показате-

лям ОХ и ЛПНП в зависимости от пола, более высокие значения отмечены у женщин больных артериальной гипертензией.

Артериалды гипертензиямен ауыратын науқастарда липид алмасу көрсеткіштерінің жыныстық айырмашылықтары

А.С. Керімқұлова, Л.М. Турарова, Б.Т. Рысбекова, Ф.Е. Абайханова

2008-2010 жылдар аралығында Семей қ. диагностикалық орталығында 828 артериалды гипертензиямен ауыратын науқастардың амбулаторлы карталары мәліметтері бойынша липид алмасу көрсеткіштерін зерттеу жүргізілді. Жынысы бойынша бөлгенде ерлер -238, әйелдер – 590. Жалпы холестерин мен тығыздығы төмен липопротеидтер көрсеткіштері жынысы бойынша статистикалық маңызды айырмашылық анықталды, көрсеткіштер артериалды гипертензиямен науқастарда жоғары.

Gender features in lipid metabolism of hypertensive patients

A.S. Kerimkulova, L.M. Turarova, B.T. Risbekova, F.Ye. Abaihanova

For the period 2008-2010 year indicators of lipidic metabolism was explored according to outpatient cards of 828 hypertensive patients within the diagnostic center of Semey city, divided by gender (men 238, women 590 respectively). Statistically significant differences have been identified in indicators of total cholesterol and low density lipoprotein, depending on gender, so higher values have been observed within female hypertensive patients.

УДК 616.74-009.11-02

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ СПАСТИЧНОСТЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Е.В. Иволгина

Учреждение «Амбулаторный центр», г. Усть-Каменогорск

Инсульт в настоящее время является одной из главных причин смертности и инвалидизации населения земного шара. Инсульты оставляют после себя серьезные последствия, ведущие к ограничению таких важных для жизни функций, как самообслуживание, самостоятельное передвижение, к ограничению социального функционирования. Более чем у половины больных, перенесших инсульт, остаются двигательные нарушения, существенно снижающие качество жизни и нередко приводящие к стойкой инвалидизации. Восстановление утраченных двигательных функций максимально в течение 2-3 месяцев с момента инсульта, в дальнейшем темпы восстановления снижаются значительно. С течением времени маловероятно уменьшение степени пареза, однако возможно улучшение двигательных функций путем снижения спастичности в паретических конечностях, тренировки равновесия и ходьбы.

Развитие спастичности при центральном парезе конечности связывают со снижением тормозных влияний

на спинальные мотонейроны и интернейроны, что приводит к увеличению числа импульсов, достигающих альфа-мотонейронов в ответ на растяжение мышцы. Снижение тормозных влияний на спинальные мотонейроны и интернейроны объясняется комбинированным поражением пирамидных и экстрапирамидных путей внутри головного мозга вследствие инсульта, при этом важную роль в развитии спастичности отводят повреждению кортико-ретикуло-спинального тракта. В развитии спастичности при поражении головного мозга большую роль играет ослабление тормозных влияний преимущественно на альфа-мотонейроны, обеспечивающие движение в антигравитационных мышцах, что объясняет появление характерных проявлений постинсультного спастического гемипареза: приведение плеча, сгибание в локтевом и лучезапястном суставе, приведение бедра, разгибание колена и подошвенное сгибание в голеностопном суставе. Если постинсультный парез сохраняется в течение длительного времени (не-

сколько месяцев и более), то могут возникнуть структурные изменения сегментарного аппарата спинного мозга, которые способствуют прогрессированию спастичности. Также развиваются вторичные изменения в паретичных мышцах, сухожилиях, суставах, которые усиливают двигательные расстройства и усиливают сопротивление, возникающее в мышце при ее растяжении, что необходимо учитывать при оценке мышечного тонуса в паретичных конечностях.

Основная цель лечения постинсультной спастичности состоит в улучшении функциональных возможностей паретичных конечностей. Зачастую в большинстве случаев возможности лечения спастичности ограничиваются только уменьшением боли и дискомфорта, связанного с высоким мышечным тонусом, облегчением ухода за парализованным пациентом. Перед тем, как начать лечить постинсультную спастичность, необходимо определить возможности лечения в данном конкретном случае, обсудить их с пациентом и его родственниками. Чем меньше срок с момента инсульта, вызвавшего спастический парез, тем более вероятно улучшение от лечения спастичности.

Материал и методы исследования: В условиях отделения восстановительного лечения Амбулаторного центра проходят лечение пациенты, перенесшие инсульт, в раннем восстановительном периоде, имеющие возможность самостоятельного передвижения, при отсутствии соматических противопоказаний. Программа медицинской реабилитации всегда строго индивидуальна, учитывает возраст, тип перенесенного инсульта, наличие сопутствующей соматической патологии.

