

На правах рукописи

ЛУКЪЯНЧИКОВА ЛАРИСА ВЛАДИМИРОВНА

**ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ**

14.01.11. – Нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учебной степени

кандидата медицинских наук

Пермь, 2018

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор – д.м.н., профессор И.А. Волчегорский)

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор

Бельская Галина Николаевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
Санкт-Петербургское ГБУЗ
«Городская больница №38 им. Н.А. Семашко»,
заведующий отделением для медицинской реабилитации
пациентов с нарушением функций ЦНС

Ковальчук Виталий Владимирович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
нервных болезней ФГБОУ ВО «Тюменский
государственный медицинский университет»
Минздрава России

Рейхерт Людмила Ивановна

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (г. Красноярск)

Защита состоится ____ апреля 2018 года в _____

на заседании диссертационного совета Д 208.067.01, ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России по адресу 614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России по адресу 614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26 и на сайтах <http://www.pdma.ru> и <http://vak.ed.gov.ru>

Автореферат разослан «____» _____ 2018 года

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Мудрова Ольга Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Актуальность проблемы церебрального ишемического инсульта определяется ее медицинской и социальной значимостью ввиду высокой частоты, инвалидизации и смертности от этого тяжелого заболевания (Е.И. Гусев, 2012; В.И. Скворцова, 2014; С.Л. Chen, 2015; Л.И. Рейхерт, 2016).

Артериальная гипертензия (АГ) рассматривается в настоящее время как ведущий модифицируемый фактор риска развития острых и хронических форм сосудистой патологии головного мозга (Е.А. Бойко, 2015; А.Н. Almborg et al, 2010; А.В. Фонякин 2012). Проведенные исследования по эпидемиологии и контролю АГ в России продемонстрировали ее высокую распространенность (40,8%, т. е. более 42 млн. человек в России) (Л.В. Стаховская, 2014). Наиболее грозным ее осложнением является церебральный инсульт (Н.В. Пизова, 2015). Инсульт занимает первое место среди всех причин инвалидизации. В России проживает более 1 млн. людей, перенесших инсульт, 80 % из них – инвалиды (А.Н. Боголепова, 2013; Л.В. Стаховская, 2014; И.В. Дамулин, 2015).

У 2/3 больных после «сосудистой катастрофы» наблюдается неврологическая симптоматика различной степени выраженности и характера в виде двигательных (47-87%), речевых (20-54%), когнитивных нарушений (40-70%), которая затрудняет самообслуживание и независимость от окружающих лиц. Данные расстройства препятствуют последующему восстановлению утраченных функций. Это оказывает негативное влияние на социальную активность и качество жизни больных (В.В. Ковальчук, 2016; M.S. Dhamoon, 2014; А.А. Козелкин, 2015). Очевидна необходимость всесторонней оценки влияния болезни на важнейшие функции человека, с возможностью количественного их измерения и наблюдения за ними в процессе лечения. В связи с этим, было определено понятие «качество жизни» (КЖ), для более глубокого исследования болезни и определения эффективности методов ее лечения. По ВОЗ, качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии (А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2007; M.L. Van Mierlo, 2014).

Следует отметить, что число работ, посвященных изучению КЖ больных, перенесших ишемический инсульт, немногочисленно (Т.М. Абдрашитов, 2006; С.М. Масютина, 2007; Ю.Б. Мещерякова, 2014; В.В. Ковальчук, 2015).

Непрерывно связанной с проблемой КЖ является и психологическое состояние больных инсультом, безусловно, влияющее на успех реабилитации. Своевременная диагностика и коррекция тревожно-депрессивных проявлений после ИИ может способствовать повышению

КЖ пациентов и приверженность к терапии (Г.Н. Бельская, 2013; А.Н. Боголепова, 2011; Н.В. Вахнина, 2013; М.А. Кутлубаев, 2015). Однако, располагая противоречивой и неоднозначной информацией о проблеме качества жизни у больных, перенесших ИИ, невозможно добиться улучшения жизнедеятельности, повысить эффективность лечения, снизить темпы инвалидизации у этой категории пациентов (S.C. McCann et al., 2014; M.L. Portegies, 2016).

Степень разработанности темы

В настоящее время улучшение выживаемости и применение современных терапевтических подходов не всегда означают улучшение КЖ, а иногда и наоборот. Так, ряд исследователей отметили достоверное и значимое ухудшение всех параметров качества жизни больных в остром периоде церебрального инсульта (О.В. Дементьева, Н.Л. Старикова, 2016; O.M Ronning et al., 2008.). По данным исследований, проведенных в восстановительном периоде инсульта, были получены данные, что с течением времени КЖ больных не только не улучшается, но может иметь тенденцию к ухудшению. Имеется высокий риск развития депрессивных расстройств, нарушения высших психических, прежде всего, когнитивных, функций, нарастания спастичности в парализованных конечностях, что приводит к нетрудоспособности больного (С.В. Прокопенко, 2011; П.П. Урбан, 2010; M.A. De Vruijn et al., 2015). В связи с этим, проведение мероприятий, улучшающих КЖ больных, наряду с разработкой методов его измерения и оценки, приобретает особую клиническую значимость.

Снижение КЖ у больных с инсультом не вызывает сомнения и констатируется всеми исследовательскими коллективами. Однако конкретная степень снижения, измерение этого параметра (группы параметров) и их клиническая оценка до настоящего момента достаточно слабо разработаны и поэтому представляют актуальную практическую задачу (А.Н. Боголепова, 2014; И.В. Дамулин, 2014; В.И. Скворцова, 2012). В последнее время важное место отводится применению Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (V. Nunen, 2015; Г.Е. Иванова и др., 2016). Использование отдельных шкал не может полностью провести системный анализ состояния здоровья пациента, определить краткосрочную и долгосрочную цель медицинской реабилитации. Однако совместное применение МКФ и оценка показателей КЖ, даст возможность довольно точно исследовать характер и выраженность ограничений жизнедеятельности вне зависимости от вызвавших их причин, что позволит обосновать необходимость и объем реабилитационных мероприятий (И.П. Ястребцева, 2014; А.С. Иващенко, 2017; E. Koutsogeorgou et al., 2012; S.M. Silva et al., 2017).

В немногих исследованиях имеется информации о долгосрочном влиянии перенесенного инсульта на КЖ (M.C. Dhamoon et al., 2010; J. Persson, 2017)

По мнению многих исследователей (С.Г. Белокоскова, 2012; А.Н. Боголепова, 2013; Н.Ш. Мамина, 2013; С.М. Кузнецова, 2014; Y.Z. Shi, 2016; Н. Mutai, 2016), депрессия играет ключевую роль в снижении КЖ при инсультах (Н.А. Романова, 2010). Реальная распространенность тревожно-депрессивного расстройства остается неизвестной. Это связано не только с методическими сложностями организации исследований, но и с трудностью распознавания и оценки тяжести состояния. Тревожно-депрессивное расстройство – частое осложнение ишемического инсульта (ИИ), однако диагностируется оно далеко не во всех случаях и еще менее эффективно лечится (И.Б. Сорокина, 2010; М.В. Путилина, 2014; G. Esparrago Llorca, 2015). Необходимо отметить, что коррекция постинсультной депрессии является сложной задачей. Как правило, неразумно отказываться от лечения данного состояния, поскольку часто пациенты, особенно перенесшие инсульт на фоне «относительного здоровья», сохраняют высокие запросы и ожидания. Имеющиеся данные позволяют предположить, что антидепрессант может быть, в целом, эффективен в улучшении настроения, но сведений, позволяющих оценить, оказывает ли он влияние на соматический статус пациента, реабилитационный потенциал и КЖ, по-прежнему, не установлено (А. Alajbegovic, 2014; М.В. Warren et al., 2015).

