

гающего последовательное выполнение серии упражнений из имеющегося набора по инструкции в виде визуального образца с аудиальным сопровождением. Объем выборки составил 59 пациентов в возрасте 53—61 года, перенесших ОНМК, находящихся на восстановительном лечении: 32 пациента с локализацией очага поражения в левом полушарии и 27 пациентов с правополушарной локализацией очага поражения. **Результаты.** Установлено, что исходный уровень нарушений мануальных функций характеризуется общим снижением темпа и точности выполняемых действий, нарушением пространственной организации движений, а также невозможностью выполнения серийной организации движений (определенной последовательности). В результате оценки исходной степени выраженности гностических функций у пациентов с ОНМК (как леворуких, так и праворуких) вне зависимости от полушарной локализации очага поражения выявлено нарушение пространственного и симультанного гнозиса. После завершения курса восстановительного обучения методом компьютерного зрения установлена положительная динамика восстановления мануальных функций у пациентов с ОНМК как с правосторонней, так и с левосторонней локализацией очага поражения. Максимальная выраженность положительных результатов восстановительного обучения выявлена у пациентов с локализацией очага поражения в ведущем полушарии с леворукостью. Минимальная выраженность положительных результатов восстановительного обучения выявлена у пациентов с локализацией очага поражения в ведущем полушарии с праворукостью. При общей положительной динамике восстановления мануальных функций у пациентов с ОНМК с поражением неведущего полушария при использовании метода компьютерного зрения в процессе восстановительного обучения происходит восстановление автоматизации движений и действий; при поражении ведущего полушария автоматизированные движения и действия не восстанавливаются. **Заключение.** Выявлена положительная динамика восстановления мануальных функций у пациентов с ОНМК как с поражением ведущего, так и с поражением неведущего полушария. Учитывая очевидную взаимосвязь мануальных и гностических функций, дополнительным ресурсом используемого метода компьютерного зрения в восстановлении мануальных навыков является положительная динамика восстановления гностических функций, которые не являлись объектом целевого воздействия.

* * *

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Л.Б. Новикова¹, А.П. Акопян¹, К.М. Шаропова¹,
Э.М. Колчина², Э.Т. Хунафина¹

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия;

²ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи», Уфа, Россия

Ключевые слова: ишемический инсульт, реабилитационный потенциал, когнитивные функции, тревога, мотивация.

FACTORS INFLUENCING THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

L.B. Novikova¹, A.P. Akopian¹, K.M. Sharopova¹,
E.M. Kolchina², E.T. Khunafina¹

¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia;

²Emergency Hospital, Ufa, Russia

Keywords: ischemic stroke, rehabilitation potential, cognitive functions, anxiety, motivation.

Введение. Актуальной задачей современной реабилитации является совершенствование методов определения функциональных ограничений больного, его энергетических ресурсов, с учетом индивидуальных конституциональных анатомо-физиологических, психологических и личностных особенностей [1—3]. **Материал и методы.** Исследование проводилось в неврологическом отделении для больных с ОНМК Больницы скорой медицинской помощи Уфы у 72 больных в остром периоде ишемического инсульта (ИИ). Соотношение мужчин и женщин 1,9:1. Средний возраст больных в группе составил 63,8±1,3 года. Всем пациентам осуществлялось комплексное клиничко-неврологическое, инструментальные и лабораторные исследования, состояние когнитивной, эмоциональной сфер, а также определяли уровень мотивационной сферы, готовность к риску, вегетативную устойчивость и степень выраженности вегетативной дисфункции. Оценка реабилитационного потенциала (РП) проводилась с помощью анализа данных истории болезни и реабилитационного листа, разработанного в Городском центре восстановительной медицины и реабилитации для больных с ОНМК [1]. **Результаты.** По степени тяжести неврологического дефицита больные были разделены на две группы: 1-я группа — ИИ легкой степени тяжести — 38 (52,7%) и 2-я группа — ИИ средней степени тяжести — 34 (47,2%). Когнитивные нарушения (КН) были выявлены у 64,7% больных при поступлении с достоверным ($p<0,05$) уменьшением их количества к концу лечения до 54,9%. Преобладали пациенты с умеренными КН (40,8%) без достоверной разницы в группах и на этапах лечения, а количество больных с дементными расстройствами достоверно ($p<0,05$) уменьшилось к концу лечения. К концу курса лечения достоверно ($p<0,05$) увеличилось количество больных с депрессивными расстройствами (ДР), умеренной и высокой степенью личностной тревожности (ЛТ), а количество больных с ситуативной тревожностью (СТ) достоверно снизилось ($p<0,05$). У большинства больных (88,9 и 85,1% соответственно) в начале и конце лечения определялась легкая и умеренная степень дисфункции ВНС. От 65,8 до 68,3% в обеих группах у больных определялся средний уровень мотивации к защите. К концу лечения больных с высоким уровнем защитной мотивации стало достоверно ($p<0,05$) больше. От 90,9 до 94,7% в обеих группах в конце лечения показали средний и низкий уровень риска, свойственный личностям, нацеленным на успех. По совокупности факторов 63,9% больных имели средний и высокий уровень РП. **Заключение.** Наличие КН и ДР снижает уровень мотивации и вовлеченности больных в реабилитационный процесс, что оказывает значительное влияние на его эффективность, особенно у больных с легким неврологическим дефицитом. Комплексный и индивидуальный подход в восстановительной терапии ИИ с учетом РП является залогом эффективности будущих реабилитационных мероприятий в последующих восстановительных периодах инсульта.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Новикова Л.Б., Акопян А.П., Ахметова А.Р. Реабилитационный потенциал. *Consilium Medicum*. 2017;19(2.1):14–16. Novikova LB, Akopyan AP, Ahmetova AR. Reabilitacionnyj potencial. *Consilium Medicum*. 2017;19(2.1):14–16. (In Russ.).
- Симонов Т.В. *Высшая нервная деятельность человека. Мотивационно-эмоциональные аспекты*. Наука; 1975. Simonov TV. *Vysshaya nervnaya deyatel'nost' cheloveka. Motivacionno-ehmotsional'nye aspekty*. Nauka; 1975. (In Russ.).
- Стаховская Л.В. *Инсульт*. Руководство для врачей. Под ред. Стаховской Л.В., Котова С.В. 2-е изд., доп. и перераб. М: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2018. Stahovskaya LV. *Insul't*. Rukovodstvo dlya vrachej. Pod red. Stahovskoy L.V., Kotova S.V. 2-e izd., dop. i pererab. M: ООО «Medicinskoe informacionnoe agentstvo»; 2018. (In Russ.).

