ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Лукьянчикова Лариса Владимировна

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

14.01.11 – нервные болезни

диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Г. Н. Бельская.

Челябинск 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ:

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ---------- 5

ВВЕДЕНИЕ---------- 6

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ----------14

1.1 Инсульт и качество жизни----------14

1.2 Общие вопросы измерения качества жизни при инсультах----------15

1.3 Методологические подходы к измерению качества жизни и оценка нарушенных функций организма по Международной классификации функционирования----------17

1.4 Оценка применимости опросника SF-36 при инсультах----------19

1.5 Показатель отношения количества лет продленной жизни к ее качеству (Quality Adjusted Life Years, QALY)----------21

1.6 Качество жизни в восстановительном периоде инсульта----------23

1.7 Применимость индекса Бартела в исследованиях----------26

1.8 Инсульт и депрессия----------27

1.9 Основные подходы к коррекции качества жизни----------31

1.10 Возможности прогнозирования восстановления после инсульта--------33

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ----------36

2.1 Клиническая характеристика обследованных больных----------36

2.2 Клинические методы исследования ----------43

2.3 Инструментальные методы диагностики----------44

2.4 Статистическая обработка результатов исследования ----------47

ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЙ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНСУЛЬТА----------49

3.1 Неврологический статус, самообслуживание и зависимость от посторонних лиц у пациентов с ишемическим инсультом----------49

3.2 Качество жизни пациентов с ишемическим инсультом ----------54

3.3 Тревога, постинсультная депрессия и когнитивный статус у пациентов с ишемическим инсультом в зависимости от степени тяжести состояния----------58

3.4 Зависимость показателей качества жизни от локализации ишемического инсульта (правополушарного, левополушарного, вертебробазилярного) на качество жизни пациентов---------- 63

ГЛАВА 4. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЕГКИЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ---64

4.1 Восстановление двигательных функций и показателей качества жизни в восстановительном периоде у пациентов, перенесших ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне----------64

4.2 Восстановление двигательных функций в течение года в зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий у пациентов с полушарным ишемическим инсультом----------71

4.3 Восстановление показателей физического и психического компонентов здоровья у пациентов, перенесших легкий и средней степени тяжести полушарный ишемический инсульт в течение года в зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий ----------77

4.4 Динамика регресса тревожно-депрессивного расстройства и когнитивных дисфункций у больных, перенесших легкий и средней степени тяжести полушарный ишемический инсульт в течение года в зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий----------86

4.5 Качество жизни, восстановление двигательных функций и регресс эмоциональных расстройств у больных, перенесших легкий и средней степени тяжести ишемический инсульт с развитием тревожно-депрессивного расстройства в зависимости от приема антидепрессанта----------89

4.6 Качество жизни больных через год после перенесенного легкого и средней степени тяжести ишемического инсульта в зависимости от возраста, пола и

способов реабилитации пациентов. Возможности моделирования прогноза состояния пациента в раннем восстановительном периоде----------97

ГЛАВА 5.ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ----------103

5.1 Восстановление двигательных функций и показателей качества жизни в восстановительном периоде у пациентов, перенесших тяжелый ишемический инсульт без развития тревожно-депрессивного расстройства----------103

5.2 Восстановление двигательных функций и показателей качества жизни в восстановительном периоде у пациентов, перенесших тяжелый ишемический инсульт с развитием тревожно-депрессивного расстройства----------110

5.3 Качество жизни больных через год после перенесенного тяжелого ишемического инсульта в зависимости от возраста, пола и способов реабилитации пациентов. Возможности моделирования прогноза состояния пациента в раннем восстановительном периоде----------128

ЗАКЛЮЧЕНИЕ----------135

ВЫВОДЫ----------152

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ----------154

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ----------156

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
Б – боль
ВББ – вертебро-базилярный бассейн
ВОЗ – всемирная организация здравоохранения
Ж – жизнеспособность
ИИ – ишемический инсульт
ИМ ЛСМА – инфаркт мозга в бассейне левой средней мозговой артерии
ИМ ПСМА – инфаркт мозга в бассейне правой средней мозговой артерии
ИПР – индивидуальная программа реабилитации
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
КЖ – качество жизни
МРТ – Магнитно-резонансная томография
МКФ – Международная классификация функционирования
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОЗ – общее здоровье
ПЗ – психическое здоровье
ПД – постинсультная депрессия
ПКЗ – психический компонент здоровья (суммарный)
РВП ИИ – ранний восстановительный период ишемического инсульта
РФФ – Ролевое физическое функционирование
РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование
СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина
СФ – социальное функционирование
ТКДС – транскраниальное дуплексное сканирование
ФКЗ – физический компонент здоровья (суммарный)
ФФ – физическое функционирование
ЦАГ – церебральная ангиография
ЦНС – центральная нервная система
ШБ – шкала Бартела
HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии
mRS – шкала Ренкина
MADRS – шкала депрессии Монтгомери-Асберга
MMSE – краткая шкала оценки психического статуса
NIHSS – Шкала инсульта Национального института здоровья
SF-36 – общий опросник жизни SF-36

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Актуальность проблемы церебрального ишемического инсульта определяется ее медицинской и социальной значимостью ввиду высокой частоты, инвалидизации и смертности от этого тяжелого заболевания [24;99;145].

Артериальная гипертония (АГ) рассматривается в настоящее время как ведущий модифицируемый фактор риска развития острых и хронических форм сосудистой патологии головного мозга [12;14;69;102;131]. Проведенные исследования по эпидемиологии и контролю АГ в России продемонстрировали ее высокую распространенность (40,8%, т. е. более 42 млн человек в России) [80;113;122]. Наиболее грозным ее осложнением является церебральный инсульт [9;11;147;162]. Во многих исследованиях четко прослеживается зависимость риска развития инсульта от величины систолического артериального давления [25;36;160].

Инсульт занимает первое место среди всех причин инвалидизации. В России проживает более 1 млн. людей, перенесших инсульт, 80 % из них – инвалиды [1;11;152;205].

У 2/3 больных после «сосудистой катастрофы» наблюдаются остаточные явления различной степени выраженности и характера в виде двигательных (47-87%), речевых (20-54%), когнитивных нарушений (40-70%), которые не позволяют выполнять повседневные дела и делают их зависимыми от окружающих. Данные расстройства препятствуют последующему восстановлению утраченных функций. Это оказывает негативное влияние на социальную активность и качество жизни больных [25;46;50;154;183].

По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта полностью зависимы от окружающих в повседневной жизни 25,5 % пациентов, частично зависимы - 57,9% [28;47;69]. 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», 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 [78;80;169;245].

В настоящее время не разработана единая система, обеспечивающая количественную оценку качества жизни пациентов, которая бы привела к разработке мер по улучшению состояния больных ОНМК, что привело бы к снижению финансовых затрат на уход и содержание пациентов, перенесших ишемический инсульт, как со стороны семей больных, так и государственных структур здравоохранения и социального обеспечения.

Следует отметить, что число работ, посвященных изучению КЖ больных, перенесших ишемический инсульт, немногочисленно, представленные данные противоречивы (Абдрашитов Т.М., 2006; Масютина С.М., 2007; Мещерякова Ю.Б., 2014; Ковальчук В.В., 2015) [1;45;69;71].

Неразрывно связанной с проблемой КЖ является и психологическое состояние больных инсультом, безусловно, влияющее на успех реабилитации. Своевременная диагностика и коррекция тревожно-депрессивных проявлений после ИИ позволит существенно повысить качество жизни пациентов и приверженность к терапии. 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.

В связи с этим, нами принято решение о проведении научного исследования с целью отработки диагностического алгоритма и методов коррекции нарушенных функций у больных, перенесших ИИ.

Все вышеизложенное определило цель и задачи предпринятого нами исследования.

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

Для достижения указанной цели поставлены следующие **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, вертебробазилярного) 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 исследования

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 и прослежены этапы восстановительного процесса у пациентов с разным исходным уровнем двигательной компенсации. 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».

Практическая значимость работы

Теоретическая и практическая 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-депрессивных расстройств с помощью шкал тревоги и депрессии HADS, депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS).

Выявлена потребность разработки индивидуальных программ реабилитации в сфере физического функционирования для больных с минимальным восстановлением при выписке из стационара, 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.

Внедрение результатов работы

Материалы и выводы диссертационного исследования используются в диагностическом и лечебном процессах ГБУЗ «Областная клиническая больница №3» г. Челябинска и МАУЗ ОТКЗ «Городская клиническая больница №1» г. Челябинска. Основные результаты работы включены в учебный процесс кафедры

неврологии Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

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, нейропсихолгические 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 реабилитации 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.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 13 печатных работ, в том числе 9 - в изданиях из списка ведущих рецензируемых научных журналов, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 183 листах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, пяти глав собственных наблюдений, заключения, выводов, практических рекомендаций, иллюстрирована 31 таблицей и 41 рисунком. Указатель литературы содержит 246 источников, из них: 127 отечественных и 119 зарубежных.

Личный вклад автора

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.

Диссертация выполнена в ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор - д.м.н., профессор И.А. Волчегорский) на базе кафедры неврологии ИДПО (заведующий кафедрой - д.м.н., профессор Г.Н. Бельская).

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Инсульт и качество жизни

Инсульт является одной из ведущих причин инвалидности и занимает третье место среди причин смертности в развитых странах [4;47;76;89;196]. Несмотря на огромное социальное и экономическое значение данной патологии, способы количественного измерения последствий инсульта до настоящего момента недостаточно разработаны. Особенно высокую значимость они приобретают при определении реабилитационного потенциала, подборе реабилитационных мероприятий, оценке эффективности лекарственных препаратов.

Смертность от инсультов в мире в последнее время существенно снизилась, что признано одним из 10 величайших достижений медицины XX столетия; после него выживают более 85% пациентов [85;99;213]. Только в России насчитывается более 2 миллионов человек, перенесших инсульт и вынужденных жить с его последствиями. В связи с успехами в лечении инсульта, показатели выживаемости не могут в полной мере применяться для оценки эффективности лечебных мероприятий. Следует отметить, что улучшение выживаемости и применение современных терапевтических подходов не всегда означают улучшение качества жизни, а иногда и наоборот. Так, канадские исследователи при анализе данных с 1995 по 2006 годы отметили достоверное и значимое ухудшение всех параметров качества жизни больных в остром периоде церебрального инсульта [160]. С течением времени качество жизни 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, персистирующих нарушений глотания [82;83;146]. Ожидается, что связанная с инсультом нетрудоспособность станет более

распространенным явлением, в связи с сохранением жизни больных с грубыми неврологическими расстройствами, возникшими вследствие этого тяжелого, инвалидизирующего заболевания [172;200]. Предполагается, что в ближайшие годы она будет становиться все более важной проблемой, стоящей перед исследователями, медицинским работниками и органами здравоохранения [2;14;85;175]. Инвалидность изменяет «качество жизни» больного и выдвигает перед ним новые проблемы (приспособление к дефекту, изменение профессии, поведение в семье и ряд других) [89;100;211]. В связи с этим, проведение мероприятий, улучшающих качество жизни больных, наряду с разработкой методов его измерения и оценки, приобретает особую клиническую значимость.

1.2. Общие вопросы измерения качества жизни при инсультах

Качество жизни – многогранное понятие, включающее в себя целый ряд физических и психологических параметров, прямо или косвенно характеризующих функциональные способности человека. Существует определение качества жизни, по версии ВОЗ, которое является слишком «общим», объемным, затрудняющим его использование врачами в повседневной практике: «Качество жизни есть индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте культурной среды и системы ценностей, в которой проживает индивид, в соответствии с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями» [78]. Четкого определения качества жизни до настоящего момента не существует, что обусловливает, в свою очередь, наличие разнообразия подходов к исследованию и количественной оценке этого параметра и его компонентов [31;56;130]. Так, Hughes и соавт. в 1995 [31;170] опубликовали обзор литературы, в котором проанализировали 78 различных подходов к анализу качества жизни, базирующихся на 1243 индивидуальных параметрах. Следует отличать понятия качества жизни «вообще» и «связанное со здоровьем качество жизни» (Health-Related Quality of Life). Последнее введено Bush J.W, Anderson J.P., Kaplan R.M. и Blischke W.R. (1982) и получило широкое распространение, т.к. подчеркивает связь между качеством жизни пациента и нарушениями, вызванными болезнью

[140], что дает возможность измерять его и использовать как целевой параметр, особенно при реабилитации больных.

Качество жизни следует считать явлением, находящимся вне плоскости взаимоотношения «болезнь – ограничение функции». Результаты лечения любого заболевания в настоящее время следует рассматривать не только с точки зрения продления жизни, но и повышения ее качества [70;83;186;196;206]. В противном случае, успешная с физиологической точки зрения лечебная методика может оказаться бесполезной из-за плохой социальной адаптации больных или неуспешного приспособления к своему состоянию [28;59;107;238;244].

Для оценки результатов клинических исследований требуется разработка методов определения состояния, центральной точкой приложения которых является интегральный показатель качества жизни пациента (КЖ). Качество жизни применительно к состоянию здоровья обычно характеризуют как совокупность физических, психологических и социальных аспектов жизни человека, на которые могут влиять изменения в состоянии здоровья [83;104;128;143].

Измерение качества жизни может рассматриваться с двух позиций:

- общего интегрального показателя;
- специфических (узких) показателей, которые характеризуют отдельные функциональные параметры пациента.

Весте с тем, методы оценки качества жизни могут иметь разные задачи:

- дискриминативная – разделить группы пациентов в зависимости от степени тяжести нарушения их функционирования;
- наблюдательная – отслеживание жизнедеятельности пациента с течением времени.

Вне зависимости от того, какие методы измерения используются, к ним также предъявляются стандартные требования, такие, как специфичность и чувствительность. Результирующие показатели должны иметь клиническую значимость и быть удобными для оценки и анализа [13;31;107;134].

Снижение качества жизни 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 [16, 30, 52, 200, 231, 246].

Оценка показателей качества жизни при инсульте связана с рядом объективных трудностей, а именно:

- большинство имеющихся опросников и шкал охватывают не все аспекты жизнедеятельности;
- вопросы могут относиться к какой-либо функции в целом, но быть нерелевантными для данного пациента;
- общие показатели могут быть недостаточно специфичными или чувствительными, особенно если у пациента имеется стертая или слабо выраженная симптоматика [5, 58, 64, 111, 125, 135, 161].

1.3. Методологические подходы к измерению качества жизни и оценка нарушенных функций организма по Международной классификации функционирования

Наиболее часто используемыми методами количественного измерения являются различные шкалы, построенные по типу опросников, позволяющие оценить функциональные последствия инсульта применительно к тем или иным функциональным характеристикам жизнедеятельности пациента. Так, широко используются индекс Бартела (Barthel Index) [35, 110, 151, 208], шкала SF-36 [66, 176, 217], которые наряду с очевидными преимуществами, охватывают не все стороны функционирования и поэтому в ряде ситуаций могут давать нерелевантные результаты. Например, данные шкалы не включают оценку речевой функции, в связи с чем, пациент с выраженной афазией получит оценку, не соответствующую тяжести его состояния [125, 144]. Реже применяются другие шкалы, которые, тем не менее, заслуживают упоминания: SIP (Sickness Impact

Profile), EuroQOL, Well-being Scale, Nottingham health profile. Данные шкалы применимы как при инсульте, так и других заболеваниях. Вместе с тем, существуют и более специфичные для данной нозологии методы [72, 78, 125, 137]: Niemi’s quality of life scale, Viitanen life satisfaction interview, SIP адаптированный для инсульта (30 вопросов), Stroke Impact Scale version 2.0, Stroke and Aphasia QLS (SAQLS-39), Newcastle stroke-specific quality of life measure, Stroke-Specific Quality of Life (SS-QOL) и ряд других.

Наряду с явным преимуществом – большей специфичностью – эти шкалы менее употребительны в силу меньшего накопленного материала и, соответственно, меньшей базой контрольных значений для нормальной популяции. Общей проблемой всех опросников, как правило, является необходимость адекватного (не обязательно буквального) перевода и адаптации, так как практически все они разработаны в англоязычных странах и, соответственно, ориентированы на конкретную популяцию [19, 41, 148].

В последнее время важное место отводится применению Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, или International Classification of Functioning, Disability and Health — ICF), принятой ВОЗ в 2001 г. МКФ не классифицирует людей, а дает описание ситуаций, исходя из функционирования и его ограничений у человека, поэтому служит своеобразным каркасом для систематизации этой информации, основываясь на взаимодействии характеристик здоровья и контекстовых факторов, которые приводят к ограничениям жизнедеятельности. Всеобъемлющая цель МКФ — обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем [81, 127], что может обеспечить современный процесс реабилитации, методологию постановки мультидисциплинарной командой ее специфических целей и задач для каждого конкретного пациента. Домены, имеющиеся в МКФ, могут рассматриваться как домены здоровья и как домены, связанные со здоровьем. Эти домены описаны с позиции организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1. функции и структуры организма; 2.

активность и участие. Международная классификация функционирования построена на основе следующих важных принципов: универсальность, утилитарность, нейтральность, достоверность, валидность, сопоставимость, акцент на позитивных аспектах, взаимодействие с факторами окружающей среды, интерактивность. В соответствии с данными принципами данная классификация может быть применима ко всем людям, независимо от состояния здоровья или возраста, давая возможность описать не только негативные, но и позитивные аспекты здоровья[14, 79, 219].

Использование отдельных шкал не может полностью провести системный анализ состояния здоровья пациента, определить краткосрочную и долгосрочную цель медицинской реабилитации [39, 127, 180]. Однако совместное применение МКФ и оценка показателей качества жизни, даст возможность довольно точно исследовать характер и выраженность ограничений жизнедеятельности вне зависимости от вызвавших их причин, что позволит обосновать необходимость и объем реабилитационных мероприятий.

1.4. Оценка применимости опросника SF-36 при инсультах

В неврологической практике опросник Short Form Health Survey, состоящий из 36 вопросов, используется при достаточно широком круге состояний, включая инсульт, заболевания мотонейронов, болезнь Паркинсона, эпилепсию, рассеянный склероз, головные боли. Часто SF-36 используют в качестве контрольного метода при оценке новых критериев измерения. Этот опросник обычно используется в двух вариантах. Во-первых, производится непосредственное выполнение измерения, с определением 8 показателей качества жизни, которые формируют достаточно широкий профиль, а именно:

ФФ – физическое функционирование

РФФ – физическое функционирование в конкретных ситуациях

Б – уровень боли

ОЗ – общее восприятие здоровья

Ж – жизненная сила

СФ – социальное функционирование

РЭФ – эмоциональное состояние в конкретных ситуациях

ПЗ – душевное состояние

Во-вторых, возможна оценка двух взвешенных интегральных показателей - физического (ФКЗ) и психического (ПКЗ). Достоинствами интегральных показателей являются большая точность и меньший доверительный интервал, что теоретически повышает чувствительность метода. Соответствие результатов, получаемых при использовании опросника SF-36 реальному качеству жизни, в целом, не вызывает сомнений. Вместе с тем, при детальном анализе Hobart J. et al. (2015) отмечают, что из 8 компонентов показатели GH и SF имеют недостаточный уровень точности и должны интерпретироваться с большой осторожностью. Из оставшихся 6 показатели RP и RE имеют выраженный «эффект нижнего предела», а показатели BP и RE – также и «эффект верхнего предела», что ограничивает их применимость для анализа состояний с течением времени. Наиболее важно то, что интегральные показатели физического и психического здоровья (PCS и MCS) не отражают реального состояния и не могут быть рекомендованы к использованию [27, 143, 169]. Существует и противоположная оценка: Almborg A.H и Berg S. (2009; 2010) проводили оценку корреляции между индивидуальными показателями SF-36 и интегральными показателями PCS и MCS и обнаружили сильные достоверные корреляции для всех компонентов, за исключением PF – для компонента MCS и RE и BP – для компонента PCS [132]. При этом, компонент BP проявлял сильную корреляцию с показателем психического функционирования. Вероятно, причиной этому явилось проведение оценки на сроке 2-3 недели после выписки из стационара, когда ощущение боли (BP) для пациентов является скорее душевным, нежели телесным ощущением. Наибольшее снижение качества жизни обнаруживалось у пациентов в средней возрастной группе (45-64 года), предположительно, за счет внезапности события инсульта и огромного влияния его на весь уклад жизни, а также отсутствия готовности формировать стратегию копинга [131].

Показатель SF-36 демонстрирует хорошую надежность, независимо от возраста пациентов. В старшей возрастной группе (73-83 года) следует с осторожностью интерпретировать параметры GH и MH, в связи с их недостаточной масштабируемостью [235, 238]. Gunaydin R., Karatepe A.G., Kaya T., Ulutas O. (2011) приводят противоположные результаты: при сравнении двух групп пациентов, старше и моложе 65 лет: не было выявлено достоверных различий в качестве жизни по опроснику SF-36 [91, 109, 164].

Опросник SF-36 может применяться как при личном интервью, так и заочно, например, путем отправки по почте. Так, Koutsogeorgou E., Cerniauskaite M., Quintas R. (2012) показали наличие обратной взаимосвязи между уровнем ограничения возможностей и показателями SF-36 в исследовании на 111 пациентах [180].

1.5. Показатель отношения количества лет продленной жизни к ее качеству (Quality Adjusted Life Years, QALY)

Данный показатель является универсальной количественной мерой качества жизни и одновременно длительности предстоящей жизни [154]. Применение показателя QALY основывается на простом предположении: каждый год предстоящей жизни учитывается как умноженный на показатель качества жизни. Например, если инсульт привел к снижению уровня качества жизни до 0,3 единиц, и пациент прожил 6 лет после события, эти 6 лет могут быть засчитаны как 1,8 года «с поправкой на качество», поскольку 6 х 0,3 = 1,8. Если инсульт был предотвращен и пациент прожил после события в течение 10 лет в полном здоровье, то в терминах популяционного здоровья был достигнут эффект в размере 10 – 1,8 = 8,2 года.

Качество жизни для расчета показателей QALY обычно определяют одним из трех способов. Первая группа способов включает различные методы прямой оценки состояния:

1) Прямая оценка качества жизни пациентом или его окружением по шкале от 0 до 1, где 0 - приравнивается к смерти, а 1 – к полному здоровью.

2) Метод спекулятивной азартной игры (Standard gamble method), предложенный фон Нейманом и Моргенштерном [13а]. Респонденту предлагается выбрать между своим текущим состоянием и возможностью двух исходов - плохого и хорошего, с определенными вероятностями. Например, респондент с малым инсультом сообщает, что он готов сыграть в гипотетическую игру, в которой с вероятностью 0,8 можно выиграть состояние полного здоровья, либо с вероятностью 0,2 - умереть. Таким образом, для данного пациента уровень качества жизни можно оценить как (0,8 x 1) + (0,2 x 0) =0,8.
3) Метод обмена временем (Time tradeoff) подразумевает, что респонденту предлагается заключить гипотетическую сделку: обменять длительный срок жизни с плохим здоровьем на более короткий срок с идеальным здоровьем. Например, если респондент согласен сократить оставшийся срок жизни на 50% в обмен на 100% здоровье, качество жизни его может быть оценено как 0,5.
4) Использование визуальной аналоговой шкалы, где респондент должен отметить уровень качества жизни в единицах от 0 до 100 или поставить отметку, если используется неградуированная шкала.

Вторая группа методов основана на непрямой оценке состояния с помощью различных опросников, например, Health Utilities Index, Quality Well-Being Scale, SF-36 и ряда других.

Наконец, третьим способом является метод экспертной оценки, при котором уровень качества жизни пациента определяется группой экспертов, оценки которых затем усредняются.

По результатам анализа 67 статей, Tengs T.O, Yu M., Luistro E. (2001) приводят следующие показатели качества жизни у больных, перенесших инсульт [231]:

-0,02…0,71 - при тяжелом инсульте (отрицательное значение означает, что часть больных оценили свое состояние как «хуже смерти»);

0,12…0,81 - при среднетяжелом течении;

0,45…0,92 - при легкой степени тяжести.

Некоторые авторы используют порядковую шкалу тяжести инсульта Rankin, где значение «0» присваивается бессимптомному инсульту, а значение «6» - смертельному поражению [6, 33, 214, 228]. Поскольку данная шкала является порядковой, она позволила вышеупомянутым Tengs et al. (2001) рассчитать коэффициент ранговой корреляции Спирмана между тяжестью состояния и уровнем качества жизни, который оказался равным -0,72, что указывает на наличие достаточно сильной зависимости. Доказано также наличие обратной взаимосвязи между показателями по шкале Rankin и SF-36, при этом Diaz-Tapia V. et al. (2008) отметили, что наихудшие показатели качества жизни были выявлены у пациентов, перенесших обширные инсульты в бассейне передней мозговой артерии, а также при наличии эмболической этиологии [5, 40, 53, 155]. Отрицательными факторами, влияющими на качество жизни, являются депрессия и большой объем потери серого вещества подкорковых ядер [61, 101, 189].

Делались также попытки анализировать качество жизни в связи с важными социальными параметрами. Например, Dayapoglu N., Tan M. (2010) путем изучения популяции 70 пациентов показали, что качество жизни у мужчин достоверно выше, по сравнению с женщинами [146]. Более высокие показатели наблюдались у пациентов с высоким уровнем образования, работающих, проживающих в городах, что вполне логично объясняется большим развитием стратегии копинга, наличием и качеством медицинской страховки, более простым доступом к медицинской помощи. Наконец, играют роль даже такие факторы, как уровень образования лица, непосредственно ухаживающего за больным. Вероятно, люди, имеющие медицинское образование, более глубоко понимают потребности пациента и могут более эффективно использовать медицинские и социальные ресурсы, а также обеспечить оптимальную среду для проведения реабилитационных мероприятий [101, 146, 182, 203, 222].

Играет роль и локализация патологического процесса: правополушарные инсульты, как правило, имели меньшее влияние на качество жизни, что обусловлено, в большей степени, сохранной функцией ведущей правой руки [54,

77, 112, 133]. Сведения о влиянии локализации ишемического очага на качество жизни малочисленны и не позволяют сделать однозначного вывода.

1.6. Качество жизни в восстановительном периоде инсульта

Сравнительно мало информации имеется также о долгосрочном влиянии перенесенного инсульта на качество жизни. Так, Dhamoon M.C et al. (2010) приводят результаты длительного наблюдения группы больных после первого ишемического инсульта. Оценка результатов проводилась с помощью опросника Spitzer QLI, ориентированного на 5 аспектов жизнедеятельности: активность, обычные повседневные действия, здоровье, нуждаемость в помощи, ощущение окружающей обстановки. Результат выдается по 10-балльной шкале. В исследовании использовали индекс Бартела и шкалу MMSE, как показатели общего функционального состояния и психического функционирования. В качестве контрольных дат были выбраны точки (с момента инсульта) – 6 месяцев, 1 год, 1,5 года, далее – ежегодно в течение 5 лет. Было показано, что независимо от тяжести состояния, наличия осложнений инсульта, качество жизни постоянно и стабильно снижается, в среднем - на 0,1 балла в год. Однако наиболее интересным выводом, сделанным авторами Dhamoon M.C. et al. (2010) оказалось то, что снижение качества жизни наблюдалось только среди пациентов, имеющих государственную страховку Medicaid или не имеющей таковой вообще. В группе же пациентов, имеющих частную страховку, качество жизни не снижалось, что указывает на значимость доступности реабилитационных услуг как фактора качества жизни [154, 158]. Авторы также акцентировали внимание на необходимости отдельно рассмотреть связь между постинсультной депрессией и качеством жизни [7, 10, 45, 194, 207, 242]. В краткосрочных исследованиях в течение года (тестирование пациентов проводилось на сроках 3, 6 и 12 месяцев после перенесенного инсульта) улучшение было незначительным и нестабильным. В качестве метода оценки Jonkman E.J, de Weerd A.W и Vrijens N.L (1998) использовали опросник SIP (Sickness Impact Profile), его версия SA-SIP30 адаптирована для больных с инсультом, а также тест Векслера (Wechsler Adult

Intelligence Scale) для измерения когнитивного статуса [44, 93, 172, 224]. Наиболее важными факторами, отрицательно влияющими на качество жизни, оказались депрессия и выраженность парезов [63, 75, 114, 173, 234]. Suenkeler I.H., Howak M., Misselwitz B. et al. (2002) показали, что интегральный психический компонент теста SF-36, а также показатели PF и SF достоверно снижались в период 6-12 месяцев с момента заболевания, при этом, отсутствовала их взаимосвязь с неврологическим статусом [224]. Благоприятное влияние на качество жизни оказывают мужской пол, отсутствие сахарного диабета и депрессии [8, 34, 67, 115]. Половые различия наблюдаются как в физическом, так и психологическом компонентах качества жизни. Для женщин характерна более высокая степень тревожности [65, 84, 94, 142].

Норвежские авторы Ronning O.M., Stavem K. (2008), напротив, указывают на то, что у пациентов старше 60 лет в период от 1 до 6 месяцев с момента возникновения инсульта компоненты PCS и MCS прогрессивно улучшаются. Им удалось выявить следующие прогностические предпосылки: у больных с более высокими значениями PCS и MCS на сроке 1 месяц было меньше шансов продемонстрировать хорошее улучшение (попадание, как минимум, в верхний квартиль) на более поздних сроках восстановления [20, 55, 73, 139, 209, 212].

Исследования многолетнего характера также достаточно редки. Группа австралийских исследователей (Paul SL, Sturm JW, Dewey HM, Donnan GA, Macdonell RA, Thrift AG., 2006г.) приводит собственные результаты по наблюдению группы больных в течение 5 лет. Показатель качества жизни у 23% больных находится, при этом, на крайне низком уровне: ниже 0,1. Наилучшие показатели обнаруживаются у пациентов мужского пола, обладающих более высокой степенью независимости в повседневной жизни [1, 190, 199]. Опубликованы интегральные исследования, в которых авторы делали попытку связать качество жизни с множеством параметров, в частности: возраст, пол, степень ограничения подвижности, раса, наличие сопутствующей патологии, сохранность функции руки. Наличие подтвержденных взаимосвязей указывает на необходимость принимать эти параметры в расчет при разработке

индивидуальной программы реабилитации пациента с самого начала заболевания [37, 116, 175, 182].

Определяющие факторы качества жизни не являются фиксированными, и в разные моменты после инсульта отличаются. Так, на сроке 1 год низкие значения физического компонента здоровья могут быть ассоциированы с женским полом, наличием сахарного диабета, наличием когнитивных расстройств [90, 95, 119, 188, 195, 241]. Через 3 года после инсульта плохое физическое состояние ассоциируется с гипертензией, наличием когнитивных расстройств, недержанием мочи. При этом, возраст старше 75 лет является фактором более низкого физического здоровья после перенесенного инсульта [103, 153, 221].

В последнее время также получают распространение варианты опросника SS-QOL (Stroke-Specific Quality Of Life) как более специфичного и чувствительного. Данный опросник был разработан Williams L.S. и соавторами в 1999 г. на основании опроса больных с инсультами. Он учитывает 12 основных функций, страдающих при инсультах: энергичность, семейная роль, язык (говорение), подвижность, настроение, личность, самообслуживание, социальная роль, мышление, функция верхней конечности, зрение, работоспособность. Опросник включает 78 вопросов, при этом, каждой указанной функции соответствует не менее 3 вопросов. По мнению авторов, разработанный ими опросник по чувствительности аналогичен SF-36, но особый вес имеют нарушения, значимые именно для больных с инсультом: речь, подвижность, семейный статус и функция руки [236, 244].

1.7. Применимость индекса Бартела в исследованиях

В связи с тем, что наиболее распространенный опросник SF-36 мало затрагивает важные для больного инсультом стороны жизнедеятельности: самообслуживание и потребность в посторонней помощи – исследователи, как правило, применяют дополнительно различные методы оценки повседневной активности. Наиболее употребительным является индекс Бартела (Barthel Index), предложенный Mahoney F.I. и Barthel D.W. в 1965 г. [188, 189]. Данный опросник

включает 10 вопросов, на которые может ответить сам пациент или ухаживающие за ним лица. Существует также альтернативный вариант из 5 пунктов, включающий только вопросы относительно перемещения, мытья, пользования туалетом, подъема по лестнице и мобильности. Hobart J.C. и Thompson A.J считают этот вариант эквивалентным полной версии [20, 31, 43, 169]. Существуют и расширенные варианты. Индекс Бартела коррелирует с рядом показателей, входящих в индекс SF-36 и рассматривается некоторыми исследователями как самостоятельный показатель, отражающий качество жизни и исход заболевания [50, 54, 120]. Аналогично SF-36, данный опросник может применяться как лично, так и путем телефонного интервью или почтовой рассылки [141]. Недостатком индекса Бартела, как и многих других, является наличие эффекта «верхнего предела», то есть он эффективно выявляет большие (грубые) нарушения функционального состояния, сохраняя высокие значения при наличии слабых нарушений [149, 165].

1.8. Инсульт и депрессия

По мнению многих исследователей (Белокоскова С.Г., 2012г., Боголепова А.Н., 2013г., Мамина Н.Ш., 2013 г., Кузнецова С.М., 2014г., Shi YZ, 2016г., Mutai H., 2016г.) депрессия играет ключевую роль в снижении качества жизни при инсультах, поэтому данному состоянию уделяется действительно большое и заслуженное внимание [7, 8, 15, 57, 65, 191, 194, 218]. Постинсультная депрессия (ПД) коррелирует со степенью инвалидности [17, 32, 129] и является наиболее частым психиатрическим осложнением инсульта [21, 48, 49, 156, 157]. В общей популяции пациентов, перенесших инсульт, депрессию диагностируют у 30-44% больных, в отделениях интенсивной терапии – у 35-47%, в отделениях реабилитации – у 35-72%, при этом, постинсультная депрессия несколько выше у находящихся дома больных, чем у пациентов реабилитационных центров [17, 29, 62, 164]. Пик возникновения депрессии приходится на первые 3-6 месяцев после перенесенного инсульта, причем у 46% больных она развивается в первые 2 месяца и только у 12% – через год [23, 49, 185]. Постинсультную депрессию,

развившуюся в первые 3 мес после инсульта, называют ранней, она чаще наблюдается у женщин; поздней ПД, в основном, страдают мужчины [106, 166]. Длительность постинсультной депрессии составляет от 12 до 18 месяцев [174, 197]. Длительность ПД, по мнению ряда авторов, зависит от бассейна кровоснабжения, в котором произошел инсульт.

Большая продолжительность депрессивного эпизода отмечается у пациентов с инсультом в бассейне средней мозговой артерии, нежели в вертебробазилярном бассейне [3, 105, 201].

Доказано, что депрессия негативно влияет на когнитивные функции, повседневную активность пациента и повышает риск смертности в первый год после инсульта. Пациенты с выраженной депрессией отличаются большей степенью неврологического дефицита, а также худшим долгосрочным прогнозом [15, 22, 51, 193]. По данным Kauhanen M.L et al. (2000г.), Lewin-Richter A et al. (2015г.), малая депрессия встречается гораздо чаще – в 42…53% случаев, большая депрессия – в 9…16% случаев [74, 198]. Степень депрессии коррелирует с выраженностью когнитивных нарушений [26, 38, 204, 215]. Наиболее зависимыми являются память, невербальный компонент решения вопросов, внимание и скорость психомоторной реакции [42, 118, 150]. Отмечено, что депрессивные пациенты более зависимы в повседневной жизни, в отличие от таких же больных без депрессии [117]. Риск развития большой депрессии увеличивается при наличии дисфагии [168]. Tenev T., Robert G. (2010) выявили, что депрессия повышает вероятность летального исхода. Так, в наблюдении исследователи обнаружили, что вероятность смерти пациентов с малой или большой депрессией была в 3,4 раза выше, а среди пациентов с депрессией и низкой социальной контактностью умерло более 90% больных [230].

Наконец, депрессивные пациенты проявляют меньшую степень заинтересованности и вовлеченности в процесс реабилитации, поэтому и функциональные результаты этой группы обычно ниже [74, 86, 92, 218, 240].

Реальная распространенность ПД остается неизвестной. Это связано не только с методическими сложностями организации исследований, но и с

трудностью распознавания и оценки тяжести состояния. Часто встречается как гиподиагностика (например, вследствие когнитивных нарушений и деменции, имеющихся у больных после инсульта, т.к. больные не могут самостоятельно описать свои эмоции, сформулировать жалобы), так и гипердиагностика из-за смешивания соматических и психологических симптомов. Анозогнозия (игнорирование основного заболевания) может быть причиной того, что пациенты отрицают депрессивные жалобы, несмотря на то, что многие проявления депрессии заметны для окружающих [108, 243]. Важной проблемой диагностики является отсутствие у врачей соответствующей подготовки и знаний о депрессии [121, 227]. Наконец, большинство диагностических тестов разрабатывались и испытывались на пациентах с первичной депрессией без грубой соматической патологии, а применение этих тестов требует адекватного восприятия текста или устной речи, что делает их неприменимым у больных с различными видами афазии [68, 71, 210]. Для правильной диагностики депрессии врачам следует ориентироваться, в первую очередь, на психологическую, а не соматическую симптоматику, т. к. многие симптомы являются общими как при инсульте, так и при депрессии, например: расстройства сна, снижение аппетита, сложность сосредоточения, что может также вызывать гипердиагностику тревоги и депрессии. В последнее время важную роль в развитии именно соматизированного варианта ПД отводят такой личностной черте, как алекситимии - неумении больного идентифицировать и описать свои ощущения, т.е. вербализовать душевные переживания и эмоции. Наличие алекситимии затрудняет общение с больным и осложняет выявление даже типичной депрессии [65, 105, 216, 239]. По данным некоторых исследователей Мамина Н.Ш. (2013г.), Paradiso S. (2013г.), алекситимия чаще развивается у пациентов с поражением недоминантного полушария головного мозга [11, 65, 198]. У пожилых пациентов с фоновыми когнитивными нарушениями возможно «наслоение» симптоматики, т.к. депрессия, сама по себе, нарушает когнитивные функции. Вполне логично, что при оценке тяжести постинсультной депрессии необходимо применять набор методик, характеризующих состояние в целом, а не только изолированную шкалу

депрессии, поэтому обычно в комплекс обследования необходимо включать опросник SF-36, индекс Бартела, шкалу Rankin, индекс MMSE и ряд других [88, 124, 178].

По данным Hackett M.L., собранным за период с 1977 г. по 2013 г., депрессия встречалась, в среднем, у 33% больных с инсультом, при этом выраженность депрессии было практически одинаковым как в острой фазе инсульта, так и в позднем восстановительном его периоде [165]. Более поздними исследованиями показано, что частота депрессии возрастает через несколько недель после начала заболевания, когда больной, напротив, начинает адаптироваться к своему состоянию. При этом, далеко необязательно депрессия сохраняется в позднем восстановительном периоде инсульта, и наоборот, что подтверждает динамический характер этого состояния [11, 48, 123, 181]. В течение 6 месяцев с момента заболевания наблюдаются различные изменения взаимосвязей между расстройствами настроения, с одной стороны, и размером очага поражения, степенью когнитивных нарушений, физической активностью и качеством социальных связей, с другой. Наиболее выраженная депрессия, по мнению Robinson R.G. и соавт. (1984), наблюдается у больных с поражением левой лобной доли, а тяжесть прямо зависит от близости очага к переднему полюсу доли [209]. Wichowicz H.M., Gąsecki D., Landowski J., Lass P. (2015г.) нашли связь между ПД и поражением лобных долей или базальных ганглиев, а также со степенью функционального улучшения в течение года после инсульта [243]. Если же депрессия дебютирует через 1 год после развития ОНМК, то прослеживается связь с поражением правого полушария головного мозга [21, 106, 117, 229]. Другие исследователи отрицают взаимосвязь между расположением патологического очага и выраженностью депрессии [23, 191].

ПД имеет специфические черты относительно «классической» эндогенной депрессии. Так, реже встречается дисфория (особенно при поражениях правого полушария), более выражены вегетативные проявления [17, 208]. Чаще выявляется изолированность от общества. Steuwe C, Beblo T., Driessen M., et al.

(2016г.) отмечали более низкую частоту меланхолии и циклических расстройств, при большем количестве соматических симптомов [220].

ПД – частое осложнение ИИ, однако диагностируется она далеко не во всех случаях и еще менее эффективно лечится [18, 24, 61, 167, 202]. 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. Ключевые проблемы обычно состоят в следующем: либо врач не рассматривает данное состояние как проблему, требующую лечения, либо в связи с тяжестью или значимостью соматических симптомов, депрессивная симптоматика остается не диагностированной. Около 80% случаев ПД не получает какого-либо внимания. В любом случае, терапевтические подходы достаточно стандартны и включают психотерапию, медикаментозные методики, реже применяют электросудорожную терапию [7, 32, 109, 223]. Поскольку у значительной части больных после инсульта имеются речевые и (или) когнитивные расстройства, проведение психотерапии часто затруднено или даже невозможно [86, 92, 150, 226].

Вместе с тем, реальные преимущества применения антидепрессантов в терапии депрессии после инсульта до конца не выяснены. Контролируемых исследований по эффективности применения антидепрессантов в решении этой проблемы сравнительно мало. 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 [26, 189, 240]. Вместе с тем, профилактическое назначение антидепрессантов не показано и не дает ожидаемого эффекта [23, 84, 142, 215].

1.9. Основные подходы к коррекции качества жизни

Принципиально данный вопрос кажется очевидным: качественное лечение должно приводить к повышению (или, по крайней мере, к отсутствию снижения)

качества жизни. Из-за тяжести состояния пациентов часто имеются ограничения по спектру возможных клинических испытаний и исследований. Вероятно, именно поэтому влияние конкретных методов реабилитации и лечения на последующее качество жизни пациентов мало систематизировано.

Проводимое с момента поступления лечение достаточно стандартизовано и оставляет мало возможностей для вариации. Однако имеются различия между пациентами, проходившими курс лечения в обычном отделении неврологического профиля, и в специализированном отделении ОНМК, а именно: более высокие значения индекса Бартела, лучшие показатели качества жизни, более высокая повседневная активность в пользу последнего, что связано с наличием в таких отделениях более высокого уровня психологической поддержки, обучения членов семьи, осуществляющих впоследствии уход за больным, индивидуального подхода к ведению пациента [136]. Фармакологическая терапия также способна влиять на качество жизни. Назначение препаратов клиническим фармакологом совместно с лечащим неврологом с первых дней заболевания, с информированием пациента и родственников о возможных побочных эффектах и взаимодействиях препаратов, с последующими визитами лечащего врача к пациенту на дом и коррекцией лечения, приводит к стабилизации показателей, тогда как при стандартном «схемном» подходе к терапии, качество жизни прогрессивно снижается. Авторы называют данный подход «интенсивной фармакотерапией». Несомненно, эффект связан не только с более качественным лечением основной патологии, но и терапией ряда заболеваний, также играющих ключевую роль в определении качества жизни: артериальная гипертония, сахарный диабет, гиперлипидемия [24, 30, 44, 97, 113, 171].

Т.о, анализ качества жизни 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, на наш взгляд, является оценка эффективности лечащим врачом и самим пациентом сочетания лечения антидепрессантом в купировании тревожно-депрессивных расстройств,

разработка индивидуальной программы реабилитации для пациентов на различных ее этапах, в т.ч. на амбулаторном этапе, в повышении качества жизни 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.

1.10. Возможности прогнозирования восстановления после инсульта

Основными прогностическими критериями восстановления после ишемического инсульта являются возраст больного, исходная тяжесть инсульта[35, 96, 147, 177], выраженность в остром периоде нарушений уровня сознания, менингеальных симптомов, наличие дезориентации, наличие артериальной гипертонии, кардиальной патологии, сочетания у больного нескольких факторов риска, наличие повторных инсультов. Одним из важнейших моментов в прогнозе и восстановлении нарушенных функций является время с момента начала заболевания до поступления в клинику. Госпитализация больных в пределах "терапевтического окна" приводит к наиболее выраженному регрессу очаговых неврологических нарушений [11, 221].

Возможность жить самостоятельно после инсульта во многом зависит от снижения двигательной недостаточности и восстановления двигательной функции. Возможность точного предсказания моторного восстановления помогает в планировании реабилитации и ставит реалистичные цели для врачей и пациентов. Однако индивидуальные особенности пациентов делают верные прогнозы малодоступными. Для улучшения потенциала прогностической

точности объединяют возможности нейровизуализации (МРТ головного мозга с высоким разрешением), генотипирования, нейрофизиологической оценки нейронной пластичности и составление математических моделей восстановления утраченных функций [98, 225].

История прогнозирования исходов инсульта насчитывает не одно десятилетие. Оценивая разработанные модели, следует принимать во внимание, как точность прогноза, так и возможность практического применения. Наиболее удобной является такая модель, которая включает лишь общедоступные параметры, не требует дорогостоящих исследований и больших трудозатрат [167, 235].

Во всех работах для прогнозирования исходов инсультов необходимо применение МРТ головного мозга с высоким разрешением, что возможно выполнить только в случае стационарного лечения и весьма затруднительно в восстановительном периоде.

Прогнозирование функционального исхода бросает вызов многим клиницистам, отчасти из-за сложности состояния, а также из-за отсутствия утвержденных прогностических моделей. В последнее время увеличивается изучение по предсказанию восстановления верхней конечности после инсульта [11, 237]. Разработаны и продолжают разрабатываться способы прогнозирования отдаленных исходов цереброваскулярных заболеваний с определением вероятности развития первичных и повторных нарушений мозгового кровообращения [99]. Suzuki в 2013г. разработал математическую модель восстановления когнитивной функции в раннем восстановительном периоде инсульта, используя оценку по шкале MMSE [226]. Результаты Челет К., Саваки Л. (2016) показывают, что значительная нейропластичность может привести к восстановлению моторного дефицита почти через два года после ишемического инсульта у пациента с тяжелыми двигательными нарушениями [35].

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 качества жизни больных [96]. 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. [222, 233]. Преимуществами математических моделей являются объективизация отбора пациентов, возможность широкого применения и отсутствие дополнительных финансовых затрат [25, 232, 240]. В то же время, ранняя оценка прогноза позволяет разрабатывать индивидуальные программы реабилитации и контролировать их эффективность на разных сроках восстановления после инсульта [187, 246].

Отсутствие доступного способа вычисления возможных показателей качества жизни у больных в восстановительном периоде ишемического инсульта является препятствием к изучению вопроса реабилитационного потенциала пациента, который может быть весьма актуальным.

