

УДК 616.831-005.1

Л.Ф.Урманчеева, Ю.А.Ширшов

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ЧИТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы по Читинской области и АБАО.

Читинская государственная медицинская академия (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В.Говорин)

Обобщены результаты реабилитации 640 больных инсультом в Читинской области. 320 больных проходили восстановительное лечение в условиях поликлиники и 320 больных - в условиях реабилитационных центров. Для оценки состояния больных после реабилитации использовали шкалу Bartel, шкалу FIM, оценку социально-бытовой и трудовой реабилитации Е.В.Шмидта и Т.А.Макинского, изменение качества жизни больного, опросник речи, анализ стойкой и временной нетрудоспособности, частоту повторных инсультов. Отмечены лучшие результаты двигательной реабилитации, восстановления ролевых ограничений, мобильности и бытовой активности больных инсультом в условиях реабилитационных центров. Повторный инсульт в группе больных, проходивших реабилитацию в условиях поликлиники составил 25%, в условиях реабилитационных центров - 13%.

Ишемические инсульты - самая частая форма острых нарушений мозгового кровообра-

щения, соотношение ишемического и геморрагического инсультов составляет в среднем 5,0-5,5: 1, т.е. 80-85% к 15-20% [7,8]. В мире от инсульта ежегодно умирают 4,7 миллионов человек. В большинстве стран инсульт занимает 2-3 место в структуре общей смертности населения, в России - второе, уступая лишь кардиоваскулярной патологии. Инсульт является основной причиной инвалидизации населения. Лишь около 20% выживших больных могут вернуться к прежней работе. Инвалидизация после перенесенного инсульта достигает показателя 3,2 на 10 тыс. населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидности. В настоящее время более 1 миллиона человек в стране являются глубокими инвалидами вследствие перенесенного инсульта [13,6,7,11,9,10]. В Читинской области за период исследования отмечена высокая заболеваемость инсультом, увеличившаяся с 287/100000 в 2001г. до 313/100000 - в 2004г., высокая смертность (128/100000) и летальность (34,6%). Обращает на себя внимание, что ведущей причиной смерти в Чите являются инсульты - 1/9 от числа всех умерших. В структуре смертности в стационарах ЛПУ Читинской области, болезни системы кровообращения составили в 2000г. - 45,5%; 2001г. - 45,6%; 2002 - 46,8% [12,18].

К сожалению, даже самый интенсивный курс терапии, проведенный пациенту в стационаре, не всегда приносит ожидаемые результаты. Поэтому при последствиях церебрального инсульта как ни при какой другой патологии особое значение приобретают мероприятия по медико - социальной реабилитации [1,3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлены результаты анализа эффективности реабилитационных мероприятий у 640 больных с ишемическим инсультом: 320 мужчин и 320 женщин. В молодом возрасте (20-45 лет) было 320 человек (160 мужчин и 160 женщин), в среднем возрасте (45 - 59 лет) - 320 человек (160 мужчин и 160 женщин). У 114 пациентов выявлены нарушения речи. Этиологическими факторами инсульта были атеросклероз в сочетании с артериальной гипертензией (304 пациента-47%), артериальная гипертензия (203 пациента- 32%), атеросклероз (110 пациентов-17%), другие причины (23 пациента- 4%). Из них 320 больных проходили реабилитацию в условиях специализированных реабилитационных центров Читинской области: областная больница восстановительного лечения №4 и реабилитационное отделение для нейрососудистых больных курорта "Дарасун", 320 боль-

ных- в условиях поликлиник. По степени тяжести инсульта группы были идентичны. У 200 больных прослежен пятилетний катамнез с момента мозговой катастрофы.

Всем 640 пациентам проводилась лекарственная терапия в соответствии с общепринятыми стандартами. Из них 320 пациентов в условиях специализированных реабилитационных центров наряду с лекарственной терапией получали реабилитационные мероприятия с использованием психотерапии, массажа, ЛФК, климатотерапии, физиотерапии и т.д. Данные всех исследований заносились в "Индивидуальную карту пациента".