Следует отметить, что число работ в России, посвященных разработке моделей предсказания функциональных исходов ишемических инсультов, немногочисленно, представленные данные касаются только тяжелых инсультов и не используют параметры КЖ больных (И.В. Сидякина и др., 2013). С раннего начала реабилитации после инсульта представляется важным составление прогностических моделей восстановления, чтобы сосредоточиться на индивидуальной деятельности больного, его повседневной жизни, а также предоставление реалистичной картины лицам, обеспечивающим уход за этими пациентами (R.L. Harvey., 2015).

Таким образом, анализ КЖ и количественная оценка исходов заболевания, разработка совокупности применения оценочных шкал у больных в остром и восстановительном периодах ишемического инсульта представляют большой интерес для изучения. Весьма актуальным, является оценка эффективности лечением врачом и самим пациентом сочетания лечения антидепрессантом в купировании тревожно-депрессивного расстройства, разработка индивидуальной программы реабилитации для пациентов на различных ее этапах, в т.ч. на амбулаторном этапе, в повышении КЖ у пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта. Также изучение проблемы качества жизни после инсульта позволит обеспечить преемственность ведения пациента при переводе его на следующий этап реабилитации, эффективность дальнейшего амбулаторного наблюдения больного специалистами различного

профиля (семейными врачами, неврологами, реабилитологами, узкими специалистами смежных профилей), возможность внедрения новых лечебных программ и оценки их результативности самим больным. Возможность прогнозирования степени восстановления утраченных функций и определение реабилитационного потенциала пациентов может повысить эффективность реабилитации и улучшить исходы заболевания.

В связи с этим, имеется высокая актуальность дальнейших исследований качества жизни и применения данного метода при определении реабилитационного потенциала, подборе реабилитационных мероприятий, оценке эффективности лекарственных препаратов.

Цель исследования: оценка качества жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт, как интегрального показателя определения реабилитационного потенциала и эффективности комплексной реабилитации.

Задачи исследования:

1. Исследовать влияние ишемического инсульта на физическое, психическое, социальное функционирование пациентов в остром, раннем (первые 6 месяцев) и позднем (от 6 месяцев и до 1 года) восстановительном периоде заболевания. Определить особенности влияния локализации инсульта (правополушарного, левополушарного, вертебробазиллярного) на качество жизни пациентов.

2. Сравнить динамику качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт, получающих базисную терапию, санаторное лечение и индивидуальную программу реабилитации. Разработать методические рекомендации и программу для персонального компьютера по международной классификации функционирования и качеству жизни при ишемическом инсульте.

3. Оценить влияние степени тяжести состояния и проводимых реабилитационных мероприятий на уровень, динамику регресса тревожно-депрессивного расстройства и восстановление когнитивных функций пациентов в остром и реабилитационном периодах ишемического инсульта.

4. Оценить вклад различных способов реабилитации на качество жизни и составить модель прогнозирования реабилитационного потенциала пациента в восстановительном периоде ишемического инсульта для оптимизации и индивидуализации подбора программ реабилитации. Разработать алгоритм маршрутизации больных на амбулаторном этапе лечения.

Научная новизна

Впервые подтверждена эффективность использования индивидуальных программ реабилитации (физической и когнитивной направленности, нейропсихологические и логопедические) у пациентов в восстановительном периоде инсульта на амбулаторном этапе, с

учетом показателей КЖ.

Впервые разработана модель прогноза состояния пациента в восстановительном периоде ишемического инсульта, включающая двигательную независимость, физическое и социальное функционирование, психический статус пациента через год в зависимости от различных методик реабилитации.

Разработана новая методика оценки эффективности, позволяющая оценить комплексный исход реабилитации, используя основные категории Международной классификации функционирования.

Выявлена высокая обратная связь между развитием тревожно-депрессивного расстройства, с одной стороны, и уровнем КЖ, реабилитационным потенциалом, степенью восстановления двигательной активности в восстановительном периоде инсульта, с другой. Впервые с учетом клинических характеристик и количественных показателей качества жизни обоснован метод терапии тревожно-депрессивного расстройства с включением антидепрессанта для пациентов с ишемическим инсультом, позволяющий повысить не только клиническую результативность лечения тревожно-депрессивного расстройства, но и способствовать повышению показателей физического и психического функционирования.

Впервые с позиции клинических характеристик, шкальной оценки состояния обоснован алгоритм маршрутизации больного на амбулаторном этапе лечения, позволяющий улучшить качество оказываемой помощи пациентам в восстановительном периоде ИИ.

Предложено новое решение и подана заявка на патент на изобретение РФ №2017143087 от 12.12.2017 «Способ прогнозирования восстановления функций организма после ишемического инсульта», заявка на свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2017662731 от 07.12.2017г. «Международная классификация функционирования и качество жизни», зарегистрировано свидетельство о депонировании и регистрации объекта авторского права в Южно-Уральской торгово-промышленной палате №323 от 28 июня 2017г. «Способ реабилитации последствий ишемического инсульта в условиях стационаров и поликлиник г. Челябинска».

Теоретическая и практическая значимость работы, внедрение результатов исследования

Теоретическая значимость работы заключается в том, что дополнены данные об использовании опросника SF-36 как интегрального показателя «качества жизни» у пациентов, перенесших ишемический инсульт, проведена оценка и отражена динамика восстановления утраченного здоровья в зависимости от степени тяжести состояния, что делает целесообразным его применение в работе врачей-неврологов и реабилитологов.

Обоснована необходимость включения общих и специальных опросников для выявления тревожно-депрессивного расстройства с помощью шкал тревоги и депрессии HADS, депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) у всех пациентов в остром и восстановительном периодах ишемического инсульта.

Установлена потребность разработки индивидуальных программ реабилитации при выписке из стационара для больных ИИ с минимальным восстановлением в сфере физического функционирования, а также необходимость психологической поддержки больных на всех этапах реабилитации.

Предложенная методика оценки эффективности реабилитационных программ дает возможность внедрить, с учетом количественных показателей качества жизни, методические рекомендации и ЭВМ программу для врачей-неврологов, логопедов и реабилитологов по кодировке реабилитационного диагноза у пациентов, перенесших ишемический инсульт согласно международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и качеству жизни, позволяющее врачам практического здравоохранения оптимизировать время приема пациента и постановку реабилитационного диагноза.

Результаты исследования были внедрены в деятельность ГБУЗ ОКБ №3 «Региональный сосудистый центр» г. Челябинска, ГБУЗ ОТКЗ ГКБ № 1 «Первичное сосудистое отделение». Материалы используются в учебном процессе на кафедре неврологии института дополнительного профессионального образования для врачей-неврологов, ЛФК, логопедов, психологов на базе ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет».