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Клиническая характеристика обследованных больных

Было обследовано 257 пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) в возрасте от 44 до 80 лет. Исследование проводилось на базе специализированного неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения ГБУЗ ОКБ№3 г. Челябинска. Отбор больных проводился методом случайной выборки. Диагноз ишемического инсульта был подтвержден при проведении МСКТ (выполненной на аппарате GE Bright Speed, 16 срезов) головного мозга у 257 (100%) больных и/или МРТ головного мозга (выполненной на аппарате Siemens MAGNETOM ESSENZA 1,5T) у 97 (37,6%) пациентов. Тип и локализация инсульта классифицировались в соответствии с требованиями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-X).

Основаниями для включения в исследование явились следующие критерии:

- наличие острого ишемического инсульта в каротидной или вертебрально-базилярной системе в течение предшествующих 7-14 дней, сопровождающегося очаговой неврологической симптоматикой;
- подтвержденный при помощи данных нейровизуализационного исследования (МСКТ и/или МРТ) характер инсульта;
- пациент мужского или женского пола, в возрасте от 40 до 80 лет (включительно);
- отсутствие изменения сознания.

Критериями невключения в исследование явились:

- повторный инсульт в каротидной или вертебрально-базилярной системе;
- признаки внутримозгового кровоизлияния, по данным МРТ или КТ головного мозга;
- афазия, препятствующая заполнению шкал по шкалам оценки качества жизни и/или депрессии;
- наличие злокачественного новообразования;

- неконтролируемая артериальная гипертония или ортостатическая гипотония с клиническими проявлениями;

- показания для хирургического вмешательства на сонной артерии в течение 3 месяцев;

- нетрудоспособность (индекс mRS > 1), полученная до настоящего инсульта (ревматологические заболевания, последствия травм и др.);

- наркомания, хронический алкоголизм;

- тяжелые когнитивные расстройства или деменция.

Состояние больных оценивали в остром периоде инсульта (в первые 7-14 суток от начала заболевания), средний срок с момента начала заболевания составил 9,62±1,46 дней. Указанные сроки проведения тестов были выбраны нами потому, что к этому времени общее состояние больных стабилизировалось, уменьшались или регрессировали признаки отека головного мозга [55].

Все исследования, в соответствии с международными этическими требованиями, проводились при наличии информированного согласия самих пациентов (при сохраненном понимании речи) и/или их ближайших родственников.

Катамнестическое наблюдение осуществлялось через 3, 6 и 12 месяцев на амбулаторном этапе в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта (РВП ИИ).

Распределение пациентов в зависимости от бассейна поражения выглядело следующим образом: инфаркт мозга в бассейне ЛСМА (ИМ ЛСМА) – 110 - 42,8% пациентов, инфаркт мозга в бассейне ПСМА (ИМ ПСМА) – 94 - 36,5% пациента, инфаркт мозга в вертебро-базилярном бассейне (ИМ ВББ) – 53 - 20,7% пациента.

Средний возраст пациентов составил 58,1±8,6 лет, Me=58 (40-79). Распределение больных по возрасту внутри групп представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по возрасту в зависимости от бассейна поражения

Возраст больных	ИМ ЛСМА		ИМ ПСМА		ИМ ВББ		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
40-49 лет	25	9,7	18	7	8	3,1	51	19,8
50-59 лет	42	16,3	33	12,8	27	10,5	102	39,6
60-69 лет	30	11,7	27	10,5	14	5,5	71	27,7
70-79 лет	13	5,1	16	6,2	4	1,6	33	12,9
Всего:	110	42,8	94	36,5	53	20,7	257	100

Примечание: ИМ ЛСМА – инфаркт мозга в бассейне ЛСМА, ИМ ПСМА – инфаркт мозга в бассейне ПСМА, ИМ ВББ – инфаркт мозга в ВББ.

Из таблицы 1 видно, что пациенты были преимущественно из возрастных групп 50-59 лет и 60-69 лет (39,6% и 27,7%, соответственно).

В соответствии с выраженностью пареза и степени зависимости от посторонних лиц, оцениваемых с помощью Шкалы инсульта Национального института здоровья (NIHSS) и модифицированной шкалы Rankin (mRS), все пациенты были разделены на три группы.

В первую группу были включены пациенты с ИИ легкой степени тяжести: неврологическая симптоматика выражена незначительно. У пациентов выявлено небольшое снижение силы до 4-5 баллов, без ограничения объема активных движений при углометрии. Индекс нарушения моторной функции в этой группе был ≤ 2 баллов, общий балл по шкале NIHSS - до 6, и индексом, составляющим менее 3 баллов, по шкале mRS.

Вторую группу составили пациенты с ИИ средней степени тяжести, у которых наблюдалось преобладание очаговой симптоматики над общемозговой, не было расстройств сознания. Сила в парализованных конечностях составляла 2-3 балла. Индекс нарушения моторной функции в этой группе был 3-5 баллов, общий балл - 7-13 по шкале NIHSS и индексом, составляющим 3 балла, по шкале mRS.

В третью группу вошли пациенты с тяжелым ИИ, у которых инсульт протекал с общемозговыми нарушениями, грубым очаговым неврологическим дефицитом (сила в конечностях - 0-1 балл), в дебюте часто были нарушения сознания. Индекс нарушения моторной функции в этой группе был не менее 5 баллов, общий балл - более 14 по шкале NIHSS и индексом, составляющим 4 или 5 баллов по шкале mRS [125,184]. Результаты распределения больных по возрастным категориям представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по возрастным категориям в зависимости от степени тяжести ишемического инсульта

Возраст больных	Степень тяжести состояния							
	Легкая (1 группа)		Средняя (2 группа)		Тяжелая (3 группа)		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
40-49	24	9,3	13	5,1	11	4,3	48	18,7
50-59	32	12,5	45	17,5	32	12,5	109	42,5
60-69	29	11,3	19	7,4	24	9,3	72	28
старше 70	5	1,9	9	3,5	14	5,4	28	10,8
Всего:	90	35,0	86	33,5	81	31,5	257	100

Из таблицы видно, что наиболее многочисленные группы также составили пациенты с 50 до 69 лет, в каждую группу набрано сопоставимое число больных.

Мужчин было 129 человек (50,1%), женщин – 128 (49,9%), т.е. группы были сопоставимы по полу (таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных по полу в зависимости от степени тяжести ишемического инсульта

Половая принадлежность	Степень тяжести состояния							
	Легкая (1 группа)		Средняя (2 группа)		Тяжелая (3 группа)		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	42	16,3	46	17,9	41	15,9	129	50,1
Женщины	48	18,7	40	15,6	40	15,6	128	49,9

Всего:	90	35,0	86	33,5	81	31,5	257	100

Преимущественной этиологической причиной ИИ у обследованных больных явилась АГ – у 257 (100%) больных, которая относится корригируемым фактором риска [35,99]. Кроме того, у части больных имелась сопутствующая патология: атеросклеротическое поражение ВСА, подтвержденное ТКДС и, по показаниям, церебральной ангиографией (ЦАГ), не требующее хирургического лечения – у 80 (31,1%) больных; сахарный диабет 2 типа был в анамнезе в стадии компенсации без инсулинотерапии у 15 (5,8%) больных, ожирение различной степени выраженности встречались у 21 пациента (8%); заболевания бронхолегочной системы в стадии компенсации (хронический бронхит) – 14 человека (5,4%), заболевания мочеполовой системы в стадии компенсации (хронический пиелонефрит, диффузная гиперплазия предстательной железы) у 10 пациентов (4%).

По патогенетическим подтипам ишемического инсульта по классификации TOAST (Adams H.P. et al, 1993) [25,41,54,99] обследованные больные распределились следующим образом: атеротромботический – 21,5%, кардиоэмболический – 13,4%, лакунарный – 32,3%, гемодинамический – 12,3%, неустановленной этиологии – 20,5%.

Пациенты основной группы имели среднюю длительность АГ 11,7±0,7 лет. У 145 (56,4%) больных применялись эхокардиография, у 112 (43,5%) пациентов - суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления.

К лицам, имеющим артериальную гипертензию, отнесены лица с систолическим АД (САД) > 140 и/или диастолическим АД (ДАД) > 90 мм.рт.ст. или САД < 140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст. при приеме гипотензивных препаратов. В основной группе среднее «рабочее» САД находилось на уровне 157,2±2,3 мм. рт. ст., среднее ДАД - 91,9±0,9 мм рт. ст. В анамнезе пациенты отмечали подъемы САД до 215,4±3,3 мм. рт. ст., диастолического — до 120,2±1,6 мм. рт. ст.. Распределение больных в зависимости от характера артериальной гипертензии представлено в таблице 4.

Таблица 4

Распределение больных основной группы в зависимости от тяжести артериальной гипертензии

Тяжесть АГ	N, % от общего числа больных
Изолированная систолическая	41 (16%)
3 степень (тяжелая)	126 (49%)
2 степень (умеренная)	77 (30%)
1 степень (легкая)	13 (5%)

Как следует из таблицы 4, среди больных основной группы преобладали пациенты с тяжелой и умеренной АГ.

Кризовое течение АГ в анамнезе и остром периоде инсульта было у 39 (15,1%) пациентов основной группы.

Систематичность антигипертензивной терапии до и после перенесенного инсульта показана в таблице 5.

Таблица 5

Регулярность антигипертензивной терапии у пациентов основной группы

	До инсульта	После инсульта
Без лечения	47%	1%
Курсами	30%	12%
Постоянно	23%	87%

Из таблицы 5 видно, что 47% пациентов до инсульта не получали лечения антигипертензивными препаратами, что, вероятно, связано с низкой приверженностью больных лечению из-за сложности режима приема и дозирования, стоимости медикаментов и плохой осведомленности населения об опасности тяжелых осложнений АГ, в том числе и о риске повторного инсульта. После перенесенного ИИ 87% пациентов придерживались лечения АГ, все пациенты основной группы в восстановительном периоде имели контролируемую АГ.

В восстановительном периоде инсульта в основной группе больных монотерапию получали 10% пациентов, комбинированную терапию 2 препаратами

- 43%, комбинированную терапию 3 препаратами - 38%, комбинированную терапию 4 препаратами - 9%.

В группу контроля вошло 30 человек (15 мужчин и 15 женщин), в возрасте от 46 до 70 лет, средний возраст – 57,2±8,1 года, проходивших лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ ОКБ №3 г. Челябинска с диагнозом: артериальная гипертония. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, сопутствующей патологии, степени и стадии АГ. Пациенты контрольной группы имели среднюю длительность АГ 12,1±0,6 лет. Распределение больных основной и контрольной групп по возрасту представлено в таблице 6.

Таблица 6

Распределение больных основной и контрольной групп по возрасту

Возраст больных	Основная группа		Группа контроля	
	абс.	%	абс.	%
40-49 лет	51	19,8	6	20,0
50-59 лет	102	39,6	12	40,0
60-69 лет	71	27,7	9	30,0
70-79 лет	33	12,7	3	10,0
Всего:	257	100	30	100

Пациенты обеих групп проходили обследование в стационаре, а спустя три месяца - амбулаторно. Группа контроля нам была необходима в начале исследования для решения первых двух задач исследования: оценить влияние ишемического инсульта на физическое, психическое, социальное функционирование пациентов в остром, раннем восстановительном периоде заболевания и определить особенности влияния локализации инсульта на качество жизни пациентов на фоне артериальной гипертонии. Ко всему прочему, пребывание в стационаре может влиять на снижение показателей КЖ, поэтому мы включили в исследование на этапе стационарного лечения и в раннем

восстановительном периоде (через 3 месяца) больных с диагнозом артериальная гипертония.

Пациенты, перенесшие ИИ, наблюдались в динамике и проходили тестирование дополнительно через 6 и 12 месяцев от начала заболевания. Пациенты с диагнозом: артериальная гипертония - тестирование через 6 и 12 месяцев от начала заболевания не проходили, т.к. основной задачей этого периода исследования была оценка динамики состояния больных после «мозговой катастрофы» в зависимости от варианта лечения, когда нет необходимости сопоставления с группой контроля. Все пациенты, перенесшие ИИ и больные с диагнозом «артериальная гипертония» закончили исследование. При невозможности приезда пациента в стационар для обследования и тестирования, проводился телефонный опрос и опрос по почте. В случаях грубого неврологического дефицита проводился осмотр и тестирование на дому.

2.2. Клинические методы исследования

Для оценки состояния пациента, наряду с общепринятыми методами обследования, нами были выбраны методики исследования: общий опросник жизни SF-36 Health Status Survey – общий опросник КЖ (1957) [45], шкала Бартела – для оценки степени зависимости от посторонней помощи (1965) [45], для выявления степени функциональных нарушений применяли шкалу Рэнкина (1988) [45]. Оценка неврологического статуса у пациентов ИИ в баллах проводилась по шкале оценки инсульта Национального Института здоровья (NIHSS) (1989) [45]. С помощью краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) – определяли состояние когнитивной сферы (1957) [45]. 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) [5,7,11]. Нами были выбраны наиболее часто используемые шкалы, построенные по типу опросников, позволяющие оценить функциональные последствия инсульта. Шкалы обладают хорошей

специфичностью и чувствительностью. Выбранные опросники достаточно просты в заполнении, не отнимают много времени и могут быть применены у пациентов с различной тяжестью состояния [11,14,18].

Больные самостоятельно заполняли опросники на разных сроках, которые определяли с учетом времени от начала инсульта: в стационаре - в остром периоде на 7-14 день лечения и восстановительном периоде – через 3 месяца после перенесенного ИИ, через 6 месяцев, через 12 месяцев. Однако ряд шкал (NIHSS, MADRS, Рэнкина и MMSE) представляют собой инструменты, оцениваемые клиницистом, и проводились обученным и квалифицированным исследователем.

2.3. Инструментальные методы диагностики

Всем пациентам проводилось комплексное обследование с применением лабораторных методов, включающее общие анализы крови и мочи, исследования биохимических показателей крови (креатинина, мочевины, билирубина, АЛТ, АСТ, уровня сахара, липидного состава, электролитного баланса), исследование системы гемостаза, электрокардиографии, рентгенографии грудной клетки и УЗИ внутренних органов при необходимости, офтальмоскопии, ТКДС брахиоцефальных артерий, ЦАГ, эхокардиоскопии, холтеровского мониторирования, суточного мониторирования АД, мониторинг гемо- и гомеостаза, осмотр кардиолога. Консультации врачей смежных специальностей: ангиохирурга, нейрохирурга – проводились по показаниям.

План обследования и лечения строился в соответствии с федеральными стандартами оказания помощи больным с сосудистыми заболеваниями, утвержденными приказами Минздрава РФ.

При офтальмоскопическом исследовании глазного дна у 227 (88,3%) больных обнаруживались гипертоническая, у 30 (11,7%) смешанная (гипертоническая и атеросклеротическая) ангиопатия сетчатки. Офтальмоскопия была проведена всем больным. Аналогичные результаты получены в контрольной группе.

По данным транскраниального дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий (выполненной на аппаратах Philips EnVisor - HD и B - K Medical Type 2102), у 44 (17,1%) пациентов было выявлено утолщение комплекса интима-медиа внутренних сонных артерий, найдены атеросклеротические бляшки до 35-60% у 108 (42%) больных, у 79 (30,7%) - выявлена извитость внутренних сонных артерий, у 17 (6,1%) – извитость позвоночных артерии, у 5 (1,9%) - выявлена гипоплазия позвоночных артерий. Аналогичные результаты получены в контрольной группе.

Все больные ИИ получали лекарственную базисную терапию - максимально унифицированное лечение, направленное на нормализацию системной гемодинамики, гомеостаза, согласно федеральному медицинскому стандарту при инфаркте мозга. Коррекция тревожно-депрессивного расстройства проводилась в соответствии с федеральным стандартом оказания медицинской помощи, с использованием антидепрессанта (СИОЗС - эсциталопрам). В отделении для больных с НМК и сразу после выписки из стационара в восстановительном периоде для коррекции тревожно-депрессивного расстройства использовался антидепрессант в течение 12 недель. Для улучшения переносимости препарата в исследование был включен период постепенного повышения дозы с целью снижения частоты нежелательных явлений, которые могут сопровождать начало терапии антидепрессантом, в течение 7 дней. Использовался трехмесячный срок лечения антидепрессантом после ишемического инсульта, поскольку именно такая длительность терапии считается наилучшим компромиссом для получения наиболее информативной оценки окончательного функционального статуса [55]. Был включен 2-недельный период снижения дозы для обеспечения возможности постепенной отмены препарата с целью снижения вероятности появления нежелательных симптомов на фоне прекращения терапии.

В стационаре всем больным проводилась кинезотерапия (дозированная ходьба, ЛФК в группе и индивидуально с инструктором, массаж, механотерапия), эрготерапия, аппаратные физиопроцедуры (навенная лазеротерапия, магнитотерапия, электростимуляция), занятия с логопедом.

Все пациенты с легким и средне-тяжелым ИИ после лечения в стационаре в конце острого периода инсульта были разделены на две группы: часть больных направлялась на долечивание в санаторий (63 человека с ИИ в СМА и 30 - с ИИ в ВББ), а те больные, которые по каким-либо причинам, не связанным с тяжестью состояния, не были направлены в санаторий, находились под наблюдением невролога по месту жительства на амбулаторном лечении (60 человека - с ИИ в СМА и 23 - с ИИ в ВББ). Медицинский отбор больных, направляемых на санаторно-курортное долечивание, осуществлялся клинико-экспертной комиссией ГБУЗ ОКБ №3. Принципы отбора проходили, согласно постановлению губернатора Челябинской области от 18 апреля 2011 года №95-П «Порядок предоставления отдельным категориям граждан путевок на санаторно-курортные лечение» и от 15 февраля 2012 года №34 «О порядке направления на долечивание (реабилитацию) работающих граждан после стационарного лечения в санаторно-курортные организации Челябинской области». Большинство больных были направлены на долечивание из стационара в конце острого периода ИИ, согласно современным требованиям, не ранее 21 дня пребывания на стационарном лечении [24]. Средний срок с момента начала заболевания составил 21,3±0,82 дней.

Все больные с полушарным инсультом, которые прошли санаторно-курортное долечивание и пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении после выписки из стационара, также были нами распределены в две группы: пациенты первой группы придерживались разработанной для каждого индивидуальной реабилитационной программы (68 человек - с легким и средне-тяжелым ИИ и 28 - с тяжелым ИИ), пациенты второй группы (55 человек - с легким и средне-тяжелым ИИ и 26 с тяжелым ИИ) отказались соблюдать назначения врача или выполняли их в неполном объеме (меньше 70% предписанных занятий).

Индивидуальная программа реабилитации на дому включала: лекарственную терапию, физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция), механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия), массаж, трудотерапия, психотерапия и психологическое консультирование, логопедическая помощь, лечебная физкультура, технические

средства реабилитации, информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации, обучение пациента самообслуживанию, адаптационное обучение семьи пациента, содействие в решении личных проблем, обучение навыкам проведения досуга и отдыха.

2.4. Статистическая обработка результатов исследования

Статистическая обработка результатов наблюдений проводилась средствами пакета программ Microsoft Excell 7.0 (создана матрица данных), SPSS v.20. Основной описательной статистикой в анализе служат медианы показателей Me (Min; Max).

Для исследования различий между выборками парных измерений использован критерий Уилкоксона (критерий Фридмана для множественного случая). Существенность различий в показателях оценивалась относительно условных уровней значимости, равных 0,05 и 0,01. Критерий χ^2 применялся при анализе таблиц сопряженности величин, заданных в номинальной и порядковой шкалах для установления взаимосвязи между этими величинами, а также для установления факта статистической значимости отличий в медико-биологических показателях контрольной группы и групп неодинаковой локализации инсультов на различных сроках наблюдения.

Проверка равенства медиан по нескольким выборкам (тремя и более группами) осуществлялась с помощью непараметрического дисперсионного анализа (критерия Краскела-Уоллиса) с дальнейшим парным уточнением в рамках критерия Манна-Уитни. С целью построения моделей, предсказывающих качество жизни пациентов после перенесенного инсульта, использовался множественный линейный регрессионный анализ. В таблицах указан коэффициент β, который характеризует силу связи при отсутствии влияний со стороны других факторов и статистическая значимость силы связи между исследуемым фактором и зависимой переменной.

Для проведения корреляционного анализа использовался метод ранговой корреляции Спирмена (R). Силу корреляционной связи интерпретировали по

шкале Чеддока (0,1 <R <0,3 - слабая; 0,3 <R <0,5 - умеренная; 0,5 <R <0,7 - заметная; 0,7 <R <0,9 - высокая; 0,9 <R <1,0 - весьма высокая).

Таким образом, в настоящей работе обобщен клинический материал наблюдения 257 больных с ИИ, использованы современные диагностические методы. Помимо клинического обследования, всем пациентам проводилось исследование нейропсихологического статуса и выявление уровня тревожно-депрессивных расстройств. Проводилась статистическая обработка основных результатов.

ГЛАВА 3

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЙ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ОБУСЛОВЛЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНСУЛЬТА

3.1 Неврологический статус, самообслуживание и зависимость от посторонних лиц у пациентов с ишемическим инсультом

В клинической картине больных ИИ были выявлены следующие основные синдромы: когнитивных расстройств (84% случаев), глазодвигательных нарушений (16%), бульбарный синдром (14,6%), поражение черепных нервов (3,7%), афатические нарушения (29%), пирамидная симптоматика, параличи и парезы (64%), синдром чувствительных(74%), вестибулярных (34%), мозжечковых расстройств (22,6%).

При подсчете промежуточных данных мы получили, как и ожидалось, достоверно ($p<0,05$) более низкие результаты у больных в остром периоде ИИ практически по всем выбранным нами опросникам (общий опросник качества жизни SF-36, ШБ, mRs, краткая шкала оценки психического статуса MMSE, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала MADRS), в отличие от пациентов с гипертонической болезнью. Особенно в худшую сторону отличались характеристики двигательной активности, поэтому мы решили оценить показатели качества жизни в зависимости от степени ограничения двигательной активности больного. По степени тяжести пареза все пациенты были разделены нами на три группы (распределение пациентов на группы по степени тяжести описаны в главе 2).

Качество жизни включает различные аспекты жизнедеятельности человека: физическое благополучие, психическое состояние, познавательные функции, межличностные контакты, социальные связи, ролевое функционирование на

работе и дома, а также общее субъективное восприятие состояния своего здоровья [6,10,13]. В первую очередь, мы решили проанализировать основные из них: способность к самообслуживанию при помощи шкалы Бартела (рисунок 1) и степень зависимости от посторонних лиц (рисунок 3).

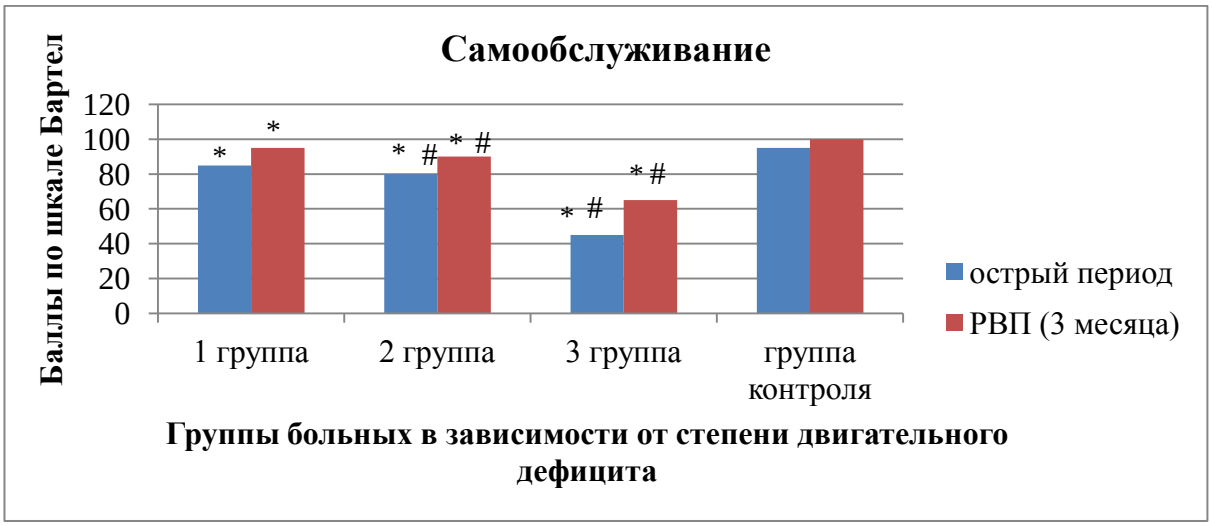


Рисунок 1 – Показатели двигательных функций (способность к самообслуживанию) в остром периоде и в РВП через 3 месяца в зависимости от степени тяжести ишемического инсульта

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

- наличие достоверного межгруппового отличия больных ишемическим инсультом на этапе стационарного лечения и в РВП через 3 месяца, $p<0,05$, (критерий Краскела-Уоллиса). Острый период 1и2#,1и3#,2и3#. РВП 1и3#,2и3#.

Получен относительно высокий показатель по шкале Бартела (ШБ) у пациентов первой и второй группы 85 (70…100) и 80 (35…100), соответственно ($p<0,05$). Это является логичным, поскольку с ее помощью оцениваются простейшие приемы обслуживания себя: прием пищи, перемещение, умывание, одевание, контролирование мочеиспускания и дефекации, сохраненные у больных с нетяжелой степенью выраженности неврологических расстройств. Однако показатели первых двух групп были достоверно ниже ($p<0,05$) в сравнении с показателями респондентов в группе контроля 95 (80…100). У больных третьей

группы показатели физической активности были низкими, что привело к снижению суммарного показателя шкалы до 45 (20…85), по сравнению с пациентами как первых двух исследуемых групп, так и контрольной группы ($p<0,05$). В динамике в РВП через 3 месяца статистически значимо ($p<0,05$) высокие баллы показали респонденты контрольной группы по сравнению с пациентами, перенесшими ИИ. При межгрупповом анализе больных с ИИ в РВП достоверно низкий балл был получен в третьей группе ($p<0,05$). Внутри каждой из исследуемых групп выявлено статистически значимое увеличение баллов по ШБ через 3 месяца ($p<0,05$). Увеличение баллов в группе контроля можно объяснить стабилизацией системной гемодинамики и лучшей адаптацией пациентов в домашних условиях (рисунок 2).

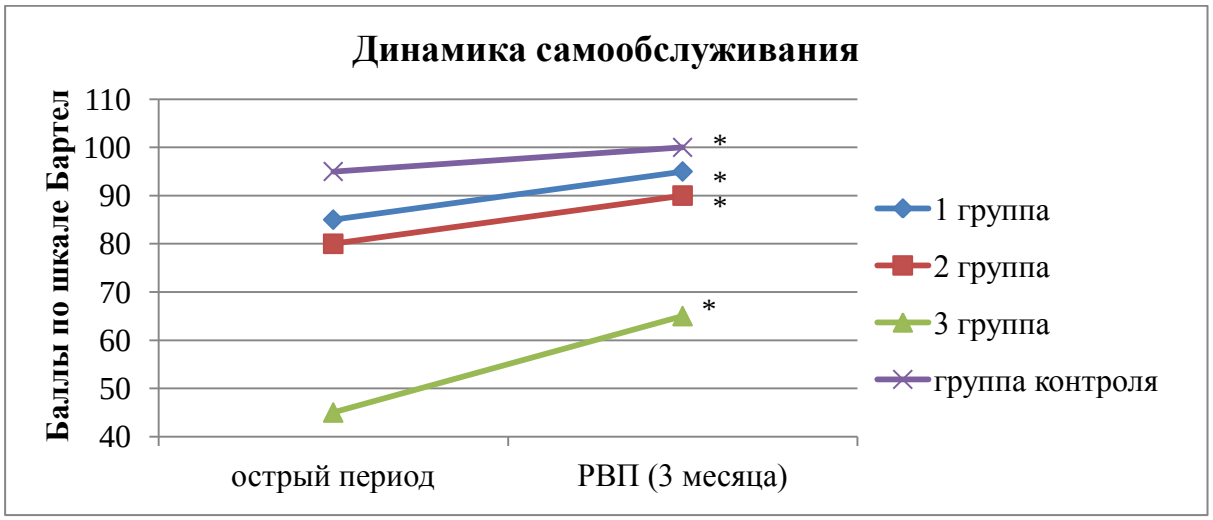


Рисунок 2 – Динамика показателей двигательных функций (способность к самообслуживанию) в остром периоде и через 3 месяца в зависимости от степени тяжести ишемического инсульта

Примечание: * - критерий достоверности различий показателей на этапе стационарного лечения и в амбулаторных условиях через 3 месяца, $p<0,05$ (критерий Уилкоксона)

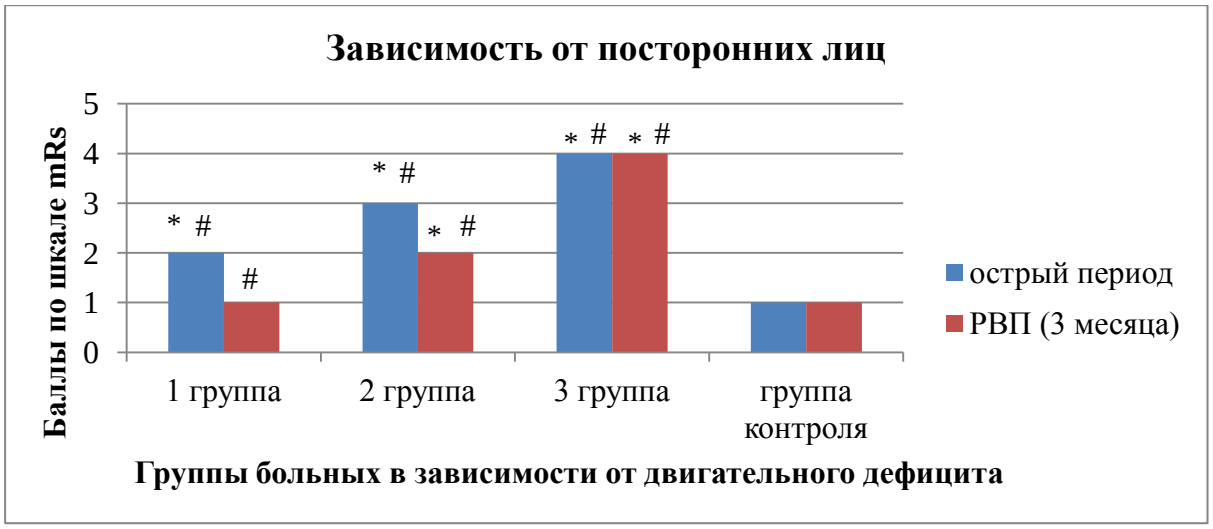


Рисунок 3 - Показатели двигательных функций (зависимость от посторонних лиц) в остром периоде и в РВП через 3 месяца в зависимости от степени тяжести ишемического инсульта

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

- наличие достоверного межгруппового отличия больных ишемическим инсультом на этапе стационарного лечения и в РВП через 3 месяца, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

По шкале Рэнкин пациенты с ишемическим инсультом во всех группах были в той или иной степени зависимы от посторонних лиц, в отличие от пациентов с артериальной гипертонией ($p<0,05$). Ко всему прочему, при межгрупповом анализе пациенты в остром периоде ИИ были ограничены в повседневной жизни, в зависимости от степени двигательного дефицита ($p<0,05$): наиболее нуждались в помощи пациенты 3 группы, их балл по mRs шкале был равен 4 (4…5), наименее зависимы были пациенты 1 группы, их балл по данной шкале был равен 2 (1…3) ($p<0,05$). В динамике в РВП через 3 месяца статистически значимо ($p<0,05$) низкий балл выявлен в контрольной группе и в 1 группе, 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 ($p<0,05$), однако пациенты первых двух групп имели легкую

нетрудоспособность или вообще не утеряли трудоспособность (т.е. относились к функционально независимым пациентам).

Было выявлено статистически значимое снижение балла по mRs через 3 месяца (p<0,05) только в группах с легким и средней степени тяжести ИИ. Пациенты третьей группы оставались неспособны передвигаться без посторонней помощи (рисунок 4).

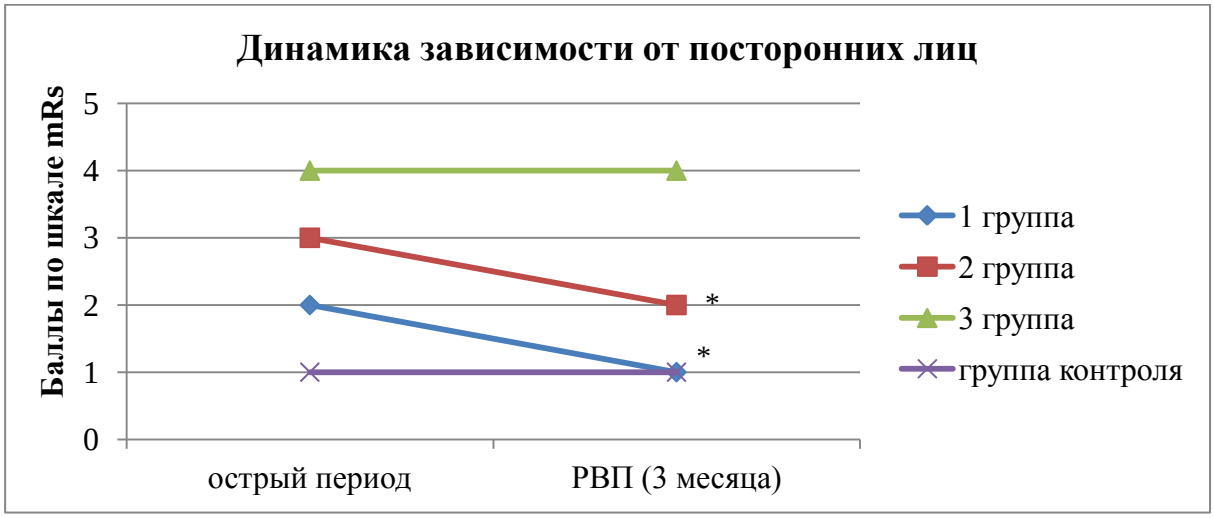


Рисунок 4 – Динамика показателей двигательных функций (зависимость от посторонних лиц) в остром периоде и через 3 месяца в зависимости от степени тяжести ишемического инсульта

Примечание: * - критерий достоверности различий показателей на этапе стационарного лечения и в амбулаторных условиях через 3 месяца, p<0,05 (критерий Уилкоксона)

У пациентов с ишемическим инсультом на фоне артериальной гипертонии проводилась оценка выраженности неврологического дефицита при помощи шкалы NIHSS для распределения пациентов по группам в зависимости от двигательного дефицита (рисунок 5).

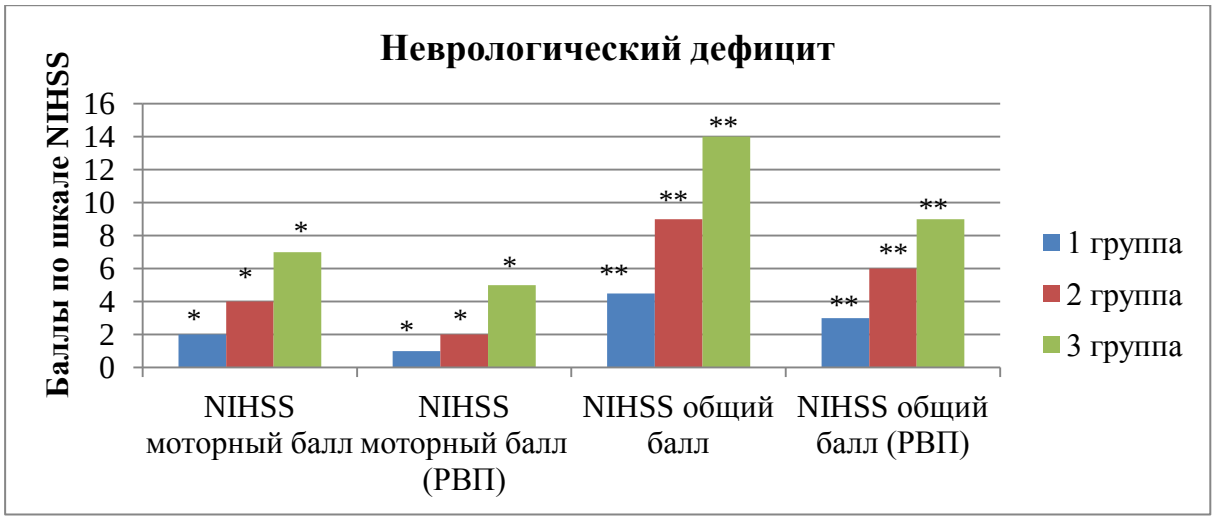


Рисунок 5 - Показатели неврологического статуса по шкале NIHSS у пациентов в остром периоде ишемического инсульта и в РВП через 3 месяца в зависимости от тяжести двигательного дефицита

Примечание: * - наличие достоверного межгруппового отличия по моторному баллу шкалы NIHSS у больных ишемическим инсультом на этапе стационарного лечения и в РВП через 3 месяца, $p<0,05$, (критерий Краскела-Уоллиса).

** - наличие достоверного межгруппового отличия по общему баллу шкалы NIHSS у больных ишемическим инсультом на этапе стационарного лечения и в РВП через 3 месяца, $p<0,05$, (критерий Краскела-Уоллиса).

Группы по выраженности неврологического дефицита достоверно отличались ($p<0,05$) по моторному и суммарному баллам на этапе стационарного лечения. В группе 1: 2 (0…3) балла и 4,5 (2…6), соответственно; в группе 2: 4 (2…5) и 9 (7…13), соответственно; в группе 3: 7 (6…9) и 14 (14…19), соответственно. Аналогичная тенденция сохранялась и в РВП через 3 месяца, однако отмечено достоверное уменьшение неврологического дефицита во всех исследуемых группах ($p<0,05$).

3.2 Качество жизни пациентов с ишемическим инсультом

Для более детального анализа показателей физической активности, а также выявления эмоционально-личностных изменений у лиц, перенесших ИИ, мы применяли опросник SF-36. Полученные нами результаты при анкетировании

больных в остром периоде ишемического инсульта значительно отличались, по сравнению с аналогичными данными контрольной группы. Как следует из таблицы 5, в группах пациентов ИИ были достоверно (p<0,05) снижены, прямо пропорционально тяжести поражения, показатели по различным шкалам, по сравнению с группой контроля: физическое функционирование (ФФ) 55 (20…85), 50 (0…90), 15 (0…60) и 70 (55…100); ролевое физическое функционирование (РФФ) 25 (0…100), 25 (0…100), 0(0…50) и 75(50…100), соответственно. Эти данные ярко иллюстрируют степень ограничения повседневной и профессиональной деятельности при ИИ, достигшие грубых у больных с выраженным двигательным дефицитом. При межгрупповом сравнении пациентов с ИИ на этапе стационарного лечения и в РВП выявлены достоверно (p<0,05) более низкие показатели по шкалам физическое функционирование и ролевое физическое функционирование у больных с тяжелым ИИ, по сравнению с легким и средней степени тяжести ИИ. Не было найдено статистически значимых отличий (p>0,05) между респондентами первой и второй группы по этим шкалам. В РВП только у пациентов первой группы показатели ФФ - приближались к обследуемым группы контроля, но так и сохранялись достоверно более низкими (p>0,05).

Таблица 7

Качество жизни больных в остром периоде ИИ и в РВП через 3 месяца в группах с различной степенью тяжести, в сравнении с контрольной группой (по опроснику SF-36)

Показатели качества жизни	**Балльная оценка (Me(Min-Max))**								**p***	**p#**
	Больные легким ИИ (n=90)		**Больные средне - тяжелым ИИ (n=86)**		**Больные тяжелым ИИ (n=81)**		**Контрольная группа (n=30)**			
	Стац. лечение	3 мес.	Стац. лечение	3 мес.	Стац. лечение	3 мес.	Стац. лечение	3 мес.		
Физическое функционирование	**55** (20…85)	**70** (35…90)	**50** (0…90)	**65** (45…90)	**15** (0…60)	**35** (10…70)	**70** (55…100	**80** (65…100	<0,05	1и3 2и3

Ролевое физическое функционирование	**25** (0…100)	**75** (0…100)	**25** (0…100)	**50** (0…100)	**0** (0…50)	**50** (0…75)	**75** (50…100)	**100** (50…100)	<0,05	1и3 2и3
Боль	**62** (10…100)	**82** (51…100)	**62** (22…100)	**84** (52…100)	**61** (21…100)	**70** (40…100)	**63** (41…100)	**84** (61…100)	>0,05 РВП 3иК	РВП 1и3 2и3
Общее здоровье	**50** (10…80)	**65** (25…87)	**50** (10…80)	**65** (40…92)	**40** (25…70)	**50** (30…70)	**67** (57…80)	**77** (65…87)	<0,05	1и3 2и3
Жизнеспособность	**50** (5…80)	**65** (30…90)	**50** (15…75)	**60** (40…85)	**40** (10…85)	**55** (15…85)	**65** (55…80)	**75** (60…90)	<0,05	1и3 2и3
Социальное функционирование	**62,5** (25…100)	**87,5** (37,5…100)	**62,5** (25…100)	**75** (50…100)	**37,5** (0…87,5)	**50** (0…75)	**75** (50…100)	**100** (75…100)	<0,05	1и3 2и3
Ролевое эмоциональное функционирование	**33,3** (0…100)	**66,6** (0…100)	**33,3** (0…100)	**66,6** (0…100)	**33,3** (0…66,6)	**66,6** (0…100)	**66,6** (33,3…100)	**100** (66,6…100)	<0,05	1и3 2и3
Психическое здоровье	**56** (28…88)	**70** (32…96)	**56** (24…92)	**68** (32…88)	**48** (24…80)	**60** (28…84)	**68** (52…88)	**80** (60…96)	<0,05	1и3 2и3
Физический компонент здоровья (суммарный)	**45,2** (34,5…58,0)	**48,8** (40,4…54,8)	**44,8** (32,0…57,0)	**47,6** (41…56,7)	**37,2** (28,6…50,8)	**41,4** (34,6…54,3)	**48,4** (39,5…55,4)	**50,8** (43…55,3)	<0,05	1и3 2и3
Психологический компонент здоровья (суммарный)	**42,2** (25,6…55,9)	**50,3** (28,5…60,9)	**40,3** (18,0…62,7)	**49,1** (29,9…61,4)	**38,2** (22,7…53,6)	**44,2** (25,6…55,9)	**49,0** (38,5…60,1)	**54,8** (47…62,4)	<0,05	

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

- наличие достоверного межгруппового отличия больных ишемическим инсультом на этапе стационарного лечения и в РВП через 3 месяца, p<0,05 (критерий Краскела-Уоллиса).

Нами проведен анализ и по другим шкалам, чтобы характеристика состояния больных была более полной. Так, отмечена закономерность,

аналогичная предыдущим данным, свидетельствующая о зависимости показателей шкал от степени тяжести состояния. Так, получены достоверно ($p<0,05$) низкие показатели у больных всех трех групп ИИ по шкалам: общее здоровье (ОЗ) – 50 (10…80), 50 (10…80),40 (25…70), соответственно, в отличие от группы контроля - 67 (57…80); социальное функционирование (СФ) – 62,5 (25…100); 62,5 (25…100); 37,5 (0…87,5), по сравнению с контрольной группой - 75 (50…100). При межгрупповом анализе у больных в остром периоде ИИ особенно низкими показатели были у пациентов третьей группы ($p<0,05$), которые отмечают ограниченными себя даже в общении с родственниками, друзьями, знакомыми. Аналогичные результаты получены и через 3 месяца.

Выявлены более низкие показатели у больных всех трех групп ИИ ($p<0,05$) по шкалам: жизнеспособность (Ж), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ), по сравнению с группой контроля. Мы полагаем, что это указывает на наличие у больных ИИ в остром периоде эмоциональных проблем, которые ограничивают трудовую деятельность, у пациентов отсутствуют положительные эмоции, понижен фон настроения, они жалуются на снижение сил и энергии. При этом, анализ эмоционально-личностных особенностей у больных ИИ не выявил достоверных межгрупповых различий у опрашиваемых легким и средней степени тяжести ИИ ($p>0,05$), но эти показатели были достоверно ($p<0,05$) ниже у пациентов с тяжелым ИИ.

Вместе с тем, на этапе стационарного лечения нами не найдено каких-либо тенденций по шкале боли (Б): у больных всех групп не было выраженных отличий в интенсивности боли и ее влияния на повседневную деятельность. Через 3 месяца тестируемые группы тяжелого ИИ показали статистически значимо ($p<0,05$) низкие баллы по шкале Б, по сравнению с группой контроля и пациентами легким и средней степени тяжести ИИ.

При подсчете суммарных показателей зафиксированы интересные наблюдения. Так, физический компонент здоровья (ФКЗ) был достоверно ниже ($p<0,05$) в группах больных ИИ: 45,2 (34,5…58,0) – у пациентов первой группы, 44,8 (32,0…57,0) – второй и 37,2 (28,6…50,8) – третьей группы, по сравнению с

группой контроля – 48,4 (39,5…55,4). При межгрупповом анализе у пациентов инсультом ФКЗ был достоверно снижен у лиц с тяжелым двигательным дефицитом (p<0,05). Показатель психологического компонента здоровья был достоверно ниже (p<0,05) в группах ИИ: 42,2 (25,6…55,9) - у пациентов первой группы, 40,3 (18,0…62,7) – второй и 38,2 (22,7…53,6) – третьей группы, по сравнению с группой контроля – 49,0 (38,5…60,1). При межгрупповом анализе у больных с ИИ не было найдено достоверных различий по показателю ПКЗ. Из этого следует, что независимо от степени двигательного дефицита, ИИ оказывает негативное влияние на эмоциональную сферу, являясь фактором риска развития постинсультной депрессии.

3.3 Тревога, постинсультная депрессия и когнитивный статус у пациентов с ишемическим инсультом в зависимости от степени тяжести состояния

Учитывая полученные данные, мы проанализировали частоту развития тревоги и депрессии у пациентов ИИ, в зависимости от степени двигательного дефицита и в сравнении с больными АГ. Уровень тревожно-депрессивного расстройства отличался у больных выделенных нами групп.

Уровень тревоги по шкале HADS составил 8(0…13) баллов - в группе легкого ИИ, 7,5(1…13) баллов – в группе средней степени тяжести ИИ, 12(6…21) баллов – в группе с тяжелым инсультом и 7 (3…11) баллов - в группе контроля. Достоверно (p<0,05) уровень тревоги был выше только у пациентов с тяжелым ИИ, в остальных группах показатели тревоги были на одинаковом уровне и соответствовали значению «субклинически» выраженная тревога.

Показатели депрессии по шкале HADS составили 6 (0…14) баллов – в группе легкого ИИ, 7(0…14) баллов – в группе средней степени тяжести ИИ, 10(4…20) баллов – в группе с тяжелым инсультом и 4 (0…11) балла – в контрольной, что статистически достоверно (p<0,05) ниже в отличие от всех групп пациентов с ИИ. При межгрупповом анализе опрашиваемых с ИИ, достоверно (p<0,05) выше показатели депрессии у больных третьей группы.

