

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И СТРУКТУРНЫЕ АСИММЕТРИИ

Карманова И.В., Новосельский А.Н., Сеницкий И.А.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра восстановительной медицины, психиатрии, психотерапии и наркологии детского возраста ФДППО

ГУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения № 5 г. Иваново»

Изучены особенности двигательных нарушений в зависимости от структурных асимметрий. В исследовании участвовало 103 пациента в возрасте от 33 до 67 лет (средний возраст — 57,8 лет), перенесших ишемический инсульт полушарной локализации. 49 больных имели правосторонний гемипарез (32 — в раннем восстановительном периоде), 54 — левосторонний гемипарез (38 — в раннем восстановительном периоде). Контрольную группу составили 26 человек. Больные были обследованы клинически, им проведена компьютерная кифосколиозография (ККСГ), функциональные тесты. В раннем восстановительном периоде обследование проводилось через 4—5 и 8—9 недель от начала заболевания. Все результаты статистически проанализированы ($p < 0,05$).

С помощью ККСГ проведено математическое моделирование формы и подвижности позвоночного столба с использованием аппроксимирующих функций и построены графики математического кручения. Изменению направления кручения на графике соответствуют пики, которые могут быть как одно-, так и разнонаправленными. Выявлено, что в популяции встречаются четыре основных типа кручения:

I тип — праворукий-правоногий — на уровне шейно-грудного и грудопоясничного отделов кручение однонаправленное по часовой стрелке (влево).

II тип — леворукий-правоногий — разнонаправленное кручение: на уровне шейно-грудного отдела — против часовой стрелки (вправо), на уровне грудопоясничного отдела — по часовой стрелке (влево).

III тип — праворукий-левоногий — разнонаправленное кручение: на уровне шейно-грудного отдела — по часовой стрелке (влево), на уровне грудопоясничного отдела — против часовой стрелки (вправо).

IV тип — леворукий-левоногий — на уровне шейно-грудного и грудопоясничного отделов кручение однонаправленное против часовой стрелки (вправо).

Проведено сопоставление типов опорно-двигательного аппарата, определенных методами антропометрии с типами кручения, определенными по графикам математического кручения ККСГ (при первом ККСГ-обследовании на 4—5 неделе заболевания, которое проводилось практически сразу после вертикализации больных и начала ходьбы). Случаи одинаковых длин конечностей (при определении путем антропометрии) рассматривались как вариант «амбидекстрии» — «совпадения» с типом кручения по ККСГ. Совпадение моделей выявлено нами у 73,23% постинсультных пациентов и у 75,86% человек в контрольной группе. Частота встречаемости различных типов кручения в популяции неоднородна. Соотношение I тип : II тип : III тип : IV тип в группе раннего восстановительного периода составило 1 : 2,86 : 5,73 : 2,29, в группе последствий — 1 : 2 : 5,25 : 2,5, в контрольной группе — 1 : 3,49 : 6,99 : 2,99. Высокий процент совпадения типов и относительно постоянное распределение четырех типов кручения в разных группах обследования, по нашему мнению, дает возможность использовать ККСГ для выявления структурных асимметрий.

Karmanova I.V., Novoselsky A.N., Senitsky I.A.

POSTAPOPLECTIC MOTOR DISORDERS AND STRUCTURAL ASYMMETRIES

Для выявления клинических различий между подгруппами по типам кручения рассчитаны средние значения силы, тонуса мышц в парализованных конечностях и функциональных тестов в этих подгруппах. Через 4—5 недель от начала заболевания в группе правостороннего гемипареза сила мышц в руке в подгруппах I, II, III, IV типов — 2,75; 3,37; 3,74; 3,84 балла, сила мышц в ноге — 3,15; 3,84; 4,27; 4,13 балла, тонус мышц в руке — 2; 2,25; 2,05; 2,11 балла (по шкале Ашворта), тонус мышц в ноге — 2; 2,38; 2,1; 1,89 балла соответственно. Средние значения индекса Бартела — 77,5; 81,25; 85,75; 88,33 балла, профиля PULSES — 13,5; 12,38; 12,0; 11,67 балла, меры функциональной независимости (движения) — 55,5; 59,13; 65,45; 65,56 балла, меры функциональной независимости (интеллект) — 19,5; 21,75; 21,55; 23,67 балла, функциональной двигательной активности — 43,5; 45,63; 47,35; 48,78 балла, теста для руки Френчай — 2,0; 2,75; 3,2; 3,33 балла, устойчивости стояния — 3,5; 3,88; 3,9; 3,89 балла соответственно.

В группе левостороннего гемипареза сила мышц в руке в подгруппах I, II, III, IV типов — 3,3; 3,08; 3,3; 3,5 балла, сила мышц в ноге — 3,66; 3,52; 3,66; 3,75 балла, тонус мышц в руке — 2,2; 2,17; 2,0; 2,0 балла (по шкале Ашворта), тонус мышц в ноге — 2,2; 2,08;

2,2; 2,14 балла соответственно. Средние значения индекса Бартела — 77,0; 75,42; 82,75; 82,86 балла, профиля PULSES — 12,25; 15,25; 12,15; 12,43 балла, меры функциональной независимости (движения) — 58,8; 53,67; 64,35; 57,71 балла, меры функциональной независимости (интеллект) — 23,2; 24,33; 24,95; 25,14 балла, функциональной двигательной активности — 43,6; 35,58; 45,0; 44,0 балла, теста для руки Френчай — 3,0; 2,88; 3,05; 2,86 балла, устойчивости стояния — 3,6; 3,5; 3,9; 3,71 балла соответственно.

Таким образом, постинсультные пациенты, имеющие различные типы кручения, обнаруживают неодинаковые адаптивные возможности и разную степень двигательных нарушений. Лица с I (праворукий-правоногий) и II (леворукий-правоногий) типами кручения (в группах как с право-, так и с левосторонним гемипарезом) имеют относительно более выраженный двигательный дефект и демонстрируют более низкие результаты при оценке их функциональных и адаптивных возможностей. Напротив, у лиц с III (праворукий-левоногий) и IV (леворукий-левоногий) типами кручения выявлены относительно менее выраженные двигательные нарушения и более высокие показатели функциональных и адаптивных возможностей.

Поступила 10.06.2007 г.