Методология и методы исследования

В диссертации была использована методология оценки КЖ с помощью опросника SF-36, проводилось прогнозирование восстановления функций организма после ишемического инсульта по формулам и определение реабилитационного потенциала и эффективности реабилитации. При низкой и средней эффективности реабилитации в течение года дополнительно проводилась оценка доменов активности и участия в жизненной ситуации пациента и факторов окружающей среды (в соответствии с МКФ) для выявления и устранения проблем, ограничивающих жизнедеятельность и барьеров окружающей среды. Комплексная клиничко-неврологическая оценка была проведена с использованием стандартного неврологического обследования и стандартизированных реабилитационных шкал. Для оценки состояния пациента использовались традиционные шкалы: шкала оценки инсульта Национального Института здоровья (NIHSS), индекс самообслуживания и повседневной активности Бартел, шкала Рэнкина, краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). Для выявления тревожно-депрессивного расстройства в качестве скринингового теста использовали госпитальную

шкалу тревоги и депрессии HADS, а также применили более развернутую шкалу MADRS (шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта снижены физический и психологический компоненты здоровья, развиваются тревожно-депрессивные расстройства, коррелирующие со степенью тяжести заболевания. Максимальное восстановление показателей качества жизни наблюдается в первые 6 месяцев. У пациентов с поражением ВББ физическое функционирование и зависимость от посторонних лиц выше, по сравнению с пациентами, перенесшими полушарный. Сторона поражения полушария в остром периоде не влияет на составляющие качества жизни при ишемическом инсульте. Уровень тревожно-депрессивных расстройств выше у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии.

2. В первые 3 месяца восстановительного лечения санаторная реабилитация больных, перенесших ишемический инсульт, обеспечивает более высокие показатели самообслуживания, независимости от посторонних лиц, увеличение силы в парализованных конечностях, а также улучшает психологический статус больного и социальную адаптацию в обществе, по сравнению с больными, проходившими амбулаторную или индивидуальную программу реабилитации на дому. Индивидуально разработанные программы (физической и когнитивной направленности, нейропсихологические и логопедические) на амбулаторном этапе реабилитации через 6 месяцев и год приводят к лучшему восстановлению самообслуживания, увеличивают значения физического и психологического компонентов здоровья, способствуют регрессу когнитивных нарушений.

3. Тревога и депрессия наиболее выражена у пациентов с тяжелым ишемическим инсультом. Позитивное влияние на регресс тревожно-депрессивного расстройства и восстановление психического компонента здоровья оказывают санаторное долечивание и выполнение индивидуальной программы реабилитации. Включение эсциталопрама в комплекс реабилитационных мероприятий этим пациентам в восстановительном периоде ишемического инсульта в течение года повышает показатели физического и психического компонента здоровья, улучшает самообслуживание, снижает выраженность очаговой симптоматики в восстановительном периоде инсульта.

4. Тяжесть состояния в остром периоде, возраст, выбор программы реабилитации, развитие и коррекция тревожно-депрессивного расстройства оказывает влияние на реабилитационный потенциал больного. Оценка качества жизни необходима для расчета реабилитационного потенциала, определения эффективности реабилитации, подбора программы ре-

билитации с учетом международной классификации функционирования. Оптимизация маршрутизации больных и оценка последствий ишемического инсульта с помощью программы для персонального компьютера по МКФ и качеству жизни приводит к более эффективной реабилитации.

Личный вклад соискателя в получение научных результатов, изложенных в диссертации

Личное участие автора осуществлялось на всех этапах подготовки и проведения научной работы, включая научно-информационный поиск, клиническое обследование больных, заполнение стандартизированных анкет, анализ показателей качества жизни, составление индивидуальной программы реабилитации. Диссертантом самостоятельно проведен анализ и обобщение полученных клинических, инструментальных данных и их статистическая обработка. Написание глав диссертации выполнены лично автором, публикации по материалам диссертации подготовлены как лично, так и в соавторстве. Личный вклад автора состоит в разработке методики оценки эффективности реабилитации, оценки реабилитационного потенциала и эффективности реабилитации у пациентов.

Степень достоверности

Полученные в ходе клинического исследования результаты обработаны параметрическими и непараметрическими методами статистики с помощью пакета программ Microsoft Excell 7.0 (создана матрица данных), SPSS v.20, представлением изучаемых количественных признаков в формате: медиана (Me (Min-Max)) (О.Ю.Реброва, STATISTICA, 2002). Для исследования различий между выборками парных измерений использован критерий Уилкоксона, с целью одномоментного сравнения показателей между тремя и более группами использовался осуществлялась с помощью непараметрического дисперсионного анализа (критерия Краскела-Уоллиса) с дальнейшим парным уточнением в рамках критерия Манна-Уитни. Существенность различий в показателях оценивалась относительно условных уровней значимости, равных 0,05 и 0,01. С целью построения моделей, предсказывающих качество жизни пациентов после перенесенного инсульта, использовался множественный линейный регрессионный анализ. Корреляционный анализ изученных показателей проводился с использованием непараметрического метода Спирмена.

Апробация результатов

Основные положения диссертационной работы доложены на следующих конференциях: областная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы неврологии» (Челябинск, 2015, 2016, 2017), научно-практическая конференция «Неврологические чтения в Перми», посвященная 95-летию кафедры неврологии ПГМУ (Пермь, 2017), Междисципли-

нарная научно-практическая конференция «Паллиативная помощь при заболеваниях нервной системы» (Челябинск, 2017), IV Конгресс неврологов Урала (г. Екатеринбург, 2017).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, в том числе 9 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ. Зарегистрирована заявка на патент на изобретение РФ №2017143087 от 12.12.2017 «Способ прогнозирования восстановления функций организма после ишемического инсульта», зарегистрирована заявка на свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2017662731 от 07.12.2017 г. «МКФ и качество жизни», зарегистрировано свидетельство о депонировании и регистрации объекта авторского права «Способ реабилитации последствий ишемического инсульта в условиях стационаров и поликлиник г. Челябинска» в Южно-Уральской торгово-промышленной палате, №323 от 28 июня 2017г.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 183 страницах машинописного текста, иллюстрирована 29 таблицами, 41 рисунком. Работа состоит из введения, 5 глав с описанием обзора литературы, применяемых методов и характеристикой пациентов, собственных результатов исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Список цитируемой литературы состоит из 246 источников, из которых 127 – на русском и 119 - на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы

Представлены результаты обследования 257 пациентов с ИИ, проходивших курс лечения на базе специализированного неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения ГБУЗ ОКБ №3 г. Челябинска. Основную группу составили 257 пациентов (129 (50,1%) мужчин и 128 (49,9%) женщин), перенесшие острый ишемический инсульт, где преобладающим этиологическим фактором была артериальная гипертония.

В группу контроля вошло 30 человек (15 мужчин (50%) и 15 (50%) женщин), проходивших лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ ОКБ №3 г. Челябинска с диагнозом: артериальная гипертония. Катамнестическое наблюдение осуществлялось через 3 месяца амбулаторно за пациентами обеих групп. Через 6 и 12 месяцев на амбулаторном этапе в восстановительном периоде ишемического инсульта проводилась оценка динамики состояния только больных, перенесших ишемический инсульт (основная группа) в зависимости от варианта лечения, когда нет необходимости сопоставления с группой контроля. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу и сопутствующей патологии.

Характеристика значений основных параметров групп обследуемых

Показатель	Основная группа (n=257) M±σ	Группа контроля (n=30) M±σ
Возраст	58,1±8,6	50,30±7,70
Пол		
мужчины	129	15
женщины	128	15
Срок инсульта (дни)	9,62±1,46	
Степень тяжести состояния		
Легкая	90	
Средняя	86	
Тяжелая	81	
Локализация поражения		
Бассейн правой средней мозговой артерии	110	
Бассейн левой средней мозговой артерии	94	
Вертебро-базилярный бассейн	53	

Всем обследуемым было проведено комплексное клинично-неврологическое обследование, включающее в себя оценку неврологического статуса с использованием стандартизированных шкал. На амбулаторном этапе лечения пациентам, перенесшим ишемический инсульт, разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации на дому.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 2 представлены результаты комплексной оценки пациентов на этапе стационарного лечения.