Динамика эффективности реабилитации проводилась в несколько этапов:

- оценка уровня бытовой активности по шкале Bartel
- оценка по шкале функциональной независимости FIM
- оценка социально-бытовой и трудовой реабилитации Е.В.Шмидта и Т.А.Макинского (1979)
- изучение качества жизни больного
- оценка речевой реабилитации (по опроснику речи)
- анализ стойкой и временной нетрудоспособности
- изучение частоты повторных инсультов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. У 320 больных инсультом, прошедших восстановительное лечение в условиях поликлиники до курса реабилитации оценка по шкале Barthel [5] варьировало от 0 до 85 баллов, средний балл - $37,9 \pm 1,15$, после реабилитации - от 10 до 100 баллов, средний балл- $63,73 \pm 1,31$. Пациенты, прошедшие реабилитацию в специализированных центрах, имели следующие показатели восстановления двигательной активности: до курса реабилитации - от 0 до 75 баллов, средний балл- $37,8 \pm 1,06$, после реабилитации-от 20 до 100 баллов, средний балл равен $85,8 \pm 0,86$. Имея примерно одинаковые показатели двигательной активности у больных инсультом (38 баллов) в раннем восстановительном периоде, получены более лучшие результаты при реабилитации в условиях специализированных центров (85,8 балла); при реабилитации в условиях поликлиники-63,7балла ($t=13,92, p<0,001$). Достоверность разницы баллов доказывает лучшие возможности восстановления в условиях реабилитационных центров.

Из числа больных инсультом 97 пациентов прошли курс восстановительного лечения в реабилитационных центрах однократно. 223 боль-

ных лечились в реабилитационных центрах неоднократно (3-4 курса на протяжении 2-3 лет). Изучая данные независимости больных инсультом в повседневной жизни после однократных и повторных курсов реабилитации в специализированных центрах, отмечено повышение индекса Barthel при неоднократном лечении: у мужчин до 44 лет- с $74 \pm 1,1$ до $91 \pm 1,6$ ($p<0,001$), у мужчин среднего возраста-с $70 \pm 2,3$ до $86 \pm 2,8$ ($p<0,001$), у женщин до 44 лет-с $50 \pm 6,9$ до $80 \pm 1,9$ ($p<0,001$), у женщин среднего возраста-с $75 \pm 3,3$ до $90 \pm 0,6$ ($p<0,001$), что свидетельствует о более успешном восстановлении функции самообслуживания при повторных курсах реабилитации.

Для функциональной оценки сохранности навыков по шкале "Мера Функциональной Независимости" или FIM рассчитывалась сумма баллов, которая при полной независимости в повседневной жизни составила 126 баллов [4,5].

Более высокие показатели улучшения (таблица 1) изменений жизнедеятельности и ролевых ограничений получены в группах мужчин и женщин, прошедших восстановительное лечение в реабилитационных центрах. У мужчин в возрасте до 44 лет показатели жизнедеятельности после реабилитации в условиях специализированных центров выше на $15 \pm 2,6$ баллов, у мужчин среднего возраста - на $18 \pm 2,4$ баллов, чем у пациентов, проходивших восстановительное лечение в условиях поликлиники. Достоверно выше показатели после реабилитации в условиях специализированных центров у женщин: на $26 \pm 2,3$ баллов у молодых и на $25 \pm 2,4$ баллов в среднем возрасте.

Результаты восстановительного лечения у больных инсультом, проходивших восстановительное лечение в условиях специализированных центров и в условиях поликлиник, согласно классам социально - бытовой активности (по Е.В.Шмидту и Т.А.Макинскому)[17] отражены на рисунке 1.

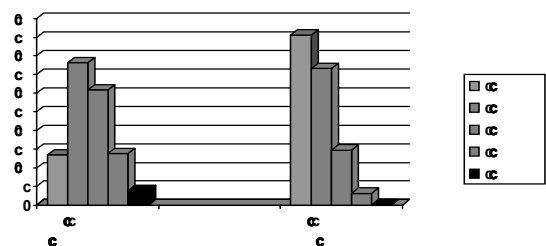


Рис.1. Распределение больных инсультом по классам социально - бытовой активности в процентах после реабилитации

Таблица 1

Средний балл в исследуемых группах по шкале FIM до реабилитации и после реабилитации в условиях поликлиники и реабилитационных центров

пол	возраст	Реабилитация в условиях поликлиники		Реабилитация в реабилитационных центрах		P
		До реабилитации	После реабилитации	До реабилитации	После реабилитации	
муж	до 44 лет	56,0±2,2	93,0±3,2	58,0±1,9	110,0±2,0	0,001
	от 45 до 59 лет	53,0±2,0	86,0±2,8	54,0±1,9	105,0±2,2	0,001
жен	до 44 лет	53,0±2,2	88,0±2,5	52,0±1,8	113,0±2,0	0,001
	от 45 до 59 лет	56,0±2,0	83,0±2,7	57,0±1,8	109,0±2,0	0,001

