

ГАФУРОВА

ДИАНА УМАРОВНА

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ И ИХ ОСОБЕННОСТИ
У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН.

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2019

Работа выполнена в ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России на кафедре неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Помников Виктор Григорьевич

Официальные оппоненты: Клочева Елена Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры неврологии им. акад. С.Н. Давиденкова ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Михайлов Владимир Алексеевич
доктор медицинских наук, заместитель директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Защита состоится «_____» _____ 2019 г. в _____ час на заседании диссертационного совета Д 208.054.02 при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (191014, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова и на сайте: <http://www.almazovcentre.ru>

Автореферат разослан «_____» _____ 2019 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор Иванова Наталия Евгеньевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Церебральный инсульт (ЦИ) остаётся одной из наиболее важных проблем клинической и экспертной неврологии, как в мире, так и в России. Это объясняется значительной распространенностью, высокой смертностью и инвалидизацией населения, при этом отмечался рост данных показателей в течение последних лет в России (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Суслина З.А. и соавт., 2009, 2014, 2016; Клемешева Ю.Н., 2010; Гусев Е.И. и соавт., 2014; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018; Feigin V.L. et al., 2003).

Большая территориальная протяженность нашей страны, разнородность географических, экологических и этнических факторов определяют специфику cerebro-vasкулярных заболеваний (ЦВЗ) в России. В.И. Скворцова и И.А. Платонова (2012) указывали на увеличение частоты ЦВЗ и инсульта в направлении с запада на восток, а также на влияние фактора урбанизации на эпидемиологические показатели. В больших городах с населением более 1 млн. человек частота ЦИ достоверно выше (Санкт-Петербург – 3,8/1000 населения), чем в городах с населением до 500 000 человек (Владимир – 2,7/1000 населения) и сельской местности (Владимирская область – 1,5/1000 населения) (Скворцова В.И., Платонова И.А., 2002; Скворцова В.И., 2007; Стаховская Л.В. и соавт., 2014).

В группе заболеваний нервной системы, приводящих к инвалидности, сосудистая патология занимает первое место (40-59%), причём в 60% случаев (в основном из-за выраженного двигательного дефекта) определяется II группа инвалидности, а в 25-30% - I группа. К труду без ограничений возвращаются не более 15-17% больных трудоспособного возраста, перенёсших инсульт. Показатели же полной и частичной реабилитации у них в 2 раза ниже, чем при других заболеваниях и травмах нервной системы (Макаров А.Ю. и соавт., 2011; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Костенко Е.В. и соавт., 2019).

Отметим, что создание в последние годы новых реабилитационных центров и отделений для нейрососудистых больных, деятельность мультдисциплинарных

бригад при оказании помощи больным с инсультами, целенаправленное использование реабилитационных мероприятий на этапах оказания помощи этим больным, позволяют добиваться улучшения показателей реабилитации, уменьшения ограничений жизнедеятельности, возвращения части больных к общественно-полезному труду (Баранцевич Е.Р. и соавт., 2015; Иванова Г.Е. и соавт., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018). Использование не самых сверхсовременных и дорогостоящих методов лечения и реабилитации, а тех которые имеются во многих медицинских учреждениях, при условии чёткой поэтапной организации оказания медицинской помощи в остром периоде инсульта и соблюдении принципов реабилитации после острого периода, позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий и вернуть большее число больных, перенёсших ЦИ, к независимой жизни без инвалидности (Суслина З.А., Пирадов М.А., 2009; Баранцевич Е.Р. и соавт., 2015; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Скворцова В.И. и соавт., 2018). В то же время важно, чтобы большинство жителей нашей страны, независимо от места постоянного проживания, имели доступ к новым методам восстановления нарушенных функций после инсульта и реабилитации в целом.

Степень разработанности темы

Данная тема постоянно разрабатывается учёными всего мира по многим направлениям. В последние годы в России, благодаря принятию общегосударственных программ по борьбе с церебральной сосудистой патологией, получены очень важные и положительные результаты по многим направлениям исследования. Тем не менее, имеются значительные отличия в возможностях лечения и, особенно комплексной реабилитации, у населения нашей страны в зависимости от географических и непосредственно условий проживания в городской или сельской местности. Эти вопросы требуют дальнейшей разработки и уточнений.

Цель исследования

Повышение эффективности существующей модели реабилитации больных и инвалидов, перенесших ЦИ, проживающих в сельских условиях, на основе анализа клинических и экспертных особенностей данного состояния (на примере Республики Дагестан).

Задачи исследования

1. Изучить клинико-функциональные особенности ЦИ у группы больных и инвалидов различного возраста, проживающих в сельской и городской местности и определить основные причины их вызывающие, особенности течения, нарушенные функции, категории ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности, к которым приводит церебральный инсульт.