Таблица 2

Исходные показатели стандартизированных шкал пациентов

Показатель			Шкала Бартел	Шкала Рэнкин	Шкала NIHSS (мот.)	Шкала NIHSS (сумм.)	MMSE
Основная группа (n=257) Me(Min-Max)	Легкий ИИ	1 гр.	85 (70...100)	2 (1...3)	2 (0...3)	4,5 (2...6)	26 (22...30)
	Средней степени тяжести ИИ	2 гр.	80 (35...100)	3 (2...3)	4 (2...5)	9 (7...13)	26 (19...30)
	Тяжелый ИИ	3 гр.	45 (20...85)	4 (4...5)	7 (6...9)	14 (14...19)	22(14...29)
Группа контроля (n=30) Me(Min-Max)			95 (80...100)	1 (0...2)			28,5 (26...30)

p*	0,001	0			0
p [#]	1и2-0,031 1и3-0,000 2и3-0,000	1и2-0,000 1и3-0,000 2и3-0,000	1и2-0,000 1и3-0,000 2и3-0,000		1и3-0,000 2и3-0,001

*Примечание:** - наличие достоверного отличия между группами больных ишемическим инсультом и группой контроля на этапе стационарного лечения через 3 месяца, $p < 0,05$, (критерий Манна-Уитни)

- наличие достоверного межгруппового отличия больных ишемическим инсультом на этапе стационарного лечения, $p < 0,05$, (критерий Краскела-Уоллиса)

По полученным данным стандартизированных шкал самообслуживание у больных трех групп в остром периоде ИИ достоверно снижено ($p = 0,000 < 0,05$), по сравнению с группой контроля. Особенно отличались в худшую сторону показатели пациентов 3 группы ($p = 0,000 < 0,05$), по сравнению с пациентами как первых двух исследуемых групп, так и контрольной группы. В динамике в раннем восстановительном периоде (РВП) через 3 месяца высокие баллы показали респонденты контрольной группы, по сравнению с пациентами, перенесшими ИИ. При межгрупповом анализе больных с ИИ в РВП низкий балл сохранялся в третьей группе. Внутри каждой из исследуемых групп выявлено статистически значимое увеличение ($p = 0,000 < 0,05$) баллов по шкале Бартела (ШБ) через 3 месяца. Увеличение баллов в группе контроля мы объяснили стабилизацией системной гемодинамики и лучшей адаптацией пациентов в домашних условиях.

При межгрупповом анализе пациенты в остром периоде ИИ были ограничены в повседневной жизни по шкале Ренкина (mRs), в отличие от пациентов контрольной группы, и в зависимости от степени двигательного дефицита: наиболее нуждались в помощи пациенты 3 группы, их балл по mRs шкале был равен 4, наименее зависимы были пациенты 1 группы, их балл по данной шкале был равен 2. В динамике в РВП через 3 месяца низкий балл выявлен в контрольной группе и в 1 группе ($p = 0,000 < 0,05$), по сравнению с пациентами 2 и 3 групп. При межгрупповом анализе больных с ИИ в РВП все группы пациентов были в различной степени зависимы от окружающих, однако пациенты первых двух групп имели легкую нетрудоспособность или вообще не утратили трудоспособность, в отличие от больных 3 группы, остававшихся неспособными передвигаться без посторонней помощи.

Выраженность неврологического дефицита по шкале NIHSS по моторному и суммарному баллам на этапе стационарного лечения и в РВП через 3 месяца отличались в зависимости от степени тяжести ИИ: большие - в 3 группе, меньшие - в 1 группе.

В остром периоде ИИ, выявленный нами когнитивный дефицит, не был глубоким, но оценки высших психических функций были достоверно выше у пациентов контрольной группы.

КЖ у больных ИИ в остром периоде и РВП через 3 месяца снижено прямо пропорционально тяжести поражения по всем шкалам опросника SF-36, по сравнению с пациентами контрольной группы. В худшую сторону отличались показатели физического компонента здоровья (ФКЗ): ФФ и РФФ, достигая минимальных значений у пациентов 3 группы. Вместе с тем, на этапе стационарного лечения нами не найдено каких-либо тенденций по шкале боли: у больных всех групп не было выраженных отличий в интенсивности боли и ее влияния на повседневную деятельность. Через 3 месяца тестируемые пациенты групп тяжелого ИИ имели низкие баллы по шкале боли ($p=0,0001<0,05$), по сравнению с группой контроля и пациентами легким и средней степени тяжести ИИ, что связано с сохраняющимся двигательным дефицитом и со спастичностью в парализованных конечностях. Показатели по шкалам, составляющим психологический компонент КЖ на этапе стационарного лечения, были достоверно ($p=0,000<0,05$) на 15-35% ниже, в РВП через 3 месяца на 10-20% ниже, чем у пациентов группы контроля. При анализе эмоционально-личностных особенностей у больных ИИ не было выявлено достоверных межгрупповых различий ($p=0,437>0,05$) у тестируемых легким и средней степени тяжести ИИ, но эти показатели были достоверно ($p=0,0001<0,05$) ниже у пациентов с тяжелым ИИ. Однако суммарный психический компонент здоровья (ПКЗ) при межгрупповом анализе у трех групп ИИ, достоверно не отличался ни в остром, ни в РВП ($p=0,324>0,05$). Мы пришли к заключению, что независимо от степени двигательного дефицита, ИИ оказывает негативное влияние на эмоциональную сферу, являясь фактором риска развития постинсультной депрессии (табл. 3,4).

Таблица 3

Качество жизни больных в остром периоде ИИ в группах с различной степенью тяжести, в сравнении с контрольной группой (ФКЗ по опроснику SF-36)

Показатель			ФФ	РФФ	Б	ОЗ	ФКЗ (сумм.)
Основная группа (n=257) Me(Min-Max)	Легкий ИИ	1 гр.	55 (20...85)	25 (0...100)	62 (10...100)	50 (10...80)	45,2(34,5...58,0)
	Средней ст. тяж. ИИ	2 гр.	50 (0...90)	25 (0...100)	62 (22...100)	50 (10...80)	44,8 (32,0...57,0)
	Тяжелый ИИ	3 гр.	15(0...60)	0 (0...50)	61(21...100)	40 (25...70)	37,2(28,6...50,8)

Группа контроля (n=30) Me(Min-Max)	70 (55...100)	70 (55...100)	63(41... 100)	67 (57...80)	48,4(39,5 ...55,4)
p*	0,000	0,000	0,131	0,000	0,000
p [#]	1и3-0,000 2и3-0,000	1и3-0,000 2и3-0,000		1и3-0,000 2и3-0,000	1и3-0,000 2и3-0,000

Таблица 4

Качество жизни больных в остром периоде ИИ в группах с различной степенью тяжести, в сравнении с контрольной группой (ПКЗ по опроснику SF-36)

Показатель			Ж	СФ	РЭФ	ПЗ	ПКЗ (сумм.)
Основная группа (n=257) Me(Min-Max)	Легкий ИИ	1 гр.	50(5...80)	62,5 (25...100)	33,3 (0...100)	56 (28...88)	42,2 (25,6...55,9)
	Средней ст. тяж. ИИ	2 гр.	50 (15...75)	62,5 (25...100)	33,3 (0...100)	56 (24...92)	40,3 (18,0...62,7)
	Тяжелый ИИ	3 гр.	15(0...60)	37,5 (0...87,5)	33,3 (0...66,6)	48 (24...80)	38,2(22,7 ...53,6)
Группа контроля (n=30) Me(Min-Max)			65 (55...80)	75 (50...100)	66,6(33,3 ...100)	68 (52...88)	49,0(38,5 ...60,1)
p*			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
p [#]			1и3-0,000 2и3-0,000	1и3-0,000 2и3-0,000	1и3-0,001 2и3-0,001	1и3-0,000 2и3-0,000	1и3-0,018