- в первом классе социально - бытовой активности (возвращение к труду и полная независимость от окружающих оказалось у 45,6% пациентов, лечившихся в реабилитационном центре и 13,4% больных, лечившихся преимущественно лекарственными препаратами

- во 2-м классе (возвращение к работе с ограничениями, независимость в повседневной жизни, ходьба без посторонней помощи) - соответственно 36,6% и 38,1%

- в 3-м классе (ограничение в исполнении домашних обязанностей, частичная зависимость от окружающих, ходьба по квартире без посторонней помощи, по улице с посторонней помощью) - 14,7% и 30,9%

- в 4-м классе (невозвращение работавших до инсульта к работе, ограниченная или полная неспособность исполнения прежних домашних обязанностей, значительная зависимость от окружающих, передвижение по квартире с посторонней помощью, невозможность ходить по улице) - 3,1% и 13,8%

- в 5-м классе (полная зависимость от окружающих) оказалось 3,8% пациентов, лечившихся в условиях поликлиники.

Анализ реабилитации по данной классификации подтверждает преимущество реабилитации у больных инсультом в условиях специализированных центров перед реабилитацией в условиях поликлиники.

Проведена оценка эффективности реабилитационных мероприятий по критерию изменения качества жизни (ИКЖ) [14, 15,2].

Показатель ИКЖ до реабилитации-34±0,9. После восстановительного лечения в условиях поликлиники-16±0,8, после реабилитации в специализированных центрах-9±0,9. (P<0,001). Более высокие показатели ИКЖ отмечены в группах мужчин и женщин до 44 лет, прошедших восстановительное лечение в условиях реабилитационных центров (6±0,6 и 9±0,9).

Проанализирован восстановительный пери-

од у 114 больных с афазией по опроснику речи [5]. В данной группе наблюдалось 55 женщин и 59 мужчин; 57 больных молодого возраста (до 44 лет), 57 - среднего (от 45 до 60 лет).

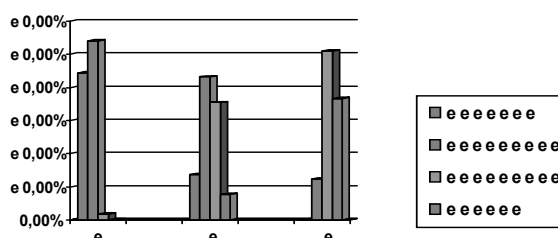


Рис. 2. Динамика восстановления речи у больных инсультом (в процентах)

1. До реабилитации. 2. После реабилитации в условиях поликлиники. 3. После реабилитации в специализированных центрах.

По результатам опроса (рисунок 2) выяснено, что у больных инсультом, которые прошли реабилитацию в условиях поликлиники, в остром периоде инсульта имели место тяжелые речевые расстройства в 44,3% (0 - 5 баллов), выраженные - 53,9% (6 - 9 баллов), умеренные - 1,8% (16 - 17 баллов). После восстановительного лечения в поликлинике тяжелые речевые расстройства отмечались в 13,8%, выраженные в 43,1%, умеренно выраженные в 35,4%, полное восстановление речи в 7,7%. После реабилитации в условиях специализированных центров больных инсультом с тяжелой афазией не выявлено, с выраженной афазией - 12,3%, умеренно выраженной - 51,0%, 36,7% пациентов полностью восстановили речевые нарушения. Сравнительные результаты доказывают, что речевая реабилитация наиболее эффективна в условиях специализированных центров.