Двигательная реабилитация включает в себя регулярные занятия лечебной физкультурой, основной задачей которой является восстановление (полное или частичное) объема движений, силы, ловкости в пораженных конечностях, навыков самообслуживания. В кабинете ЛФК с такими пациентами занимается врач, а также инструктор ЛФК. Существенно расширились возможности двигательной реабилитации благодаря тренажеру «МОТОмед», занятия на котором способствуют нормализации патологического мышечного тонуса, увеличению мышечной силы, улучшению координации движений. Кроме кинезотерапии больным назначается электростимуляция нервно-мышечного аппарата пораженных конечностей, если нет выраженной спастичности в паретических конечностях. Спастика ухудшает двигательные функции в паретических конечностях, нередко сопровождается болезненными мышечными спазмами, способствует развитию контрактуры и деформации конечности.

В качестве физиотерапевтических методов используются: гальванизация местно на паретичную конечность, переменное магнитное поле на мышцы сгибатели руки и разгибатели ноги, вакуумный массаж по торсионной методике, классический массаж. В ряде случаев положительный эффект достигается после придания определенного положения паретичной конечности. Из антиспастических препаратов для лечения постинсультной спастичности наиболее часто используются пероральные антиспастические средства, которые, уменьшая мышечный тонус, могут улучшить двигательные функции, снять болезненные мышечные спазмы, усилить действие лечебной физкультуры, и, как следствие, предупредить развитие контрактур. При легкой степени спастичности миорелаксанты могут значительно облегчить состояние пациента. Однако, при выраженной спастичности требуется тщательный титрованный подбор дозы, т.к. повышение дозы антиспастического препарата с целью уменьшения мышечного тону-

са нередко приводит к значительной мышечной слабости и седативному действию, что требует внимания у многих ходячих больных. Лечение миорелаксантами начинают с минимальной дозы с постепенным повышением до достижения желаемого эффекта. Антиспастические средства обычно используют как монотерапию, не комбинируя с другими миорелаксантами. В нашем отделении наиболее часто применяются: баклосан (баклофен), мидокалм.

Баклофен оказывает антиспастическое действие преимущественно на спинальном уровне. Препарат представляет аналог ГАМК, он связывается с пресинаптическими ГАМК - рецепторами, приводя к уменьшению выделения возбуждающих аминокислот (глутамата, аспартата) и подавлению моно-и полисинаптической активности на спинальном уровне, что и вызывает снижение спастичности. Начальная доза 5-15 мг/сутки (один или три приема), затем дозу увеличиваем на 5 мг каждый день до получения желаемого эффекта. Максимальная доза для взрослых 60-75 мг в сутки. Из побочных явлений пациента наиболее часто отмечают сонливость, головокружение, артериальная гипотония, диспептические расстройства.

Мидокалм (толперизон) – мышечный релаксант центрального действия, который стабилизирует мембраны нервных клеток. Снижает активность спинальных нейронов, участвующих в формировании спастичности, путем ограничения потока натрия через мембрану нервных клеток. Доза препарата: от 150 до 450 мг/сутки в три приема, внутримышечно по 100мг два раза в сутки. При его назначении следует учитывать его сосудорасширяющее действие, которое на фоне приема антигипертензивных, сосудистых препаратов может приводить к артериальной гипотонии. Достоинством препарата является его хорошая переносимость, отсутствие седативного эффекта.

Такие методы лечения, как введение ботулинического токсина (Ботокс, Диспорт) в отделении не используются из-за высокой стоимости препарата. За период 2008-2009 год пролечено 807 пациентов, из которых 168 пациентов с перенесенным ОНМК различного типа (20.8%), что еще раз подчеркивает актуальность проблемы инсульта.

Все пациенты проходили лечение в раннем восстановительном периоде, в возрасте от 45 до 63 лет (т.к. на реабилитацию принимались пациенты только трудоспособного возраста). Мужчин 98, женщин 70. С целью оценки выраженности изменений мышечного тонуса, а также контроля за проводимой терапией используется модифицированная шкала Эшуорта.

0 баллов – отсутствие мышечного тонуса

1 балл – незначительное повышение мышечного тонуса, проявляющееся хватанием, напряжением и расслаблением при минимальном сопротивлении в конце движения, когда пораженная часть (части) совершают движения в сгибателях или разгибателях.

1+ балл – незначительное повышение мышечного тонуса, проявляющееся напряжением, за которым следует минимальное сопротивление при совершении оставшегося (менее половины) объема движения.

2 балла – более заметное увеличение мышечного тонуса практически во всем объеме движения. Но движение производится легко.

3 балла - значительное увеличение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены.

4 балла - пораженные части ригидны при сгибании или разгибании.

Несомненным достоинством шкалы является простота использования, а недостатком – отсутствие четких

градаций. В ряде случаев для оценки выраженности спастичности использовалась электромиография.