Примечание к таблицам 3 и 4: * - наличие достоверного отличия между группами больных ишемическим инсультом и группой контроля на этапе стационарного лечения через 3 месяца, $p < 0,05$, (критерий Манна-Уитни)

- наличие достоверного межгруппового отличия больных ишемическим инсультом на этапе стационарного лечения, $p < 0,05$, (критерий Краскела-Уоллиса)

Мы проанализировали частоту развития тревоги и депрессии у пациентов ИИ, в зависимости от степени двигательного дефицита и в сравнении с больными АГ: в нашем исследовании в первой группе было выявлено 19 пациентов с развитием тревоги и депрессии, что составило 21,1%; во второй – 16 пациентов (18,6%), в третьей – 54 пациента (67%). Достоверно выше ($p = 0,000 < 0,05$) выявлен уровень тревожно-депрессивных расстройств у обследуемых больных третьей группы. Наиболее высокие статистически значимые показатели, в 1,7 раз выше по шкале тревоги HADS, в 2,5 раза выше по шкале депрессии HADS, в 5 раз выше по шкале MADRS, которые выявлены у 3 группы пациентов, перенесших ИИ, по сравнению с показателями участников исследования в группе контроля. Во всех исследуемых

группах в первые 3 месяца отмечено достоверное снижение тревожно-депрессивного расстройства (рис.1).

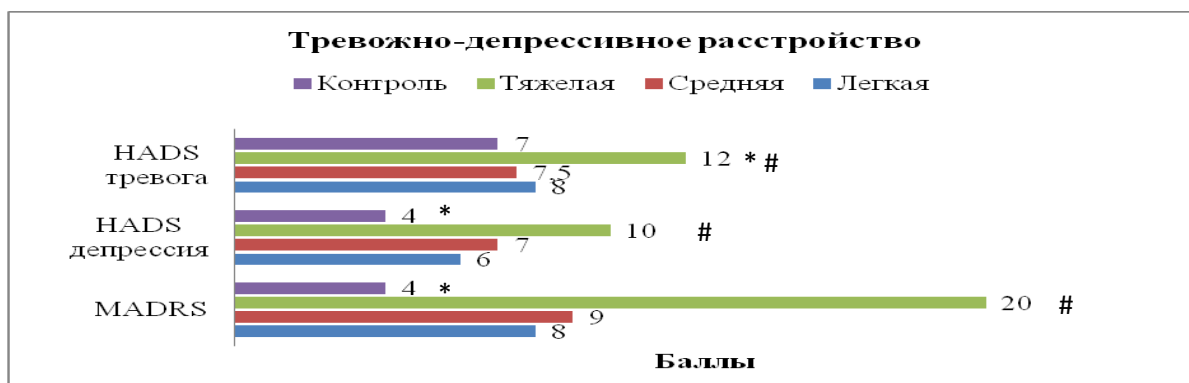


Рисунок 1. Тревожно-депрессивное расстройство больных в остром периоде ИИ с различной степенью тяжести, в сравнении с контрольной группой

*Примечание:** - наличие достоверного отличия между группами больных ишемическим инсультом и группой контроля на этапе стационарного лечения через 3 месяца, $p < 0,05$, (критерий Манна-Уитни)

- наличие достоверного межгруппового отличия больных ишемическим инсультом на этапе стационарного лечения, $p < 0,05$, (критерий Краскела-Уоллиса)

Выраженность неврологической симптоматики и ежедневной независимости по шкалам: ШБ, mRs, NIHSS имеет высокие и заметные корреляции со всеми подшкалами, отвечающими за физический компонент здоровья по опроснику SF-36 (ФФ- $R=0,756$, $R=-0,717$, $R=-0,655$; ПФФ- $R=0,566$, $R=-0,596$, $R=-0,501$; $p=0,000 < 0,05$), за исключением подшкалы Б, где корреляции найдены слабыми ($R=-0,212$, $R=-0,167$, $R=-0,107$, $p=0,000 < 0,05$). Уровень социальной активности (подшкала СФ опросника SF-36) имеет заметные корреляции со ШБ, mRs, ($R=0,554$, $R=-0,568$, $p=0,000 < 0,05$), умеренные - со шкалой NIHSS ($R=-0,446$, $p=0,000 < 0,05$), а также заметные связи со шкалами MMSE, HADS и MADRS ($R=0,510$, $R=-0,542$, $R=-0,609$, $p=0,000 < 0,05$). Уровень тревожно-депрессивных расстройств по шкалам HADS и MADRS заметно и высоко коррелирует с подшкалами, отражающими психический компонент здоровья по опроснику SF-36 (Ж- $R=-0,588$, $R=-0,577$; РЭФ- $R=-0,639$, $R=-0,631$; ПЗ- $R=0,712$, $R=-0,735$; $p=0,000 < 0,05$). Таким образом, уровень КЖ после перенесенного ИИ, зависит не только от выраженности неврологического дефицита, но от степени зависимости от окружающих лиц, когнитивной дисфункции и выраженности эмоционально-личностных нарушений.

Среди пациентов с поражением ВББ прослеживалась тенденция к улучшению физического компонента здоровья, чем среди пациентов с полушарным ИИ. Однако более зависимыми от посторонних лиц чувствовали себя пациенты с ИИ в ВББ: При анализе невроло-

гического статуса по шкале NIHSS достоверно ($p < 0,05$) более высокий моторный балл был в группе пациентов с полушарным ИИ, а статистически значимо ($p < 0,05$) выше общий балл нами выявлен в группе с ИИ в ВББ.

Необходимо отметить, что мы не выявили достоверных отличий в показателях качества жизни у пациентов с лево- и правополушарным инсультом ($p > 0,05$). Однако уровень тревожно-депрессивных расстройств был выше в группе пациентов с инфарктом мозга в бассейне ЛСМА (табл. 5).

Таблица 5

Качество жизни пациентов в зависимости от локализации ишемического инсульта

Показатели качества жизни	ИМ в ЛСМА n = 69	ИМ в ПСМА n = 54	ИМ в ВББ n=53	P1	P2	P3
ШБ	80	80	85	>0,05	<0,05	<0,05
mRS	2	2	3	>0,05	<0,05	<0,05
NIHSS	7	5	7	<0,05	>0,05	<0,05
MMSE	26	26	26	>0,05	<0,05	<0,05
Шкалы опросника SF-36						
ФФ	45	45	55	>0,05	<0,05	<0,05
РФФ	25	25	50	>0,05	<0,05	<0,05
Б	62	60	62	>0,05	>0,05	>0,05
ОЗ	65	65	65	>0,05	>0,05	>0,05
Ж	50	52,5	50	>0,05	>0,05	>0,05
СФ	62,5	62,5	62,5	>0,05	>0,05	>0,05
РЭФ	33,3	33,3	33,3	>0,05	>0,05	>0,05
ПЗ	56	56	60	>0,05	>0,05	>0,05
Тревожно-депрессивное расстройство						
HADS тревога	9	7	7	<0,05	<0,05	>0,05
HADS депрессия	7	5,5	6	<0,05	>0,05	>0,05
MADRS	11	7,5	8	<0,05	<0,05	>0,05

Примечание: P1- достоверность различий между группой ИМ в ЛСМА и группой ИМ в ПСМА

P2 – достоверность различий между группой ИМ в ЛСМА и группой ИМ в ВББ

P3 – достоверность различий между группой ИМ в ПСМА и группой ИМ в ВББ

Во всех группах пациентов, перенесших ишемический инсульт, максимальное восстановление показателей качества жизни наблюдается в первые 6 месяцев ($p = 0,000 < 0,05$).

