

ОЦЕНКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОБИЛЬНОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИСТА ПО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Борчев К.Ф.

ФГОУ ВО «Калининградский государственный
технический университет», Калининград,
e-mail: surkin117@gmail.com

Статья посвящена апробации диагностического опросника на базе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). В основу опросника вошли наблюдения специалистов мультидисциплинарной бригады: логопеды, врачи, специалисты по физической реабилитации, психологи, массажисты, инструктора по лечебной физкультуре, а также данные уже созданных шкал и опросников. Опросник представлен в виде маршрутного листа для оценки восстановления навыка ходьбы у пациентов с последствиями. Методика оценки активно применяется в клинической практике в реабилитационном отделении центральной городской клинической больницы города Калининграда для экспресс-диагностики процесса восстановления пациента специалистами по физической реабилитации.

Инсульт занимает одно из лидирующих позиций среди инвалидизирующих заболеваний в мире. Каждый день в больницу поступают люди с последствиями инсульта. Эта одна из центральных проблем современного здравоохранения и наравне с лечением, в ходе реабилитации важно правильно оценить степень поражения, перспективу восстановления, возможности пациента и сам процесс восстановления структуры, функции, активности и участия [1].

С переходом к Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) согласно новому порядку реабилитации взрослого населения (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 788н Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых) [2] возникает потребность оценки пациентов на основании предложенных в классификаторе доменов. Таким образом, на этапах раннего восстановления диагностика, прогноз и оценка степени нарушения на уровне структуры, функции, активности и участия в клинической практике, должна производиться согласно категориям предложенным в МКФ. Это позволяет в процессе реабилитации ставить адекватные цели и системно достигать их, учитывая потребности самого пациента, а не только мнения специалистов [3].

Одной из важных категорий оценки в ходе реабилитации постинсультных больных является

оценка мобильности и способности к передвижению. Во многом успешность реабилитации зависит от того насколько близко у пациента восстановилась мобильность по отношению к его возможностям до госпитализации.

Существует достаточно много стандартизированных методов оценки состояния двигательной системы и физической активности пациента перенесших инсульт – тесты, шкалы, опросники. В свою очередь не все они приближены к категориям оценки и доменам МКФ [4, 5]. Многие методики и шкалы оценивающие направлены на комплексную оценку, это усложняет процесс переноса данных этих опросников в категории МКФ. Например только для оценке качества жизни, в рекомендациях для специалистов по реабилитации можно найти более 10 шкал и опросников, которые рекомендованы в клинической практике по работе с постинсультными больными. Подобная ситуация наблюдается и по отношению к другим шкалам, которые валидизированы на основе МКФ. В табл. 1 предложен ряд шкал и опросников в сопоставлении с критериями международной классификации функционирования. [6]

В тоже время в условиях работы зачастую требуется не столько оценка текущего состояния пациентов, сколько оценка динамики его восстановления. Зачастую такая оценка достигается путем сопоставления результатов одного теста в разные периоды болезни («До» и «После»). Такой подход хорошо зарекомендовал себя и применяется в практике. С другой стороны, зачастую специалисту требуется единый опросник, который бы максимально соответствовал не только критериям оценки необходимой для измерения функции пациента, но и критерии составления маршрутного листа восстановления пациента.

Так, все эти опросники очень специфичны и нет ни одного опросника, который бы учитывал динамику восстановления – сначала ноги потом руки, потом бытовые потребности и речь. С другой стороны, мы точно знаем и понимаем, что, например, функция ходьбы у больных перенесших инсульт, восстанавливается закономерно и имеет свой клинический вектор. В свою очередь, многие тесты часто определяют скорее качественные и количественные характеристики ходьбы, нежели этапы восстановления способности.

Цель исследования: Выявить тенденцию восстановления ходьбы у больных с гемипарезом при постинсультных состояниях и на основании этих данных предложить маршрутный-диагностический и оценочный лист для практикующих специалистов по физической реабилитации постинсультных больных.

