

Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Український державний науково-дослідний інститут
медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»
Школа реабілітаційної медицини Українського католицького університету
ГО Всеукраїнське товариство нейрореабілітації
ГО Українська асоціація фізичної терапії

Науково-практична конференція

4й ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

07-08 квітня 2016 року
Львів

ПРОГРАМА ФОРУМУ

організатори и партнери:



Українська Асоціація
фізичної терапії
Ukrainian Association
of Physical Therapy



Науково-практична конференція

**4й ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ
НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ТА
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ
ЕКСПЕРТИЗИ**

07-08 квітня 2016 року
Львів

ПРОГРАМА ФОРУМУ

www.uanr.com.ua

e-mail: info@uanr.com.ua

e-mail: uanr2013@gmail.com

а. я. 1832, 49027, Дніпропетровськ, Україна



Шановні колеги!

4й Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи переїхав до Львову. До партнерів Форуму приєдналися Школа Реабілітаційної Медицини Українського Католицького Університету та ГО «Українське товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини». Ми продовжуємо об'єднувати всіх лікарів, задіяних у наданні реабілітаційної допомоги, фізичних терапевтів, як сучасних, так й майбутніх, фахівців системи медико-соціальної експертизи. Сучасна (нейро)реабілітація на гострому та підгострому етапах неможлива без функціонуючої мультідисциплінарної команди. Матеріали Форуму включають інформацію щодо організації процесу нейрореабілітації, використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, епідеміології, окремих методик (нейро)реабілітації, психологічної допомоги та дитячої реабілітації. Головними принципами сучасної (нейро)реабілітації є пацієнт-центричність, цільоспрямованість та функціональна направленість. Базисом для запровадження цих принципів є біо-психо-соціальної моделі обмеження життєдіяльності.

Тезова збірка містить 69 тез українських та білоруських авторів. Лекторами Форуму 2016 будуть провідні фахівці у галузях нейрореабілітації, фізичної та реабілітаційної медицини, неврології, фізичної терапії, медико-соціальної експертизи з Німеччини, Ізраїлю, Латвії, Канади, Чехії, Швейцарії та України.

Окрема секція буде присвячена питанням командної співпраці в реабілітації. Традиційно на Форумі одна із секцій буде присвячена аспектам реабілітаційного медсестринства.

Сподіваємося, що Четвертий Всеукраїнський форум з нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи продовжить процес об'єднання лікарів та фахівців, що потрібні складати реабілітаційну мультідисциплінарну команду та забезпечить подальшу їх продуктивну співпрацю.

З щирою повагою,
Президент Форуму,
директор ДУ «Український державний НДІ
медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»,

професор А.В. Іпатов

**Голова Оргкомітету –
Президент Форуму****А.В. Іпатов**

професор, директор ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

**Почесні співголови
Оргкомітету****- о. Богдан Прах**

ректор, ВНЗ «Український католицький університет»

-Т.С. Міщенко

професор, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Неврологія»

-Уляна Супрун

директор Школи реабілітаційної медицини ВНЗ “Український католицький університет”

**Відповідальний
секретар Оргкомітету****-В.А. Голик**

Академічний директор Школи реабілітаційної медицини ВНЗ «Український католицький університет», Голова Правління ГО «Всеукраїнське товариство нейрореабілітації»

**Міжнародний
Оргкомітет Форуму****-professor Volker Hoemberg, Germany**

General Secretary, World Federation for NeuroRehabilitation, Vice President, European Federation of Neurorehabilitation Societies, Head Dept. Neurology, SRH Health Center, Bad Wimpfen

-professor Natan Bornstein, Israel

Vice-President World Stroke Organization, Professor of Neurology at the Tel-Aviv University, Sackler Faculty of Medicine, Head of Stroke Unit at the Tel-Aviv Medical Center

-professor Aivars Vetra, Latvia

President, Baltic and North Sea Forum of Physical and Rehabilitation Medicine, Riga Stradins University, founder and Dean (for 20 years) Rehabilitation Faculty, Head of Rehabilitology Research laboratory, Professor of Rehabilitation department, National Rehabilitation Centre „Vaivari”, Assistive Technology department, Senior consulting doctor

- Zoltan Vekerdi, Hungary

Medical Adviser, NATO Liaison Office, Kiev

Acting Surgeon General, Medical Centre, Hungarian Defence Forces.

- Renata Roman, Canada

PT, MCPA Owner & Director Clarkson Sports & Physiotherapy Clinic

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ

- Місце проведення:** Кампус ВНЗ «Український католицький університет» на вул. Хуторівка, Будівля Львівської духовної семінарії Святого Духа вул. Хуторівка, буд.35 (зал пленарних засідань), та корпус Філософсько-богословського факультету Українського католицького університету, вул. Хуторівка, буд. 35а (реєстрація, конференц-зал, виставка, харчування), м. Львів
- Реєстраційна група**
- розташування: атриум корпусу Філософсько-богословського факультету ВНЗ «Український католицький університет».
 - реєстрація починається з 08:30 07 та 08 квітня 2016.
- Реєстраційний внесок включає:**
- пакет учасника, програма, збірка тез, спеціалізований випуск «Українського вісника медико-соціальної експертизи», бюджет учасника
 - талони на отримання системи синхронного перекладу (зал Духовної семінарії)
- Мови**
- мовами Форуму є українська, англійська та російська;
 - переклад на лекціях англійською та російською мовою забезпечується.
- Оргкомітет:**
- e-mail: uanr2013@gmail.com, info@uanr.com.ua,
tel. +380 (67) 630 89 08, +380 (67) 630 89 14
www.uanr.com.ua

1. Організація (нейро)реабілітаційної допомоги в світі та України	10
Уніфікований протокол медичної допомоги «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями»	10
Менеджмент больного в острому періоді інсульту. Рання реабілітація. (На основі наказу МОЗ України № 602 від 03.08.2012).	11
2. Використання МКФ в (нейро)реабілітаційній практиці	13
Обмеження життєдіяльності хворих на артеріальну гіпертензію у головних сферах життя	13
Розробка набору МКФ-кодів для пацієнтів з наслідками захворювання органа слуху	14
Оцінка ефективності реабілітації дітей з обмеженнями можливостей відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.	15
Використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я в оцінці наслідків хребетно-спинномозкової травми.	16
3. Епідеміологія інвалідності	18
Динаміка показателів первинної інвалідності внаслідок раку щитовидної залози в Республіці Білорусь	18
Актуальні питання реабілітації інвалідів учасників антитерористичної операції	19
Особливості первинної інвалідності, пов'язані з інфекцією вірусом імуннодефіциту людини	19
Аналіз основних показників первинної інвалідності за 2015 рік	21
Структура інвалідності учасників антитерористичної операції в Полтавській області за 2015 рік	22
Показателі первинної дитячої інвалідності в Республіці Білорусь	23
Первинна інвалідність осіб трудоспособного віку в регіонах Республіки Білорусь	24
Особливості епідеміології інвалідності при розсіяному склерозі у Черкаській області	25
Показателі первинної інвалідності внаслідок хвороби Альцгеймера в Республіці Білорусь	26
Епідеміологія первинної інвалідності внаслідок епілепсії дитячого віку в Республіці Білорусь	27
4. Медико-соціальна експертиза та якість життя	28
Медико-соціальна реабілітація при хворобах центральної і периферичної нервової системи	28
Динаміка інвалідності та сучасні підходи до реабілітації інвалідів внаслідок гіпотиреозу	29
Експертні критерії при проведенні медико-соціальної експертизи пацієнтів після трансплантації органів (почки, печінка, серце)	30
Оцінка якості життя з хворобою Паркінсона	31
Аналіз тимчасової нетрудоспособності пов'язаної з вірусом імуннодефіциту людини в інфекційному стаціонарі	32
Клінічні, нейропсихологічні особливості та чинники обмеження життєдіяльності пацієнтів з дискогенними попереково-крижовими радикулопатіями на окремих етапах післяопераційного періоду	33
Метод оцінки ступеня втрати загальної трудоспособності в практиці медико-соціальної експертизи	34
Епідеміологія інвалідності внаслідок церебро-васкулярних захворювань в Одеській області	35

5. Дитяча нейрореабілітація	36
Порівняння ефективності інтегральної кінезіотерапії у дітей до 3-х та 6-ти років життя з спастичним церебральним паралічем із застосуванням скальп акупунктури та без	36
Дослідження впливу психокорекційної програми з включенням дельфінотерапії на емоційну сферу дітей з психофізичними порушеннями.	37
Діагностика і реабілітація порушень динамічного стереотипу та церебральної гемодинаміки у пацієнтів з наслідками інтранатального ураження нервової системи	38
Реабілітація дітей с детским церебральным параличом, судорожным синдромом на базе Минской областной детской клинической больницы	39
Використання ерготерапії у дітей з органічним ураженням нервової системи	40
Реалізація найсучасніших принципів реабілітації дітей 0-3 роки у програмі Ранне	41
Медико-соціальні прогностичні аспекти якості життя дітей з обмеженими можливостями внаслідок патології нервової системи	42
4. Біо-психосоціальна реабілітація	43
Формирование программы медицинской реабилитации для детей с наследственной нервно-мышечной патологией	43
Потребность в мероприятиях медицинской реабилитации детей с наследственной нервно-мышечной патологией	44
Біопсихосоціальна реабілітація підлітків з пограничними психічними розладами	45
Психологічна складова індивідуальної програми реабілітації учасників бойових дій	46
Реабілітація хворих з постінсультними когнітивними і депресивними розладами	47
Особенности психологической адаптации в пожилом и старческом возрасте	48
Алгоритм комплексной реабилитации инвалидов	49
Комплексна допомога учасникам АТО з відновної медицини та духовного відродження	50
Особенности психоэмоциональных реакций на когнитивную нагрузку у пациентов в отдаленном периоде после инсульта	51
Медикаментозная реабилитация больных с депрессивными расстройствами	52
6. Окремі аспекти и стани в (нейро)реабілітації	53
Традиційні та альтернативні методи корекції порушених функцій у пацієнтів з перенесеним інсультом у відновному періоді	53
Засоби відновлення рівноваги постінсультних хворих: науково-доказова база	54
Можливості в реабілітації бойової ЧМТ	55
Адаптивні технології у відновленні після інсульту: науково – доказова база	56
Экспериментальное исследование терапевтического потенциала постнатальных мультипотентных стволовых клеток – производных нервного гребня	57
Інформативність методів оцінки церебральної гемодинаміки у хворих на цукровий діабет 2 типу в поєднанні з гіпертонічною хворобою та їх значення в практиці МСЕ	58
Біль в спині – погляд фахівця-вертебролога	59
Ахондроплазия. Клиническое наблюдение и реабилитация	60
Вопросы сердечно – сосудистой безопасности ранней реабилитации после инсульта	61
Рання післяопераційна реабілітація хворих із рефлекторним іритативним синдромом хребтової артерії на тлі багаторівневих гриж шийного відділу хребта	62
Подходы к диагностике и лечению пароксизмальных состояний, спровоцированных злоупотреблением алкоголя.	63
Отдельные аспекты и состояния в нейрореабилитации	64
Лікування залишкового болю у ранньому періоді після операцій мікродискектомій у	66

поперековому відділі хребта	
Комбінований метод міоелектростимуляції в відновному лікуванні хворих з больовими спонділогенними синдромами	67
Метод підвищення ефективності відновного лікування хворих з закритими травмами периферичних нервів	68
Досвід відновлення функції опори та ходьби у хворих після мозкових інсультів	69
Опыт применения микрополяризации мозга в лечении бульбарного синдрома у постинсультных больных.	70
Сучасне лікування постінсультної спастичності м'язів	70
Программы лечебно-реабилитационной помощи детям с головными болями напряжения	71
Оцінка когнітивних викликаних потенціалів в динаміці відновного лікування хворих з цереброваскулярними захворюваннями	72
Інформативність комплексного нейровізуального обстеження хворих при цереброваскулярних захворюваннях різної тяжкості	73
Особливості проведення відновного лікування при цереброваскулярних захворюваннях	74
Значення змін імунних та адаптаційних показників при прогнозуванні перебігу цереброваскулярних захворювань	75
Методика застосування фотоманітотерапії у медичній реабілітації дисциркуляторної енцефалопатії	76
Принципи побудови методик відновного лікування у хворих на гліальні пухлини головного мозку	77
Метод медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией	78
Удосконалення методів і засобів реабілітації дітей і дорослих з паралітичними деформаціями хребта	79
Применение мезенхимальных стволовых клеток в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом	80

Уніфікований протокол медичної допомоги «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями»

Мартинюк В.Ю.,
Назар О.В.

ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України»

Мета: розробка уніфікованого клінічного протоколу обумовлена необхідністю стандартизації медичної допомоги дітям з руховими порушеннями, що передбачає застосування найбільш ефективних медикаментозних засобів та методів реабілітації згідно засад доказової медицини.

Методи: в Україні створення клінічних настанов (КН) та протоколів відбувається шляхом адаптації вже існуючих, розроблених на базі всесвітньовідомих медичних закладах. Проведений літературний огляд за 2002-2012гг. в міжнародних базах КН.

Результати: на основі адаптованих КН був розроблений Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги (УКПМД) «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» (наказ МОЗ України №286 від 09.04.13р.)

Згідно УКПМД під час клінічного обстеження проводиться оцінка неврологічного статусу та функціонального стану дитини з церебральним паралічем (ЦП) за допомогою міжнародних шкал (GMFCS, GMFM, MACS). Під час розробки індивідуальної програми реабілітації (ІПР) застосовується мультидисциплінарний підхід.

За рекомендаціями NICE (2012), всі діти зі спастичністю повинні бути оглянуті ортопедом на наявність ортопедичних ускладнень, ерготерапія є основним методом реабілітації дітей зі спастичністю. Серед медикаментів рекомендовані лише препарати для зниження спастичності (центральні міорелаксанти, препарати ботулотоксину А), які повинні застосовуватися одночасно з кінезіотерапією та ерготерапією. Інші групи медикаментів (ноотропи, нейрометаболіти) не були представлені в оригінальних КН.

Нейророзвиткова терапія (Бобат-терапія), сенсорно-інтегративна терапія, лікувальна фізкультура, масаж та інші методи кінезіотерапії направлені на підвищення функціональної активності дітей. Згідно рекомендацій робочої групи, метод В.І. Козьявкіна, ДПК, Войта-терапію доцільно використовувати в комплексній реабілітації дітей з руховими порушеннями. Апаратна фізіотерапія не була представлена в оригінальних КН.

Висновки: впровадження УКПМД сприятиме складанню ІПР дитини з руховими порушеннями з урахуванням всіх її потреб та рівня функціональних можливостей, з застосуванням найбільш ефективних медикаментів та методів реабілітації згідно засад доказової медицини.

Менеджмент больного в остром периоде инсульта. Ранняя реабилитация.

(На основе приказа МОЗ Украины № 602 от 03.08.2012).

Яворская В.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра невропатологии и нейрохирургии.

В далеком 1995 году эксперты ВОЗ разработали программу реабилитации после инсульта, где была поставлена цель. "Более 70% пациентов после инсульта должны быть независимы в повседневной жизни через три месяца после начала заболевания"

Добиться таких результатов невозможно без непрерывности и преемственности реабилитационных мероприятий на всех этапах лечения: стационар, реабилитационный центр, амбулаторная реабилитация, санаторно – курортное лечение.

Ранняя реабилитация (РР) у лиц, перенесших инсульт эффективна в 80%, в 10% происходит самостоятельное восстановление и ещё в 10% случаев она бесперспективна. Однако при отсутствии РР ≈ 75-80% больных становятся инвалидами. Из них: 10% - тяжёлыми, 55% - не удовлетворены качеством жизни и лишь 10-12% могут вернуться к своей работе.

РР – это медикаментозная терапия и реабилитационные методики (ранняя вертикализация и мобилизация пациента). Принципы медикаментозной терапии включают лечение основных и сопутствующих заболеваний; активацию регенеративно-репаративных процессов мозга. РР направлена на устранение: персистирующих нарушений глотания (у половины больных), двигательных нарушений, дефектов полей зрения, нарушения высших психических функций, депрессии (у половины больных). Основная цель РР — профилактика образования устойчивых патологических систем (контрактур и устойчивых патологических поз). Это достигается как медикаментозной, так и двигательной терапией. Для проведения адекватной РР после инсульта не требуется чрезмерных дополнительных затрат. Наибо-

лее эффективной организацией помощи больным с инсультом является комбинирование БИТ и блока РР. Особенность БИТ – наличие специально обученного персонала, который осуществляет единый мультидисциплинарный подход к лечению и уходу. Основные специалисты в мультидисциплинарном инсультном блоке (МДИБ) – врач (невролог, кардиолог), медицинские сестры, специалисты по лечебной физкультуре, эрготерапевты, логопеды и социальные работники. На регулярных встречах обсуждают проблемы каждого пациента, решают промежуточные и ставят окончательные цели РР. МДИБ может находиться в структуре единого неврологического отделения. Эффективность лечения значительно ниже там, где нет реабилитационной службы. Методы РР: проведение пассивных движений; позиционная активизация (повороты, подъемы головного конца и др.), антиконтрактурный массаж, стимуляция активных движений.

Работа начинается уже на следующий день после инсульта, сразу после стабилизации жизненно важных функций пациента и, как правило, в блоке интенсивной терапии (БИТ). Исключение составляют пациенты с признаками дислокации мозга, спонтанным субарахноидальным кровоотечением из аневризмы, при опасности повторной кардиогенной эмболии, с глубоким нарушением сознания и др. угрожающими жизни состояниями. Начинать надо с лечения положением. Это придание парализованным конечностям и телу правильного положения (корректирующие позы). Лечение положением можно проводить всем больным, независимо от тяжести состояния (!) с первых часов инсульта (!). Несмотря на всю простоту, лечение положением играет огромную роль в РР после перенесенного инсульта. Данная

процедура способує зниженню м'язової спастичності, відновленню схеми тіла, нормалізації глибокої чутливості, зниженню болювого синдрому, а так же зниженню патологічних установок і попередженню розвитку контрактур. Більше того, це зменшує ускладнення: пневмонію, тромбоз глибоких вен, тромбофлебит, пролежні. Положення хворого змінюється кожні 2-3 год. Для ведення пацієнтів з мозговим інсультом є "золоте" правило – "пацієнт лежить на будь-якому боці, але не на спині".

В фазі ранньої мобілізації (РМ) необхідно здійснювати контроль за життєвими функціями: прийомом їжі, дефекацією, мочепусканням; проводити активізуючий догляд: раннє використання прикватного туалету (а не судна), постійна перевірка функції ковчання, застосування спеціально підібраної дієти, достатнього кількості потре-

бляємої рідини, компресійні чулки. РМ безпечно і виконувана в умовах реальної клінічної практики (Bernhardt J. et al., 2008); добре переноситься, підвищує рівень свідомості, середнє АД, насичення крові киснем. (Indredavik B. et al., 2009). Фаза ранньої вертикалізації включає: підняття головної кінці кроваті, підвищене положення туловища і грудної клітки з перших днів, включаючи прийом їжі, опускання нижніх кінціностей, вставання з допомогою мед. персоналу на 2-3-5 хв біля кроваті, пересаживання в прикватне крісло.

Реабілітація після виписки з лікарні значно ускладниться, а в деяких випадках, буде невиконувана, якщо на цьому етапі не будуть здійснені заходи. Більшість методів ранньої рухової реабілітації достатньо прості і є доступними і для родичів хворого.

Обмеження життєдіяльності хворих на артеріальну гіпертензію у головних сферах життя

Дроздова І. В.,
Яновська С.Я.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпропетровськ, Україна

Мета роботи: визначити провідні чинники обмежень життєдіяльності у домені головні сфери життя хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріал і методи: Відкрите контрольоване дослідження, що проводилось на базі ДУ «Укр-ДержНДІ МСПІ МОЗ України» після отримання інформованої згоди охоплювало 49 хворих на АГ III стадії у віддаленому періоді після перенесеного ішемічного інсульту. АГ діагностована відповідно до вимог діючих нормативних документів. Обмеження життєдіяльності хворих визначали згідно з МКФ.

Результати та їх обговорення: Згідно з МКФ найбільш інформативними для хворих з АГ були такі сфери життєдіяльності: міжособистісні взаємодія й відносини (20,4), головні сфери життя (19,7), навчання та використання знань (18,1), самообслуговування (14,2), побутове життя (14,1), мобільність (7,4).

У домені головних сфер життя для хворих з АГ III стадії у віддалений термін після перенесеного інсульту, найбільш значущими були: неформальне спілкування (19,4), індивідуальна трудова діяльність (18,7), базисні економічні відносини (16,3), можливість кристуватись витворами мистецтва (13,6), виконання трудових обов'язків (13,2) та неоплачуваної роботи (9,2),

особистісні економічні ресурси (8,1). У хворих на АГ III стадії вірогідно зростали обмеження життєдіяльності при отриманні шкільної освіти, пошуку, виконанні та припиненні роботи, при зайнятті індивідуальною трудовою діяльністю, у базисних та складних економічних відносинах. Якщо розглядати можливість здобуття освіти хворими з АГ, то найбільш інформативними серед них є: можливість здобуття шкільної (7,7), неформальної (6,9), дошкільної (5,1) та вищої (0,6) освіти. У роботі й занятості найбільш інформативними для цих осіб були: індивідуальна трудова діяльність (18,7), можливість виконання (13,2) та неоплачувана (9,2) робота, повна трудова зайнятість (2,5), припинення (1,9) та пошук (1,8) роботи, учнівство (1,3). В економічному житті найбільш вагомими у таких пацієнтів виступали: базисні (16,3) та складні (4,9) економічні відносини, а також можливість користування громадськими економічними фондами (1,4).

Висновки: визначення провідних чинників, що обмежують життєдіяльність у головних сферах життя хворих на АГ після перенесеного ішемічного інсульту, має бути за основу розробки індивідуальної програми реабілітації щодо перенавчання, перекваліфікації, економічного життя.

Разработка набора МКФ-кодов для пациентов с последствиями заболеваний органа слуха

В.Б. Смычек¹,

Л.Э.Макарина-Кибак²,

С.В. Козлова²

¹ ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,

пос. Городище, Республика Беларусь

² ГУ «РНПЦ оториноларингологии», Минск, Республика Беларусь

В настоящее время в Республике Беларусь разрабатываются новые подходы к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в оценке здоровья населения. Практическое внедрение МКФ с целью более эффективного функционирования системы медико-социальной экспертизы и реабилитации требует разработки определенных наборов МКФ-кодов, характеризующих профиль функционирования у пациентов с различной нозологией.

Цель исследования: разработать набор МКФ-кодов для оценки индивидуального и социального функционирования пациентов с последствиями заболеваний органа слуха.

Материалы и методы: проведено клинико-функциональное обследование 125 пациентов в возрасте от 18 до 54 (59) лет с нарушениями слуха различной степени выраженности, обратившихся за медицинской помощью в РНПЦ оториноларингологии за период 2010-2015гг. Результаты проведенного обследования легли в основу разработки МКФ-профиля функционирования у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха, представленного набором патогенетически взаимосвязанных нарушенных структур и функций организма, которые приводят к ограничению активности и возможности участия в сочетании с факторами окружающей среды. В процессе исследования сформирован набор МКФ-кодов, значимых для экспертной оценки и хорошо поддающихся объективизации.

Результаты. Набор доменов для кодирования показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха:

- *перечень категорий домена «функции организма» (b):*

b230-функции слуха: b2300-восприятие звука, b2301-распознавание звуков, b2302-локализация источника звука, b2304-распознавание речи;

- *перечень категорий домена «структуры организма» (s):*

s250-структура среднего уха: s2500-барабанная перепонка, s2501-евстахиева труба; s260-структура среднего уха;

- *перечень категорий домена «активность и участие» (d):*

d2-Общие задачи и требования: d2101-выполнение сложной задачи;

d3-Общение: d310-восприятие устных сообщений при общении, d315-восприятие сообщений при невербальном способе общения, d330-речь, d3351-составление и изложение сообщения посредством знаков и символов, d350-разговор, d3600-использование телекоммуникационных устройств, d3602-использование техник общения;

d7-Межличностные взаимодействия и отношения: d740-формальные отношения, d750-неформальные социальные отношения, d760-семейные отношения;

d8-Главные сферы жизни: d825-профессиональное обучение, d830-высшее образование, d8450-поиск работы, d8451-выполнение трудовых обязанностей, d8502-полная трудовая занятость

- *перечень категорий домена «факторы окружающей среды» (e):*

e1151-вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного пользования,

e1251- вспомогательные средства и технологии коммуникации, e1351-вспомогательные изделия и технологии для труда и занятости, e1401- вспомогательные изделия и технологии для культурного досуга, отдыха и спорта, e2500-интенсивность звука, e2501-качество звука, e310-семья и ближайшие родственники, e325-знакомые, сверстники, коллеги, соседи и члены сообщества, e355-профессиональные медицинские работники, e580-службы, административные системы и политика здравоохранения, e590- службы, административные системы и политика труда и занятости.

Коды МКФ требуют использования одного или большего количества определителей, которые обозначают величину уровня здоровья или выраженности проблемы. Кодирование без определителей не имеет никакого смысла. Оценка определителей категорий доменов

для кодирования показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха, находится в стадии разработки.

Выводы: Практическое применение МКФ-кодов позволит получить структурированную и всестороннюю оценку о функциональных возможностях и ограничениях жизнедеятельности у пациентов с последствиями заболеваний органа слуха с учетом воздействия на них факторов окружающей среды.

A set of ICF codes of pathogenically relative disturbed structures leading together with environmental factors to work inhibition and ability to take part was developed on the base of clinical and functional examination of 125 patients with auditory organ diseases sequela.

Оцінка ефективності реабілітації дітей з обмеженнями можливостей відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

Спасібухова В.С. ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України» м. Київ.