При инсульте в ВББ достоверно лучшие результаты в группе санаторного долечивания ($p = 0,000 < 0,05$) были отмечены по всем подшкалам опросника SF-36: ФФ на 20%, РФФ на 25%, ОЗ на 22%, Ж на 15%, СФ на 25%, РЭФ на 33%, ПЗ на 17% на сроках 3, 6 и 12 меся-

цев, кроме подшкалы «боль» ($p=0,503>0,05$), ШБ - на 10% через 3 месяца, шкале MMSE - на 5% на сроке 6 месяцев. Уровень тревожно-депрессивных расстройств на протяжении года сохранялся на 20-40% выше ($p=0,0001<0,05$) в разные сроки обследования в группе амбулаторного наблюдения. Не выявлено отличий в регрессе неврологического дефицита по шкале NIHSS и независимости от посторонних лиц по шкале Ренкина в течение года у пациентов, проходивших реабилитацию в санатории и наблюдавшихся неврологом амбулаторно ($p=0,193>0,05$), связывая этот факт с отсутствием грубой очаговой неврологической симптоматики. Достоверно лучшие результаты в группе санаторного долечивания при ИИ в ВББ, были отмечены шкале MMSE через 6 месяцев после перенесенного инсульта ($p=0,004<0,05$).

При полушарном ИИ легкой и средней степени тяжести санаторное долечивание обеспечивает ($p=0,000<0,05$) более высокие показатели самообслуживания - на 10%, независимости от посторонних лиц - на 25%, увеличение силы в парализованных конечностях - на 50%, а также улучшает психологический статус больного и социальную адаптацию в обществе через 3 месяца от начала заболевания, по сравнению с больными, проходившими амбулаторную реабилитацию. Однако через 6 месяцев при межгрупповом анализе лучшие результаты ($p=0,000<0,05$) выявлены в группах, выполняющих ИПР. При подсчете суммарных показателей в течение года у всех больных отмечалась положительная динамика в восстановлении утраченных физических функций, однако наилучшим образом восстанавливались пациенты, проходившие полный курс реабилитационных программ (санаторное долечивание и выполнение ИПР). Показатель ПКЗ в течение всего года в каждой точке обследования при межгрупповом анализе был достоверно выше ($p=0,000<0,05$) у тех пациентов, где респонденты проходили активную реабилитацию в данный момент времени. Восстановление когнитивных функций ($p<0,05$) было отмечено у всех пациентов в первые 3 месяца после перенесенного инсульта, однако больные, не проходившие реабилитационные мероприятия после выписки из стационара. Аналогичные данные межгрупповых отличий ($p<0,05$) сохранились на протяжении полугода: опрашиваемые пациенты первых трех групп к концу 6 месяцев не имели когнитивных нарушений, у пациентов группы 2.4 сохранялся легкий когнитивный дефицит. Пациенты, не соблюдающие ИПР (группа 2.2) после реабилитации в санатории, ухудшали свой результат через год в сравнении с параметрами, выявленными через полгода от начала инсульта ($p=0,006<0,05$).

В восстановительном периоде ИИ легкой и средней степени тяжести, не проходивших реабилитационные мероприятия после выписки из стационара (группа 2.4), редукция тревожно-депрессивного расстройства была минимальной: наблюдалась только в первые 3 ме-

сяца после инсульта. У пациентов группы 2.2, не выполнявших ИПР после санаторного до-лечения уровень тревоги и депрессии был также достоверно выше ($p < 0,05$) через 6 и 12 месяцев, хотя и не выходили за пределы значения «нормы». Всем больным, соответствующим критериям включения в исследование (балл по шкале HADS больше 7), был назначен антидепрессант (СИОЗС - эсциталопрам), в течение 12 недель. 40 из указанных больных принимали препарат в течение 12 недель, однако 23 пациента отказались от его приема. У больных, принимавших эсциталопрам, наблюдалась стойкая редукция тревожно-депрессивных расстройств ($p < 0,05$). В группе, где больные не получали антидепрессант, показатели тревоги и депрессии оставались на практически неизменном уровне ($p > 0,05$) в течение года. Статистически значимое улучшение КФ по шкале MMSE отмечено через 3 месяца в группе больных, принимавших эсциталопрам. Такие достоверные межгрупповые отличия ($p < 0,05$) сохранились на протяжении всего года. Некоторое ухудшение когнитивных характеристик в группе без приема антидепрессанта через год мы связали с развитием депрессивной псевдодеменции, которая приводит к затруднениям повседневной деятельности. Это предположение было подтверждено медицинским психологом и психотерапевтом. Однако возможен регресс когнитивных нарушений при нормализации настроения.

При подсчете промежуточных данных у пациентов, перенесших тяжелый ИИ, в восстановительном периоде (через 3 месяца) мы получили достоверно ($p = 0,000 < 0,05$) ниже оценки основных показателей КЖ у больных с развитием тревожно-депрессивного расстройства по многим выбранным нами опросникам, в отличие от пациентов без депрессии. Поэтому первоначально мы оценили показатели КЖ у пациентов без депрессии, в зависимости от соблюдения ими ИПР на амбулаторном этапе (3А-группа больных, выполняющих ИПР, 3Б-группа больных, не выполняющих ИПР).

Индивидуальная программа реабилитации на дому включала компоненты, аналогичные восстановительному лечению пациентов с легким и средней степени тяжести ИИ, кроме того были добавлены методики обучения родственников уходу за пациентом, правилам укладки пациента в кровати. Выполнение ИПР также оценивалось по дневнику реабилитационных занятий пациента.

У пациентов 3А группы были достоверно ($p = 0,000 < 0,05$) выше показатели самообслуживания на 20% через 3,6 и 12 месяцев, значения mRS шкалы на 30% через 6, 12 месяцев, на 30-40% был ниже балл по шкале NIHSS в течение года, по сравнению с 3Б группой больных, не выполнявших ИПР. Практически по всем шкалам ФКЗ, включая суммарный показатель, пациенты группы выполнения ИПР статистически достоверно лучше ($p = 0,000 < 0,05$) восстанавливались в течение года, причем уже через 3 месяца в этой группе были более вы-

сокие баллы по подшкалам ФФ и РФФ, чем в группе ЗБ. По ряду шкал ПКЗ выявлены выше ($p=0,000<0,05$) значения в группе 3А: СФ через 3, 6 и 12 месяцев, ПЗ через 3 и 12 месяцев, ПКЗ - через 3 месяца в сравнении с группой ЗБ. Таким образом, пациенты, выполняющие ИПР, чувствовали себя лучше и в эмоциональной сфере, общении с родственниками и друзьями. У пациентов двух групп к концу года отмечено достоверное улучшение ($p=0,000<0,05$) когнитивного статуса с 22 до 25 баллов, что соответствует значению «легкие когнитивные нарушения» через 12 месяцев. Анализ выраженности тревоги в течение года по шкале HADS у пациентов двух групп не выявил статистически достоверных различий между группами ($p=0,185>0,05$), уровень депрессивной симптоматики был ниже в группе выполнения ИПР на сроках тестирования 6 и 12 месяцев ($p=0,006<0,05$).