В рамках исследования проведен анализ финансовых затрат на лечение и реабилитацию больных, перенесших инсульт. Под наблюдением находился 421 пациент. Все больные инсультом прошли лечение в условиях стационара го-

родской клинической больницы № 1 Читы и получали пособие по временной нетрудоспособности. Из них мужчин - 201, женщин - 220. Временная нетрудоспособность у больных инсультом после реабилитации в условиях реабилитационных центров составила у мужчин в возрасте до 45 лет на 22 дня меньше, чем после реабилитации в условиях поликлиники, у мужчин среднего возраста - на 12 дней меньше. У женщин, проходивших восстановительное лечение в условиях реабилитационных центров, продолжительность временной нетрудоспособности короче в группе больных молодого возраста на 13 дней, у женщин среднего возраста - 15 дней. Таким образом, число сэкономленных рабочих дней у мужчин - 22 и 12, у женщин - 13 и 15 (Д). Статистически полученная разница достоверна ($t > 2$, $p < 0,0001$). Средняя стоимость оплаты по больничному листу за один день нетрудоспособности - 222 руб. 68 коп. (Б). Среднедневная выработка составляет 750 руб. (В). Затраты на лечение в стационаре (1 день) (З) составили: фондом ОМС оплачено 77953 руб. 36 коп. (1 к/день - 185 рублей) и 84200 руб. из бюджета (1 к/день - 200 руб.), средняя стоимость одного койко - дня составила 385 рублей 16 копеек. ($\text{Э} = \text{В} \cdot \text{Д} + \text{Б} \cdot \text{Д} + \text{Д} / 5 \cdot \text{З}$) [16]. Используя полученные данные, вычислена экономическая эффективность (Э) за счет сокращения временной нетрудоспособности в группе больных инсультом с реабилитацией в условиях специализированных центров, которая составила 3925922,04 руб.

По Читинской области (2003г.) количество инвалидов (И) составляет - 70251 человек. Средние дополнительные затраты на медицинское обеспечение одного инвалида в год (Ли) равны 2624 рубля. С учетом различия продолжительности жизни здорового человека и инвалида (72,3 и 31,6 года соответственно), мы имеем среднее число рабочих лет, потерянных по инвалидности одним инвалидом (и): у женщин - 23,4 года, у мужчин - 28,4 года. Среднегодовая сумма пенсии по инвалидности (Псо): 1 группа - 36000 руб., 2 группа - 26400 руб., 3 группа - 13200 руб. С учетом среднегодовой суммы национального дохода (чистого продукта), не производимая одним работником в результате инвалидности - 225000 рублей (Дп). В нашем исследовании после реабилитационных мероприятий в условиях специализированных центров полностью трудоспособными признаны 25,9% женщин больных инсультом, после реабилитации в условиях поликлиники - 8,1%. Показатели третьей группы примерно

одинаковы - 16,9% и 17,8%. С выраженными функциональными нарушениями (II группа) - 7,2% пациентов после восстановительного лечения в условиях реабилитационных центров, 21,9% - после реабилитации в условиях поликлиник. Среди больных инсультом, проходивших восстановительное лечение в реабилитационных центрах, нет полностью зависимых от посторонней помощи (I группа), среди пациентов поликлиник - 2,2%.

Экономическая эффективность снижения инвалидности рассчитана следующим методом [16]. $\text{Уи} = (\text{Дп} + \text{Псо} + \text{Ли}) \cdot \text{ИП}$ и. Получаем: экономический ущерб (Уи) от 1 группы инвалидности - 6168801,6 рублей (женщины), 7486921,6 рублей (мужчины); от 2 группы инвалидности - 5944416,6 рублей (женщины), 7214281,6 рублей (мужчины); от 3 группы инвалидности - 5635281,6 рублей (женщины), 6839401,6 рублей (мужчины).

Повторный ишемический инсульт развился в течение 5 лет наблюдения на фоне артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза у 120 больных (19%). В группе пациентов, проходивших восстановительное лечение преимущественно лекарственными препаратами в условиях поликлиники, количество повторных инсультов равно 80 (25%). Среди больных инсультом, которые лечились в реабилитационных центрах, 40 человек (13%) перенесли повторный ишемический инсульт.

Анализ показателей частоты повторного инсульта (таблица 2) показывает, что у больных молодого возраста после реабилитационных мероприятий в условиях поликлиники чаще на 13% случается повторный инсульт, чем у пациентов, получавших восстановительное лечение в реабилитационных центрах; у больных среднего возраста - на 11% чаще. Таким образом, частота повторного инсульта выше среди больных, получавших преимущественно медикаментозное лечение в условиях поликлиник.