Мета роботи. Впровадження відповідних шкал з підтвердженою надійністю та достовірністю для оцінювання ефективності окремих реабілітаційних методик та комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності.

Матеріали та методи роботи. Аналіз історій хвороб за наступними критеріями відбору: діагноз за МКХ-10; вік дитини; рівень рухових можливостей за системою класифікації глобальних моторних функцій (GMFCS); рівень здатності використання кисті за системою класифікації функцій рук (MACS); інтелектуальний

коефіцієнт (IQ) за шкалою інтелекту Векслера.

Оцінка результатів реабілітаційних методик, які впливають на структуру та функції організму за МКФ, проводилися на основі за шкалою Ашворса, модифікованою шкалою Тард'є, зміни пасивного діапазону рухів, сили м'язів, дитячої шкали рівноваги (Pediatric Balance Scale).

Більш прогресивний підхід до реабілітації заключається у використанні методик, які впливають на активність за МКФ. Вони оцінюються за шкалами глобальних моторних функцій (GMFM-66), педіатричної оцінки обліку інвалід-

ності (PEDI FSS), досягнення цілей (GAS), анкету до досвіду використання ураженої кисті під час бімануальної діяльності (CHEQ). Участь дитини за МКФ розцінюється за шкалою оцінки участі, залучення і вибору діяльності дитини (CAPE & PAC) та шкалою PEDI CAS.

Результати роботи. Результати оцінювання пацієнтів проводилися на початку лікування та при повторному обстеженні наприкінці курсу реабілітації через 2-4 тижні. Оцінка ефективності та шкалами визначалася різницею балів, яка об'єктивно демонструвала покращення функціонального стану дитини.

Для скорочення часу обстеження визначені основні та додаткові шкали оцінки ефектив-

ності окремих реабілітаційних методик в залежності від рівня функціональних можливостей дитини.

Висновки. 1. Впровадження оцінювальних шкал забезпечує визначення ефективності окремих реабілітаційних методик або комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності.

2. Тести та шкали оцінки ефективності дозволяють провести ідентифікацію функціональної затримки, експертизу поліпшення після втручання для окремої дитини, оцінку і моніторинг прогресу в клінічних та наукових дослідженнях.

Використання Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я в оцінці наслідків хребетно-спинномозкової травми.

Тарасенко О.М.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

Мета. Використати МКФ для складання профілю функціонування пацієнтів та інвалідів з наслідками хребетно-спинномозкової травми.

Методи. Метод складання профілю хворих та інвалідів з наслідками хребетно-спинномозкових травм на основі МКФ розроблено на основі досліджень згідно наукової теми, яка виконується групою медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів з наслідками травм та ортопедичних захворювань у сполученні з ураженнями периферичної нервової системи. В дослідження були включені 115 пацієнтів, які були на експертизі або лікуванні в відділенні травматології та ортопедії ДУ «Укр Держ НДІ МСПІ МОЗ України» з 2012 по перший квартал 2016 року. Середній вік хворих склав $42 \pm 5,6$ років. Чоловіків було 96 (83,5%), жінок – 19 (16,5%).

Результати. Повна кількість доменів, наявних в МКФ складає 1424 коди, тому для висвітлення профілю функціонування таких пацієнтів було розроблено короткий набір доменів. В розділі функції організму визначали: b 152 функції емоцій, b 280 відчуття болю, b 525 функції дефекації, b 620 функції сечовипускання, b 640 сексуальні функції, b 710 функції рухливості суглоба, b 730 функції м'язової сили, b 735 функції м'язового тону, b 810 захисні функції шкіри. В розділі структури організму: s 120 спинний мозок та суміжні структури, s 430 структура дихальної системи, s 610 структура сечовидільної системи, s 810 структура шкірного покриву. В розділі активність та участь: d 230 виконання повсякденного розпорядку, d 240 подолання стресу та інших психологічних навантажень, d 410 зміна пози тіла, d 420 переміщення тіла, d 445 використання кисті і руки,

d 455 пересування інший спосіб, аніж ходьби, d 465 пересування з використанням технічних засобів, d 470 використання пасажирського транспорту, d 520 догляд за частинами тіла, d 530 фізіологічні відправлення, d 550 прийом їжі. В розділі фактори навколишнього середовища: e 110 продукти або речовини для персонального споживання, e 115 виробу і технології для особистого повсякденного використання, e 120 виробу і технології для персонального пересування і перевезення всередині і поза приміщеннями, e 150 дизайн, характер проектування, будівництва та облаштування будівель для громадського користування, e 155 дизайн, характер проектування, будівництва та облаштування будівель приватного використання, e 310 сім'я і найближчі родичі, e 340 персонал, який здійснює догляд і допомогу, e 355 професійні медичні працівники, e 580 служби, адміністративні системи і політика охорони здоров'я. Всі ці параметри були оцінені за допомогою єдиної оціночної шкали: xxx.0 (втрата 0-4%), xxx.1 (втрата 5-24%), xxx.2 (втрата 25-49%), xxx.3 (втрата 50-95%), xxx.4 (втрата 96-100%). Для кількісної оцінки факторів навколишнього середовища ці показники можуть мати як негативне так і позитивне значення (полегшуючі фактори).

Як приклад можна привести профіль пацієнта з наслідками ХСМТ, забою спинного мозку в шийному відділі хребта, перелому С6 хребця (4 роки після отримання травми) В розділі функції організму визначали: b 152.3 b 280.1, b 525.0, b 620.0, b 640.3, b 710.2, b 730.2, b 735.1, b 810.0, s 12000.2, s 430.0, s 610.0, s 810.0, d 230.1, d 240.2, d 410.1, d 420.1, d 445.2, d 455.1, d 465.0, d 470.1, d 520.1, d 530.1, d 550.1, e 110+3, e 115+2, e 120+2, e 150.2, e 155.2, e 310.1, e 340.2, e 355.2, e 580.2. З цього ми бачимо, що не дивлячись на складну травму та порушення структури спинного мозку, через 4 роки функції організму та провідникової системи значною мірою відновилися, проблемою залишаються психоемоційний стан хворого, функції верхньої кінцівки, дизайн приміщень та відсутність адекватної медичної допомоги за місцем проживання, включаючи дефіцит медичних кадрів.

Висновки. 1. МКФ – важливий інструмент що дозволяє оцінити всі аспекти інвалідності на єдиній «міжнародній мові» як на індивідуальному, так і на соціальному рівнях.

2. МКФ дозволяє з'ясувати не тільки необхідність та об'єм проведення реабілітаційних заходів, а й оцінити їх ефективність.

Динамика показателей первичной инвалидности вследствие рака щитовидной железы в Республике Беларусь

Воронец О.А.,
Богомазова Е.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Цель: изучить динамику показателей первичной инвалидности (ПИ) вследствие рака щитовидной железы в Республике Беларусь в период с 2010 г. по 2014 г.

Методы. При проведении исследования анализировались данные информационной системы «Инвалидность», функционирующей в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» за период с 2010 г. по 2014 г. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью программного приложения Microsoft Excel.

Результаты исследования. За последние 5 лет (2010–2014 гг.) в Республике Беларусь впервые признано инвалидами среди взрослого населения 3068 человек. В среднем в год инвалидность устанавливалась 614 человекам. Среди инвалидов взрослого населения по причине злокачественных новообразований удельный вес злокачественных новообразований щитовидной железы варьировал от 3,8% до 6,7%.

В контингенте инвалидов значительно преобладают женщины – 84,7%, мужчины составляют 15,3% (среднегодовой показатель) ($p < 0,001$). Большинство признанных инвалидов проживали в городах – 80,9%, а в сельской местности – 19,1% ($p < 0,001$).

Среднегодовой уровень ПИ вследствие злокачественных новообразований рака щитовидной железы составил 7,9 на 100 тыс. насе-

ления. Среднегодовой уровень первичного выхода на инвалидность среди женского населения составил 12,3 на 100 тыс. женского населения, а мужского – 2,7 на 100 тыс. мужского населения ($p < 0,001$); городского – 8,5 на 100 тыс. городского населения, сельского – 6,3 на 100 тыс. сельского населения ($p < 0,01$).

Отмечается снижение первичной инвалидности с 9,3 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 6,1 на 100 тыс. населения в 2014 г. ($p < 0,001$). Среди женщин наблюдалось уменьшение с 14,4 на 100 тыс. женского населения в 2010 г. до 9,2 на 100 тыс. женского населения в 2014 г. ($p < 0,001$).

В структуре инвалидности преобладает III группа инвалидности – 90,7%, II группа установлена в 8,5% случаях, а I группа – в 0,8%.

Удельный вес инвалидов I группы снизился с 1,4% в 2010 г. до 0,4% в 2014 г., при этом увеличился удельный вес инвалидов II группы с 6,5% в 2010 г. до 6,6% в 2014 г., и инвалидов III группы с 92,1% в 2010 г. до 93,0% в 2014 г.

Выводы. В Республике Беларусь отмечается положительная динамика по показателям первичной инвалидности взрослого населения вследствие злокачественных новообразований щитовидной железы за период с 2010 по 2014 гг. В структуре инвалидности преобладает III группа инвалидности. В контингенте инвалидов взрослого населения вследствие рака щитовидной железы значительно преобладают женщины (84,7%).

Актуалні питання реабілітації інвалідів учасників антитерористичної операції

Голованова І. А.¹,
Касинець С. С.^{1,2},
Вдовиченко П. А.²

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна.

²Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи

Пріоритетним завданням медико-соціальної експертизи сьогодні, як і в попередні роки, залишається комплексна реабілітація інвалідів, особливо учасників антитерористичної операції (АТО), їх вчасного, якісного протезування та створення належних умов для інтеграції в суспільство.

Мета дослідження: вивчити актуальні питання реабілітації інвалідів учасників АТО.

Методи дослідження: поглиблене статистичне та соціально-гігієнічне дослідження медико-експертної документації 94 осіб учасників АТО, визнаних інвалідами в Полтавській області серед працездатного населення на базі Полтавського обласного Центру медико-соціальної експертизи.

Результати: серед 94 інвалідів учасників АТО інвалідами I групи було визнано 1 (1%) чол, II групи – 25 (26,6%) чол, III групи – 68 (72,4%) чол. Усім інвалідам були складені індивідуальні програми реабілітації інвалідів. Встановлено,

що рекомендації з медичної реабілітації (відновна терапія) були надані в 99% випадків, 1% – склала реконструктивна хірургія. Рекомендації з працевлаштування (в основному в звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці) були визначені 98,9% інвалідів (серед інвалідів II групи – 26,8%, III групи – 73,1%). Визначені рекомендації з забезпечення інвалідів допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації – 27 (28,7%) особам, серед інвалідів I групи – 3 (11,2%), II групи – 6 (22,2%), III групи – 18 (66,6%).

Висновки: на підставі отриманих даних в структурі інвалідності учасників АТО переважають інваліди III групи (72,4%). Усім інвалідам показана медична, соціальна та психологічна реабілітація. Пріоритетним у реабілітації є максимально можливе відновлення і збереження параметрів якості життя, соціальна та психологічна підтримка хворого і його найближчого оточення.

Особенности первичной инвалидности, связанная с инфекцией вирусом иммунодефицита человека

Запорованный Ю.Б.

Учреждение «Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия», г. Гомель, Республика Беларусь

Цель исследования: изучение уровня и структуры трудопотерь, обусловленных первичной инвалидностью (далее-ПИ) при ВИЧ-инфекции в Гомельской области.

Методы. Проведен ретроспективный анализ

медицинских карт пациентов, прошедших освидетельствование в учреждении «Гомельская медико-реабилитационная экспертная комиссия» в период с 2008 по 2013 годы с диагнозом ВИЧ-инфекция (353 пациента).

Результаты. Установлено, что за анализируемый период рост показателя первичной инвалидности в трудоспособном возрасте связанной с ВИЧ в Гомельской области составил в 2005г. – 0,21; в 2006г. – 0,37; в 2007г. – 0,36; в 2008г. – 0,5; в 2009г. – 0,44; в 2010г. – 0,59; в 2011г. – 0,68; в 2012г. – 0,74; в 2013г. – 1,2 на 10 тысяч трудоспособного населения

В результате инвалидность связанная с ВИЧ становится серьезной медико-социальной проблемой Гомельской области, поскольку её уровень (1,2 на 10 тысяч трудоспособного населения) в 2013 году сравним с такими группами заболеваний, как болезни органов пищеварения – 1,23 на 10 тыс. трудоспособного населения, болезни глаза – 1,06, туберкулез – 0,96.

Показатель тяжести ПИ рассчитывался, как удельный вес лиц с тяжёлой ПИ, то есть ПИ первой и второй групп, установленных впервые, по отношению к общему числу лиц, первоначально признанных инвалидами. Установлено, что первичная инвалидность этих пациентов характеризуется высокой тяжестью 76,2. Так, из 353 пациентов, первоначально признанных инвалидами вследствие ВИЧ-инфекции за период 2008-2013гг. I группа инвалидности определена у 58 (16,4%) чел., II группа – 211 (59,8%) чел., III группа – 84 (23,8%) чел. Вышеуказанное обусловлено тем, что наиболее частыми проявлениями ВИЧ-инфекции, вызывающими ограничения жизнедеятельности и, как следствие инвалидности, являются выраженная патология головного мозга (47,9%), туберкулез (32,9%), новообразования (5,9%), которые сами характеризуются высокой тяжестью, а также высоким уровнем сопутствующей пато-

логии (только сочетание ВИЧ-инфекции и гепатита выявлено у 59,5% освидетельствованных пациентов).

С целью изучения клинико-трудового прогноза у пациентов с данной патологией рассмотрены сроки от момента определения инфицирования (постановка на диспансерный учёт) до определения ему инвалидности. Выяснено, что в первые два года от момента постановки на диспансерный учёт признано инвалидами 20,4% освидетельствованных, что подтверждает факт наличия инвалидизирующих последствий заболевания уже в первые годы. Средняя продолжительность от постановки на диспансерный учёт до определения больному инвалидности составила 8,3 года. 95%-ный доверительный интервал составляет [7,7 ÷ 8,9].

Изучение динамики инвалидности в этой группе пациентов выявило высокий уровень утяжеления инвалидности - 11.3 и низкий процент полной реабилитации - 3.0. Также выяснено, что из 353 чел. первоначально признанных инвалидами по ВИЧ-инфекции за период 2008-2013 гг. умерло 122 (34,6%) чел., в т.ч. в течении первого года после освидетельствования 77 (63,1%) человек.

Выводы. Выявленные особенности данной инвалидности: быстрый рост её уровня, высокая тяжесть, быстрое наступление инвалидности, молодой возраст, высокая летальность, а также низкий процент реабилитации инвалидов необходимо учитывать при анализе медико-демографического состояния региона и принятии управленческих решений.

Аналіз основних показників первинної інвалідності за 2015 рік

Іпатов А.В.,
Ханюкова І.Я.

ДУ «Український Державний науково-дослідний інститут
медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

Характеризуючи основні показники інвалідності в Україні за 2015 рік, перед усе, слід зазначити про незначне зростання первинно визнаних інвалідами усіх категорій (на 10 тис. усього населення) у порівнянні з попереднім роком з 35,2 до 35,7. В абсолютних числах це збільшення на 8784 осіб визнаних інвалідами в 2015 році. Найбільший показник інвалідності в Львівській (44,5), Вінницькій (43,5) та Полтавській (39,3) областях. Найменший – в Сумській (31,1), Закарпатській (31,2) та Харківській (31,3) областях.

За структурою первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення зберігається тенденція останніх трьох років. А саме: новоутворення, в тому числі злоякісні, за показниками інвалідності як дорослого, так і працездатного населення щільно конкурують з серцево-судинними захворюваннями. На сьогодні, за підсумками результатів 2015 р. серед дорослого населення України перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (22,4 %), на другому місці новоутворення (22,0 %), із них злоякісні 21,0 %, на третьому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (21,0 %). Серед населення працездатного віку перше місце посідають новоутворення (20,1 %) із них злоякісні 19,2 %, на другому – хвороби системи кровообігу (19,4 %), на третьому – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (12,7 %). Той факт, що новоутворення посідають друге рангове місце в структурі інвалідності дорослого населення та перше серед населення у працездатному віці є прямою спадщиною страшної трагедії українського народу – Чорнобильської катастрофи. Саме тому Україна відрізняється високим рівнем онкозахворюваності і входить до першої десятки країн світу щодо цього показника, маючи більше 160 тисяч захворілих на рік. За прогнозами до 2020 року кількість онкохво-

рих в Україні може зрости до 200 тисяч осіб щорічно. Загальний показник захворюваності на злоякісні новоутворення досяг 370,7 на 100 тис. населення.

Особлива увага приділялася огляду на МСЕК учасників АТО. Загалом на МСЕК було оглянуто в 2015 році 5803 учасників АТО, в 2014 році ця цифра дорівнювала 1116 особам. 2382 особи, що складає 41 %, були визнані інвалідами. 728 учасника АТО потребували забезпечення допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації. З них допоміжними засобами ходи 471 особи, протезно-ортопедичними виробами – 238 осіб, сурдотехнікою – 14 осіб та 2 тифлотехнікою. 29 особам визначено медичні показання для забезпечення автотранспортом, 99 особам – в отриманні крісла-візка.

Таким чином, підводячи підсумки роботи в минулому році та враховуючи пріоритетні завдання медико-соціальної експертизи на сьогодні, можливо окреслити коло проблем, вирішення яких необхідно продовжувати реалізовувати в 2016 році. По-перше, це надання якісної медико-експертної та комплексної реабілітаційної допомоги населенню України, особливо учасникам антитерористичної операції, їх вчасного, якісного протезування та створення належних умов для інтеграції в суспільство. По-друге, сьогодні, як ніколи гостро, стоїть проблема реформування служби МСЕК і проблеми реформування служби торкаються не тільки раціональних форм організації мережі, наближення її до населення, але й підготовки до переходу на бюджетно-страхове фінансування служби. Сприятим цьому буде розроблення інноваційних підходів до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів, з урахуванням положень МКФ. Вже зроблені перші кроки і чинна Інструкція про встановлення груп ін-

валідності відповідає основним положенням МКФ. Проте, необхідна постійна робота по удосконаленню та наближенню нормативних документів МСЕ до міжнародних норм. Ще одним пріоритетним питанням є необхідність реформування статистичної звітності щодо роботи галузі у відповідності до вимог статистичних звітів ВООЗ щодо стану інвалідів в світі. Також

необхідно підвищити якість, об'єктивність, доступність і ефективність медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг, привести принципи і механізми їх здійснення у відповідність до вимог Конвенції; забезпечувати фізичну та інформаційну доступність державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.

Структура інвалідності учасників антитерористичної операції в Полтавській області за 2015 рік

Касинець С. С.^{1,2},
Паламарчук Д. В.²,
Павленко О. А.²

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна.

²Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи

Бойові дії на Сході України призвели до того, що тисячі українських мобілізованих військовослужбовців, добровольців отримали поранення, які призвели до стійкої втрати працездатності. Інвалідність учасникам антитерористичної операції (АТО) встановлюють медико-соціальні експертні комісії після всебічного обстеження за направленням лікувально-профілактичного закладу та на підставі переліку документів зазначених в п.п. 12, 13 «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності» затвердженого постановою Кабінету Міністрів України №1317 від 3 грудня 2009 р.

Мета дослідження: вивчити структуру інвалідності серед учасників АТО в Полтавській області за 2015 рік.

Методи дослідження: на базі обласних комісій Полтавського обласного Центру медико-соціальної експертизи було вивчено та проаналізовано 174 «Статистичних талона експертного

обстеження №1» (форма №159/о) учасників АТО, які були заповнені на підставі «Акту огляду медико-соціальною експертною комісією (МСЕК)» (форма №157/о).

Результати: серед оглянутих 174 учасників АТО було визнано інвалідами 94 (54,02%) особи, 80 (45,98%) - встановлено ступінь втрати працездатності. 69% інвалідів мали стійкі наслідки після черено-мозкових травм з проявами астено-невротичного або вестибуло-атактичного синдромів різного ступенів, 19,1% - післятравматичні невропатії різного ступеню та різної локалізації, 1% - анофтальм, 4,2% - гострі психотичні розлади, 0,7% - наслідки осколкових поранень.

Висновки: на підставі отриманих даних більшість бійців АТО 88,1% потребують спостереження у невропатолога та проведення нейро-реабілітаційних заходів для покращення якості життя.

Показатели первичной детской инвалидности в Республике Беларусь

Копыток А.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Цель: изучение показателей первичной детской инвалидности (ПДИ) в Республике Беларусь в 2015 г.

Методы. Объектом исследования являлась первичная детская инвалидность (в возрасте до 18 лет). При проведении исследования анализировались данные Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь, функционирующей в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». При расчете интенсивных показателей использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и возрастной структуре населения.

Результаты исследования. По данным Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь в 2015 г. было впервые признано инвалидами 3 664 ребенка (2014 г. – 3 323 ребенка). Уровень ПДИ составил 20,64 на 10 тыс. детского населения, что на 8,8% выше показателя 2014 г. (18,97).

Среди инвалидизирующих заболеваний приводящих к ПДИ ведущую позицию занимали врожденные аномалии (удельный вес – 25,0%, уровень – 5,15 на 10 тыс. детского населения). На втором и третьем местах находились болезни нервной системы (17,9%, или 3,68) и психические расстройства (15,2%, или 3,14 на 10 тыс. детского населения). Четвертое место в структуре причин ПДИ принадлежало болезням эн-

докринной системы с удельным весом 11,4% и интенсивным показателем 2,35 на 10 тыс. детского населения, пятое – новообразованиям (9,8%, или 2,03 на 10 тыс. детского населения). На шестом ранговом месте находились болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,7%, или 1,37 на 10 тыс. детского населения). Седьмое и восьмое место занимали болезни уха и сосцевидного отростка (3,4%, или 0,71 на 10 тыс. детского населения) и болезни глаз (2,6%, или 0,54).

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» с 1 августа 1999 г. социальные пенсии детям-инвалидам в возрасте до 18 лет назначаются в размерах в зависимости от степени утраты здоровья: I, II, III, IV. При этом следует отметить, что наименее тяжелой является I степень утраты здоровья (СУЗ), наиболее тяжелой – IV степень. Анализ тяжести ПДИ показал, что в структуре преобладали дети-инвалиды со II СУЗ, составляя 38,5%. Первая СУЗ устанавливалась в 22,0%, III СУЗ – в 26,5%, и наиболее тяжелая IV СУЗ – в 13,0%.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о тенденции к увеличению показателей первичной детской инвалидности в 2015 г. Основными причинами, приводящими к ПДИ, являлись врожденные аномалии, болезни нервной системы, психические расстройства, болезни эндокринной системы, новообразования. В структуре тяжести ПДИ преобладала II СУЗ, составляя 38,5%.

Первичная инвалидность лиц трудоспособного возраста в регионах Республики Беларусь

Кускова С.П.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Цель исследования: изучить первичную инвалидность (ПИ) лиц трудоспособного возраста (18-59 (54) лет) в регионах Республики Беларусь по классам болезней.

Методы. Объект исследования – показатели первичной инвалидности населения Республики Беларусь в возрасте 18-59 (54) лет за период 2004-2013гг. Проведен анализ нозологической структуры причин первичной инвалидности (ПИ) у населения трудоспособного возраста в регионах Республики Беларусь за период 2004-2013гг. по данным информационной системы «Инвалидность», функционирующей в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации». Рассчитаны многолетние средние показатели ПИ лиц в возрасте 18-59 (54) на 10000 населения по нозологической структуре за 10 лет.

Результаты. Уровень ПИ населения в возрасте 18-59 (54) лет на территориях Республики Беларусь был выше республиканского. Среднегодовой показатель ПИ на 10000 населения в возрасте 18-59 (54) лет выше республиканского ($37,82 \pm 3,74$) отмечен во всех регионах страны, но в большей степени в Минской и Витебской областях. Основными причинами ПИ лиц в тру-

доспособном возрасте в течение 10 лет в Витебской области были туберкулез ($1,16 \pm 0,51$), болезни нервной системы ($2,21 \pm 1,05$), психические расстройства ($2,20 \pm 0,09$); в Минской области - болезни органов дыхания ($0,76 \pm 0,24$), костно-мышечной системы ($3,93 \pm 1,04$); Гомельской – болезни крови ($0,085 \pm 0,046$), эндокринной системы ($1,92 \pm 1,22$), системы кровообращения ($11,91 \pm 8,61$); Брестской – болезни мочеполовой системы ($0,55 \pm 0,15$), травмы ($4,78 \pm 2,20$); Могилевской области – новообразования ($11,31 \pm 9,18$); г.Минске – болезни систем кровообращения ($11,90 \pm 4,65$) и нервной ($2,23 \pm 1,21$)

Выводы. В нозологической структуре причин первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста отмечается наибольший удельный вес новообразований, болезней системы кровообращения, костно-мышечной и нервной систем, психических расстройств.

Имеются региональные особенности в нозологической структуре причин первичной инвалидности населения в возрасте 18-59 (54) лет. Выявленные особенности требуют дальнейшего изучения.

Особливості епідеміології інвалідності при розсіяному склерозі у Черкаській області

Лепський В.В., Макаренко С.В.,
Коваленко О.В., Терешко А.П.,
Манько Н.І.

КЗ «Черкаський обласний центр медико-соціальної
експертизи Черкаської обласної ради», м.Черкаси

Мета: Аналіз виходу на первинну інвалідність дорослого населення та населення працездатного віку за період 2013-2015рр. в Черкаській області. Розглянуто динаміку поширеності захворювання, шляхи профілактики та зниження інвалідності.

Методи: Комунальний заклад «Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи Черкаської обласної ради» постійно вивчає причини виходу на первинну інвалідність населення області та проводить аналіз показників в розрізі нозологій, в тому числі від неврологічних хвороб. Основні нормативно-правові документи, які використовувались в роботі: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.08.2010р. №728 «Про диспансеризацію населення», Закон України від 06.10.2005 №2961-IV «Про реабілітацію інвалідів в Україні», а також проведений аналіз основних показників інвалідності населення України за 2013-2015рр. (Довідник Українського Державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності) та населення Черкаської області за 2013-2015рр.

