

**УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ
ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ГЛАВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Учебно-научный медицинский центр»



Материалы

**II ежегодной научно-практической конференции
с международным участием
«Инновационные медицинские технологии в области
неврологии и смежных медицинских специальностей».**

Москва, 21 декабря 2011 г.

Москва

2011

Материалы II ежегодной межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Инновационные медицинские технологии в области неврологии и смежных медицинских специальностей». Москва, 21 декабря 2011 г. – М., ФГБУ «УНМЦ» УД Президента РФ, - 81 с.

Место проведения конференции: г. Москва, Романов пер., д. 2.

Дополнительная информация на сайтах:

www.unmc.su

www.kremlin-neurology.ru

Приветственное письмо
Главного специалиста по неврологии
Главного медицинского управления
Управления делами Президента РФ,
заведующего кафедрой неврологии
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр»
Управления делами Президента РФ,
заслуженного врача РФ,
лауреата премии Правительства РФ
профессора В.И. Шмырева

Хочется поприветствовать участников уже 2-й конференции, посвященной инновационным технологиям в различных областях медицины. Инновационные исследования и практические разработки в области медицины являются, пожалуй, одним из основных направлений современной науки. Появление новых технологий диагностики и лечения каждый год продлевает и облегчает жизнь пациентам с различной неврологической и смежной патологией, ежегодно пополняя излечимых заболеваний. Эти изменения с точки зрения практической медицины представлены появлением как в России, так и за рубежом новых высокотехнологичных методов лечения

Основным путем достижения подобных успехов был и остается мультидисциплинарный подход к проблеме. Так, применение комплексных методов лучевой диагностики (МРТ, КТ, ПЭТ и т.д.) позволяет обеспечивать максимально точную оценку актуального состояния пациента и мониторинг его изменений, адекватно корректировать терапию, определять наличие показаний к ангио- или нейрохирургическому лечению и многое другое.

Также очень важным являются вопросы как оптимизации ведения пациентов с острыми цереброваскулярными заболеваниями на догоспитальном этапе, характеризующемся наиболее «благодарными» физиологическими условиями для лечения (малый объем необратимых поражений) в сочетании с минимальными диагностическими и лечебными возможностями, так и эффективной первичной и вторичной профилактики этих заболеваний.

Этап реабилитации также является непростым направлением в медицине. Сочетание классического неврологического подхода и новейших немедиаментозных технологий, включая роботизированные реабилитационные тренажеры, имплантируемые системы (кохлеарные имплантаты, системы нейроаналгезии и прочее), мягкотканые мануальные техники и т.д. открывает новые горизонты в решении этого вопроса.

Искренне приветствую проведение 2-й ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные инновационные медицинские технологии в области неврологии и смежных медицинских специальностей» и всех ее участников. Выражаю надежду, что эта конференция позволит врачам разных регионов России и стран обменяться своими достижениями, получить новые знания в своих и смежных специальностях и еще больше расширить возможности оказания пациентам эффективной медицинской помощи.

Д.м.н., профессор

В.И. Шмырев

Материалы и методы. Обследованы 254 пациента обоего пола с наличием болевого синдрома в области малого таза давностью свыше 6 месяцев и выставленным диагнозом, свидетельствующим о патологии органов малого таза. Наиболее частыми клиническими диагнозами выступали хронический простатит у мужчин, эндометриоз у женщин, геморрой у пациентов обоего пола. Подробным образом собирался анамнез и изучалась медицинская документация. Всем больным были проведены неврологический (в т.ч. и нейроортопедический), урологический, проктологический, а у женщин и гинекологический осмотры. При необходимости проводились впервые или повторялись клинические и инструментальные методы исследования.

Результаты. У 220 пациентов (86,6%) была подтверждена патология органов малого таза. В 12 случаях (4,7%) был выявлен самостоятельный вертеброгенный генез тазовой боли, в 9 (3,5%) изолированное поражение нервного аппарата таза, в т.ч. и постгерпетическое; в 18 наблюдениях (7,1%) причиной тазовой боли являлось сочетание вертеброгенной и невертеброгенной патологии. В 13 случаях (5,1%), невозможно было доказать роль заболевания органов малого таза и позвоночника в причинах тазовой боли. Кроме того, у каждого пациента тестировались тревожные (чаще высокий уровень) и депрессивные (от легкого до высокого уровня) расстройства; у 245 (96,5%) мышечно-тонические, в том числе и миофасциальные синдромы малого таза; у 243 (95,3%) патобиомеханические нарушения тазового кольца.

