

Из когнитивных функций оценивали память и внимание, наиболее важные в профессии машинистов. Память оценивали с помощью теста повторения цифр: высчитывали «суммарный прямой» (СП) и «суммарный обратный» (СО) балл. Для оценки внимания использовали таблицы Шульте (6 таблиц), корректурную пробу (тест вычеркивания букв, учитывали время и количество вычеркнутых букв), способность к переключению внимания определяли по таблицам К. И. Платонова (таблица с цифрами из двух цветов). Оценивали показатели системного артериального давления (АД) по данным холтеровского мониторинга.

Для оценки состояния центральных стрессорных систем (СС) определяли содержание в сыворотке крови кортикотропин-релизинг гормона (КТРГ) и адренотропного гормона (АКТГ). Периферическое звено СС оценивали по содержанию кортикостероидов и катехоламинов в периферической крови: кортикостерона (КрС) и кортизола (Кр), адреналина (А) и норадреналина (НА). Функционирование стресс-лимитирующей системы (СЛС) оценивали по активности эндорфина β в сыворотке крови.

Воздействие ДПН приводит к активации стресс-реализующих (СРС) и СЛС. В реакции СС на длительно действующий стрессогенный стимул можно выделить три периода. Первый период, длительностью около 2—3 лет, характеризуется активацией СРС системы с достоверно высоким содержанием в крови гормонов гипоталамо-гипофизарно-адренальной оси. Второй период, длительностью около 4—6 лет, сопровождается снижением активности СРС с адаптацией к действию хронического стресса. Третий период, наступающий после 12—15 лет, период дезадаптации, для которого характерно возрастание активности СРС и активация СЛС (повышенное содержание эндорфина β).

В тесте повторения цифр у КК не получено достоверной разницы в СП и СО баллах. У ОО получена достоверная разница уже между I и IV группами и I и V группами. Имеют место достоверные отличия в IV и V группах между ОО и КК. В тестах Шульте в IV и V группах ММЛ время выполнения задания превышало 45 с и достоверно отличалось от показателей КК, что можно расценивать как нарушение КФ. У КК достоверных отличий между группами не получено, имеется достоверная разница между пятью группами у ОО и КК. Аналогичные изменения получены по двухцветным таблицам К. И. Платонова. В ТВЦ между I и V группами ОО получены достоверные отличия по количеству вычеркнутых букв и времени, затраченному на выполнение задания, отмечено уменьшение количества вычеркнутых букв и увеличение времени, затраченного на задание между 1 и 2 частями теста, что свидетельствует об усилении процессов утомления. Достоверной разницы между группами в проведенных тестах у КК не получено.

Показатели системного АД существенно отличались у ОО и КК. Высокие цифры АД зафиксированы у 6,7 % ММЛ I группы, у 46,2 % — II, 51,6 % III группы, 46,7 % IV и у 66,7 % машинистов V группы. У КК повышение АД имело место у 5 % добровольцев I группы, у 10 % во II и III группах и у 15 % в V группе.

Таким образом, воздействие длительного производственного напряжения приводит к активации СС. При этом формируется определенная этапность реакции СС на изучаемый производственный фактор. Воздействие ДПН приводит к снижению КФ у ММЛ и сопровождается формированием артериальной гипертензии, что может оказывать влияние на качество выполнения профессиональных обязанностей и свидетельствует о необходимости проведения лечебных и профилактических мероприятий. Кроме того, возникает необходимость изучения механизмов, вызывающих снижение КФ у ММЛ (непосредственное влияние стрессорных факторов, либо опосредованно, как следствие повышения системного АД или снижения кровотока по сосудам мозга), что имеет существенное значение в планировании указанных мероприятий.

УДК 616-036.66:616.831-002(477.54)

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

В. О. Малахов, Г. М. Завгородня, Ф. О. Волох

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: нейрореабілітація, вогнищеві ураження головного мозку

Нейрореабілітація — це реабілітація хворих з ураженнями нервової системи (Белова А. Н., 2002). Нейрореабілітація є складовою частиною медичної реабілітації та виходить за рамки класичної неврології, оскільки розглядає не тільки стан нервової системи при тому чи іншому неврологічному захворюванні, але і зміни функціональних можливостей людини у зв'язку з розвинутою хворобою.

Успішність та ефективність реабілітаційного лікування залежать від правильної організації та спрямованої дії усіх спеціалістів. Це знайшло відображення у британській моделі організації відновного лікування післяінсультних хворих, що заснована на принципі роботи міждисциплінарної бригади: невролог, кінезотерапевт, психотерапевт, медичний психолог, ерготерапевт, логопед-афазіолог, соціальний працівник, медична сестра (Ворлоу Ч. П. і др., 1998). Міждисциплінарна бригада відіграє важливу роль на всіх етапах відновного лікування, при цьому характер та інтенсивність діяльності кожного спеціаліста у складі бригади відрізняються на різних етапах захворювання (Скворцова В. И. і др., 2002).

На сьогоднішній день в Україні відсутня система кваліфікованої реабілітаційної допомоги, яка б могла задовольнити потреби у ній хворих з неврологічною патологією, а в місті Харкові відсутні спеціалізовані реабілітаційні відділення. Існують окремі нейрореабілітаційні відділення у м. Київ, м. Вінниця, м. Черкаси, м. Запоріжжя, м. Севастополь. За нашими оцінками, тільки 10—15 % хворих, що перенесли гострі порушення мозкового кровообігу, повертається до праці. Більше ніж 80 % хворих, що перенесли інсульт, мають інвалідність різного ступеня. Це ті самі хворі, які потребують інтенсивної, комплексної та добре організованої системи медико-соціальної реабілітації, що може зберегти їхні соціальні можливості і повернути до трудової діяльності. Цим і визначається перший крок до поліпшення якості надання допомоги хворим з вогнищевими ураженнями головного мозку на відновному етапі лікування у перепрофілюванні частини ліжок неврологічного відділення Чугуївської ЦРЛ у нейрореабілітаційні ліжка. Ми розглядаємо цей напрямок дуже перспективним, оскільки він забезпечує і ранній початок, і безперервність реабілітаційного процесу, і комплексний підхід.

Основним саногенетичним спрямуванням в нейрореабілітації є механізм центральної компенсації (нейропластичність та реадaptaція), оснований на повноцінному функціонуванні імунонейроендокринної системи. Перспективними спрямуваннями відновлення та реабілітації хворих з вогнищевими ураженнями головного мозку, що розробляються на кафедрі лікувальної фізкультури, спортивної медицини та реабілітації ХМАПО, слід вважати такі: краніоцеребральна гіпотермія, аерокріотерапія, препарати кордової крові (сумісно з Інститутом проблем кріобіології та кріомедицини НАН України); озонотерапія (сумісно з ВАТ «Інститут озонотерапії та медобладнання»), застосування електромагнітних хвиль різного діапазону, СВЧ- та КВЧ-модифікована аутогемотерапія (сумісно з ІРЕ НАН України), система відновного навчання хворих із порушеннями мови та інших вищих психічних функцій. Ці методи планується впровадити в систему відновного лікування хворих з вогнищевими ураженнями головного мозку, у першу чергу на базі неврологічного відділення з нейрореабілітаційними ліжками Чугуївської ЦРЛ.