Результати: В структурі неврологічних захворювань розсіяний склероз займає одне з ведучих місць в зв'язку з великим поширенням серед населення працездатного віку, швидким прогресуванням захворювання та неминучою інвалідизацією.

У світі на розсіяний склероз хворіють понад два мільйони людей.

Відомо, що в Україні хворих на розсіяний склероз щорічно збільшується на 1000 осіб. По Черкаській області на 01.01.2013р. нараховувалось 604 осіб, на 01.01.2014р. – 616, на 01.01.2015р. – 685.

В Черкаській області при КЗ «Черкаська облас-

на лікарня» ЧОР в 2007 році створено Центр розсіяного склерозу, що має стаціонарний ліжковий фонд на 5 ліжок, і завданнями якого є ведення єдиного реєстру хворих, діагностика, лікування хворих на розсіяний склероз та диференційна діагностика з іншими демієлінізуючими процесами.

Незважаючи на створення Центру розсіяного склерозу та надання кваліфікованої допомоги, близько 80% хворих стають інвалідами.

Вивчаючи динаміку первинної інвалідності встановлено, що вона складає по Черкаській області з числа дорослого населення: 2013р. – 29, 2014р. – 26, 2015р. – 30; з числа населення працездатного віку: 2013р. – 27, 2014р. – 26, 2015р. – 28 осіб.

Найвищі показники первинної інвалідності на протязі трьох років реєструвались у м.Черкаси, Черкаському та Уманському районах.

Висновки: В результаті дослідження був виявлений високий рівень показників інвалідності від розсіяного склерозу осіб працездатного віку, що вимагає проведення ранньої нейро-реабілітації, максимальна ефективність якої може бути досягнута за умови створення єдиної чіткої системи організації допомоги на всіх її етапах.

Основна увага в сучасній науковій літературі, що стосується лікування та реабілітації хворих на розсіяний склероз, приділяється медикаментозним засобам, у той час, як медикаментозного лікування недостатньо. Якщо постійно не докладати зусиль щодо відновлення порушень функцій, або, в крайньому випадку, збереження тих, що залишилися, використовуючи всі можливості для відновлюваного лікування в рамках нейрореабілітації, то уражена нервова система поступово буде втрачати свої функ-

ції, навіть якщо у хворого немає загострення захворювання.

Враховуючи сучасні тенденції на виконання чинного законодавства з реабілітації, нашим закладом активно ведеться робота по ство-

ренню Центру реабілітації для інвалідів, що дасть змогу задовольнити потребу в реабілітаційних послугах декретованої категорії населення області.

Показатели первичной инвалидности вследствие болезни Альцгеймера в Республике Беларусь

Луцинская С.И.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» пос. Городище, Республика Беларусь

Целью исследования явилось изучение показателей первичной инвалидности вследствие болезни Альцгеймера в Республике Беларусь.

Для достижения поставленной цели был проведен анализ данных Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь, функционирующей в ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

В Республике Беларусь с 2006 по 2015 г. было впервые признано инвалидами вследствие болезни Альцгеймера 1 770 чел. Обращает на себя внимание весьма неблагоприятная тенденция к росту числа впервые признаваемых инвалидами вследствие данной патологии. Так в 2006 г. было впервые признано инвалидами 69 чел., а в 2015 г. инвалидность была установлена уже у 371 чел. Таким образом, количество впервые признанных инвалидами вследствие болезни Альцгеймера в Республике Беларусь за десятилетний период увеличилось в 5,4 раза.

Инвалидность значительно чаще устанавливалась у женщин (72,8% или 1 288 чел.), чем у мужчин (27,2% или 482 чел.). Кроме того, в контингенте впервые признанных инвалидами преобладали жители города, составляя 83,2% (1 472 чел.), в то время как жители села

составляли 16,8% (298 чел.).

При анализе возрастной структуры инвалидности, было выявлено, что инвалидность вследствие болезни Альцгеймера устанавливалась лицам в возрасте от 36 до 103 лет. Наиболее многочисленной возрастной группой явилась группа 75-79 лет (423 чел.). Далее следовали возрастные группы 80-84 года (333 чел.) и 70-74 года (284 чел.). Средний возраст впервые признанных инвалидами за исследуемый период составил 74,9 года.

При болезни Альцгеймера чаще всего устанавливалась наиболее тяжелая 1 группа инвалидности – в 87,1% случаев (1 541 чел.). Вторая группа инвалидности была установлена у 12,6% (223 чел.) впервые признанных инвалидами вследствие данной болезни, третья группа – у 0,3% (6 чел.). Таким образом, тяжесть первичной инвалидности (суммарный удельный вес первой и второй групп инвалидности) вследствие болезни Альцгеймера в среднем за десятилетний период составила 99,7%.

Таким образом, болезнь Альцгеймера является тяжелым инвалидизирующим заболеванием. Кроме того проведенное исследование выявило неблагоприятную тенденцию к ежегодному росту показателей первичной инвалидности вследствие болезни Альцгеймера в Республике Беларусь.

Эпидемиология первичной инвалидности вследствие эпилепсии детского возраста в Республике Беларусь

Смычѣк В.Б.¹,
Шалькевич Л.В.²,
Кудлач А.И.²

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

² Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

Цель: изучить динамику первичной инвалидности вследствие эпилепсии детского возраста в структуре распространенности эпилептической патологии в Республике Беларусь.

Методы. Анализ данных по первичной детской инвалидности вследствие эпилепсии в контексте распространенности данной патологией у детей в возрасте от 0 до 18 лет в Республике Беларусь за период с 2002 по 2014 гг. на основании данных ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации».

Результаты. Распространенность эпилепсии у детей за период 2002-2014 гг. составила $2,25 \pm 0,36$ на 1000 населения. При этом в возрастных группах 0-1 год распространенность эпилепсии составила $0,27 \pm 0,05$, 1-4 года – $1,38 \pm 0,09$, 5-9 лет – $2,35 \pm 0,17$, 10-14 лет – $3,06 \pm 0,19$, 15-18 лет – $3,26 \pm 0,49$ на 1000 населения соответственно. Первичная детская инвалидность вследствие эпилепсии за период 2002-2014 гг. составила $0,41 \pm 0,08$ на 10000 населения. При этом в возрастных группах 0-1 год первичная детская инвалидность вследствие эпилепсии составила $0,40 \pm 0,24$, 1-4 года – $0,62 \pm 0,10$, 5-9 лет – $0,47 \pm 0,17$, 10-14 лет – $0,33 \pm 0,11$, 15-17 лет – $0,25 \pm 0,08$ на 10000 населения соответственно.

Выводы. Распространенность эпилепсии в стране возрастает по мере взросления дет-

ского населения от 0,27 на 1000 детского населения в возрасте до года до 3,26 на 1000 детского населения в возрасте от 15 до 18 лет ($p = 1 p < 0,05$), что связано с естественным постепенным накоплением вклада первичной заболеваемости данной патологии в общую заболеваемость. Пик среди всех детей с первичной инвалидностью этого происхождения приходится на возраст 1-4 года (0,62 на 10000 населения), что обусловлено реализацией в этом периоде большинства врожденных факторов развития эпилепсии. Максимальное количество первичной инвалидности вследствие эпилепсии по отношению к имеющим это заболевание приходится на детей в возрасте до года – 11,9%, уменьшаясь почти в 20 раз к 18 годам, что объясняется прямо пропорциональной зависимостью проявления наиболее тяжелых эпилептических синдромов от возраста ребенка. В целом, уровень первичной инвалидности вследствие эпилепсии среди детей 0-17 лет в РБ носит относительно стабильный характер с тенденцией к некоторому снижению, что свидетельствует об определенной эффективности разработанных и внедренных методик диагностики и лечения детей с эпилепсией, а также о необходимости дальнейшей разработки и внедрения комплексной реабилитационной помощи данной группе пациентов.

Медико-соціальна реабілітація при хворобах центральної і периферичної нервової системи

Беляєва Н.М.,
Яворовенко О.Б.,
Куриленко І.В.

НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім.М.І. Пирогова

Потреби інвалідів в різних видах реабілітації являються основним системно і структурно утворюючим фактором медико-соціальної реабілітації. На сьогоднішній день актуальним є питання якості формування індивідуальних програм реабілітації (ІПР).

Мета: Провести аналіз досвіду роботи МСЕК з формування ІПР та на його підставі визначити потребу інвалідів при хворобах центральної та периферичної нервової системи, опорно-рухового апарату.

Методи: Вивчено 164849 ІПР інвалідів, які були складені лікарями МСЕК 22 областей України з вищевказаною патологією. Проведений мета-аналіз за даним ІПР, використані статистичний, аналітичний, метод експертних оцінок.

Результати: В контингент, що досліджувався ввійшли інваліди з різними захворюваннями, загальною особливістю якого було наявність обмеження життєдіяльності до пересування та самообслуговування та використовувались в основному ідентичні реабілітаційні методи впливу. Серед обстежених осіб молодого віку 33%, середнього-54%, похилого-3%, інвалідів I групи-13%, II-24%, III-63%.

На підставі отриманих даних в відновній терапії мали потребу 91,6% інвалідів, профілактичних заходах-58,4%, реконструктивній хірургії-2,9%, санаторно-курортному лікуванні-34,2%, психі-

атричній допомозі-1%, медичному спостереженні-64,3%, психолого-педагогічній реабілітації-12,7%, фізичній-41,2%, професійній-46,3%, трудовій-49,5%, фізкультурно-спортивній-0%, соціально-побутовій-7,4%, технічних та інших засобах реабілітації 70,7% (в засобах пересування-37,8%, спеціальних засобах для самообслуговування-1,2%, для догляду-2,5%, для освіти і занять трудовою діяльністю 0,1%, протезних виробів-3%), виробів медичного призначення-1,5%.

Згідно отриманих даних, основними видами реабілітації, які визначили лікарі МСЕК були медичні та технічні засоби реабілітації. Дещо менше половини осіб потребували фізичної, професійної та трудової реабілітації. Рідко надавались рекомендації з психолого-педагогічної, фізкультурно-спортивної, соціально-побутової реабілітації та використання виробів медичного призначення.

Висновки: Отримані дані свідчать про наявність різноманітних потреб інвалідів з патологією нервової системи та опорно-рухового апарату в заходах медико-соціальної реабілітації, але обсяги їх різні, не в повній мірі використовуються такі види реабілітації, як фізична, соціально-побутова, професійна, трудова, виробів медичного призначення, що в кінцевому рахунку знижує її ефективність.

Динаміки інвалідності та сучасні підходи до реабілітації інвалідів внаслідок гіпотиреозу

Вернигородський В.С., Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького
Фетісова Н.М., національного медичного університету ім.М.І.Пирогова
Вернигородська М.В.

Вступ. Актуальність проблеми інвалідів внаслідок гіпотиреозу обумовлюється зростанням не тільки первинної, але і вторинної інвалідності. Разом з тим, до кінця не вивчені причини та фактори, що сприяють формуванню контингенту інвалідів внаслідок гіпотиреозу, не розроблені індивідуальні програми медичної, соціальної та професійної реабілітації хворих та інвалідів.

Мета: На основі вивчення контингенту, динаміки інвалідності та потреб в різних видах реабілітації розробити пропозиції з медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок післяопераційного та ідіопатичного гіпотиреозу.

Матеріали та методи: Проведено вивчення медико-експертної документації 1160 хворих та інвалідів внаслідок гіпотиреозу (746 хворих внаслідок післяопераційного і 414 – ідіопатичного) за 2011-2014 роки. Враховували стадію і вираженість процесу, ступені важкості гіпотиреозу, професію хворого, характер і умови праці.

Результати: На основі отриманих даних виявлено, що динаміка інтенсивного показника первинної інвалідності внаслідок післяопераційного гіпотиреозу має негативну тенденцію і зросла з 0,21 до 0,33 на 10000 дорослого населення, що свідчить про низький рівень реабілітаційних заходів. Натомість, динаміка інтенсивного показника інвалідності внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу значно поліпшилась

і зменшилась з 0,06 до 0,04 за останні три роки.

Позитивним моментом також можна вважати збільшення з 7,7% до 9,0% кількості хворих з ідіопатичним гіпотиреозом, яким було продовжено лікування за лікарняним листком, оскільки у більшості випадків продовження термінів тимчасової непрацездатності на МСЕК хворим із сприятливим клінічним і трудовим прогнозом і здійснення в цей період максимально можливих лікувально-відновних заходів, зумовлює відновлення працездатності, що в подальшому може призвести до зниження рівня первинної інвалідності.

Як свідчить аналіз, реабілітаційні заходи повинні починатися на ранніх стадіях захворювання і включати медичну, соціальну і психологічну реабілітацію. Особливо це стосується контингенту хворих з післяопераційним гіпотиреозом.

Висновки: Медико-соціальні експертні комісії повинні поліпшити роботу з профілактики інвалідності в післяопераційному періоді у хворих, прооперованих з приводу тієї чи іншої патології щитоподібної залози.

Для досягнення оптимального фізичного, розумового, соціального рівня функціонування та покращення якості життя хворих на гіпотиреоз, реабілітаційні заходи (медична, соціальна, психологічна) повинні розпочинатися на ранніх стадіях захворювання.

Экспертные критерии при проведении медико-социальной экспертизы пациентов после трансплантации органов (почки, печени, сердца)

Власова-Розанская Е.В. ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, Беларусь

Трансплантация почки, печени, сердца является единственным методом в лечении тяжелых заболеваний этих органов в терминальной стадии, когда все возможности других методов исчерпаны. В настоящее время здравоохранение Республики Беларусь имеет достаточный опыт пересадки почки, печени, сердца, поджелудочной железы и тенденцию к увеличению количества операций по трансплантации этих органов.

Цель исследования: Разработать экспертные критерии медико-социальной экспертизы пациентов после трансплантации органов (почки, печени, сердца).

Материалы и методы: Проведено обследование 194 пациента после пересадки органов, из них почек 61 (31,4%) – после пересадки почки, 57 (29,4%) - после пересадки печени, 76 (39,2%) – после пересадки сердца. Средний возраст обследованного контингента составил 45,3 лет.

Клиническое, функциональное, лабораторное обследование пациентов проводилось в соответствии с клиническими протоколами.

Результаты: Проведение МСЭ пациента после трансплантации органа осуществляется на основании комплексной оценки состояния здоровья пациента, нарушений функций органов и систем организма, нарушений жизнедеятельности, в том числе ограничений жизнедеятельности и степени их выраженности; анализа результатов медицинского осмотра, клинических, функциональных и лабораторных методов исследования, с использованием классификаций основных видов нарушений функций органов и систем организма и основных категорий жизнедеятельности; профессиографического анализа (условий и

характера труда, профессии); информации, содержащейся в медицинских и иных документах.

Проведение МСЭ у пациентов после трансплантации органа включает оценку: степени функциональных нарушений; нарушений жизнедеятельности, в том числе ограничений жизнедеятельности; клинического и трудового прогноза; социальной недостаточности.

Экспертная диагностика после трансплантации органа включает комплексную оценку нарушений функций органов и систем организма пациента с учетом основного и сопутствующих заболеваний, характера их течения, осложнений оперативного лечения, компенсации лекарственными средствами, возможного формирования синдрома взаимного отягощения, определение степени ограничения жизнедеятельности пациента с учетом возможного формирования синдрома социальной компенсации, клинического и трудового прогноза и степени социальной недостаточности.

Объем и кратность диагностических исследований (обязательных и дополнительных) определяется клиническими протоколами диагностики и лечения.

Клинический и трудовой прогноз определяется результатом оперативного лечения: степенью функциональной состоятельности трансплантированного органа и наличием или отсутствием послеоперационных и (или) посттрансплантационных осложнений. При проведении МСЭ у пациентов, перенесших трансплантацию органа, определяется один из видов клинического и трудового прогнозов: сомнительный, относительно неблагоприятный, неблагоприятный и абсолютно неблагоприятный для жизни на ближайшее время.

Оцінка якості життя з хворобою Паркінсона

Вольєва Н.П.

Хмельницький національний університет

Мета: Обстеження пацієнтів похилого віку з хворобою Паркінсона (ХП) з метою складання реабілітаційної програми для подальшого застосування її у лікуванні хворих з даним неврологічним захворюванням.

Методи: На базі Львівської обласної клінічної лікарні було проведено опитування осіб похилого віку з ХП за допомогою анкети Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS), яка складалась з двох частин та 20 питань. Перша частина містила питання про немоторні прояви у повсякденному житті пацієнта, а друга - рухові аспекти повсякденної активності.

Результати: У дослідженні взяли участь 42 пацієнти: 29 жінок та 13 чоловіків. Середній вік пацієнтів, що взяли участь у дослідженні сягав 67,4 років. Серед них 26 осіб мали 2-у стадію за Hoehn & Yahn, 14 осіб – стадію 2,5 та 2 - 3-ю стадію ХП. Серед пацієнтів переважала тремтлячо-ригідна форма - 35 осіб. Один пацієнт мав акінетико - ригідну форму та 6 – ригідно-тремтлячу. Дані про стадію та форму ХП були взяті з історії хвороби пацієнтів.

Анкету пацієнти заповнювали самостійно, чи за допомогою особи, яка доглядає за хворим. Для відповіді використовували бали від 0 до 4. В I частині анкети на питання про проблеми зі сном 3 респонденти оцінили свій сон в 4 бали (я не сплю більшу частину ночі), а решта пацієнтів оцінили якість свого сну на 2 бали (порушення сну пов'язані з тривалістю нічного сну). Денна дрімота відсутня (0 балів) у 10 респон-

дентів, решта 32 засипають під час читання – 2 бали. Такі відчуття, як біль, запаморочення при вставанні та втома відчувають всі пацієнти, але тільки трьом вони заважають при спілкуванні та виконанні певних справ (2-3 бали), 39 респондентів ці відчуття не заважають займатися звичайною діяльністю (1 бал). Вегетативні розлади, такі як закрепи та проблеми з сечовиділенням, спостерігаються у більшості респондентів. 1 бал (ці проблеми не обмежують щоденної активності) – зазначили 25 пацієнтів, у 4 осіб в анкеті відмічено 3 бали, що означає суттєві проблеми, які заважають денній активності, у 13 осіб проблем не зазначено (0 балів). В II частині анкети зазначалися такі рухові аспекти повсякденної активності, як мова, саливація та слинотеча, жування та ковтання, навички прийому їжі, одягання, гігієнічні навички, письмо, хоббі, повороти в постелі, тремор, вставання з постелі, ходьба та рівновага, застигання (freezing). Більшість пацієнтів оцінили свої проблеми на 1-2 бали. 5 респондентів вважають, що мають проблеми на 3 бали. На 0 балів не було зазначено жодної відповіді.

Висновки: За даними проведеного анкетування у більшості пацієнтів з ХП спостерігаються порушення як у руховій сфері при повсякденній активності, так й в немоторних проявах, що потрібно враховувати при складанні програми реабілітації таких хворих.

Анализ временной нетрудоспособности связанной с вирусом иммунодефицита человека в инфекционном стационаре

Запорованный Ю.Б.

Учреждение «Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия», г. Гомель, Республика Беларусь.

Цель исследования: исследование уровня трудопотерь, обусловленных временной нетрудоспособностью пациентов с ВИЧ-инфекцией на стационарном этапе лечения.

Методы. Проведен ретроспективный анализ данных из медицинских карт стационарных пациентов учреждения Гомельская областная клиническая инфекционная больница в период с 01.01.2010г. по 01.01.2013г. (567 случаев госпитализации, из них повторной госпитализации 248 случ. - 319 человек).

Результаты. Развитие эпидемии ВИЧ, оказывают негативное влияние не только на демографические показатели, вызывая численное сокращение рабочей силы, но также приводят и к снижению ее качества, обусловленное ростом инвалидности и временной нетрудоспособности (далее ВН), тем самым создавая огромные издержки для всех отраслей экономики государств.

Из 567 проанализированных случаев госпитализации у 319 человек (248 случаев) имела место повторная госпитализация.

В процессе исследования выяснено, что все пациенты стационара находились в трудоспособном возрасте, большинство случаев госпитализации приходилось на мужчин – 290 (51,1%) и 277 (48,9%) случаев на женщин.

Одной из частых причин госпитализации и соответственно ВН являлось первичное назначение антиретровирусной терапии в 88 случ. (15,8%) или смена в 45 случ. (8,1%).

Проведенный анализ трудопотерь, обусловленных ВН пациентов, находившихся на стационарном лечении, показал, что в основном, они связаны с лечением следующих проявлений ВИЧ-инфекции (по МКБ-10):

B20.4 – Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза – 132 (38,8%) случая стационарного лечения, 51 лист нетрудоспособности (далее-ЛН), средняя длительность ЛН – 9,04 дня;

B20.7 – Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций – 41 (7,23%) случай стационарного лечения, 20 ЛН, средняя длительность ЛН 11,3 дня;

B22.7 – Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках – 139 (24,5%) случаев стационарного лечения, 55 ЛН, средняя длительность ЛН 11,7 дней;

B23.1 – Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии – 15 (2,65%) случаев стационарного лечения, 6 ЛН, средняя длительность ЛН 9,83 дня;

B23.8 – Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний – 6 (1,06%) случаев стационарного лечения, 5 ЛН, средняя длительность ЛН 13,0 дня;

B20.2 – Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания – 1 (0,2%) случай стационарного лечения, 1 ЛН, длительность ЛН 31,0 день;

B20.3 – Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций – 1 (0,2%) случай стационарного лечения, 1 ЛН, длительность ЛН 12,0 дней

Средняя длительность нахождения в стационаре на ЛН в этой группе пациентов составила 9,4 дня.

По результатам проведенного лечения приступить к труду (согласно записи в ЛН) было рекомендовано в 215 (88,8%) случаях, лечение

продлено в 27 (11,2%) случаях.

Выводы: 1. Основное количество (80% выданных в стационаре ЛН) трудопотерь, вызванных лечением проявлений ВИЧ-инфекции в стационаре были обусловлены такими проявлениями данной инфекции, как болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза (B20.4) – 38,9% случаев стационарного лечения и болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в

других рубриках (B22.7) – 41.1% случаев.

2. Средняя длительность лечения пациентов с ВИЧ в инфекционном стационаре на ЛН составила 9,4 дня.

3. Одной из частых причин госпитализации и соответственно ВН являлось первичное назначение антиретровирусной терапии или её смена (133 случая - 23,9%).

Клінічні, нейропсихологічні особливості та чинники обмеження життєдіяльності пацієнтів з дискогенними попереково-крижовими радикулопатіями на окремих етапах післяопераційного періоду

Козьолкін О.А.,
Погорелова В.О.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя Україна

Мета: визначити структуру ранніх та віддалених наслідків, перебіг неврологічних ускладнень остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта у пацієнтів після оперативного лікування та чинники обмеження життєдіяльності у цих пацієнтів.

Методи. Обстежено 120 хворих з дискогенними попереково-крижовими радикулопатіями після операцій у віці від 20 до 65 років. За тривалістю захворювання хворі були розділені на три групи: від 3 до 6 місяців – 36 пацієнтів (30,0%); від 6 до 12 місяців – 31 пацієнт (25,83%); більше 1 року – 53 пацієнта (44,17%). Оцінка больового синдрому в попереково-крижовому відділі хребта проводилась за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), анкети болю МакГілл (MPQ) та анкети якості життя Освестрі (ODI). Оцінка психоемоційної сфери проводилась за допомогою методик SF-36, «Індекс життєвого стилю», «Міні-мульти» та інших.

Результати. Спільними синдромами у всіх групах без чіткої динаміки та достовірної різниці за частотою поширення є: компресійний корінцевий і спінальний та судинний компресійний синдроми. Спостерігалась достовірна різниця виразності синдромів болю, м'язово-тонічних та нейродистрофічних і симптомів натягу між 1-ю та 3-ю групами. Необхідність у повторних операціях у віддаленому періоді виникла у 26 (21,67%) хворих. Достовірні відміни ступеню больового синдрому в діапазоні ВАШ 5-10 балів спостерігались між 1-3-ю та 2-3-ю групами пацієнтів (з $p < 0,05$). За результатами аналізу психодіагностичних методик, порушення психоемоційної сфери спостерігалось у всіх групах без чіткої динаміки.

Висновки. Структура синдромів в перебігу неврологічних ускладнень остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта після операцій виявляє коливання в залежності від

часу після втручання та корелює з виразністю больового синдрому: найменш виражений больовий синдром та руховий дефіцит спостерігається у пацієнтів від 3 до 6 місяців після операцій, найбільш виражений – у строки понад 12 місяців. Основними чинниками обмеження

життєдіяльності у віддаленому післяопераційному періоді є порушення функції попереково-крижового відділу хребта, больові, м'язово-тонічні, компресійні, нейродистрофічні синдроми, порушення психоемоційної сфери.

Метод оценки степени утраты общей трудоспособности в практике медико-социальной экспертизы

Смычек В.Б., Казак Л.Г.,
Чапко И.Я., Казакевич Д.С.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Целью исследования явилась разработка новой модели установления инвалидности, включающей как традиционное установление трех групп инвалидности, так и системы оценки степени утраты общей трудоспособности (в процентах). В рамках модели разработаны количественные критерии оценки степени утраты общей трудоспособности пациентов с последствиями заболеваний и травм.

Критериями оценки утраты общей трудоспособности является снижение способности к выполнению широкого круга простейших трудовых процессов, как правило, ограниченных бытовыми нуждами (самостоятельно передвигаться, готовить пищу, сохранять в порядке жилье, имущество, одежду, осуществлять уход за животными и другие, которые относятся к категории самообслуживания) и (или) любых видов неквалифицированного труда. Способность к самообслуживанию – способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде.