2. Провести анализ и выявить социально-гигиенические особенности первичной инвалидности вследствие ЦИ у лиц различного возраста, проживающих в сельской и городской местности в Республике Дагестан в динамике за 2015-2017гг.

3. Изучить потребности больных и инвалидов различного возраста вследствие ЦИ в мерах реабилитации и оценить эффективность реализации индивидуальных программ реабилитации/абилитации в настоящее время в Республике Дагестан.

4. Уточнить принципы реабилитации для возможности возвращения больных и инвалидов трудоспособного возраста после ЦИ, проживающих в сельской местности Республики Дагестан, к общественно-полезному труду и интегрирования их в общество.

Научная новизна исследования

Получены новые научные сведения о динамике первичной инвалидности вследствие ЦИ среди населения, проживающего в городских и сельских условиях Республики Дагестан (РД) за 3-летний период (2015-2017гг.).

Впервые изучены клинико-функциональные особенности церебральных инсультов, а также социально-гигиенические особенности первичной инвалидности у больных трудоспособного возраста, проживающих в Республике Дагестан.

Впервые проведено изучение потребностей этой категории больных и инвалидов в мерах реабилитации (включая меры профессиональной и социальной реабилитации) и эффективности реализации индивидуальных программ реабилитации/абилитации инвалидов на современном этапе.

Теоретическая и практическая значимость исследования

На основе проведенного исследования была сформирована доказательная база, позволившая разработать и рекомендовать эффективные организационные технологии реабилитации, направленные на снижение инвалидности среди населения трудоспособного возраста после ЦИ, проживающего в сельской местности Республики Дагестан.

Получены научные данные о динамике первичной инвалидности среди населения РД после перенесенного ЦИ, проживающего в сельских и городских условиях, которые будут использованы при разработке целевых программ в области здравоохранения и социальной защиты населения при активном межведомственном взаимодействии.

Результаты исследований будут использованы при разработке рекомендаций по проведению комплексной реабилитации инвалидов после ЦИ, проживающих в сельской местности РД на базе реабилитационных учреждений социальной защиты населения.

Методология и методы исследования

Методология, использованная в представленном исследовании, основана на современных стандартах клинико-экспертного обследования больных с ЦИ, проживающими в сельской и городской местности РД с различными проявлениями и последствиями. Степень неврологического дефицита и иных нарушений оценивалась как при клинико-экспертном осмотре, так и с использованием современных шкал и методик, направленных на выявление тех или иных нарушений функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности. Особенностью данного исследования является анализ острого периода у значительного количества больных с инсультами, вошедшими в работу с последующим динамическим анализом до стадии освидетельствования их в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ). Работа выполнялась с использованием общенаучных методов обобщения, дедукции, статистического и сравнительного анализа представленных групп больных с инсультами, проживающими в сельских и городских условиях, табличных и графиче-

ческих приёмов визуализации данных, а также учёта статистических сведений, опубликованных в открытой печати.

Исследование проведено в соответствии с рекомендациями и требованиями к проведению научно-исследовательских работ с учётом поставленной цели и задач.

Положения, выносимые на защиту

1. В Республике Дагестан имеются условия для реализации модели оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и реализации модели комплексной реабилитации с учетом социального и профессионального аспектов для жителей городов, однако недостаточно организационных механизмов, предполагающих отработанное системное межведомственное взаимодействие органов здравоохранения, социальной защиты населения и МСЭ особенно для сельских жителей.

2. Предложенные рекомендации комплексной реабилитации, могут служить организационным механизмом, позволяющим реализовать все принципы реабилитации и в наилучшей степени вернуть больных и инвалидов трудоспособного возраста после ЦИ, проживающих в сельской местности, к общественно-полезному труду и интегрировать их в общество.

3. В контингенте впервые признанных инвалидами вследствие ЦИ среди лиц, проживающих в городских и сельских условиях РД преобладают инвалиды, перенесшие ишемический инсульт (ИИ). В клинической картине преобладают четыре группы нарушений: двигательный пирамидный дефект, психические нарушения, речевая патология и вестибуло-атактический синдром. Ограничения жизнедеятельности (ОЖД) наиболее часто представлены в категориях: «способность к трудовой деятельности», «способность к самообслуживанию» и «способность к самостоятельному передвижению».

4. Имеется потребность инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ в мероприятиях по медицинской и социальной реабилитации - в 100% случаев, в профессиональной реабилитации потребность ниже. Выявленные нарушения здоровья с анализом основных синдромов и нарушенных функций

организма, определением видов и степени ОЖД у инвалидов трудоспособного возраста вследствие ЦИ и потребностей в различных мерах социальной защиты являются методической основой для проведения медико-социальной экспертизы в БМСЭ Республики Дагестан.