Уровень депрессии по шкале MADRS составил 8(3…20) баллов – в группе легкого ИИ, 9 (4…21) баллов – в группе средней степени тяжести ИИ, 20 (8…32) баллов – в группе с тяжелым инсультом и 4 (1…16) баллов – в группе контроля (рисунок 5) и это сопоставимо с данными, полученными при тестировании по шкале HADS (депрессия).

В первой группе было выявлено 30 пациентов с развитием тревоги и депрессии, что составило 33,3% от всех больных этой группы; во второй – 33 пациента (38,3% соответственно), в третьей – 54 пациента (67% соответственно). Достоверно выше ($p<0,05$) выявлен уровень тревожно-депрессивного расстройства у обследуемых больных третьей группы. Полученные результаты сопоставимы с данными литературы: в общей популяции пациентов, перенесших инсульт, подобные расстройства диагностируют у 30-44% больных, в отделениях интенсивной терапии – у 35-47%; в отделениях реабилитации – у 35-72% [10,15,17,21,51,101,138,156].

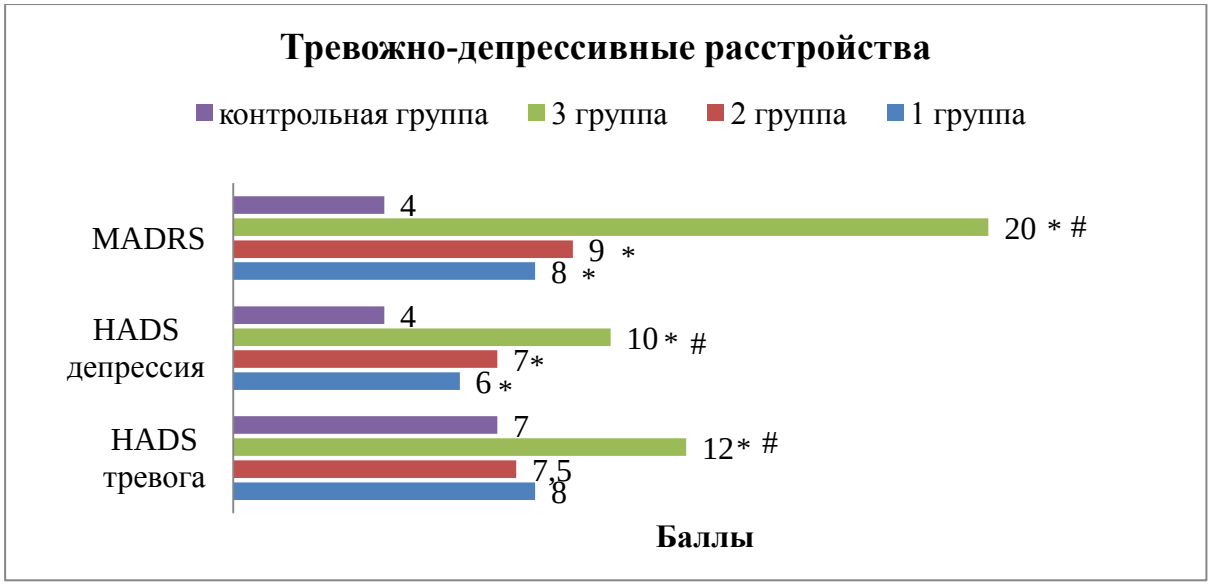


Рисунок 6 - Тревожно-депрессивное расстройство больных в остром периоде ИИ с различной степенью тяжести по шкалам HADS и MADRS, в сравнении с контрольной группой

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

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

Во всех исследуемых группах в первые 3 месяца отмечено достоверное снижение тревожно-депрессивных расстройств (p<0,05). Наиболее высокие статистически значимые (p<0,05) показатели выявлены в 3 группе пациентов, перенесших ИИ, достоверно (p<0,05) низкие баллы показали участники исследования в группе контроля.

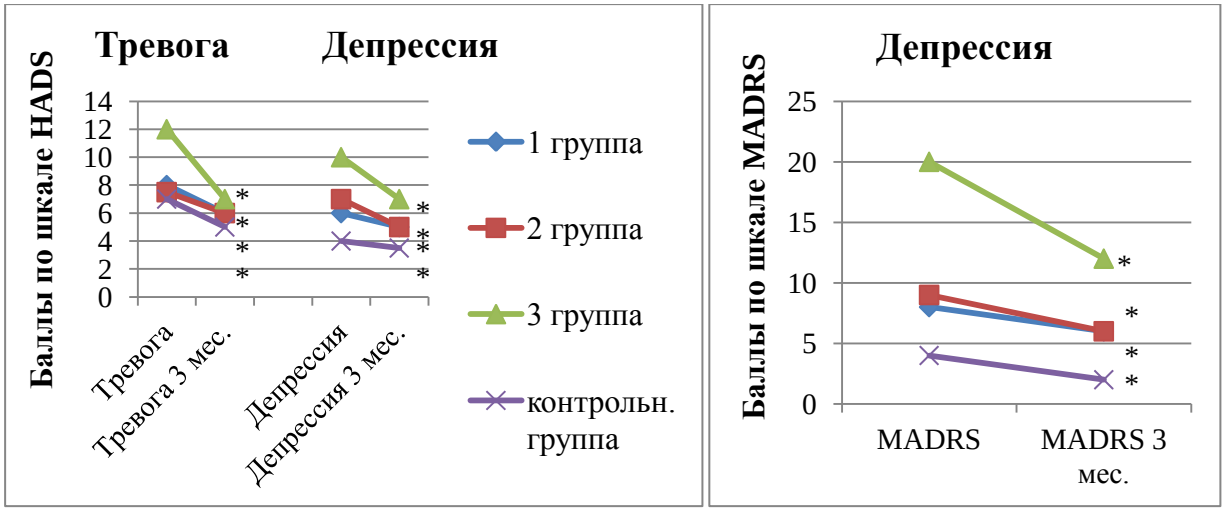


Рисунок 7,8 – Динамика тревожно-депрессивного расстройства в течение 3 месяцев у больных ИИ с различной степенью тяжести по шкалам HADS и MADRS, в сравнении с контрольной группой

Примечание: * - критерий достоверности различий показателей на этапе стационарного лечения и в амбулаторных условиях через 3 месяца, p<0,05 (критерий Уилкоксона)

Проводя исследование, мы обратили внимание на разную степень когнитивных функций у опрашиваемых пациентов. Поэтому мы протестировали наблюдаемых нами больных с помощью шкалы MMSE. При оценке когнитивного статуса по шкале MMSE у больных в остром периоде ИИ мы определили достоверное снижение (p<0,05) его уровня, по сравнению с пациентами, находящимися на лечении с диагнозом АГ: до 26 баллов (22…30) в группе легкого ИИ, до 26 баллов (19…30) в группе средней степени тяжести ИИ, до 22 баллов (14…29) в группе тяжелого ИИ и 28,5 (26…30) баллов - в группе контроля. Полученные нами данные соответствуют современным представлениям об острых

нарушениях мозгового кровообращения, поскольку известно, что инсульт приводит к дезорганизации высшей руководящей роли коры головного мозга в отношении всех функций организма (в той или иной степени), вызывает когнитивные расстройства, ухудшая распознавание, запоминание и мыслительную деятельность, связанную с принятием решения [1,4,15]. Выявленный нами когнитивный дефицит, тем не менее, был негрубым и не препятствовал оценке качества жизни у наблюдаемых нами больных.

При проведении корреляционного анализа между шкалами опросника SF-36 и показателями по шкалам Бартела и Рэнкина, шкале MMSE, уровнем тревожно-депрессивных расстройств по шкалам HADS и MADRS прослеживаются корреляционные связи разной силы и направленности, что отражено в таблице 8. Выявлены высокие и заметные корреляции между ШБ, mRs, NIHSS и всеми подшкалами, отвечающими за физический компонент здоровья по опроснику SF-36, за исключением подшкалы Б, где корреляции были слабыми. Наблюдались заметные корреляции между подшкалой СФ и ШБ, mRs, NIHSS, а также шкалой MMSE, HADS и MADRS. Ко всему прочему, установлены заметные и высокие корреляционные связи между шкалами HADS и MADRS и подшкалами, отражающими психологический компонент здоровья по опроснику SF-36.

Таблица 8

Корреляция выраженности тревожно-депрессивных расстройств, самообслуживания, степени независимости, неврологического статуса и показателей по шкалам опросника SF-36

Показатели	**ШБ**	**mRs**	**NIHSS**	**MADRS**	**HADS Трев.**	**HADS Депр.**	**MMSE**
ФФ	R=0,756 p<0,001	R=-0,717, p<0,001	R=-0,665, p<0,001	R=-0,551 p<0,001	R=-0,436 p<0,001	R=-0,494 p<0,001	R=0,597 p<0,001
РФФ	R=0,566 p<0,001	R=-0,596, p<0,001	R=-0,501, p<0,001	R=-0,479 p<0,001	R=-0,426 p<0,001	R=-0,463 p<0,001	R=0,487 p<0,001
Б	R=0,212 p<0,001	R=-0,167 p<0,001	R=-0,107 p<0,001	R=-0,347 p<0,001	R=-0,350 p<0,001	R=-0,353 p<0,001	отсут.
ОЗ	R=0,443 p<0,001	R=-0,325, p<0,001	R=-0,495, p<0,001	R=-0,533 p<0,001	R=-0,375 p<0,001	R=-0,328 p<0,001	R=0,444 p<0,001
Ж	R=0,353	R=-0,439,	отсут.	R=-0,577	R=-0,449	R=-0,588	R=0,311

	p<0,001	p<0,001		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
СФ	R=0,554 p<0,001	R=-0,568, p<0,001	R=0,446, p<0,001	R=-0,609 p<0,001	R=-0,500 p<0,001	R=-0,542 p<0,001	R=0,510 p<0,001
РЭФ	R=0,279 p<0,001	R=-0,400, p<0,001	отсут.	R=-0,631 p<0,001	R=-0,624 p<0,001	R=-0,639 p<0,001	R=0,238 p<0,001
ПЗ	R=0,376 p<0,001	R=-0,443, p<0,001	отсут.	R=-0,735 p<0,001	R=-0,641 p<0,001	R=-0,712 p<0,001	R=0,258 p<0,001
ФКЗ	R=0,725 p<0,001	R=-0,613, p<0,001	R=0,595, p<0,001	R=-0,217 p<0,001	R=-0,213 p<0,001	R=-0,163 p<0,001	R=0,420 p<0,001
ПКЗ	отсут.	R=-0,178, p<0,001	отсут.	R=-0,595 p<0,001	R=-0,476 p<0,001	R=-0,618 p<0,001	отсут.

Нами был проведен корреляционный анализ между шкалами опросника SF-36, шкалой MMSE в течение года и степенью тяжести ИИ в остром периоде (таблица 9). Определены корреляции степени тяжести ИИ: заметные со шкалой MMSE и ФКЗ по опроснику SF-36; умеренные - с ПКЗ по опроснику SF-36.

Таблица 9

Корреляция степени тяжести ИИ и показателями по шкалам опросника SF-36, MMSE

Показатели		**Степень тяжести ишемического инсульта**
Физический компонент здоровья (SF-36)	Острый период	R=-0,547 p<0,001
	3 месяца	R=-0,519 p<0,001
	6 месяцев	R=-0,503 p<0,001
	1 год	R=-0,513 p<0,001
Психологический компонент здоровья (SF-36)	Острый период	R=-0,317 p<0,001
	3 месяца	R=-0,452 p<0,001
	6 месяцев	R=-0,308 p<0,001
	1 год	R=-0,301 p<0,001
Когнитивные функции (MMSE)	Острый период	R=-0,644 p<0,001
	3 месяца	R=-0,650 p<0,001
	6 месяцев	R=-0,577 p<0,001
	1 год	R=-0,500 p<0,001

3.4 Зависимость показателей качества жизни от локализации ишемического инсульта (правополушарного, левополушарного, вертебробазилярного) на качество жизни пациентов

У пациентов с тяжелым ИИ (согласно шкале NIHSS) в ВББ к моменту тестирования в остром периоде на 7-14 сутки часто сохранялось нестабильное общее состояние, признаки отека головного мозга, а также имелись сложности в заполнении опросников из-за бульбарных нарушений. Поэтому мы оценивали различия во влиянии локализации инсульта (правополушарного, левополушарного, вертебробазилярного) на качество жизни пациентов у больных легким и средней степени тяжести ИИ.

Анализ показателей качества жизни у больных с разной локализацией ИИ выявил, что среди пациентов с поражением ВББ прослеживалась тенденция к большим баллам по шкалам, оценивающим физический компонент здоровья, чем среди пациентов с полушарным ИИ. Так, получены достоверно ($p<0,05$) более высокие баллы по шкале Бартела у респондентов с ИИ в вертебробазилярном бассейне 85 (55…100), по сравнению с пациентами полушарным ИИ 80 (35…95). Аналогичные данные получены по шкалам ФФ (физическое функционирование) и РФФ (ролевое физическое функционирование) опросника SF-36: 55 (0…80) и 50 (0…100) - при поражении ВББ и 45 (10…90) и 25 (0…100) - при полушарном ИИ. Однако более зависимыми от посторонних лиц чувствовали себя пациенты с ИИ в ВББ: по шкале Рэнкина 3 (1…3) балла, что является достоверно более высокой оценкой, в сравнении с больными полушарным ИИ - 2 (1…3) балла. При анализе неврологического статуса по шкале NIHSS достоверно ($p<0,05$) более высокий моторный балл был в группе пациентов с полушарным ИИ – 3 (1…4), а статистически значимо ($p<0,05$) выше общий балл нами выявлен в группе с ИИ в ВББ – 7 (3…12).

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.

ГЛАВА 4
ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛЕГКИЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

4.1 Восстановление двигательных функций и показателей качества жизни в восстановительном периоде у пациентов, перенесших ИИ в вертебро-базилярном бассейне

Учитывая достоверно (p<0,05) более высокие показатели шкал, оценивающих физический компонент здоровья в группе пациентов с поражением ВББ в остром периоде, проведение только санаторной реабилитации у пациентов с поражением ВББ, сначала мы анализировали восстановление в РВП в течение года у пациентов, перенесших ИИ в ВББ.

При анализе способности к самообслуживанию и потребности в посторонней помощи мы применяли ШБ и mRs.

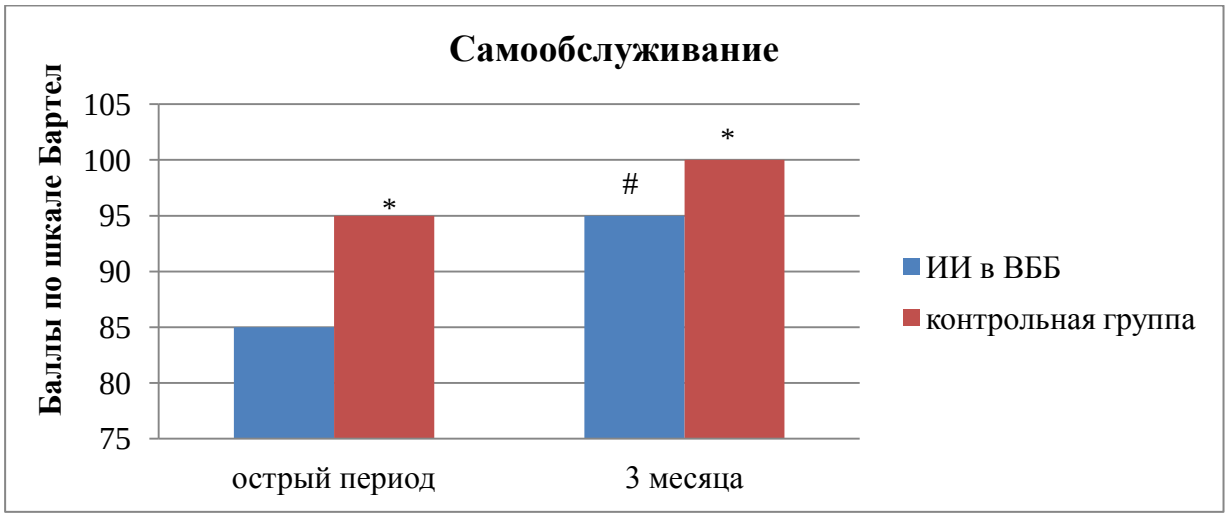


Рисунок 9 - Показатели двигательных функций (самообслуживание) в остром периоде и РВП ишемического инсульта в ВББ

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных ИИ в ВББ бассейне и группой контроля на этапе стационарного лечения и в динамике через 3 месяца, p<0,05, (критерий Манна-Уитни)

- критерий достоверности различий показателей внутри группы ИИ в ВББ в остром периоде и в РВП через 3 месяца, p<0,05 (критерий Уилкоксона)

У больных группы ИИ в ВББ получены сравнительно высокие баллы по ШБ - 85 (80…90). Тем не менее, у пациентов контрольной группы аналогичный показатель по данной шкале был достоверно (p<0,05) выше: 95 (90…100). Через 3 месяца у пациентов группы ИИ в ВББ показатель по ШБ был 95 (90…100) при 100 баллах у пациентов контрольной группы (p<0,05) (рис. 9), что свидетельствует о том, что этого времени достаточно для восстановлении самообслуживания. Увеличение баллов в группе контроля можно объяснить лучшей адаптацией пациентов в домашних условиях и стабилизацией системной гемодинамики.

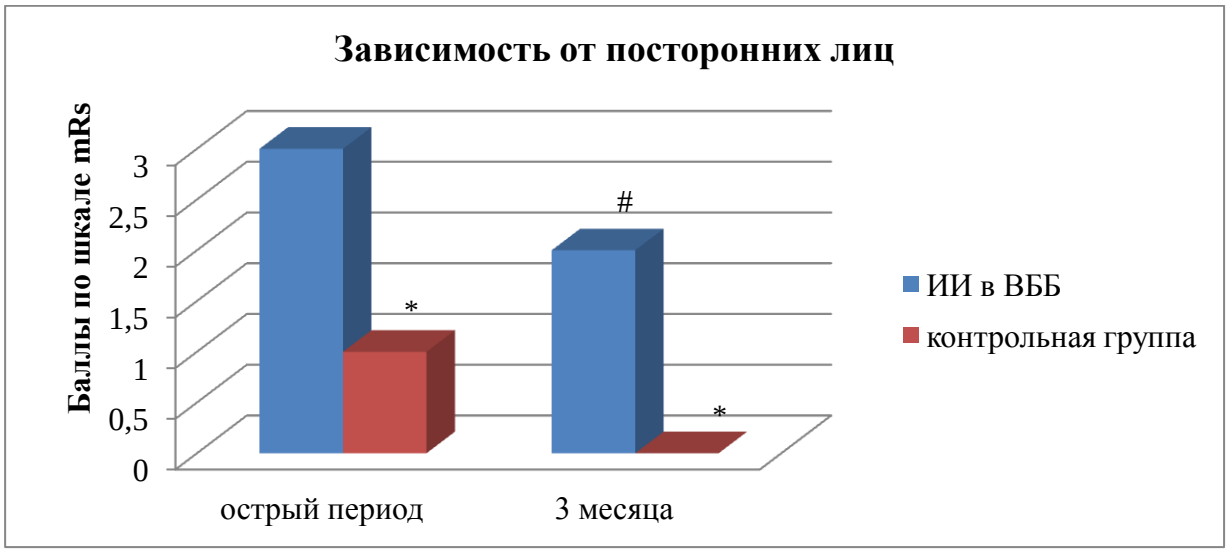


Рисунок 10 - Показатели двигательных функций (зависимость от посторонних лиц) в остром периоде и РВП ишемического инсульта в ВББ

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных ИИ в ВББ бассейне и группой контроля на этапе стационарного лечения и в динамике через 3 месяца, p<0,05, (критерий Манна-Уитни)

- критерий достоверности различий показателей внутри группы ИИ в ВББ в остром периоде и в РВП через 3 месяца, p<0,05 (критерий Уилкоксона)

По шкале Рэнкин пациенты с ИИ в ВББ на этапе стационарного лечения имели умеренную нетрудоспособность (балл равен 3 (1…3)) в отличие от пациентов с ГБ (p<0,05), у которых балл был 1 (0…2), соответствует отсутствию

значительной нетрудоспособности. В РВП через 3 месяца после первого тестирования в группе пациентов с ИИ в ВББ сохранялась легкая степень нетрудоспособности, и балл был достоверно (p<0,05) выше, по сравнению с группой контроля, где симптоматика отсутствовала.

Полученные нами результаты при анкетировании больных в остром периоде ИИ по опроснику SF-36, который более полно оценивает разнообразную ежедневную двигательную активность, были достоверно ниже, по сравнению с результатами контрольной группы практически по всем шкалам опросника (табл. 10) (p<0,05). Это свидетельствует об ограничении повседневной и профессиональной деятельности. Отмечены более низкие показатели у больных ИИ (p<0,05) по шкалам: ОЗ, СФ, РЭФ. Мы полагаем, что это указывает на наличие у больных эмоциональных проблем, которые понижают трудовую деятельность. Пациенты отмечают ограниченными себя в общении с родственниками, друзьями, знакомыми. Исключение составляет показатель выраженности болевых ощущений: в группе пациентов ИИ в ВББ он составил 62 (52…84) балла, а в группе контроля - 63 (54…72) балла.

Найдено достоверное снижение жизнеспособности и психического здоровья в группе ИИ в ВББ, т.е. больные чувствовали себя астенизированными, а также отмечали пониженный фон настроения (p<0,05).

Таблица 10

Качество жизни больных ИИ в ВББ в сравнении с контрольной группой на этапе стационарного лечения (по опроснику SF-36)

Показатели качества жизни	Балльная оценка		p
	Больные инсультом в ВББ (n=53)	Контрольная группа (n=30)	
ФФ	55 (0…80)	70 (65…80)	<0,05
РФФ	50(0…100)	75(50…100)	<0,05
Б	62(52…84)	63(54…72)	>0,05
ОЗ	50(45…57)	67(62…70)	<0,05
Ж	50(45…60)	65(60…70)	<0,05
СФ	62,5(50…75)	75(62,5…87,5)	<0,05

РЭФ	33,3(33,3…66,6)	66,6(66,6…100)	<0,05
ПЗ	60(52…64)	68(64…72)	<0,05
ФКЗ	44,3(41,5…46,8)	48,4(43,6…51,8)	<0,05
ПКЗ	42,7(36,9…47,0)	49,0(45,9…52,6)	<0,05

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

ФФ – физическое функционирование; РФФ – Ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье; ФКЗ – физический компонент здоровья (суммарный); ПКЗ – психический компонент здоровья (суммарный)

При проведении исследования нами выявлено, что суммарный показатель физического компонента здоровья был более низким в основной группе - 44,3 (41,5…46,8), по сравнению с группой контроля - 48,4 (43,6…47,0) (p<0,05), несмотря на то, что у больных с инсультом в ВББ не было глубоких параличей. Показатель психического компонента здоровья был также достоверно ниже в основной группе, составив 42,7 (36,9…47,0), по сравнению с группой контроля - 49,0 (45,9…52,6). Мы полагаем, что даже легкий и среднетяжелый инсульт оказывает негативное влияние на эмоциональную сферу и является фактором риска развития постинсультной депрессии. У пациентов с ГБ был достаточно высокий показатель психического компонента здоровья, поэтому у этих больных вероятность развития депрессии ниже.

Заслуживают внимания данные, полученные нами в РВП ИИ в ВББ. При анкетировании больных с помощью опросника SF-36 на амбулаторном этапе (через три месяца после первого тестирования) была выявлена положительная динамика показателей качества жизни. У пациентов, перенесших ИИ в ВББ, восстанавливались утраченные функции, но они были достоверно ниже, по сравнению с пациентами контрольной группы (p<0,05) (рис. 11).

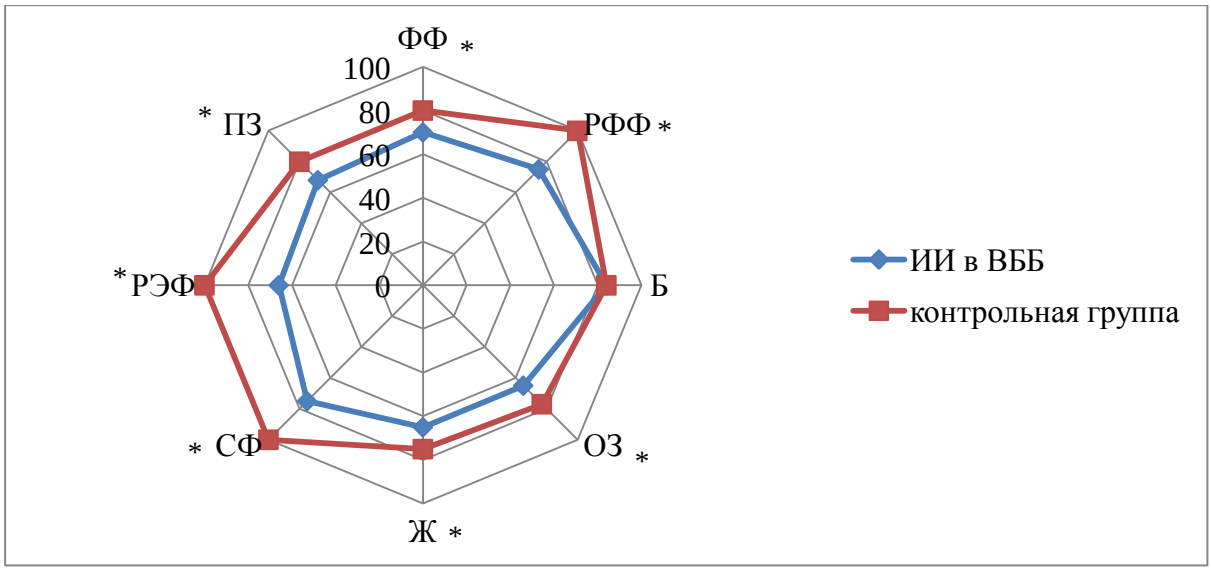


Рисунок 11 - Качество жизни больных в РВП (3 месяца) ишемического инсульта в ВББ по опроснику SF-36, в сравнении с контрольной группой

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных ишемическим инсультом в ВББ и группой контроля в динамике через 3 месяца, $p<0,05$ (критерий Манна-Уитни)

ФФ – физическое функционирование; РФФ – Ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

При оценке динамики состояния больных нами было отмечено, что восстановление утраченных функций достоверно улучшалось в раннем восстановительном периоде ИИ через 3, 6 и 12 месяцев от первого тестирования ($p<0,05$) (рис. 12 и 13).

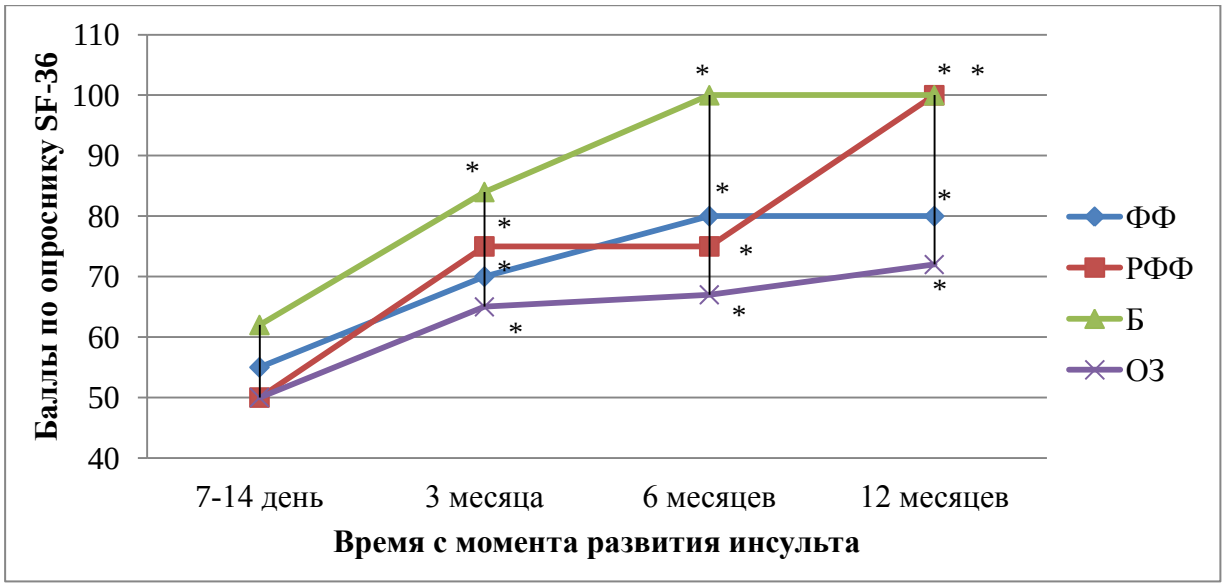


Рисунок 12 - Динамика показателей физического компонента здоровья в восстановительном периоде ИИ в ВББ по опроснику SF-36 в течение года

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Уилкоксона)

ФФ – физическое функционирование; РФФ – Ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье.

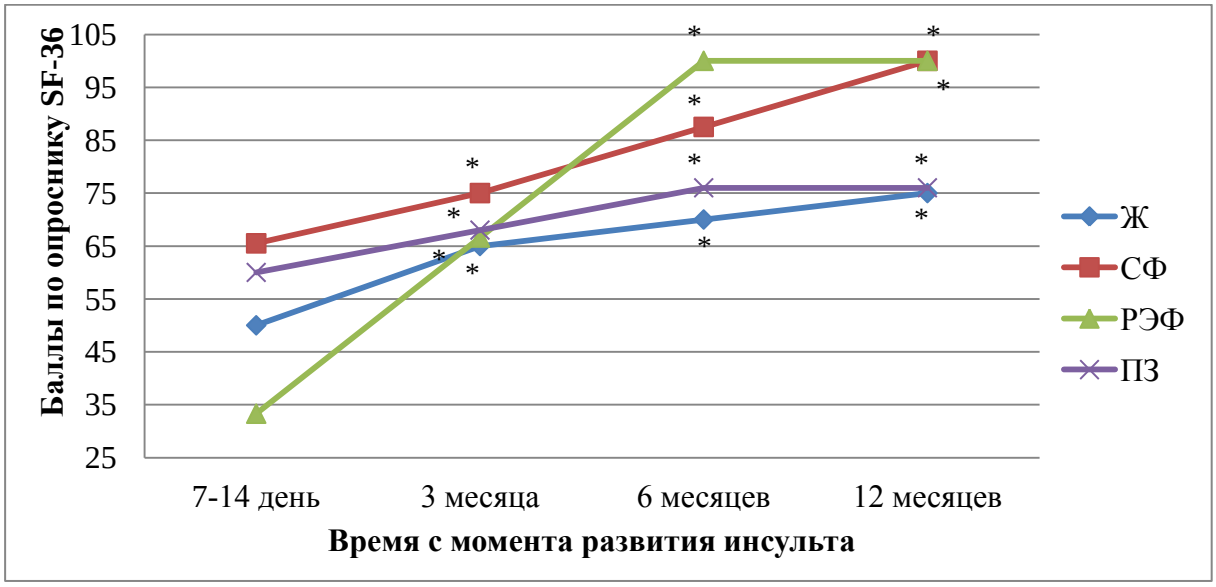


Рисунок 13 - Динамика показателей психического компонента здоровья в восстановительном периоде ИИ в ВББ по опроснику SF-36 в течение года

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Уилкоксона)

Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

Показатели по шкале MMSE у больных ИИ в ВББ были ниже - 26 баллов (22…30), по сравнению с пациентами контрольной группы - 28,5 баллов (26…30) (p<0,05). Таким образом, у больных в остром периоде ИИ наблюдались достоверно более низкие когнитивные способности, в отличие от пациентов с гипертонической болезнью (рис. 11).

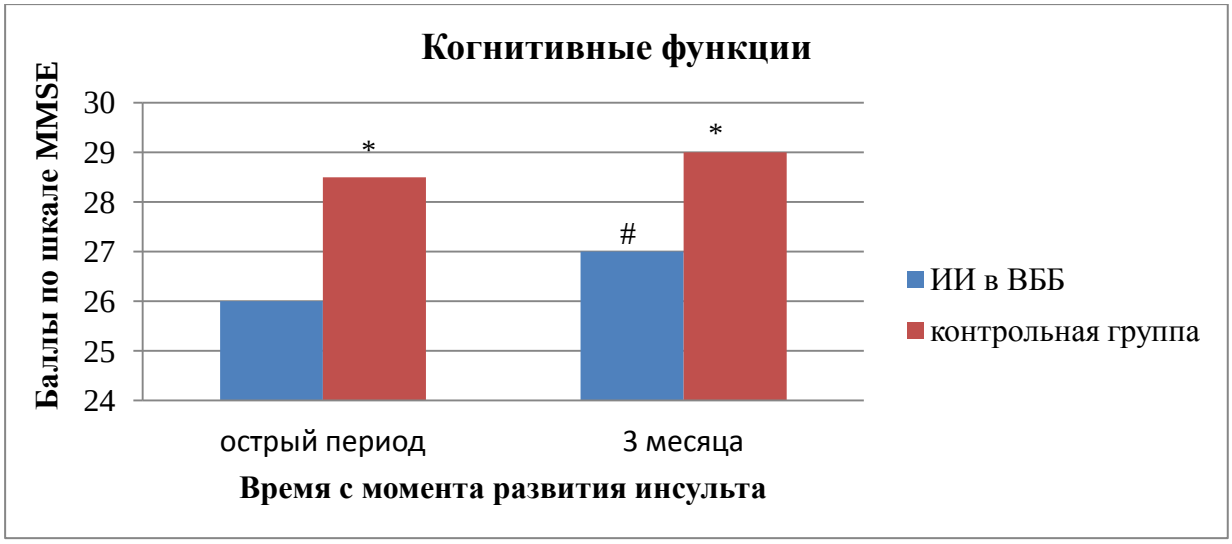


Рисунок 14 - Показатели когнитивных функций в остром и восстановительном периоде ишемического инсульта в вертебро-базилярном бассейне

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных ИИ в ВББ и группой контроля на этапе стационарного лечения и в динамике через 3 месяца, p<0,05 (критерий Манна-Уитни)

- критерий достоверности различий показателей внутри группы ИИ в ВББ в остром периоде и в РВП через 3 месяца, p<0,05 (критерий Уилкоксона)

Улучшение когнитивных функций наступило через 3 месяца (27 баллов по шкале MMSE), хотя и не достигло уровня контрольной группы - 29 баллов (27…30) (p<0,05). Практически полное восстановление когнитивных функций произошло через 6 месяцев (28 баллов) (p<0,05). Важным является то, что через год показатель сохранялся на достигнутом уровне.

Получены различные показатели в ряде сфер качества жизни у больных, перенесших инсульт в ВББ, проходивших долечивание в санатории и

амбулаторную реабилитацию. Достоверно лучшие результаты в группе санаторного долечивания были отмечены по всем подшкалам опросника SF-36 на сроках 3, 6 и 12 месяцев ($p<0,05$), кроме подшкалы «боль» ($p>0,05$), ШБ и mRs на сроках 3, 6 и 12 месяцев ($p<0,05$), шкале MMSE через 6 месяцев ($p<0,05$).

4.2 Восстановление двигательных функций в течение года в зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий у пациентов с полушарным ИИ

В зависимости от проведенных реабилитационных мероприятий после выписки из стационара были сформированы 4 группы: 2.1 – пациенты, направленные на реабилитацию в санаторий и выполняющие ИПР на амбулаторном этапе после выписки из санатория; 2.2 – пациенты, направленные на реабилитацию в санаторий, но не выполняющие ИПР на амбулаторном этапе после выписки из санатория; 2.3 – пациенты, не направленные на реабилитацию в санаторий и выполняющие ИПР на амбулаторном этапе после выписки из стационара, 2.4 – пациенты, не направленные на реабилитацию в санаторий и не выполняющие ИПР на амбулаторном этапе после выписки из стационара. Распределение больных по возрасту представлено в таблице 11.

Таблица 11

Распределение пациентов по возрасту на группы, в зависимости от реабилитации в санатории и выполнения ИПР

Возраст (лет)	**2.1 группа**	**2.2 группа**	**2.3 группа**	**2.4 группа**
Всего	35	28	33	27
40-49	9	5	9	7
50-59	12	12	10	10
60-69	10	8	8	8
старше 70	4	3	6	2

Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. При межгрупповом анализе все группы в остром периоде при первом обследовании были сопоставимы по степени тяжести ИИ, степени функциональной независимости, показателям качества жизни, когнитивным функциям, уровню тревожно-депрессивных расстройств и комплаентности к терапии СИОЗС. Оценка межгрупповых отличий была проведена методом дисперсионного анализа с поправкой Тьюки. Динамика восстановления утраченных функций проходила следующим образом.

Наилучшим образом восстанавливалось самообслуживание через 3 месяца у больных, проходивших санаторную реабилитацию ($p<0,05$): группы 2.1 и 2.2 (рисунки 15-18). Получены следующие баллы по шкале Бартел через 3 месяца у пациентов группы 2.1 – 100 (85…100), у пациентов группы 2.2 - 95(90…100). При межгрупповом анализе нами выявлены достоверно лучшие показатели двигательных функций через 3 месяца у пациентов 2.1 и 2.2 групп ($p<0,05$). Т.о., комплекс реабилитационных программ в санатории оказывает больший положительный эффект в восстановлении самообслуживания, по сравнению с амбулаторной реабилитацией в первые 3 месяца после инсульта.

Однако через 6 месяцев при межгрупповом анализе лучшие результаты ($p<0,05$) выявлены в группах, соблюдающих ИПР (2.1 и 2.3), в этих группах показатель достиг 100 баллов, в отличие от групп 2.2 - 95 (90…100) баллов и 2.4 - 90 (85…100) баллов.

Статистически значимо более низкие результаты отмечены в группе 2.4 через 12 месяцев, в сравнении с пациентами других трех групп ($p<0,05$): 90 (85…100) баллов, несмотря на то, что в динамике в этой группе достоверно ($p<0,05$) улучшаются показатели через 3 и 6 месяцев после развития ИИ. Полностью независимы в самообслуживании через год были больные групп 2.1 и 2.3, их показатели были достоверно выше ($p<0,05$), по сравнению с пациентами групп 2.2 и 2.4. Включение в реабилитационный процесс ИПР оказывает выраженный положительный эффект уже через 6 месяцев и достигает максимальных оценок через год после перенесенного ИИ.

Динамика показателей двигательных функций в остром и восстановительном периоде легкого и средней степени тяжести ишемического инсульта в бассейне СМА по шкале Бартел в течение года

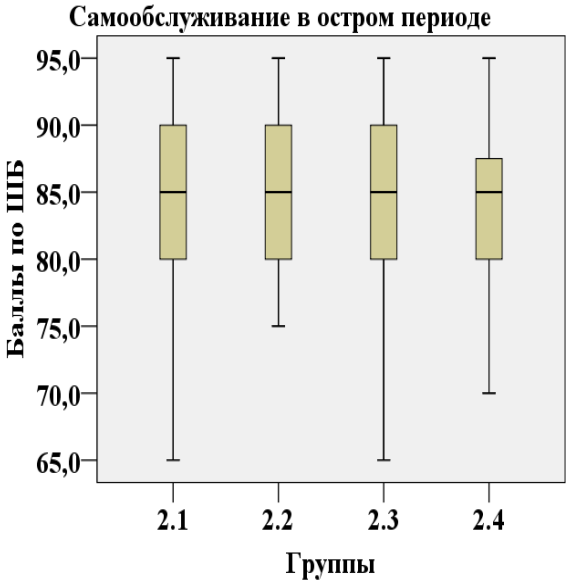


Рисунок 15

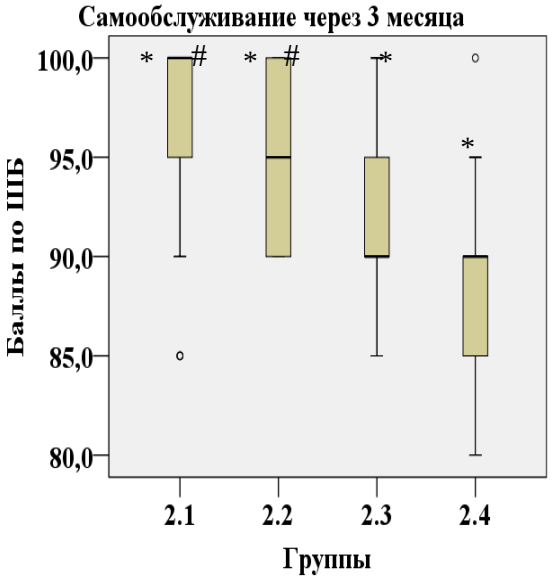


Рисунок 16

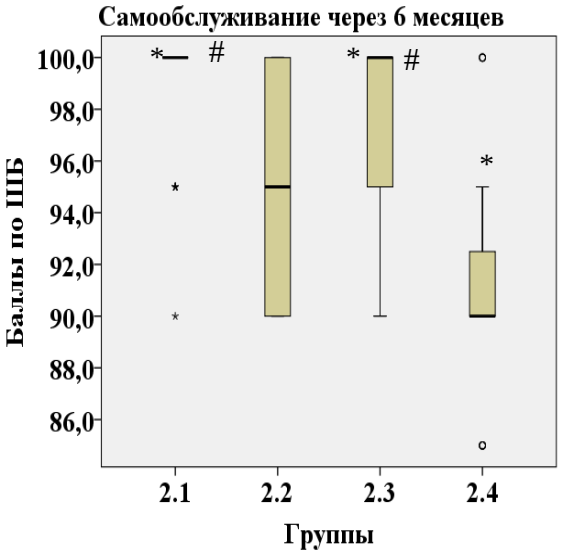


Рисунок 17

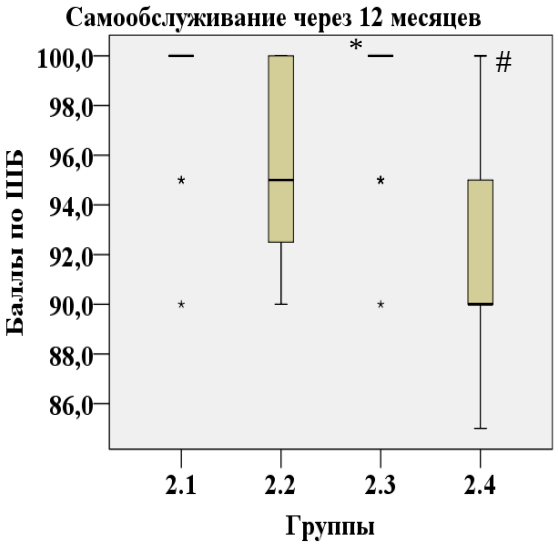


Рисунок 18

Примечание: ▬ - медиана, ▭ - 25%-75%, ─ - минимальное-максимальное значение, °, ★- размах значений

* - наличие достоверного отличия между показателями в динамике внутри каждой группы (2.1-2.4) через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями у пациентов легким и средней степени тяжести полушарным ИИ (2.1-2.4 группы) в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

В динамике в течение года при каждом обследовании, по сравнению с предшествующим осмотром, отмечены достоверные положительные результаты ($p<0,05$) у всех пациентов внутри каждой группы через 3 месяца, через 6 месяцев, за исключением группы 2.2 и через 12 месяцев. Через год после перенесенного ИИ, все пациенты были независимы или малозависимы от посторонних лиц (шкала Рэнкин), т.к. ИИ был легким или средней степени тяжести, но скорость и объем восстановления ограничений жизнедеятельности была неодинаковой в разных группах. Анализ выраженности зависимости от посторонних лиц у пациентов разных групп в течение года выявил статистически достоверные различия ($p<0,05$) между больными группы 2.1 и пациентами группы 2.4 через 3 месяца, через 6 месяцев между группами 2.1 и 2.2, 2.4, между группами 2.3 и 2.4. Через 12 месяцев более высокие показатели независимости были у больных 2.1 и 2.3 групп, по сравнению с группами 2.2 и 2.4 (рисунок 19). Можно сделать вывод, что санаторное долечивание и составление ИПР обеспечивает возвращение к образу жизни, которого придерживался пациент до развития инсульта, при условии легкого или умеренно тяжелого инсульта. Удовлетворительное восстановление двигательных функций и уменьшение зависимости от посторонних лиц у пациентов, не соблюдающих реабилитационные мероприятия, может быть объяснено процессом нейропластичности после инсульта, т.к. у больных активируются сохранные, ранее не задействованные в осуществлении нарушенной функции отделы пораженного полушария, двигательные отделы непораженного полушария и нейроны периинфарктной зоны [25, 161].

Рисунок 19 - Динамика показателей зависимости от посторонних лиц в остром и восстановительном периоде легкого и средней степени тяжести ишемического инсульта в бассейне СМА по шкале Рэнкин в течение года

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике внутри группы через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

Выраженность неврологического дефицита была проведена при помощи шкалы NIHSS (рисунок 20).

Отмечено, что в динамике в течение года внутри каждой группы достоверно ($p<0,05$) наблюдался регресс очаговой симптоматики, за исключением моторного балла в группе 2.2, в промежутке времени между 3-м и 6-м месяцем. При межгрупповом анализе статистически достоверные отличия через 3 месяца в выраженности неврологической симптоматики по моторному баллу (параличи и парезы) найдены между группами санаторного долечивания 2.1- 1(0…3)баллов и 2.2 - 1(0…2), что является достоверно ($p<0,05$) лучшими результатами, в сравнении с группами 2.3- 2(1…3) и 2.4 - 2(1…4).