Из 168 пролеченных пациентов с различными типами инсульта, 127 пациентов с явлениями пареза и спа-

стичности. Тип инсульта, степень спастичности представлена в таблицах.

Таблица №1. - Распределение пациентов по типу инсульта.

Тип инсульта	Количество пациентов	Процент
Ишемический	161	95.8%
Геморрагический	5	2.9%
САК	2	1.3%

Целью исследования явилось определение эффективности и безопасности терапии миорелаксантами, их влияние на выраженность спастичности по шкале Эшу-

орта через 4 недели лечения. В исследовании приняли участие 34 пациента, перенесшие ОНМК, пролеченные в ОВЛ за последние 6 месяцев 2009 года.

Таблица №2. - Распределение пациентов по степени спастичности (в баллах по шкале Эшуорта)

Степень спастичности (в баллах)	Количество пациентов (%)
0+16	7 (20.6%)
26	10 (29.4%)
36	14 (41.2%)
46	3 (8.8%)

Все пациенты были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, типу инсульта, выраженности спастичности, давности заболевания. Первая группа- 15 пациентов- на фоне базисной терапии (вазоактивные, нейропротективные препараты, статины, гипотензивные, итд) получали мидокалм в средней дозе 150-450 мг /сутки в три приема. Вторая группа -10 пациентов-получали баклосан в средней дозе 30-60 мг. Начальная доза баклосана 5-15 мг (один или три приема) с еже-

дневным увеличением дозы на 5 мг до достижения желаемого эффекта. Третья группа пациентов -9 человек не получали миорелаксанты по той или иной причине (лекарственная аллергия, отказ от медикаментозного лечения, итд).

Результаты исследования показали, что прием миорелаксантов достоверно снижает постинсультную спастичность.

Таблица №3. - Снижение спастичности (в баллах по шкале Эшуорта) через 4 недели лечения в группах больных, принимавших и не принимавших миорелаксанты.

Снижение степени спастичности (в баллах по шкале Эшуорта)	Группа пациентов, принимавших мидокалм. Кол-во больных (%)	Группа пациентов, принимавших баклосан. Кол-во больных (%)	Группа пациентов не принимавших миорелаксанты. Кол-во больных (%)
36	1 (6.7%)	1 (10%)	4 (44.5%)
26	2 (13.3%)	3 (30%)	3 (33.3%)
16	9 (60%)	4 (40%)	2 (22.2%)
06	3 (29%)	2 (20%)	-
Всего	15 (100%)	10 (100%)	9 (100%)

В целом в результате исследования было отмечено, что применение миорелаксантов не только снижает постинсультную спастичность, но и улучшает ежедневную активность больных в повседневной жизни, облегчает их уход за собой при отсутствии нежелательных явлений.

Резюме: Диагностика и лечение постинсультной спастичности представляют актуальную проблему современной неврологии. Большое значение в лечении имеет лечебная гимнастика, которая должна быть направлена на восстановление и улучшение утраченных функций, самостоятельное стояние и ходьбу, профилактику развития контрактур в паретичных конечностях. Хороший лечебный эффект дает применение физиотерапевтических методов лечения (гальванизация, ПемП, вакуумный и классический массаж). В качестве лекарственных антиспастических средств, применяемых внутрь, можно использовать мидокалм, баклосан, которые способны уменьшить мышечный тонус, улуч-

шить функциональные возможности паретичных конечностей у пациентов, перенесших инсульт.

Литература:

1. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. М. Медицина. 2005г.
2. Акшулаков С.К., Шевелева Н.И., Абдрахманова М.Г. Реабилитация больных с инсультами. Методические рекомендации.
3. Батышева Т.Т., Парфенов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт в поликлинике восстановительного лечения. Сборник статей 2008г.
4. Руководство АНА/ASA по профилактике инсульта. Обновления 2008г.
5. Парфенов В.А. Постинсультная спастичность. Журнал «Лечащий врач» №5.2008г.

Инсульттан кейінгі асқынудан құтылу және оның емі

Қазіргі неврологияда инсульттан кейінгі асқынудың мәселесінің диагностикасы мен емі.Емдеу кезінде шипалы гимнастиканы қолдану зор мәнін тигізеді,сондай -ақ бұрынғы қалпына келтіру және жоғалтқан күшін қалпына келтіру, өз бетімен жүруіне алдын ала шаралар қолдану. Емдеу барысында физиотерапевтикалық әдісін пайдалану, соның ішінде (гальванизация,ПемП,вакуумдық және классикалық массаж) жақсы әсерін тигізеді. Ал енді антисептикалық дәрі – дәрмекке келсек, бұлшық ет тонусын азайтуға мидокали,баклосан көмектеседі. Инсульты бар емделушіге функционалдық ықпалын тигізеді.