Выводы. 1) При диагностике синдромов хронической тазовой боли на сегодняшний день не учитывается необходимость мультидисциплинарного подхода. 2) Тревожно-депрессивные, тазовые мышечно-тонические и патобиомеханические нарушения в той или иной степени облигатны для синдромов хронической тазовой боли. 3) Приблизительно в 5% случаях у пациентов невозможно доказать роль патологии органов малого таза и позвоночника в генезе синдрома хронической тазовой боли. У данной группы больных, видимо, ведущую роль играет высокий уровень тревожно-депрессивных нарушений в комбинации с тазовыми мышечно-тоническими и патобиомеханическими синдромами.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Исанова В.А.

Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПК И ППС

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Восстановление двигательных функций после повреждений головного мозга возможно при восстановлении жизненно важных процессов в повреждённых тканях мозга, а в случае стойких функционально анатомических дефектов путем реорганизации функций на основе адаптивных компенсаторных механизмов различными «резервными» возможностями ЦНС, что особенно относится к коре головного мозга.

Последний путь имеет большое значение при малообратимых поражениях нервной системы для практического приспособления больного к активной повседневной жизни и служит основой его социальной реабилитации.

В литературе уделено внимание данным томографических исследований головного мозга (1,2,3), которые показали, что функциональное выздоровление после ишемических нарушений связано с процессами значительной реорганизации церебральной активности. Эти результаты помогают внести ясность в механизмы спонтанного излечения некоторых больных и позволяют ещё раз обратить наше внимание на значимость использования в качестве активизации ЦНС специфических, патогенетически обоснованных медицинских технологий проприоцептивной стимуляции, существенно влияющих на функциональную пластичность мозга и ускорение восстановления структурных и функциональных изменений головного мозга...

В той связи нами использовался метод «Кинезотерапия в медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями» (№ФС-2006/135, разработан на основе метода PNF) в комплексе с нейро-ортопедическим устройством «Атлант».

Реабилитационное, техническое средство «Атлант», адаптированный высотно-компенсирующий костюм ВКК 6, зарегистрирован как новое медицинское техническое средство реабилитации. Нейрофизиологические свойства реабилитационного костюма, такие же как и в методе кинезотерапии- активизация ауторегуляции мышечного тонуса на спинальном уровне в ответ на усиленную афферентацию при аппроксимации мышечно-суставного и связочного аппарата с помощью натяжных устройств в костюме. Применяется в разработанной системе реабилитации с 1996 года у больных с ДЦП возрасте от 14 до 19 лет, в настоящее время показания к его применению расширились, это пациенты с последствиями инсульта, ЧМТ, спинно-мозговой травмой, рассеянным склерозом.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния метода кинезотерапии (отечественного аналога PNF) и устройства «Атлант» в методе на восстановление ходьбы у неврологических больных на расстояния от пятидесяти и более метров, симметрии походки и ускорение шага.

Для тренинга были взяты больные в резидуальном периоде болезни, после ОНМК от одного до трех месяцев 13 пациентов, в возрасте от 50 до 70 лет (мужчин-10, женщин-3) и 20 пациентов с различными формами ДЦП возрасте старше 16 лет. Все больные имели трудности ходить самостоятельно до 50 метров, имели нарушения в симметрии шага и скорости передвижения.

Контрольную группу больных, которым проводилась реабилитации средствами ЛФК, массажа и физиотерапии составили 25 больных, в возрасте от 27 до 40 лет с двигательными нарушениями с заболеваниями ДЦП и после инсульта.

Реабилитация больных в зависимости от тяжести двигательных нарушений проводилась от двух недель до трёх месяцев в условиях стационарного и амбулаторного режима реабилитационных учреждений соцзащиты

Для всех пациентов акцент в тренинге делался на позно-тонический контроль, умение ходить, совершать повороты, начинать и останавливать движение, приблизить походку к физиологическому двигательному стереотипу через

симметрию и скорость шага. В этих целях выборочно использовались отдельные тесты по Боханнон, Брадстатера.

В тренинге по удержанию пациентом правильной позы в ортопедическом устройстве «Атлант» уделялось внимание на выпрямление осанки, опоре на полную стопу и перекату с пятки на полную стопу в первой фазе двойного шага, когда нога находится впереди тела.

На этапе тренинга устойчивой походки в костюме «Атлант» уделялось внимание циклическим движениям, связанным с отталкиванием тела от опорной поверхности, и перемещением его в пространстве. По мере формирования у пациента устойчивого передвижения уменьшается афферентная проприорецепция, через регулируемое давление в эластичных тягах, устроенных в костюме по ходу мышц антогонистов конечностей и туловища, а также укорачивается время нахождения в нейро-ортопедическом устройстве.