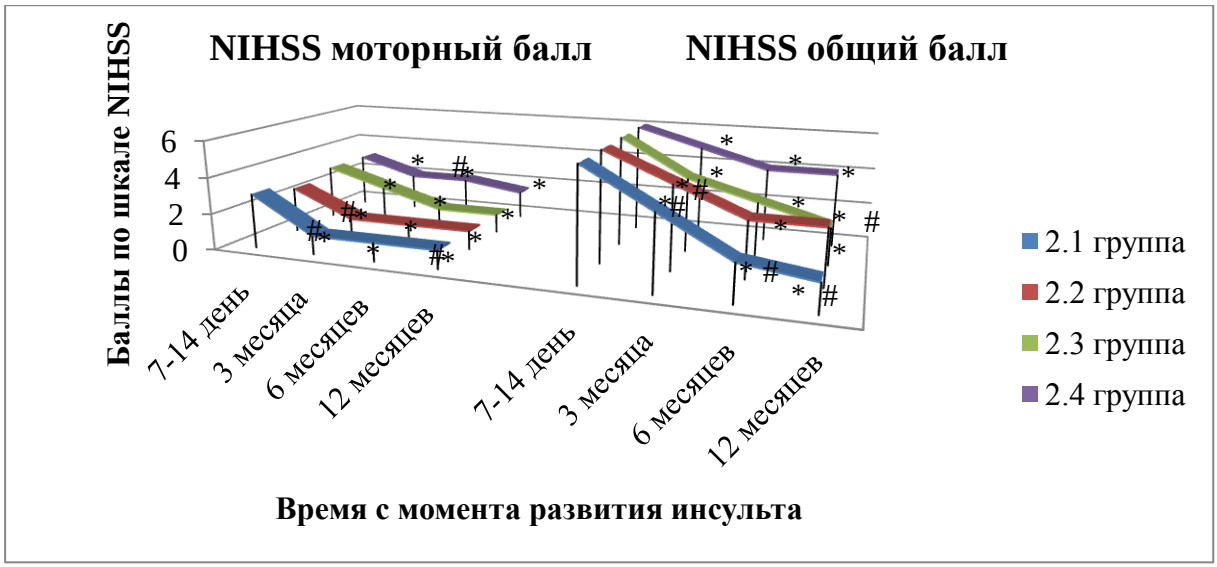


Рисунок 20 - Динамика показателей неврологического статуса по шкале NIHSS в остром и восстановительном периоде легкого и средней степени тяжести ишемического инсульта в бассейне СМА в течение года

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике внутри группы через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$(критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

Спустя 6 месяцев от перенесенного инсульта, только у пациентов группы 2.4 выявлены достоверно более низкие результаты в выраженности парезов, по сравнению с остальными группами. Тем не менее, через год достоверно лучшие результаты по моторному баллу достигнуты только в группе 2.1, в сравнении с группами 2.2 и 2.4. В группах 2.2 и 2.3 моторный балл был достоверно ниже, по сравнению с группой 2.4 ($p<0,05$).

По общему баллу через 3 месяца достоверно ($p<0,05$) хуже результаты были выявлены в группе 2.4, по сравнению с пациентами остальных групп. Через 6 и 12 месяцев статистически достоверно менее выражен неврологический дефицит был у пациентов групп 2.1 и 2.3, по сравнению с больными из групп 2.2 и 2.4 ($p<0,05$), в большей степени были выражены очаговые синдромы у пациентов группы 2.4 ($p<0,05$). Т.о., в первые 3 месяца в группах санаторной реабилитации отмечено большее снижение выраженности очаговых нарушений. В дальнейшем глубина неврологической симптоматики зависела от выполнения

пациентами ИПР. Интересен тот факт, что больные, которые прошли санаторное долечивание, но не комплаентные к выполнению ИПР, сохранили достигнутые результаты в течение года по моторному баллу (параличи) и не смогли достигнуть высоких результатов по общему баллу через 6 и 12 месяцев.

При оценке эффектов межгрупповых факторов была выявлена достоверная связь ($p<0,05$) содружественного влияния двух методик реабилитации (санаторий и составление ИПР) на самообслуживание через 6 и 12 месяцев и выраженности неврологической симптоматики через 12 месяцев по общему баллу.

4.3. Восстановление показателей физического и психического компонентов здоровья у пациентов, перенесших легкий и средней степени тяжести полушарный ишемический инсульт в течение года в зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий

При оценке показателей «качества жизни» по опроснику SF-36 выявлена положительная динамика (табл.12) в течение года по подшкалам ФФ и РФФ в исследуемых группах, однако различной степени выраженности и неодинаковая по темпам восстановления утраченных функций. В первые 3 месяца наилучшим образом восстанавливались показатели ФФ и РФФ в группах 2.1 и 2.2, проходивших санаторную реабилитацию: отмечено достоверное ($p<0,05$) увеличение показателей, достигающее 75(45…90) и 70(45…85) баллов, соответственно, по выполнению физических нагрузок (ФФ), и 75 (50…100) баллов в этих группах по объему выполненной будничной деятельности (РФФ). Через 6 месяцев и год после перенесенного инсульта свои физические возможности пациенты группы 2.1 статистически значимо ($p<0,05$) оценивали выше, по сравнению с больными в других группах. Пациенты групп 2.2 и 2.3 через 6 месяцев выполняли физическую нагрузку и работу на одинаковом уровне, что было равно 75 баллам по подшкалам ФФ и РФФ. В группе 2.3 отмечены достоверно ($p<0,05$) лучшие баллы по двум подшкалам ФФ, РФФ через 12 месяцев, доходящие до отметки в ФФ 80 (65…95) баллов, РФФ 100 (75…100) баллов, по сравнению с группой 2.2, где больные не были комплаентны к

выполнению ИПР. Несмотря на то, что в первые полгода пациенты в группе 2.4 имели статистически значимое (p<0,05) увеличение показателей ФФ внутри группы, они не смогли высоко оценить свои физические возможности после ИИ, и при межгрупповом анализе через год имели достоверно (p<0,05) более низкие оценки, по сравнению с пациентами 2.1 и 2.3 групп по ежедневным физическим нагрузкам (ФФ), а также достоверно (p<0,05) более низко оценивали объем выполняемой работы (РФФ), по сравнению с пациентами 2.1, 2.2 и 2.3 групп.

Таблица 12

Показатели физического компонента здоровья больных в остром и восстановительном периодах полушарного легкого и средней степени тяжести ИИ по опроснику SF-36 (Me(Min-Max))

Группы	Период времени	Показатели качества жизни (физический компонент здоровья). Балльная оценка			
		ФФ	РФФ	Б	ОЗ
1.Группа 2.1	7-14 день	55 (25…90)	25(0…75)	62(22…100)	50(37…70)
	3мес.	75(45…90) *	75(50…100) *	84(52…100) *	72(60…87) *
	6мес.	85(65…100) *	100(75…100) *	100(62…100) *	77(67…92) *
	12 мес.	90 (70…100) *	100(75…100) *	100(82…100)	82(70…92) *
2.Группа 2.2	7-14 день	55 (35…75)	25(0…50)	60,5(22…100)	50(10…72)
	3мес.	70 (45…85) *	75(50…100) *	74(52…100) *	67(37…82) *
	6мес.	75 (50…85)	75(50…100)	83(64…100) *	67(42…82)
	12 мес.	70 (50…85) *	75(25…100)	92(64…100) *	63,5(40…80) *
3.Группа 2.3	7-14 день	55 (20…75)	25(0…75)	60(22…100)	47(10…75)
	3мес.	65 (40…90) *	50(25…100) *	82(62…100) *	57(40…77) *
	6мес.	75 (60…90) *	75(50…100) *	84(62…100) *	67(55…77) *
	12 мес.	80 (65…95) *	100(75…100) *	100(71…100) *	72(60…82) *
4.Группа 2.4	7-14 день	60 (20…75)	25(0…100)	62(31…100)	52(15…80)
	3мес.	60 (35…75) *	25(0…75) *	74(51…100) *	55(25…72) *
	6мес.	65 (40…85) *	50(25…75) *	84(54…100) *	55(37…77) *
	12 мес.	65 (45…85)	50(25…100) *	84(61…100) *	55(40…77)

Время с момента развития инсульта	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
p#	1и3# 1и4# 2и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и4# 3и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и3# 3и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и2# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	-	-	-	1и2# 1и3# 1и4# 2и3# 2и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и4# 3и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и3# 3и4#

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром и восстановительном периодах, $p < 0,05$ (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в восстановительном периоде через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

ФФ – физическое функционирование; РФФ – Ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье

Вместе с тем, нами найдено статистически значимое снижение ($p< 0,05$) болевых ощущений в динамике в течение года в каждый момент обследования у всех больных. При межгрупповом анализе не было выявлено различий ($p>0,05$) по подшкале Б (боль) во всех группах в течение 12 месяцев.

По подшкале ОЗ нами обнаружено статистически значимое улучшение ($p<0,05$) состояния здоровья пациентов в группах 2.1 и 2.3 в течение года в каждый промежуток обследования. В группе 2.2 статистически значимое улучшение ($p<0,05$) результатов тестированя отмечено через 3 месяца, однако к концу года после перенесенного ИИ выявлено статистически значимое ухудшение ($p<0,05$) показателя, по сравнению с результатами, достигнутыми при обследовании в первые 6 месяцев. У обследуемых группы 2.4 динамика показателей ОЗ была минимальной в течение года, несмотря на статистически значимое повышение баллов ($p<0,05$) в первые полгода, по сравнению с тестированием на этапе стационарного лечения. При межгрупповом анализе через 3 месяца достоверно ($p<0,05$) более высокие оценки показывали пациенты первых

двух групп, которые прошли санаторное долечивание, по сравнению с группами 2.3и 2.4. Наиболее высоко оценивали состояние своего здоровья через 6 месяцев ($p<0,05$) пациенты 2.1 группы, статистически значимо более низкие показатели по подшкале ОЗ ($p<0,05$) показали респонденты 2.2 и 2.3 групп, самые низкие баллы выявлены у больных в обследуемой группе 2.4. Через 12 месяцев достоверно ($p<0,05$) высоких показателей достигли пациенты групп 2.1 и 2.3, соблюдающие ИПР относительно участников групп 2.2 и 2.4.

Показатель «психологический компонент здоровья», включающий следующие шкалы: жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и психическое здоровье, был также нами проанализирован. Результаты представлены в табл. 13.

Таблица 13

Показатели психического компонента здоровья больных в остром и восстановительном периодах полушарного легкого и средней степени тяжести ИИ по опроснику SF-36 (Me(Min-Max))

Групп	Период времен	Показатели качества жизни (психический компонент здоровья). Балльная оценка			
		Ж	СФ	РЭФ	ПЗ
1.Группа 2.1	7-14 день	50 (15…80)	62,5 (25…87,5)	33,3(0…100)	56(36…88)
	3 мес.	65(50…90) *	87,5(62,5…100) *	100(0…100) *	72(52…96) *
	6 мес.	75(60…90) *	100(75…100) *	100(66,6…100) *	76(58…100)
	12 мес.	80 (65…85) *	100(87,5…100) *	100(66,6…100)	80(58…100)
2.Группа 2.2	7-14 день	52,5 (25…70)	62,5 (25…75)	33,3(0…100)	56(32…92)
	3 мес.	65 (40…80) *	87,5 (62,5…100) *	83,3(0…100) *	72(44…86) *
	6 мес.	65 (45…80)	75 (62,5…100)	66,6(0…100)	70(44…92) *
	12 мес.	62,5 (45…85)	87,5(50…100)	66,6(0…100)	72(36…84)
3.Группа 2.3	7-14 день	50 (20…75)	62,5 (25…87,5)	33,3(0…100)	56(24…80)
	3 мес.	60 (45…80) *	87,5(62,5…100) *	66,6(33,3…100) *	68(52…80) *
	6	70 (55…80) *	87,5(62,5…100) *	66,6(33,3…100) *	72(60…84) *

	мес.												
	12 мес.	70 (55…85) *			100(75…100) *			100(66,6…100) *			76(64…84) *		
4.Группа 2.4	**7-14 день**	55 (5…75)			62,5 (25…100)			33,3(0…100)			56 (24…72)		
	3 мес.	60 (30…75) *			75 (37,5 …87,5) *			66,6(0…100) *			64(32…76) *		
	6 мес.	60 (40…80)			75 (50 …87,5)			66,6(0…100)			64(36…80) *		
	12 мес.	60 (45…80)			87,5 (50…100) *			66,6(0…100)			68(40…80)		
Время с момента развития инсульта		3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
p#		1и3# 1и4# 2и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и4# 3и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и3# 3и4#	1и4# 2и4# 3и4#	1и2# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и2# 1и4# 2и3# 3и4#	1и4#	1и2# 1и3# 1и4# 3и4#	1и2# 1и4# 2и3# 3и4#	1и4# 2и4# 3и4#	1и2# 1и4# 3и4#	1и2# 1и4# 2и3# 3и4#

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром и восстановительном периодах, p<0,05 (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в восстановительном периоде через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Краскела-Уоллиса).

Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье

По подшкале Ж (жизнеспособность) выявлена достоверная положительная динамика (p<0,05) в группах 2.1 и 2.3 в течение года в динамике внутри каждой из групп во всех точках обследования (через 3,6,12 месяцев), в группах 2.2 и 2.4 статистически значимое (p<0,05) улучшение показателей жизненной активности выявлено только через 3 месяца после перенесенного ишемического инсульта. При межгрупповом анализе через 3 месяца достоверно (p<0,05) более высокие оценки показывали пациенты первых двух групп, которые прошли санаторное долечивание, по сравнению с группами 2.3 и 2.4. Наиболее энергичными ощущали себя через 6 месяцев (p<0,05) пациенты 2.1 группы, статистически значимо ниже показывали оценки по подшкале Ж (p<0,05) респонденты 2.2 и 2.3

групп, низкие баллы статистически значимо (p<0,05) выявлены в группе 2.4. Через 12 месяцев достоверно (p<0,05) более высоких показателей достигли пациенты только группы 2.1, несколько ниже (p<0,05) выявлены баллы в группе 2.3. К концу года после мозговой катастрофы достоверно меньшую (p<0,05) жизнеспособность продемонстрировали респонденты групп 2.2 и 2.4. Таким образом, санаторная реабилитация оказывает мощный положительный эффект через три месяца, но при отказе самостоятельно выполнять рекомендации специалистов в сфере физической активности и лекарственной терапии по прошествии санаторной реабилитации, к концу уже первого года достигнутые результаты нивелируются.

Социальная адаптация играет важную роль в возвращении к привычной жизни, расширяет возможности самостоятельного функционирования для пациента в быту (в сфере самообслуживания, самостоятельного передвижения), а также осуществляет возобновление профессионально-трудовой деятельности [6,10,13, 83, 133]. На этапе стационарного лечения у всех пациентов нами наблюдалось снижение социальной активности до 62,5 баллов. Наилучшим образом показали статистически значимое увеличение баллов (p<0,05) по подшкале СФ (социальное функционирование) до 87,5 в первые 3 месяца респонденты первых трех групп, где пациенты проходили реабилитацию в санатории или амбулаторно, по сравнению с больными группы 2.4, которые отказались выполнять ИПР. Через полгода высоких статистически значимых (p<0,05) показателей при межгрупповом анализе достигли пациенты 2.1 и 2.3 групп, обследуемые же группы 2.2 несколько ухудшили достигнутые результаты, их баллы были достоверно ниже (p<0,05), по сравнению с группами 2.1 и 2.3. К концу года пациенты групп, соблюдающих реабилитационные программы на амбулаторном этапе, достоверно отличались в социальной активности от групп, отказавшихся от самостоятельных занятий (p<0,05): наиболее высоко оценивали себя пациенты групп 2.1 и 2.3 – 100 баллов, ниже баллы выявлены в группе 2.2 и 2.4 – 87,5. Однако последние две группы показали достаточно высокий результат через год после перенесенного ишемического инсульта. Возможно, это связано с

неглубокой очаговой симптоматикой, что не вызывает выраженного ограничения в общении.

Выполнение повседневной деятельности в связи с ухудшением эмоционального состояния через 3 месяца при межгрупповом анализе достоверно отличалось наиболее низкими баллами ($p<0,05$) в группе 2.4, по сравнению с пациентами группы 2.1. Через 6 месяцев наиболее стабильным был эмоциональный статус респондентов группы 2.1, по подшкале РЭФ была выявлена максимальная статистически значимая ($p<0,05$) динамика, доходившая до оценки в 100 (66,6…100) баллов. Важным является то, что пациенты группы 2.1 на протяжении года сохранили высокие оценки, достигнутые в первые 3 месяца лечения, и их настроение не ограничивало выполнение повседневной деятельности, в каждый период обследования (3, 6 и 12 месяцев), по сравнению с группой пациентов 2.2, которые также имели выраженную положительную динамику в первые 3 месяца после прохождения курса санаторной реабилитации, но ухудшили свои показатели на протяжении года. В группе пациентов, где выполняли только ИПР, была найдена достоверная положительная динамика ($p<0,05$) в снижении эмоциональных проблем, ограничивающих повседневную работу при каждом обследовании на протяжении года. К концу года результаты участников группы 2.3 были сопоставимы с оценками пациентов, которые прошли реабилитацию в санатории после перенесенного ИИ ($p>0,05$).

Подобным образом проходило и восстановление показателя ПЗ (психологического здоровья). В группах 2.1 и 2.3 было выявлено достоверное ($p<0,05$) увеличение баллов внутри каждой из групп в каждый период обследования в течение года; к концу года не было отличий по показателю ПЗ ($p>0,05$). У пациентов группы 2.2 была отмечена достоверная положительная динамика ($p<0,05$) внутри группы только через 3 месяца, а в группе 2.4 - через 3 и 6 месяцев. При проведении межгруппового анализа через 3 месяца показатели группы 2.4 были статистически значимо ($p<0,05$) ниже, чем в остальных группах. Вместе с тем, достоверно ($p<0,05$) выше показатель положительных эмоций был

выявлен через год для пациентов групп 2.1 и 2.3, в сравнении с респондентами групп 2.2 и 2.4.

Анализ суммарных показателей физического и психологического компонентов здоровья представлен в таблице 14.

Таблица 14

Суммарные показатели качества жизни (ФКЗ и ПКЗ) больных в остром и восстановительном периоде ИИ в СМА легкого и средней степени тяжести ИИ по опроснику SF-36 (Me(Min-Max))

Группы	Время с момента развития инсульта	Суммарныепоказатели качества жизни (физический и психологический компоненты здоровья). Балльная оценка					
		ФКЗ (суммарный)			ПКЗ (суммарный)		
1. Группа 2.1	7-14 день	45,75 (32,07…58,04)			41,06 (27,87…54,77)		
	3 мес.	49,88 (41,81…54,80) *			52,99 (33,31…60,92) *		
	6 мес.	51,79(43,43…55,01) *			54,53(45,87…61,07) *		
	12 мес.	52,28 (45,95…55,40)			56,14 (50,72…61,07) *		
2. Группа 2.2	7-14 день	45,05 (36,84…53,15)			41,08(29,90…62,78)		
	3 мес.	48,77(44,32…54,94) *			51,12 (33,49…61,49) *		
	6 мес.	49,15 (44,27…55,20)			47,74 (32,91…63,08)		
	12 мес.	50,65 (45,45…56,72) *			49,30 (29,48…57,63)		
3. Группа 2.3	7-14 день	45,71 (36,10…53,21)			38,69 (26,09…55,76)		
	3 мес.	46,58(40,43…54,86) *			48,69 (43,70…57,05) *		
	6 мес.	50,64 (43,91…53,81) *			51,48 (44,30…58,84) *		
	12 мес.	51,79 (46,60…54,40) *			53,97 (45,93…58,47) *		
4. Группа 2.4	7-14 день	45,17 (36,82…53,10)			41,12 (25,62…54,35)		
	3 мес.	46,84 (41,11…54,30) *			46,95 (28,52…55,29) *		
	6 мес.	48,50 (43,24…53,42) *			45,43 (29,24…55,88)		
	12 мес.	49,26 (42,45…56,91) *			48,01 (32,02…56,51) *		
Время с момента развития инсульта		3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
p#		1и4#	1и4#	1и4#	1и4# 2и4# 3и4#	1и2# 1и4# 3и4#	1и2# 1и4# 2и3# 3и4#

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром периоде и подостром периоде, $p < 0,05$ (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

ФКЗ – физический компонент здоровья (суммарный); ПКЗ – психический компонент здоровья (суммарный)

При подсчете суммарных показателей зафиксированы следующие данные. Показатель физического компонента здоровья (ФКЗ) достоверно увеличивался ($p<0,05$) в динамике через 3 и 6 месяцев в группе 2.1 и достигал максимальных цифр через 6 месяцев, в группе 2.2 - через 3 месяца и через 12 месяцев, в группе 2.3 - через 3,6 и 12 месяцев, но более постепенно, в сравнении с группой 2.2. Также отмечена и достоверная положительная динамика в группе 2.4 через 3,6 и 12 месяцев внутри группы, но показатели были достоверно ($p<0,05$) ниже при межгрупповом анализе, в сравнении с группой 2.1 - в каждый момент обследования в течение года, и ниже в сравнении с группами 2.2, 2.3, хотя и не достигли статистической значимости ($p>0,05$). Таким образом, при ИИ с очаговыми симптомами в течение года отмечалась положительная динамика в восстановлении утраченных физических функций, однако наилучшим образом восстанавливались пациенты, проходившие полный курс реабилитационных программ (санаторное долечивание и выполнение ИПР).

Показатель психического компонента здоровья (ПКЗ) в течение всего года в каждой точке обследования при межгрупповом анализе был достоверно выше ($p<0,05$) у тех пациентов, где респонденты проходили активную реабилитацию в данный момент времени: в первые три месяца в группах 2.1, 2.2 и 2.3, по сравнению с группой 2.4, где пациенты отказывались соблюдать реабилитационные мероприятия; через полгода и год - у тестируемых групп 2.1 и 2.3, в сравнении с 2.2 и 2.4 группами. Анализируя данные, представленные в таблице 7, мы можем отметить, что у пациентов групп 2.1 и 2.3 внутри каждой группы отмечены положительные максимальные тенденции по стабилизации настроения в течение всего года, у больных 2.2 группы - только в течение

первых 3 месяцев. У обследуемых 2.4 группы достоверная (p<0,05) динамика ПКЗ была менее выражена и зарегистрирована через 3 и 12 месяцев.

4.4. Динамика регресса тревожно-депрессивного расстройства и когнитивных дисфункций у больных, перенесших легкий и средней степени тяжести полушарный ишемический инсульт в течение года в зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий

У исследуемых пациентов мы определили уровень тревожно-депрессивного расстройства в каждой группе на протяжении года (рисунки 21, 22).

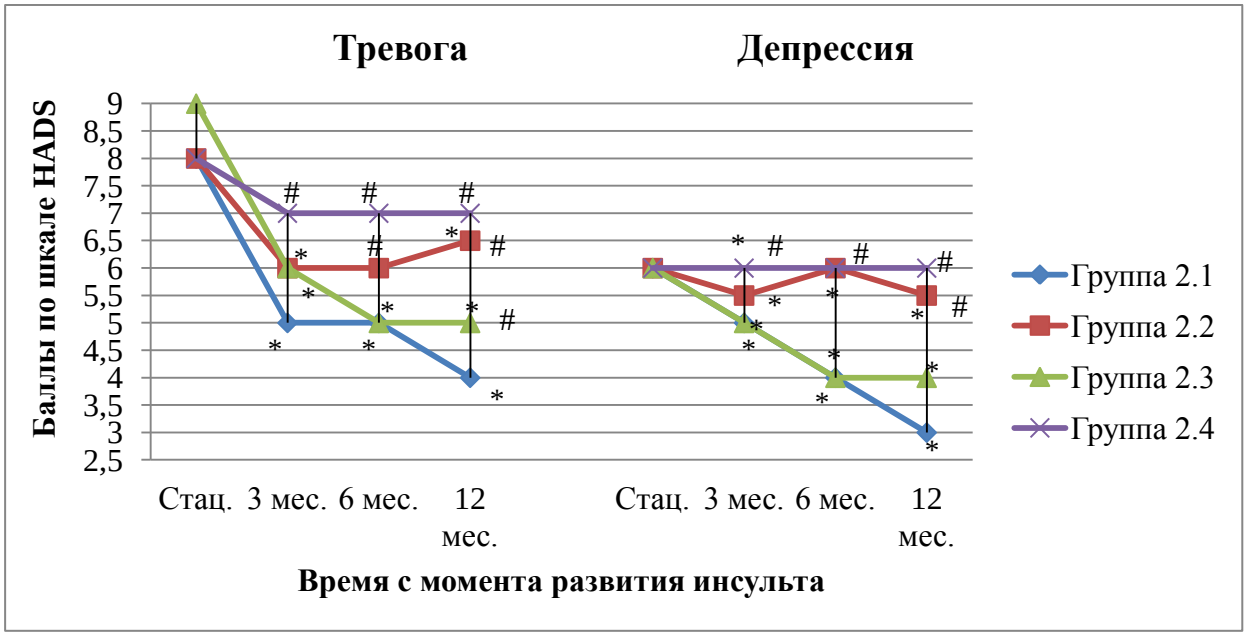


Рисунок 21 - Динамика тревоги и депрессии по шкале HADS у больных в остром и восстановительном периоде легкого и средней степени тяжести ИИ

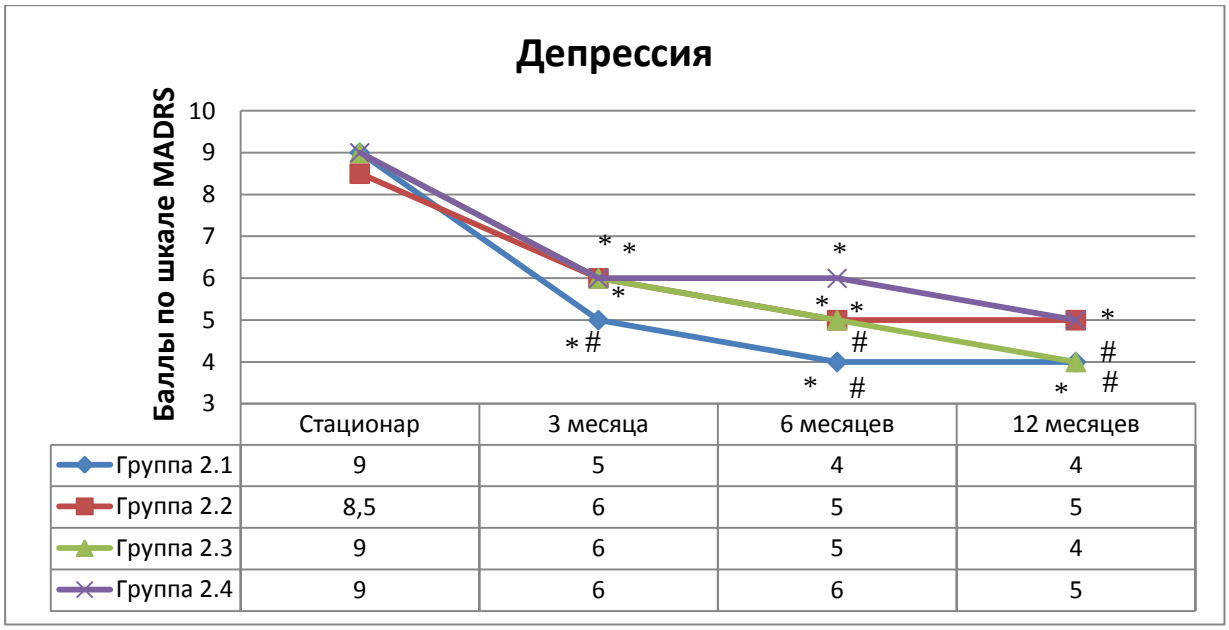


Рисунок 22 - Динамика депрессии по шкале MADRS у больных в остром и восстановительном периоде легкого и средней степени тяжести ИИ

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром периоде и подостром периоде, $p<0,05$ (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

Развитие депрессии в остром периоде было отмечено у 44 больных, что составило 35,7%. Через 6 месяцев депрессия развилась у 5 пациентов (4%), а через год выявлена еще у 4 (3%) обследуемых, у которых не было выявлено тревожно-депрессивного расстройства ни в остром периоде ИИ, ни через 3 месяца. Важно отметить, что депрессия развивалась только у респондентов тех групп, которые не соблюдали индивидуальную программу реабилитации и отказывались от наблюдения у невролога на амбулаторном этапе. Коррекция тревожно-депрессивного расстройства в РВП через полгода и год также проводилась с использованием СИОЗС, все пациенты (9 тестируемых с развитием депрессии) были комплаентны к лечению, и мы отмечали регресс эмоциональных нарушений к концу терапии. В остром периоде у обследуемых пациентов легким и средней степени тяжести ИИ по шкале HADS уровень тревожности соответствовал значению «субклинически выраженная тревога», уровень депрессии соответствовал значению верхней границы нормы. Анализ результатов

тестирования в динамике в течение восстановительного периода инсульта свидетельствует о том, что у больных, не проходивших реабилитационных мероприятий после выписки из стационара (группа 2.4), редукция тревожно-депрессивного расстройства была минимальной: наблюдалась только в первые 3 месяца после инсульта, а уровень тревоги и депрессии был достоверно выше ($p<0,05$) при межгрупповом сравнении в отличие от всех других групп через 3 месяца и в сопоставлении с группами 2.1 и 2.3 через 6 и 12 месяцев. Ко всему прочему, у пациентов группы 2.2, не выполняющих ИПР после санаторного долечивания, уровень тревоги и депрессии был также достоверно выше ($p<0,05$) при межгрупповом сравнении с группами 2.1 и 2.3 через 6 и 12 месяцев, хотя и не выходили за пределы значения «нормы».

В остром периоде по шкале MADRS уровень депрессии у пациентов с ишемическим инсультом не выходил за границу в 15 баллов (клинически выраженная депрессия). Однако регресс симптомов депрессии по шкале MADRS в баллах достоверно ($p<0,05$) лучше на протяжении всего года показывали респонденты в группе 2.1, по сравнению с пациентами 2.2 и 2.4 групп. У больных группы 2.3 достоверно ($p<0,05$) ниже были выявлены показатели через 6 и 12 месяцев, в сравнении с тестируемыми группами 2.2 и 2.4, что позволяет сделать вывод о позитивном влиянии ИПР на снижение общего отрицательного эмоционального фона при каком-либо неврологическом дефекте, часто приводящего к развитию тревоги и депрессии после инсульта. При внутригрупповом анализе в каждой из групп отмечена статистически значимая ($p<0,05$) редукция расстройств по шкале MADRS в течение года.

Существенный вклад в инвалидизацию пациентов после инсульта вносят когнитивные нарушения (КН), этой проблеме в последние годы уделяют все больше внимания. [3,15,88,174,204]. В остром периоде легкого и средней тяжести ИИ на 7-14 день нами были выявлены легкие когнитивные нарушения (снижение оценок до 26 баллов по шкале MMSE). Это вполне объяснимо, т.к. ИИ приводит к дезорганизации высших мозговых функций. Восстановление когнитивных функций ($p<0,05$) было отмечено у всех пациентов в первые 3 месяца после

перенесенного инсульта, однако респонденты группы 2.4 при межгрупповом анализе в этот период времени показывали достоверно (p<0,05) более низкие результаты при обследовании (рисунок 23). 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.

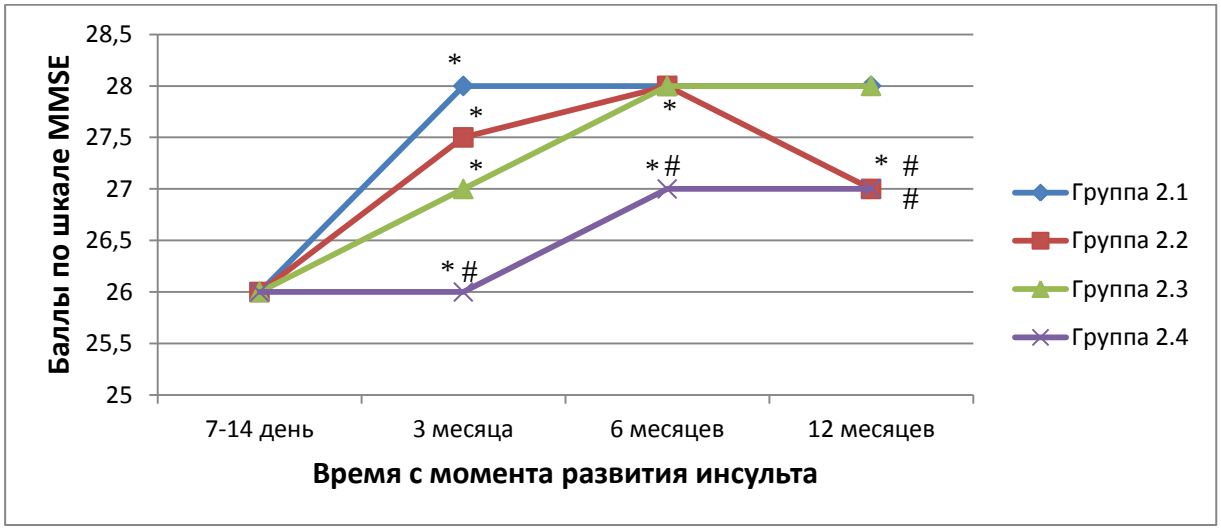


Рисунок 23 - Динамика когнитивных нарушений по шкале MMSE у больных в остром и восстановительном периоде легкого и средней степени тяжести ИИ

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром периоде и восстановительном периодах, p<0,05 (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Краскела-Уоллиса).

Через год больные группы 2.2 незначительно ухудшили свои показатели в сравнении с параметрами, выявленными через полгода от начала инсульта (p<0,05). Возможно, это связано с отсутствием коррекции медикаментозной терапии и развитием тревожно-депрессивного расстройства у некоторых пациентов этой группы. Помимо этого, были найдены межгрупповые отличия (p<0,05) через 12 месяцев между группами 2.1 и 2.3 – 28 (23…30) баллов и группами 2.2 и 2.4 – 27 (22…30) баллов.

4.5. Качество жизни, восстановление двигательных функций и регресс эмоциональных расстройств у больных, перенесших легкий и средней степени тяжести ишемический инсульт с развитием депрессии, в зависимости от приема антидепрессанта

С помощью шкалы HADS субклинически и клинически выраженная тревога и депрессия были выявлены у 19 пациентов, перенесших ИИ в ВББ, и у 44 больных, перенесших полушарный ИИ: 33 женщины и 30 мужчин. Тревога - 9 (4…13) баллов, депрессия – у 11 (8…14), что составило 35,7% среди всех респондентов с легким и средне-тяжелым ИИ. По шкале MADRS балл был равен 16(9…21). Всем больным, соответствующим критериям включения в исследование (балл по шкале HADS больше 7), был назначен антидепрессант (СИОЗС - эсциталопрам), в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи больным инсультом [7]. 40 из указанных больных принимали препарат в течение 12 недель, однако 23 пациента отказались от его приема. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, локализации ИИ, степени тяжести инсульта и др. показателям.

После выписки из стационара больные продолжали наблюдаться неврологом, для оценки динамики уровня тревоги и депрессии на протяжении года им проводилось повторное тестирование.

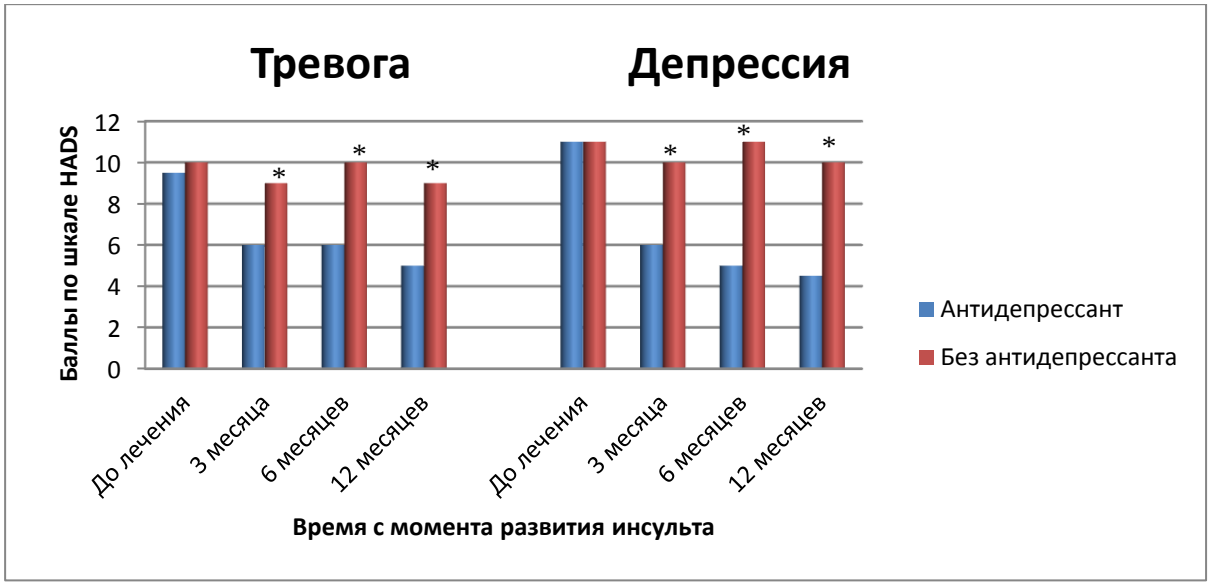


Рисунок 24 - Динамика тревоги и депрессии по шкале HADS у больных в восстановительном периоде ишемического инсульта

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных, принимавших антидепрессант, и без антидепрессанта, p<0,05, (критерий Манна-Уитни)

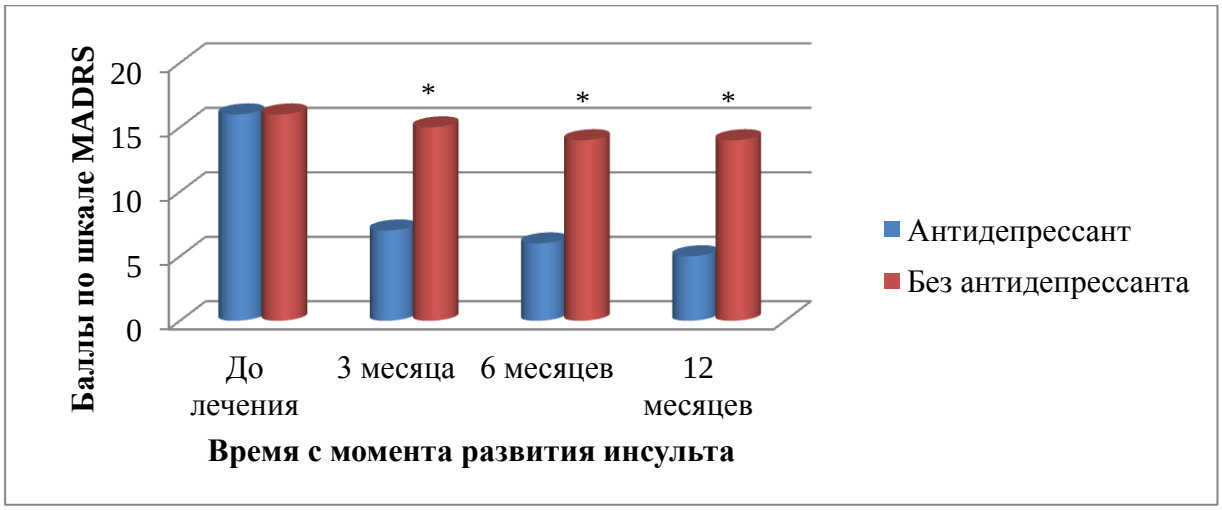


Рисунок 25 - Динамика уровня депрессии по шкале MADRS у больных в восстановительном периоде ишемического инсульта

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных, принимавших антидепрессант, и без антидепрессанта, p<0,05, (критерий Манна-Уитни)

Анализ результатов тестирования в течение восстановительного периода инсульта свидетельствует о том, что у больных, принимавших эсциталопрам, наблюдалась редукция тревожно-депрессивного расстройства (p<0,05). Положительный эффект пациенты отмечали уже через 2 недели проводимой терапии: уменьшалась плаксивость, подавленность, увеличивалась продолжительность сна, улучшалась трудоспособность, больные становились более активными. К концу курса лечения эсциталопрамом (через 3 месяца после перенесенного ишемического инсульта) показатели в группе приема эсциталопрама составили по шкалам HADS (тревога) статистически значимое снижение до 6 (4…10) баллов, по HADS (депрессия) - до 6(4…9) баллов, что соответствует значению «норма». В группе, где больные не получали

антидепрессант, показатели тревоги и депрессии оставались на практически неизменном уровне (p>0,05) в течение года (рис. 24,25). Безусловно, купирование тревожно-депрессивных расстройств в течение столь непродолжительного периода является важным. Однако не менее интересным, на наш взгляд, представлялось оценить длительность, стойкость полученного эффекта. Для этого мы провели тестирование пациентов спустя 6 и 12 месяцев от начала заболевания, когда участники исследования уже закончили прием эсциталопрама. Был выявлен весьма интересный факт: даже через полгода показатели тревоги и депрессии в группе лечения антидепрессантом продолжали снижаться (p<0,05), что наглядно иллюстрирует рис. 26.

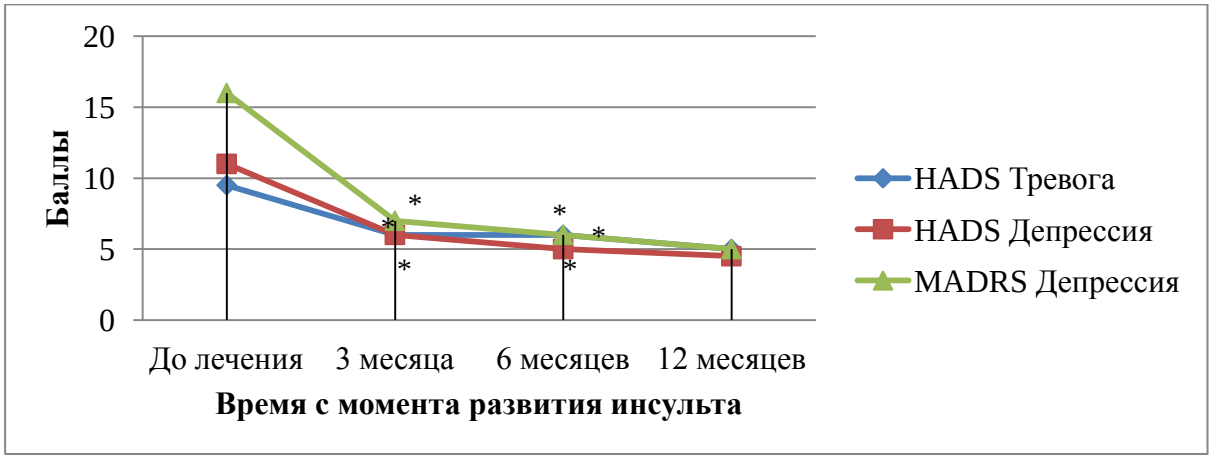


Рисунок 26 - Динамика показателей тревоги и депрессии в восстановительном периоде ишемического инсульта в группе приема антидепрессанта

Примечание: * - наличие достоверного отличия, по сравнению с оценкой на предшествующем тестировании, p<0,05, (критерий Уилкоксона)

Эсциталопрам переносился удовлетворительно большинством наблюдаемых нами больных. Побочные эффекты выявлены лишь у одного пациента в виде общей слабости и тошноты в начале приема препарата с дальнейшим постепенным регрессом. Эти побочные эффекты были выражены незначительно и не требовали прекращения терапии.

По окончании курса лечения отмена препарата проводилась у больных постепенно, доза снижалась в течение 2 недель. Симптомов отмены зарегистрировано не было.

Проводя исследование, мы предположили, что редукция тревожно-депрессивного синдрома должна благоприятно влиять на процесс восстановления утраченных навыков, когнитивный статус, повышая мотивацию больных на выздоровление. Для подтверждения нашей рабочей гипотезы мы протестировали наблюдаемых нами больных с помощью шкал MMSE и Бартела. При оценке когнитивного статуса по шкале MMSE у больных в остром периоде ИИ в ВББ мы определили снижение его уровня до 26 баллов (22…30). Полученные нами данные соответствуют современным представлениям об острых нарушениях мозгового кровообращения, поскольку известно, что инсульт приводит к дезорганизации высшей руководящей роли коры головного мозга в отношении всех функций организма (в той или иной степени), вызывает когнитивные расстройства, ухудшая распознавание, запоминание и мыслительную деятельность, связанную с принятием решения [1,4,15]. Выявленный нами когнитивный дефицит, тем не менее, был негрубым и не препятствовал оценке качества жизни у наблюдаемых нами больных.

К концу курса лечения ни в одном случае не было отмечено ухудшения когнитивных функций. Улучшение этого показателя по шкале MMSE отмечено через 3 месяца (28 баллов - в группе пациентов, принимавших антидепрессант, 26 баллов - в группе без приема препарата), и достигло уровня статистической значимости ($p<0,05$) между результатами тестирования пациентов двух групп. Мы отметили достоверно более высокие баллы по шкале MMSE в группе больных, принимавших эсциталопрам (рис. 27) на сроках 6 и 12 месяцев ($p<0,05$). 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 [3,4].

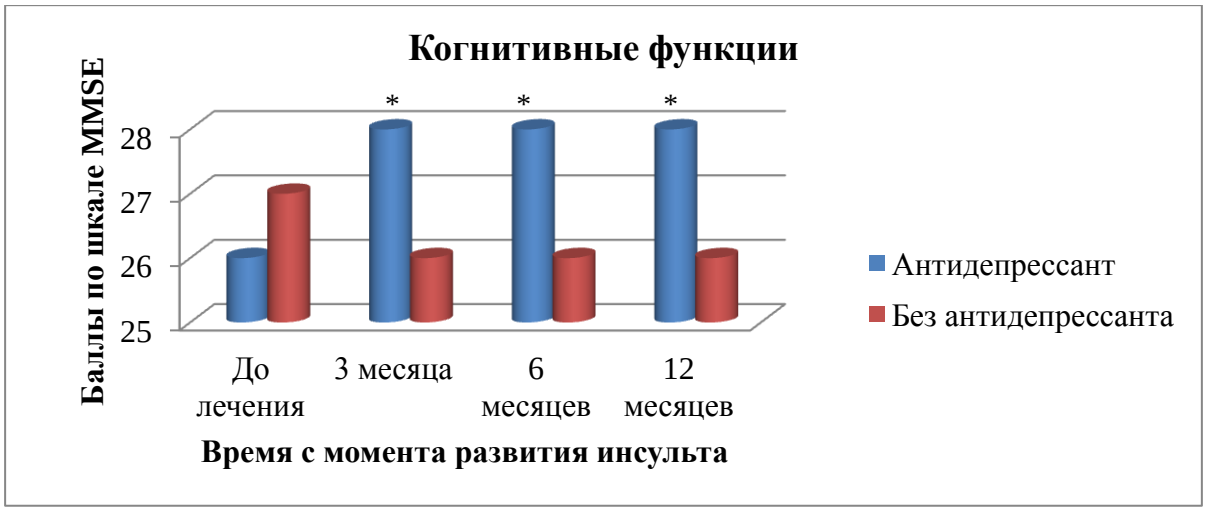


Рисунок 27 - Динамика когнитивных нарушений по шкале MMSE у больных постинсультной депрессией на фоне терапии эсциталопрамом

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных, принимавших антидепрессант, и без антидепрессанта, $p<0,05$, (критерий Манна-Уитни)

Анализируя активность в повседневной жизни, для оценки таких сторон жизнедеятельности, как самообслуживание и потребность в посторонней помощи, мы применяли шкалу Бартела и mRs.