Степень достоверности и апробация результатов работы

Для выполнения поставленной цели и задач сформулированы адекватные критерии отбора больных. Результаты обследований оценивались исходя из общепринятых классификаций и шкал. Достоверность полученных результатов подтверждена сопутствующими адекватными методами статистического анализа.

Результаты исследования доложены на конференции «Современные технологии и Международная классификация функционирования в реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения» (г. Новокузнецк, 2014г), на 8-11 научно-практических конференциях Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации с международным участием (г. Сыктывкар, 2015-2019гг.), на Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Давиденковские чтения» (Санкт-Петербург, 2015, 2016, 2018гг.), на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии» (Санкт-Петербург, 2015г.), на Всероссийской научно-практической конференции «Неотложные состояния в неврологии» (Санкт-Петербург, 2017г.), на Международном Конгрессе, посвящённом «Всемирному дню инсульта» (Москва, 2017г.).

По теме диссертации опубликовано 11 работ, из них 5 – в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации для публикаций основных положений диссертаций на соискание ученой степени

Результаты исследования внедрены в клинично-экспертно-реабилитационную практику бюро № 30 Федерального Казённого Учреждения «Главное бюро МСЭ по РД» Минтруда России. Выводы и основные положения диссертации используются в учебном процессе на кафедре неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России.

Личный вклад автора в получении результатов

Автором проведен весь объём клинико-экспертного обследования, анализ первичной медицинской и экспертной документации. Динамика клинических синдромов и инвалидности вследствие ЦИ исследовалась на основе анализа стационарных и амбулаторных карт, актов освидетельствования в БМСЭ, личного осмотра части больных в стационаре и всех при освидетельствовании в БМСЭ. Результаты обследования с данными дополнительных методов регистрировались в разработанной диссертанткой карте обследования больного. Автором проведена статистическая обработка материалов исследования, результаты которого составили основу для выносимых на защиту положений и выводов.

Объём и структура диссертации

Диссертация изложена на 156 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, глав с общей характеристикой наблюдений, материалов и методов обследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Работа иллюстрирована 3 клинико-экспертными примерами, 6 таблицами, 7 рисунками. Список литературы включает 340 источников, в том числе: 210 отечественных и 130 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Общая характеристика обследованных больных

Под нашим наблюдением находилось 214 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому (176 человек) и геморрагическому типу (38 человек). Большинство пациенты в остром периоде в разные сроки были госпитализированы в неврологические отделения стационаров г. Махачкалы и иных районных центров (как правило) по экстренным медицинским показаниям. Диагноз устанавливался на основании клинической картины, данных компьютерной: (КТ) и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, дуплексного сканирования (ДС) прецеребральных артерий и/или транскраниальной доплерографии (УЗДГ). С учётом задач иссле-

дования больные состояли из 2-х групп по 107 человек, проживающих постоянно в городской или сельской местности

Распределение больных данной группы по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Отметим, что в данное исследование специально были включены больные с ишемическим (88 человек) и геморрагическим (19 человек) инсультом в каждой подгруппе весьма похожие по возрастным и гендерным показателям. Церебральные инсульты отмечены как тяжёлые и средней тяжести, но без летального исхода при динамическом наблюдении.

Таблица 1 – Распределение обследованных больных по клиническим формам инсульта с учетом пола и возраста

Виды нарушения мозгового кровообращения	Число обследованных		Пол									
	Абс. ч.	%	Мужчины						Женщины			
			Всего		до 49 лет	до 54 лет	за 60 лет	Всего		до 44 лет	до 54 лет	за 55 лет
			Абс.	%				Абс. ч.	%			
Ишемический инсульт	176	82,2	102	47,7	8	34	60	74	34,6	4	12	58
Геморрагический инсульт	38	17,8	22	10,2	4	8	10	16	7,5	-	4	12
Всего	214	100	124	57,9	12	42	70	90	42,1	4	16	70

В работе представлены результаты комплексных клинико-экспертных, инструментальных, лабораторных и статистических методов исследования. Предвари-

тельно все пациенты и их ближайшие родственники информировались о целях, задачах, программе исследования.

Соматический и неврологический статусы оценивались по общепринятой схеме в динамике (Скоромец А.А. и соавт., 2017): при поступлении в стационар или в БМСЭ, в процессе лечения и накануне выписки из стационара. Исследование нарушенных функций проводилось в начале заболевания и после завершения курса стационарного лечения, а также при освидетельствовании в БМСЭ.

В качестве методов нейровизуализации применяли: КТ, МРТ головного мозга, в некоторых случаях проводилась магнитно-резонансная ангиография головного мозга (Труфанов Г.Е., 2011; Пирадов М.А. и соавт., 2015).