Методология проводимого тренинга у пациентов с двигательным дефицитом по восстановлению правильной ходьбы на расстояние более 50 метров, осуществлялось последовательно в два этапа.

На первом этапе, методом кинезотерапии, с помощью специфических образцов спирально-диагональных моделей движений в методе, осуществляется тренинг на инициацию правильных фрагментов ходьбы, тренировалась способность удержания пациентом конечностей и туловища в заданной позе.

При этом использовались приемы кинезотерапии по ритмической стабилизации и контролируемой мобильности в исходном положении лежа, на четвереньках, сидя и в модифицированной позе «медведя».

На втором этапе, с помощью реабилитационного костюма «Атлант» проводится тренинг по удержанию правильной позы во время ходьбы, отрабатывается правильная поступь шага, его симметрия и скорость ходьбы пациента.

На первом этапе, методом кинезотерапии активизировалась двигательная функциональная система, которая имеет ряд узловых механизмов в качестве универсальной модели мозга: афферентный синтез, «принятие решения», акцептор результатов действия.

В этих целях тренинг двигательных навыков на пациенте начинался с выполнения наиболее примитивного, но «узнаваемого» мышечно-суставной системой и ЦНС движения- «массовая флексия» или поза эмбриона, которое выполняется пациентом активно, при умелом ручном управлении ассистента. Степень физической поддержки от ассистента зависит от состояния супраспинального двигательного контроля у пациента. Выполняемые двигательные образцы пациентом работают на уровне мышечного синергизма, которые стимулируют слабые мышцы и через механизмы ЦНС вовлекают их в активное сокращение, тем самым функционально пациенту обеспечивается возможность для активных действий.

На втором этапе, для тренинга правильной ходьбы использовался реабилитационный костюм «Атлант», его аппроксимирующее воздействие натяжных устройств (камер под давлением) на мышечно-связочный и суставной аппарат усиливает импульсы проприорецепторов и улучшает функцию двигательных центров всех трех уровней ЦНС. Пациент способен уже на первой процедуре удерживать правильную позу и передвигаться правильно. Эффективность

реабилитации в костюме повышается, если сочетать с методом кинезотерапии. Для тренинга в костюме «Атлант» мы использовали три режима работы, первый режим по удержанию позы, унилатеральная модель для верхней конечности, в исходном положении лежа на спине, перекач на бок и на жив. Второй режим, исходное положение стоя, с опорой на верхние конечности в модифицированной позе «медведя» в костюме «Атлант», тренинг фрагментов ходьбы на встречном сопротивлении.

Режим третий-ходьба в костюме «Атлант» в разных направлениях, вперед, спиной, приставным шагом на встречном сопротивлении. Завершением каждого тренинга явилось удержание позы или ходьба без костюма.

Результаты тренинга оценивались по FАС-категории независимости в ходьбе, а также по показателям скорости шага, длины шага, его амплитуды, и длительности пройденного расстояния.

Использование метода кинезотерапии разработанного на основе методик NTD и реабилитационное устройство «Атлант» в реабилитации больных с неврологическим двигательным дефицитом показали, что после проведенной реабилитации шагающие способности улучшились у всех пациентов, некоторые пациенты, прибегающие время от времени к поддержке, смогли двигаться самостоятельно. Скорость шага возросла в среднем у всех пациентов в два раза, мерный шаг и амплитуда - примерно в два раза, длительность устойчивой ходьбы - от ста и более метров имело место у всех пациентов.