Определение степени утраты общей трудо-

способности проводится на основе интегрированной клинко-функциональной характеристики стойких нарушений функций органов и систем организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведёнными в соответствии с критериями и параметрами оценки указанных нарушений с оценкой: степени выраженности указанных нарушений; характера и тяжести течения заболевания, активности патологического процесса; иных показателей, оказывающих влияние на состояние общей трудоспособности пациента.

Количественная оценка степени утраты общей трудоспособности заключается в определении утраты общей трудоспособности, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 5% до 100%, с минимальным шагом в 5% (в некоторых случаях – 10%). Определение степени утраты общей трудоспособности при острых заболеваниях и травмах и (или) в периоде временной нетрудоспособности производится в размере 100%. При наличии нескольких стойких нарушений функций органов и систем организма, каждое из которых оценивается отдельно в процентах, данные нарушения ранжируются по степени выраженности. В случае установления факта взаимоотношения

влияния функциональных нарушений со стороны взаимосвязанных систем организма пациента на степень выраженности совокупная оценка может быть выше максимально опре-

деленного изолированного оцененного нарушения функций организма, но не более чем на 10 процентов.

Эпидемиология инвалидности вследствие церебро-васкулярных болезней в Одесской области

Стебловцева В. Н.

КУ «Одесский областной центр медико-социальной экспертизы»
г. Одесса, Украина

Цель: изучение динамики первичной инвалидности вследствие ЦВБ в Одесской области.

Методы: Объект исследования - первичная инвалидность вследствие ЦВБ.

При проведении исследования анализировались статистические данные Одесского областного центра медико-социальной экспертизы за период 2013-2015 гг.

Результаты исследования: в Одесской области число первично признанных инвалидами от ЦВБ в 2013 году составило 882 человека, из них в трудоспособном возрасте 523 человека.

В 2014 году число первично признанных 856 человек, из них в трудоспособном возрасте 504 человека.

В 2015 году – 791 человек, из них в трудоспособном возрасте 481 человек.

Показатели на 10 тыс. взрослого населения – в 2013 г – 4,5, в 2014 - 4,4, в 2015 – 4,1.

Показатели на 10 тыс. трудоспособного населения: в 2013 г - 3,8, в 2014 – 3,7, в 2015 - 3,5.

Соотношение групп инвалидности в % выглядит следующим образом: во взрослом населении инвалиды III гр. в 2013 г составили 34,7 %, в 2014 - 38,9 %, в 2015 -36,3%. Среди трудоспо-

собного населения – в 2013г - 49,8 %, в 2014- 53,1 %, в 2015 - 51,8%.

Инвалиды II группы во взрослом населении составили в 2013 г – составили 32,7%, в 2014 – 29,9%, в 2015 – 31,7%.

В трудоспособном возрасте инвалиды II гр. составили в 2013 г - 34,3%, в 2014 -32,3%, в 2015 -30,1%.

Инвалиды I группы во взрослом населении в 2013г – составили 32,7%, в 2014 – 31,2%, в 2015 – 32%.

В трудоспособном возрасте инвалиды I группы составили в 2013г – 15,9%, в 2014г – 14,6%, в 2015 г – 18,1%.

Выводы: Из приведенных данных следует, что численность впервые признанных инвалидов имеет тенденцию к снижению – с 882 человек в 2013 г до 791 человека в 2015 г, так же как и уровень инвалидности с 4,5 в 2013 г до 4,1 в 2015 г.

Преобладают инвалиды III гр. При этом удельный вес инвалидов III группы во взрослом населении вырос с 34,7% в 2013 г до 36,3% в 2015 г, а в трудоспособном возрасте с 49,8% в 2013 г до 51,8% в 2015г.

Порівняння ефективності інтегральної кінезіотерапії у дітей до 3-х та 6-ти років життя з спастичним церебральним паралічем із застосуванням скальп акупунктури та без

Абраменко В.В.

ДЗ Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, м. Київ.

Органічне ураження центральної нервової системи, зокрема, дитячий церебральний параліч (ДЦП), є великою медикою-соціальною проблемою не тільки в Україні, а й в усьому світі. Високий рівень інвалідизації визначає гостру необхідність пошуку нових і удосконалення існуючих методів відновлювального лікування.

Мета. Порівняння та оптимізація шляхом застосування в комплексній терапії не медикаментозних методів відновного лікування дітей до 3-х та від 3-х до 6-ти років життя із спастичними формами церебрального паралічу.

Матеріали та методи. Під динамічним спостереженням знаходилось 210 дітей з спастичними формами церебрального паралічу, були розділені на:

I -а. До 3-х років життя, на: 1-а група, основна (n-38 (23,76±0,91 міс.)) – отримувала «традиційне» лікування, скальп акупунктуру із одночасним проведенням кінезотерапії і масажу; 2-а група, контрольна (n-39 (22,94±1,04 міс.)) – отримувала «традиційне» лікування, скальп акупунктуру та окремо лікувальну фізкультуру

і масаж; 3-а група, контрольна (n-40 (22,63±1,42 міс.)) – отримувала «традиційне» лікування без застосування скальпакупунктури. II -а. Діти від 3-х до 6-ти років, котрі додатково були поділені на: 4-а група, основна (n-33 (51,74±1,59 міс.)); 5-а група, контрольна (n-48 (50,19±1,64 міс.)); 6-а група, контрольна (n-30 (47,53±2,16 міс.)).

Ефективність реабілітації проводилась за шкалою великих моторних функцій (тестовий бланк GMFM-88) [1, 2, 3], що є стандартизованим та перевіреним інструментом для визначення змін великих моторних функцій у дітей з церебральними паралічами.

Висновок. Одночасне застосування пасивно-активної кінезіотерапії, системи масажу і скальпакупунктури (1-а та 4-та основні групи дітей), має позитивну статистичну динаміку ($P \leq 0,05$) у порівнянні з контрольними своїх вікових груп. Отримані результати доводять, що одночасне застосування пасивно-активної кінезіотерапії, системи масажу і скальпакупунктури у дітей від 3-х до 6-ти років зберігають достовірну статистичну різницю ($P \leq 0,05$).

Дослідження впливу психокорекційної програми з включенням дельфінотерапії на емоційну сферу дітей з психофізичними порушеннями.

Гончар Ю.О.

ДУ "Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України"

Мета: обговорити дослідження впливу психокорекційної програми з включенням дельфінотерапії на емоційну сферу дітей з психофізичними порушеннями.

Психокорекційна робота проводилася з дітьми віком від 3 до 12 років (128 дітей) із діагнозами: розлади аутистичного спектру (РСА) – 32, затримкою психічного розвитку (ЗПР) – 33, дитячим церебральним паралічем (ДЦП) – 32 та з 31 здоровою дитиною. Групи склали 72 дитини віком від 3-х до 5-ти років та 56 дітей віком від 6-ти до 12-ти років. Робота проводилася на базі дельфінарію «Немо» (м. Одеса) у 2009 та 2013 році. Особливості психоемоційного стану оцінювалися перед початком та по закінченні 10 сеансів курсу. Емпіричні методи дослідження включали бесіду, структуроване інтерв'ю та психодіагностичний метод. Бесіда та структуроване інтерв'ю в письмовому вигляді проводилися на початковому етапі дослідження. Психодіагностичний метод був застосований виходячи зі структури моделі діагностики ICF-SY. Для оцінки змін здоров'я дітей ми запропонували дослідження в структурі когнітивних функцій – функції емоцій: діапазону (емоційного стану) за методикою «Самооцінка емоційних станів» за А. Уессманом та Д. Ріксом, регуляції (емоційної спрямованості) за методикою «Тест-анкета: емоційна спрямованість» за Б. І. Додоновим, які значним чином впливають на потенційну здатність і реалізацію, та сприяють або заважають соціалізації дітей.

Спільними для всіх дітей з психофізичними вадами були емоційний стан піднесеності-пригніченості, енергійності-втомленості та спокою-тривожності. Діти з ЗПР вирізня-

лись від осіб з ДЦП вірогідним збільшенням енергійності (на 21,1 %), впевненості (на 22,2 %), піднесеності (на 15,4 %) й загального показника емоційного стану (на 17,4 %). Особи з РСА відрізнялись від дітей з ДЦП збільшенням енергійності (на 28,9 %), піднесеності (на 23,1 %), впевненості (на 19,4 %), спокою (на 18,2 %) й загального показника емоційного стану (на 24,3 %). Діти з РСА вирізнялись від осіб з ЗПР зростанням спокою (на 14,7 %) та піднесеності (на 6,7 %), енергійності (на 6,5 %) й впевненості (на 2,3 %). Значні особливості виявлено в емоційній направленості дітей з ДЦП. Найбільш виразними були акізитивна, романтична, гностична, найменш – естетична, комунікативна й альтруїстична спрямованість емоцій. У дітей з ЗПР виразними були пугнічна, гностична, акізитивна. У осіб з РСА найбільшою була гностична, пугнічна, праксична, найменшою – естетична, альтруїстична, комунікативна емоційні спрямованості.

Дітям з психофізичними порушеннями (ДЦП, ЗПР, РСА) після проходження психокорекційного курсу з включенням дельфінотерапії було притаманне підвищення таких емоційних станів як впевненість, енергійність та загальний показник емоційного стану. Найбільші відмінності емоційної спрямованості були відмічені у дітей із ДЦП: виразнішими у них стали акізитивна, романтична та гностична емоційні спрямованості. Що, будучи заснованим на принципі «індивідуального стартового стрибка» за Д. Натансоном, сприяє розвитку емоційної сфери дитини та більшій ефективності впливу подальших корекційних заходів.

Діагностика і реабілітація порушень динамічного стереотипу та церебральної гемодинаміки у пацієнтів з наслідками інтранатального ураження нервової системи

Гришуніна Н.Ю.,
Данилко Л.Д.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», КЗ «Дитяча міська клінічна лікарня №5, Міський центр лікувальної фізкультури та спортивної медицини». м.Дніпропетровськ

Метою дослідження впливу сучасних методів фізичної реабілітації на поліпшення вегетативної регуляції згідно з аспектами генезіса міофасціальної дисфункції.

Матеріали та методи дослідження. Клінічне дослідження і лікування було проведене у 20 дітей у віці 7-11 років. Діти першої групи – 10 осіб отримували масаж і лікувальну гімнастику з врахуванням динамічного стереотипу в комплексі з загально розвиваючими, дихальними, спеціальними пасивно-активними, статико-динамічними вправами, постізометричну релаксацію, лікувальний масаж. Пацієнти другої групи (10 осіб) – традиційну лікувальну гімнастику та масаж.

Проведені дослідження методом нейропсихологічного тестування Лурія, розвитку вегетативного гомеостазу за допомогою кардіоінтервалографії (КІГ).

Результати досліджень та їх обговорення. Дослідження показало зниження активності парасимпатичної регуляції та активацію тону симпатичної системи, ріст індексу напруженості компенсаторних реакцій організму (ІН) — 124 од при нормі 65,0 од. Нейропсихологічні особливості показали дисфункцію коркових, підкоркових і стовбурових структур.

У пацієнтів першої групи - поліпшились показ-

ники слухового гнозису на 61,0% , у другій групі на 14,8% ($p < 0,01$). Показники зорового гнозису відновились на 49,7% у першій групі та на 38,2% - у другій ($p < 0,01$).

Регуляція серцевого ритму дітей першої групи характеризувалась активацією як гомеостатичних, так і нейрогенних механізмів (ІН — 68,4 од.)..

У пацієнтів другої групи спостерігались стабільна активність симпатичної регуляції, показник індексу напруження вегетативного балансу з нормою не зрівнявся (ІН — 74,0 од.). Відзначено зменшення міофасціального та дискоординаторного синдрому.

Висновки: 1 Наявність високої нейродинамічної пластичності, дозволяє використовувати програму комплексного застосування засобів фізичної реабілітації у дітей, яка підвищує рівень вищих коркових функцій і забезпечує регулюючий вплив центральних структур на моторику і регуляцію серцевого ритму.

2 Враховуючи все вищевикладене доцільно рекомендувати застосування схем лікування згідно стану організації рухових функцій, з врахуванням вегетативного тону і вегетативної регуляції.

Реабилитация детей с детским церебральным параличом, судорожным синдромом на базе Минской областной детской клинической больницы

Загорская Т.В.¹,
Филиппович А.Н.²

¹УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,
пос. Боровляны, Республика Беларусь

²ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Целью исследования явилось разработать метод формирования программы медицинской реабилитации пациентов с ДЦП.

Метод предусматривает использование технологии лечебной физкультуры, аппаратной физиотерапии, психотерапии, медикаментозных средств.

Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) проходят курсы восстановительного лечения: медикаментозного и физиотерапевтического, массажа неоднократно, порой до 10 курсов на базе неврологических отделений Минской областной детской клинической больницы (МОДКБ).

Комплексная реабилитация направлена на восстановление двигательных функций, нормализацию мышечного тонуса, нормализацию либо становление ослабленных или отсутствующих врожденных двигательных рефлексов (шагового, защитного, рефлекса с головы на туловище, с туловища на голову, рефлекса опоры), обучения навыкам сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности, речевых функций.

При наличии судорожного синдрома проводится подбор антиконвульсантов: карбамазепин, депакин, конвульсофин, ламиктал, топамакс, клоназепам в моно- либо при неэффективности в дуотерапии. Наличие судорожных приступов у больного с ДЦП является противопоказанием к проведению физиотерапевтического лечения (ФТЛ), лечебной физкультуры (ЛФК), массажа, медикаментозное

лечение имеет ряд ограничений – противопоказан ряд ноотропных препаратов, которые могут спровоцировать судорожные припадки: ноотропы (аниналон, церебролизин, энцефабол, пирацетам), антихолинэстеразные препараты: прозерин, нейромидин. Из ноотропных и сосудистых препаратов применяются пантогам, глиатилин, кортексин, актовегин, эмоксипин, мексигел, глицин, витамины группы В (неуробекс, магне-В6), витамин Е, миорелаксанты (мидокалм).

При отсутствии судорожного синдрома у детей с ДЦП в течение 3 месяцев, больному начинают проводиться ФТЛ, ЛФК, массаж, иглорефлексотерапия на фоне приема противосудорожных препаратов. Противосудорожные препараты принимаются длительно – 2-3 года после последнего приступа.

Особое значение для лечения ДЦП имеет массаж, к работе с каждой мышечной группой следует подходить избирательно, с учетом ее тонуса, наличия контрактур в суставах.

Физиотерапевтическое лечение включает электролечение: электростимуляцию мышц спины, разгибателей стоп, мышц бедер, ягодиц; светолечение: УФО, лазеротерапию, терапию поляризованным светом, ультразвуковую терапию и лекарственный фонофорез: бифорез зуфиллина-дибазола на конечности и сегменты спинного мозга, теплотечение (парафиновые-озокеритовые аппликации), водолечение: гидромассаж, вихревые ванны, рефлексотерапию.

Наличие судорожных приступов является противопоказанием для госпитализации в реабилитационные центры, поэтому дети с ДЦП с

судорожным синдромом проходят курсы восстановительного лечения на базе МОДКБ.

Використання ерготерапії у дітей з органічним ураженням нервової системи

Малишенко О.В.,
Здвижкова В.М.

ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України»

Мета. Дослідити вплив ерготерапії на функціональні можливості рук та формування навиків самообслуговування у дітей з органічним ураженням нервової системи.

Матеріали і методи. Було виділено дві групи дітей: I група – 66 дітей, вік 4-13 років з геміпаретичною формою дитячого церебрального паралічу (ДЦП) I-III рівня за системою класифікації функції руки MACS (Manual Ability Classification System); II група – 78 дітей, вік 2-9 років з ДЦП (спастична диплегія, дискінетична форма, гіперкінетична форма, атонічно-атактична форма, змішана форма) II-III рівня за MACS.

В I-й групі проводились заняття по руховій терапії з індукованим обмеженням (Construct Induced Movement Therapy - CIMT); в II-й групі проводились заняття по формуванню навиків самообслуговування (прийом їжі, одягання). За курс реабілітації проводилося 8-12 занять 2-3 рази на тиждень по 45 хвилин. Батькам були дані рекомендації по використанню функції рук в побуті та по тренуванню навичкам самообслуговування.

Під час занять з ерготерапії пацієнти виконували різноманітні завдання, які були направлені на розвиток навичок самообслуговування: прийом їжі, одягання, самогляд, трудові навички, продуктивна діяльність.

В ерготерапії використовувалися наступні ме-

тодики: тренування побутових навичок, метод Аффолтера, CIMT- терапія, тренінги по розвитку стереогнозу, дрібної та грубої моторики, по розвитку зорового та просторового сприйняття, рівноваги, по розвитку бімануальних навичок, терапія рук.

Результати. Були отримані наступні результати: I група – пацієнти з геміпаретичною формою ДЦП досягли ефективності в 99,2%. У дітей збільшилась швидкість, сила хапання та час утримання предметів ураженою кінцівкою, збільшилось використання ураженої кінцівки в продуктивній діяльності. В II-й групі ефективність склала 76%. Більш значущі результати були досягнуті в формуванні навиків самообслуговування (прийом їжі, одягання). Вище вказані навички в подальшому тренувались і розвивались в домашніх умовах.

Висновки: 1. Заняття з ерготерапії стимулюють використання ураженої руки в побуті, що допомагає дитині оволодіти прийомами самообслуговування та покращує якість її життя.

2. Рухова терапія -CIMT у дітей з геміпаретичною формою ДЦП може вважатись найбільш ефективним методом реабілітації.

3. Впровадження ерготерапії доцільно в комплексній реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.

Реалізація найсучасніших принципів реабілітації дітей 0-3 роки у програмі Раннє Втручання – досвід Навчально-Реабілітаційного Центру «Джерело», м.Львів

Міщук Т. М.

Благодійна Установа Навчально-Реабілітаційний Центр «Джерело» (НРЦ «Джерело»), Львів

Мета. Реалізація сучасних принципів реабілітації при роботі з дітьми віком 0-3 роки, які мають проблеми розвитку чи ризик їх виникнення, та їх сім'ям.

Методи. Принципи організації послуг Раннього Втручання (РВ).

1. Сімейно-центрованість. При наданні послуг РВ об'єктом допомоги є не лише дитина з порушеннями розвитку, але і її сім'я. Цей принцип реалізується у певних особливостях.

- При звертанні проводиться оцінка не лише рівня розвитку дитини, а і дитячо-батьківських стосунків, і ситуації в сім'ї.

- Визначається первинний запит батьків щодо роботи з дитиною, і потім працюється над його гармонізацією з баченням проблематики фахівцями.

- Батькам надається повна інформація про результати обстеження фахівцями, діагноз, прогноз, доказові методи лікування.

- Для узгодження бачення між фахівцями і батьками виділяються спеціальний час зустрічі без дитини – «круглий» стіл.

- Послуги РВ скеровані не лише на розвиток дитини, але і на «нормалізацію» життя сім'ї, підвищення якості її життя.

2. Холістичність. Команда РВ працює не лише з проблемою чи хворобою, а розглядає усі аспекти особистості дитини, яка має потреби тіла, духу та соціальної взаємодії (зміна медичної моделі неповносправності на біопсихосоціальну модель).

3. Міждисциплінарність. Працювати з дитиною холістично може лише команда, яка складається з лікаря, фізичного терапевта, психолога, логопеда, соціального працівника.

4. Функціональний підхід - реалізується завдяки використанню принципів Міжнародної Класифікації Функціонування дітей та підлітків (МКФ-ДП), що дозволяє оцінити функції та структури тіла, перешкоди для участі та обмеження при виконанні різних видів діяльності, бар'єри та сприятливі фактори самої дитини та її оточення.

Результати. Критеріями досягнення ефективних результатів у програмі РВ є: динаміка у розвитку дитини, її участі в різних соціальних ситуаціях, компетентність сім'ї щодо особливостей своєї дитини, підтримка сім'єю соціальних контактів. Саме згідно таких принципів надаються послуги РВ близько 100 сім'ям щорічно у НРЦ «Джерело».

Висновки. РВ - реалізація найсучасніших принципів реабілітації дітей.

Медико-соціальні прогностичні аспекти якості життя дітей з обмеженими можливостями внаслідок патології нервової системи

Шевчук В.І., Сторожук Л.О., Довгалюк Т.В., Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Гриневич Ю.Ф., Веремій Л.Г. Вінницького національного медичного університету
ім.М.І.Пирогова

Проблема інвалідності з дитинства є однією з найгостріших у соціальній політиці держави. На забезпечення гідного рівня життя сім'ям, що виховують дітей інвалідів, направлені зусилля різних державних та недержавних організацій та закладів.

До найбільш пріоритетних медичних заходів, визначених ВООЗ і спрямованих на збереження здоров'я дитячого населення в Європейському регіоні, включено профілактику інвалідності з дитинства (ВООЗ «Здоров'я-XXI», «Здоровий початок життя»).

Мета: Дослідити якість життя дітей з обмеженими можливостями внаслідок патології нервової системи на етапах проведення реабілітаційних заходів.

Методи: У методичному плані дослідження особливостей психологічного здоров'я дітей-інвалідів внаслідок захворювань нервової системи, рівня якості їх життя проводилось шляхом комплексного медико-соціального дослідження із застосуванням вітчизняної методики визначення якості життя дітей-інвалідів (Огнів В.А., 2005 р.).

В дослідженні прийняли участь 326 дітей у віці до 18 років з патологією нервової системи, що призводить до обмеження життєдіяльності.

Результати: Серед досліджених дітей хлопчиків було 189, дівчаток – 137, дітей від 0 до 10

років було 101, від 11 до 14 років – 130, 15 – 18 років – 95. 75 дітей мешкали в інтернаті, 251 – вдома. Суб'єктивна оцінка якості життя дітей з обмеженими можливостями внаслідок патології нервової системи в цілому була вище середньої – 62,3%. Низький рівень якості життя мали 110 досліджених дітей, середній – 192, оптимальний – лише 24.

При аналізі даних групи дітей з низьким рівнем якості життя відмічено, що дітей з тяжким ступенем патології серед них значно більше (60,4%), а в групі із середнім рівнем якості життя більшість має легкий ступінь вираженості патології (77,6%). Встановлено, що найбільш істотно на якість життя дітей з патологією нервової системи впливають соціально-психологічні обмеження, обмеження рівня самостійності, фізичні обмеження та обмеження зовнішнього середовища.

Висновки: На якість життя дітей з обмеженими можливостями внаслідок патології нервової системи впливає ступінь вираженості інвалідизуючої патології. Серед обмежень, що максимально впливають на якість життя, є соціально-психологічні обмеження та фізична активність. Отримані результати дають змогу більш ефективно та цілеспрямовано розробляти та реалізовувати реабілітаційні програми для покращення життєдіяльності дітей-інвалідів.

Формирование программы медицинской реабилитации для детей с наследственной нервно-мышечной патологией

Голикова В.В.,
Дорошенко И.Т.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

С целью создания автоматизированной системы, позволяющей сформировать индивидуальную программу реабилитации для детей с нервно-мышечной патологией, было проведено комплексное обследование 53 детей с нервно-мышечной патологией трех клинических групп (G10.0-G13.0; G60.0-G60.9; G71.0-G71.9).

Результаты исследования позволили сформировать структуру системы, включающую паспортные данные, результаты клиничко-функциональной и реабилитационно-экспертной диагностики с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Автоматизированная система предназначена для информационного обеспечения: результатов клиничко-функционального обследования детей-инвалидов с нервно-мышечными заболеваниями; мониторинга за данным контингентом в процессе реабилитации; изучения и выработки единого комплексного процесса медицинской реабилитации с учетом психолого-педагогического и социального аспектов для детей-инвалидов с последствиями нервно-мышечных заболеваний, базирующихся на требованиях МКФ, позволяющих объективизировать нуждаемость данного контингента в тех или иных видах реабилитационной помощи, в

первую очередь медицинской, и их капаситета.

Автоматизированная система предусматривает учет: идентификационных сведений, сведений об инвалидности и степени ее тяжести, сведений о диагнозах, сопутствующей патологии, сведений клиничко-функциональном состоянии, результатов реабилитационно-экспертной диагностики.

Программное обеспечение по полученным данным осуществляет автоматический выбор полного перечня мероприятий медицинской реабилитации, в которых нуждаются пациенты разных возрастов и трех клинических групп (G10.0-G13.0; G60.0-G60.9; G71.0-G71.9).

В результате создается индивидуальная программа реабилитации конкретно для данного пациента и конкретно на данный момент и этап, которая будет способствовать сохранению функциональных резервов и возможностей детей с последствиями нервно-мышечных заболеваний, поддержанию их биосоциального функционирования без посторонней помощи за счет максимально возможного сохранения их двигательных функций, функций сердца и легких, профилактики развития контрактур и вторичных скелетных деформаций, снижения мышечной утомляемости и слабости.

Потребность в мероприятиях медицинской реабилитации детей с наследственной нервно-мышечной патологией

Дорошенко И.Т.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Цель: изучение нуждаемости детей с нервно-мышечными заболеваниями в мероприятиях медицинской реабилитации для создания индивидуальной программы реабилитации. Проанализированы результаты комплексного обследования 26 лиц в возрасте от 3 до 17 лет, имеющих статус «ребенок-инвалид» и страдающих нервно-мышечными заболеваниями (НМЗ).