Таблица 2

Частота повторного инсульта в зависимости от возраста

возраст больных	частота повторных инсультов	
	реабилитация в условиях поликлиник (%)	реабилитация в специализированных центрах (%)
до 44 лет	21,0	8,0
от 45 до 59 лет	29,0	18,0

ВЫВОДЫ:

1. Эффективность реабилитации больных ишемическим инсультом выше при лечении в условиях специализированных реабилитационных больниц восстановительного лечения. Наиболее прогностически благоприятное влияние на восстановление двигательных нарушений, коммуникативных возможностей и уровня реабилитации оказывают повторные и длительные курсы восстановительного лечения в специализированных центрах на протяжении первых 2-3 лет от начала заболевания.
2. Реабилитация больных инсультом в специализированных реабилитационных центрах улучшает отдаленную медико - социальную эффективность, способствует более активному восстановлению трудоспособности, снижению первичного выхода на инвалидность по сравнению с медикаментозным лечением в условиях поликлиники.
3. Повторный ишемический инсульт происходит чаще у пациентов, получавших восстановительное лечение в условиях поликлиник.
4. Наибольшее восстановление качества жизни больных инсультом происходит при лечении в условиях специализированных центров. Значительно лучшие показатели качества жизни, уменьшение физической и социальной дезадаптации зарегистрированы у пациентов молодого возраста.
5. Реабилитация больных инсультом в условиях специализированных центров приводит к уменьшению экономических затрат, связанных с лечением данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева О.С. Организационные и методические основы реабилитации инвалидов в Российской Федерации / О.С. Андреева // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико - социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. - 2005. - №3. - С.17 - 19.
2. Аронов Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология. - 2002. - Т.42. - №5. - С.92-95.
3. Бельская Г.Н. Особенности медико - социальной реабилитации инвалидов вследствие перенесенного инфаркта головного мозга / Г.Н. Бельская, Л.В. Осьмушкина, В.И. Коркин // Медико - социальная экспертиза и реабилитация. - 2005. - № 4. - С.8 - 11.
4. Белова А.Н. Нейрореабилитация / А.Н. Белова. -

Москва: "Антидор". - 2000 г. - 568 С.

5. Белова А.Н. Шкалы, Тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. - М.: Антидор. - 2002. - 440 С.
6. Гехт А.Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде / А.Б. Гехт // Консилиум медиком. - 2001. Т.3. - №5. - С. 1 - 10.
7. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. - М: Медицина. - 2001. - 328с.
8. Гусев Е.И. Эпидемиология инсульта в России / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2003. - Вып.8. - Прил. - С. 4 - 9.
9. Гусев Е.И. Церебральный инсульт: проблемы и решения / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, М.Ю. Мартынов // Вестн. РАМН. - 2003. - №11. - С. 44-48.
10. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России / Е.И. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2003. - №9. - прил. - С. 3 - 5.
11. Иванова Г.Е. Восстановительное лечение больных с инсультом / Г.Е. Иванова // Российский медицинский журнал. - 2002. - №1. - С. 48 - 50.
12. Клинико - эпидемиологическое изучение острых нарушений мозгового кровообращения в Чите / Т.И. Рябова, Ю.А. Ширшов, Л.И. Курсинов и др. // Международная научно - практическая конференция "Мозг и сердце: Кардионеврология и нейрокардиология": Материалы. - СПб., 2003. - С. 245 - 248.
13. Косичкин М.М. Потребность и особенности медико - социальной реабилитации инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний / М.М. Косичкин, Л.П. Гришина, И.В. Пряников, Л.В. Полунина // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2001. - № 1. - С.11 - 16.
14. Оценка изменения качества жизни неврологических больных с ограничением двигательной активности / В.Н. Григорьева, А.Н. Белова, А.В. Густов и др. // Неврологический журнал. - 1997. - № 5. - С. 24 - 29.
15. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, С.А. Матвеева, Т.И. Ионова и др. // Клиническая медицина. - 2000. - № 2. - С. 10 - 13.
16. Флек В.О. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении / В.О. Флек, Н.А. Кравченко, И.С. Черепанова и др. - Москва: Гэотар - мед. - 2001. - 144 с.
17. Шмидт Е.В. Мозговой инсульт / Е.В. Шмидт, Т.А. Макинский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1979. - Т.79. - С. 1288 - 1295.
18. Эпидемиология инсульта и оценка значимости факторов риска в выживаемости больных в первые 28 дней в открытой популяции читы. / Т.И. Рябова, Ю.А. Ширшов, А.М. Чернявский и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2004. - Вып. - 11. - Прил. - С.69 - 71.