У всех больных в остром периоде ИИ получены относительно высокие баллы по ШБ - 85 (65…100), т.к. эта шкала оценивает только основные виды ежедневной деятельности, и пациенты были в легкой степени нетрудоспособны в соответствии с mRs, 2 (1...3) балла. За время терапии достоверных изменений между группами не было, однако общий балл постепенно увеличивался по индексу Бартэла до 90 баллов и сохранялся 2 балла по шкале Рэнкина ($p>0,05$) через 3 месяца. Через 6 месяцев и год достоверно ($p<0,05$) лучшие оценки показывали пациенты группы приема антидепрессанта, что свидетельствовало об успешности восстановительных процессов после инсульта на фоне приема эсциталопрама.

Проводя объективную оценку состояния больных ИИ, мы задались вопросом: как же сами больные его оценивают? Для определения самооценки состояния пациента мы выбрали опросник качества жизни SF-36, который детально описывает физический и психический компоненты здоровья[8].

Полученные нами результаты при анкетировании больных в остром периоде ИИ по этому опроснику, были достоверно ниже, по сравнению с пациентами группы с ГБ, практически по всем шкалам опросника (p<0,05). Исключение составлял показатель выраженности болевых ощущений, который был аналогичным у пациентов двух групп.

Использование в комплексной терапии эсциталопрама привело к достоверному (p<0,05) улучшению психического компонента здоровья (по опроснику SF-36) к концу курса лечения через 3 месяца от перенесенного инсульта у обследуемых, перенесших ИИ в ВББ (рис. 28). Пациенты отмечали повышение жизнеспособности, снижались эмоциональные проблемы, которые понижают трудовую деятельность, улучшалось общение с родственниками, друзьями, знакомыми. Показатели физического функционирования были несколько выше в группе приема антидепрессанта, хотя и не достигли уровня статистической значимости (p>0,05).

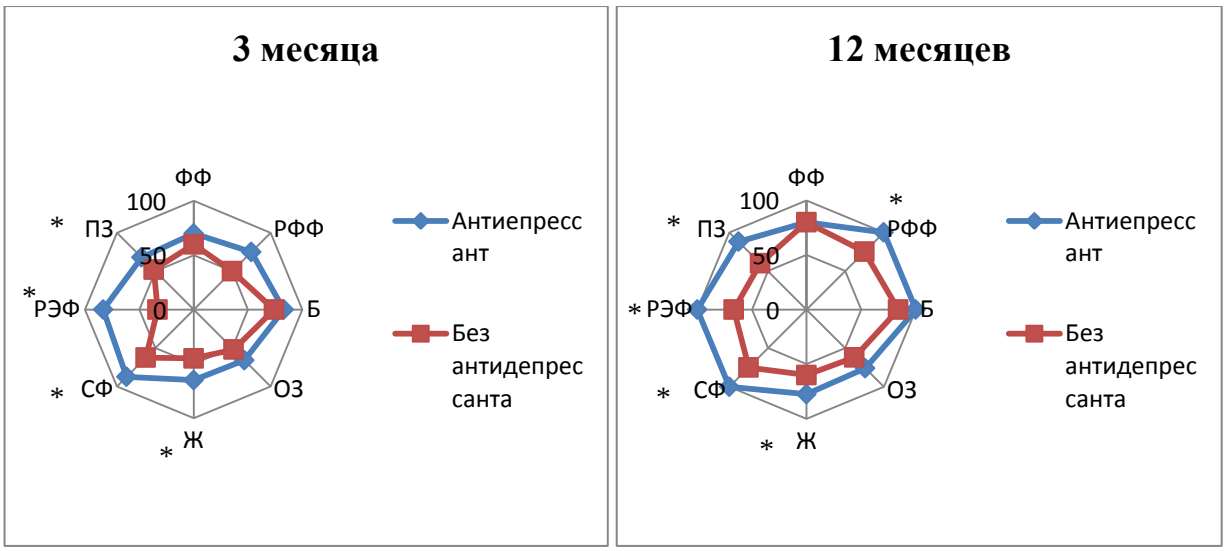


Рисунок 28 - Динамика качества жизни у больных постинсультной депрессией, перенесших ИИ в ВББ на фоне терапии эсциталопрамом

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных, принимавших антидепрессант, и без антидепрессанта, p<0,05, (критерий Манна-Уитни)

ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ –

социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

К концу года после перенесенного инсульта достоверное улучшение по подшкалам опросника SF-36,составляющим психический компонент здоровья, а также ролевое физическое функционирование было отмечено в группе больных, принимавших эсциталопрам.

В группе больных, перенесших полушарный ИИ и развитием депрессии в остром периоде, прием антидепрессанта приводил к достоверному (p<0,05) улучшению не только психического компонента здоровья (по опроснику SF-36) к концу курса лечения через 3 месяца от перенесенного инсульта, но и физического компонента здоровья, включая показатель боли, который был достоверно ниже (p<0,05) в группе приема антидепрессанта (рис. 29).

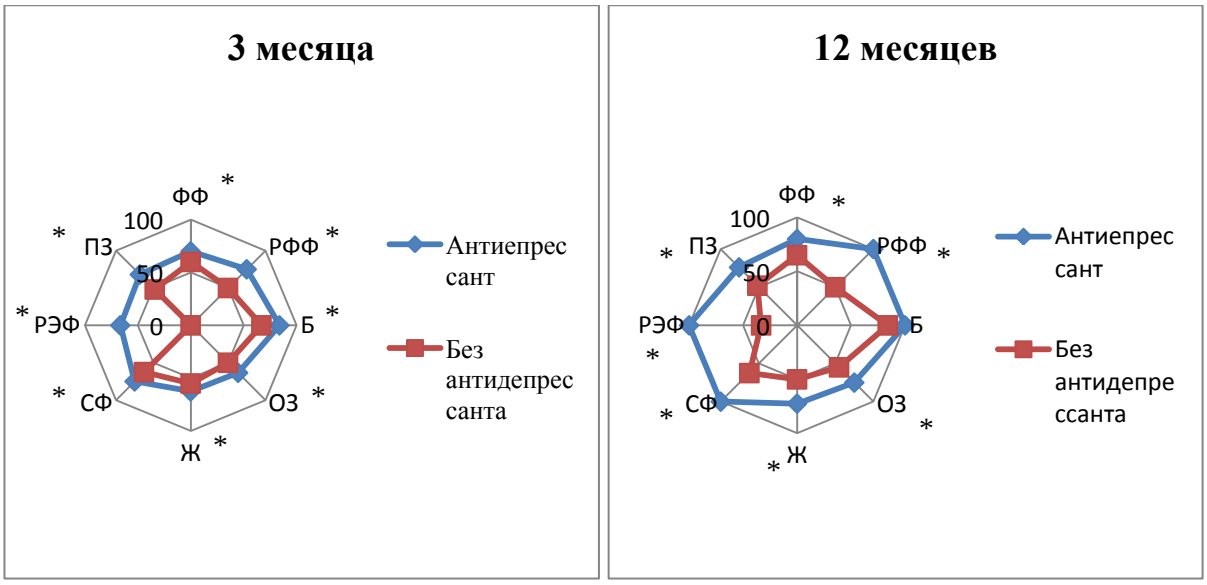


Рисунок 29 - Динамика качества жизни у больных постинсультной депрессией, перенесших полушарный ИИ на фоне терапии эсциталопрамом

Примечание: * - наличие достоверного отличия между группой больных, принимавших антидепрессант, и без антидепрессанта, p<0,05, (критерий Манна-Уитни)

ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ –

социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

К концу года от перенесенного инсульта достоверное ($p<0,05$) улучшение по всем подшкалам опросника SF-36, за исключением болевых ощущений, было отмечено в группе больных, принимавших эсциталопрам. Больные группы приема антидепрессанта охотнее выполняли комплекс реабилитационных программ и отмечали более высокую физическую активность.

Это вполне объяснимо, т.к. тревожно-депрессивное расстройство, когнитивный статус и уровень качества жизни взаимосвязаны, что подтверждено нашим исследованием. Так, при проведении корреляционного анализа, возникновение депрессии в остром периоде ИИ у наших больных не имело связи с показателями в баллах по шкале MMSE, выявлена умеренная обратная связь с показателями в баллах по ШБ ($r^*= -0,497$) ($p<0,05$) и с показателем суммарного психического компонента здоровья по шкале SF-36 ($r^*= -0,446$) ($p<0,05$). При диагностировании депрессии через 3, 6 и 12 месяцев от развития ИИ у этих пациентов имело заметную обратную связь с показателями в баллах по шкале MMSE ($r^*= -0,594; -0,508; -0,680$) ($p<0,05$) и высокую обратную связь с показателем суммарного психического компонента здоровья по шкале SF-36 ($r^*= -0,778; -0,835; -0,828$) ($p<0,05$).

Таким образом, на основании результатов исследования нами было установлено, что регресс тревожно-депрессивного расстройства и улучшение когнитивных функций на фоне назначения антидепрессанта свидетельствует о вторичном характере нарушений высших мозговых функций по отношению к депрессии. Включение эсциталопрама в комплекс реабилитационных программ повышает показатели качества жизни пациентов, перенесших ИИ.

4.6 Качество жизни больных через год после перенесенного легкого и средней степени тяжести ИИ в зависимости от возраста, пола и способов реабилитации пациентов. Возможности моделирования прогноза состояния пациента в РВП.

Чтобы исключить потенциальное влияние неравномерного распределения больных в изучаемых группах и оценить независимое влияние способов реабилитации на различные показатели качества жизни после перенесенного ИИ, мы применили уравнение множественной линейной регрессии. В качестве зависимых переменных были взяты ШБ, ФФ, ОЗ, СФ, ПЗ через 12 месяцев. В качестве независимых переменных (факторов) были взяты возраст, пол, результаты этих шкал в остром периоде, неврологический дефицит по шкале NIHSS на стационарном этапе, развитие депрессии в остром периоде, реабилитация в санатории в РВП, ИПР. В связи с ограниченным числом наблюдений в уравнение были введены только члены первого порядка без изучения эффектов взаимодействий (дисперсионный анализ главных компонент).

Было установлено, что ШБ через 12 месяцев зависела в большей степени от выполнения пациентами ИПР, показателя по ШБ в остром периоде и направления больных на реабилитацию в санаторий. Развитие депрессии, более старший возраст закономерно сопровождали снижение показателя по ШБ через год. Влияние пола на баллы по ШБ через 12 месяцев оказалась минимальным (табл. 15).

Таблица 15

Влияние различных факторов на показатель в баллах по ШБ через год (R^2=0,62, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,561	4,93±0,5	<0,0001
ШБ в остром периоде	0,396	0,26±0,04	<0,0001
Санаторий	0,228	1,99±0,5	<0,0001
Депрессия	-0,198	-1,81±0,5	<0,0001
Возраст	-0,127	-0,06±0,02	<0,05
Пол	-0,059	-0,51±0,5	>0,05

Примечание: ИПР – индивидуальная программа реабилитации; ШБ – шкала Бартела

Используя нестандартизированные коэффициенты, можно применить формулу для расчета баллов по ШБ через 12 месяцев:

ШБ через год = 75,7(константа)+4,93хИПР+0,26хШБ в остром периоде+1,99хсанаторий-1,81хдепрессия-0,06хвозраст

где ИПР=1-выполнение индивидуально разработанной программы реабилитации, ИПР=0-отказ или выполнение не в полном объеме индивидуально разработанной программы реабилитации;

ШБ-баллы по шкале Бартела;

Санаторий=1-направлен на реабилитацию в санаторий, Санаторий=0-не направлен на реабилитацию в санаторий;

Депрессия=1-развитие тревожно-депрессивных расстройств в остром периоде, Депрессия=0-не выявлено тревожно-депрессивных расстройств в остром периоде.

На первом месте по силе влияния на физическое функционирование оказалось соблюдение ИПР – у больных, проходивших занятия на амбулаторном этапе, показатель ФФ через год был выше. Также на физическую активность через год оказывало влияние реабилитация в санатории и ФФ в остром периоде ИИ. У больных старшей возрастной группы баллы ФФ через год были ниже. Не было выявлено влияния на физическую силу через год таких показателей как пол, развитие депрессии и неврологический дефицит по шкале NIHSS на стационарном этапе (табл. 16).

Таблица 16

Влияние различных факторов на показатель ФФ в баллах через год по опроснику SF-36, (R^2=0,8, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,723	16,58±0,9	<0,0001
ФФ в остром периоде	0,411	0,34±0,04	<0,0001
Санаторий	0,240	5,47±0,9	<0,0001
Возраст	-0,148	-0,18±0,05	<0,05
Депрессия	-0,036	-0,86±1,0	>0,05
Пол	-0,056	-1,27±1,2	>0,05
NIHSS	0,020	0,084±0,1	>0,05

Примечание: ИПР – индивидуальная программа реабилитации; ФФ – физическое функционирование по опроснику SF-36

Используя нестандартизированные коэффиценты можно применить формулу для расчета баллов ФФ через 12 месяцев:

ФФ через год = 58,2(константа)+16,58хИПР+0,34хФФ в остром периоде+5,47хсанаторий-0,18хвозраст

где ФФ - баллы по шкале ФФ.

Достоверно более высокие показатели состояния общего здоровья через год наблюдалось у больных, соблюдавших ИПР и прошедших реабилитацию в санатории. Возраст, пол, развитие депрессии и неврологический дефицит по шкале NIHSS на стационарном этапе мало влияли на величину ОЗ через год (табл. 17).

Таблица 17

Влияние различных факторов на показатель ОЗ в баллах через год по опроснику SF-36, (R^2=0,76, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,681	16,47±1,1	<0,0001
ОЗ в остром периоде	0,397	0,42±0,05	<0,0001
Санаторий	0,258	6,19±1,1	<0,0001
Депрессия	-0,054	-1,34±1,2	>0,05
Возраст	-0,086	-0,11±0,06	>0,05
Пол	-0,024	-0,58±0,5	>0,05
NIHSS	0,003	0,014±0,01	>0,05

Примечание: ИПР – индивидуальная программа реабилитации; ОЗ – общее здоровье по опроснику SF-36

Используя нестандартизированные коэффиценты можно применить формулу для расчета баллов ОЗ через 12 месяцев:

ОЗ через год = 43,6(константа)+16,47хИПР+0,42хОЗ в остром периоде+6,19хсанаторий

где ОЗ - баллы по шкале ОЗ.

Социальное функционирование в РВП через год в наибольшей степени было связано с соблюдением ИПР в течение года и развитием депрессии на стационарном этапе. У больных, выполняющих ИПР, социальная активность через год была выше, чем у пациентов некомплаентных к лечению. Развитие депрессии ухудшало показатели общественной деятельности и социальных контактов у респондентов, перенесших легкий и средней степени тяжести ИИ. Влияние пола, возраста, неврологического дефицита в остром периоде, реабилитация в санатории в РВП на социальное функционирование через год было выражено относительно слабее и не достигало статистически значимого уровня (табл. 18).

Таблица 18

Влияние различных факторов на показатель СФ в баллах через год по опроснику SF-36, (R^2=0,67, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,587	16,15±1,8	<0,0001
Депрессия	0,243	-6,93±2,02	<0,0001
Пол	-0,138	-3,77±2,0	>0,05
Возраст	-0,131	-0,19±0,1	>0,05
Санаторий	0,126	3,45±1,7	>0,05
СФ в остром периоде	0,121	0,01±0,07	>0,05
NIHSS	0,008	0,04±0,3	>0,05

Примечание: ИПР – индивидуальная программа реабилитации; СФ – социальное функционирование по опроснику SF-36

Используя нестандартизированные коэффиценты, можно применить формулу для расчета баллов СФ через 12 месяцев:

СФ через год = 91,3 (константа)+16,15хИПР-6,93хДепрессия

где СФ - баллы по шкале СФ.

Психическое здоровье в РВП через год было значительно выше у больных, проходивших реабилитацию в санатории и выполняющих ИПР. Также было отмечено длительное сохранение негативных эмоций у больных с развитием

депрессии на этапе стационарного лечения. Влияние остальных факторов на психологическое состояние пациентов оказалось значительно слабее (табл. 19).

Таблица 19

Влияние различных факторов на показатель ПЗ в баллах через год по опроснику SF-36, (R^2=0,62, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,600	15,18±1,5	<0,0001
ПЗ в остром периоде	0,481	0,49±0,07	<0,0001
Санаторий	0,148	3,7±1,4	<0,0001
Депрессия	-0,238	-5,81±1,2	<0,0001
Возраст	-0,109	-0,15±0,08	>0,05
Пол	-0,006	-0,15±0,6	>0,05
NIHSS	0,008	-0,51±0,5	>0,05

Примечание: ИПР – индивидуальная программа реабилитации; ПЗ – психическое здоровье по опроснику SF-36

Используя нестандартизированные коэффиценты, можно применить формулу для расчета баллов ПЗ через 12 месяцев:

ПЗ через год = 42,5(константа)+15,18хИПР+0,49хПЗ в остром периоде+3,7хсанаторий-5,81хДепрессия.

где ПЗ - баллы по шкале ПЗ.

Таким образом, по результатам проведенного многофакторного дисперсионного анализа и составления уравнений линейной регрессии можно заключить, что после перенесенного легкого и средней степени тяжести ИИ вне зависимости от возраста, пола, неврологического дефицита в остром периоде, соблюдение пациентами ИПР в РВП приводило к достоверно более высоким показателям самообслуживания, физического и психического функционирования через год. Реабилитация в санатории после перенесенного ИИ оказывала благоприятное влияние на выполнение пациентами повседневной деятельности и физическую активность в РВП. Развитие депрессии на этапе стационарного лечения в большей степени ухудшало показатели психического здоровья и социального функционирования пациента в обществе в течение года.

ГЛАВА 5
ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

5.1 Восстановление двигательных функций и показателей качества жизни в восстановительном периоде у пациентов, перенесших тяжелый ИИ без развития тревожно-депрессивного расстройства

При подсчете промежуточных данных у пациентов, перенесших тяжелый ИИ, в восстановительном периоде (через 3 месяца) мы получили достоверно ($p<0,05$) ниже оценки основных показателей «качества жизни» 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 развития тревожно-депрессивного расстройства, в зависимости от соблюдения ими ИПР на амбулаторном этапе. Распределение больных по возрастным категориям представлено в таблице 20.

Таблица 20

Распределение пациентов без развития тревожно-депрессивного расстройства по возрасту на группы, в зависимости от выполнения ИПР

Возраст (лет)	Больные, соблюдающие ИПР (3А группа)	Больные, не соблюдающие ИПР (3Б группа)
Всего	14	13
40-49	2	2
50-59	4	4
60-69	5	4
старше 70	3	3

Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. При межгрупповом анализе на первом обследовании в остром периоде заболевания группы сопоставимы по показателям КЖ. Вместе с тем, мы решили проследить динамику восстановления утраченных функций. Анализ полученных данных свидетельствовал о том, что в группе 3А в течение года (рисунок 30) во всех точках обследования достоверно ($p<0,05$) улучшаются показатели по шкале

Бартел: 55 (30…70) на 7-14 день ИИ; 72,5 (55…80) - через 3 месяца; 82,5 (70…90) - через 6 месяцев; 87,5 (80…90) - через 12 месяцев. В группе 3Б в динамике улучшаются показатели по этой шкале достоверно (p<0,05) только через 3 и через 12 месяцев: 50 (30…60) - на 7-14 день ИИ, 60 (50…70) - через 3 месяца, 60 (60…75) - через 6 месяцев, 70 (60…75) - через 12 месяцев. У пациентов 3А группы были достоверно (p<0,05) выше показатели через 6 и 12 месяцев, по сравнению с 3Б группой больных, не выполнявших ИПР.

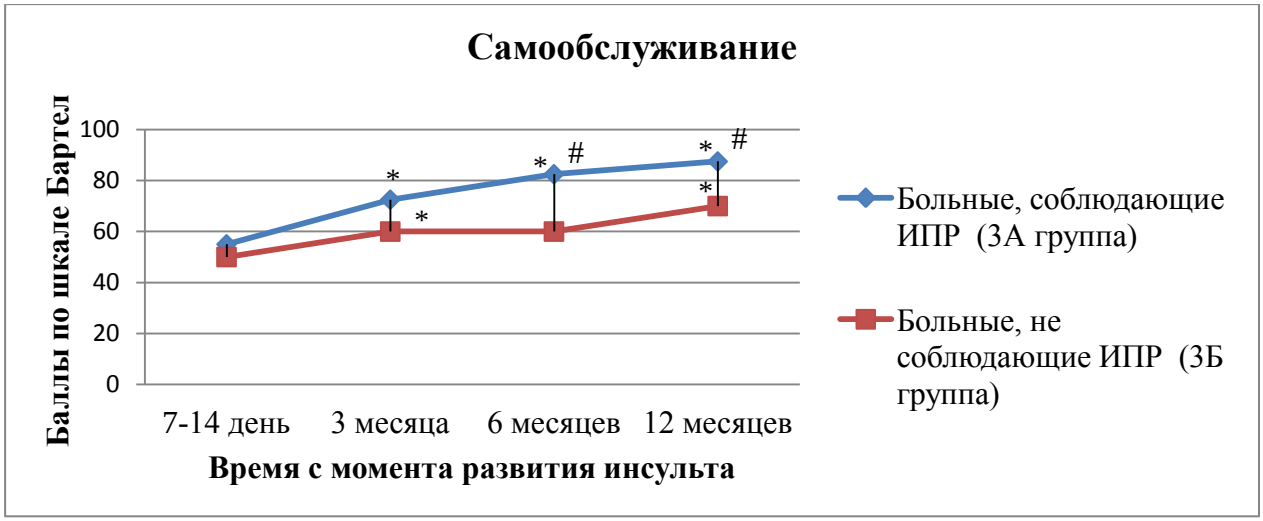


Рисунок 30 - Динамика показателей двигательных функций в восстановительном периоде тяжелого ишемического инсульта по шкале Бартел в течение года у пациентов без тревожно-депрессивного расстройства (p<0,05)

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Манна-Уитни).

Шкала Бартел оценивает основные виды ежедневной деятельности (прием пищи, перемещение, умывание, одевание, контролирование мочеиспускания и дефекации), поэтому для оценки степени функциональных нарушений в дополнение нами использовалась шкала Рэнкина, чтобы получить информацию о зависимости от посторонних лиц и анализа утраты трудоспособности данной категории больных (рисунок 31).

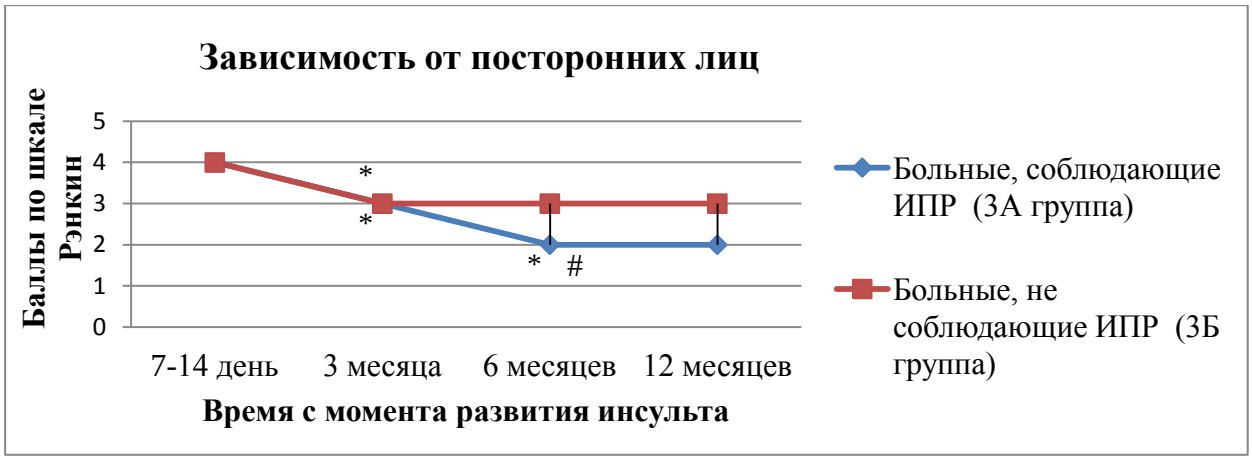


Рисунок 31 - Динамика показателей зависимости от посторонних лиц в восстановительном периоде тяжелого ишемического инсульта по шкале Рэнкин в течение года у пациентов без депрессии (p<0,05)

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Манна-Уитни).

Нами было отмечено, что более функционально независимы через год были пациенты 3А группы. Достоверное улучшение в баллах по шкале Рэнкин было выявлено через 3 и 6 месяцев у пациентов группы 3А: 3 (2…4), 2 (2…3), (p<0,05), которое сохранялось на таком же уровне через год: 2 (2…3), (p>0,05). У пациентов 3Б группы достоверно уменьшались баллы через 3 месяца - 3 (3…4), (p<0,05), но в дальнейшем показатели не улучшались на протяжении года. У пациентов 3А группы был достоверно (p<0,05) выше показатель по шкале Рэнкин через 6 месяцев, по сравнению с больными 3Б группы. Это свидетельствует о том, что пациенты группы 3А уже через 6 месяцев могут жить одни без какой-либо помощи другого человека, а пациенты 3Б группы к концу года после перенесенного тяжелого ИИ не нуждаются в помощи при ходьбе, однако самостоятельно жить не могут.

Шкала NIHSS использовалась для оценки выраженности неврологического дефицита (рисунок 32).

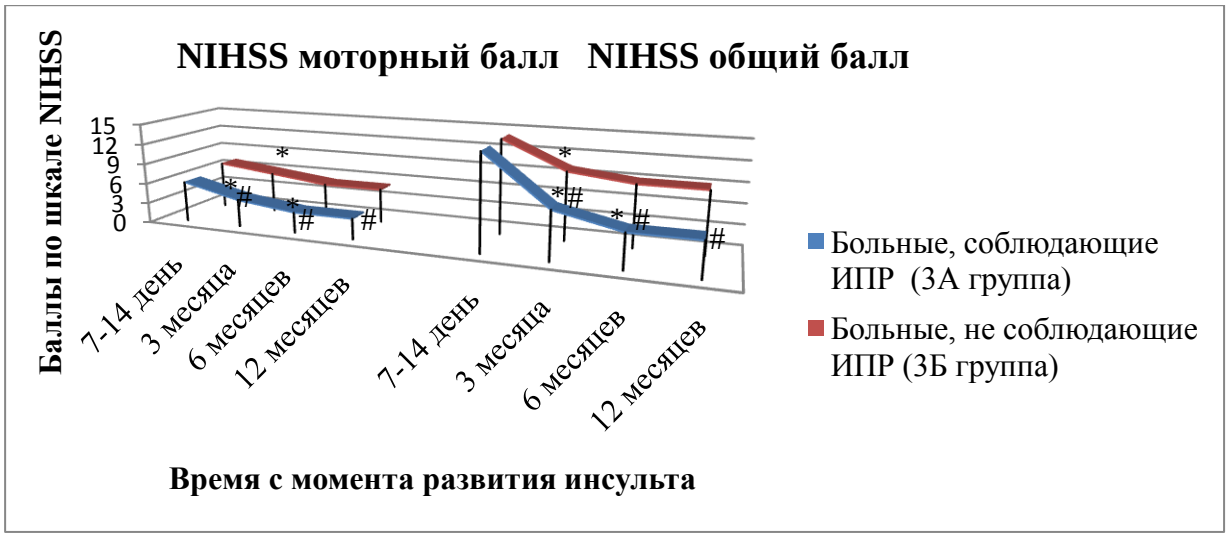


Рисунок 32 - Динамика показателей неврологического статуса по шкале NIHSS в восстановительном периоде тяжелого ишемического инсульта в течение года у пациентов без тревожно-депрессивного расстройства

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05(критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Манна-Уитни).

В двух группах в динамике через 3 месяца выраженность неврологического дефицита достоверно уменьшалась (p<0,05) по моторному и суммарному баллам. Однако уже через 3 месяца при межгрупповом анализе статистически достоверно лучшее восстановление показала группа пациентов, выполняющая ИПР. В группе 3А через 3 месяца: моторный балл составил 4 (3…4), суммарный балл – 7 (6…9), в группе 3Б – 6 (5…7), 10 (7…10), соответственно. В динамике и при межгрупповом сравнении через 6 месяцев статистически достоверно уменьшался неврологический дефицит в 3А группе (p<0,05): моторный балл - 3 (2…5), суммарный балл – 5 (5…6). Через год в этой группе неврологический статус оставался стабильным, без ухудшения, по сравнению с полугодовым уровнем (p>0,05). В 3Б группе статистически достоверных различий в выраженности неврологической симптоматики в динамике через 6 и 12 месяцев не найдено (p>0,05), и результаты по шкале NIHSS достоверно ниже (p<0,05), чем в 3А

группе. Через 6 и 12 месяцев было выявлено, что в 3Б группе моторный балл составил 5 (5…6), суммарный балл – 9 (7…10). Таким образом, на начальном этапе в двух группах отмечено снижение выраженности двигательных нарушений, однако уже через три месяца у пациентов, не выполняющих программу реабилитации, глубина парезов более выражена, чем у пациентов, комплаентных к лечению.

При анализе показателей КЖ по опроснику SF-36, который более полно оценивает разнообразную ежедневную двигательную активность в восприятии пациента, отмечена закономерность, аналогичная предыдущим данным, свидетельствующая о зависимости показателей шкал от приверженности пациентов к лечению (таблица 21).

Таблица 21

Показатели качества жизни (ФКЗ) больных в остром и восстановительном периоде тяжелого ИИ у пациентов без тревожно-депрессивного расстройства по опроснику SF-36 (Me(Min-Max))

Группы	**Время с момента развития**	**Показатели качества жизни (физический компонент зоровья). Балльная оценка**				
		ФФ	**РФФ**	**Б**	**ОЗ**	**ФКЗ (суммарный)**
Группа 3А	**7-14 день**	10 (0…45)	0 (0…25)	61 (32…74)	40 (30…60)	32,9(28,9…41,1)
	3 мес.	35(30…65) * #	50(50…50) * #	70,5(40…84) *	55(45…65) *	42,3(37,5…44,6) *
	6 мес.	55(45…75) * #	75(50…75) * #	74,5 (54…84)	60(57…72) * #	45,2(41,2…49,5) *#
	12 мес.	65(50…80) * #	75(75…75) #	79(72…100) *	70(65…80) *#	46,7(40,9…51,9) #
Группа 3Б	**7-14 день**	15 (0…25)	0 (0…0)	61 (32…80)	47 (27…70)	35,3 (26,8…39,6)
	3 мес.	35 (25…40) *	25 (25…25) *	74 (64…84) *	50 (40…70) *	39,9(32,1…43,4) *
	6 мес.	40 (35…45) *	25 (25…50)	84 (64…84)	57 (52…72)	40,3 (33,8…42,6)
	12 мес.	45 (35…50) *	50 (25…50) *	84(72…100) *	57 (55…72) *	43,5(36,2…48) *

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром периоде и подостром периоде, p< 0,05 (критерий Уилкоксона).
критерий достоверности различий показателей между группами, p <0,05 (критерий Манна-Уитни).

Практически по всем шкалам ФКЗ, включая суммарный показатель, пациенты группы 3А статистически достоверно лучше восстанавливались в течение года, причем уже через 3 месяца в этой группе были более высокие баллы по подшкалам ФФ и РФФ, чем в группе 3Б. Пациенты группы 3А менее лимитированы в выполнении физических нагрузок и будничной деятельности. Исключение составили данные, полученные при тестировании по шкале боли: у больных двух групп не было выраженных отличий в интенсивности боли и ее влияния на повседневную деятельность в остром и восстановительном периодах. В динамике в течение года в группах 3А и 3Б интенсивность боли достоверно уменьшалась через 3 и 12 месяцев с момента развития инсульта (p<0,05). Внутри группы 3Б в течение года также отмечено восстановление физических функций, достоверное улучшение было выявлено через 3 и 12 месяцев (p<0,05).

При проведении анализа показателей КЖ по опроснику SF-36, достоверно (p<0,05) более высокие показатели выявлены по подшкале социальное функционирование в группе 3А через 3, 6 и 12 месяцев, в сравнении с группой 3Б (таблица 22). При межгрупповом сравнении также статистически достоверно лучшие баллы были у пациентов группы 3А по подшкале психическое здоровье через 3 и 12 месяцев, ПКЗ - через 3 месяца. Таким образом, пациенты, выполняющие ИПР, чувствовали себя лучше и в эмоциональной сфере, общении с родственниками и друзьями.

Таблица 22

Показатели качества жизни больных в остром и восстановительном периоде тяжелого ИИ у пациентов без тревожно-депрессивного расстройства по опроснику SF-36 (Me(Min-Max))

Группы	Время	Показатели качества жизни (физический компонент зоровья). Балльная оценка

		Ж	СФ	РЭФ	ПЗ	ПКЗ (суммарный)
Группа 3А	**7-14 день**	45 (20…70)	50 (37,5…62,5)	33,3 (33,3…66,6)	56 (52…80)	46,2(40…52,9)
	3 мес.	60(45…80) *	75(62,5…75) * #	66,6(66,6…66,6) *	68(60…84) *#	49,4(48,2…54,5) *#
	6 мес.	70(45…80) *	87,5(75…100) * #	66,6 (66,6…100)	68(64…88)	50,9(47,9…58,1)
	12 мес.	80(50…80) *	87,5(75…100) #	66,6(66,6…100)	72(68…88) *#	50,9(47,6…63,0)
Группа 3Б	**7-14 день**	45 (45…85)	50 (37,5…62,5)	33,3 (33,3…66,6)	56 (44…80)	44,3 (41…58)
	3 мес.	60 (55…85) *	50 (50…62,5)	66,6 (66,6…100) *	60 (56…84) *	46,6(45,7…61,2) *
	6 мес.	65 (55…80)	50 (50…62,5)	66,6 (66,6…100)	64 (64…84) *	48,2 (46,7…59,7)
	12 мес.	65 (65…85)	75 (62,5…75) *	66,6(66,6…100)	64 (64…84)	49,9(46,7…62,3)

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром периоде и подостром, $p < 0,05$ (критерий Уилкоксона).

критерий достоверности различий показателей между группами, $p < 0,05$(критерий Манна-Уитни).

Одними из наиболее частых проявлений сосудистых заболеваний головного мозга являются когнитивные нарушения [8,18]. Поэтому вопросы коррекции когнитивного дефицита в восстановительном периоде по-прежнему требуют дальнейшего углубленного изучения [2,5]. При оценке когнитивного статуса по шкале MMSE у больных двух групп пациентов, перенесших тяжелый ИИ, мы не выявили отличий ($p > 0,05$). Это можно объяснить тем, что разработанная нами ИПР (авторское право №323 от 28 июня 2017г в Южно-Уральской торгово-промышленной палате), затрагивает, в основном, физическую разработку парализованных конечностей. У пациентов двух групп к концу года отмечено достоверное улучшение когнитивного статуса с 22 (14…25) до 25 (23…27) баллов и 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 ($p>0,05$), уровень депрессивной симптоматики в баллах по шкалам HADS и MADRS был ниже в группе выполнения ИПР на сроках тестирования 6 и 12 месяцев ($p<0,05$).

5.2 Восстановление двигательных функций и показателей качества жизни в восстановительном периоде у пациентов, перенесших тяжелый ИИ с развитием тревожно-депрессивного расстройства

Нами было выявлено 54 пациента с развитием тревожно-депрессивного расстройства, и это составило 67% от всех наблюдаемых нами пациентов, перенесших тяжелый ИИ. Каждому пациенту нами была разработана ИПР (физическая реабилитация, при необходимости логопедические упражнения), для коррекции тревожно-депрессивного расстройства был назначен антидепрессант (СИОЗС).

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. Распределение больных по возрасту на группы, в зависимости от выполнения реабилитационных программ представлено в таблице 23.

Таблица 23

Распределение пациентов с развитием тревожно-депрессивного расстройства по возрасту на группы, в зависимости от выполнения ИПР и приема антидепрессанта

Возраст (лет)	**3.1 группа**	**3.2 группа**	**3.3 группа**	**3.4 группа**
Всего	16	12	12	14

40-49	3	1	2	1
50-59	7	7	5	5
60-69	5	3	3	4
старше 70	1	1	2	4

Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. При межгрупповом анализе все группы в остром периоде при первом обследовании были сопоставимы по показателям качества жизни. Оценка межгрупповых отличий была проведена с помощью критерия Краскела-Уоллиса. Динамика восстановления утраченных функций проходила следующим образом.

Наилучшим образом восстановление самообслуживания проходило у больных 3.1 и 3.2 групп (рисунки 33-36). Получены следующие баллы по шкале Бартел в динамике через 3, 6 и 12 месяцев у пациентов группы 3.1: 60 (50…80), 80 (70…90), 85 (70…90), $p<0,05$ в каждом отрезке времени, у пациентов группы 3.2: 65 (50…85), 80 (65…85), ($p<0,05$) в первые полгода, однако у больных данной группы (3.2) через 12 месяцев улучшения в самообслуживании выявлено не было: 80 (70…85), ($p>0,05$). Таким образом, мы попытались воздействовать на скорость и степень восстановления самообслуживания даже у пациентов с минимальной независимостью в остром периоде заболевания. Нами выявлено, что пациенты 2-ой группы, даже не выполняя ИПР, показали удовлетворительную картину восстановления в течение года. Это можно объяснить положительным влиянием антидепрессанта на эмоциональную сферу, что дает пациентам использовать свой физический потенциал, чтобы обслуживать себя. Сохранялись низкими результаты в группе 3.3. Статистически достоверное улучшение выявлено у больных этой группы в динамике через 3 месяца, составив 62,5 (45…80) баллов, через 6 месяцев – 65 (50…85) баллов, ($p<0,05$). В следующие полгода показатели сохранились на том же уровне: 65 (70…85) баллов, ($p>0,05$), несмотря на то, что ИПР пациенты выполняли в полном объеме. Также низкие результаты отмечены в группе 3.4: 60 (40…90) баллов - через 3 месяца, 65 (50…90) баллов - через 6 месяцев, 65 (50…90) баллов - через 12 месяцев, в динамике в этой группе достоверно ($p<0,05$) улучшались показатели через 3 и 6

месяцев после развития ИИ. При межгрупповом анализе нами выявлены достоверно лучшие показатели двигательных функций через 6 месяцев у пациентов 3.1 и 3.2 групп (p<0,05), по сравнению с группой 3.4, а через 12 месяцев достоверно (p<0,05) лучшие результаты первых двух групп, по сравнению с группами 3.3 и 3.4.

Динамика показателей двигательных функций у пациентов с тревожно-депрессивным расстройством в остром и восстановительном периоде тяжелого ишемического инсульта по шкале Бартел в течение года

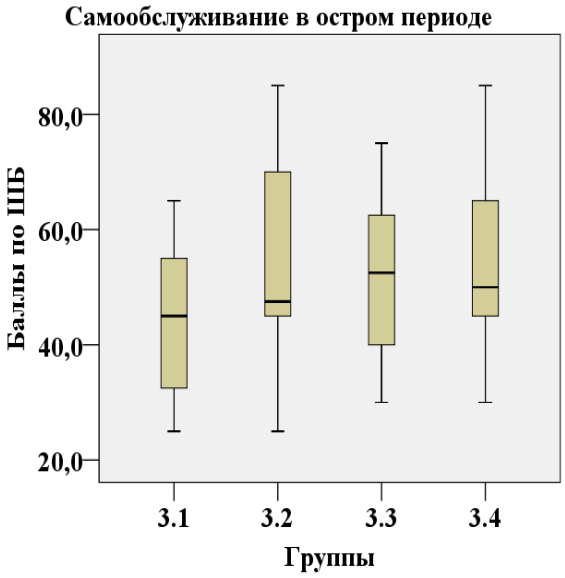


Рисунок 33

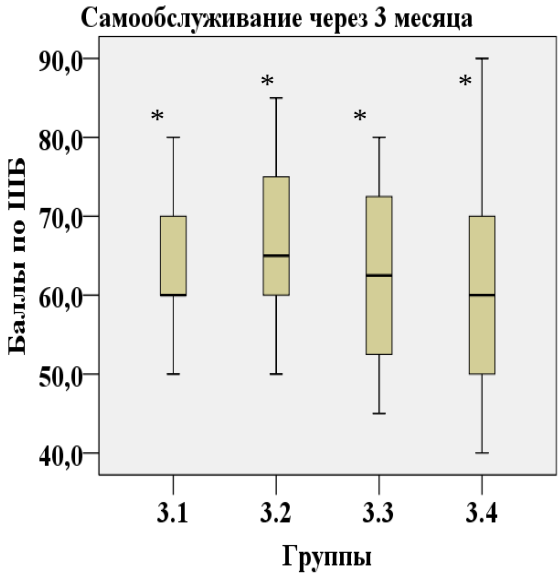


Рисунок 34

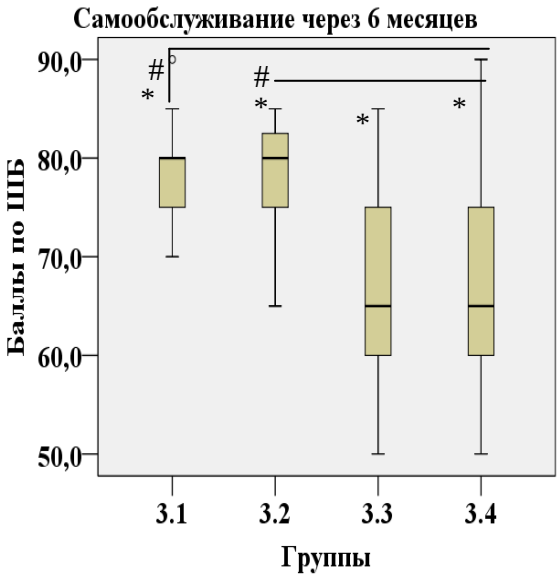


Рисунок 35

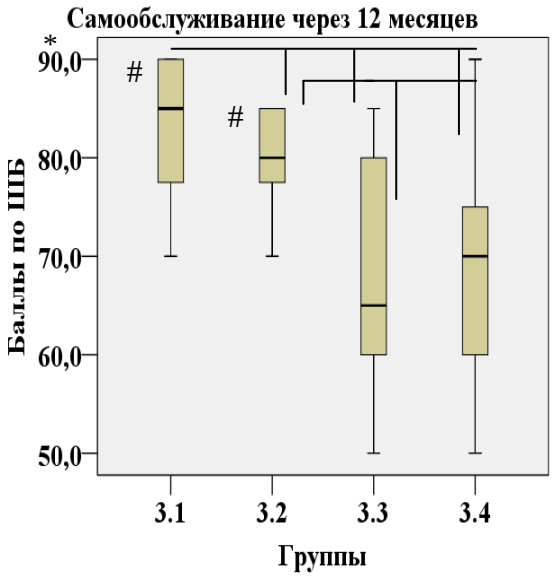


Рисунок 36

Примечание: – - медиана, ▭ - 25%-75%, — - минимальное-максимальное значение, ° - выпавшее значение

* - наличие достоверного отличия между показателями в динамике внутри группы через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05(критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Краскела-Уоллиса).

Анализ выраженности зависимости от посторонних лиц (шкала Рэнкин) у пациентов разных групп в течение года выявил статистически достоверные различия (p<0,05) показателей между группой 3.1, с одной стороны, и оставшимися тремя группами, с другой, - через 3, 6 и 12 месяцев, пациенты группы 3.1 во всех отрезках обследования по показателям шкалы Рэнкина менее зависимы от посторонних лиц, в отличие от респондентов остальных групп в РВП (рисунок 37). Снижение показателей функциональной независимости статистически достоверно найдено на протяжении полугода в динамике до 2,5 (2…3) баллов (p<0,05), которое сохранялось практически неизменным спустя год 2 (2…3), (p>0,05). В группах 3.2 и 3.3 также достоверно снижались показатели по шкале Рэнкин через 3 месяца - 4 (3…4) балла и 4 (3…4) балла, соответственно, (p<0,05); через 6 месяцев - 3 (2…4) балла и 3 (3…4) балла, соответственно, но были достоверно выше, чем в группе 3.1. На основании полученных данных можно сделать вывод, что прием антидепрессанта у пациентов с депрессией оказывает влияние на восстановление двигательных функций и ведет к уменьшению зависимости от посторонних лиц. Возможно, это связано с положительным настроем на лечение. Кроме того, нами установлено, что пациенты, соблюдающие ИПР, но не принимающие антидепрессант, имели относительно удовлетворительную картину восстановления. Пациенты этих двух групп имели умеренную нетрудоспособность через год. У больных группы 3.4 не было отмечено достоверного улучшения показателей (p>0,05) функциональной независимости в течение года. Баллы сохранялись на уровне 4, что характеризует данных больных зависимыми от помощи другого человека даже при ходьбе по

квартире, а также неспособностью реализовывать собственные физиологические потребности без посторонней помощи.

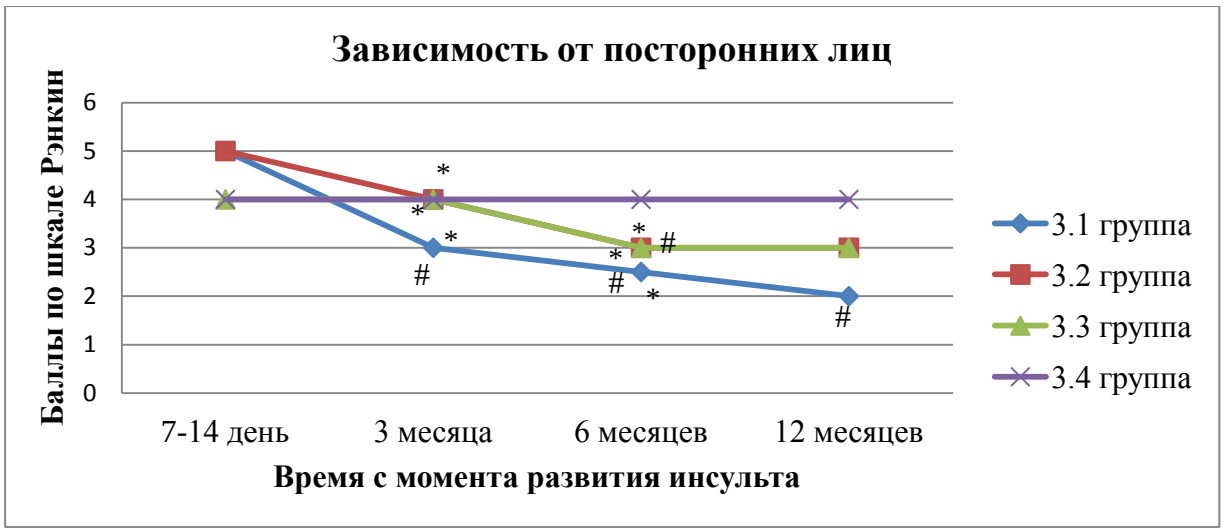


Рисунок 37 - Динамика показателей зависимости от посторонних лиц у пациентов с тревожно-депрессивным расстройством в остром и восстановительном периоде тяжелого ишемического инсульта по шкале Рэнкин в течение года

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике внутри группы через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$(критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

Оценка очаговой неврологической симптоматики была проведена при помощи шкалы NIHSS (рисунок 38).