Нами было выявлено 54 пациента с развитием тревожно-депрессивных расстройств, что составило 67% от всех наблюдаемых нами пациентов, перенесших тяжелый ИИ. В зависимости от выполнения больными реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе были сформированы 4 группы: 3.1 – пациенты, получающие антидепрессант и выполняющие ИПР; 3.2 – пациенты, получающие антидепрессант, но не выполняющие ИПР; 3.3 – пациенты, отказавшиеся принимать антидепрессант, но выполняющие ИПР, 3.4 – пациенты, отказавшиеся принимать антидепрессант и выполнять ИПР. Важным является то, что включение в лечение антидепрессанта больным с депрессией позволяет достичь высоких оценок в первые 3 месяца РВП ($p=0,000<0,05$) не только психического компонента здоровья, но и ряда составляющих физического компонента здоровья (на 20-40% выше в группе пациентов, принимающих антидепрессант), даже в тех случаях, когда нет 100% выполнения двигательных упражнений. Улучшение значений двигательной активности при приеме антидепрессанта способствует сохранению достигнутых показателей в течение года. Несмотря на необходимый более длительный промежуток времени, имеют возможность снизить проблемы в самообслуживании, увеличить физическую активность и показатели КЖ пациенты с развитием постинсультной депрессии, в сравнении с больными без тревожно-депрессивного расстройства. В том случае, когда больные с депрессией комплаентны и в медикаментозном лечении, и в выполнении индивидуально подобранных двигательных программ реабилитации, стать независимым в своей повседневной активности и быть социально инициативными осуществимо через полгода и год. При тяжелом ИИ мы выявили достоверное улучшение когнитивных функций до 25 баллов ($R=0,0001$, $p=0,000<0,05$) на фоне назначения антидепрессанта, а также нарастание когнитивного дефицита до 21,5 балла при отказе от лечения антидепрессантом.

Выводы

1. В остром периоде ишемического инсульта снижены ($p < 0,05$) показатели самообслуживания (на 10-50%), физического функционирования (на 20-70%), ролевого физического функционирования (на 70-75%), общего здоровья (на 25-40%), жизнеспособности (на 23-39%), социального функционирования (на 17-50%), ролевого эмоционального функционирования (на 50%), психического здоровья (на 17-30%). У больных артериальной гипертонией выявлено снижение ($p < 0,05$) качества жизни (на 10-30%). В раннем восстановительном периоде ишемического инсульта (через 3 месяца) сохраняются низкими показатели физического и психологического компонентов здоровья ($p < 0,05$), в то время как у пациентов группы контроля достигают нормы. Выявлены корреляции снижения физического функционирования, психического здоровья и когнитивных функций от степени тяжести ишемического инсульта ($p < 0,05$). У пациентов с локализацией ишемического инсульта в вертебробазилярном бассейне уровень физических функций на 20-50% выше ($p < 0,05$), чем у пациентов с полушарным ИИ. Установлено, что пациенты с ишемическим инсультом в вертебробазилярном бассейне на 33% более зависимы от посторонних лиц ($p < 0,05$), в сравнении с больными полушарным ИИ легкой и средней степени тяжести. Не выявлено влияния стороны поражения (правое или левое полушарие головного мозга) на показатели качества жизни в остром периоде ишемического инсульта ($p > 0,05$). Уровень тревожно-депрессивных расстройств на 20-30% выше у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии.

2. Санаторное долечивание больных, перенесших ишемический инсульт, обеспечивает ($p < 0,05$) максимально полное восстановление силы в парализованных конечностях на 50%, а также улучшает физический и психологический компоненты здоровья (на 20-30% и 15-20%, соответственно) в первые 3 месяца после начала заболевания, по сравнению с больными, проходившими амбулаторную реабилитацию. Включение в реабилитацию индивидуально разработанных программ приводит к лучшему ($p < 0,05$) восстановлению самообслуживания, обеспечивает функциональную независимость, регресс очаговой симптоматики (до 45% в зависимости от первоначальной тяжести состояния) через 6 и 12 месяцев, по сравнению с больными, некомплаентными к лечению. Выявлен ($p < 0,05$) высокий уровень физического, психологического и социального функционирования в восстановительном периоде ишемического инсульта через год в группах, выполняющих индивидуальную программу реабилитации (на 25-60%). Отказ от выполнения индивидуальной программы реабилитации ведет к регрессу достигнутых результатов и снижению функциональных показателей ($p < 0,05$).

3. Развитие тревожно-депрессивного расстройства на этапе стационарного лечения выявлено у 35,7% пациентов, перенесших легкой и средней степени тяжести, и у 67% - тяжелой ишемический инсульт. Выявлено снижение ($p < 0,05$) тревожно-депрессивного расстройства, при высоком уровне психологического здоровья и социального функционирования у респондентов, прошедших реабилитацию в санатории и комплаентных в отношении соблюдения индивидуальной программы реабилитации уже в первые 3 месяца восстановительного периода ишемического инсульта при легкой и средней степени тяжести ишемического инсульта, через 6 месяцев и год при тяжелом ишемическом инсульте. Назначение эсциталопрама в течение 3 месяцев приводит к стойкому регрессу ($p < 0,05$) тревожно-депрессивных расстройств, а также улучшает физический и психологический компоненты здоровья, когнитивные функции в раннем и позднем восстановительном периодах.

4. На восстановление самообслуживания, физического, психического и социального функционирования через год у пациентов с ишемическим инсультом влияли реабилитация в санатории, соблюдение пациентами индивидуальной программы реабилитации в раннем восстановительном периоде, тяжесть состояния в остром периоде, возраст, развитие тревожно-депрессивного расстройства ($p < 0,05$). В случае развития депрессии у больных с тяжелым ишемическим инсультом для достижения высокого ($p < 0,05$) физического и психологического компонентов здоровья целесообразно назначать антидепрессант. Использование разработанного алгоритма маршрутизации пациента после перенесенного ИИ, методические рекомендации и ЭВМ программа кодирования реабилитационного диагноза позволило улучшить качество жизни больных в 1,5-2 раза ($p < 0,05$).

Практические рекомендации

1. В остром и восстановительном периодах ишемического инсульта стандартную клиническую оценку по основным шкалам (NIHSS, Бартела, Ренкина) целесообразно дополнять опросником SF-36 как интегрального показателя «качества жизни» и измерять показатели нарушенных функций организма с помощью категорий Международной классификации функционирования (зарегистрирована заявка на свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2017662731 от 07.12.2017 г. «МКФ и качество жизни»). Необходимо исследовать качество жизни у больных с артериальной гипертонией.

2. Всем пациентам, перенесшим ишемический инсульт, необходимо проводить скрининговое обследование с использованием шкалы тревоги и депрессии HADS, при определении пограничного результата «норма-субклинически и клинически выраженная тревога/депрессия» по шкале HADS, следует применять развернутую шкалу депрессии Монтго-

мери-Асберга (MADRS) с целью своевременного выявления тревоги и постинсультной депрессии в остром и восстановительном периоде заболевания.

3. Лечение ишемического инсульта в восстановительном периоде требует комплексной реабилитации в санатории и на дому с разработкой индивидуальных программ физического и психологического восстановления в сочетании с 12- недельным курсом лечения антидепрессантом в случае развития тревожно-депрессивных расстройств.