Характеристика использованных методов лечения

Пациенты в стационаре получали максимально унифицированную терапию по поводу ишемического и геморрагического инсульта, включавшую дезагреганты, антикоагулянты по показаниям, препараты, улучшающие церебральный кровоток (кавинтон, трентал), стабилизирующие уровень артериального давления. Психотропные, ноотропные препараты и антигипоксантами из назначений были исключены (Гусев Е.И., Коновалов А.Н., 2015; Екушева Е.В., Кипарисова Е.С., 2017).

Результаты собственных исследований и их обсуждение

Клинико-экспертные особенности больных с церебральными инсультами, проживающими в сельской и городской местности

С учетом цели и задач исследования нами было обследовано 214 больных, признанных инвалидами вследствие перенесенного ЦИ, из них 124 мужчины (57,9%), и 90 женщин (42,1%). По клиническим формам 82,2% пришлось на ОНМК по ишемическому типу и 17,8% – по геморрагическому типу.

На начальном этапе нашей работы нами были подобраны 2 подгруппы пациентов с ЦИ, репрезентативные по возрасту, тяжести в остром периоде (тяжелый и средней тяжести), типам перенесенного инсульта, проживающими в городских (107 больных) и сельских условиях (107 больных) Республики Дагестан. С

учётом отсутствия значимых различий по клиническим особенностям проявлений ЦИ в этих подгруппах, где возможно, мы анализировали общую группу из 214 человек. Если по каким-то показателям имелись достоверные различия, то мы обязательно на это указываем. Группа из 214 больных с инсультами, вошедшими в исследование, в течение ближайших 3-4 лет наблюдалась нами при очередном переосвидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы.

Среди обследованных нами инвалидов – работающие на момент освидетельствования составили 32,7%, из них на долю мужчин пришлось 65,7%, женщин – 34,3%.

С учетом этиологических факторов среди обследованных больных с ИИ выделено 44,3% больных, перенесших инсульт на фоне артериальной гипертензии (АГ), 26,1% – на фоне атеросклероза; в 18,2% случаев инфаркт мозга произошел на фоне сочетания АГ и атеросклероза, у 8% больных – сахарного диабета, у 3,4% – ожирения. Из данного контингента у 38 (21,6%) больных причиной инсульта была фибрилляция предсердий, причем у одной больной – на фоне ревматического порока сердца. У 6 (3,4%) больных ЦИ развился в острый период инфаркта миокарда, у 1 больного после массивной кровопотери – колото-резанного ранения левой половины шеи с повреждением общей сонной артерии. Артериальная гипертензия, как этиологический фактор особенно геморрагического инсульта встречалась значительно чаще у сельских жителей ($P < 0,01$), но вероятнее всего это было связано с отсутствием лечения АГ с контролем артериального давления. Фибрилляция предсердия превалировала среди городских жителей (29 против 9 человек, проживающих в сельской местности при высоком уровне достоверности ($P < 0,001$)).

С учетом патогенетических подтипов ИИ в ходе исследования выделено 55,7% лиц с атеротромботическим инсультом, 21,6% – с кардиоэмболическим, с лакунарным и гемодинамическим соответственно 19,3% и 3,4% больных. Среди инвалидов с геморрагическим инсультом 5,3% составили больные с геморрагическим пропитыванием, 94,7% – с формированием гематомы, причем у 31,6% больных кровоизлияние произошло с прорывом в желудочковую систему

головного мозга с достоверно большей частотой у жителей сельских поселений РД ($P < 0,01$).

Нами проведен анализ госпитализации больных с ЦИ и выявлено, что из всех обследованных госпитализировано в стационар 204 больных (95,3%). Большинство исследуемых (75,2%) госпитализировано во временные границы «терапевтического окна», что оказывает существенное влияние на максимальное восстановление функций мозга. Отметим тот факт, что среди госпитализированных «позднее 6 часов» значительно больше оказалось городских жителей (34 и 19 человек соответственно). Возможно, это связано с тем, что жители, проживающие в сельских районах, не всегда ждут приезда «скорой помощи», а иногда их доставляют родственники или знакомые в ближайший медицинский стационар в ближайшие часы после возникновения инсульта.

Прогностическим неблагоприятным фактором в плане восстановления функций являются наличие сопутствующей патологии, развитие церебральных и экстрацеребральных осложнений инсульта. Среди обследованных больных у 16 выявлена сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы с развитием недостаточности кровообращения IIВ стадии (5 из них сельских жителей), у одного больного в остром периоде инсульта развился инфаркт миокарда; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей с развитием гангрены выявлен у 2 больных. Отмечено наличие достоверных различий среди сельских и городских жителей по проявлениям вазоспазма при геморрагическом инсульте (3 у сельских и 1 у городского жителя), бактериальной пневмонии (24 человека среди сельских с ишемией и 6 среди городских), пролежней (17 человек среди сельских жителей с ИИ т 7 среди городских), инфекции мочевых путей (25 человек среди сельских жителей с ИИ и 9 среди городских). Уровень достоверности составил не менее $P < 0,01$ по всем показателям, включая и экстрацеребральные осложнения при геморрагическом характере инсульта.