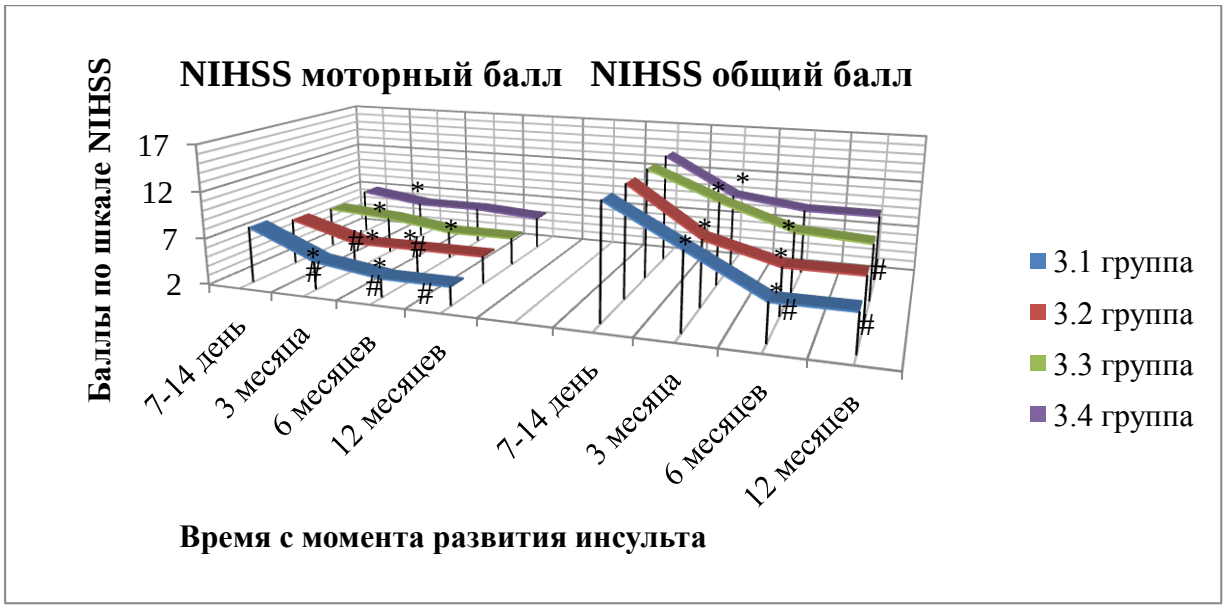


Рисунок 38 - Динамика показателей неврологического статуса по шкале NIHSS у пациентов с тревожно-депрессивным расстройством в остром и восстановительном периоде тяжелого ишемического инсульта в течение года

Примечание: * - наличие достоверного отличия между показателями в динамике внутри группы через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05(критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Краскела-Уоллиса).

В динамике через 3 месяца во всех группах выраженность неврологического дефицита достоверно уменьшалась (p<0,05) по моторному и суммарному баллам. При межгрупповом анализе статистически достоверные отличия через 3 месяца в выраженности неврологической симптоматики по моторному баллу (параличи и парезы) найдены между группами 3.1: 5 (3…6)баллов, и 3.3: 6 (5…7), 3.4 – 6 (5…7); между группами 3.2: 5 (4…6) и 3.4: 6(5…7). В динамике через 6 месяцев статистически достоверно уменьшается неврологический дефицит в группах 3.1, 3.2 и 3.3 (p<0,05): моторный балл - 4 (2…5), 5 (3…5) и 5(5…5) соответственно, суммарный балл – 6 (3…8), 7 (5…12) и 8,5 (7…10), соответственно. Через год в этих группах неврологический статус оставался без ухудшения (p>0,05).

При межгрупповом анализе статистически достоверные отличия через 6 месяцев в выраженности неврологической симптоматики по моторному баллу (параличи и парезы) найдены между группами (p<0,05) 3.1 – 4 (2…5) и 3.3 – 5 (5…5), 3.4 – 6 (5…7); между группами 3.2 – 5 (3…5) и 3.4 – 6 (5…7); между группами 3.3 – 5 (5…5) и 3.1 – 4 (2…5), 3.4.- 6 (5…7). По общему баллу через 6 месяцев достоверно ниже (p<0,05) был выявлен показатель только в группе 3.1, по сравнению с пациентами остальных групп. Через 12 месяцев статистически достоверно менее выражен неврологический дефицит был у пациентов группы 3.1, по сравнению с больными из других групп (p<0,05), в большей степени были выражены очаговые синдромы у пациентов группы 3.4 (p<0,05). Промежуточное положение через год заняли больные групп 3.2 и 3.3, где показатели были достоверно лучше (p<0,05), чем в группе 3.4, однако достоверно (p<0,05) не достигали уровня группы 3.1. Таким образом, в первые 3 месяца во всех группах

отмечено снижение выраженности двигательных нарушений, однако к этому времени пациенты, не выполняющие программу реабилитации и не принимающие антидепрессант, менее мобильны в самообслуживании и зависимости от третьих лиц. В дальнейшем глубина парезов выражена сильнее у пациентов, некомплаентных к лечению. Интересен тот факт, что больные, которые придерживались только одного метода лечения (соблюдали ИПР или принимали антидепрессант), через полгода имели большую силу в парализованных конечностях, чем те, кто отказался от этих методик.

При проведении одномерного дисперсионного анализа была выявлена достоверная связь ($p<0,05$) действия каждого фактора (метода лечения: прием антидепрессанта, соблюдение ИПР) отдельно на самообслуживание, зависимость от посторонних лиц и выраженность неврологической симптоматики, содружественного влияния этих факторов на показатели двигательных функций нами найдено не было ($p>0,05$).

При оценке показателей КЖ по опроснику SF-36 выявлена положительная динамика (табл. 24) в течение года по подшкалам ФФ и РФФ в исследуемых группах, однако различной степени выраженности и неодинаковая по темпам восстановления утраченных функций. В группах 3.1 и 3.2 отмечено достоверное ($p<0,05$) увеличение показателей ФФ в течение года в каждом отрезке исследования, достигающее 65(55…80) и 55(35…65) баллов, соответственно, через 12 месяцев. Объем выполняемой работы у этих пациентов статистически значимо улучшался на протяжении 6 месяцев и сохранялся на достаточно высоком уровне через год: 75 (50…100) баллов - в группе 3.1, и 50(50…75) баллов - в группе 3.2. В группе 3.3 выявлено достоверное ($p<0,05$) увеличение баллов по подшкале ФФ только через 3 и 6 месяцев, к концу года доходящие до отметки в 45 (35…60) баллов, в то время как объем выполненной будничной деятельности улучшался каждые 3 месяца на протяжении 12 месяцев и составил 50(25…75) баллов. Пациенты группы 3.4 также имели статистически значимое ($p<0,05$) увеличение показателей ФФ через каждые 3 месяца в течение года и через 6 и 12 месяцев по подшкале РФФ, но прибавка в баллах была минимальна. При

межгрупповом сравнении группы 3.1 и 3.2 имели достоверно (p<0,05) более высокие оценки через 3 месяца, по сравнению с группой 3.4 по подшкале ФФ, по подшкале РФФ через 3 месяца, по сравнению с группами 3.3 и 3.4. В дальнейшем выявлена тенденция статистически значимого (p<0,05) лучшего восстановления группы 3.1, по сравнению с остальными группами. Важно отметить, что увеличение физических показателей до высоких цифр в группе 3.2 проходило в первые 3 месяца, когда пациенты принимали антидепрессант. Однако больные этой группы только сохраняли достигнутые результаты в дальнейшем, в то время как увеличение показателей в группе 3.3 проходило постепенно на протяжении всего года. Физическая активность и выполняемая работа в группе 3.3 была все-таки ниже, чем в группе 3.2 по истечении 12 месяцев, возможно, вследствие отрицательного влияния депрессивного эмоционального фона. Больные группы 3.4, хотя и имели минимальную положительную динамику в течение года внутри группы, показали наихудшие результаты, по сравнению с остальными пациентами в каждом отрезке обследования.

Таблица 24

Показатели качества жизни (ФКЗ) больных в остром и восстановительном периодах тяжелого ИИ у пациентов с тревожно-депрессивным расстройством по опроснику SF-36 (Me(Min-Max))

Группы	Период времени	Показатели качества жизни (физический компонент здоровья). Балльная оценка			
		ФФ	РФФ	Б	ОЗ
1.Группа 3.1	7-14 день	10 (0…55)	0(0…50)	61(31…74)	40(25…47)
	3 мес.	42,5(30…70) *	50(50…75) *	70(52…84) *	55(50…62) *
	6 мес.	57,5(55…80) *	75(50…100) *	84(61…84) *	66(50…77) *
	12мес.	65 (55…80) *	75(50…100)	84(62…84)	70(57…77) *
2.Группа 3.2	7-14 день	17,5 (0…55)	0(0…50)	61(41…92)	38,5(30…60)
	3 мес.	42,5 (30…65) *	50(25…75) *	70(52…92) *	50(37…62) *
	6 мес.	52,5 (35…65) *	50(25…75) *	84(61…100) *	61(40…70) *
	12мес.	55 (35…65) *	50(50…75)	84(64…100)	62(40…72)

3.Группа 3.3	**7-14 день**	20 (0…60)			0(0…25)			54(21…70)			45(20…57)		
	3 мес.	35 (20…70) *			25(0…50) *			61(40…84) *			55(35…60) *		
	6 мес.	40 (30…70) *			37,5(25…50) *			70(54…84) *			57(40…67) *		
	12 мес.	45 (35…60)			50(25…75) *			74(54…84)			57(50…67)		
4.Группа 3.4	**7-14 день**	17,5 (0…60)			0(0…25)			62(41…84)			41(30…57)		
	3 мес.	25 (10…50) *			0(0…25)			64(60…84)			40(30…57)		
	6 мес.	27,5 (20…60) *			25(0…50) *			64(60…84)			40(32…57)		
	12мес.	35 (20…60) *			25(25…50) *			51(30…60) *			45(32…55)		
Время с момента развития инсульта		3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
p#		1и4# 2и4#	1и3# 1и4# 2и4# 3и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и4# 3и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	-	1и3# 1и4# 2и3# 2и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и4# 2и4# 3и4#	1и3# 1и4# 2и4# 3и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и4# 3и4#

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром и восстановительном периодах, $p < 0,05$ (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в восстановительном периоде через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

ФФ – физическое функционирование; РФФ – Ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье.

Вместе с тем, нами найдено статистически значимое снижение ($p < 0,05$) болевых ощущений у больных первых трех групп через 3 и 6 месяцев. Не было выявлено различий внутри группы в интенсивности боли и ее влияния на повседневную деятельность в динамике в группе 3.4 на протяжении первого полугодия ($p>0,05$), однако статистически достоверно через 12 месяцев пациенты этой группы больше ощущали боль. При межгрупповом анализе через 3 месяца не было выявлено различий по подшкале Б (боль) во всех группах, через 6 месяцев пациенты 3.1 и 3.2 групп меньше чувствовали боль, чем пациенты 3.3 и 3.4 групп, через 12 месяцев наиболее сильно боль воспринимали больные группы

3.4. Известно, что пациенты, страдающие депрессией, сильнее реагируют на боль, хуже подавляют болевые сигналы, а также отказ от физических упражнений после инсульта ведет к нарастанию мышечного тонуса в парализованных конечностях и увеличению болевых ощущений при движении.

По подшкале ОЗ (общее здоровье) нами обнаружено статистически значимое улучшение ($p< 0,05$) состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения у больных группы 3.1 в течение года, групп 3.2 и 3.3 - через 3 и 6 месяцев. Не было выявлено различий внутри группы в общем состоянии здоровья в динамике в группе 3.4 ($p>0,05$) в течение года. При межгрупповом анализе через 3 месяца достоверно ($p< 0,05$) более высокие оценки показывали пациенты первых трех групп, по сравнению с группой 3.4. Через 6 месяцев пациенты 3.1 группы чувствовали себя лучше, чем пациенты 3.3 и 3.4 групп. Через 12 месяцев относительно высоко оценивали себя больные группы 3.1, промежуточное положение занимали группы 3.2 и 3.3, наименьшие оценки предоставляли пациенты группы 3.4 ($p< 0,05$).

Показатель «психологический компонент здоровья» включает в себя следующие шкалы: жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и психическое здоровье. Анализ этих шкал представлен в табл. 25.

Таблица 25

Показатели качества жизни больных в остром и восстановительном периодах тяжелого ИИ у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами по опроснику SF-36 (Me(Min-Max))

Групп	Период времен	Показатели качества жизни (психологический компонент здоровья). Балльная оценка			
		Ж	СФ	РЭФ	ПЗ
1.Группа 3.1	7-14 день	35 (20…50)	37,5(0…50)	0(0…33,3)	42(24…64)
	3 мес.	60(40…80) *	62,5(50…75) *	66,6(33,3…66,6) *	62(48…72) *
	6 мес.	67,5(55…80) *	75(75…100) *	66,6(66,6…100)	68(60…80) *
	12	70 (60…85) *	81,25(75…100)	66,6(66,6…100) *	70(60…80) *

	мес.				
2.Группа 3.2	**7-14 день**	37,5 (25…50)	37,5(0…50)	0(0…33,3)	44(28…60)
	3 мес.	55 (50…70) *	62,5 (50…75) *	66,6(33,3…100) *	62(52…72) *
	6 мес.	62,5 (50…75) *	75 (50…87,5) *	66,6(66,6…100)	68(56…72) *
	12 мес.	62,5 (45…75)	75(50…87,5)	66,6(66,6…100)	68(60…72)
3.Группа 3.3	**7-14 день**	40 (25…60)	37,5(0…62,5)	0(0…33,3)	44(28…64)
	3 мес.	45 (35…65) *	50(0…50) *	33.3(0…33,3)	48(40…64) *
	6 мес.	45 (35…65)	50(25…50) *	33,3(0…66,6) *	50(44…60) *
	12 мес.	50 (40…60) *	62,5(25…75) *	33,3(33,3…66,6)	56(44…60) *
4.Группа 3.4	**7-14 день**	37,5 (10…60)	37,5(0…62,5)	0(0…33,3)	44(32…56)
	3 мес.	40 (15…60)	37,5 (0…50)	0(0…33,3)	44(28…60)
	6 мес.	40 (20…60)	37,5 (25…50) *	0(0…33,3)	50(36…60) *
	12 мес.	45 (20…50)	37,5 (25…62,5)	16,6(0…33,3)	50(32…52) *

Время с момента развития инсульта	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
p#	1и3# 1и4# 2и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и3# 1и4# 2и4# 3и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и2# 1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4# 3и4#

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром и восстановительном периодах, $p<0,05$ (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в восстановительном периоде через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

По шкале Ж (жизнеспособность) выявлены достоверно более высокие показатели ($p<0,05$) в группах 3.1 и.3.2 через 3 месяца, по сравнению с группами 3.3 и 3.4, причем в динамике внутри группы 3.1 утомляемость пациентов снижалась каждые 3 месяца в течение года ($p<0,05$), в группе 3.2 - в первые полгода ($p<0,05$), в группе 3.3 - во вторые полгода ($p<0,05$), а в группе 3.4 динамики обнаружено не было ($p>0,05$). Мы полагаем, что отсутствие физической нагрузки пациентов группы 3.2 негативно отражается на жизненной активности больных и, наоборот, ежедневные занятия в группе 3.3, несмотря на, сохраняющийся депрессивный фон, имели результаты во второй половине года. Наиболее обессиленными в течение года при каждом обследовании чувствовали себя пациенты группы 3.4, по сравнению с другими группами.

Социальная адаптация играет значимую роль в возвращении к привычной жизни, особенно, когда есть возможность возвращения к прежней работе или выполнения другой, более простой деятельности, либо имеется возможность другого способа социализации [6, 10, 13]. На 7-14 день от начала заболевания у всех пациентов, находящихся в стационаре, нами наблюдалась низкие баллы по шкале СФ (социального функционирования) – 37,5 (0…62,5). Наблюдение за динамикой позволило прийти к заключению, что на протяжении года высокие показатели были достигнуты в восстановлении социальных контактов у пациентов 3.1 и 3.2 групп, по сравнению с больными 3.3 и 3.4 групп, причем статистически значимое улучшение происходило ($p<0,05$) в первые 6 месяцев. В оставшиеся полгода показатели оставались на достигнутом уровне, т.к. у пациентов сохранялась какая-либо очаговая симптоматика, ограничивающая функционирование в обществе. К концу года пациенты всех групп достоверно отличались по показателям социального функционирования ($p<0,05$): наиболее высоко оценивали себя пациенты группы 3.1: 81,25 (75…100), на втором месте были больные группы 3.2: 75 (50…87,5), на третьем месте - группа 3.3: 62,5 (25…75), и самые низкие баллы выявлены в группе 3.4 – 37,5 (25…62,5). Нами была выявлена положительная динамика в группе 3.4 с 3 по 6 месяц, когда

выявлено достоверное отличие ($p<0,05$) между показателями СФ в этот промежуток времени.

По шкале РЭФ в группах 3.1 и 3.2 была выявлена максимальная статистически значимая ($p<0,05$) динамика в первые 3 месяца, когда пациенты принимали антидепрессант. Важным является то, что на протяжении года эти пациенты сохранили высокие оценки эмоционального состояния, которое не лимитирует выполнение повседневной деятельности, в каждый период обследования (3, 6 и 12 месяцев). При этом, достоверно более ($p<0,05$) высокие баллы были в этих группах, по сравнению с группами пациентов, которые не принимали антидепрессант. В группе пациентов, где выполняли только ИПР, тем не менее, была найдена достоверная положительная динамика ($p<0,05$) в снижении эмоциональных проблем, ограничивающих повседневную работу, через 6 месяцев. Баллы в группе 3.3 были статистически значимо более высокими, чем в группе 3.4 через 6 и 12 месяцев. В группе 3.4 в конце года несколько улучшились показатели РЭФ, но не достигли статистической значимости ($p>0,05$).

Кроме того, было выявлено достоверное ($p<0,05$) увеличение показателя ПЗ (психологическое здоровье) в динамике к концу года во всех группах, но в различной степени. При проведении межгруппового анализа в течение года показатели групп 3.1 и 3.2 были статистически значимо ($p<0,05$) выше, чем в группах 3.3 и 3.4 в каждый момент обследования. Вместе с тем, достоверно ($p<0,05$) выше показатель положительных эмоций был характерен через год пациентам группы 3.3, в сравнении с больными группы 3.4.

Анализ суммарных показателей физического и психологического компонентов здоровья представлен в таблице 26.

Таблица 26

Суммарные показатели качества жизни (ФКЗ и ПКЗ) больных в остром и восстановительном периоде тяжелого ИИ у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами по опроснику SF-36 (Me(Min-Max))

Группы	Время с момента развития инсульта	Суммарные показатели качества жизни (физический и психологический компоненты здоровья). Балльная оценка					
		ФКЗ (суммарный)			ПКЗ (суммарный)		
1. Группа 3.1	7-14 день	37,12 (31,45…47,00)			36,12 (24,43…43,75)		
	3 мес.	44,13 (38,31…51,99) *			45,83 (33,62…53,45) *		
	6 мес.	47,61(43,82…53,56) *			47,16(36,52…54,47) *		
	12 мес.	47,91 (44,28…53,56)			48,50 (38,80…53,44) *		
2. Группа 3.2	7-14 день	38,34 (35,34…52,88)			36,63(22,68…42,94)		
	3 мес.	45,45(36,22…54,37) *			44,12 (35,17…54,99) *		
	6 мес.	45,56 (38,61…55,21)			48,47 (40,34…54,68) *		
	12 мес.	45,86 (39,36…54,84)			47,97 (40,32…55,21)		
3. Группа 3.3	7-14 день	35,83 (28,76…45,80)			35,99 (29,20…49,80)		
	3 мес.	39,32 (34,69…49,92) *			41,41 (32,27…49,28) *		
	6 мес.	44,54 (40,53…51,94) *			41,29 (33,83…47,12)		
	12 мес.	45,53 (40,72…48,97)			42,68 (38,12…50,36)		
4. Группа 3.4	7-14 день	38,73 (29,69…47,69)			35,05 (24,95…49,11)		
	3 мес.	39,41 (35,56…44,21)			40,03 (25,64…43,67) *		
	6 мес.	40,53 (37,73…49,08) *			40,61 (27,56…44,67)		
	12 мес.	43,52 (36,84…49,70) *			40,37 (27,15…47,32)		
Время с момента развития инсульта		3 мес.	6 мес.	12 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
p#		1и4# 2и4#	1и4# 2и4#	1и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4#	1и3# 1и4# 2и3# 2и4#

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром периоде и подостром периоде, $p < 0,05$ (критерий Уилкоксона).

- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

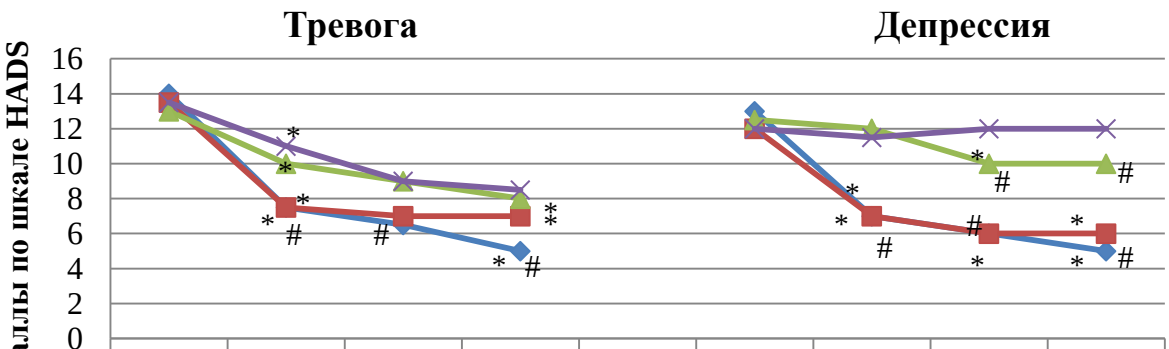
ФКЗ – физический компонент здоровья (суммарный); ПКЗ – психический компонент здоровья (суммарный)

При подсчете суммарных показателей зафиксированы интересные наблюдения. Так, показатель физического компонента здоровья (ФКЗ) достоверно увеличивался ($p<0,05$) в динамике через 3 и 6 месяцев группе 3.1 и достигал

максимума через 6 месяцев; в группе 3.2 - через 3 месяца и в дальнейшем не улучшался; в группе 3.3 - через 3 и 6 месяцев, но более постепенно в сравнении с группой 3.2. Также отмечена и достоверная положительная динамика в группе 3.4 через 6 и 12 месяцев внутри группы, однако показатели были низкими, по сравнению с группами 3.1 и 3.2. Таким образом, после ИИ даже с грубыми очаговыми симптомами и развитием тревожно-депрессивных расстройств в течение года отмечается положительная динамика в восстановлении утраченных функций, однако степень и скорость восстановления зависят от приверженности пациентов к лечению.

Показатель психического компонента здоровья (ПКЗ) в течение всего года в каждой точке обследования был достоверно выше ($p<0,05$) в группах 3.1 и 3.2, по сравнению с группами 3.3 и 3.4, где пациенты отказывались принимать антидепрессант. Анализируя данные, представленные в таблице 19, можно отметить, что у пациентов первых двух групп внутри каждой группы отмечены положительные максимальные тенденции по стабилизации настроения в течение всего года в группе 3.1 и в течение 6 месяцев - в группе 3.2, несмотря на то, что антидепрессант они принимали первые три месяца. В группах 3.3 и 3.4 динамика ПКЗ была минимальной и незначительное улучшение зарегистрировано только в первые 3 месяца.

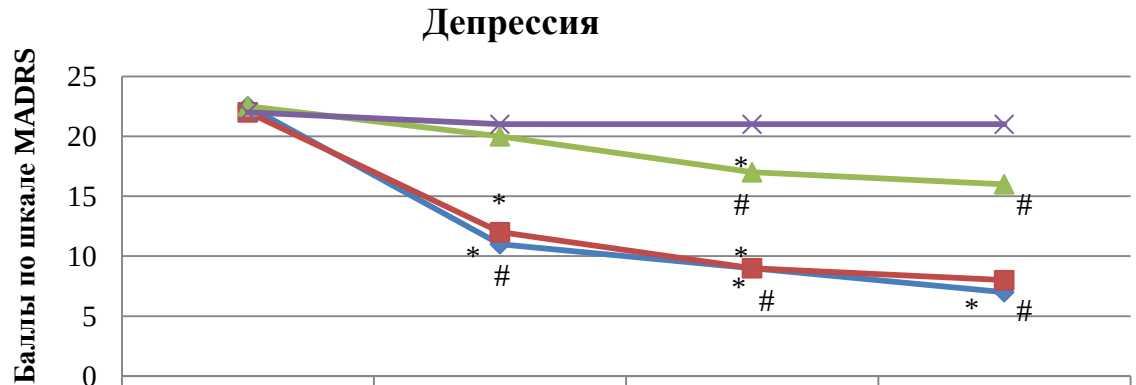
Исходя из полученных данных, мы определили уровень тревожно-депрессивного расстройства в каждой группе на протяжении года (рис. 39,40).



	7-14 день	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев		7-14 день	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
3.1 группа	14	7,5	6,5	5		13	7	6	5
3.2 группа	13,5	7,5	7	7		12	7	6	6
3.3 группа	13	10	9	8		12,5	12	10	10
3.4 группа	13,5	11	9	8,5		12	11,5	12	12

Время с момента развития инсульта

Рисунок 39 - Динамика тревоги и депрессии по шкале HADS у больных с развитием тревожно-депрессивного расстройства в восстановительном периоде тяжелого полушарного ишемического инсульта



	7-14 день	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
3.1 группа	22,5	11	9	7
3.2 группа	22	12	9	8
3.3 группа	22,5	20	17	16
3.4 группа	22	21	21	21

Время с момента развития инсульта

Рисунок 40 - Динамика депрессии по шкале MADRS у больных с развитием тревожно-депрессивного расстройства в восстановительном периоде тяжелого полушарного ишемического инсульта

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром периоде и подостром периоде, $p < 0,05$ (критерий Уилкоксона).
- наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, $p<0,05$ (критерий Краскела-Уоллиса).

Анализ результатов тестирования в динамике в течение восстановительного периода инсульта свидетельствует о том, что у больных, принимавших антидепрессант (группы 3.1 и 3.2), наблюдалась редукция тревожно-депрессивных расстройств ($p<0,05$) к концу лечения через 3 месяца. Положительный эффект пациенты отмечали уже через 2-3 недели проводимой терапии: уменьшалась плаксивость, подавленность, увеличивалась продолжительность сна, улучшалась трудоспособность, больные становились более активными. К концу курса лечения антидепрессантом (через 3 месяца после перенесенного ишемического инсульта) показатели в группе 3.1 и 3.2 составили по шкалам HADS (тревога) статистически значимое снижение до 7,5 баллов, по HADS (депрессия) - до 7 баллов, по шкале MADRS - до 11-12 баллов, что соответствует значению «норма» и статистически значимо ($p<0,05$) отличаются от групп 3.3 и 3.4. Был выявлен весьма интересный факт: даже через год показатели тревоги и депрессии в группах 3.1 и 3.2 продолжали снижаться ($p<0,05$). В группах 3.3 и 3.4, где больные не получали антидепрессант, показатели тревоги несколько снижались к концу года ($p<0,05$), в группе 3.3 показатель депрессии снижался достоверно через 6 месяцев и соответствовал значению «субклинически выраженная депрессия», а в группе 3.4 оставался на практически неизменном уровне в течение года по двум шкалам. Возможно, уровень депрессии в группе 3.3 снижался вследствие отвлечения больных от эмоциональных переживаний физическими упражнениями.

Депрессия часто является причиной нарушения когнитивных функций [66]. В остром периоде тяжелого ИИ на 7-14 день нами не было выявлено различий когнитивного статуса между больными без депрессии и с развитием тревожно-депрессивного расстройства ($p>0,05$). Это вполне объяснимо, т.к. ИИ приводит к дезорганизации высших мозговых функций. Необходимо заметить, что

восстановление когнитивных функции у пациентов с развитием депрессии проходило неодинаково в течение года (рис. 41).

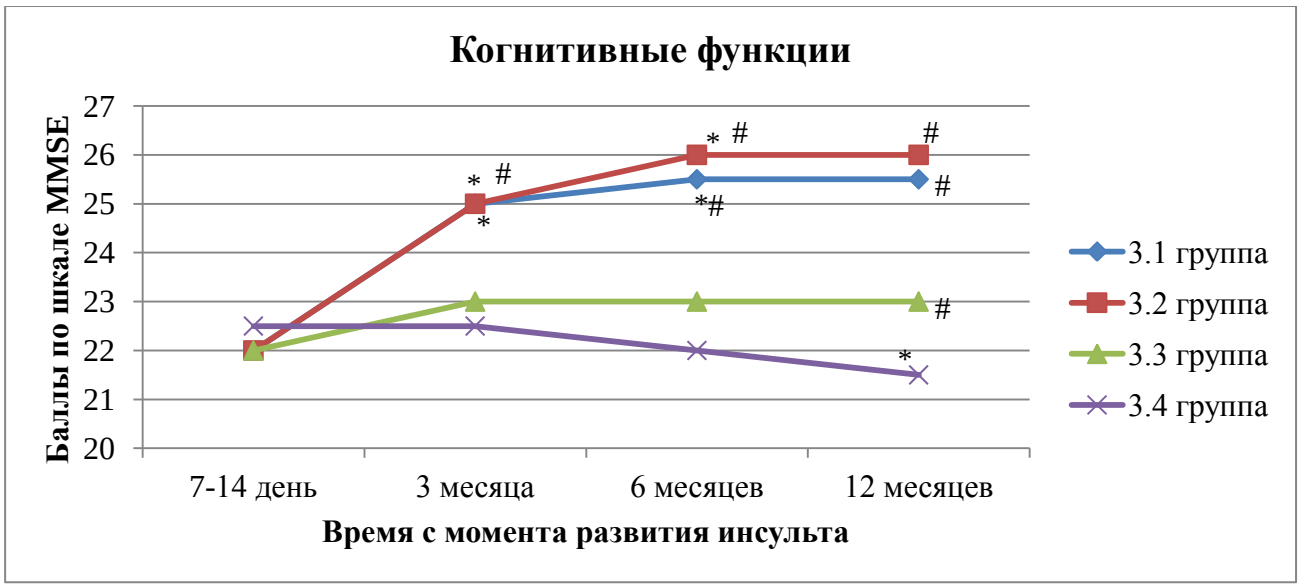


Рисунок 41. Динамика когнитивных нарушений по шкале MMSE у больных с тревожно-депрессивным расстройством на фоне терапии антидепрессантом (СИОЗС)

Примечание: *- критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром периоде и восстановительном периодах, p< 0,05 (критерий Уилкоксона). # - наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 месяцев, p<0,05 (критерий Краскела-Уоллиса).

В группах, где пациенты принимали антидепрессант, 3.1 и 3.2, внутри групп была отмечена достоверная положительная динамика (p<0,05) уже через 3 месяца, и показатели были статистически значимо выше, чем в группах 3.3 и 3.4. Такие достоверные межгрупповые отличия (p<0,05) сохранились на протяжении всего года. Помимо этого, были найдены межгрупповые отличия (p<0,05) через 12 месяцев между группами 3.3: 23 (21…26) балла, и 3.4: 21,5 (20…25) баллов, внутри группы 3.4 отмечена статистически значимая (p<0,05) отрицательная динамика показателей по шкале MMSE с развитием деменции. Ухудшение когнитивных характеристик в группе 3.4 через год мы связали с развитием депрессивной псевдодеменции, которая может привести и к затруднениям повседневной деятельности. Такое заключение выносилось после совместного

осмотра и обсуждения с психотерапевтом. Под «псевдодеменцией» понимают нарушения, обусловленные функциональными психиатрическими расстройствами, напоминающими деменцию по своим проявлениям [217]. Однако возможен регресс когнитивных нарушений при нормализации настроения [3,4]. На наш взгляд, деменция в течение года не развивалась у наблюдаемых нами пациентов вследствие того, что у них была высокой комплаентность к рекомендациям врача. Больные получали этиопатогенетическую терапию, включая антигипертензивную, антиагрегантную, нейротрофическую терапию в сочетании с ИПР. Отсутствие отрицательной динамики в группе 3.3, где пациенты не принимали антидепрессант, но выполняли ИПР, мы связали с тем, что все-таки произошла незначительная редукция тревожно-депрессивного расстройства до «субклинически выраженных». Пациенты группы 3.3 ежедневно старались сконцентрироваться на выполнении определенных физических программ, следовательно, и при ответах на вопросы пытались больше сосредоточиться, в отличие от больных группы 3.4. Тем не менее, в группе 3.3 не было выявлено положительных тенденций в когнитивном статусе, к концу года также выявлена симптоматика деменции.

При проведении корреляционного анализа между показателями, во-первых, шкалы MMSE и ИПР, и во-вторых, шкалой MMSE и приемом антидепрессанта, не было выявлено корреляции между ИПР и степенью когнитивного дефицита. При лечении депрессии у этих пациентов имелась умеренная прямая связь с показателями в баллах по шкале MMSE через 3 месяца ($R= 0,470$, $p<0,001$), заметная прямая связь - через 6 месяцев ($R= 0,647$, $p<0,001$) и высокая прямая связь - через 12 месяцев ($R= 0,793$, $p<0,001$).

5.3 Качество жизни больных через год после перенесенного тяжелого ИИ в зависимости от возраста, пола и способов реабилитации пациентов. Возможности моделирования прогноза состояния пациента в РВП.

Чтобы исключить потенциальное влияние неравномерного распределения больных в изучаемых группах и оценить независимое влияние способов

реабилитации на различные показатели качества жизни после перенесенного ИИ, мы применили уравнение множественной линейной регрессии. В качестве зависимых переменных были взяты ШБ, ФФ, ОЗ, СФ, ПЗ через 12 месяцев. В качестве независимых переменных (факторов) были взяты возраст, пол, результаты этих шкал в остром периоде, неврологический дефицит по шкале NIHSS на стационарном этапе, развитие депрессии в остром периоде, назначение антидепрессанта, выполнение ИПР. В связи с ограниченным числом наблюдений в уравнение были введены только члены первого порядка без изучения эффектов взаимодействий (дисперсионный анализ главных компонент).

Было установлено, что ШБ через 12 месяцев зависела в большей степени от развития депрессии в остром периоде заболевания и приема пациентами антидепрессанта, немаловажную роль оказало соблюдение пациентами ИПР, показатель по ШБ в остром периоде. Возраст и пол при тяжелом ИИ на ШБ через 12 месяцев влияния не оказывал (табл. 27).

Таблица 27

Влияние различных факторов на показатель в баллах по ШБ через год (R^2=0,73, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,351	7,45±1,2	<0,0001
ИБ в остром периоде	0,585	0,44±0,04	<0,0001
Антидепрессант	0,671	14,98±1,5	<0,0001
Депрессия	-0,571	-12,85±1,6	<0,0001
Возраст	-0,056	-0,07±0,07	>0,05
Пол	-0,014	-0,29±1,3	>0,05

Используя нестандартизированные коэффициенты можно применить формулу для расчета баллов по ШБ через 12 месяцев:

ШБ через год = 57,6(константа)+7,45хИПР+0,58хШБ в остром периоде+14,98хантидепрессант-12,85хдепрессия

где ИПР=1-выполнение индивидуально разработанной программы реабилитации, ИПР=0-отказ или выполнение не в полном объеме индивидуально разработанной программы реабилитации;

ШБ-баллы по шкале Бартела;

Антидепрессант=1-прием антидепрессанта в течение 12 недель, Антидепрессант=0-отказ от приема антидепрессанта;

Депрессия=1-развитие тревожно-депрессивных расстройств в остром периоде, Депрессия=0-не выявлено тревожно-депрессивных расстройств в остром периоде.

На первом месте по силе влияния на физическое функционирование также оказалось развитие депрессии в остром периоде заболевания и приема пациентами антидепрессанта, соблюдение ИПР больными на амбулаторном этапе, достоверно увеличивал показатель ФФ через год. Не было выявлено влияния на физическую силу через год таких показателей как пол, возраст и неврологический дефицит по шкале NIHSS на стационарном этапе (табл. 28).

Таблица 28

Влияние различных факторов на показатель ФФ в баллах через год по опроснику SF-36, (R^2=0,8, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,632	17,6±1,4	<0,0001
ФФ в остром периоде	0,424	0,37±0,04	<0,0001
Антидепрессант	0,685	20,1±1,8	<0,0001
Возраст	0,078	0,12±0,08	>0,05
Депрессия	-0,509	-15,09±1,8	<0,0001
Пол	-0,051	-1,4±1,5	>0,05
NIHSS	-0,022	0,25±0,6	>0,05

Используя нестандартизированные коэффициенты можно применить формулу для расчета баллов ФФ через 12 месяцев:

ФФ через год = 39(константа) -15,1хдепрессия +20,1хантидепрессант +17,6хИПР+0,37хФФ в остром периоде

где ФФ - баллы по шкале ФФ.

Достоверно более высокие показатели состояния общего здоровья через год наблюдалось у больных, соблюдавших ИПР, и у пациентов без развития тревожно-депрессивного расстройства в остром периоде. Возраст, пол и

неврологический дефицит по шкале NIHSS на стационарном этапе мало влияли на величину ОЗ через год (табл. 29).

Таблица 29

Влияние различных факторов на показатель ОЗ в баллах через год по опроснику SF-36, (R^2=0,78, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,501	10,5±1,2	<0,0001
ОЗ в остром периоде	0,397	0,4±0,07	<0,0001
Депрессия	-0,620	-13,9±1,4	<0,0001
Антидепрессант	0,686	15,2±1,4	<0,0001
Возраст	0,098	0,12±0,07	>0,05
Пол	-0,059	-1,2±1,2	>0,05
NIHSS	-0,031	-0,28±0,53	>0,05

Используя нестандартизированные коэффиценты можно применить формулу для расчета баллов ОЗ через 12 месяцев:

ОЗ через год = 55,5(константа) - 13,9хдепрессия +15,2хантидепрессант +10,5хИПР+0,4хОЗ в остром периоде

где ОЗ - баллы по шкале ОЗ.

Социальное функционирование в РВП через год в наибольшей степени было связано с развитием депрессии на стационарном этапе, приемом антидепрессанта и с соблюдением ИПР в течение года. Развитие депрессии ухудшало показатели общественной деятельности и социальных контактов у респондентов, перенесших тяжелый ИИ, однако прием антидепрессанта увеличивал низкий балл. У больных, соблюдавших ИПР, социальная активность через год была выше, чем у пациентов некомплаентных к лечению. Влияние возраста было выражено слабее, у больных старшей возрастной группы баллы СФ через год было ниже. Влияние пола, неврологического дефицита в остром периоде на социальное функционирование через год было выражено значительно слабее и не достигало статистически значимого уровня (табл. 30).

Таблица 30

Влияние различных факторов на показатель СФ в баллах через год по опроснику SF-36, (R^2=0,76, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,406	13,9±2,0	<0,0001
Депрессия	-0,639	-23,3±2,5	<0,0001
Антидепрессант	0,694	25,1±2,4	<0,0001
Возраст	-0,117	-0,23±0,1	<0,05
Пол	-0,010	-0,357±2,0	>0,05
СФ в остром периоде	0,184	0,16±0,05	<0,05
NIHSS	-0,043	-0,63±0,9	>0,05

Используя нестандартизированные коэффициенты можно применить формулу для расчета баллов СФ через 12 месяцев:

СФ через год = 87,5 (константа)-23,3хДепрессия+25,1хантидепрессант +13,9хИПР+0,1хСФ в остром периоде- 0,23хвозраст

где СФ - баллы по шкале СФ.

Психическое здоровье в РВП через год было значительно выше у больных без развития депрессии, а также у принимающих антидепрессант при условии развития тревожно-депрессивного расстройства в остром периоде. Влияние ИПР и ПЗ в остром периоде было выражено слабее, через год настроение было лучше у пациентов выполняющих предписанные программы реабилитации. Влияние остальных факторов на психологическое состояние пациентов оказалось значительно слабее и не достигало достоверных значений (табл. 31).

Таблица 31

Влияние различных факторов на показатель ПЗ в баллах через год по опроснику SF-36, (R^2=0,86, p<0,0001)

Показатель	Стандартизированный коэффицент	Нестандартизированный коэффицент	p
ИПР	0,262	5,9±1,0	<0,0001
ПЗ в остром периоде	0,439	0,43±0,05	<0,0001
Депрессия	-0,580	-13,9±1,4	<0,0001
Антидепрессант	0,763	18,2±1,2	<0,0001
Возраст	0,011	0,01±0,06	>0,05
Пол	-0,073	-1,6±1,0	>0,05

NIHSS	-0,082	-0,8±0,4	>0,05

Используя нестандартизированные коэффициенты можно применить формулу для расчета баллов ПЗ через 12 месяцев:

ПЗ через год = 55,4(константа)+5,9хИПР+0,43хПЗ в остром периоде-13,9хДепрессия+18,2хантидепрессант.

где ПЗ - баллы по шкале ПЗ.

Таким образом, по результатам составления уравнений линейной регрессии можно заключить, что после перенесенного тяжелого ИИ вне зависимости от возраста, пола, неврологического дефицита в остром периоде, развитие депрессии на этапе стационарного лечения, приводило к низким показателям самообслуживания, физического и общего здоровья, психического здоровья и социального функционирования пациента в обществе в течение года. Прием антидепрессанта компенсировал и повышал показатели качества жизни на протяжении года. Выполнение пациентами ИПР в РВП приводило к достоверно более высоким показателям самообслуживания, физического, общего и социального функционирования через год.

С целью повышения эффективности реабилитации путем проведения индивидуальной оценки состояния пациента в течение года с последующей корректировкой лечения возможно проводить прогнозирование восстановления функций организма после ишемического инсульта, в котором у пациента измеряют показатели нарушений функций организма с помощью стандартизированных оценочных шкал, и определяют по формулам реабилитационный потенциал и эффективность реабилитации. Согласно предлагаемому решению, дополнительно определяют реабилитационный потенциал через 3 и 6 месяцев, при этом в начале реабилитации определяют начальный реабилитационный потенциал на год, а также прогнозируемый реабилитационный потенциал через 3 месяца и ведут лечение согласно нему, затем определяют прогнозируемый реабилитационный потенциал через 6 месяцев и с учетом состояния пациента в 3 месяца корректируют лечение, в 6 месяцев определяют прогнозируемый реабилитационный потенциал в конце года

и с учетом состояния пациента в 6 месяцев корректируют лечение, после года проверяют состояние пациента и сравнивают его с начально прогнозируемым (зарегистрирована заявка на патент в Федеральный Институт промышленной собственности).

В случае определения низкой и средней эффективности реабилитации в течение года, дополнительно проводится оценка активности и участия пациента и факторов окружающей среды по международной классификации функционирования (МКФ) для выявления и устранения проблем, ограничивающих жизнедеятельность и барьеров окружающей среды (зарегистрирована заявка на патент в Федеральный Институт промышленной собственности). С целью оптимизации труда лечащих врачей и реабилитологов разработана ЭВМ-программа «МКФ и Качество жизни» (зарегистрирована заявка на патент в Федеральный Институт промышленной собственности).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Последствия мозгового инсульта являются на сегодняшний день одной из основных причин инвалидизации населения и длительной временной утраты трудоспособности, что в большинстве случаев связано с очаговым поражением мозга при остром нарушении мозгового кровообращения [1-4]. 25-75% переживших инсульт остаются инвалидами, к трудовой деятельности возвращаются не более 10-12%. В то же время, большая часть пациентов может и должна добиться улучшения нарушенных вследствие инсульта функций [5-7].

Восстановление после перенесенной мозговой катастрофы можно улучшить с помощью методов нейрореабилитации. Считается, что реабилитационные мероприятия могут быть эффективны у 80% лиц, перенесших инсульт, у 10% может произойти самостоятельное полное восстановление, а у 10% - реабилитационные мероприятия бесперспективны [8-10]. Наиболее существенные улучшения отмечаются в первые 6 месяцев от начала инсульта. Частичная или полная независимость в повседневной жизни возможна в 47-76% случаев [5,11,12]. Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий требуется разработка методов оценки состояния, центральной точкой приложения которых является интегральный показатель качества жизни пациента. Качество жизни применительно к состоянию здоровья обычно характеризуют как совокупность физических, психологических и социальных аспектов жизни человека, на которые могут влиять изменения в состоянии здоровья [13-15]. Известно, что около 55% больных, перенесших мозговой инсульт, не удовлетворены качеством своей жизни [1,14]. Таким образом, следует ожидать увеличения количества выживших после инсульта пациентов с различными нарушениями, которые нуждаются в терапии, направленной на восстановление двигательной и функциональной активности [3, 42].

Известные на сегодня основные терапевтические принципы реабилитации больных после ишемического инсульта позволяют только в определенной мере добиться адаптации больного к неврологическому дефициту [8,16,17]. Предполагается, что в ближайшие годы проблема восстановления после инсульта,

будет становиться все более значимой, стоящей перед исследователями, медицинским работниками и органами здравоохранения, требующей разработки системы мер для ее решения [42]. Больные, перенесшие сосудистую катастрофу, подлежат диспансерному наблюдению неврологом в поликлинике. После выписки из стационара требуется не только профилактика повторного инсульта, но и восстановление двигательных, речевых и/или других расстройств, перспективных в отношении реабилитации больных [7]. Как показал метаанализ [20,21], продолжение реабилитации в течение года после инсульта снижает риск функционального ухудшения и улучшает повседневную активность. Реабилитацию следует проводить всем пациентам, перенесшим инсульт, но доказательная база в отношении выбора методов терапии для пациентов недостаточна [9,22]. Представлено небольшое число работ в отечественной литературе по изучению влияния КЖ на процесс реабилитации [1;69;71;120].