Результаты ранжирования данных опросного листа

№	Уровни восстановления	Частота прохождения пациентами каждого этапа, N = 55
1	Лежачий не ориентируется не активен	2
2	Лежачий ориентируется активен	4
3	Не может садиться	7
4	Может садиться с помощью не ориентируется	22
5	Может садиться с помощью ориентируется	29
6	Садится самостоятельно не ориентируется	50
7	Садится самостоятельно ориентируется	50
8	Сидит с поддержкой	35
9	Сидит самостоятельно	44
10	Встает с поддержкой\помощью не стоит	37
11	Встает с поддержкой\помощью стоит с поддержкой	47
12	Встает сам стоит с поддержкой	50
13	Встает сам стоит самостоятельно не ходит	39
14	Ходит на высоких ходунках с поддержкой помощью	43
15	Ходит на высоких ходунках самостоятельно	30
16	Ходит используя ролятор с поддержкой\помощью	44
17	Ходит используя ролятор самостоятельно	36
18	Ходит с помощью\поддержкой	41
19	Ходит самостоятельно но нуждается в вербальной поддержке и сопровождении, непосредственная физическая помощь не требуется	9
20	Ходит самостоятельно по ровной поверхности, но требует небольшой помощи, например при подъеме по лестнице или при передвижении по неровной поверхности	6
21	Ходит самостоятельно независимо от условий передвижения	3

В ходе исследования было произведено наблюдение за пациентами реабилитационного отделения с диагнозом недифференцированный инсульт в количестве 55 пациентов.

Метод исследования: клиническое наблюдение, экспертная оценка, статистический метод.

База исследования: Центральная городская клиническая больница города Калининграда, отделение ранней реабилитации неврологического профиля.

Способ обработки: Данные были обработаны программным обеспечением SPSS.

Результаты исследования

В результате наблюдения за 55 пациентами было выделено 21 этап восстановления (таблица).

Выводы и заключения

В нашей работе мы предложили свой вариант оценки динамики восстановления функции ходьбы постинсультных больных (таблица) и сделали следующие выводы:

1. Восстановление навыка ходьбы происходит поэтапно и имеет клиническую закономерность.

2. Клинически удалось выделить основные этапы восстановления навыков ходьбы (таблица).

В практическом применении опросник предполагает, на листе формата А4 отражение

следующих данных: ФИО, пол, возраст, диагноз, сторона поражения; ниже под персональными данными располагается таблица с тремя столбцами (№, этапы восстановления, дата), информация первого столбца заполнена заблаговременно согласно таблице три – этапы восстановления, во втором столбце дата обследования (ДД.ММ.ГГГГ) проставляется ежедневно во время осмотра. Внизу страницы место для заключения и рекомендации специалиста по физической реабилитации.

В конце курса реабилитации подобная схема учета хорошо демонстрирует ход реабилитации, а также динамику восстановления. Подход также включает учет периодов или времени от одного этапа к другому. Это может позволить специалистам объективно оценивать применяемые ими методы и средства, скорость восстановления, своевременно менять тактику и вносить корректировки в программу физической реабилитации.

Результаты исследования активно используются в практической деятельности инструкторов методистов по лечебной физкультуре, специалистов по физической реабилитации в Центральной клинической городской больнице г. Калининград. Подход позволил ставить более четкие цели относительно восстановления навыка ходьбы исходя из возможностей пациента на этапе раннего восстановления.

В тоже время опросник очень специфический и учитывает исключительно уровень активности пациента (По МКФ, 2001), то есть восстановление функции ходьбы\способности к самостоятельному прямохождению.

Список литературы

1. Всемирная Организация Здравоохранения Инсульт: программа возврата к активной жизни // ВОЗ. 2004. 256 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ. 2001. 342 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 788н Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1413756/> (accessed: 19.10.2020).
4. Диагностика и реабилитация нарушений функции ходьбы и равновесия при синдроме центрального гемипареза в восстановительном периоде инсульта: клинические рекомендации \ неврология \ психиатрия. 2017. С. 9-21.
5. Кадыков А.С., Шахпаронова. М. Реабилитация после инсульта. 2017. 240 с.
6. Кревер К. Оценка методов исследования при инсульте // Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2010. С. 46-53.