При обследовании больных с ИИ методом УЗДГ и ДС выявлены изменения геометрии сосудов головного мозга, наличие пристеночных тромбов, атеросклеротических отложений у 10 больных, стеноза у 64 инвалидов (с

превалированием сельских жителей - 43 человека при $P < 0,001$), что составило 39,4% данного контингента обследуемых.

Методом МРТ при направлении больных для освидетельствования в БМСЭ выявлены постинсультные очаги у 178 больных (83,2%), давностью свыше 4 месяцев, с кистозно-глиозной трансформацией вещества головного мозга, кортикальной атрофией и субатрофией. Данные МРТ были представлены у 105 городских жителей и 73 сельских, но это было связано, в первую очередь, с оснащённостью медицинских учреждений.

Нарушения функций после церебрального инсульта у сельских и городских жителей, приводящие к ограничениям жизнедеятельности и определению инвалидности

В ходе исследования 214 больных со статодинамическими нарушениями, выявлено, что больные с двигательными нарушениями конечностей составили 84,1% (180 больных), с координаторными – 25,2% (54 больных), на долю экстрапиримидных нарушений приходится 3,7% (8 больных). По данным показателям не получено статистически достоверных различий. Распределение инвалидов с двигательным дефектом конечностей, с учетом степени его выраженности представлено в табл. 2.

Таблица 2 – Распределение инвалидов с двигательным дефектом конечностей, с учетом степени его выраженности

Гемипарез				Ге-ми-пле-гия	Тетрапарез		
1 степени	2 степени	3 степени	4 степени		2 степени	3 степени	4 степени
4 1,9%	48 22,4%	52 24,2%	40 18,7%	18 8,4%	8 3,7%	6 2,8%	4 1,9%

Как видно из таблицы 2, среди инвалидов с двигательными нарушениями конечностей преобладают лица с выраженным гемипарезом.

Почти у всех больных выявлены нарушения психических функций, выраженные в различной степени. Комплексное обследование представленных больных, проживающих в сельской и городской местности РД позволило

уточнить характер и степень выраженности функциональных нарушений, которые могут оказывать различное влияние на состояние и ОЖД того или иного индивида. Выявленные ОЖД у больных, перенесших инсульт и вошедших в данное исследование, отражены в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение инвалидов с инсультом по категориям ограничения жизнедеятельности

Категория ограничения жизнедеятельности	Абсолютное число инвалидов	Удельный вес инвалидов (%)
К самообслуживанию	182	85,1
К передвижению	214	100
К трудовой деятельности	214	100
К контролю за своим поведением	194	90,7
К общению	158	73,8
К обучению	158	73,8
К ориентации	28	13,1

Степень выраженности категорий ОЖД отражена на рисунке 1

Основанием для определения группы инвалидности явилось наличие стойких нарушений одной или нескольких функций головного мозга, приведшие к ограничению одной или нескольких категорий жизнедеятельности и требующие мер социальной защиты, включая реабилитационные мероприятия. В результате исследования I группа инвалидности при первичном медико-социальном освидетельствовании установлена 100 (46,7%) больным, II группа – 88 (41,1%) лицам, III группа инвалидности – в 26 (12,2%) случаях. Данные показатели достаточно высокие, но учитывая, что в выборку попали больные с тяжёлым и средней тяжести ЦИ, они вполне объяснимы.