Основной удельный вес среди обследованного контингента составили жители города (100,0%), из числа которых лица мужского пола составили $65,4 \pm 9,5\%$. Анализ возрастной структуры данных пациентов, показал, что наиболее часто ($42,3 \pm 9,9\%$) встречались лица в возрасте 16-17 лет. Наиболее часто встречаемыми НМЗ были: наследственная моторно-сенсорная нейропатия ($19,2 \pm 7,9\%$), врожденная миопатия неутонченная ($15,4 \pm 7,2\%$), врожденная мышечная дистрофия Дюшена и спинальная амиотрофия - по $11,5 \pm 6,4\%$ случаев. Остальные болезни были представлены единичными случаями. Как показали результаты исследования, все данные пациенты нуждались в мероприятиях медицинской реабилитации. Установлено, что в 100,0% случаев данные дети нуждались в мероприятиях психологической коррекции и физической

реабилитации. Среди мероприятий психологической коррекции, наиболее часто ($92,3 \pm 5,3\%$) были необходимы методы психотерапии. Из числа мероприятий физической реабилитации, наиболее часто возникала потребность в методах активной кинезотерапии. При этом эрготерапия была необходима 26 (100,0%) детям, лечебная гимнастика - 24 ($92,3 \pm 5,3\%$), игровые упражнения - 5 ($19,2 \pm 7,9\%$), дозированная ходьба - 2 ($7,7 \pm 5,3\%$), пешеходные прогулки - 17 ($65,4 \pm 9,5\%$) детям. Мероприятия пассивной кинезотерапии, в основном массаж, были нужны 100,0% детей. Кроме того, для улучшения функциональных возможностей нервной системы 7 ($26,9 \pm 8,9\%$) детям требовалось грязелечение, 5 ($19,2 \pm 7,9\%$) - теплотечение в виде парафиновых аппликаций, 3 ($11,5 \pm 6,4\%$) - дарсонвализация, 2 ($7,7 \pm 5,3\%$) - магнитотерапия и 1 ($3,8 \pm 3,8\%$) ребенку - гидротерапия.

Установлено, что детям с НМЗ, для восстановления и компенсации физических и интеллектуальных способностей организма и максимально возможного сохранения или обновления нарушенных функций, в 100,0% случаях необходимы мероприятия психологической коррекции и физической реабилитации.

Біопсихосоціальна реабілітація підлітків з пограничними психічними розладами

Древіцька О. О.,
Буцька Л. В.

ПрАТ «ВНЗ «МАУП», кафедра психології

Мета і задачі дослідження. Мета роботи – підвищити якість психологічної корекції шляхом розробки системи психологічного супроводу підлітків з пограничними психічними розладами (ППР), на основі дослідження їх характерних клініко-психологічних проявів.

Об'єкт дослідження: пограничні психічні розлади у підлітків. Обстежено 28 підлітків 13-14 років, які направлялися психологами шкіл на консультацію до кафедральних співробітників.

Основні методи: Психодіагностичний блок обстеження пацієнтів включав дослідження: показників уваги за таблицями Шульце; пам'яті (тест вивчення 10 слів за О. Р. Лурія) і характеристик мислення (здатності до узагальнень, виключень зайвого, розуміння аналогій, прислів'їв); показники вербального і невербального інтелекту за Векслером; визначення рівня тривожності (за тестом Спілбергера-Ханіна); проведення колірного тесту відносин (далі – КТВ) О. М. Еткінда (1980) для виявлення невербальної самооцінки та емоційних конфліктів у підлітка з оточенням; дослідження самооцінки у пацієнтів за методом В. А. Скуміна (1985).

Результати дослідження. 16 пацієнтів основної групи мали діагнози за МКХ-10 рубрики F9 «Поведінкові та емоційні розлади, що починаються зазвичай у дитячому та підлітковому віці». Діагнози рубрики F4 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» у підлітків були виставлені у 12 пацієнтів.

Клініко-психологічні дослідження уваги, пам'яті та мислення свідчили про зниження цих функцій у більшості пацієнтів з ППР. Особливо показовим, інтегративним, за характеристиками когнітивного функціонування, виявився тест Векслера (WISC).

За результатами обстежень, 15 підлітків основної групи можна було віднести до категорії з

вербальним пограничним когнітивним дефіцитом (ПКД): їх рівень вербального інтелекту був від 70 до 85, а невербальний був вищим за 85 балів; 7 пацієнтів основної групи віднесені до категорії із загальним ПКД: вербальний і невербальний інтелект були в межах від 70 до 85. У пацієнтів, які мали ПКД, виникало «замкнене коло»: їх недостатній інтелектуальний рівень складав основу для зниження самооцінки та збільшення кількості емоційних інтрапсихічних конфліктів, за якими слідували посилення невротичних реакцій, порушення поведінки, зниження успішності.

Дослідження самооцінки та інтрапсихічних конфліктів у підлітків за невербальним тестом (КТВ О. М. Еткінда) виявилось показовим: показник емоційно-негативного ставлення до себе у пацієнтів з ППР спостерігався у 8 дітей. Високі показники емоційно-негативного ставлення до батьків і вчителів у підлітків з ППР (у 16 підлітків) вказували на їх фрустрацію, надмірні вимоги до них зі сторони дорослих.

Висновки: 1. Зосередження на психологічній корекції вказує на важливість «прийняття» підлітків з ППР, оскільки труднощі їх шкільної адаптації мають складний біо-психо-соціальний генез.

2. Проведення регулярної скринінг-діагностики за допомогою невербального тестування серед підлітків може бути якісною складовою психопрофілактики.

3. Психокорекція дітей з ППР передбачає виявлення рівня інтелекту, сприяння розвитку вербального інтелекту, подолання інтрапсихічних конфліктів.

4. Психопрофілактика ППР у підлітків має включати пояснювальну роботу серед батьків і вчителів відносно етіопатогенезу ППР, у тому числі емоційно-поведінкових розладів підлітків.

Психологічна складова індивідуальної програми реабілітації учасників бойових дій

Дроздова І. В.,
Храмцова В. В.

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут
медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»,
Дніпропетровськ, Україна

Мета: визначити обсяг психолого-педагогічної реабілітації учасників бойових дій в рамках заповнення індивідуальної програми реабілітації.

Методи: аналіз літературних джерел, психодіагностичний метод.

Результати. Психічні та поведінкові розлади під час бойових конфліктів є досить розповсюдженими. Клінічна картина психічної патології у цих осіб представлена широким спектром розладів – від психологічних реакцій до клінічно окреслених форм патології. Ризик розвитку ускладнень після травми досить високий та залежить від її виду та характеру. В клінічній картині найчастіше спостерігаються посттравматичні стресові розлади (F43.1) (ПТСР) та розлади адаптації (РА) (F43.2). Від характеристики потерпілої особи, способів подолання травматичних подій, психологічних захистів, адиктивних форм захисту, неінтегрованих травм у минулому, соціального оточення, залежить розвиток хворобливих психологічних станів. Учасники бойових дій є особливою категорією інвалідів, які потребують більш індивідуального та детального підходу до кожної особистості в рамках індивідуальної програми реабілітації інвалідів (ІПР). З цією метою ми визначили основні напрями психологічної складової та організації психологічних методів дослідження в роботі лікаря та психолога в рамках ІПР.

Психолого-педагогічна діагностика як частина

ІПР повинна включати клінічні та психологічні критерії диференціальної діагностики ПТСР та РА; а у своїй структурі визначати особистісні та характерологічні особливості, акцентуації характеру, темперамент, психологічні захисти, проактивне подолання, локус-контроль, сенс життя, внутрішню картину хвороби. Психолого-педагогічний патронаж оцінює нерво-психічну адаптацію, рівень суб'єктивного сприйняття самотності, вираженість соціальної фрустрованості та проявів посттравматичного синдрому, рівень відчуття безпеки. Психолого-педагогічна корекція повинна складатися із психологічної реабілітації і педагогічної корекції та проводитися в рамках психолого-педагогічного патронажу. Психологічна реабілітація складається з 2 блоків: психологічної корекції тривалістю від 12 до 18 тижнів, по закінченні якої, у разі потреби, пацієнтів переводять до другого блоку – психологічного супроводу (груповий процес) курсом раз на рік, протягом 6 місяців, 1 раз на тиждень, тривалістю 1,5 години. Профорієнтація проводиться за потреби в умовах центрів працевлаштування та професійного перенавчання.

Висновки: повноцінна інтеграція у суспільство постраждалих учасників бойових дій не можлива без довготривалого багаторівневого реабілітаційного процесу з включенням системи психокорекції на всіх рівнях надання медичної та психологічної допомоги.

Реабілітація хворих з постінсультними когнітивними і депресивними розладами

Здесенко І.В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Вивчити ефективність застосування цитиколіну (нейроксону®) в комплексній програмі реабілітації хворих з постінсультними когнітивними і депресивними порушеннями.

Було обстежено і проліковано 40 хворих, що перенесли ішемічний інсульт (ІІ), і мали когнітивні (КП) та депресивні (ДП) порушення. Середній вік хворих склав 60,8 років.

Виділені: основна і контрольна групи, співставні за статтю, віком, масою тіла.

Основними методами обстеження були: клініко-неврологічні, психодіагностичні з використанням шкал: NIHSS, Ренкіна, MMSE, депресії Монтгомері - Асберга (MADRS), методи нейровізуалізації, біохімічні, статистичні.

Запропонована програма реабілітації та корекції когнітивних та депресивних станів у хворих, які перенесли ІІ. На тлі проведення базисної терапії (антигіпертензивні, вазоактивні препарати, антиагреганти, статини) пацієнтам впродовж 10 діб призначали препарат нейроксон® (Галічфарм, Україна) розчин для ін'єкцій, внутрішньовенно крапельно по 1000 мг 1 раз на добу. З наступного дня після останньої ін'єкції хворими призначали препарат перорально по 500 мг 2 рази на добу протягом як мінімум 20 діб.

Важливим напрямком лікування хворих були: ранній початок занять кінезотерапією та логопедичних занять, психотерапія (індивідуальна, групова, сімейна), робота з родичами хворого; організація вільного часу пацієнтів, терапія зайнятостю, при необхідності включення ан-

тидепресантів (перевага віддавалася групі селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну).

У подальшому, пацієнтам основної групи проводили аналогічні курси призначення нейроксону® та реабілітаційних заходів через 3 і 6 місяців з моменту захворювання. Хворим контрольної групи в подальшому нейроксон, ноотропи не призначали, реабілітаційні та психотерапевтичні заходи не проводились.

Стан хворих обох груп оцінювався до початку лікування, через 1, 3, 6 місяців, через рік з моменту захворювання.

В результаті проведеного дослідження встановлено достовірну перевагу повторного курсового призначення нейроксону® і реабілітаційних заходів через 3 і 6 місяців після розвитку ІІ перед застосуванням їх тільки протягом першого місяця. Позитивний ефект підтверджено достовірним зменшенням до кінця року вираженості неврологічного дефіциту (з 7,4 до 3,0 балів за шкалою NIHSS), підвищенням показників повсякденної життєвої активності (з 3,3 до 1,5 пунктів за шкалою Ренкіна), поліпшенням емоційного стану (з 27,2 до 12,0 балів за шкалою MADRS) і регресом КП (з 21,2 до 25,4 балів за шкалою MMSE).

Висновки. Повторне курсове призначення нейроксону® в комплексній програмі реабілітації хворих, що перенесли ІІ, підвищує лікувальний і профілактичний потенціал пацієнтів, перешкоджаючи розвитку дементуючих та депресивних розладів.

Особенности психологической адаптации в пожилом и старческом возрасте

Зуева А.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Цель: изучить особенности психологической адаптации в пожилом и старческом возрасте

Методы. Информационной базой работы послужили разработки отечественных и зарубежных ученых в области геронтопсихологии. При написании работы использовались учебные пособия и учебники по психологии, социологии, антропологии и возрастной психологии.

Результаты. Современная социальная обстановка во всем мире, ориентация на молодость, на активный образ жизни, философия достижений делают этот демографический слой наиболее уязвимым. Особенно тяжело как социальное, так и психологическое положение стариков в экономически нестабильных регионах. Как правило, слова старость и пожилые люди несут на себе негативное семантическое значение, часто являясь синонимами слов «ущербный», «отживший» (Страшникова, Тульчинский), что отражается на самосознании стариков и отношении к ним более молодых слоев населения.

Изменение психосоциального статуса в старости отличается от предыдущих прежде всего сужением круга возможностей, как физических, так и социальных; и состоит из нескольких стадий: наступление старости, выход на пенсию, вдовство. Удовлетворенность жизнью и успешность приспособления к наступлению старости зависят в первую очередь от здоровья. Негативный эффект слабого здоровья может смягчаться за счет механизмов социального сравнения и социальной интегрированности. (Крайг). Также важную роль играют материальное положение, ориентация на другого, принятие пе-

режен. Реакция на уход на пенсию зависит от желания оставить работу, здоровья, финансового положения, отношения коллег, а также от степени запланированности ухода. Вдовство, как правило, несет одиночество и нежелательную независимость. В то же время оно может дать человеку новые возможности для личностного роста. При этом смысл, вкладываемый в происходящие события личностью, часто является более важным, чем сами эти события.

Наиболее важными задачами развития в пожилом возрасте становятся:

- сохранение согласованности с собственной идентичностью, которая теперь в основном опирается на прошлое;
- нахождение смысла жизни;
- оценка прошлого;
- перестройка Я-концепции и стиля поведения в соответствии с изменившимися условиями жизни.

Выводы. Старение по-разному сказывается на мужчинах и женщинах. Меняется стиль полоролевого поведения, различия сглаживаются. Мужчины становятся более пассивными, а женщины более агрессивными и властными. Изменяются семейные и личные отношения. Старики учатся приспосабливаться к прекращению воспитательной деятельности, к ролям бабушек и дедушек. Большинство пожилых людей рассматривают отношения с родственниками как нечто постоянное и необходимое, один из источников поддержки и удовлетворенности жизнью.

Алгоритм комплексной реабилитации инвалидов

Копыток А.В.,
Луцинская С.И.,
Якушина Н.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Целью исследования явилось разработка алгоритма комплексной реабилитации инвалидов на основе использования информационно-справочной системы реабилитационного потенциала региона.

Комплексная реабилитация инвалидов, включающая в себя совокупность методов и средств реабилитационной помощи (медицинской, профессиональной, трудовой и социальной) осуществляется на основании индивидуальной программы реабилитации (ИПР) инвалида. Формирование ИПР инвалида включает следующие этапы: проведение экспертно-реабилитационной диагностики; оценка реабилитационного потенциала; определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры; формирование программ медицинской, профессиональной и трудовой, социальной реабилитации в соответствии с официально утвержденной формой.

Информационно-справочная система (далее – ИСС) реабилитационного потенциала региона предназначена для предоставления информации специалисту МРЭК при разработке ИПР инвалида. Специалист МРЭК на автоматизированном рабочем месте просматривает имеющуюся об инвалиде информацию и дополняет ее необходимыми для разработки ИПР данными. Для формирования ИПР инвалида открывает закладку ИПР, при этом появляется окно, в котором отражены разделы ИПР: программа медицинской реабилитации;

программа профессиональной и трудовой реабилитации; программа социальной реабилитации. Каждый раздел ИПР представлен в виде таблицы, соответствующей утвержденной форме, со следующей рубрикацией: перечень мероприятий, срок проведения и исполнитель. Для наполнения конкретными мероприятиями программ реабилитации, из справочников, содержащих информацию, необходимую для разработки ИПР (профессии рабочих и должности служащих; перечень реабилитационных мероприятий и услуг; перечень технических средств социальной реабилитации; исполнители реабилитационных мероприятий и т.д.) осуществляется подбор реабилитационных мероприятий для конкретного инвалида, выбор исполнителей реабилитационных мероприятий и занесение их в программы реабилитации.

Данный подход позволит грамотно и качественно организовать процесс формирования ИПР инвалида, путем определения оптимальных и адекватных мер реабилитации по каждому разделу, позволяющих инвалиду восстановить нарушенные и компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, профессиональной и общественной деятельности с учетом возможности реабилитационного потенциала региона: сети реабилитационных учреждений региона, состояние территориального рынка труда инвалидов, а также сети республиканских реабилитационных учреждений. Что в свою очередь будет способствовать повышению качества осуществления комплексной реабилитации инвалидов, а соответственно снижению сроков и тяжести инвалидности.

Комплексна допомога учасникам АТО з відновної медицини та духовного відродження

Манишин Б.,
Романів В.

БФ «Стрийський Крайовий Реабілітаційний Комплекс»

Мета: Налагодження комплексної системної допомоги учасникам АТО та членам їх родин шляхом створення Крайових Реабілітаційних Комплексів.

Наслідки АТО на Сході держави спричинили ріст депресивних станів. Медичні працівники та психологи зазначають різке зростання кількості пацієнтів з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР). Військові госпіталі та масово створені реабілітаційні центри не в змозі налагодити психологічне відновлення учасникам бойових дій та їх родинам.

Виходячи з означеного, ми ініціювали цільову Програму створення крайових реабілітаційних комплексів, що надаватимуть допомогу з психологічного відновлення, духовного зцілення, соціальної адаптації та профільної реабілітації після соматичних уражень воїнам АТО, і членам їх родин. Зазначені комплекси складаються із профільних Реабілітаційних Центрів (РЦ): психологічного відновлення, нейрохірургічного, неврологічного тощо, відділів соціальної адаптації, Духовно-просвітницьких Центрів. Такий системний підхід максимально задовольняє якість надання повноцінної відновної допомоги та адаптації до життя в соціумі.

Пілотна цільова Програма у Львівській області об'єднує зусилля медиків, психологів, духовенства, соціальних працівників, державної служби зайнятості, волонтерів, громадських організацій та державних органів влади. Дієвою є співпраця з релігійними організаціями, першочергово УГКЦ, щодо духовно-просвітницької роботи з учасниками АТО та їх родинами, налагодження капеланської служби. На Львівщині створюється п'ять реабілітаційних комплексів, об'єднаних спільною програмою діяльності: Стрийський, Червоноградський (м.Соснівка), Бродівський, Яворівський та Львівський (на базі Військового госпіталю в м.Винники).

Висновки: 1. Створення Крайових Реабілітаційних комплексів, що поєднують всі види відновної медицини, психологічного відновлення, духовного відродження та соціальної адаптації учасників АТО та членів їх родин, перспективний шлях системного відродження українського суспільства.

2. Ефективне психологічне відновлення учасників АТО і членів їх сімей можливе лише в поєднанні з духовним відродженням через створення в РЦ Духовно-просвітницьких Центрів.

Особенности психоэмоциональных реакций на когнитивную нагрузку у пациентов в отдаленном периоде после инсульта

Храмцова В. В.

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», Днепропетровск, Украина

Цель исследования: определение особенностей психоэмоционального напряжения и его функциональных коррелятов на когнитивную нагрузку у пациентов в отдаленном периоде после перенесенного инсульта.

Контингент и методы исследования. В работе были применены эмпирический метод: наблюдение за реакциями пациента, беседа на выявление степени заинтересованности и психоэмоционального состояния, психодиагностика процессов мышления, общих умственных способностей и эмоционального интеллекта. Функциональный – артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) измерялись по 4 точкам. Анализировались параметры до нагрузки, в точке активации, с нагрузками максимальной когнитивной и эмоциональной. Обследовано 20 здоровых человек с высоким уровнем эмоционального интеллекта (контрольная), пониманием своих эмоций и умением их контролировать и 27 больных (основная) с отдаленными последствиями перенесенного инсульта с низкими показателями по этим же параметрам.

Результаты. В процессе исследования в каждой из групп были выявлены особенности психофизиологических сдвигов на когнитивную и эмоциональную нагрузку. В контрольной группе реакция активации сопровождалась легким повышением АД и ЧСС в 90% случаев; реакции были кратковременными, после этапа активации приходили в норму; эмоции осознавались,

быстро включалась когнитивная переработка; замеры в точках максимальной когнитивной и эмоциональной нагрузки не регистрировали физиологических сдвигов, что указывало на быструю адаптацию и снятие реакции напряжения. В группе больных реакция активации в 51,8% случаев вызывала психофизиологические сдвиги: выявлялась их неравномерность, затяжная реакция на нагрузку в 92,3%; эмоции больными не осознавались, были не адекватны ситуации исследования, в основном оставались в фоне без когнитивной переработки. Маркерами «повышенной эмоциональной готовности» были привычные стереотипные реакции на немотивированную тревожность, проявления в виде рассерженности на собственную раздражительность, страх усиливался боязнью. Таким образом, на уровне сознания происходила раскочка и усиление негативных эмоций и тревоги, не формировалась фаза когнитивной переработки и контроль своих эмоций. Определялось максимальное влияние когнитивной (53,8%), и в сочетании с эмоциональной нагрузкой (61,5%), на диастолическое давление и в меньшей степени на ЧСС.

Выводы: при формировании реабилитационных программ для пациентов в отдаленном периоде после инсульта необходимо учитывать психоэмоциональные паттерны реагирования на стресс которые создают хроническое психоэмоциональное напряжение низкой интенсивности.

Медикаментозна реабілітація больных с депресивними розладами

Яворська В.А.,
Бондарь О.Б.

Кафедра невропатології і нейрохірургії ХМАПО

Центральне місце в ліченні депресій займають антидепресанти. Однак ризик виникнення побічних ефектів при прийомі препаратів даної групи в формі, затримки сечі, збільшенні маси тіла, гормонального дисбалансу, кардіотоксичності обмежує їх використання. Широкий спектр і різноманітність сучасних антидепресантів стимулюють до диференційованого вибору препарату виходячи з принципу співвідношення ефективності і вираженості побічних ефектів.

Метою дослідження були оцінка і порівняння впливу препарату екстракту звіробоя (Лайф-900) в таблетованій формі на динаміку клінічних змін депресивного синдрому при хронічній церебральній ішемії і при наслідках гострого порушення мозкового кровообігу: підтвердження ефективності і безпеки застосування Лайф-900 як антидепресанта у хворих з порушенням мозкового кровообігу.

Методи і матеріали: 90 пацієнтів були розділені на 3 групи:

1-я група – 30 пацієнтів – з депресією на фоні хронічного порушення мозкового кровообігу отримували екстракт звіробоя по 1 таблетці (900мг) в сутки per os 2 місяці.

2-я група – 30 пацієнтів – з депресією на фоні наслідків гострих порушень мозкового кровообігу отримували екстракт звіробоя по 1 таблетці (900мг) в сутки per os 2 місяці.

3-я група – 30 пацієнтів – контрольна.

Вивчали вплив препарату на когнітивні функції, тривогу і депресію. Когнітивні функції перевіряли з допомогою Міні тесту

оцінки умовного стану (MMSE) при прийомі (візит 1), 30-і дні (візит 2), 60-і дні (візит 3). Тревога і депресія оцінені за допомогою шкали Гамільтона при прийомі (візит 1), на 30-і дні (візит 2), 60-і дні (візит 3).

Результати. До початку терапії сумарний бал за шкалою MMSE становив $24,3 \pm 0,22$ балів в 1 групі, $23,17 \pm 0,86$ балів в 2 групі і $24,7 \pm 0,36$ балів в 3 групі. За 30 днів виявлено зростання балів, більш виражене в 1 групі, порівняно з 2-ю і 3-ю групами: $27,33 \pm 0,21$ балів, $26,37 \pm 0,14$ балів і $25,1 \pm 0,37$ балів відповідно. За 60-і дні зниження когнітивних порушень достовірно проявлялося в 1-й і 2-й групах.

Сумарний бал за шкалою Гамільтона при прийомі в 1 групі становив 21,71 балів; в 2 групі – 22,78 балів, в 3 групі – 20,47 балів, що відповідає помірній депресії. Регрес явищ депресії на 60-і дні достовірно проявлявся в групах, які отримували екстракт звіробоя; становив в 1 групі – 8,2 балів; в 2 групі – 8,52 балів, в 3 групі – 16,86 балів.

Таким чином, застосування екстракту звіробоя – «Лайф 900» є науково обґрунтованим і ефективним методом комплексної реабілітації когнітивних і астеничних порушень. Враховуючи комплексний характер дії препарату Лайф 900 на покращення настрою, зменшення рівня тривоги, вираженість астеничних і соматовегетативних проявів, покращення когнітивних функцій, повсякденну активність, його застосування у хворих з церебральними судинними подіями може бути широко рекомендовано.

Традиційні та альтернативні методи корекції порушених функцій у пацієнтів з перенесеним інсультом у відновному періоді

Андріюк Л.,
Магулка І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Кафедра реабілітації та нетрадиційної медицини ФПДО

Актуальність. Судинні захворювання головного мозку є основною проблемою сучасного суспільства та створюють соціальні та економічні збитки. Зважаючи на щорічне зростання кількості пацієнтів з наслідками перенесеного інсульту, виникає потреба удосконалення та оптимізації відновного лікування пацієнтів з даною патологією.

Метою роботи є дослідження ефективності немедикаментозних засобів реабілітації (рефлексотерапії, апі-, гірудотерапії та мануальної терапії) на відновлення функцій пацієнтів з наслідками порушення мозкового кровообігу у відновному періоді.

Матеріали та методи дослідження: В дослідженні брали участь 116 пацієнтів. Середній вік становив $46,4 \pm 10,4$ роки, серед них 67 чоловіків та 49 жінок. Пацієнтів було поділено на дві групи: основна група ($n=66$) хворі, які отримували відновне лікування з використанням немедикаментозних засобів (рефлексотерапії, гірудотерапії, апі- та мануальної терапії). Немедикаментозне лікування призначалось додатково до основного лікування (фізична, фізіотерапевтична, психологічна реабілітація). Гірудотерапія - ставили 2-4 п'явки на проекцію сосцевидних відростків скроневої кістки, по задній волосистій лінії голови, в проекції куприкової кістки, 8-10 сеансів. Апітерапію призначали після двохразової негативної проби на апітоксин ставили 2-6 бджіл на БАТ та паравертебральні точки. Голкорексотерапію призначали за класичними схемами. Використовували точки як на ураженій кінцівці, так і на здоровій стороні, за гальмівною та тонізуючою методикою, 10-12 сеансів. Мануальна терапія передбачала використання м'яких технік з метою релаксації м'язів та признача-

лась дворазовим курсом. Пацієнти другої групи ($n=50$), отримували класичну відновну терапію (медикаментозну, фізичну, фізіотерапевтичну).