* * *

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В УСЛОВИЯХ АЛМАТЫ

Е.С. Нургужаев, А.Ш. Избасарова

Казахский медицинский университет непрерывного обучения Алматы, Алматы, Республика Казахстан

Ключевые слова: ишемический инсульт, индекс изменения качества жизни, ментальный тест Фолстейна, шкала Бартел, шкала Рэнкина, реабилитация.

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN THE CONDITIONS OF ALMATY

E.S. Nurguzhayev, A.S. Izbassarova

Medical University of Continuing Education Almaty, Almaty, Republik of Kazakhstan

Keywords: ischemic stroke, quality of life change index, Folstein mental test, Barthel scale, Rankin scale, rehabilitation.

Введение. Проблемы ишемического инсульта (ИИ) обусловлены высокой заболеваемостью, которая в большинстве случаев приводит к инвалидизации. По эпидемиологическим исследованиям, больные со стойкой инвалидностью после ИИ составляет 45%, только 10–15% трудоспособного населения возвращаются к труду. Ранняя реабилитация рассматривается как мероприятия, направленные на восстановление утраченных функций. **Материал и методы.** В клинике Алматы (Казахстан) нами обследовано 156 пациентов в возрасте 40–79 лет с ИИ. Пациенты были разделены в зависимости от тяжести состояния и реабилитационных мероприятий на три группы. Все пациенты осмотрены неврологом с учетом данных КТ, МРТ, УЗДГ. Для оценки неврологического статуса, раннего реабилитационного периода и качества жизни нами применялись стандартизированные шкалы для количественной оценки состояния пациента по шкале самопомощи и мобильности (модифицированный индекс Бартел, ИБ), краткая шкала оценки психических функций (КШОПС), шкала Рэнкина (ШР). **Результаты.** При неврологическом обследовании выявлены снижение памяти у 80,1±3,2% пациентов, нарушение мнестических функций в виде расстройств запоминания и воспроизведения — у 62,2±3,9%, эмоциональная неустойчивость — у 53,8±4,0%, нарушения сна — у 48,1±4,0% пациентов. По данным психоло-

гического обследования наблюдалась корреляция между длительностью, тяжестью заболевания и степенью нейропсихологических и эмоциональных нарушений. Анализируя данные пациентов после ИИ по ИБ, мы выяснили, что 14,7±2,8% полностью зависят от помощи окружающих, 53,2±4,0% — нуждаются в помощи при выполнении ежедневных действий, 32,1±3,7% — нуждаются в помощи, но могут передвигаться и обслуживать себя самостоятельно (1-й, 2-й и 3-й группы). По индексу изменения качества жизни (ИКЖ) среди пациентов в 1-й группе можно охарактеризовать ограничения в социальной, бытовой, производственной сфере у 44,9±4,0%, во 2-й группе — у 34,0±3,8% больных, в 3-й группе — 21,2±3,3% больных. В 1-й группе у 26,3±3,5% пациентов отмечалось значительное улучшение на фоне успешной реабилитации, умеренные улучшения — у 31,4±3,7% пациентов, без результата — у 42,9±4,0%. Во 2-й группе у 37,8±3,9% — умеренные улучшения, у 17,3±3,0% больных — значительное улучшение, без результата — у 21,2±3,3% больных. В 3-й группе — значительное улучшение у 23,1±3,4%, умеренное улучшение — у 34,0±3,8%, а у 42,9±4,0% пациентов не было выявлено изменений. **Заключение.** При помощи тестов и шкал можно оценить исход ИИ и качество жизни, предопределив потенциальные возможности восстановления. Качество жизни при ИИ зависит от тяжести и течения инсульта, длительности и комплексности этапов восстановительного лечения. Для улучшения качества жизни пациентов с ИИ необходима оценка утраченных функций.

* * *

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Е.А. Петраш, Т.В. Шутеева

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения, навыки самообслуживания, восстановительное обучение.

RESTORATION OF SELF-SERVICE SKILLS IN PATIENTS, TRANSFERRED ACUTE DISTURBANCES OF THE BRAIN CIRCULATION

E.A. Petrash, T.V. Shuteeva

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Keywords: acute disorders of cerebral circulation, self-care skills, rehabilitation training.

Введение. Восстановление навыков самообслуживания обусловлено необходимостью социальной адаптации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Основу данных навыков составляют моторно-двигательные функции. Восстановление навыков самообслуживания предполагает дифференцированную активацию иерархических уровней с целью трансформации произвольных мелкомоторных движений в автоматизированные, составляющие основу навыков самообслуживания. **Материал и методы.** В исследовании принимали участие 52 пациента с ОНМК в возрасте 53,6–64,2 года. Было