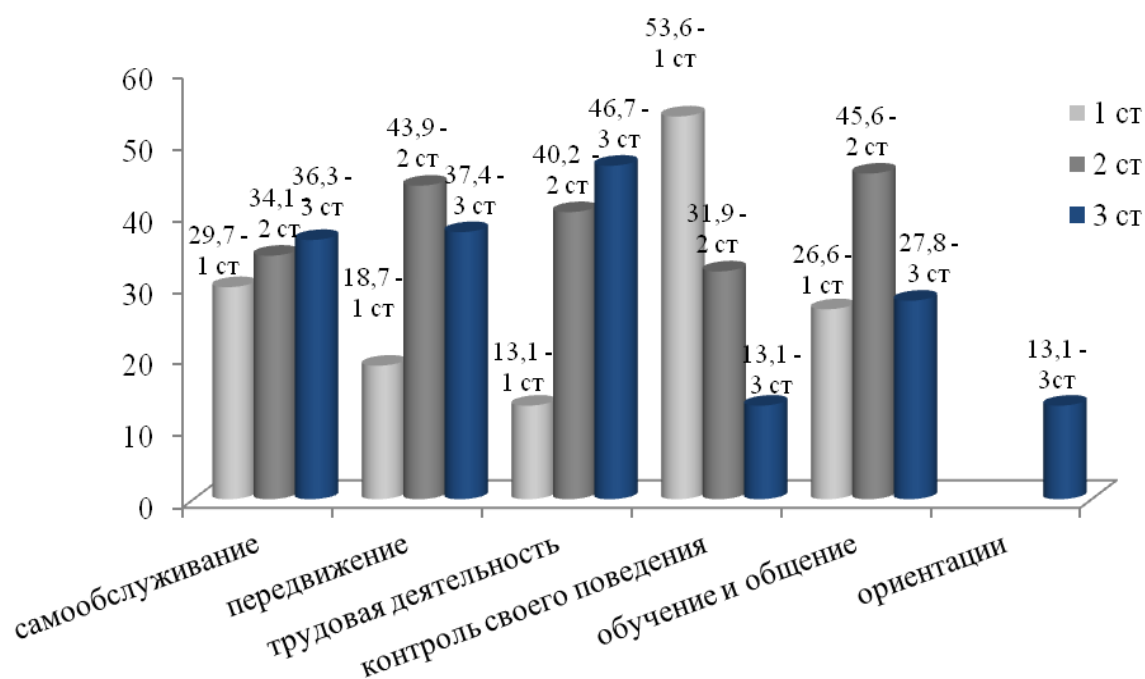


Рисунок 1 – Степень выраженности категорий ограничения жизнедеятельности у сельских и городских жителей после перенесенного церебрального инсульта в %

В ходе исследования повторно освидетельствованы 68 инвалидов II группы и выявлена следующая динамика инвалидности вследствие церебрального инсульта:

- число частично реабилитированных составило 15 человек (из них 11 представляли городское население);
- утяжеление группы инвалидности произошло у 4 обследуемых больных вследствие преимущественного прогрессирования сосудистого паркинсонизма и деменции.

Потребность инвалидов вследствие церебральных инсультов трудоспособного возраста в мерах реабилитации

С целью установления потребности в реабилитационных мероприятиях у инвалидов трудоспособного возраста, перенесших ЦИ, были изучены индивидуальные программы реабилитации/абилитации (ИПРА) 73 инвалидов.

Согласно полученным данным среди инвалидов с последствиями инсульта определялась высокая потребность в медицинской реабилитации (в 100% случаев), что обусловлено необходимостью медикаментозной коррекции основного заболевания, послужившего причиной сосудистой катастрофы, вероятностью восстановления нарушенных функций организма при использовании комплексного лечения.

Практически все инвалиды нуждались в восстановительной терапии.

Потребность в социально-средовой реабилитации была установлена у 83,6% инвалидов; у 76,7% инвалидов – в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий и спорте (преимущественно – в адаптивной физической культуре). Достаточно высокий процент инвалидов нуждались и в социокультурной реабилитации (58,9%), социально-бытовой адаптации (56,2%), социально-психологической реабилитации (49,3%).

С учётом результатов нашего исследования больные с ОНМК после выписки из стационара практически проживающие только в крупных городах РД получают элементы реабилитационной помощи. Ещё более тяжёлая ситуация в этом направлении у жителей сельских поселений, в большинстве из которых особого развития реабилитационной составляющей в настоящее время просто не имеется.

Отметим, что в последние 2-3 года отмечается стабилизация некоторых негативных факторов в России, связанных с инсультами с определёнными положительными тенденциями в плане улучшения определённых показателей.

Важнейшим фактором в настоящее время является стремление России улучшить показатели реабилитации инвалидов, как на государственном, так и региональных уровнях (Скворцова В.И. и соавт., 2018). Следствием этого явилось законодательное закрепление термина «реабилитация инвалидов».

На данном этапе развития медицины в РД требуются значительные усилия медицинского сообщества, социальной защиты и иных организаций для того, чтобы система реабилитации больных с инсультами, как в городской, так и сельской местности заработала в достаточном объёме. В настоящее время лишь неко-

торые городские территории имеют возможность заниматься реабилитацией больных и инвалидов после инсульта в «ограниченном» объёме. Только развитие и расширение реабилитационной составляющей может реально уменьшить количество инвалидов после перенесенного инсульта, в частности и в Республике Дагестан (Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Иванова Н.Е. и соавт., 2016, 2017). В настоящее время в РД созданы условия, преимущественно, для функционирования медицинского раздела реабилитации, как для населения городских населённых пунктов, так и проживающих в селах. Имеющиеся качественные отличия сказываются на некоторых показателях, представленных и в данном исследовании.

ВЫВОДЫ

1. Артериальная гипертензия, как этиологический фактор ишеми-ческого инсульта особенно часто встречается среди жителей, проживающих в сельской местности, по сравнению с городскими ($P < 0,01$). Фибрилляция предсердий как причина инсульта превалировала среди городских жителей Республики Дагестан при высоком уровне достоверности ($P < 0,001$). Геморрагический инсульт с прорывом крови в желудочки мозга с большей частотой встречается среди сельских жителей по сравнению с проживающими в городах Республики Дагестан ($P < 0,01$).