Для оцінки ефективності відновного лікування використовували функціональні шкали (шкала Ренкіна, індекс Бартел), шкали оцінки неврологічних розладів (NIHSS) та когнітивних функцій (MMSE), оцінки психо-емоційного стану пацієнтів, які застосовували тричі: на початку лікування, після першого та третього місяця реабілітації.

Результати дослідження: Після 3 місяців проведеного комплексного відновного лікування із додатковим застосуванням рефлексотерапії, гірудотерапії, апі- та мануальної терапії, показники функціонування пацієнтів основної групи за даними шкали Ренкіна достовірно покращились на 29%, індекс активності у щоденному житті (Бартел) зріс на 20% ($p < 0,05$) в порівнянні із станом при поступленні. У пацієнтів контрольної групи дані показники зросли на 23 та 11 % відповідно ($p < 0,05$).

Когнітивні функції за шкалою MMSE покращились на 19 %, в порівнянні з початковим станом у пацієнтів основної групи, та на 12% в групі контролю. Про ефективність призначення немедикаментозного відновного лікування свідчить також достовірне зменшення показників важкості депресії на 44 % за шкалою Монтгомері-Асберг та на 40 % за шкалою депресії Бека, в порівнянні із станом пацієнтів при поступленні. У пацієнтів контрольної групи даний показник змінився на 40 та 37% відповідно ($p < 0,05$).

Неврологічний статус за даними шкали NIHSS покращився на 8% та на 6% в контрольній групі, в порівнянні із станом при поступленні. Піс-

ля проведеної реабілітації спостерігали зменшення спастичності за модифікованою шкалою Ашфорта на 12% в основній групі ($p < 0,05$) та на 6% в групі порівняння ($p > 0,05$).

Висновок: Додаткове використання натуропатичних методів віднолення функцій у пацієнтів

З наслідками перенесеного інсульту достовірно покращує показники загального стану та якості

життя пацієнтів, в порівнянні станом пацієнтів при поступленні. Спостерігали також достовірно кращу динаміку відповідних показників у пацієнтів основної групи, в порівнянні із контрольною, що дає можливість рекомендувати включати дані методики для відновлення пацієнтів після перенесених крововиливів в мозок.

Засоби відновлення рівноваги постінсультних хворих: науково-доказова база

Баришок Т.В.

Запорізький національний університет

Мета: аналіз ефективності засобів тренування балансу постінсультних хворих.

Методи: об'єкт – засоби відновлення рівноваги постінсультних хворих; методи: аналіз наукових досліджень та публікацій, теоретичні методи.

Результати: Баланс – основна вимога для рухової активності, від якої залежать безпечні рухи тіла в повсякденному житті, відіграє основну роль у здатності тіла та кінцівок робити координований рух, підтримуючи необхідне положення без падіння, не спотикаючись та не хитаючись.

Після інсульту можуть виникати проблеми з рівновагою, які вимагають витрати великих зусиль для виконання навіть простих речей (надягання шкарпеток, чищення зубів). Проблеми з рівновагою викликають моторні, сенсорні і пізнавальні погіршення, труднощі у подоланні перешкод або ходьбі. Порушений постуральний контроль сприяє труднощам з відновленням рухливості і функціональною незалежністю хворих.

Систематичний огляд (An & Shaughnessy 2011), що включав 17 рандомізованих клінічних досліджень з 2001 по 2010 рік, присвячених покращенню балансу після інсульту показав, що

мультисенсорні програми малоефективні. Однак, раннє застосування вправ та аеробного навантаження позитивно впливають на вдосконалення балансу в підгострому і хронічному інсульті. Систематичний огляд дозволяє зробити висновок, що тренування, яке продовжується щонайменше 20-60 хвилин, 3-4 рази на тиждень, протягом 6-12 тижнів може поліпшити баланс після інсульту.

Висновки: Найкращими засобами відновлення балансу вважаються: тренування, що орієнтоване на виконання завдань і включає активну участь пацієнта (Level C); включення у програму терапії тренування з переходом з положення сидячи у положення стоячи (11-13 повторень на добу) з відкритими очима та мінімальною підтримкою руками (Level A) (Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2010); гідротерапія (Level 2a), Bobath терапію (Level 2a), Тренування на велоергометрі (Level 1b), Тренування на силовій платформі (Level 1a) Тренування сприйняття (Level 1b) Тренування з позбавленням візуального контролю (Level 1b).

Тренування балансу має проходити під наглядом спеціаліста, який може гарантувати безпеку. До таких фахівців належать ерготерапевт та фізичний терапевт.

Можливості в реабілітації бойової ЧМТ

Богдан Л.О., Старюк Д.О.,
Шитіков Т.О.

Волонтерський реабілітаційний центр для учасників АТО,
Дніпропетровськ, Україна.

В наслідок бойових дій з російсько-терористичними угрупованнями в Україні спостерігається зростання числа черепно-мозкових травм (ЧМТ) серед військово службовців ЗСУ — від 25 до 80 % від загальної кількості травм. Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини та численні наукові дослідження з даної проблематики, бойова ЧМТ є однією з провідних причин смертності та інвалідизації. За даними сучасних дослідників, комбінована ЧМТ зустрічається до 40% серед причин смертності. Відомо, що 30–90 % осіб, які перенесли ЧМТ легкого та середнього ступеня тяжкості, страждають від травматичної хвороби головного мозку. Наслідки черепномозкової травми надзвичайно різноманітні, виникають у 30–96 % випадків ЧМТ та залежать як від тяжкості первинного пошкодження, так і від вторинних пошкоджень, а також від перебігу відновлення. Особове значення мають наслідки контузионно травматичних пошкодження під час бойових дій, бо вони приводять не тільки до збільшення кількості випадків травматизму, але й до стрімкого зростання збільшенням числа хворих із віддаленими наслідками ЧМТ.

Метою нашої роботи була оптимізація тактики реабілітації хворих із наслідками закритої ЧМТ легкого та середнього ступеня тяжкості з використанням безмедикаментозних мануальних краніо-сакральних технік (КСТ).

Матеріалом явились спостереження за 25 учасниками АТО віком від 19 до 45 років. Термін початку спостереження після травми складав від 3 до 6 місяців. Нами використовувались методи клінічного неврологічного огляду, електроенцефалографії, бульбарної біомікроскопії, рентгенографії черепу, пульсоксиметрії, нейропсихосоціометрії. Всім пацієнтами проводились сеанси КСТ 1-2 рази на тиждень № 5-6 за методикою остеопатичної школи (Аппледжер Дж., 2005).

Нами застосовувались різноманітні методи

рефлексотерапії та кінезіотерапії: КСТ та мануальної терапії акупресура, шкіряно-міофасціальний реліз, післязіометрична релаксація м'язів (ПІР) за А. Лієвим (2003), деторзія твердої мозкової оболонки за В.Сатерляндом (1948), мобілізація швів черепа за Гініним (2006), маніпуляції на хребцевих сегментах краниовертебрального переходу за К. Левітом (1993). Реабілітація проводилась всім хворим в кілі ості від 3 до 8 сеансів на курс. Хворі проходили навчання самостійного виконання прийомів ПІР. Термін спостереження складав від 10 до 30 днів.

Статистична обробка матеріалу проводилась у середовищі "Statistics for Windows 6,0".

У результаті обстеження нами виявлено, що хворі скаржилися (95,7 %) на загальну слабкість, головний біль (5,8 балів за ВАШ); погіршення пам'яті, уваги; зниження зору, слуху; запаморочення. Після реабілітації кількість скарг зменшилася на 83,2 % та вони були представлені переважно головним болем 2,1 балів за ВАШ, сонливістю, загальною слабкістю. До початку реабілітації в неврологічному статусі 100 % хворих мали місце такі синдроми: астенічний когнітивних порушень, цефалгічний та вегетативної дистонії, рівень яких на фоні проведення КСТ зменшилася (16,4 %). Виявлені зміни біоелектричної активності головного мозку під час обстеження свідчили про дифузне зниження функціональної активності, що корелювало зі показниками пульсоксиметрії тканин голови ($88,2 \pm 0,4$ % - до реабілітації та $98,3 \pm 0,3$ % - після). Після проведення реабілітації покращились когнітивні функції. Так, після проведеної реабілітації (на 14 день) продуктивність відтворення 10 слів покращилася та становила від $4,12 \pm 0,4$ слова (до початку) до $7,51 \pm 0,4$ слова.

У 93,3 0,2 % пацієнтів після проведеної реабілітації з використанням технік мануальної терапії, отримані позитивні ефекти, які підтверджені клінічно та інструментально.

Критерієм ефективності ми обрали зниження інтенсивності больового синдрому, яка визначалася під час лікування та оцінювалася згідно ВАШ, ми враховували не тільки термін початку зменшення та динаміку інтенсивності больового синдрому, який складає в вік 2 до 5 діб, а також параметри бульбарної мікроскопії, сатурації киснем тканин голови.

Виводи. Використання в нейрореабілітації у хворих із наслідками ЧМТ середнього ступеня тяжкості краніо-сакральних мануальних технік поліпшує якість неврологічне відновлення, нейропротекції, церебрального кровообігу та когнітивні функції.

Адаптивні технології у відновленні після інсульту: науково – доказова база

Бандуріна К. В.
Тоцька А. В.

Запорізький національний університет

Мета: аналіз ефективності застосування адаптивних технологій у функціональному відновленні після інсульту.

Методи: об'єкт - адаптивні технології для постінсультних хворих; методи: аналіз наукових досліджень та публікацій, теоретичні методи.

Результати: Адаптивні технології включають такі засоби пересування, як: тростини, ходунці і інвалідні візки, також існує широка різноманітність інших засобів для пристосування та полегшення функціональних обмежень, що відбуваються після інсульту. Використання адаптивних технологій компенсує залишкові явища після інсульту, знижує витрати системи охорони здоров'я. Старші особи, які перенесли інсульт користуються вдома великою кількістю допоміжних пристроїв (майже 16 пристроїв в середньому (Mann та ін., 1995).

Використання більшості допоміжних пристроїв викликано порушенням пересування, руховою обмеженістю. Пацієнти з геміплегією часто вимагають використання інвалідного крісла, допоміжних пристроїв для ходьби (як, наприклад, трості або ходунці) або роботехнічних пристроїв.

Головні функція допоміжних засобів для ходьби після інсульту збільшення стабільності. Палиці

та ходунці ефективні в компенсації порушення постурального контролю, їх використання допомагає у повсякденній активності (Maeda та ін., 2001). Головною перевагою раннього використання візків після інсульту є підтримка геміплегічної сторони, що корегує порушення та прискорює функціональне одужання.

Найефективнішими адаптивними технологіями вважаються (Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2010): використання інвалідного крісла (при ретельній оцінці пацієнта і середовища, в якому він буде використовуватися візком) (Level C); використання ортезів для гомілковостопного суглобу з метою зменшення його опускання при ходьбі (за умови нерегулярного використання, з належним оцінюванням) (Level A); використання ортезів для суглобів нижніх кінцівок з метою їх стабілізації при ходьбі (Level C); використання адаптивних пристроїв для безпеки і функціонування, якщо інші методи виконання конкретних завдань не доступні (Level C).

Висновки. Адаптивними технологіями слід користуватися для безпеки особи, яка перенесла інсульт, покращення або компенсації рухових функцій. Важливим чинником є їх правильний та індивідуальний підбір.

Экспериментальное исследование терапевтического потенциала постнатальных мультипотентных стволовых клеток – производных нервного гребня

Васильев Р.Г.^{1,2}, Медведев В.В.^{3,4},
Рыбачук О.А.^{1,2,5}, Родниченко А.Е.^{1,2},
Лысенко А.С.³, Демидчук А.С.³,
Шамало С.Н.³, Зубов Д.А.^{1,2},
Клименко П.П.¹, Губарь О.С.²,
Злацкая А.В.^{1,2}, Лабунец И.Ф.¹,
Новикова С.Н.¹, Чайковский Ю.Б.³,
Цымбалюк В.И.^{3,4}, Бутенко Г.М.¹

¹ГУ «Институт генетической и регенеративной медицины НАМНУ», Киев, Украина. ²Биотехнологическая лаборатория ilaya.regeneration, Киев, Украина.

³Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина. ⁴ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМНУ», Киев, Украина.

⁵Институт физиологии им. А.А. Богомольца НАНУ, Киев, Украина

Цель. Исследовать терапевтический потенциал МСК-ПНГ на экспериментальных моделях повреждения костей черепа, центральной и периферической нервной системы.

Материалы. МСК-ПНГ были получены из региона bulge волосяного фолликула вибриссы мышечной линии FVB трансгенных по GFP. Для создания 3D конструкций использовали гидрогель NeuroGelTM, фибриновый гель и его комбинацию с гранулами костнозамещающего материала (ксеногенная кость и GA-βТКФ). Терапевтический потенциал МСК-ПНГ был исследован в следующих экспериментальных моделях: перерезки седалищного нерва, повреждения спинного мозга (гемисекция), дефекта костей черепа критического размера и кислородно-глюкозной депривации (КГД) органотипической культуры гиппокампа.

Результаты. МСК-ПНГ стимулируют репаративную регенерацию седалищного нерва, что подтверждено морфометрическим анализом и функциональными тестами. Трансплантация

фрагментов гидрогеля с МСК-ПНГ в область пересечения спинного мозга значительно улучшает репаративные процессы по сравнению с имплантацией пустого NeuroGelTM (10,5±0,8 против 8,4±0,9 баллов по шкале BBB; 1,6±0,3 против 1,8±0,2 по шкале Ashworth). Трансплантация 3D конструкций с МСК-ПНГ в область дефекта черепа критического размера привела к полному восстановлению гистотипической костной ткани. МСК-ПНГ при трансплантации на органотипическую культуру гиппокампа после КГД оказывали нейропротекторное действие на нейроны зоны CA1, но не дифференцировались в клетки ЦНС в данные сроки наблюдения (14 суток).

Выводы. МСК-ПНГ обладают большим потенциалом к использованию в регенеративной медицине в области нейрохирургии и нейрореабилитации за счет способности к мультилинейной дифференциации с последующей структурной интеграцией и значительного трофического паракринного эффекта.

Інформативність методів оцінки церебральної гемодинаміки у хворих на цукровий діабет 2 типу в поєднанні з гіпертонічною хворобою та їх значення в практиці МСЕ

Вернигородський В.С.,

НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім.М.І.Пирогова

Вернигородська М.В., Фетісова Н.М.

Вступ. Одним із найважчих ускладнень цукрового діабету (ЦД) 2 типу є порушення мозкового кровообігу, що є головною причиною інвалідності і смертності хворих. Поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ) та ЦД сприяє ще швидшому прогресуванню атеросклеротичного ураження серцево-судинної системи та розвитку ішемічного інсульту і інфаркту міокарду.

Мета. Оцінити інформативність методів ранньої діагностики порушення церебральної гемодинаміки у хворих на ЦД в поєднанні з ГХ.

Матеріали та методи. В дослідження включено 112 хворих віком від 40 до 65 років. Були сформовані 2 групи порівнянь: 1 група – 70 хворих на ЦД 2 типу в поєднанні з ГХ; 2 група – 42 хворих на ЦД 2 типу з ішемічним інсультом.

Дисфункція ендотелію визначалась в спокої, при виконанні окклюзійної проби (ендотелійзалежна вазодилатація – ЕЗВД) та на фоні сублінгвального прийому нітрогліцерину (ендотелійнезалежна вазодилатація – ЕНЗВД) за методикою D.Celemajer et al. 1992. Стан екстракраніальних судин – методом дуплексного сканування на апараті SonoAce 6000C (Medison, Корея).

Результати дослідження. Порушення функції ендотелію спостерігалось у всіх хворих, але більш виражені зміни виявлені у пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт на фоні ЦД – достовірно зменшення ЕЗВД та ЕНЗВД ($p < 0,01$) порівняно з контрольною групою.

Дуплексне сканування судин головного мозку виявило потовщення комплексу інтіма-медіа як в 1, так і в 2 групі ($1,30 \pm 0,08$ та $1,38 \pm 0,05$ мм, відповідно), в контрольній групі – $0,98 \pm 0,07$ ($p < 0,01$). Спостерігались атеросклеротичні бляшки різного типу (локальні, пролонговані, напівконцентричні, концентричні), які стенозували судини на 30-50% в 1 групі та на 60-70% в 2 групі мали двобічний характер, локалізувались в переважній більшості, в області біфуркації та на задній стінці внутрішніх сонних артерій.

Відмічалось зниження систолічної та діастолічної швидкості, що може свідчити про недостатність кровопостачання головного мозку. Виявлені зміни кровотоку судин можуть пояснити виникнення ускладнень з боку головного мозку у хворих на ЦД 2 типу в поєднанні з ГХ.

При дослідженні внутрішніх яремних вен відмічалось збільшення їх діаметру, що супроводжувалось зниженням швидкості кровотоку в них та явищами ускладненого венозного току з порожнини черепу.

Висновки: Дослідження ендотеліальної дисфункції судин та церебральної гемодинаміки у хворих на ЦД 2 типу в поєднанні з ГХ дасть можливість на ранніх стадіях діагностувати функціональні та органічні зміни в них, що дозволить диференційовано підходити до медико-соціальної експертизи та оцінювати клініко-трудо-вий прогноз хворих.

Біль в спині – погляд фахівця-вертебролога

Губенко В.П.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ

Біль в попереку став важким тягарем для суспільства і провідною причиною порушення працездатності, втрати продуктивності і якості життя. Тому вирішення цієї проблеми повинно ґрунтуватися на комплексному і мультидисциплінарному підході як в лікуванні гострих станів, так і реабілітації.

Необхідно звернутися в цьому плані до міжнародного досвіду лікування болю в спині (back pain). Як відомо багато спеціалістів приймає участь в цьому: неврологи, ортопеди, нейрохірурги, лікарі фізичної і реабілітаційної медицини (фізіатри), фізичні терапевти, остеопати, хіропрактики, психологи. Список ще можливо продовжувати. І хоча роль кожного зазначеного спеціаліста велика необхідно все ж вказати на величезне значення спеціалістів, які лікують рухами, вправами – фізичних терапевтів, мануальних терапевтів, остеопатів, хіропрактиків.

З позиції доказової медицини найефективніші методи лікування болю в спині – збереження активного способу життя, розвантажувальні пози, теплові процедури, лікувальна фізкультура, фармакологічні препарати, місцеві медикаментозні блокади, акупунктура, школа болю в спині, мануальна терапія, масаж, ортези, електролікування, черезшкірна електронейростимуляція, тракції.

Ефективність вказаних методів лікування не завжди підтверджується в роботі лікарів, так як успішно практикувати ці методи можуть тільки підготовлені спеціалісти. Консервативне лікування попереково-крижових больових синдромів проводиться по різному в залежно-

сті від тяжкості симптоматики і конкретної підготовки та навиків лікаря. Найбільші шанси на успіх гарантують програми мультимодального комплексного лікування, в першу чергу при застосуванні фізіотерапії, ЛФК, рухів, поведінкового тренінгу.

Лікування болю в спині повинно бути:

- мультимодальним (дія лікувальних факторів різного характеру, спрямованих на певні ланки патогенезу), тобто комплексним;

- етіологічно, патогенетично і саногенетично спрямованим та з диференційованим і індивідуальним врахуванням локалізації ураження, стадії (гострої-загострення, підгострої, ремісії), форми та етапу захворювання, функціонального стану організму та окремих його систем.

Оптимальним є комплексний підхід при лікуванні дорсалгій дегенеративної природи з урахуванням можливостей локальної саногенетично спрямованої терапії, що дозволяє отримати стабільну довготривалу ремісію. Необхідно враховувати і лікувати не тільки міофасціальний больовий синдром, а й проводити відповідну регуляцію (корекцію) функціонального стану сегментів хребта.

Це потребує додаткових досліджень в напрямку вивчення лікувальних факторів, які б дали ефект зменшення гриж (розсмоктування) з регенерацією диска, відновлення органічного матриксу, компенсації дегенеративного стенозу, відновлення статички, біомеханіки та функції ураженого корінця.

Ахондроплазия. Клиническое наблюдение и реабилитация

Загорская Т.В.¹,
Филиппович А.Н.²

¹УЗ «Минская областная детская клиническая больница»,
пос. Боровляны, Республика Беларусь

²ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Целью исследования явилось разработать метод оказания реабилитационной помощи при ахондроплазии.

Метод предусматривает использование технологии лечебной физкультуры, аппаратной физиотерапии, психотерапии, медикаментозных средств.

В неврологическом отделении Минской областной детской клинической больницы трижды проходила курсы лечения и реабилитации девочка в возрасте 3, 6 мес и в 1 год 2 мес с диагнозом: Системная скелетная дисплазия: ахондроплазия, задержка моторного, доречевого развития, гидроцефальный синдром в стадии субкомпенсации. Частичный стеноз носослезного канала справа. Короткая уздечка языка.

Девочка родилась от второй беременности (отцу 30 лет, матери 28 лет) на фоне острой респираторной вирусной инфекции в 30 недель беременности, вторых родов в 38-39 недель с весом 3030 г., ростом 46 см., оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Во время беременности в 35 недель внутриутробно была определена ахондроплазия у плода.

Объективно: преобладание мозгового черепа над лицевым, узкая затылочная часть, переносица широкой формы. Окружность головы в возрасте 6 мес достигла окружности головы годовалого ребенка-46 см., большой родничок увеличен, в 6 мес-3x4 см. Черепные нервы-взглядом прослеживается. Мышечный тонус снижен. Укорочение верхних и нижних конечностей, в основном плеч, бедер. Короткие

пальцы на руках, «рука-трезубец». При движении конечностей слышен хруст.

Девочка развивалась с задержкой моторного и доречевого развития – голову стала держать в 5 мес, переворачиваться в 5,5 мес, в 1 год она не научилась сидеть, вставать у опоры. Осмотр эндокринолога диагноз: Низкорослость на фоне ахондроплазии, рекомендован-весо-ростовой контроль, скорость роста. Осматривалась генетиком -кариотип -46, XX(норма).

В возрасте 3-х месяцев девочке проводилась КТ головного мозга: расширено субарахноидальное пространство по конвексимальной поверхности обоих полушарий, больше в лобных областях-до 10-12 мм. Желудочки мозга умеренно расширены (тела боковых желудочков до 1,0 см., симметричны. Борозды конвексимальной поверхности незначительно углублены. Заключение: КТ-признаки смешанной гидроцефалии с преобладанием наружной.

Проводилось лечение диакарбом, сосудистыми, ноотропными препаратами: эмоксипин, милдронад, холин, элькар, витаминотерапия: кальций-Д3, магвит, физиотерапевтическое лечение: импульсные токи по Семеновой, теплотечение на руки, ноги, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура, массаж, бифорез эуфиллина-прозерина на пояснично-крестцовую область и ноги. В связи с сужением большого затылочного отверстия в возрасте 1 год и 2 мес девочке выполнено нейрохирургами оперативное вмешательство в РНПЦ «Неврология и нейрохирургия».

Вопросы сердечно – сосудистой безопасности ранней реабилитации после инсульта

Кошелева А.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведен анализ источников литературы по проблеме оптимизации ранней двигательной реабилитации постинсультных больных. Приняты во внимание национальные и зарубежные рекомендации по менеджменту данных больных. Авторы высказывают мнение о перспективности применения холтеровского мониторинга ЭКГ для оценки сердечно-сосудистых рисков в восстановительном периоде больных после инсульта.

Приверженцы ранней мобилизации и восстановительной терапии на основании данных эксперимента и нейровизуализации приходят к выводу, что ранний период инсульта наиболее важен для начала реабилитации, в том числе физической реабилитации. Принятая рекомендация о направлении всех пациентов после инсульта в инсультное отделение для получения полноценной мультидисциплинарной реабилитации носит высший уровень обоснованности. Однако ранняя мобилизация после инсульта имеет ряд противопоказаний: ухудшение состояния пациента в первые часы после госпитализации, что является основанием для перевода его в отделение интенсивной терапии для проведения реанимационных мероприятий, либо пациенту требуется оперативное вмешательство, либо принято документированное решение о проведении паллиативного лечения в случае очень тяжелого инсульта; нестабильное состояние сердечной

деятельности или функций других органов; систолическое давление менее 110 мм рт ст или более 220 мм рт ст; сатурация гемоглобина кислородом менее 92%; ЧСС в покое менее 40 или более 110 ударов в минуту; температура тела более 38,5°C; лица, которые получали комбинированный тканевой активатор плазминогена, могут быть мобилизованы с разрешения лечащего врача.

Важным моментом расширения двигательного режима больного после инсульта является функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Холтеровское мониторирование ЭКГ – широко распространенный и высокоинформативный метод исследования, используемый для диагностики ишемической болезни сердца, нарушений сердечного ритма и проводимости, а также для оценки эффективности проводимого лечения.

В настоящее время клинический опыт применения методики холтеровского мониторирования в Украине в восстановительном периоде инсульта ограничен. Однако данные мировой литературы и отечественные рекомендации свидетельствуют о высокой перспективности её использования для обеспечения правильного менеджмента данного контингента больных и минимизации сердечно-сосудистых рисков при проведении активной мобилизации пациентов.

Рання післяопераційна реабілітація хворих із рефлекторним іритативним синдромом хребтової артерії на тлі багаторівневих гриж шийного відділу хребта

Крамаренко В.А., Красиленко О.П., ДУ «Інститут нейрохірургії НАМНУ ім. акад. А.П. Ромоданова», Фурман А.М. Київ, Україна.

Мета: покращити результати хірургічного лікування хворих із багаторівневими грижами шийного відділу хребта (ШВХ).

Методи: У 72 хворих віком 31-67 років (середній вік 42,3±5,1 років) оцінено перебіг раннього періоду (перші 3 тижні) після відкритих декомпресивно-стабілізуючих операцій на двох рівнях з приводу гриж ШВХ. Проведено клініко-неврологічне обстеження з оцінкою вестибулярної дисфункції (ВД), МРТ та функціональну рентгенографію ШВХ, комп'ютерну стабілографію, нейрофізіологічне обстеження, УЗДГ судин голови та шиї.