ИЗЖОГА КАК СИМПТОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бурцева Е.А.

*ФГБОУ ВО «Пермский государственный
медицинский университет имени академика
Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь,
e-mail: burtseva20@yandex.ru*

Неприятные ощущения изжоги, синоним – термин «heart burn» – «жжение сердца», ежемесячно испытывают более 60-ти миллионов людей. И если эти ощущения возникают чаще, чем один-два раза в неделю, то тогда они свидетельствуют о развитии патологических процессов. При длительном течении и без правильно подобранной терапии может возникнуть целый ряд тяжёлых заболеваний, в том числе гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром Барретта, пептические язвы и кровотечения, стриктуры пищевода, рак пищевода.

Неприятные ощущения изжоги, синоним – термин «heart burn» («жжение сердца»), ежемесячно испытывают более 60-ти миллионов людей [3]. И если эти ощущения возникают чаще, чем один-два раза в неделю, то тогда они свидетельствуют о развитии ряда патологических процессов. Поэтому тема изжоги на сегодняшний день весьма актуальна.

Постоянное ощущение изжоги настолько неприятно, что многие пациенты оценивают свое качество жизни намного хуже, чем люди, страдающие ишемической болезнью сердца. Но опаснее выглядят последствия причин этого ощущения. Они проявляются в результате того, что на слизистую пищевода губительно влияет агрессивная кислая среда из желудка. Это так называемый рефлюкс-эзофагит – обратный заброс содержимого желудка в нижний отдел пищевода. При длительном течении и без правильно подобран-

ной терапии неминуемо развитие следующих заболеваний:

- ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь);
- синдром Барретта;
- пептические язвы и кровотечения;
- стриктуры пищевода;
- рак пищевода.

Кроме рефлюкс-эзофагита, в результате которого люди постоянно чувствуют изжогу, к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни приведет снижение моторики пищевода и тонуса нижнего пищеводного сфинктера – мышца, препятствующая прохождению пищи из желудка обратно в пищевод. Сама гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – заболевание, для которого в первую очередь характерно проявление изжоги или жгучей боли за грудиной. Она присутствует минимум у 75% больных ГЭРБ [4]. Это было подтверждено документами Генвальской конференции в 1999 году: «...изжога – важнейшим симптомом ГЭРБа» и лозунгом Международной гастроэнтерологической конференции, состоявшейся в сентябре 2004 года: «XX век – век язвенной болезни, XXI век – век ГЭРБа» [3]. Остается резюмировать: болезнь распространена, и изжога является одним из основных ее симптомов.

Такое заболевание, как синдром Барретта, является последствием ГЭРБа. Развивается он в 10-20% случаях у пациентов, страдающих рефлюкс-эзофагитом. Способствующими факторами развития этой болезни считаются: генетическая предрасположенность; частота клинических симптомов, в том числе изжоги не менее одного раза в неделю; длительность их проявлений не менее пяти лет. Она развивается в результате постепенной замены плоского неороговевающего эпителия пищевода, цилиндрическим эпителием, часто с явлениями кишечной метаплазии. Существенной разницей, между этими видами эпителиальной ткани, является возможность пищеводного эпителия обновляться, в отличие от кишечного. Такое последствие патологической изжоги, в настоящее время рассматривается как предраковое заболевание. Успешный метод лечения синдрома Барретта еще не найден.

Пептические язвы и кровотечения пищевода возникают у 2-7% людей, регулярно испытывающих изжогу. Причина появления таких последствий: недостаточность кардии – несостоятельность мышцы, разделяющей пищевод и желудок; патологический рефлюкс – обратный заброс содержимого желудка, и как следствие – протеолитическое действие желудочного сока на ткани пищевода в условиях слабости его защитных механизмов. В результате нарушается целостность слизистого слоя, и появляются язвы. При отсутствии лечения могут случиться кровотечения, в половине случаев они носят профузный характер.