2. Церебральные и экстрацеребральные осложнения в остром периоде по ряду показателей значительно чаще определялись при острых нарушениях мозгового кровообращения среди жителей, проживающих в сельских районах: так бактериальные пневмонии наблюдались у 24 сельских и 6 городских жителей, пролежни – у 17 сельских и 7 городских жителей, инфекции мочевых путей среди 25 сельских жителей с ишемическим инсультом и 9 жителей городских при высоком уровне достоверности (P менее 0,01). Среди госпитализированных «после 6 часов» значительно больше было городских жителей по сравнению с проживающими в сельских районах (34 и 19 человек соответственно при $P < 0,01$).

3. Наиболее часто у больных с церебральным инсультом в Республике Дагестан страдают статодинамические функции с двигательными нарушениями различной выраженности у 84,1% (180 больных); с координаторными – 25,2% (54 больных) и экстрапирамидными нарушениями – 3,7% (8 больных) без значительных различий между группой из городских и сельских жителей. Астенический синдром выявлен в подостром периоде у 64 больных после церебрального инсульта, проживающих в сельской местности и 34 человек, проживающих в городах ($P < 0,01$). Органические изменения психики, характеризующиеся нарушением интеллектуально-мнестической деятельности и аффективными расстройствами, не достигающими крайне тяжелой степени, выявлены у 136 больных после церебрального инсульта без статистической достоверности среди городских и сельских жителей.

4. Нарушение функций после перенесенного церебрального инсульта у больных привело к ограничениям жизнедеятельности разной степени выраженности по категориям к передвижению и трудовой деятельности (у всех 214 больных), к самообслуживанию (182 больных-85%), к общению и обучению (158 больных – 73,8%), к ориентации (28 больных – 13,1%) без статистической достоверности между городскими и сельскими жителями. Ограничение способности контролировать своё поведение выявлено у 194 инвалидов (90,7%) с превалированием по этому показателю сельских жителей ($P < 0,001$), а также выраженная степень ограничения к самообслуживанию выявлена всего в 62 случаях (39 городских жителей и 23 сельских при высоком уровне достоверности – $P < 0,01$).

5. Нарушенные функции при ограничениях жизнедеятельности послужили основанием (наряду с необходимостью социальной защиты) для признания указанных больных после церебрального инсульта инвалидами I группы – 100 человек, II группы – 88 человек и III группы – 26 человек. Несмотря на заполнение для всех освидетельствованных индивидуальной программы реабилитации объём выполнения её в последующем был низким. Лишь

некоторые разделы, преимущественно её медицинской части, выполнялись в ограниченном объёме преимущественно у инвалидов, проживающих в городской местности. Так, при динамическом освидетельствовании 68 инвалидов II группы в течение 3-х лет выявлено, что только у 15 из них (преимущественно городских жителей в трудоспособном возрасте) отмечена частичная реабилитация, а у 4 утяжеление инвалидности.

6. Инвалиды вследствие церебрального инсульта в Республике Дагестан нуждаются практически во всех разделах реабилитации, которая включена в индивидуальную программу реабилитации/абилитации (медицинская, социальная, психологическая). В настоящее время в Республике Дагестан созданы условия для функционирования медицинского раздела (преимущественно в городских условиях) и частично социального на всей территории Республики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполненная работа и полученные результаты свидетельствуют о необходимости развития реабилитационной составляющей при церебральных инсультах на всей территории нашей большой страны.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В Республике Дагестан на современном этапе развития медицины целесообразно внедрять все этапы реабилитационного направления, включая адаптационный, санаторно-курортный и т.п. при наличии показаний у больных после церебрального инсульта с достаточным реабилитационным потенциалом.

2. Целесообразно на Республиканском уровне внести ответственность за выполнение индивидуальной программы реабилитации/абилитации больных и инвалидов, перенесших церебральный инсульт.

3. Медицинская помощь должна оказываться по общим рекомендациям, как для городских, так и сельских жителей Республики при создании преференций для врачей, работающих на постоянной основе в сельских районах.

4. Необходима реализация Государственных мероприятий в области информационных технологий в целях повышения эффективности предоставления мер социальной и иной реабилитации для больных после церебрального инсульта, проживающих в трудно - доступных сельских районах Республики Дагестан.