Результати: Основним показом до хірургічного лікування в усіх хворих був один з дискогенних нейрокомпресійних синдромів – радикулопатія, мієлопатія, радикуломієлопатія. На кожного пацієнта припадало також 1,8 вертеброгенних рефлекторних (переважно алгічних) синдромів. В т.ч., у 22 хворих (30,6%) діагностовано рефлекторний іритативний синдром хребтової артерії (РІСХА). При цьому легку ВД виявлено у 63,6% (14 хворих), помірну – у 36,4% (8 хворих). В генезі більшості випадків помірної ВД, окрім дискогенного чинника, мали місце супутні міофасціальні шийно-плечові дисфункції (7 випад-

ків – 87,5%) та цереброваскулярні зміни на тлі артеріальної гіпер- або гіпотензії (4 випадків – 50,0%).

У ранньому післяопераційному періоді в усіх хворих спостерігали регрес нейрокомпресійних синдромів з повним або частковим неврологічним відновленням. Повний регрес ВД відбувся у 15 (68,2%) оперованих з РІСХА.

Решті (7) оперованим з РІСХА (31,8%) призначалась додаткова патогенетична терапія: блокади міосклеротомних тригерів і точок вертебральних артерій (7 хворим – 100%), міорелаксанти (7 хворим – 100%), судинні засоби (3 хворим – 42,9%). Це дозволило досягти повного регресу ВД у 85,7% (6 пацієнтів), значного – у 14,3% (1 пацієнта).

Висновки: Повний регрес проявів РІСХА у ранньому періоді після відкритих багаторівневих операцій з приводу гриж ШВХ спостерігався у 68,2% хворих. У решти оперованих з РІСХА мали місце додаткові чинники вестибулярної дисфункції, що вимагало комплексного підходу до її корекції із застосуванням блокад та медикаментозної терапії.

Подходы к диагностике и лечению пароксизмальных состояний, спровоцированных злоупотреблением алкоголя.

Лоик Е.В.¹,
Русина А.В.²

Кабинет доктора Лоик¹
КУ «Областной клинический центр медико-социальной экспертизы» ДООС²

Цель: изучить взаимосвязь употребления/ злоупотребления алкоголем и эпилептических приступов, подходы диагностики, тактику ведения данных пациентов.

Методы: проведено обследование и назначение противосудорожной терапии (ПСТ) 30 пациентам с пароксизмальными состояниями, в возрасте от 18 до 60 лет (25 мужчин, 5 женщин, средний возраст 36,6 лет). Общая выборка была разделена на клинические группы заболевания, проявляющихся различными видами приступов, отличающиеся по прогнозу и подходам к лечению. Группа I (16 пациентов) – пароксизмальные состояния, спровоцированные злоупотреблением алкоголя - абстинентные приступы (средняя длительность употребления алкоголя до начала эпилепсии составила $7,8 \pm 4,1$ лет). Группа II (14 пациентов) – алкогольная эпилепсия (сроки злоупотребления $13,5 \pm 3,7$ лет). Проведены нейрофизиологические (ЭЭГ во время сна и бодрствования, а также с функциональными пробами) и нейровизуализационные (данные МРТ головного мозга) исследования. Назначалась (ПСТ), при этом учитывалось, алкогольное повреждение печени и почек, что может влиять на метаболизм антиконвульсантов.

Результаты: в группе I основой диагностики являлся сбор анамнеза и исследование клинического состояния пациента. При проведении ЭЭГ основной находкой является снижение амплитуды основного ритма. У большинства пациентов (11 из 13 – 84,6%) типичной эпилептической активности во время сна и бодрствования, а также при функциональных пробах не определялось. По данным МРТ головного мозга отклонений от нормы выявлено не было

(2 пациента), признаки легкой (6 пациентов) и умеренной корково-подкорковой атрофии (5 пациентов), преимущественно выраженной в лобных долях мозга. У 3 пациентов с абстинентными приступами обнаружено уменьшение объема гиппокампа по данным МРТ головного мозга и появление эпилептиформных разрядов на ЭЭГ. Длительность назначения ПСТ определялась течением периода детоксикации, по окончании которого терапия отменялась. Для купирования приступов острого периода использовались бензодиазепины и вальпроаты. В группе II по данным ЭЭГ в медиобазальных отделах височных долей во время сна и бодрствования зарегистрированы комплексы острая-медленная волна амплитудой от 60 до 200 мкВ. По данным МРТ выявлены признаки умеренной корково-подкорковой атрофии, преимущественно в височных долях, расширение нижнего бокового желудочка слева, уменьшение объема гиппокампа. Лечение фокальных форм эпилепсии проводилось карбамазепином, ламотриджином после достижения ремиссии по алкоголизму. Приоритет отдавался карбамазепину в виду поливалентного действия в виде снижения влечения к алкоголю, антидепрессивного действия, легкого седативного эффекта.

Выводы: Для абстинентных приступов, связанных с употреблением алкоголя, характерно отсутствие очаговых структурных изменений по данным нейровизуализации, наличие умеренных общемозговых изменений по данным ЭЭГ, коррелирующих с длительностью злоупотребления алкоголем и количеством запоев в анамнезе, а также отсутствие у большинства пациентов эпилептической активности. При этом у 3 пациентов источник электрической эпилеп-

тической активности располагался в проекции гиппокампальных структур, что позволяет отнести данных пациентов к группе риска по развитию эпилепсии. Это позволяет сделать вывод, что абстинентные приступы ускоряют «созревание» эпилептического очага за счет добавления к токсическим и ишемическим механизмам повреждения гиппокампа киндлинг-механизмов. Алкогольная эпилепсия является фокальной формой симптоматической эпилепсии с источниками эпилептической активности в медиобазальных отделах височных долей. А значит, тонико-клонические приступы с отключением сознания имеют парциальный вторично-генерализованный характер. Абсолютным методом предупреждения развития абстинентных приступов является исключение употребления алкоголя. При злоупотреблении алкоголем и

эпизодов запоев, лечение назначать нецелесообразно в связи со значительным снижением комплаентности лечения и повышение риска токсического взаимодействия лекарственных препаратов с высокими дозами алкоголя. Благоприятное влияние лечения вальпроевой кислотой не только на настроение, но и на прекращение злоупотребления алкоголем, очевидно, объясняется эффективностью вальпроевой кислоты в отношении расстройств зависимости от психоактивных веществ, действующих через ГАМК-А бензодиазепиновые рецепторы в срединных структурах мозга. Поскольку вальпроевая кислота действует как раз через эти рецепторы, она оказывается эффективным препаратом в устранении эффекта отмены психоактивного вещества.

Отдельные аспекты и состояния в нейрореабилитации

Лугунов А.И., КУ «Областной центр медико-социальной экспертизы» г. Одесса,
Беляновская И. И. Украина

Цель: Определение наиболее эффективной тактики и методик в реабилитации больных с инсультом.

Методы: Статистический, аналитический (по результатам экспертных решений).

Результаты: По данным Приморской МСЭК г.Одессы из прошедших экспертизу в 2014-2015 гг. 42х пациентов, перенесших инсульты различной степени тяжести, у 3-х достигнуто стойкое частичное восстановление утраченных функций с последующим понижением группы инвалидности 2 чел – со II группы на III группу, 1чел – с I группы на II группу. У двоих больных произошло ухудшение за счет повторных

инсультов.

При невозможности активного участия пациента в мероприятиях (нарушенное сознание) на ранних сроках проводятся мероприятия, направленные на предупреждение таких осложнений, как пневмонии, пролежни, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, боли. Это: частая смена положения пациента, применение противопролежневых матрасов, использование компрессионного трикотажа, пассивные движения в паретичных конечностях.

Основными направлениями реабилитационного лечения пациентов является лечебная физическая культура и эрготерапия.

Широкое распространение получили две методики ЛФК: Облегчающая (ингибирующая) и функциональная.

Облегчающая методика основана на влиянии чувствительных стимулов на основные рефлексы. Целью эрготерапии, объединяющей знания медицины, специальной педагогики, психологии, социологии, биомеханики, эргономики и других специальностей, является возвращение пострадавшего к бытовой и трудовой деятельности, создания оптимальных условий для его активного участия в жизни общества. Основными проблемами, решаемыми с помощью эрготерапии, являются: статодинамические функции, восприятие ощущения, когнитивные функции, психоэмоциональное состояние, коммуникативность, самообслуживание, продуктивная деятельность и досуг.

Задачи при реабилитации постинсультных больных: при мягкотканых техниках - восстановление нормального мышечного тонуса, придание эластичности фасциям; при суставных техниках – релаксация мышечной ткани, уменьшение напряжения связок. Задачи мышечно-энергетических техник: - мышечная ре-

лаксация, улучшение трофики и подвижности суставов. Задачи фасциальных техник: улучшение подвижности пораженной области и восстановление ее нормального функционирования. Задача стрейн-контрстрейна: уменьшение боли. Задачи краниосакральных техник: снятие активной реструкции тканей, улучшение подвижности фасций и нормализация краниосакрального ритма.

Одно из ведущих мест в комплексном реабилитационном лечении занимает нейропсихологическая реабилитация, т.е. восстановление нарушенных высших мозговых функций.

Выводы: Число пациентов, перенесших инсульт, особенно тяжелые формы и имеющих определенное восстановление утраченных функций невелико и может свидетельствовать о запоздалом начале восстановительной терапии, и в неполном объеме. Необходима оптимизация более раннего начала восстановительной терапии.

Лікування залишкового болю у ранньому періоді після операцій мікродискектомій у поперековому відділі хребта

¹Педаченко Є.Г.,
¹Крамаренко В.А.,
¹Красиленко О.П.,
^{1,2}Педаченко Ю.Є.,
¹Хижняк М.В.

¹ДУ «Інститут нейрохірургії НАМН України ім. акад. А.П.Ромоданова», Київ, Україна.

²Кафедра нейрохірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, Україна.

Мета: Покращити результати лікування залишкових больових синдромів, що спостерігаються у ранньому періоді після мікродискектомій у поперековому відділі хребта.

Методи: Вивчали поширеність залишкового больового синдрому, його причини, ефективність окремих лікувальних підходів у ранньому періоді (до 3 тижнів) після поперекових мікродискектомій у 3693 пацієнтів відділення малоінвазивної та лазерної спінальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії НАМНУ ім. акад. А.П. Ромоданова». Вік хворих: 15 – 85 років (середній вік 40,4+8,3 роки). Застосовано клініко-неврологічне та ортопедичне обстеження; за показами – методи променевої діагностики (КТ, МРТ, рентгенографію хребта та тазового поясу).

Результати: Залишковий біль у ранньому післяопераційному періоді відмічали 38,9% (1439 хворих). Біль у попереку (26,5% – 978 хворих) мав переважно ноцицептивне (65,7%) та рефлекторне (34,9%) походження; швидко корегувався НПЗП та міорелаксантами; лише у 3% потребував місцевих паравертебральних блокад.

Біль у тазовому поясі та ногах (21,9% – 809 хворих) переважно зумовлювався рефлекторними

м'язево-тонічними (13,8% – 511 хворих) і міосклеротомними (3,3% – 123 хворих) або суглобовими (в ілеосакральних, кульшових суглобах (1,8% – 66 хворих)) змінами та регресував після проведення блокад больових склеротомних тригерів або суглобів, застосування НПЗП та міорелаксантів. Супутня некомпресійна патологія периферичної нервової системи (1,25% – 46 хворих) вимагала етіологічного, патогенетичного (нейротрофічні препарати) та симптоматичного (антиконвульсанти, антидепресанти) лікування. 0,54% (20 хворих) потребували повторного оперативного втручання у зв'язку з компресійною радикулопатією (внаслідок недостатньої декомпресії спинномозкового корінця; на тлі парарадикулярної гематоми, рецидиву грижі, лікворної кисти, епідуриту). Запальні захворювання (0,14% – 5 хворих) (епідурит, спондилодисцит) регресували після курсу антибактеріальної терапії

Висновки: Переважна більшість больових синдромів у поперековому відділі, тазовому поясі та ногах, які зберігаються у ранньому періоді після поперекових мікродискектомій, ефективно корегується курсом НПЗП та міорелаксантів, проведенням відповідних блокад.

Комбінований метод міоелектростимуляції в відновному лікуванні хворих з больовими спонділогенними синдромами

Попова І.Ю., Степаненко І.В., ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМНУ»
Бондар Т.С., Лихачова Т.А.

Мета роботи: вивчити вплив комбінації різних видів міоелектростимуляції (МЕС) в лікуванні хворих з больовими спонділогенними синдромами (БСС).

Матеріал і методи. Обстежено 120 хворих з БСС, 70 чоловіків, 50 жінок, середній вік становив 44 ± 10 років. У всіх хворих за даними МРТ виявлена патологія міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта. В 1 групу включено 30 хворих, яким проводилось традиційне медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування (знеболюючі, протизапальні, вазоактивні, седативні препарати, масаж). Хворим 2 групи, крім вказаних засобів, проводилась МЕС за запропонованою програмою на апараті «Міоритм 021». Електроди фіксувались поперечно паравертебрально в поперековій області. Використовувалась форма імпульсів струму асиметрична біполярна, цикл збудження-розслаблення був 2-4 секунди, співвідношення цих циклів 1:3, сила струму – до видимих скорочень м'язів, процедура продовжувалась 15 хвилин. Через 30 хвилин цей же апарат використовувався в режимі знеболення, з постійною частотою. Курс лікування тривав 10-12 днів.

Результати та їх обговорення. У хворих 2 групи зменшення больового синдрому відміча-

лось вже під час процедур і утримувалось до 3 годин. Стійкий анальгезуючий ефект розвивався на 8-10 процедурі. Після закінчення курсу лікування у 85% хворих 2 групи досягнуто значне зменшення больового синдрому, в 1-й групі – у 25% хворих. Кращі результати лікування хворих 2-ої групи можна пояснити ефективним усуненням м'язово-тонічного синдрому під впливом МЕС. Вибрані режими процедур сприяють посиленню локального кровотока, активації обмінних процесів, зменшенню набряку тканин, зокрема корінців. Комбінація режимів МЕС дає якісно новий анальгетичний ефект в результаті їх синергічної взаємодії.

Висновки. Запропонований комбінований метод МЕС в комплексному лікуванні БСС має виражений анальгезуючий ефект за рахунок зменшення м'язово-тонічних проявів; сприяє скороченню строків непрацездатності та покращенню якості життя. Виявлена висока безпечність та добра переносимість МЕС. Таким чином, доречно включати запропонований метод в комплекс лікування хворих з БСС з метою підвищення його ефективності.

Метод підвищення ефективності відновного лікування хворих з закритими травмами периферичних нервів

Попова І.Ю., Степаненко І.В., ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМНУ»
Бондар Т.С., Лихачова Т.А.

Мета роботи: підвищення ефективності та темпів відновлення функцій периферичних нервів при їх закритих травмах.

Матеріал і методи. Обстежено 95 хворих з закритими травматичними ураженнями периферичних нервів верхніх і нижніх кінцівок без їх анатомічної перерви в підгострому періоді. Ступінь ураження нервів об'єктизували по клінічній симптоматиці та по даним електронеурографії (ЕНМГ). Сформовано 2 валідні групи хворих, співставимих по важкості травми. Хворим 1 групи призначались антихолінестеразні, судинні, вітамінні препарати, електроміостимуляція, масаж. Нуклео ЦМФ форте вводився внутрішньом'язово 1 раз на добу протягом 6 днів, потім по 1 капсулі двічі на день протягом 20 днів. Хворим 2 групи через 20 хвилин після внутрішньом'язової ін'єкції препарату проводилась процедура електроелімінації. Електроди розташовувались поперечно по відношенню до травмованого нерва. Щільність струму складала 0,1 мА/см², експозиція - 20-30 хвилин, на курс 6 процедур.

Результати та їх обговорення. Відновлення рухових, чутливих порушень, зменшення вираженості гіпотрофії м'язів у хворих 2 групи починалось вже після четвертої процедури електроелімінації. До кінця курсу лікування у 75% обстежених відмічалось задовільне відновлення порушених функцій як клінічно, так і за даними ЕНМГ: збільшувалась швидкість проведення

імпульсу по рухових і чутливих волокнах.

В 1-й групі до кінця курсу лікування тільки у 30% хворих відмічені задовільні результати і курс перорального прийому нуклео ЦМФ форте необхідно було продовжити.

Одержані результати пояснюються тим, що максимальна концентрація препарату досягається в міжелектродному просторі, тобто в місці локалізації нервового стовбуру. Трофічні властивості нуклео ЦМФ форте, які полягають в регенерації мієлінової оболонки аксона, проявляються максимально. Крім того, під впливом гальванічного струму відбувається зниження активності холінестерази, що дозволяє відмовитись від застосування антихолінестеразних препаратів. Це важливо для хворих з патологією серця. Застосована методика основана на принципі синергізма впливу препарату і гальванічного струму. Враховано і принцип післядії – створення депо нуклео ЦМФ форте в зоні травмованого нерва, з якого препарат вивільнюється поступово, підтримуючи необхідну концентрацію.

Висновки. Запропонований підхід в лікуванні травматичних уражень периферичних нервів підвищує його ефективність та сприяє скороченню строків лікування. Метод рекомендується до застосування в комплексному лікуванні таких хворих.

Досвід відновлення функції опори та ходьби у хворих після мозкових інсультів

Салєєва А.Д., Варешнюк О.В.,
Солнцева І.Л., Баєв П.О.,
Роман Л.К

УкрНДІ протезування, протезобудування та відновлення працездатності, м.Харків, Україна

Щорічно захворюють на мозковий інсульт 100 – 110 тисяч мешканців України. Відновлення та вдосконалення незалежної ходьби – головна ціль реабілітації після інсульту і кардинальна для соціальної та професійної інтеграції

Мета дослідження: відновлення функції опори та ходьби у хворих після мозкових інсультів.

Матеріали та методи: в клініці УкрНДІ протезування 14 пацієнтам з центральним геміпарезом після мозкового інсульту була надана реабілітаційна допомога. Вік хворих від 16 до 66 років ($41,8 \pm 17,5$). З метою розробки плану реабілітації, визначення показань щодо забезпечення ортезами та для оцінки результатів реабілітації використовували: загально-клінічне дослідження, оцінку функціонального стану пацієнта за індексом мобільності Ривермід і шкали Бартела, дослідження опороздатності та ходьби біомеханічними методами дослідження. Всі хворі протягом 30 днів отримали курс реабілітації, який містив індивідуальну ЛФК, тренування ходьби з інструктором, 20 занять в роботизованій системі G-EO, ерготерапію. Для покращення функції опорності нижньої кінцівки, корекції відвисання стопи та профілактики падінь 6-ом пацієнтам були виготовлені безшарнірні ортезні системи на гомілковостопний суглоб-стопу.

Результати. За даними біомеханічних досліджень статички у пацієнтів, які використовували ортез, коефіцієнт опорності (КО) підвищився

з $0,61 \pm 0,10$ до $0,8 \pm 0,04$ (норма $0,98 \pm 0,02$), зміщення загального центру тиску (ЗЦТ) зменшилось з $28,17 \pm 6,42$ мм до $5,33 \pm 1,87$ мм (норма $2,86 \pm 1,00$) мм.

Після проведеного курсу реабілітації всі пацієнти засвоїли незалежну ходьбу. Спостерігалась позитивна динаміка параметрів статички та ходьби: КО підвищився на $0,14 \pm 0,15$, зміщення ЗЦТ зменшилось на $15 \pm 1,7$ мм, збільшилась величина переднього поштовху паретичних кінцівок при ходьбі на 26%, швидкість ходьби збільшилась з $1,31 \pm 0,10$ км/год до $1,87 \pm 0,47$ км/год, збільшилась довжина подвійного кроку на 0,21 м.

За даними тестувань пацієнти зі значною залежністю від сторонньої допомоги, індекс Бартела $50 \pm 10,5$ балів, шкала Ривермід $5 \pm 1,50$ балів, після курсу реабілітації підвищили свій рівень функціонування: за індексом Бартел $80 \pm 10,5$ балів, за шкалою Ривермід $6 \pm 1,5$ та досягли помірної залежності. Хворі з помірним та мінімальним ступенем залежності підвищили свій функціональний рівень практично до максимальних оцінок тестів: за даними індексу Бартел $95 \pm 10,5$, за шкалою мобільності набрали $14 \pm 1,0$ балів.

Висновки. Розроблений курс реабілітації та раціональне ортезування позитивно вплинули на функціональні можливості хворих після мозкових інсультів.

Опыт применения микрополяризации мозга в лечении бульбарного синдрома у постинсультных больных.

¹Сикорская М.В., ²Ременюк Ю.К., ^{1,2,3} Медицинский центр "Аватаж", г.Запорожье, Украина.
³Душенко В.В.,

Цель исследования. Изучить эффективность микрополяризации мозга (далее-МПМ) при лечение бульбарного синдрома (далее-БС) у постинсультных больных.

Методы. 14 больных с ишемическим стволовым инсультом с БС, из них 1 группа: 8 пациентов имели тяжелую форму бульбарного паралича с афагией, анартрией, афонией, 2 группа: 6 пациентов с бульбарным синдромом средней тяжести с дисфагией, дизартрией. Возраст пациентов составлял 40–60 лет. Все пациенты были выписаны из стационара после курса лечения острейшего периода ишемического инсульта. МПМ проводилась как монотерапия, курсом 10–15 процедур, ежедневно, интенсивность тока 2мА. Использовался аппарат микрополяризации "Реамед-полярис". Оценка состояния проводилась по степени выраженности бульбарного синдрома. Ишемические очаги инсульта были подтверждены данными

магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Результаты. В первой группе у 7 пациентов БС из полного регрессировал в частичный (афагия перешла в дисфагию, анартрия – в дизартрию, афония - в дисфонию, появился торпидный глоточный рефлекс.), у 1 пациента полный бульбарный синдром остался без изменений. Во 2 группе было отмечено клиническое улучшение глатания, речи и состояние глоточного рефлекса у всех пациентов.

Выводы. МПМ оказывает положительное влияние на динамику выраженности бульбарного синдрома у больных со стволовыми ишемическими инсультами. Рекомендовано для включения в реабилитационную программу восстановления постинсультных больных с бульбарным синдромом в раннем восстановительном периоде.

Сучасне лікування постінсультної спастичності м'язів

Сікорська М.В., Ременюк Ю.К., Медичний центр "Аватаж", м. еЗапоріжжя.
Душенко В.В., Маріхін В.Г.

Мета. Оцінити вплив біомеханічної стимуляції м'язів на гіпертонус м'язів кінцівок у постінсультних хворих.

Методи: В роботі показані результати терапії 38 хворих, що перенесли інсульт в півкулі головного мозку з парезами та гіпертонусом м'язів кінцівок. Вік хворих 50-65 років. Хворі, в залежності від строку інсульту були розділені на групи: 1 (6-12 місяців) – 19 чоловік, та 2 (1-3 роки) – 29 па-

цієнтів. Окремо розглядали динаміку зниження тонусу верхніх та нижніх кінцівок. Результати оцінювання за шкалою Ешворта (1-4 бали). Курс лікування включав механо-, кінезотерапію та біомеханічну стимуляцію (БМС) м'язів. БМС м'язів (на апараті Master Plus 200, Shtors Medical, Швейцарія), яка проводилась двічі на тиждень.

Результати. Після курсу лікування всі пацієнти демонстрували значне зниження тонусу м'язів.

В 1 групі при базовому показнику в верхніх кінцівках $2,8 \pm 0,5$, після лікування $1,3 \pm 0,8$, через 3 місяця $2,6 \pm 0,6$; в нижніх кінцівках $3,3 \pm 0,6$ (базове значення) $1,6 \pm 0,7$ після лікування $3,0 \pm 0,5$ через 3 місяця. В 2 групі в верхніх кінцівках $3,0 \pm 0,6$ (базове значення) $1,8 \pm 0,7$ (після лікування) та $3,0 \pm 0,6$ (через 3 місяці); в нижніх кінцівках відповідно: $3,4 \pm 0,6$; $2,0 \pm 0,7$; $3,1 \pm 0,6$. Наведені результати демонструють більшу ефективність БМС м'язів для верхніх кінцівок. В обох групах зафіксовано розширення об'єму

пасивних рухів, на 30-40 градусів для нижніх кінцівок і майже вдвічі для верхніх кінцівок.

Висновки. Наведені результати демонструють більшу ефективність БМС для верхніх кінцівок. Метод БМС показав свою ефективність в зниженні тону м'язів у постінсультних хворих незалежно від ступеня вираженості та строку після початку захворювання та обумовлює його доцільність включення в реабілітаційні програми двічі на рік.

Программы лечебно-реабилитационной помощи детям с головными болями напряжения

Смычек В.Б.¹,
Филипович Е.К.²

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

² Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

Цель: провести анализ наиболее часто встречаемых нарушений и коморбидных состояний у пациентов с головными болями напряжения (ГБН), уточнить их влияние на возникновение и поддержание процесса, разработать с их учетом программы лечебно-реабилитационной помощи.

Методы: анализ данных когортного ретроспективного исследования 438 пациентов с ГБН, прошедших курс лечения в УЗ «3 ДГКБ» г. Минска.