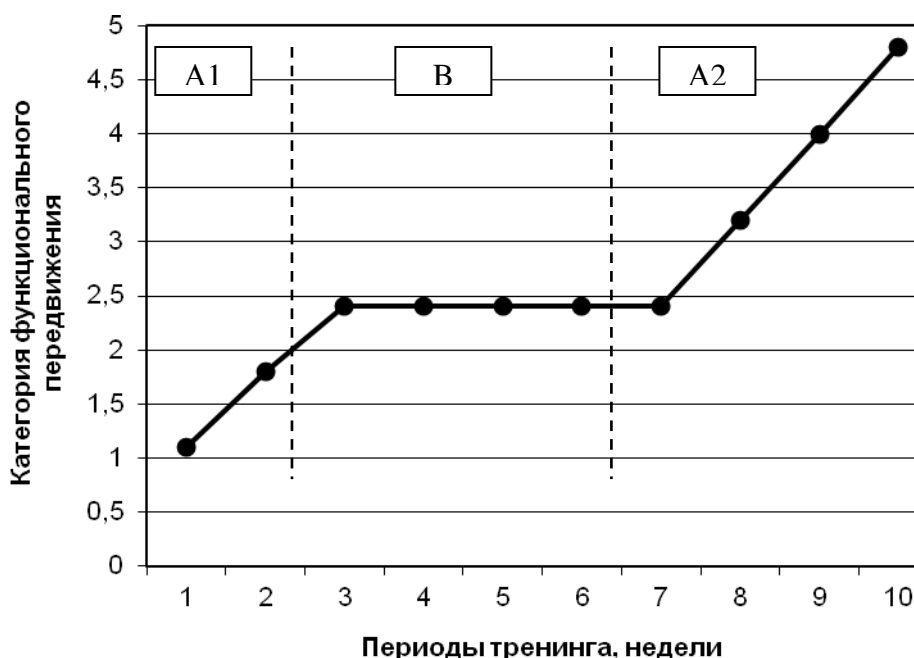


Рис. 1. Показатели категорий функционального передвижения в динамике тренинга. Курс А1 и А2 – применение метода NTD и нейро-ортопедического костюма. Курс тренировок В– традиционная схема ЛФК и физиотерапии.

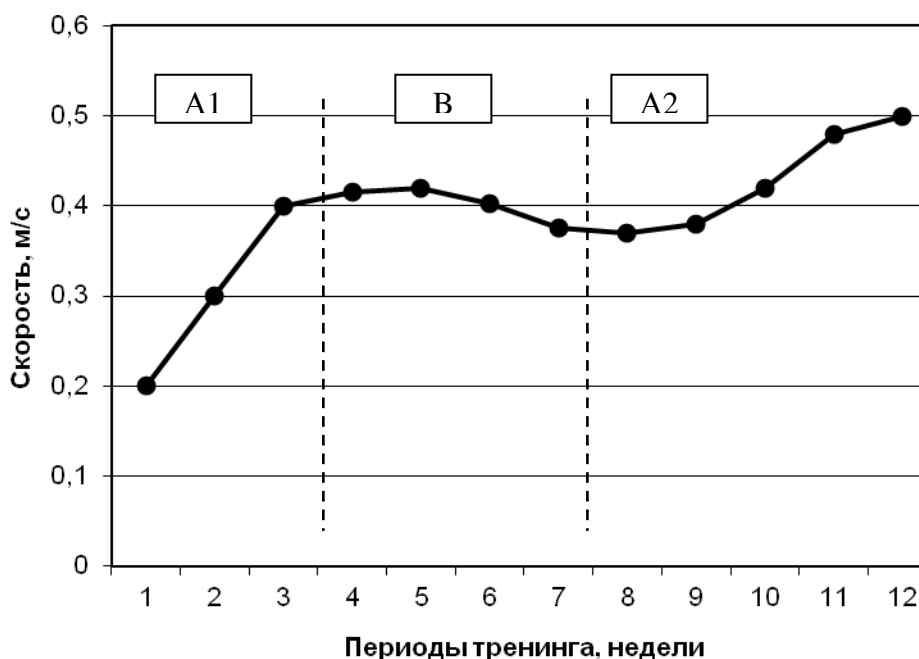


Рис. 2. Скорость ходьбы. Курс А1 и А2 – применение метода NTD и нейро-ортопедического костюма. Курс тренировок В – традиционная схема ЛФК и физиотерапии.

Выводы:

1 Тренинг пациентов имеющих нарушения двигательных функций методом кинезотерапии и нейро-ортопедического устройства «Атлант» позволяет достичь высокого уровня их реабилитации, восстановить функциональную независимость и ускорить социально-трудоуловую реадаптацию больных.

2. Постоянные и последовательные тренировки больных с двигательными нарушениями способны восстановить правильную ходьбу у 24% наблюдавшихся больных, физиологичный двигательный стереотип - у 23%, увеличение скорости ходьбы имелось у всех наблюдавшихся пациентов основной группы.

Литература:

1. Батышева Т.Т., Артемова И.Ю., Хроническая ишемия мозга: механизмы развития и современное комплексное лечение. Справочник практического врача. М 2004;
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И.. Ишемия головного мозга М: Медицина 2001;
3. Bo bath В. Adult Hemiplegia. 2nd edn. William Heinemann Medical Books. London, 1978.
4. Mauritz К-Н. General rehabilitation. Current Opinion Neurol Neurosurgeri.- 1990.-№3.-Р.714-718.
5. Voss D.E., Ionta M.K., Meyers B.J. Proprioceptive Neuromuscular Facilitation. 3rd edn. Harper & Row. New York, 1985.
6. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитации в неврологии и нейрохирургии- М.: Медицина, 1988.-304 с.
7. Исанова В.А. Нейрореабилитация.- Казань, 2004.-288 с.