5. Дальнейшее развитие межведомственного взаимодействия всех организаций, ответственных за данное направление, может улучшить показатели реабилитации больных после церебрального инсульта, в частности в Республике Дагестан.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Учитывая значимость и распространённость ЦИ в РФ, разработка в дальнейшем данной темы исследования не вызывает сомнений. Очевидные успехи в нашей стране связаны с активно проводимой медицинской реабилитацией больных с ЦИ. Что касается остальных разделов реабилитационного направления, то показатели социальной, профессиональной, психологической реабилитации значительно скромнее. Только набор аналогичного материала по отдельным регионам нашей большой страны, анализ полученных результатов может указать на реально необходимые и выполнимые мероприятия в данном направлении на настоящем этапе развития нашей страны.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Гафурова, Д.У. Статодинамические нарушения при церебральных инсультах и их роль в ограничении жизнедеятельности инвалидов с учётом основных положений Международной классификации функционирования / В.Г. Помников, Ф.В. Золоева, Д.У. Гафурова// Современные технологии и Международная классификация функционирования в реабилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения – Новокузнецк, 2014. – С. 19-20.

2. Гафурова, Д.У. Возможность предотвращения прогрессирования хронической ишемии мозга у лиц трудоспособного возраста в амбулаторных условиях / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова, Н.И. Галахова, Н.Л. Абазиева, Д.У. Гафурова, З.М. Махтибекова // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2015. – № 11 –12. –С. 64–70.

3. Гафурова, Д.У. Диагностика раннего этапа хронической ишемии мозга у лиц с нарушением церебральной гемодинамики различного генеза как фактор профилактики инсульта / В.Г. Помников, З.М. Махтибекова, К.В. Иванова, Д.У. Гафурова и соавт. // **Вестник неврологии психиатрии и нейрохирургии.** – 2015. – № 4. – С 22–26.

4. Гафурова, Д.У. Основные виды нарушений функций организма у впервые признанных инвалидами в трудоспособном возрасте вследствие церебрального инсульта /В.Г. Помников, О.А. Черкасова, В.М. Таранцева, Н.Л. Абазиева, Д.У. Гафурова // **Актуальные проблемы неврологии: Материалы девятой науч.–практ. конф. невр. Северо– Западного Федерального округа РФ с межд. участием.** – Сыктывкар, 2016. –С. 92–94.

5. Гафурова, Д.У. Церебральный инсульт и оценка нарушенных категорий ограничения жизнедеятельности в настоящее время /В.Г. Помников, В.М. Таранцева, З.М. Махтибекова, Н.Л. Абазиева, С.С. Токаева, Д.У. Гафурова, О.В. Дудкина // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2016. –№ 9. – С. 20–22.

6. Гафурова, Д.У. Особенности церебрального инсульта у жителей, проживающих в сельской местности Республики Дагестан / В.Г. Помников, Д.У. Гафурова, З.М. Махтибекова // **Материалы Международного конгресса, посвящённому Всемирному дню инсульта.** – М., 2017. – С. 632–633.

7. Гафурова, Д.У. Нарушение функций и категории ограничения жизнедеятельности при церебральном инсульте / В.Г. Помников, О.А. Черкасова, В.М. Таранцева, Д.У. Гафурова // 18 Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Давиденковские чтения». Сборник тезисов, СПб., 2016. – С. 206-208.

8. Гафурова, Д.У. Церебральные инсульты у сельских жителей Дагестана / В.Г. Помников, Д.У. Гафурова, З.М. Махтибекова // Сборник статей и тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Неотложные состояния неврологии: современные методы диагностики и лечения», СПб., 2017. – С. 123.

9. Гафурова, Д.У. Определение двигательного режима и профилактика падений у больных в остром периоде церебрального инсульта с помощью теста Тиннети и вегетативных проб / В.Г. Помников, И.В. Саковский, В.М. Таранцева, Л.Я. Королёва, Д.У. Гафурова // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2017. - № 9. – С. 25-28.**

10. Гафурова, Д. У. Особенности реабилитации пациентов с лакунарными инсультами и нарушениями когнитивных функций на фоне хронической ишемии головного мозга вне острого периода сосудистого эпизода / В.Г. Помников, З.М. Махтибекова, В.В. Дорофеева, Д.У. Гафурова // **Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. –2018. – № 24. – С. 62–67.**

11. Гафурова, Д.У. Особенности церебральных инсультов у больных, проживающих в сельской местности Республики Дагестан / В.Г. Помников, Д.У. Гафурова, З.М. Махтибекова // Актуальные проблемы неврологии: Практическая кардиоангионеврология. Материалы двенадцатой науч.–практ. конф. невро. Северо-Западного Федерального округа РФ с межд. участием. – Сыктывкар, 2019. – С. 80-82.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия

БМСЭ – бюро медико-социальной экспертизы

ДС – дуплексное сканирование

ИИ – ишемический инсульт

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации и абилитации

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно резонансная томография

ОЖД – ограничения жизнедеятельности

ОНМК – острые нарушения мозгового кровообращения

РД – Республика Дагестан

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

ЦВЗ – церебро-вазкулярные заболевания

ЦИ – церебральный инсульт