Достаточно широко изучен вклад факторов риска, состояние неврологического статуса пациентов в остром и восстановительном периодах ИИ, вопросы диагностики, лечения и профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения. Однако, вопросы корреляции восстановления двигательного дефицита с качеством жизни у больных, перенесших ИИ, изучены явно недостаточно.

Своевременное установление диагноза депрессивного состояния, его выраженности и адекватная коррекция имеют существенное значение в комплексной терапии пациентов перенесших инсульт [1,2]. Прямой связи между инсультом и депрессией нет, а существуют общие патогенетические механизмы, которые облегчают развитие одной патологии на фоне другой [3, 4]. Ряд симптомов депрессии сами совпадают с факторами риска, например: сниженная социальная активность, невозможность работать, слабое участие в процессе реабилитации. Ключевые проблемы обычно состоят в следующем: либо врач не рассматривает данное состояние как проблему, требующую лечения, либо в связи с тяжестью или значимостью соматических симптомов депрессивная симптоматика остается недиагностированной. Подбирая компоненты

комплексной диагностики и терапии тревожно-депрессивного состояния уже на этапе стационарного лечения инсульта, мы попытались улучшить подходы к выявлению постинсультоной депрессии, используя скрининговые тесты и развернутые шкалы, а также подобрать антидепрессант с минимальным числом побочных эффектов, хорошо переносимым у пациентов с соматической патологией и отсутствием негативного влияния на высшие психические функции.

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

Проведено обследование 257 пациентов с ишемическим инсультом и находившимся на базе специализированного неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения ГБУЗ ОКБ№3 г. Челябинска.

Критериями включения в исследование были: наличие острого ишемического инсульта в каротидной или вертебрально-базилярной системе в течение предшествующих 7-14 дней, сопровождающегося очаговой неврологической симптоматикой; подтвержденный при помощи данных нейровизуализационного исследования (МСКТ и/или МРТ) характер инсульта; пациент мужского или женского пола, в возрасте от 40 до 80 лет (включительно); отсутствие изменения сознания.

Критериями невключения в исследование явились: повторный инсульт в каротидной или вертебрально-базилярной системе; признаки внутримозгового кровоизлияния, по данным МРТ или КТ головного мозга; афазия, препятствующая заполнению шкал по шкалам оценки качества жизни и/или депрессии; наличие злокачественного новообразования; неконтролируемая артериальная гипертония или ортостатическая гипотония с клиническими проявлениями; показания для хирургического вмешательства на сонной артерии в течение 3 месяцев; нетрудоспособность (индекс mRS > 1), полученная до настоящего инсульта (ревматологические заболевания, последствия травм и др.); наркомания, хронический алкоголизм; тяжелые когнитивные расстройства или деменция.

Состояние больных оценивали в остром периоде инсульта (в первые 7-14 суток от начала заболевания), средний срок с момента начала заболевания составил 9,62±1,46 дней. Среди обследованных - мужчины 129 человек (50,1%) и 128 (49,9%) женщин в возрасте от 40 до 79 лет (средний возраст составил 58,1±8,6 лет).

Катамнестическое наблюдение осуществлялось через 3, 6 и 12 месяцев на амбулаторном этапе в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта (РВП ИИ).

В группу контроля вошло 30 человек (15 мужчин и 15 женщин), в возрасте от 46 до 70 лет, средний возраст – 57,2±8,1 года, проходивших лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ ОКБ №3 г. Челябинска с диагнозом: гипертоническая болезнь.

В остром периоде ИИ соматический и неврологический статусы изучали по общепринятой схеме. Пациентам проводилось лабораторно-инструментальное обследование, включавшее в себя общие анализы крови и мочи, исследования биохимических показателей крови (уровня сахара, креатинина, мочевины, билирубина, АЛТ, АСТ, липидного состава, электролитного баланса, гемокоагуляции), электрокардиографию, офтальмоскопическое исследование глазного дна, ТКДС брахиоцефальных артерий, осмотр кардиолога; при необходимости ЦАГ, рентгенографию грудной клетки и УЗИ внутренних органов, эхокардиоскопию, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование АД, мониторинг гемо- и гомеостаза, консультации врачей смежных специальностей.

Методы исследования в остром и восстановительном периодах ишемического инсульта: общий опросник жизни SF-36 Health Status Survey – общий опросник КЖ (1957) [45], шкала Бартела – для оценки степени зависимости от посторонней помощи (1965) [45], для выявления степени функциональных нарушений применяли шкалу Рэнкина (1988) [45]. Оценка неврологического статуса у пациентов ИИ в баллах проводилась по шкале оценки инсульта Национального Института здоровья (NIHSS) (1989) [45]. С

помощью краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) – определяли состояние когнитивной сферы (1957) [45]. 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) [5,7,11].

По степени тяжести пареза все пациенты были разделены нами на три группы: 1 – легкая степень – 90 (35%) человек, 2 – средняя степень – 86 (33,5%) человек, 3 – тяжелый ИИ– 81 (31,5%) человек.

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, у которых суммарный показатель шкалы снижен до 45 баллов, что на 40-50% ниже нормы ($p=0,000<0,05$) и по сравнению с пациентами как первых двух исследуемых групп, так и контрольной группы. В динамике в 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 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, 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 утеряли трудоспособность (т.е. относились к функционально независимым пациентам) 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.

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 ФКЗ: ФФ и РФФ, достигая минимальных значений у пациентов 3 группы. Эти данные ярко иллюстрируют степень ограничения повседневной и профессиональной деятельности при ИИ, достигшие грубых у больных с выраженным двигательным дефицитом. 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 группы тяжелого ИИ имели низкие баллы по шкале Б ($p=0,0001<0,05$), 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 ПКЗ при межгрупповом анализе у трех групп ИИ, достоверно не отличался ни в остром, ни в РВП ($p=0,324>0,05$). Поэтому мы заключили, что независимо от степени

двигательного дефицита, ИИ оказывает негативное влияние на эмоциональную сферу, являясь фактором риска развития постинсультной депрессии.

Высока частота развития постинсультной тревоги и депрессии - 26 – 60% случаев (по российским данным - более 40%), длительность составляет от 12 до 18 месяцев [3,11]. 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-депрессивного расстройства у обследуемых больных третьей группы. Наиболее высокие статистически значимые показатели, в 1,7 раз выше по шкале HADS тревога, в 2,5 раза выше по шкале HADS депрессия, в 5 раз выше по шкале MADRS выявлены в 3 группе 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. Не вызывает сомнения, что повышение комплаентности, уровня мотивации, ориентированности на выздоровление, эффективности реабилитации больных с инсультом возможны в случае регресса депрессии. В связи с этим, своевременное выявление и лечение постинсультной депрессии и тревоги является актуальным [11,15].

Одними из наиболее частых проявлений сосудистых заболеваний головного мозга являются когнитивные и эмоциональные нарушения [8,18]. Поэтому вопросы коррекции когнитивного дефицита и лечение тревожно-депрессивного расстройства в раннем восстановительном периоде по-прежнему требуют дальнейшего углубленного изучения [2,5]. В остром периоде ИИ, выявленный нами когнитивный дефицит, не был глубоким, но оценки высших психических функций были достоверно выше у пациентов контрольной группы.

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; РФФ- 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.

Ряд авторов не отмечают влияния на степень восстановления ни пола, ни сторонности инсульта [25,41,104]. В исследованиях Leach MJ и др. на сроке 1 год низкие значения физического компонента здоровья ассоциировались с женским полом, правополушарной локализацией очага [182]. Мы не выявили достоверных отличий в показателях качества жизни у пациентов с лево- и правополушарным инсультом на этапе стационарного лечения (p=0,812>0,05), вследствие чего в дальнейшем не оценивали влияние реабилитационного лечения на восстановление пациентов с различной стороной поражения. Однако мы нашли достоверные (ФФ-p=0,007; РФФ-p=034; mRS-p=0,013<0,05) отличия в показателях ФКЗ и зависимости от посторонних лиц у пациентов с полушарным ИИ и ИИ в ВББ. Несмотря на более высокие оценки ФФ и РФФ в остром периоде у больных с ИИ в ВББ, они оказались больше зависимы в повседневной жизни, по сравнению с исследуемыми ИИ в бассейне СМА. Мы объяснили это наблюдение тем, что пациенты чувствовали себя более зависимыми от посторонних лиц, так как симптомы поражения ВББ приводят к неустойчивости при ходьбе, нескоординированным движениям, глазодвигательными нарушениями, что ведет

к худшей адаптации в пространстве, необходимостью постоянного контроля со стороны.

Самообслуживание у больных группы ИИ в ВББ было нарушено незначительно (показатель по ШБ - 85), что на 10% ниже аналогичного показателя данной шкалы у пациентов контрольной группы. Через 3 месяца у пациентов группы ИИ в ВББ и контрольной группы показатели по ШБ достоверно (p=0,618>0,05) не отличались, что свидетельствует о том, что этого времени достаточно для восстановления самообслуживания. Несмотря на это нетрудоспособность в группе ИИ в ВББ была умеренной в остром периоде (3 балла по mRs) и сохранялась в легкой степени через 3 месяца (p=0,000<0,05).

Необходимо отметить, что в РВП ИИ в ВББ при анкетировании больных с помощью опросника SF-36 на амбулаторном этапе в течение года было выявлено достоверное (p=0,000<0,05) увеличение показателей качества жизни в сравнении с первым тестированием: ФФ на 37,5%, РФФ на 50%, Б на 37,5%, ОЗ на 30%, Ж на 33,3%, СФ на 37,5%, РЭФ на 66,7%, ПЗ на 34,3%, а также когнитивных функций с практически полным восстановлением познавательной способности через 6 месяцев и сохранением полученных результатов через год после перенесенного ИИ. Таким образом к концу года, восстановление утраченного здоровья было удовлетворительным в этой группе пациентов и не вызывало каких-либо отрицательных эмоциональных нарушений. Тем не менее, мало изучено на сколько комплекс реабилитационных программ в санатории оказывает больший положительный эффект в восстановлении самообслуживания и показателей физического и психологического здоровья, по сравнению с амбулаторной реабилитацией, в РВП инсульта[1,7,8]. Достоверно лучшие результаты в группе санаторного долечивания (p=0,000<0,05) были отмечены по всем подшкалам опросника SF-36: на 20% ФФ, на 25% РФФ, на 22% ОЗ, на 15% Ж, на 25% СФ, на 33% РЭФ, на 17% ПЗ на сроках 3, 6 и 12 месяцев, 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. Качественная реабилитация пациентов не только повышает их функциональную независимость и качество жизни, но и является профилактикой депрессии [1,7,8]. 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.

Учитывая худшие показатели восстановления КЖ больных после ОНМК на уровне амбулаторно-поликлинического звена в РВП, нами была предложена пациентам с полушарным ИИ, индивидуальная программа реабилитации. Индивидуальная программа реабилитации на дому включала: лекарственную терапию, физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция), механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия), массаж, трудотерапия, психотерапия и психологическое консультирование, логопедическая помощь, лечебная физкультура, технические средства реабилитации, информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации, обучение пациента самообслуживанию, адаптационное обучение семьи пациента, содействие в решении личных проблем, обучение навыкам проведения досуга и отдыха. Выполнение ИПР оценивалось по дневнику реабилитационных занятий пациента.

По результатам наблюдения в течение года в нашем исследовании, санаторное долечивание больных, перенесших ишемический легкий и средней степени тяжести ИИ в СМА, обеспечивает ($p=0,000<0,05$) более высокие показатели самообслуживания на 10% и 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.

Одними из важнейших принципов нейрореабилитации как основного компонента реабилитации пациентов с последствиями инсульта являются раннее

начало реабилитационных мероприятий, систематичность проводимого лечения и его длительность, мультидисциплинарный подход, адекватность, активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных и близких [2,8,16,18]. На основании полученных данных, нами определено, что реабилитация пациентов в санатории после стационарного лечения и последующее выполнение индивидуально разработанной программы реабилитации на дому в течение года приводят к полному восстановлению показателей основных видов ежедневной деятельности по шкале Бартел, обеспечивают функциональную независимость по шкале Ренкин, а также регресс очаговой симптоматики по шкале NIHSS на 50%, по сравнению с больными, некомплаентными в отношении лечения. Отмечено увеличение показателей «качества жизни» по опроснику SF-36 в раннем восстановительном периоде мозговой катастрофы в первые 12 месяцев на 25-50% в группах, выполняющих рекомендации невролога и реабилитолога, при легком или умеренно тяжелом течении ишемического инсульта.

Нами было показано, что при невозможности прохождения санаторного долечивания по каким-либо причинам, выраженный эффект в восстановлении утраченных функций и повышение качества жизни в течение года приносят индивидуально разработанные программы (физической направленности), выполняемые больными на дому самостоятельно и\или с помощью родственников, инструкторов ЛФК. Удовлетворительное восстановление двигательных функций и уменьшение зависимости от посторонних лиц у пациентов, не соблюдающих реабилитационные мероприятия, может быть объяснено процессом нейропластичности после инсульта, т.к у больных активируются сохранные, ранее не задействованные в осуществлении нарушенной функции отделы пораженного полушария, двигательные отделы непораженного полушария и нейроны периинфарктной зоны [9,13].

При составлении программ реабилитации необходимо учитывать негативно влияющий на их успешность фактор постинсультной тревоги и депрессии. Известно, что депрессия гораздо чаще (82% случаев) возникает при инсульте в

бассейне средней мозговой артерии (СМА), реже – при его локализации в вертебро-базилярном бассейне (ВББ; 20% случаев) [3]. Эти данные должны учитываться для решения вопроса о медикаментозной коррекции депрессивных расстройств. В результате исследования нами пациентов с легким и средней степени тяжести ИИ получены данные: была выявлена тревога и депрессия у 35% пациентов, перенесших ИИ в ВББ, и у 35,7% больных, перенесших полушарный ИИ. Большинство пациентов имели депрессию легкой или умеренной степени тяжести. У пациентов после лечения антидепрессантом наблюдалась редукция тревожно-депрессивных расстройств ($p=0,000<0,05$). Положительный эффект отмечен уже через 2 недели проводимой терапии, к концу курса лечения эсциталопрамом (через 3 месяца после перенесенного ишемического инсульта) показатели в группе приема эсциталопрама достоверно снижались и соответствовали значению «норма» ($p=0,0001<0,05$). В группе, где больные не получали антидепрессант, показатели тревоги и депрессии оставались на практически неизменном уровне ($p>0,05$) в течение года. Был выявлен весьма интересный факт: даже через полгода показатели тревоги и депрессии в группе лечения антидепрессантом продолжали снижаться ($p=0,0001<0,05$). Мы расценили дальнейшее снижение показателей тревоги и депрессии как стойкий регресс тревожно-депрессивного расстройства вследствие возрастания мотивации этих пациентов к реабилитации, а также активации нейропластических процессов, что приводило к улучшению показателей качества жизни.

Мы отметили достоверно более высокие баллы по шкале MMSE в группе больных, принимавших эсциталопрам на сроках 3, 6 и 12 месяцев ($p=0,0001<0,05$). 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 [3,4]. У всех больных в остром периоде ИИ получены относительно высокие баллы по ШБ и пациенты были в легкой степени

нетрудоспособны в соответствии с mRs. За время терапии достоверных изменений между группами не было, однако общий балл постепенно увеличивался по индексу Бартэла и сохранялась легкая зависимость от посторонних лиц по шкале Рэнкина (p>0,05) через 3 месяца. Через 6 месяцев и год достоверно (p=0,000<0,05) лучшие оценки показывали пациенты группы приема антидепрессанта, что свидетельствовало об успешности восстановительных процессов после инсульта на фоне приема эсциталопрама.

В группе приема антидепрессанта в течение года достоверно (p=0,000<0,05) были выше значения по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с группой пациентов не получавших антидепрессант, причем прием эсциталопрама при полушарном ИИ приводил к достоверному улучшению не только психического компонента здоровья к концу курса лечения через 3 месяца от перенесенного инсульта, но и физического компонента здоровья, включая показатель боли, который был достоверно ниже (p=0,000<0,05) в группе приема антидепрессанта.

При проведении корреляционного анализа, возникновение депрессии в остром периоде ИИ у наших больных не имело связи с показателями в баллах по шкале MMSE, выявлена умеренная обратная связь с показателями в баллах по ШБ (R=-0,497, p=0,0001<0,05) и с показателем суммарного психического компонента здоровья по шкале SF-36 (R=-0,446, p=0,0001<0,05). При диагностировании депрессии через 3, 6 и 12 месяцев от развития ИИ у этих пациентов имело заметную обратную связь с показателями в баллах по шкале MMSE (R=-0,594; -0,508; -0,680, p=0,000<0,05) и высокую обратную связь с показателем суммарного психического компонента здоровья по шкале SF-36 (R=-0,778; -0,835; -0,828, p=0,000<0,05). Таким образом, на основании результатов исследования нами было установлено, что тревожно-депрессивные расстройства, когнитивный статус и уровень качества жизни взаимосвязаны, регресс тревожно-депрессивных расстройств и улучшение когнитивных функций на фоне назначения антидепрессанта свидетельствует о вторичном характере нарушений высших мозговых функций по отношению к депрессии. Включение

эсциталопрама (ленуксина) в комплекс реабилитационных программ повышает показатели качества жизни пациентов, перенесших ИИ.

Особого внимания заслуживают пациенты, перенесшие тяжелый ИИ, вследствие глубокого изменения в восприятии себя и окружающего мира, у которых нередко отмечаются тяжелые двигательные, когнитивные расстройства, аффективные нарушения и возникает порочный круг взаимовлияния соматического страдания и психических расстройств [3,4]. 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-депрессивных расстройств 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 умеренным 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 высокие баллы по подшкалам ФФ и РФФ, чем в группе 3Б. 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 3Б. 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 и 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 в баллах 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, и это 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 постинсультоной 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. ИПР необходимо выполнять постоянно в течение года, даже если на начальном этапе нет выраженных результатов, поскольку установлено, что через 12 месяцев больные показывают более высокие значения физической активности, по сравнению с отказывающимися от выполнения ИПР. Регресс тревожно-депрессивных расстройств коррелирует с приемом антидепрессанта (R=-0,701, p=0,000<0,05). При тяжелом ИИ, мы нашли достоверное улучшение когнитивных функций до 25 баллов (R=0,0001, p=0,000<0,05)на фоне назначения антидепрессанта и нарастание когнитивного дефицита до 21,5 балла при отказе от лечения антидепрессантом, что доказало вторичный характер нарушений высших мозговых функций по отношению к депрессии.

Чтобы оценить независимое влияние способов реабилитации на показатели качества жизни и реабилитационный потенциал пациента после перенесенного ИИ, мы применили уравнение множественной линейной регрессии, где в качестве зависимых переменных были взяты ШБ, ФФ, ОЗ, СФ, ПЗ через 12 месяцев и в качестве независимых переменных (факторов) были взяты возраст, пол, результаты этих шкал в остром периоде, неврологический дефицит по шкале NIHSS на стационарном этапе, развитие депрессии в остром периоде, назначение антидепрессанта, реабилитация в санатории в РВП, выполнение ИПР. Было выявлено, что после перенесенного легкого и средней степени тяжести ИИ вне зависимости от возраста, пола, неврологического дефицита в остром периоде, соблюдение пациентами ИПР в РВП приводило к достоверно более высоким показателям самообслуживания, физического и психического функционирования через год. Реабилитация в санатории после перенесенного ИИ оказывала благоприятное влияние на выполнение пациентами повседневной деятельности и физическую активность в РВП. Развитие депрессии на этапе стационарного лечения в большей степени ухудшало показатели психического здоровья и социального функционирования пациента в обществе в течение года. После перенесенного тяжелого ИИ вне зависимости от возраста, пола, неврологического

дефицита в остром периоде, развитие депрессии на этапе стационарного лечения, приводило к низким показателям самообслуживания, физического и общего здоровья, психического здоровья и социального функционирования пациента в обществе в течение года. Прием антидепрессанта компенсировал и повышал показатели качества жизни на протяжении года. Выполнение пациентами ИПР в РВП приводило к достоверно более высоким показателям самообслуживания, физического, общего и социального функционирования через год.

Таким образом, анализ качества жизни у больных в остром и восстановительном периодах ИИ дает возможность обеспечить преемственность ведения пациента при переводе его на следующий этап реабилитации, оптимизировать дальнейшее амбулаторное наблюдение больного специалистами различного профиля (семейными врачами, неврологами, реабилитологами), внедрить новые лечебные методики и оценить их результативность самим больным.

Разработан алгоритм маршрутизации и программа реабилитации больных с ИИ, что позволит врачам практического здравоохранения улучшить качество оказания медицинской помощи данной категории пациентов (приложение 1).

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 ИИ (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 ВББ уровень физических функций на 20-50% выше ($p<0,05$), чем у пациентов с полушарным ИИ. Установлено, что пациенты с ИИ в ВББ 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 ИИ ($p>0,05$). Уровень тревожно-депрессивных расстройств на 20-30% выше у пациентов с ИИ в бассейне левой СМА.

2. Санаторное долечивание больных, перенесших ИИ, 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 ИИ через год в группах, выполняющих ИПР (на 25-60%). Отказ от выполнения ИПР 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 легкий и средней степени тяжести, и у 67% - тяжелый 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 ИПР уже в первые 3 месяца восстановительного периода ИИ при легком и средней степени тяжести ИИ, через 6 месяцев и год при тяжелом ИИ. 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 ИПР 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 ИИ 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 ИИ 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 «МКФ и качество жизни», заявка № 2017662731, дата поступления заявки 07.12.2017 г. Авторы: Лукьянчикова Л.В.; Бельская Г.Н.; Семыкин Д.Д.). 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 Монтгомери-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-депрессивного расстройства.

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». Авторы: Лукьянчикова Л.В., Бельская Г.Н.):

При легком и средней степени тяжести ИИ:

Шкала Бартела через год = 75,7(константа)+4,93хИПР+0,26хШБ в остром периоде+1,99хсанаторий-1,81хТДР-0,06хвозраст;

Физическое функционирование через год = 58,2(константа)+16,58хИПР+0,34хФФ в остром периоде+5,47хсанаторий-0,18хвозраст;

Психическое здоровье через год = 42,5(константа)+15,18хИПР+0,49хПЗ в остром периоде+3,7хсанаторий-5,81хТДР.

При тяжелом ИИ:

Шкала Бартела через год = 57,6(константа)+7,45хИПР+0,58хШБ в остром периоде+14,98хантидепрессант-12,85хТДР

Физическое функционирование через год = 39(константа) -15,09хТДР +20,1хантидепрессант +17,6хИПР+0,37хФФ в остром периоде

Психическое здоровье через год = 55,4(константа)+5,9хИПР+0,43хПЗ в остром периоде-13,9хТДР+18,2хантидепрессант.

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 ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрашитов, Т. М. Качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта: дис. … канд. мед. наук / Т. М. Абдрашитов. – Уфа, 2006. – 152 с.

2. Амирахова, Л. Ш. Качество жизни и когнитивный статус больных в период восстановления после инсульта / Л. Ш. Амирахова // Пермский медицинский журнал. – 2013. – Т. 30, № 3. – С. 82-86.

3. Антоненко, Е. В. Особенности нарушений когнитивных функций при ишемических инсультах вертебрально базилярного бассейна / Е. В. Антоненко, Л. И. Соколова // Украинский неврологический журнал. – 2013. – № 1 (26). – С. 35-39.

4. Аретинский, В. Б. Восстановление двигательной функции кисти у больных с инсультом с использованием системы «hand tutor» / В. Б. Аретинский, Е. В. Телегина, Л. И. Г. Волкова // Уральский медицинский журнал. – 2014. – № 9 (123). – С. 46-49.

5. Архипкин, А. А. Альфа-фетопротеин в прогнозе выживаемости и функционального восстановления больных с ишемическим инсультом / А. А. Архипкин, О. В. Лянг, А. Г. Кочетов // Клиническая лабораторная диагностика. – 2014. – Т. 59, № 10. – С. 12-15.

6. Бекбосынов, А. Ж. Влияние консервативного лечения на качество жизни лиц, перенесших ишемический инсульт / А. Ж. Бекбосынов // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2013. – Т. 13, № 1. – С. 140-143.

7. Белокоскова, С. Г. Агонист v2-рецепторов вазопрессина редуцирует депрессивные расстройства у постинсультных больных / С. Г. Белокоскова, И. И. Степанов, С. Г. Цикунов // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 4. – С. 40-44.

8. Белокоскова, С. Г. Роль локализации инсульта и конституционально личностных особенностей больных как факторов риска развития постинсультных

депрессий / С. Г. Белокоскова, И. И. Степанов, С. Г. Цикунов // Медицинский академический журнал. – 2011. – Т. 11, № 2. – С. 71-77.

9. Бельская, Г. Н. Восстановление нарушенных функций у больных ишемическим инсультом, прошедших санаторное долечивание / Г. Н. Бельская, С. Б. Степанова // Неврологический журнал. – 2009. – № 3. – С. 33-36.

10. Боголепова, А. Н. Депрессивные расстройства у больных с хронической ишемией мозга / А. Н. Боголепова // Consilium Medicum. – 2013. – Т. 15, № 9. – С. 40-44.

11. Боголепова, А. Н. Критерии диагностики и прогноза ишемического инсульта (клинико-нейропсихологическое исследование) : дис. … д-ра мед. наук / А. Н. Боголепова. – Москва, 2003. – 289 с.

12. Боголепова, А. Н. Опыт применения вальдоксана в терапии постинсультной депрессии / А. Н. Боголепова, Е. И. Чуканова, М. Ю. Смирнова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 4. – С. 42-46.

13. Бойко, Е. А. Повышение эффективности комплексной реабилитации больных в раннем периоде ишемического инсульта на санаторном этапе под влиянием специальных физических упражнений (когнитивной гимнастики) : дис. … канд. мед. наук / Е. А. Бойко. – Томск, 2010. – 156 с.

14. Буйлова, Т. В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации / Т. В. Буйлова // Медиаль. – 2013. – № 2. – С. 26-31.

15. Вахнина, Н. В. Депрессия после инсульта: причины, диагностика и лечение / Н. В. Вахнина // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – № 45. – С. 40-48.

16. Виничук, С. М. Поиск новых подходов к лечению острого ишемического инсульта / С. М. Виничук, М. М. Прокопив, Т. М. Черенько // Украинский неврологический журнал. – 2010. – № 1 (14). – С. 8-19.

17. Вознесенская, Т. Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях / Т. Г. Вознесенская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009 – № 2. – С. 9-12.

18. Воробьева, О. В. Постинсультная депрессия: необходимость назначения антидепрессантов / О. В. Воробьева // Эффективная фармакотерапия. – 2011. – № 21. – С. 34-37.

19. Галкин, А. С. Возможности повышения эффективности реабилитации пациентов после инсульта с синдромом игнорирования / А. С. Галкин, Е. Р. Баранцевич, А. О. Гусев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 10. – С. 30-34.

20. Галкин, А. С. Сравнительная характеристика эффективности нейрометаболитических и вазоактивных препаратов при проведении реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт / А. С. Галкин, В. В. Ковальчук, А. О. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 10. – С. 47-50.

21. Гехт, А. Б. Депрессия у больных с нарушением мозгового кровообращения: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении / А. Б. Гехт, Н. Б. Сорокина, А. А. Гудкова [и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8, № 6 (49). – С. 62-67.

22. Григорова, И. А. Оценка функционального состояния мозга по показателям когнитивных вызванных потенциалов р300 и акустических стволовых вызванных потенциалов у больных, перенесших полушарный ишемический инсульт / И. А. Григорова, А. А. Гелетка, О. А. Тесленко // Украинский неврологический журнал. – 2013. – № 2 (27). – С. 34-38.

23. Грищенко, Ю. С. Терапия постинсультной депрессии как фактор улучшения качества жизни пациентов на реабилитационном этапе / Ю. С. Грищенко, И. И. Дудин // Якутский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 46-49.

24. Гусев, Е. И. Приверженность основной терапии у больных с постинсультной депрессией / Е. И. Гусев, А. Н. Бойко, Т. В. Сидоренко [и др.] // Неврологический журнал. – 2011. – Т. 16, № 4. – С. 54-59.

25. Дамулин, И. В. Процессы нейропластичности после инсульта / И. В. Дамулин, Е. В. Екушева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 3. – С. 69-74.

26. Данилов, А. Б. Использование «Золофта» в общемедицинской практике / А. Б. Данилов // Фарматека для практикующих врачей. – 2007. – № 3-07. – С. 19-22.

27. Долгова, Н. Ю. Реабилитационное лечение неврологических больных в условиях санатория / Н. Ю. Долгова, С. А. Воронцов, О. В. Кириченко [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2013. – № 4. – С. 53-56.

28. Долгова, Н. Ю. Эффективность реабилитационного лечения неврологических больных в условиях санатория / Н. Ю. Долгова, С. А. Воронцов, О. В. Кириченко [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2015. – № 1. – С. 59-61.

29. Домашенко, М. А. Постинсультная депрессия / М. А. Домашенко, М. Ю. Максимова, С. В. Орлов [и др.] // Фарматека. – 2011. – № 19. – С. 15-19.

30. Дуданов, И. П. Реконструктивные операции на сонных артериях в комплексном лечении острого ишемического инсульта / И. П. Дуданов, В. Г. Белинская, К. В. Лаптев [и др.] // Медицинский академический журнал. – 2011. – Т. 11, № 2. – С. 109-116.

31. Ёлкина, Т. А. Динамика показателей клинических оценочных шкал в острейшем и остром периодах при отдельных подтипах ишемического инсульта / Т. А. Ёлкина, А. С. Осетров // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5. – С. 305.

32. Еркебаева, С. К. Профилактическая терапия инсульта у больных дисциркуляторной энцефалопатией с депрессивным синдромом / С. К. Еркебаева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 11. – С. 32-36.

33. Ермакова, Н. Г. Применение аутогенной тренировки при восстановительном лечении больных с последствиями инсульта / Н. Г. Ермакова // Вестник психотерапии. – 2015. – № 55 (60). – С. 79-95.

34. Ермакова, Н. Г. Психологическая коррекция самоотношения и представлений о социальной роли с применением группового тренинга у больных с последствиями инсульта / Н. Г. Ермакова // Вестник Южно-Уральского

государственного университета. – 2014. – Т. 7, № 3. – С. 65-72. – (Серия «Психология»).

35. Ершов, В. И. Прогнозирование исходов ишемического инсульта с сочетанной кардиальной симптоматикой : дис. … канд. мед. наук / В. И. Ершов. – Оренбург, 2001. – 154 с.

36. Ефремов, В. В. Изменение основных детерминант качества жизни больных артериальной гипертензией, осложнившейся церебральным инсультом / В. В. Ефремов, И. Л. Солонец, Н. А. Криштопина // Медицинский вестник Юга России. – 2014. – № 3. – С. 92-97.

37. Журавская, Н. Ю. Изучение приверженности врачебным рекомендациям пациентов, перенесших мозговой инсульт. Роль тревоги и депрессии (результаты регистра лис-2) / Н. Ю. Журавская, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14, № 2. – С. 46-51.

38. Захаров, В. В. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях / В. В. Захаров, Н. В. Вахнина // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – № 1. – Р. 14-21.

39. Иващенко, А.С. Эффективность медицинской реабилитации в составе санаторно-курортного лечения хронического бронхита / А. С. Иващенко, Л. Ш. Дудченко, Г. Г. Масликова [и др.] // Бюллетень. – 2017. – №63. – С. 33-37.

40. Каменская, О. В. Кислородный статус головного мозга и качество жизни в отдаленные сроки после каротидной эндартерэктомии / О. В. Каменская // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 101-105.

41. Кель, Н. В. Влияние обучения методам первичной профилактики инсульта на качество жизни пациентов из группы риска : дис. … канд. мед. наук / Н. В. Кель. – Москва, 2010. – 121 с.

42. Киспаева, Т. Т. Особенности формирования и прогрессирования некоторых когнитивных нарушений при церебральном инсульте и пути их коррекции / Т. Т. Киспаева // Лечащий врач. – 2010. – № 5. – С. 14-15.

43. Кичук, И. В. Изменения биоэлектрической активности головного мозга у больных с постинсультной депрессией и апатией / И. В. Кичук, Е. А. Петрова, Н.

А. Георгиевская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – Т. 7, № 2. – С. 10-15.

44. Ковальчук, В. В. Коррекция когнитивных и психоэмоциональных расстройств у пациентов, перенесших инсульт / В. В. Ковальчук // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 10. – С. 81-86.

45. Ковальчук, В. В. Терапевтические возможности улучшения когнитивных функций, психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов после инсульта / В. В. Ковальчук // Журнал неврологии и психиатрии. – 2015. – № 12. – С. 92-97.

46. Козелкин, А. А. Эффективность комплексной нейрометаболической терапии у больных с первичным и повторным мозговым ишемическим полушарным инсультом / А. А. Козелкин, Л. В. Новикова // Международный неврологический журнал. – 2015. – № 2 (72). – С. 70-75.

47. Козловская, И. Б. Качество жизни у больных с ишемическим инсультом на фоне немедикаментозных методов реабилитации / И. Б. Козловская // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 8. – С. 63-68.

48. Колмыкова, Е. В. Возрастные особенности тревожно-депрессивных расстройств и показателей качества жизни больных в ранний и поздний восстановительные периоды после мозгового инсульта / Е. В. Колмыкова, Е. Е. Дуда, Ю. А. Колмыкова [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2013. – № 2. – С. 41-46.

49. Концевой, В. А. Сосудистые депрессии / В. А. Концевой, А. В. Медведев // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2011. – № 4. – С. 31-38.

50. Косивцова, О. В. Ведение пациентов в восстановительном периоде инсульта / О. В. Косивцова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 4. – С. 101-105.

51. Котенко, К. В. Постинсультная депрессия: подходы к коррекции / К. В. Котенко, И. Г. Смоленцева, О. В. Кривонос [и др.] // Инновационные направления диагностики и лечения неврологических заболеваний : сб. тез. – Москва, 2013. – С. 50-51.

52. Котов, С. В. Реабилитация больных, перенесших инсульт, с помощью биоинженерного комплекса «интерфейс мозг-компьютер + экзоскелет» / С. В. Котов, Л. Г. Турбина, П. Д. Бобров [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 12-2. – С. 66-72.

53. Коценко, Ю. И. Особенности терапии ишемического инсульта, обусловленного аномалиями церебральных артерий, у лиц молодого возраста / Ю. И. Коценко, Е. А. Статинова // Украинский неврологический журнал. – 2012. – № 4 (25). – С. 117-121.

54. Кранчюкайте-Бутылкиниене, Д. Влияние перенесенного церебрального инсульта на состояние здоровья и повседневную активность / Д. Кранчюкайте-Бутылкиниене // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 4, вып. 2. Инсульт. – С. 37-41.

55. Крылов, В. В. Депрессивная краниотомия в комплексной интенсивной терапии злокачественных форм массивного ишемического инсульта / В. В. Крылов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 1. – С. 15-22.

56. Кузнецов, В. В. Нейропептиды в системе фармакореабилитации больных, перенесших ишемический инсульт / В. В. Кузнецов // Украинский неврологический журнал. – 2010. – № 2 (15). – С. 41-46.

57. Кузнецова, С. М. Влияние мелатонинергического антидепрессанта на функциональное состояние мозга у больных постинсультной депрессией / С. М. Кузнецова, С. Ф. Глушко // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2014. – № 1 (21). – С. 25-33.

58. Кулеш, С. Д. Динамика степени ограничения жизнедеятельности и инвалидности в течение 5 лет после перенесенного инсульта / С. Д. Кулеш, Л. А. Клецкова, Н. А. Филина [и др.] // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2011. – № 3. – С. 127-135.

59. Кулеш, А. А. Качество сна и когнитивный статус в остром периоде инсульта у больных с минимальным двигательным дефицитом / А. А. Кулеш, Т. В.

Лапаева, В. В. Шестаков // Пермский медицинский журнал. – 2013. – Т. 30, № 6. – С. 14-19.

60. Кулишова, Т. В. Эффективность ранней реабилитации больных с ишемическим инсультом / Т. В. Кулишова, О. В. Шинкоренко // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2014. – Т. 91, № 6. – С. 9-12.

61. Кутлубаев, М. А. Депрессия у пациентов с постинсультной афазией: диагностика и клинические особенности / М. А. Кутлубаев, А. Ф. Насретдинова, Л. К. Фаткуллина [и др.] // Практическая медицина. – 2014. – № 3 (79). – С. 103-106.

62. Кутлубаев, М. А. Нейроиммунные механизмы в развитии постинсультной депрессии / М. А. Кутлубаев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 2. – С. 76-79.

63. Кутлубаев, М. А. Симптомы патологической усталости, апатии и депрессии у пациентов после церебрального инсульта / М. А. Кутлубаев, Л. Р. Ахмадеева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – Т. 7, № 2. – С. 16-21.

64. Леи, К. Оценка по шкале суммарного риска для здоровья при сосудистых событиях прогнозирует клинические исходы у пациентов с кардиоэмболическим и другими вариантами ишемического инсульта / К. Леи, Б. Ву, М. Лиу [и др.] // Stroke. – 2014. – № 3 (35). – С. 15-22.

65. Мамина, Н. Ш. Алекситимия, как фактор риска постинсультных эмоционально-волевых нарушений / Н. Ш. Мамина // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 409-410.

66. Маркин, С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С. П. Маркин // Неврология и ревматология: прил. к журн. Consilium Medicum. – 2010. – № 1. – С. 53-58.

67. Мартынов, М. Ю. Нейропротективная терапия цитиколином (цераксон) у больных с ишемическим инсультом / М. Ю. Мартынов, А. Н. Бойко, П. Р.

Камчатнов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 3-2. – С. 21-26.

68. Маслюк, О. А. Применение технологий виртуальной реальности в остром периоде церебрального инсульта и их влияние на постинсультные аффективные нарушения / О. А. Маслюк, И. Г. Смоленцева, Н. А. Амосова [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10, № 4. – С. 824-827.

69. Масютина, С. М. Качество жизни и психологический статус больных, перенесших инсульт в молодом возрасте : автореф. дис. … канд. мед. наук / С. М. Масютина. – Саратов, 2006. – 25 с.

70. Мельник, В. С. Однолетняя выживаемость после острого ишемического инсульта: прогностические факторы восстановления функционального состояния и повседневной жизненной активности / В. С. Мельник, О. В. Ткаченко, А. О. Иванчук // Украинский неврологический журнал. – 2011. – № 1 (18). – С. 24-28.

71. Мещерякова, Ю. Б. Клинико-инструментальные параллели при афазиях, вызванных церебральным инсультом : дис. … канд. мед. наук / Ю. Б. Мещерякова. – Саратов, 2014. – 153 с.

72. Мирсадыков, Д. А. Клиническое наблюдение «вероятной» амилоидной ангиопатии головного мозга / Д. А. Мирсадыков, М. М. Абдумажитова, И. А. Арифжанов // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. – 2013. – Т. 77, № 1. – С. 46-52.

73. Мирсаева, Г. Х. Липопероксидация в тромбоцитах и сосудисто-тромбоцитарный гемостаз в различные периоды реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт / Г. Х. Мирсаева, Ф. Х. Камилов, Л. Р. Шарафутдинова [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2010. – Т. 5, № 6. – С. 59-65.

74. Мокунин, А. А. Динамика эмоциональных расстройств у больных артериальной гипертонией, перенесших инсульт, находившихся на санаторно-курортном лечении / А. А. Мокунин, С. В. Колбасников, Т. Р. Ханжина // CardioСоматика. – 2011. – № 1. – С. 85.

75. Мякотных, В. С. Депрессивные расстройства у больных пожилого и старческого возраста в период восстановительного лечения после перенесенного ишемического инсульта / В. С. Мякотных, К. В. Мякотных, Н. И. Леспух [и др.] // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 3. – С. 433-441.

76. Нам, Г. С. Летальность в отдаленном периоде у пациентов с инсультом неизвестной этиологии / Г. С. Нам, Г. К. Ким, И. Д. Ким [и др.] // Stroke. – 2013. – № 1 (29). – С. 21-31.

77. Нерянова, Ю. Н. Диагностическое значение детекции сывороточного уровня маркеров повреждения мозговой ткани в первые сутки мозгового ишемического инсульта / Ю. Н. Нерянова // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – № 6 (87). – С. 48-51.

78. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – Москва : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.

79. Нургазизова, А. К. Применение МКФ, ограничений жизнидеятельности и здоровья для оценки реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / А. К. Нургазизова, В. В. Сергеева, А. Ю. Родионова // Практическая медицина. Кардиология. – 2014. – № 6 (82). – С. 29-36.

80. Одинак, М. М. Оценка эффективности цитофлавина у больных в остром периоде ишемического инсульта / М. М. Одинак, В. И. Скворцова, И. А. Вознюк [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 12. – С. 29-36.

81. Орлова, Г. Г. Роль и значение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в организации должной профилактической помощи населению / Г.Г. Орлова и др. // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 3. — С. 358-361.

82. Урбан, П. П. Распространенность и клинические предикторы развития спастичности после ишемического инсульта / П. П. Урбан, Т. Вольф, М. Убеле [и др.] // Stroke. – 2010. – № 5-6. – С. 29-36.

83. Пантелеенко, Л. В. Качество жизни на протяжении года после ишемического инсульта / Л. В. Пантелеенко // Украинский неврологический журнал. – 2010. – № 3 (16). – С. 73-79.

84. Парфенов, В. А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение / В. А. Парфенов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 4. – С. 84-88.

85. Пархоменко, А. А. Организация медицинской помощи при инфаркте головного мозга: современное состояние, особенности амбулаторного этапа / А. А. Пархоменко // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – Т. 11, № 2. – С. 100-106.

86. Петрова, Е. А. Аффективные расстройства у больных с церебральным инсультом : дис. … д-ра мед. наук / Е. А. Петрова. – Москва, 2014. – 214 с.

87. Петрова, Е. А. Аффективные расстройства у больных с церебральным инсультом : автореф. дис. … д-ра мед. наук / Е. А. Петрова. – Москва, 2012. – 48 с.

88. Петрова, Е. А. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств / Е. А. Петрова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 9. – С. 12-16.

89. Пизова, Н. В. Амбулаторное ведение больных после тяжелого инсульта с деменцией / Н. В. Пизова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 4. – С. 78-83.

90. Прокопенко, С. В. Когнитивные нарушения и их коррекция в остром периоде ишемического инсульта / С. В. Прокопенко, Е. Ю. Можейко, О. С. Левин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 8-2. – С. 35-39.

91. Пулык, А. Р. Анализ 12-месячного наблюдения за познавательным процессом у пациентов, перенесших мозговой инсульт / А. Р. Пулык // Украинский неврологический журнал. – 2012. – № 4 (25). – С. 46-52.

92. Пулык, А. Р. К вопросу причины постинсультных когнитивных нарушений / А. Р. Пулык // Украинский неврологический журнал. – 2010. – № 3 (16). – С. 108-111.

93. Пат. 2414172 Российская Федерация. Способ прогнозирования степени когнитивного дефицита в раннем восстановительном периоде первого ишемического инсульта полушарной локализации / Л. В. Пустоханова, А. А. Кулеш. – № 2009149480/14; заявл. 29.12.2009; опубл. 20.03.2011.

94. Путилина, М. В. Тревожно-депрессивные расстройства и инсульт. Возможные этиологические и патогенетические корреляции / М. В. Путилина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 6. – С. 86-92.

95. Самосюк, И. З. Постинсультная когнитивная дисфункция: спектр нарушений и современные подходы к их выявлению и лечению / И. З. Самосюк, Ю. В. Фломин, Н. И. Самосюк [и др.] // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 8 (54). – С. 102-111.

96. Сидякина, И. В. Клинические исследования и наблюдения прогностическая модель оценки летальности и функционального восстановления после тяжелогои крайне тяжелого инсульта / И. В. Сидякина, С. В. Царенко, О. Р. Добрушина [и др.] // Неврологический журнал. – 2012. – № 2. – С. 10-14.

97. Сидякина, И. В. Навигационная транскраниальная магнитная стимуляция в ранней реабилитации постинсультных двигательных расстройств / И. В. Сидякина, О. Р. Добрушина, Т. В. Байдова [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2013. – Т. 90, № 4. – С. 27-30.

98. Сидякина, И. В. Прогностическая модель оценки летальности и функционального восстановления после тяжелого и крайне тяжелого инсульта / И. В. Сидякина, С. В. Царенко, О. Р. Добрушина [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – № 3. – С. 49-52.

99. Скворцова, В. И. Вторичная профилактика инсульта / В. И. Скворцова, И. Е. Чазова, Л. В. Стаховская. – Москва, 2002. – 118 с.

100. Скворцова, В. И. Отсроченный эффект ранней когнитивной реабилитации в остром периоде церебрального инсульта / В. И. Скворцова, Г. Е. Иванова, Т. Т. Киспаева // Клиническая фармакология и терапия. – 2012. – Т. 21, № 4. – С. 44-48.

101. Скворцова, В. И. Постинсультное генерализованное тревожное расстройство: соотношение с депрессией, факторы риска, влияние на восстановление утраченных функций, патогенез, лечение / В. И. Скворцова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 10. – С. 4-7.

102. Смышляева, М. М. Клинико-эпидемиологические и патогенетические особенности течения гипертонической болезни после инсульта / М. М. Смышляева, Н. А. Козиолова // Сердце. – 2010. – Т. 9, № 1. – С. 42-50.

103. Соколова, Л. И. Стимулирование нейропластичности – перспективное направление в терапии ишемического инсульта / Л. И. Соколова, В. С. Мельник, В. Ю. Шандюк [и др.] // Украинский неврологический журнал. – 2012. – № 4 (25). – С. 111-116.

104. Солонец, И. Л. Качество жизни как предиктор эффективности реабилитационных мероприятий постинсультных больных / И. Л. Солонец, В. В. Ефремов // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12-1. – С. 76-80.

105. Сорокина, И. Б. Депрессия у больных с острым нарушением мозгового кровообращения: основные диагностические трудности и принципы / И. Б. Сорокина // Медицинский совет. – 2010. – № 9-10. – С. 90-91.

106. Старчина, Ю. А. Постинсультная депрессия: научно обоснованные подходы к выбору терапии / Ю. А. Старчина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 1. – С. 116-120.

107. Тахавиева, Ф. В. Медико-социальный анализ эффективности восстановительного лечения через 1 год после мозгового инсульта / Ф. В. Тахавиева, М. В. Ценин, Х. В. Иксанов [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2012. – № 4. – С. 73-76.