Результаты. Возраст пациентов был от 6 до 17 лет ($13,7 \pm 2,79$). Средняя длительность заболевания до обращения в стационар составила от 6 месяцев до 12 лет ($2,94 \pm 2,23$). Средний возраст пациентов в дебюте цефалгии - $10,55 \pm 3,16$ лет (от 2 до 16 лет), у большинства зафиксировано начало с эпизодической формы. При обращении нечастая эпизодическая ГБН была у 6 (1,37%) чел., частая эпизодическая - у 65 (14,84%) чел., хроническая - у 367 (83,79%) чел. Выявлены психоэмоциональные нарушения

по данным «госпитальной шкалы тревоги и депрессии» в виде повышения уровня тревоги ≥ 8 б. у 159 (36,3%) чел., депрессии ≥ 8 б. 29 (6,62%) чел., их сочетания - у 23 (5,25%) чел.. Средний уровень тревоги составил $7,98 \pm 2,62$ (от 2 до 18) баллов, депрессии $4,34 \pm 2,41$ (от 0 до 13) баллов. «Вредные привычки» имелись у 20 (4,57%) чел., нарушения сна (трудности при засыпании, беспокойный сон) - у 210 (47,9%) чел. Головные боли у ближайших членов семьи выявлены у 281 (64,2%) чел. Нарушение вегетативной регуляции в виде, выявляемое при наличии 156. по данным опросника Вейна было у 232 (52,97%) чел., достоверно чаще у пациентов старшей группы ($p < 0,05$). Коморбидные нарушения: ортопедические - у 245 (55,9%) чел., аллергические реакции - у 160 (36,5%) чел., нарушение зрения - у 100 (22,8%) чел., МАРС - у 146 (33,3%) чел., кариес дентина - у 140 (31,9%) чел., патология ЖКТ функционального характера - у 197 (44,9%) чел. Всего у детей и подростков с ГБН в 97,9% случаев отмечены сопутствующие нарушения со стороны других органов и систем, не-

редко имеется их сочетание, что предполагает наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), как фона для возникновения ГБН.

Выводы. Не только стойкий цефалгический синдром вызывает снижение качества жизни пациентов с ГБН, часто имеются сопутствующие психоэмоциональные и вегетативные нарушения, коморбидные состояния в виде НДСТ. Для

достижения успеха реабилитация должна быть направлена на коррекцию когнитивных, эмоциональных, вегетативных нарушений, а так же физические аспекты. Лечебно-реабилитационные программы пациентам с ГБН должны формироваться в зависимости от частоты цефалгий с учетом сопутствующих нарушений и коморбидных состояний.

Оцінка когнітивних викликаних потенціалів в динаміці відновного лікування хворих з цереброваскулярними захворюваннями

Степаненко І.В., Чеботарьова Л.Л., Ду «Інститут нейрохірургії
Попова І.Ю., Бондар Т.С., ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України»
Лихачова Т.А., Сулій Л.М.

Мета. Вивчити когнітивні викликані потенціали (КВП) в динаміці відновного лікування у хворих з ЦВЗ різної тяжкості в ранньому післяопераційному періоді.

Матеріал і методи. Обстежено 42 хворих, 19 чоловіків, 23 жінки, середній вік $48 \pm 1,76$ років. З ЕП – 11 хворих, після ішемічного інсульту – 12, після геморагічного інсульту – 19, з них 8 оперовані з приводу інсульт-гематом, 8 – мішковидної аневризми, 3 – артеріо-венозної мальформації. КВП оцінювались як легкі, помірні та виражені. Аналіз КВП проводився в залежності від віку, стадії ЕП, локалізації і латералізації процесу, тривалості захворювання.

Результати та їх обговорення. Найбільш виражені зміни КВП спостерігались у хворих середнього і старшого віку, при більш тяжких формах захворювання, при локалізації процесу в лобово-скроневих і лобово-тім'яних ділянках, при вираженому атрофічному процесі, при локалізації вогнищевих змін в правій гемисфері, зростали при наявності судомного синдрому та в більш віддалені строки захворювання. Дослідження КВП в динаміці лікування показало залежність їх позитивної динаміки від тривалості

захворювання, строків початку відновного лікування (краще в ранньому періоді); віку хворих – ефект зворотно-пропорційний віку; тяжкості захворювання – при I та II ст. реєструється значне покращення показників КВП; від локалізації вогнищ і наявності ознак атрофічного процесу – при виражених атрофічних порушеннях динаміка КВП слабка, лише за рахунок зменшення міжпівкульної асиметрії, при помірних проявах відмічалось зменшення кількості помилок, підвищення латентного періоду піку Р300 та амплітуди когнітивного комплексу; від латералізації процесу – при правопівкульній локалізації, або при двобічній локалізації вогнищ ураження головного мозку – динаміка показників КВП незначна. Це, певною мірою, обумовлено як нейробіохімічною асиметрією мозку, так і особливостями післяінсультної півкульної реорганізації метаболізму та церебральної гемодинаміки в цій групі хворих.

Висновки. У хворих на ЦВЗ виявляються суттєві зміни КВП, які залежать, очевидно, від морфо-функціональних особливостей уражених ділянок мозку, а також від тяжкості захворювання та його тривалості. Дослідження КВП у

хворих судинного профілю в динаміці відновного лікування дозволяє не тільки об'єктивно оцінити зміни когнітивних функцій, але і об'єктивно оцінити перебіг захворювання та враху-

вати результати проведеного дослідження в лікуванні хворих, що буде сприяти підвищенню його ефективності та покращенню якості життя хворих.

Інформативність комплексного нейровізуального обстеження хворих при цереброваскулярних захворюваннях різної тяжкості

Степаненко І.В., Попова І.Ю.,
Бондар Т.С., Лихачова Т.А.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім.акад.А.П.Ромоданова НАМН України»

Мета. Вивчити інформативність різних нейровізуалізуючих методів обстеження для уточнення характеру змін головного мозку при ЦВЗ різної тяжкості.

Матеріал і методи. Обстежено 70 хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ЕП) різної стадії. Використовувались магнітно-резонансна томографія (МРТ), однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ), ультразвукова доплерографія (УЗДГ).

Результати та їх обговорення. УЗДГ у 86% хворих встановила зміни доплерограми гіпертонічного і атеросклеротичного типу, ознаки венозної дисциркуляції, підвищення ПСО, зниження ІР, зниження ЛШК в КБ і ВББ. Виявлені порушення відповідали тяжкості ЕП, однак у частини хворих простежувалась відносна незалежність вираженості неврологічної симптоматики від ступеня органічних змін судин головного мозку, особливо в ВББ. При МРТ на T2-зв'язаних зображеннях встановлено зміни у 85% хворих у вигляді ознак атрофічного процесу, множинних розсіяних гіперінтенсивних вогнищ в білій речовині перивентрикулярних ділянок, вогнищевих уражень головного мозку ішемічного характеру. З тяжкістю ЕП корелювали фактично всі виявлені порушення - вираженість атрофічного процесу, величина і частота вогнищевих порушень. У 28,6% хворих з I і II ст. ЕП виражені зміни на МРТ не корелювали з клінічним ста-

ном, у 17% вираженість клінічної симптоматики не супроводжувалась відповідними змінами на МРТ. При ОФЕКТ зміни мозкової перфузії виявлено у 88,6% пацієнтів у вигляді дифузних (26%) і вогнищевих (74%) (дифузно-вогнищевих, багатогогнищевих та одиничних вогнищевих) порушень. Найчастіше гіперперфузія спостерігалась в проекції білої речовини зліва, що співпадало з даними УЗДГ і МРТ. При зростанні тяжкості ЕП зростала частота і вираженість дифузних та багатогогнищевих порушень (55%). У 32% хворих з I і II ст. ЕП зміни мозкової перфузії не відповідали вираженості клінічної симптоматики. Дифузні і дифузно-вогнищеві порушення перфузії співпадали з атрофічними і дрібновогнищевими змінами на МРТ, проте частота вогнищевих порушень на ОФЕКТ була більшою, ніж при дослідженні на МРТ.

Висновки. Отримані дані свідчать про високу інформативність застосованих методів дослідження, серед яких особливе значення має ОФЕКТ. Кожен з цих методів виявляє окремі ланки патофізіологічної основи ЕП – транспортну фазу кровообігу, структурно-анатомічні зміни мозкової тканини, стан тканинного кровотоку (перфузії). Це підвищує діагностичну інформативність комплексного нейровізуального обстеження і дозволяє виявити групи ризику в розвитку тяжких форм захворювання.

Особливості проведення відновного лікування при цереброваскулярних захворюваннях

Степаненко І.В., Попова І.Ю.,
Лихачова Т.А., Бондар Т.С.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України »

Мета. У хворих на ЦВЗ провести порівняльну оцінку впливу медикаментозних та немедикаментозних методів лікування на динаміку адаптаційно-компенсаторних можливостей організму і оптимізацію його резервних можливостей.

Матеріал і методи. Обстежено 197 хворих з ЦВЗ різного ступеня тяжкості у віці від 42 до 65 років, чоловіків - 101, жінок - 96 осіб. Для лікування були застосовані патогенетично обґрунтовані медикаментозні і немедикаментозні методи - фізіотерапевтичні, резонансна музична рекреаційна терапія (рМРТ), нормобарична переривчаста гіпоксія (НПГ). Немедикаментозні методи призначалися на тлі єдиної для всіх хворих стандартної схеми медикаментозного лікування. Результати оцінювалися за динамікою клінічної симптоматики з використанням розробленого математично клінічного індексу тяжкості і 5-ти бальної шкали, адаптаційних реакцій Гаркаві (АР), темпів функціонального відновлення (λ), метаболічних і імунологічних показників.

Результати та їх обговорення. Аналіз динаміки АР встановив, що включення в курс лікування немедикаментозних методів призводить до достовірного збільшення відсотка сприятливих АР за рахунок збільшення РТ, РСА, зменшення зони нестійких АР, регресом реакцій, характерних для ХС. Оцінка ефективності вивчених

методів відновного лікування із застосуванням математичних методів оцінки темпів функціонального відновлення (λ) встановила, що включення в курс лікування немедикаментозних методів прискорює перебіг відновних процесів та сприяє підвищенню первинно знижених адаптаційних можливостей хворих. Досягнення бажаного клінічного результату при цьому можливе з меншою, ніж при тільки медикаментозному лікуванні, напругою адаптаційних механізмів. Найменша динаміка АР і темпів відновлення відзначена при медикаментозному лікуванні, найбільша - при фізіотерапевтичних методах і НПГ. Призначення немедикаментозних методів сприяє також активації антиоксидантних резервів організму, індукції В-ендорфіну, нормалізує функціональну активність клітинних мембран, здійснює імуномодулюючий ефект.

Висновки. Призначення немедикаментозних методів терапії, дія яких спрямована на різні патогенетичні ланки хвороби, підвищує ефективність лікування, сприяє нормалізації порушених інтеграційних процесів в надсегментарних центрах головного мозку, які відповідають за регуляцію вегетативних функцій і гомеостазу організму. Вони підвищують адаптаційні можливості хворих, прискорюють темпи функціонального відновлення, сприяють нормалізації метаболічного та імунологічного статусу.

Значення змін імунних та адаптаційних показників при прогнозуванні перебігу цереброваскулярних захворювань

Степаненко І.В., Попова І.Ю.,
Лихачова Т.А., Бондар Т.С.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім.акад.А.П.Ромоданова НАМН України»

Мета. На основі комплексного дослідження хворих з судинною патологією головного мозку різного ступеня тяжкості провести порівняльне вивчення адаптаційних показників та імунного статусу з метою встановлення критеріїв прогресування захворювання.

Матеріал і методи. Обстежено 197 хворих з ЦВЗ різного ступеня тяжкості у віці від 42 до 65 років, чоловіків - 101, жінок - 96. З енцефалопатією (ЕП) I ст. - 47, II ст. - 98, III ст. - 52 хворих. Адаптаційні показники визначались на підставі математичний аналізу ритму серця (РС). Імунологічний аналіз включав вивчення кількісних і функціональних показників імунітету, стану клітинної і гуморальної ланки імунітету.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що критерієм прогресування захворювання можуть бути зміни показників, що свідчать про зниження активності і дизрегуляцію в діяльності ерготропних і трофотропних систем вже при II ст. захворювання - зменшення ΔX , σ , Внеску Хдих., ПХ2, ПАПР, ВПР, а також підвищення ЦІК і аАТ до всіх НСБ, зниження рівня основних класів лімфоцитів і імунорегуляторних лімфоцитів та зниження показників функціональної активності імунної системи з формуванням різних типів імунодефіциту, які обтяжують перебіг захворювання. Виявлені зміни імунного статусу у хворих на ЦВЗ свідчать про істотне зниження імунорегуляторних механізмів, адаптацій-

но-компенсаторних і резервних можливостей імунної системи і організму в цілому, і вказують на іммунопатологічний тип реагування і зростаючу декомпенсацію імунної системи, які можуть бути обумовлені недостатністю функціонування гіпоталамічних відділів головного мозку. Дизрегуляція в діяльності центрального і автономного контуру регуляції РС, зниження активності ерго- і трофотропних систем, а також підвищення активності гуморальної ланки імунної системи на фоні зниження її функціональної активності можуть служити прогностичним критерієм прогресування захворювання і свідчать про необхідність проведення активного відновного лікування вже при II стадії захворювання.

Висновок. Встановлення груп ризику розвитку і прогресування тяжких форм захворювання дозволяє своєчасно проводити відновне лікування, що попереджає розвиток тяжких форм захворювання. Виявлені зміни мають особливе значення при визначенні програм відновного лікування зазначеного контингенту хворих, які повинні включати заходи щодо підвищення компенсаторно-адаптаційних можливостей і неспецифічної резистентності організму. Виявлення найбільш інформативних показників для оцінки реабілітаційного потенціалу (РП) дозволить сформулювати принципи індивідуалізації відновного лікування хворих на ЦВЗ.

Методика застосування фотоманітотерапії у медичній реабілітації дисциркуляторної енцефалопатії

Федоров С.М., Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
Владимиров О.А. Київ

Застосування фотоманітотерапії (ФМТ) у медичній реабілітації хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) на разі не досить поширене.

Метою роботи було вивчення ефективності запропонованої методики ФМТ в медичній реабілітації хворих на дисциркуляторну енцефалопатію.

Методи: обстежено 100 хворих на ДЕ I-II стадії віком від 55 до 78 років. Хворі були розділені на 2 групи, ідентичні за віком та статтю. Хворі контрольної групи (n=30) отримували медикаментозне лікування (базисна терапія). Основна група хворих (n=70) на фоні базисної терапії одержували ФМТ за розробленою нами методикою (апарат «МІТ-МТ»). Одночасно діяли на 2 зони. Параметри ФМТ: частота модуляції сигналу - 10 Гц, інтенсивність - 9 од. Щільність потужності синього (довжина хвилі 470 нм) і червоного (довжина хвилі 630 нм) діапазону спектра становила 20 та 40 мВт/на см². Тривалість впливу залежали від зони впливу. При дії на зони надсегментарного (проекція великого потиличного отвору (зона 1)) і сегментарного (комірцева ділянка, сегментарна ділянка серця, сегментарна ділянка печінки, сегментарна ділянка нирок і наднирників (зони 2-5)) рівнів

тривалість процедури становила по 5 хвилин на зону, на периферичні вазомоторні центри (зона біфуркації сонної артерії, зона ліктьової ямки (зони 6-7) - по 7 хвилин на кожную зону. Освітлення зон 1,6 та 1,7 чергували між собою, зони 2,3,4,5 також чергували між собою. У зв'язку з цим виникало поєднання зон 1,6 та 1,7 по чергово із зонами 2,3,4,5 через день. Загальна тривалість сеансу - 25 хв. Процедури ФМТ проводились щоденно, № 10, крім вихідних днів, під час стаціонарного лікування хворих та при необхідності продовжувалось амбулаторно.

Результати: відзначається статистично достовірне (p<0,05) поліпшення загального стану, зменшення головного болю, запаморочення, зниження артеріального тиску (АТ), поліпшення скоротливої здатності міокарда, позитивна динаміка венозного відтоку (за даними ультразвукової доплерографії).

Висновки: застосування методики ФМТ є ефективним у медичній реабілітації хворих на дисциркуляторну енцефалопатію. Багаторівнева зональна і модульована дія зазначеними фізичними факторами впливає на одну із основних патогенетичних ланок механізму розвитку ДЕ, а саме на стан вегетативної нервової системи (регуляція АТ і тону судин).

Принципи побудови методик відновного лікування у хворих на гліальні пухлини головного мозку

Хорошун А.П., Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України
Розуменко В. Д.

Мета. Підвищення якості життя хворих на гліальні пухлини головного мозку із застосуванням післяопераційного відновного лікування.

Методи. Робота базується на матеріалі 750 оперованих хворих з гліомами супратенторіальної локалізації II, III, IV ст. зл.

Результати. Ефективність відновного лікування можлива тільки у випадку застосування відповідних методів відновного лікування, що включають медикаментозні заходи, фізіотерапевтичні методи, масаж, лікувальну фізкультуру, психологічний підхід, а також, правильного вибору необхідного подразника з урахуванням стану хворого, ступеня злоякісності пухлини, характеру функціональних порушень, супутніх захворювань та інш.

У зв'язку з цим важливого значення при побудові методик відновного лікування має застосування принципів реабілітації: ранній початок методів відновного лікування (фізіотерапевтичних, фізичних, медикаментозних); неперервність та етапність процесу відновного лікування; комплексного застосування заходів; попередження розвитку механізму спонтанного навчання, відповідності та динамічній зміні методів, що використовуються. Також, необхідним є психологічний підхід, що застосовує принципи свідомості, активності, наочності, доступності, індивідуального підходу до особи-

стості, орієнтації на норми і цінності хворого, а не тільки на соціально прийняті правила і норми.

За результатами проведених досліджень нами оптимізована тактика відновного лікування хворих на гліальні пухлини головного мозку, заснована на комплексній оцінці результатів клініко-неврологічного обстеження, КТ, МРТ, фМРТ та ОФЕКТ-досліджень, яка дає можливість диференційованого підходу до проведення лікувальних заходів, що включають медикаментозну терапію, електростимуляцію, лікувальну фізкультуру та масаж залежно від неврологічного дефіциту, локалізації пухлини, характеру ураження функціонально важливих зон головного мозку, ступеня злоякісності пухлини, клінічного результату відновного лікування з порівняльним аналізом якості життя у динаміці доопераційного, післяопераційного перебігу захворювання та після курсу відновного лікування (Патент України № 58941, 2011).

Висновки. Дотримання принципів реабілітації, при побудові методик відновного лікування для хворих на гліальні пухлини головного мозку, забезпечує можливість відновлення професійної діяльності, є запорукою успішного проведення відновлювальних заходів, а отже сприяє підвищенню якості життя.

Метод медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией

Чапко И.Я., Филиппович А.Н., ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской Стахейко Н.В., Черевко Т.В., экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь Перкова В.Е.

Целью исследования явилось разработать метод формирования программы медицинской реабилитации пациентов с симптоматической эпилепсией, предназначенный для врачей-реабилитологов, других специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с симптоматической эпилепсией.

Метод предусматривает использование технологии лечебной физкультуры, аппаратной физиотерапии, психотерапии, медикаментозных средств.

Лечебную физкультуру при симптоматической эпилепсии следует проводить на фоне противосудорожной терапии в форме индивидуальной или групповой лечебной гимнастики с избеганием гипервентиляции, задержки дыхания на выдохе, упражнений на быстроту, скорость переходов из одного положения в другое, на равновесие. Показаны различные виды гимнастики; дозированная медленная ходьба на природе, некоторые спортивные игры (теннис, городки).

Применение физиотерапии показано при редких эпилептиках на фоне обязательной противосудорожной терапии с целью снижения возбудительных и активации тормозных процессов в головном мозге, улучшения кровоснабжения, метаболизма и гидратации мозговой ткани, уменьшения воспалительных и спаеч-

ных процессов. Рекомендованы: импульсная электротерапия, хвойные, шалфейные, валериановые ванны курсом 10-20 процедур ежедневно или через день.

Психотерапия предназначена для смягчения негативной аффективной напряженности и формирования позитивного настроения, что снижает судорожную готовность мозга. С этой целью используют рациональную психотерапию в виде беседы и аутогенную тренировку.

Выбор лекарственных средств для медикаментозной коррекции производится индивидуально и в соответствии с клиническими протоколами лечения пациентов с патологией нервной системы.

Для информирования пациентов о причинах и механизмах развития болезни, ее клинических проявлениях, современных принципах лечения и реабилитации создаются «Школы пациента», где обучают навыкам правильной организации повседневной жизни, направленных на предупреждение или уменьшение частоты приступов, профилактику травматизма во время эпилептичного приступа, ознакамливают с принципами медикаментозного и немедикаментозного лечения и реабилитации, обучают навыкам самоконтроля и профилактики срывов состояний компенсации.

Удосконалення методів і засобів реабілітації дітей і дорослих з паралітичними деформаціями хребта

Чернишова І.М., Баєв П.О., УкрНДІ протезування, протезобудування та відновлення
 Пивоваров В.В., працездатності, м.Харків, Україна
 Райченко Н.А. Ковалева С.В.

Актуальність реабілітації пацієнтів з паралітичними деформаціями пов'язана з високою частотою зустрічальності серед дітей з нервово-м'язовими захворюваннями й недостатньою ефективністю консервативного лікування.

Ціль дослідження: підвищення ефективності реабілітації пацієнтів з паралітичними деформаціями хребта внаслідок нервово-м'язових захворювань шляхом систематизації ортопедичних засобів та фізичної реабілітації.

Основним принципом корсетотерапії хворих з нервово-м'язовими деформаціями хребта є пріоритетне збереження рухової активності (здатності пересуватися) дитини, запропонована наступна схема ортезування:

- пацієнти зі сколіотичною поставою, сколіозом I - II ступеню, які здатні до пересування, забезпечуються еластичними або напівтвердими корсетами з мінімальним обмеженням рухової активності;

- пацієнти з деформацією III –IV ступеню, здатні до пересування та стійкого положення „сидячи“, забезпечуються корегуючими корсетами з метою можливої корекції й профілактики прогресування деформації;

- пацієнти з болючим синдромом, ознаками прогресування деформації хребта при нестійкості пози «сидячи», забезпечуються фіксуючим корсетом для сидіння. Конструктивні особливості корсету (подовжені бічні й задні стінки, упор передньої стінки в передню поверхню

стегон, двостулкова конструкція) забезпечують розвантаження з фіксацією хребта та стійкість пози «сидячи». Двостулкова конструкція ортеза дозволяє дозувати тиск ортеза на грудну клітку і полегшує його вдягання;

- пацієнти з нестійкістю пози „сидячи“ забезпечуються ортезом для сидіння (індивідуальним кріслом) для підтримки, корекції пози.

Постачання ортезом на хребет обов'язково доповнюється комплексом фізіо-функціонального лікування, що має особливе значення для цієї категорії хворих.

Курси реабілітації та ортезування пройшли 38 пацієнтів з паралітичною деформацією хребта у віці від 5 до 16 років. Оцінка ефективності проводилася на апаратно-програмному базометричному комплексі з комп'ютерною оптичною системою для оцінки фото зображення в положенні „сидячи“, методом спірометрії. У всіх хворих при використанні ортезів відзначалося зменшення зсуву загального центра тиску, збільшення коефіцієнту опорності, збільшення висоти пацієнта в ортезі, що свідчить про корегуючу його функцію, збільшення обсягу легенів в середньому на 16% за рік.

Запропоноване комплексне застосування корсетів і фізіотерапевтичного лікування дозволило улучити результати реабілітації пацієнтів з паралітичною деформацією хребта, що підтверджено даним клінічного, біомеханічного й функціонального методів дослідження.

Применение мезенхимальных стволовых клеток в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом

Л.В.Шалькевич¹,
Я.И.Исайкина²,
О.В.Алейникова²,
А.Н.Яковлев³,
Д.В. Дрогайцева¹

¹Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
²Государственного учреждения «РНПЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии», ³Учреждения здравоохранения «Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями»

Цель: Оценка эффективности комплексного лечения пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП), включающего двухэтапную аллогенную трансплантацию мезенхимальных стволовых клеток (МСК) и проведение курса реабилитации с последующей объективизацией полученных результатов с использованием компьютерного видеоанализа походки.

Методы: объектом исследования стали пациенты со спастическими формами ДЦП с проведением двухэтапной трансплантации аллогенными МСК, включающей внутривенное и интратекальное введение и последующей реализацией комплекса реабилитационных мероприятий, оценкой эффективности полученных результатов при помощи компьютерного видеоанализа походки (КВП) на аппаратно-программном комплексе «Нейро-КМ» с программным обеспечением «Startrace».

Результаты: В основную группу вошли 3 пациента в возрасте от 5 до 9 лет со спастическими формами ДЦП, которым была проведена трансплантация МСК внутривенно и интратекально. Контрольную группу представили 6 пациентов с аналогичными нарушениями и соответствующего возраста, которым не проводилась трансплантация МСК. Пациентам обеих групп был проведен комплекс реабилитационных мероприятий, включавший гимнастику, массаж, лечебную физкультуру. В качестве критериев оценки биомеханической структуры ходьбы методом КВП для сравнительной оценки ре-

зультатов основной и контрольной группы был взят показатель относительной продолжительности одноопорного периода (ООП) от продолжительности периода опоры (ПО) в % до и после курса лечения. В основной группе ООП до введения МСК составила $31,2\% \pm 11,15\%$ от ПО. После трансплантации МСК и курса реабилитации этот показатель возрос в среднем на 17,05% и составил $48,25\% \pm 6,85\%$. В группе контроля ООП до курса реабилитации составила $44\% \pm 5,08\%$ от ПО. После курса реабилитации это показатель увеличился в среднем на 9,8% и составил $53,8\% \pm 9,66\%$. Таким образом, эффективность проведенного лечения в основной группе выше в 1,74 раза, по сравнению с контрольной.

Выводы: КВП относится к аппаратному методу контроля, позволяющего исключить влияние исследователя и объективно оценить динамику статокINETической устойчивости пациента. Анализ результатов КВП после курса реабилитации выявил увеличение времени, приходящегося в среднем на одноопорный период контакта с опорой, в 1,7 раз больше у пациентов основной группы, по сравнению с пациентами контрольной. Это указывает на улучшение статокINETической устойчивости и более высокую эффективность проведенного лечения пациентов основной группы. Таким образом, применение МСК у пациентов с ДЦП является обоснованным и эффективным, что подтверждается объективизацией результатов реабилитации.