4. Выявлена потребность определения реабилитационного потенциала по шкалам и формулам (Зарегистрирована заявка на патент на изобретение РФ №2017143087 от 12.12.2017 «Способ прогнозирования восстановления функций организма после ишемического инсульта»):

При легком и средне-тяжелым ИИ:

Шкала Бартела через год = $75,7(\text{константа}) + 4,93 \times \text{ИПР} + 0,26 \times \text{ШБ}$ в остром периоде + $1,99 \times \text{санаторий} - 1,81 \times \text{ТДР} - 0,06 \times \text{возраст}$;

Физическое функционирование через год = $58,2(\text{константа}) + 16,58 \times \text{ИПР} + 0,34 \times \text{ФФ}$ в остром периоде + $5,47 \times \text{санаторий} - 0,18 \times \text{возраст}$;

Психическое здоровье через год = $42,5(\text{константа}) + 15,18 \times \text{ИПР} + 0,49 \times \text{ПЗ}$ в остром периоде + $3,7 \times \text{санаторий} - 5,81 \times \text{ТДР}$.

При тяжелом ИИ:

Шкала Бартела через год = $57,6(\text{константа}) + 7,45 \times \text{ИПР} + 0,58 \times \text{ШБ}$ в остром периоде + $14,98 \times \text{антидепрессант} - 12,85 \times \text{ТДР}$

Физическое функционирование через год = $39(\text{константа}) - 15,09 \times \text{ТДР} + 20,1 \times \text{антидепрессант} + 17,6 \times \text{ИПР} + 0,37 \times \text{ФФ}$ в остром периоде

Психическое здоровье через год = $55,4(\text{константа}) + 5,9 \times \text{ИПР} + 0,43 \times \text{ПЗ}$ в остром периоде - $13,9 \times \text{ТДР} + 18,2 \times \text{антидепрессант}$.

5. Для улучшения качества оказываемой помощи пациентам в восстановительном периоде ИИ, необходимо использовать алгоритм маршрутизации больного на амбулаторном этапе лечения (приложение 1, авторское право № 323 от 28 июня 2017г.).

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Лукьянчикова Л.В. Нарушения церебрального венозного кровообращения в практике врача-невролога/ Власко А.А., Бельская Г.Н., Попов Д.В., Хайрутдинова Д.Ф., Лукьянчикова Л.В. и др.// Рос. нейрохирургический журн. им. проф. А.Л. Поленова. – 2013. – Т.5, спец. вып. – с. 16-19. (из перечня ВАК, входит в международную базу цитирования Scopus до 30.11.2015).

2. Лукьянчикова Л.В. Случай стил-синдрома в практике врача-невролога / Семёнова М.П., Попов Д.В., Куренкова Н.А., Власко А.А., Лукьянчикова Л.В. и др. // Рос. нейрохирургический журн. им. проф. А.Л. Поленова. – 2013. – Т.5, спец. вып. – С. 77-78 (из перечня ВАК, входит в международную базу цитирования Scopus до 30.11.2015).
3. Лукьянчикова Л.В. Тревожно-депрессивное расстройство и прием антидепрессанта у больных, перенесших ишемический инсульт в вертебро-базиллярном бассейне / Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – №3. – С. 122-127. (из перечня ВАК до 30.11.2015).
4. Лукьянчикова Л.В. Оценка психо-эмоционального статуса и качества жизни больных в остром периоде ишемического инсульта / Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2013. – Т.6, №3. – С. 110-115. – (Серия «Психология») (из перечня ВАК).
5. Лукьянчикова Л.В. Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебрально-базиллярной системе / Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, №12, вып.2. Инсульт. – С. 24-28 (из перечня ВАК).
6. Лукьянчикова Л.В. Мультигенная тромбофилия как фактор риска повторного инсульта / Бельская Г.Н., Хайрутдинова Д.Ф., Лузанова Е.И., Попов Д.В., Лукьянчикова Л.В. и др. // Неврологический журнал. – 2014. – Т.19, №4. – С. 44-49 (из перечня ВАК).
7. Лукьянчикова Л.В. Современный взгляд на проблему качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт / Лукьянчикова Л.В. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2016. – Т. 9, №4. – С. 64-72. – (Серия «Психология») (из перечня ВАК).
8. Лукьянчикова Л.В. Качество жизни, тревожно-депрессивное расстройство и когнитивные функции на фоне восстановительного лечения ишемического инсульта / Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, №1. – С. 51-57 (из перечня ВАК).
9. Лукьянчикова Л.В. Качество жизни как интегральный показатель реабилитации больных в восстановительном периоде ишемического инсульта / Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2017. – Т. 11, №3. – С. 5-14 (из перечня ВАК).
10. Лукьянчикова Л.В. Качество жизни больных в остром периоде ишемического инсульта / Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. // Современные технологии и проблемы поликлинической помощи. – Челябинск, 2013. – Вып. XVII. – С. 35-39.

11. Лукьянчикова Л.В. Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне/ Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В.// V Международный конгресс "Нейрореабилитация – 2013". – Москва, 2013. – С. 29-30.
12. Лукьянчикова Л.В. Качество жизни больных, перенесших тяжелый инсульт / Лукьянчикова Л.В., Панков А.Н. // Актуальные вопросы неврологии: Всероссийская науч.-практ. конф.: сб. ст. – Челябинск, 2015. – С. 38-43.
13. Лукьянчикова Л.В. Возможность использования показателя отношения количества лет продленной жизни к ее качеству (Quality Adjusted Life Years, QALY) в научных исследованиях / Лукьянчикова Л.В.// Актуальные вопросы неврологии: Всероссийская науч.-практ. конф., посвященная 35-летию кафедры неврологии Института дополнительного профессионально-го образования и 10-летию сотрудничающего центра (филиала) ФГБНУ «Научный центр неврологии»: сб.ст. – Челябинск : Изд-во ЮУГМУ, 2016. – С. 47-49.
14. Алгоритм оказания догоспитальной помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (учебное пособие для слушателей дополнительного профессионального образования) /Степанова С.Б., Макарова Л.Д., Крылова Л.Г., Сергиенко Д.А., Лукьянчикова Л.В. и др. // под ред. Г.Н. Бельской. – Челябинск: Изд-во ЮУГМУ, 2016. – 23 с.
15. Методика кодирования реабилитационного диагноза по международной классификации функционирования и определение показателей качества жизни по опроснику SF-36 в неврологии (учебное пособие для слушателей дополнительного профессионального образования / Лукьянчикова Л.В., Бельская Г.Н. // Челябинск: Изд-во ЮУГМУ, 2017. – 38 с.

СОКРАЩЕНИЯ

ИМ ЛСМА - инфаркт мозга в бассейне левой средней мозговой артерии;
ИМ ПСМА - инфаркт мозга в бассейне правой средней мозговой артерии;
ВББ - вертебро-базиллярный бассейн;
ИПР - индивидуальная программа реабилитации;
Me - медиана;
АГ - артериальная гипертония;
NIHSS - шкала инсульта Национального Института Здоровья;
MMSE - краткая шкала оценки психического статуса;
SF 36 - короткая версия опросника здоровья;
ИИ - ишемический инсульт;
ПД - постинсультная депрессия;
КЖ - качество жизни;
HADS - госпитальная шкала тревоги и депрессии;
МКФ - международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья;
MADRS - шкала депрессии Монтгомери-Асберга ;
ФКЗ - физический компонент здоровья;
ПКЗ - психологический компонент здоровья;
mRs - шкала Рэнкина;
ШБ - шкала Бартела;
РВП - ранний восстановительный период;
ФФ - физическое функционирование;
РФФ - ролевое физическое функционирование;
Б - боль;
ОЗ - общее здоровье;
Ж - жизнеспособность;
СФ - социальное функционирование;
РЭФ - ролевое эмоциональное функционирование;
ПЗ - психическое здоровье.

Лукьянчикова Лариса Владимировна

Влияние качества жизни на реабилитационный потенциал больных, перенесших

ишемический инсульт

Автореф. дисс. на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук.

Подписано в печать __.__.2018. Заказ №133

Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 1. Тираж 100 экз.