108. Терегулова, Д. Р. Депрессия в неврологической практике (на примере болевых синдромов и инсульта) / Д. Р. Терегулова, М. А. Кутлубаев, Л. Р. Ахмадеева [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – Т. 8, № 3. – С. 32-36.

109. Терешкина, В. А. Качество жизни у пациентов с постинсультной депрессией / В. А. Терешкина, В. В. Новиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 4 (85). – С. 7-10.

110. Трекин, С. В. Оценка шкал тяжести неврологических заболеваний и их сравнение со степенью нарушений статодинамической функции / С. В. Трекин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – № 1. – С. 11-16.

111. Трофимова, С. А. Перспективы лечения больных, перенесших ишемический инсульт: место и роль цитофлавина / С. А. Трофимова, О. А. Балунов, Е. Е. Дубинина // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2011. – № 3. – С. 40-48.

112. Тюков, Ю. А. Оценка качества жизни у больных после перенесенного инсульта / Ю. А. Тюков, Н. Г. Кочеткова, А. П. Рыжий [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2011. – Т. 12, № 1. – С. 186-188.

113. Фишман, Б. Б. Оценка приверженности антигипертензивной терапии у пациентов с мозговым инсультом и постинсультной депрессией на фоне антидепрессивной терапии / Б. Б. Фишман, А. И. Хорошевская, А. А. Абдулин [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – Т. 6, № 6. – С. 828-831.

114. Фломин, Ю. В. Нарушения ходьбы после инсульта и при других неврологических заболеваниях: современный междисциплинарный подход к диагностике, лечению и реабилитации / Ю. В. Фломин // Международный неврологический журнал. – 2013. – № 5 (59). – С. 121-132.

115. Фонякин, А. В. Кардиальные осложнения и вариабельность сердечного ритма в отдаленном постинсультном периоде / А. В. Фонякин, Л. А. Гераскина, В. А. Шандалин // Клиническая медицина. – 2012. – Т. 90, № 6. – С. 35-38.

116. Франк, Б. Тромболизис при инсульте, несмотря на противопоказания или предостережения? / Б. Франк, Д. К. Гротта, А. В. Александров [и др.] // Stroke. – 2013. – № 2 (30). – С. 17-24.

117. Хасанова, Д. Р. Эффективность вальдоксана в профилактике и лечении постинсультной депрессии / Д. Р. Хасанова, Ю. В. Житкова, А. А. Сафиуллина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 3. – С. 48-53.

118. Хасанова, Д. Р. Эффективность препарата адепресс (пароксетин) в лечении депрессии у пациентов с хронической ишемией головного мозга и в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта с учетом уровня скорости пассивного трансмембранного ионотранспорта / Д. Р. Хасанова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 3-2. – С. 27-30.

119. Черных, Т. В. Эффективность коррекции когнитивных расстройств с использованием компьютерных стимулируюших программ у пациентов в остром периоде ишемического инсульта в зависимости от локализации очага поражения / Т. В. Черных, С. В. Прокопенко, Е. Ю. Можейко // Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Т. 19, № 4. – С. 98-101.

120. Чистякова, В. А. Динамика моторных нарушений и тревожно-депрессивных расстройств в восстановительном периоде инсульта на фоне проводимых реабилитационных мероприятий : дис. … канд. мед. наук / В. А. Чистякова. – Томск, 2015. – 146 с.

121. Шаклунова, Н. В. Клинические и патогенетические особенности развития тревожно-деперессивных расстройств у больных с церебральным инсультом : автореф. дис. … канд. мед. наук / Н. В. Шаклунова. – Москва, 2013. – 26 с.

122. Шандалин, В. А. Прогностические факторы сердечно-сосудистых осложнений в отдаленном периоде ишемического инсульта: проспективное наблюдение / В. А. Шандалин, А. В. Фонякин, Л. А. Гераскина // CardioСоматика. – 2013. – № 1. – С. 108-109.

123. Шилоносова, И. В. Запасы тромбоцитарного серотонина в динамике острого периода полушарного ишемического инсульта / И. В. Шилоносова // Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. 29, № 4. – С. 52-60.

124. Шинкоренко, О. В. Динамика когнитивных функций и психологического статуса у больных в остром периоде ишемического инсульта на фоне

комплексного лечения / О. В. Шинкоренко // Пермский медицинский журнал. – 2014. – Т. 31, № 3. – С. 46-51.

125. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – Москва : Антидор, 2002. – 440 с.

126. Щеглов, Д. В. Инициальные результаты деконструктивных окклюзий мешотчатых аневризм головного мозга / Д. В. Щеглов // Украинский неврологический журнал. – 2013. – № 4 (29). – С. 30-35.

127. Ястребцева, И. П. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в неврологической практике / И. П. Ястребцева, А. Е. Баклушин, А. В. Кочетков // Аппаратная реабилитация. – 2014. – № 13 (101). – С. 44-49.

128. Abubakar, S. A. Health related quality of life of stroke survivors: experience of a stroke unit / S. A. Abubakar, S. A. Isezuo // Int. J. Biomed. Sci. – 2012. – Vol. 8, № 3. – P. 183-187.

129. Alajbegovic, A. Post stroke depression / A. Alajbegovic, J. Djelilovic-Vranic, A. Nakicevic // Med. Arch. – 2014. – Vol. 68, № 1. – P. 47-50.

130. Algurén, B. Factors associated with health-related quality of life after stroke: a 1-year prospective cohort study / B. Algurén, B. Fridlund, A. Cieza [et al.] // Neurorehabil. Neural. Repair. – Vol. 26, № 3. – P. 266-274.

131. Almborg, A. H. Discharged after stroke-important factors for health-related quality of life / A. H. Almborg, K. Ulander, A. Thulin [et al.] // J. Clin. Nurs. – 2010. – Vol. 19, № 15-16. – P. 2196-2206.

132. Almborg, A. H. Quality of life among Swedish patients after stroke: psychometric evaluation of SF-36 / A. H. Almborg, S. Berg // J. Rehabil. Med. – 2009. – Vol. 41, № 1. – P. 48-53.

133. Ayis, S. Variations in Health-Related Quality of Life (HRQoL) and survival 1 year after stroke: five European population-based registers [Electronic resource] / S. Ayis, I. Wellwood, A. G. Rudd [et al.] // BMJ Open. – 2015. – Vol. 5, № 6. – Mode of access : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458636/pdf/bmjopen-2014-007101.pdf (Date of access: 20.02.2017).

134. Baumann, M. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset / M. Baumann, E. Le Bihan, K. Chau [et al.] // BMC Neurol. – 2014. – Vol. 14. – P. 92.

135. Baumann, M. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg / M. Baumann, S. Couffignal, E. Le Bihan [et al.] // BMC Neurol. – 2012. – Vol. 12. – P. 105.

136. Bonita, R. Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke / R. Bonita, R. Beaglehole // Stroke. – 1988. – Vol. 19, № 12. – P. 1497-1500.

137. Bruno, A. Simplified modified Rankin Scale questionnaire correlates with stroke severity / A. Bruno, B. Close, J. A. Switzer [et al.] // Clin. Rehabil. – 2013. – Vol. 27, № 8. – P. 724-727.

138. Bueno, V. F. Mood and cognitive effects of transcranial direct current stimulation in post-stroke depression / V. F. Bueno, A. R. Brunoni, P. S. Boggio [et al.] // Neurocase. – 2011. – Vol. 17, № 4. – P. 318-322.

139. Buijck, B. I. Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation / B. I. Buijck, S. U. Zuidema, M. Eijk Spruit-van [et al.] // Aging. Ment. Health. – 2014. – Vol. 18, № 8. – 980-985.

140. Bush, J. W. «Counterintuitive» preferences in health-related quality-of-life measurement / J. W. Bush, J. P. Anderson, R. M. Kaplan [et al.] // Med. Care. – 1982. – Vol. 20, № 5. – P. 516-525.

141. Bushnell, C. D. Sex differences in quality of life after ischemic stroke / C. D. Bushnell, M. J. Reeves, X. Zhao [et al.] // Neurology. – 2014. – Vol. 82, № 11. – P. 922-931.

142. Caeiro, L. Post-Stroke Apathy: An Exploratory Longitudinal Study / L. Caeiro, J. M. Ferro, T. M. E. Pinho [et al.] // Cerebrovasc. Dis. – 2013. – Vol. 35, № 6. – P. 507-513.

143. Cano, S. Measuring the Impact of Secondary Progressive Multiple Sclerosis (Spms) in the Ascend Trial: Equating the Msis-29, Msws-12, Abilhand-56 and Sf-36 /

S. Cano, S. Cleanthous, P. Marquis [et al.] // Value Health. – 2015. – Vol. 18, № 7. – P. 713.

144. Carod-Artal, F. J. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery / F. J. Carod-Artal, J. A. Egido // Cerebrovasc Dis. – 2009. – Vol. 27, № 1 (suppl.). – P. 204-214.

145. Chen, C. L. Comparison of the Effects between Isokinetic and Isotonic Strength Training in Subacute Stroke Patients / C. L. Chen, K. J. Chang, P. Y. Wu [et al.] // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. – 2015. – Vol. 24, № 6. – P. 1317-1323.

146. Dayapoglu, N. Quality of life in stroke patients / N. Dayapoglu, M. Tan // Neurol. India. – 2010. – Vol. 58, № 5. – P. 697-701.

147. De Bruijn, M. A. Quality of Life after Young Ischemic Stroke of Mild Severity Is Mainly Influenced by Psychological Factors / M. A. de Bruijn, N. E. Synhaeve, M. W. van Rijsbergen [et al.] // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. – 2015. – Vol. 24, № 10. – P. 2183-2188.

148. De Haan, R. J. Quality of life after stroke. Impact of stroke type and lesion location / R. J. De Haan, M. Limburg, J. H. Van der Meulen [et al.] // Stroke. – 1995. – Vol. 26, № 3. – P. 402-408.

149. De Wit, L. Long-term prediction of functional outcome after stroke using single items of the Barthel Index at discharge from rehabilitation centre / L. De Wit, K. Putman, H. Devos [et al.] // Disabil. Rehabil. – 2014. – Vol. 36, № 5. – P. 353-358.

150. Dekker, R. L. Cognitive Therapy for Depression in Patients with Heart Failure: A Critical Review / R. L. Dekker // Heart Fail. Clin. – 2011. – Vol. 7, № 1. – P. 127-141.

151. Della Pietra, G. L. Validity and reliability of the Barthel index administered by telephone / G. L. Della Pietra, K. Savio, E. Oddone [et al.] // Stroke. – 2011. – Vol. 42, № 7. – P. 2077-2099.

152. Dennis, M. Effect of intermittent pneumatic compression on disability, living circumstances, quality of life, and hospital costs after stroke: secondary analyses from CLOTS 3, a randomised trial / M. Dennis, G. Cranswick, A. Deary [et al.] // Lancet Neurol. – 2014. – Vol. 13, № 12. – P. 1186-1192.

153. Dhamoon, M. S. Quality of life after lacunar stroke: the Secondary Prevention of Small Subcortical Strokes study / M. S. Dhamoon, L. A. McClure, C. L. White [et al.] // J. Stroke Cerebrovasc Dis. – 2014. – Vol. 23, № 5. – P. 1131-1117.

154. Dhamoon, M. S. Quality of life declines after first ischemic stroke. The Northern Manhattan Study / M. S. Dhamoon, Y. P. Moon, M. C. Paik [et al.] // Neurology. – 2010. – Vol. 75, № 4. – P. 328-334.

155. Díaz-Tapia, V. Study on the quality of life in patients with ischaemic stroke / V. Díaz-Tapia, J. Gana, M. Sobarzo [et al.] // Rev. Neurol. – 2008. – Vol. 46, № 11. – P. 652-655.

156. Dwyer Hollender, K. Screening, diagnosis, and treatment of post-stroke depression / J. Neurosci Nurs. – 2014. – Vol. 46, № 3. – P. 135-141.

157. Espárrago Llorca, G. Post-stroke depression: an update / G. Espárrago Llorca, L. Castilla-Guerra, M. C. Fernández Moreno [et al.] // Neurologia. – 2015. – Vol. 30, № 1. – P. 23-31.

158. Favrole, P. Frequency and predictors of post-traumatic stress disorder after stroke: a pilot study / P. Favrole, L. Jehel, P. Levy [et al.] // J. Neurol. Sci. – 2013. – Vol. 327, № 1-2. – P. 35-40.

159. Fischer, U. Что такое малый инсульт? / U. Fischer, A. Baumgartner, M. Arnold [и др.] // Stroke. – 2010. – № 4. – С. 7-14.

160. Fodor, J. G. 2006 Ontario Survey on the Prevalence and Control of Hypertension (ON-BP): rationale and design of a community-based cross-sectional survey / J. G. Fodor, F. H. Leenen, E. Helis [et al.] // Can. J. Cardiol. – 2008. – Vol. 24, № 6. – P. 503-505.

161. Gall, S. L. Sex differences in long-term outcomes after stroke: functional outcomes, handicap, and quality of life / S. L. Gall, P. L. Tran, K. Martin [et al.] // Stroke. – 2012. – Vol. 43, № 7. – P. 1982-1987.

162. Graessel, E. Stroke patients after neurological inpatient rehabilitation: a prospective study to determine whether functional status or health-related quality of life predict living at home 2.5 years after discharge / E. Graessel, R. Schmidt, W. Schupp // Int. J. Rehabil. Res. – 2014. – Vol. 37, № 3. – P. 212-219.

163. Samsa, P. G. How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke? / P. G. Samsa, D. B. Matchar // J. Rehabil. Res. Dev. – 2004. – Vol. 41, № 3. – P. 279-282.

164. Gunaydin, R. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study / R . Gunaydin , A. G. Karatepe , T. Kaya [et al.] // Arch Gerontol Geriatr. – 2011. – Vol. 53, № 1. – P.19-23.

165. Hackett, M. L. ImProving Outcomes after Stroke (POST): results from the randomized clinical pilot trial / M. L. Hackett, G. Carter, D. Crimmins [et al.] // Int. J. Stroke. – 2013. – Vol. 8, № 8. – P. 707-710.

166. Hamidi, M. Glial reduction in amygdale in major depressive disorder is due to oligodendrocytes / M. Hamidi, W. C. Drevets, J. L. Price // Biol. Psychiatry. – 2004. – Vol. 55, № 6. – P. 563-569.

167. Harvey, R. L. Predictors of Functional Outcome Following Stroke / R. L. Harvey // Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am. – 2015. – Vol. 26, № 4. – P. 583-598.

168. Hilari, K. Measuring quality of life in people with aphasia: the Stroke Specific Quality of Life Scale / K. Hilari, S. Byng // Int. J. Lang. Commun. Disord. – 2001. – Vol. 36, suppl. – P. 86-91.

169. Hobart, J. C. Effect sizes can be misleading: is it time to change the way we measure change? / J. C. Hobart, S. J. Cano, A. J. Thompson // J. Neurol. Neurosurg Psychiatry. – 2010. – Vol. 81, № 9. – P. 1044-1048.

170. Hughes, C. Quality of life in applied research: a review and analysis of empirical measures. / C. Hughes, J.H. Kim, L.T. Eisenman, D.J.Killian // Am. J. Ment. Retard – 1995. – Vol. 99, № 6. – P. 623-641.

171. Irimia, A. Systematic network lesioning reveals the core white matter scaffold of the human brain / A. Irimia, J. D. Van Horn // Front. Hum. Neurosci. – 2014. – Vol. 8. – P. 51.

172. Jonkman, E. J. Quality of life after a first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment / E. J. Jonkman, A. W. de Weerd, N. L. Vrijens // Acta Neurol. Scand. – 1998. – Vol. 98, № 3. – P. 169-175.

173. Katona, M. Predictors of health-related quality of life in stroke patients after neurological inpatient rehabilitation: a prospective study / M. Katona, R. Schmidt, W. Schupp [et al.] // Health Qual. Life Outcomes. – 2015. – Vol. 13. – P. 58.

174. Kauhanen, M. L. Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke / M. L. Kauhanen, J. T. Korpelainen, P. Hiltunen [et al.] // Cerebrovasc Dis. – 2000. – Vol. 10, № 6. – P. 455-461.

175. Kelly-Hayes, M. Influence of age and health behaviors on stroke risk: lessons from longitudinal studies / M. Kelly-Hayes // J. Am. Geriatr. Soc. – 2010. – Vol. 58, suppl. 2. – P. 325-328.

176. Kielbergerová, L. Quality of life predictors in chronic stable post-stroke patients and prognostic value of SF-36 score as a mortality surrogate / L. Kielbergerová, O. Jr. Mayer, J. Vaněk [et al.] // Transl. Stroke Res. – 2015. – Vol. 6, № 5. – P. 375-383.

177. Konecny, P. Central facial paresis and its impact on mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. / P. Konecny, M. Elfmark, S. Horak [et al.] // Biomed. Pap. Med. Fac. Univ. Palacky Olomouc Czech. Repub. – 2014. – Vol. 158, № 1. – P. 133-137.

178. Kootker, J. A. An augmented cognitive behavioural therapy for treating post-stroke depression: description of a treatment protocol / J. A. Kootker, S. M. Rasquin, P. Smits [et al.] // Clin. Rehabil. – 2015. – Vol. 29, № 9. – P. 833-843.

179. Korpelainen, J. T. Auditory P300 event related potential in minor ischemic stroke / J. T. Korpelainen, M. L. Kauhanen, U. Tolonen [et al.] // Acta Neurol. Scand. – 2000. – Vol. 101, № 3. – P. 202-228.

180. Koutsogeorgou, E. Linking COURAGE in Europe built environment instrument to the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) / E. Koutsogeorgou , R. Quintas , A. Raggi [et al.] // Maturitas. – 2012. – Vol. 73, № 3. – P. 2189-224.

181. Koyama, T. A new method for predicting functional recovery of stroke patients with hemiplegia: logarithmic modelling / T. Koyama, K. Matsumoto, T. Okuno [et al.] // Clin. Rehabil. – 2005. – Vol. 19, № 7. – P. 779-789.

182. Leach, M. J. Factors associated with quality of life in 7-year survivors of stroke / M. J. Leach, S. L. Gall, H. M. Dewey [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2011. – Vol. 82, № 12. – P. 1365-1371.

183. Lee, H. Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke / H. Lee, Y. Lee, H. Choi [et al.] // Yonsei Med. J. – 2015. – Vol. 56, № 6. – P. 1694-1702.

184. Lerner, D. P. Development and Assessment of a Computer Algorithm for Stroke Vascular Localization Using Components of the National Institutes of Health Stroke Scale / D. P. Lerner, B. P. Tseng, L. B. Goldstein // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. – 2016. – Vol. 25, № 2. – P. 281-287.

185. Lewin-Richter, A. Predictivity of Early Depressive Symptoms for Post-Stroke Depression / A. Lewin-Richter, M. Volz, M. Jöbges [et al.] // J. Nutr. Health. Aging. – 2015. – Vol. 19, № 7. – P. 754-758.

186. Lo Buono, V. Coping strategies and health-related quality of life after stroke / V. Lo Buono, F. Corallo, P. Bramanti [et al.] // J. Health Psychol. – 2015. – Vol. 22, № 1. – P. 16-28.

187. Lopez-Espuela, F. Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors After 6 Months, from a Comprehensive Stroke Unit: A Longitudinal Study / F. Lopez-Espuela, J. D. Zamorano, J. M. Ramírez-Moreno [et al.] // Biol. Res. Nurs. – 2015. – Vol. 17, № 5. – P. 461-468.

188. Luengo-Fernandez, R. Quality of life after TIA and stroke: ten-year results of the Oxford Vascular Study / R. Luengo-Fernandez, A. M. Gray, L. Bull [et al.] // Neurology. – 2013. – Vol. 81, № 18. – P. 1588-1595.

189. Mahoney, F. I. Functional evaluation: the Barthel index/ F. I. Mahoney, D. W. Barthel // Md State Med J. – 1965. – № 14. – P. 61-65.

190. McCann, S. K. Efficacy of antidepressants in animal models of ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis / S. K. McCann, C. Irvine, G. E. Mead [et al.] // Stroke. – 2014. – Vol. 45, № 10. – P. 3055-3063.

191. McCluskey, A. Improving quality of life by increasing outings after stroke: study protocol for the Out-and-About trial / A. McCluskey, L. Ada, S. Middleton [et al.] // Int. J. Stroke. – 2013. – Vol. 8, № 1. – P. 54-58.

192. Mitchell, P. H. Living well with stroke: design and methods for a randomized controlled trial of a psychosocial behavioral intervention for poststroke depression / P. H. Mitchell, L. Teri, R. Veith [et al.] // J. Stroke Cerebrovasc Dis. – 2008. – Vol. 17, № 3. – P. 109-115.

193. Morris, J. H. Predicting health related quality of life 6 months after stroke: the role of anxiety and upper limb dysfunction / J. H. Morris, F. van Wijck, S. Joice [et al.] // Disabil. Rehabil. – 2013. – Vol. 35, № 4. – 291-299.

194. Mutai, H. Longitudinal functional changes, depression, and health-related quality of life among stroke survivors living at home after inpatient rehabilitation / H. Mutai, T. Furukawa, K. Nakanishi [et al.] // Psychogeriatrics. – 2016. – Vol. 16, № 3. – P. 185-190.

195. Muus, I. Health-related quality of life among Danish patients 3 and 12 months after TIA or mild stroke / I. Muus, M. Petzold, K. C. Ringsberg // Scand. J. Caring Sci. – 2010. – Vol. 24, № 2. – P. 211-218.

196. Numminen, S. Factors Influencing Quality of Life Six Months after a First-Ever Ischemic Stroke: Focus on Thrombolyzed Patients / S. Numminen, A. M. Korpijaakko-Huuhka, A. K. Parkkila [et al.] // Folia Phoniatr. Logop. – 2016. – Vol. 68, № 2. – P. 86-91.

197. PanteleIenko, L. V. Post-stroke depression and its development factors / L. V. PanteleIenko // Украинский неврологический журнал. – 2015. – № 1 (34). – С. 39-44.

198. Paradiso, S. Emotional blunting following left basal ganglia stroke: the role of depression and fronto-limbic functional alterations / S. Paradiso, K. Ostedgaard, J. Vaidya [et al.] // Psychiatry Res. – 2013. – Vol. 211, № 2. – P. 148-159.

199. Paul, S. L. Long-term outcome in the North East Melbourne Stroke Incidence Study: predictors of quality of life at 5 years after stroke / S. L. Paul, J. W. Sturm, H. M. Dewey [et al.] // Stroke. – 2005. – Vol. 36, № 10. – P. 2082-2086.

200. Pérennou, D. Visual verticality perception after stroke: A systematic review of methodological approaches and suggestions for standardization / D. Pérennou, C. Piscicelli // Ann. Phys. Rehabil. Med. – 2016. – Vol. 59. – P. 68.

201. Portegies, M. L. Cerebrovascular disease / M. L. Portegies, P. J. Koudstaal, M. A. Ikram // Handb. Clin. Neurol. – 2016. – Vol. 138. – P. 239-261.

202. Post, P. N. The utility of health states after stroke: a review of the literature / P. N. Post, A. M. Stiggelbout, P. P. Wakker // Stroke. – 2001. – Vol. 32, № 6. – P. 1425-1429.

203. Prlić, N. Quality of life in post-stroke patients: self-evaluation of physical and mental health during six months / N. Prlić, D. Kadojić, M. Kadojić // Acta Clin. Croat. – 2012. – Vol. 51, № 4. – P. 601-608.

204. Pustokhanova, L. Cognitive impairment and hypothymia in post stroke patients / L. Pustokhanova, E. Morozova // J. Neurol. Sci. – 2013. – Vol. 325, № 1-2. – P. 43-45.

205. Rankin, J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60 / J. Rankin // Scott. Med. J. – 1957. – Vol. 2, № 5. – P. 200-215.

206. Rasmussen, R. S. Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: A randomised controlled trial / R. S. Rasmussen, A. Ostergaard, P. Kjær [et al.] // Clin. Rehabil. – 2016 – Vol. 30, № 3. – P. 225-236.

207. Reis, D. J. Central neurotransmitters in aggression / D. J. Reis // Res. Publ. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis. – 1974. – Vol. 52. – P. 119-148.

208. Robinson, R. G. A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: dynamic changes in associated variables over the first six months of follow-up / R. G. Robinson, L. B. Starr, J. R. Lipsey [et al.] // Stroke. – 1984. – Vol. 15, № 3. – P. 510-517.

209. Robinson, R. G. Pharmacological treatment following experimental cerebral infarction: implications for understanding psychological symptoms of human stroke / R. G. Robinson, F. E. Bloom // Biol. Psychiatry. – 1977. – Vol. 12, № 5. – P. 669-680.

210. Robinson, R. G. Poststroke Depression: A Review / R. G. Robinson, G. Spalletta // Can. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 55, № 6. – P. 341-349.

211. Roche, N. Auto-rehabilitation at home for stroke patients / N. Roche // Ann. Phys. Rehabil. Med. – 2016. – Vol. 59. – P. 38.

212. Ronning, O. M. Determinants of change in quality of life from 1 to 6 months following acute stroke / O. M. Ronning, K. Stavem // Cerebrovasc. Dis. – 2008. – Vol. 25, № 1-2. – P. 67-73.

213. Sairanen, T. Внутривенный тромболизис при окклюзии основной артерии предикторы реканализации и исхода / T. Sairanen, D. Strbian, L. Soinne [и др.] // Stroke. – 2011. – № 3 (23). – С. 51-56.

214. Savio, K. Reliability of the modified Rankin Scale applied by telephone [Electronic resource] / K. Savio, G. L. Pietra, E. Oddone [et al.] // Neurol. Int. – 2013. – Vol. 5, № 1. – Mode of access : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3661983/pdf/ni-2013-1-e2.pdf (Date of access: 20.02.2017).

215. Schöttke, H. Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors / H. Schöttke, C. M. Giabbiconi // Int. Psychogeriatr. – 2015. – Vol. 27, № 11. – P. 1805-1812.

216. Schulte-Altedorneburg, M. Post-stroke depression / M. Schulte-Altedorneburg, D. Bereczki // Orv. Hetil. – 2014. – Vol. 155, № 34. – P. 1335-1343.

217. Sheldenkar, A. Temporal trends in health-related quality of life after stroke: analysis from the South London Stroke Register 1995-2011 / A. Sheldenkar, S. Crichton, A. Douiri [et al.] // Int. J. Stroke. – 2014. – Vol. 9, № 6. – P. 721-727.

218. Shi, Y. Z. Depression after minor stroke: the association with disability and quality of life-a 1-year follow-up study / Y. Z. Shi, Y. T. Xiang, Y. Yang [et al.] // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2016. – Vol. 31, № 4. – P. 421-427.

219. Silva, S. M. Comparison of quality-of-life instruments for assessing the participation after stroke based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) / S. M. Silva, F. I. Corrêa, C. D. Faria [et al.] // Braz. J. Phys. Ther. – 2013. – Vol. 17, № 5. – P. 470-478.

220. Steuwe, C. Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder – a pilot study / C. Steuwe, N. Rullkötter, V. Ertl [et al.] // BMC Psychiatry. – 2016. – Vol. 16. – P. 254.

221. Stinear, C. Prediction of recovery of motor function after stroke / C. Stinear // Lancet Neurol. – 2010. – Vol. 9, № 12. – P. 1228-1232.

222. Stummer, C. Predicting sickness impact profile at six months after stroke: further results from the European multi-center CERISE study / C. Stummer, G. Verheyden, K. Putman [et al.] // Disabil. Rehabil. – 2015. – Vol. 37, № 11. – P. 942-950.

223. Subramanian, S. K. Does provision of extrinsic feedback result in improved motor learning in the upper limb poststroke? A systematic review of the evidence / S. K. Subramanian, C. L. Massie, M. P. Malcolm [et al.] // Neurorehabil. Neural Repair. – 2010. – Vol. 24, № 2. – P. 113-124.

224. Suenkeler, I. H. Timecourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression / I. H. Suenkeler, M. Nowak, B. Misselwitz [et al.] // J. Neurol. – 2002. – Vol. 249, № 9. – P. 1160-1167.

225. Suzuki, M. Predicting recovery of bilateral upper extremity muscle strength after stroke / M. Suzuki, Y. Omori, H. Kirimoto [et al.] // J. Rehabil. Med. – 2011. – Vol. 43, № 10. – P. 935-943.

226. Suzuki, M. Predicting recovery of cognitive function soon after stroke: differential modeling of logarithmic and linear regression [Electronic resource] / M. Suzuki, Y. Sugimura, S. Yamada [et al.] // PLoS One. – 2013. – Vol. 8, № 1. – Mode of access: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3543398/pdf/pone.0053488.pdf (Date of access:17.02.2017).

227. Tan, S. Efficacy and Safety of Citalopram in Treating Post-Stroke Depression: A Meta-Analysis / S. Tan, X. Huang, L. Ding [et al.] // Eur. Neurol. – 2015. – Vol. 74, № 3-4. – P. 188-201.

228. Tang, W. K. Impact of anxiety on health-related quality of life after stroke: a cross-sectional study / W. K Tang, C. G. Lau, V. Mok [et al.] // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2013. – Vol. 94, № 12. – P. 2535-2541.

229. Tang, W. K. The impact of pain on health-related quality of life 3 months after stroke / W. K. Tang, C. G. Lau, V. Mok [et al.] // Top. Stroke Rehabil. – 2015. – Vol. 22, № 3. – P. 194-200.

230. Tenev, T. V. Is family history of depression a risk factor for poststroke depression? A meta-analysis / V. T. Tenev, R. G. Robinson, R. E. Jorge // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2009. – Vol. 17, № 4. – P. 276-280.

231. Tengs, T. O. Health-related quality of life after stroke: a comprehensive review / T. O. Tengs, M. Yu, E. Luistro // Stroke. – 2001. – Vol. 32, № 6. – P. 964-971.

232. Thomas, L. E. CT angiography predicts use of tertiary interventional services in acute ischemic stroke patients / L. E. Thomas, J. N. Goldstein, R. Hakimelahi [et al.] // Int. J Emerg Med. – 2011. – Vol. 4. – P. 62.

233. Tian, Y. Linked Sensitivity Analysis, Calibration, and Uncertainty Analysis Using a System Dynamics Model for Stroke Comparative Effectiveness Research / Y. Tian, K. Hassmiller Lich, N. D. Osgood [et al.] // Med. Decis. Making. – 2016. – Vol. 36, № 8. – P. 1043-1057.

234. Urban, P. P. Распространенность и клинические предикторы развития спастичности после ишемического инсульта / P. P. Urban, T. Wolf, M. Uebele [и др.] // Stroke. – 2010. – № 5-6. – С. 29-36.

235. Vahlberg, B. Factors Related to Performance-Based Mobility and Self-reported Physical Activity in Individuals 1-3 Years after Stroke: A Cross-sectional Cohort Study / B. Vahlberg, T. Cederholm, B. Lindmark [et al.] // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. – 2013. – Vol. 22, № 8. – P. 426-434.

236. Van Mierlo, M. L. The influence of psychological factors on health-related quality of life after stroke: a systematic review / M. L. van Mierlo, C. Schröder, C. M. van Heugten [et al.] // Int. J. Stroke. – 2014. – Vol. 9, № 3. – P. 341-348.

237. Van Swieten, J. C. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients / J. C. Van Swieten, P. J. Koudstaal, M. C. Visser [et al.] // Stroke. – 1988. – Vol. 19, № 5. – P. 604-607.

238. Vincent-Onabajo, G. O. Sensitivity and responsiveness of the health-related quality of life in stroke patients-40 (HRQOLISP-40) scale / G. O. Vincent-Onabajo, M. O. Owolabi, T. K. Hamzat // Disabil. Rehabil. – 2013. – Vol. 36, № 12. – P. 1014-1019.

239. Visser, M. M. The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke / M. M. Visser, L.

Aben, M. H. Heijenbrok-Kal [et al.] // J. Rehabil. Med. – 2014. – Vol. 46, № 6. – P. 514-519.

240. Warren, M. B. A neurocognitive model for understanding treatment action in depression / M. B. Warren, A. Pringle, C. J. Harmer [Electronic resource] // Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci. – 2015. – Vol. 370. – Mode of access : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4528825/pdf/rstb20140213.pdf (Date of access:13.02.2017).

241. Waxman, D. A. Can quality-adjusted life-years and subgroups help us decide whether to treat late-arriving stroke patients with tissue plasminogen activator? / D. A. Waxman, E. Keeler // Ann. Emerg. Med. – 2013. – Vol. 61, № 1. – P. 56-57.

242. Wei, C. Factors associated with post-stroke depression and fatigue: lesion location and coping styles / C. Wei, F. Zhang, L. Chen [et al.] // J. Neurol. – 2016. – Vol. 263, № 2. – P. 269-276.

243. Wichowicz, H. M. Clinical utility of chosen factors in predicting post-stroke depression: a one year follow-up / H. M. Wichowicz, D. Gąsecki, J. Landowski [et al.] // Psychiatr. Pol. – 2015. – Vol. 49, № 4. – P. 683-696.

244. Williams, L. S. Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients / L. S. Williams, M. Weinberger, L. E. Harris [et al.] // Neurology. – 1999. – Vol. 53, № 8. – P. 1839-1843.

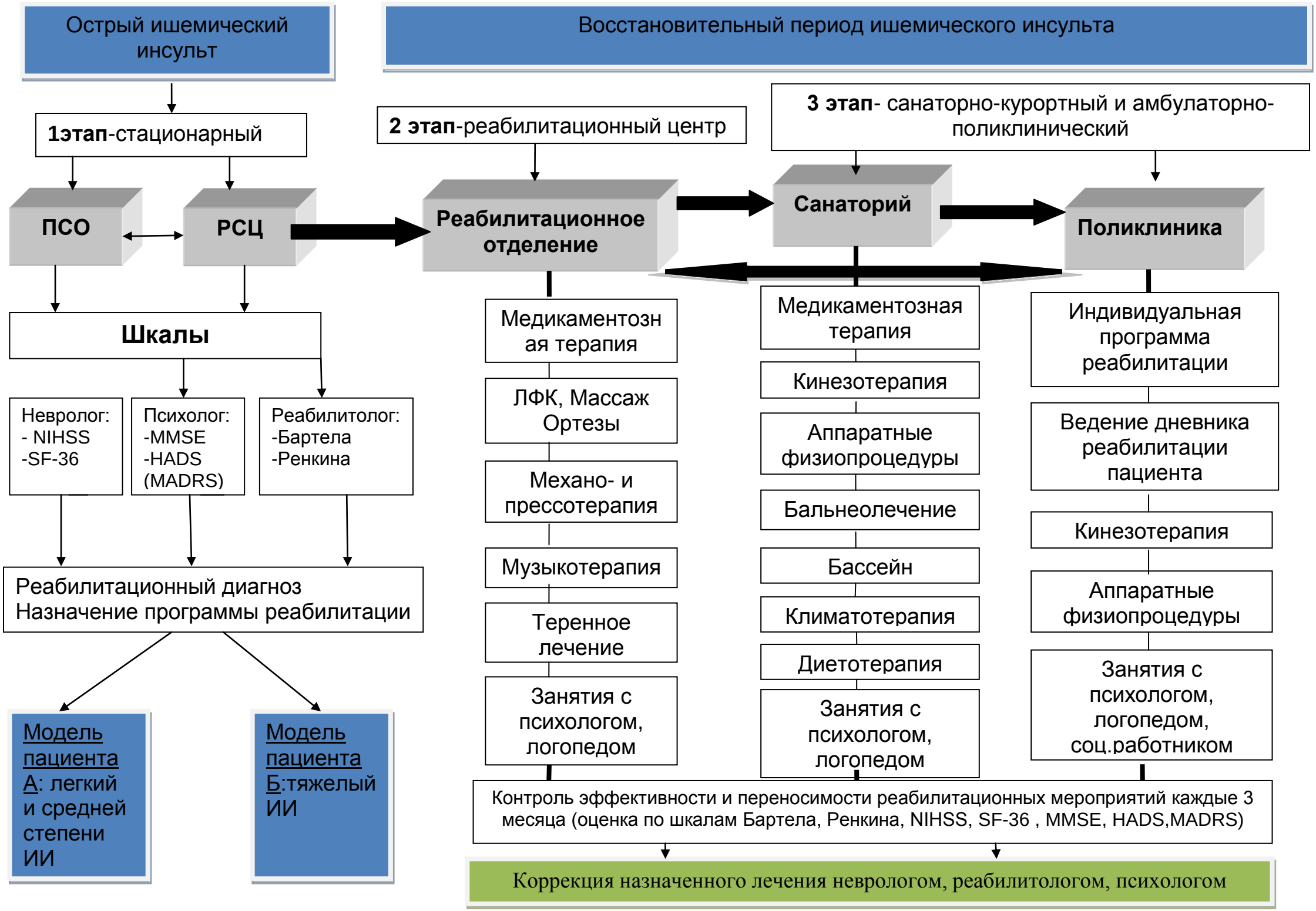
245. Yu, Y. 5-HT3A receptors are required in long-term depression and AMPA receptor internalization / Y. Yu, D. Q. Cao, H. Y. Xu [et al.] // Neuroscience. – 2014. – Vol. 278. – P. 105-112.

246. Zalihić, A. Gender and quality of life after cerebral stroke / A. Zalihić, V. Markotić, D. Zalihić [et al.] // Bosn. J. Basic Med. Sci. – 2010. – Vol. 10, № 2. – P. 94-99.

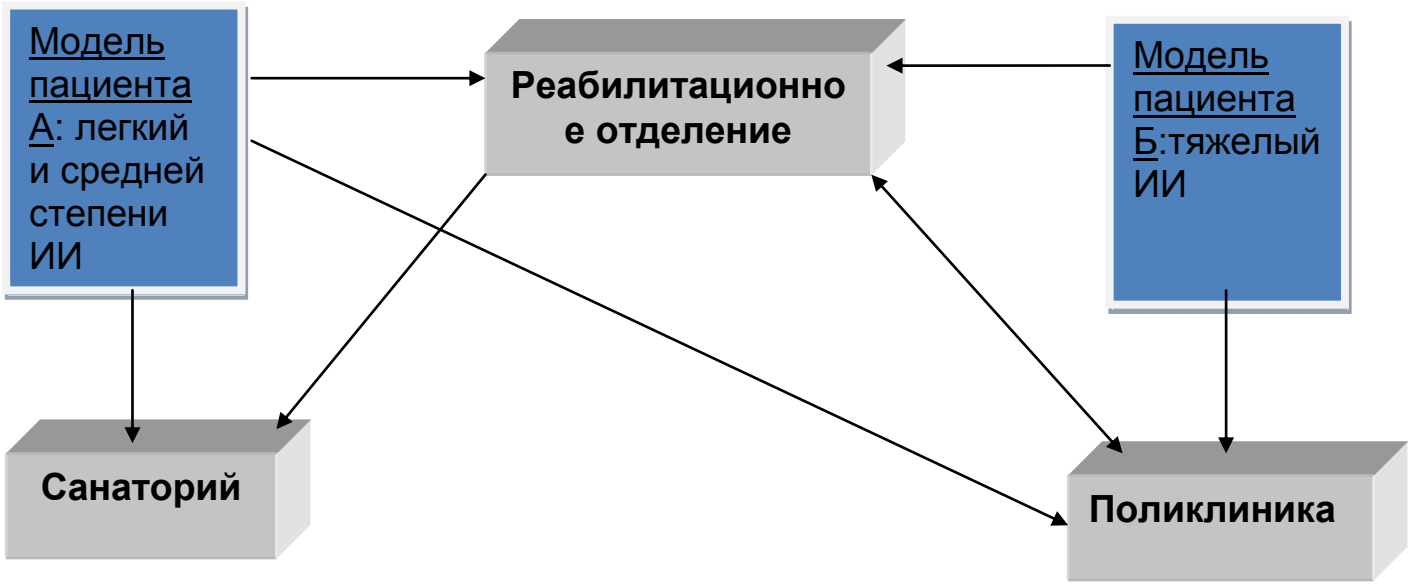
ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Способ реабилитации последствий ишемического инсульта в условиях стационаров и поликлиник г.Челябинска

Алгоритм маршрутизации и программа реабилитации больных с ишемическим инсультом. Часть 1.


Острый ишемический инсульт
Восстановительный период ишемического инсульта
1этап-стационарный
2 этап-реабилитационный центр
3 этап- санаторно-курортный и амбулаторно-поликлинический
ПСО
РСЦ
Реабилитационное отделение
Санаторий
Поликлиника
Шкалы
Невролог:
- NIHSS
-SF-36
Психолог:
-MMSE
-HADS
(MADRS)
Реабилитолог:
-Бартела
-Ренкина
Реабилитационный диагноз
Назначение программы реабилитации
Модель пациента А: легкий и средней степени ИИ
Модель пациента Б:тяжелый ИИ
Медикаментозная терапия
ЛФК, Массаж
Ортезы
Механо- и прессотерапия
Музыкотерапия
Теренное лечение
Занятия с психологом, логопедом
Медикаментозная терапия
Кинезотерапия
Аппаратные физиопроцедуры
Бальнеолечение
Бассейн
Климатотерапия
Диетотерапия
Занятия с психологом, логопедом
Индивидуальная программа реабилитации
Ведение дневника реабилитации пациента
Кинезотерапия
Аппаратные физиопроцедуры
Занятия с психологом, логопедом, соц.работником
Контроль эффективности и переносимости реабилитационных мероприятий каждые 3 месяца (оценка по шкалам Бартела, Ренкина, NIHSS, SF-36 , MMSE, HADS,MADRS)
Коррекция назначенного лечения неврологом, реабилитологом, психологом

Алгоритм маршрутизации и программа реабилитации больных с ишемическим инсультом. Часть 2.



Амбулаторно-поликлинический этап. Индивидуальная программа реабилитации.

Модель пациента	**Реабилитационный диагноз по шкалам, назначение индивидуальной программы реабилитации амбулаторно (1 раз в 3 месяца)**	**Дополнительные методы обследования и лечения**
Модель пациента А: пациенты с легким и средне-тяжелым ишемическим инсультом	• Обследование пациентов **на приеме** врачом-неврологом с применением шкалы NIHSS и опросника качества жизни SF-36 (возможен телефонный опрос или самостоятельное заполнение опросника SF-36 с предоставлением их врачу-неврологу на преме). Коррекция медикаментозной терапии • Обследование пациентов реабилитологом и инструктором ЛФК в поликлинике (шкала Бартела, Ренкина). Назначение ежедневных самостоятельных реабилитационных занятий на дому и в кабинете ЛФК 2-3 раза в неделю с постепенным увеличением нагрузки, выдача дневника реабилитации для пациента • Обследование	• Консультации специалистов другого профиля по показаниям (кардиолога, терапевта, уролога). Коррекция медикаментозной терапии • Логопедические занятия при афатических нарушениях (курс 10 занятий) • Массаж парализованных конечностей расслабляющий, сегментарный, точечный. Курс 10 процедур • Аппаратные физиопроцедуры в кабинете физиотерапии (курс 10 процедур) • Антидепрессант при развитии депрессии в течение 12 недель с титрованием дозы

	психологом (скрининг тревожно-депрессивных расстройств по шкале HADS, анкетирование по шкале MMSE для оценки когнитивных функции и дифференциального диагноза деменции и депрессивной псевдодеменции). Назначение ежедневной самостоятельной программы когнитивной реабилитации.	
Модель пациента Б: пациенты с тяжелым ишемическим инсультом	• Обследование пациентов **на дому** врачом-неврологом с применением шкалы NIHSS и опросника качества жизни SF-36 (возможен телефонный опрос или самостоятельное заполнение опросника SF-36 с предоставлением их врачу-неврологу. Коррекция медикаментозной терапии • Обследование пациентов реабилитологом и инструктором ЛФК (шкала Бартела, Ренкина). Назначение ежедневных самостоятельных или с помощью родственников (ухаживающих). Самостоятельные (с помощью ухаживающих) занятия на дому,	• Вызов на дом специалистов другого профиля по показаниям (кардиолога, терапевта, уролога, хирурга). Коррекция медикаментозной терапии • Логопедические занятия на дому при афатических нарушениях (курс 10 занятий) • Мануальная терапия по показаниям (курс до 3 процедур) • Восстановительно-корректирующие занятия с психологом 1 раз в неделю (индивидуальные, обучение родственников корректирующим методикам) • Антидепрессант при развитии депрессии в течение 12 недель с титрованием дозы • Беседы с родственниками по социальной адаптации больного и рекомендации по уходу за пациентом социальными работниками

	включающие восстановление бытовых навыков. Курсы занятий с инструктором ЛФК на дому каждые 3 месяца по 15 процедур, выдача дневника реабилитации для пациента. • Обследование психологом (скрининг тревожно-депрессивных расстройств по шкале HADS, анкетирование по шкале MMSE для оценки когнитивных функции и дифференциального диагноза деменции и депрессивной псевдодеменции).	
Контроль выполнения программы реабилитации неврологом и реабилитологом (1 раз в 3 месяца) -Оценка дневника реабилитации для пациента; -Контроль приверженности пациента к медикаментозному лечению; - Решение вопроса врачом-неврологом о повторном направлении пациентов в течение года: -в отделение реабилитации; -в санаторий.		
Соблюдение ИПР		**Не соблюдение ИПР**
• Постановка целей на следующий период реабилитации, коррекция реабилитационных количества сессий ЛФК в день в зависимости от уровня истощаемости пациента, определяемые по реакции ЧСС, АД; • Коррекция лечения по показаниям: антиагрегантной сосудистой, антиоксидантной, нейротрофической терапии, борьба со спастичностью		• Коррекция образа жизни, поведенческая терапия; • Консультация и занятия с психологом; • Повторное назначение ИПР

Примечание: врачу-неврологу предлагается при поступлении больного на восстановительное лечение после перенесенного ишемического инсульта использовать ряд шкал и опросников для выявления моделей пациентов и принятия решения о дальнейшем ведении данного пациента. Тестирование

пациентов с помощью предложенных опросников и шкал позволяет определить Модель (А, Б) данного пациента.

Модель пациента А: пациенты с легким и средне-тяжелым ишемическим инсультом, у которых выявлено снижение силы до 3 баллов, индекс нарушения моторной функции был ≤ 5 баллов, общий балл по шкале NIHSS - до 13, и индексом, составляющим ≤ 3 балла по шкале mRS.

Модель пациента Б: пациенты с тяжелым ишемическим инсультом у которых, инсульт протекал с грубым очаговым неврологическим дефицитом (сила в конечностях 0-2 балла), с индексом нарушения моторной функции > 5 баллов по шкале NIHSS и индексом, составляющим 4 или 5 баллов по шкале mRS