

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616.8–005:616.8–08

оригинальная статья

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ НА ФОНЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Г. Н. Бельская — ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» Минздрава России, институт дополнительного профессионального образования, заведующая кафедрой неврологии, профессор, доктор медицинских наук; **Л. В. Лукьянчикова** — ФГБОУ ВО «Южно-Уральский ГМУ» Минздрава России, соискатель кафедры неврологии института дополнительного профессионального образования, ГБУЗ «Областная клиническая больница №3», г. Челябинск, врач-невролог.

QUALITY OF LIFE, ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND COGNITIVE FUNCTIONS ON THE BACKGROUND OF REHABILITATIVE PERIOD OF ISCHEMIC STROKE

G. N. Belskaya — South Ural State Medical University, Head of Department of Neurology of Institute of Additional Vocational Training, Professor, Doctor of Medical Science; **L. V. Lukyanchikova** — South Ural State Medical University, Department of Neurology of Institute of Additional Vocational Training, Post-graduate, Chelyabinsk Regional Clinical Hospital №3, Neurologist.

Дата поступления — 10.01.2017 г

Дата принятия в печать — 20.02.2017 г.

Бельская Г. Н., Лукьянчикова Л. В. Качество жизни, тревожно-депрессивное расстройство и когнитивные функции на фоне восстановительного лечения ишемического инсульта. Саратовский научно-медицинский журнал 2017; 13 (1): 51–57.

Цель: оценка качества жизни, когнитивного дефицита, уровня тревоги и депрессии у пациентов в восстановительном периоде легкого и среднетяжелого полушарного ишемического инсульта в течение года на фоне комплексной реабилитации. **Материал и методы.** Обследованы 123 больных в возрасте от 40 до 80 лет с ишемическим инсультом в остром и реабилитационном периодах (до 1 года). Оценивали качество жизни (общий опросник жизни SF-36, общие показатели), состояние когнитивных функций (шкала MMSE), уровень тревожно-депрессивного расстройства (шкала HADS и MADRS) в остром периоде и после курса реабилитационного лечения. **Результаты.** После реабилитации в санатории у больных отмечена положительная динамика физического и психологического благополучия, улучшение когнитивных функций, регресс эмоционально-личностных расстройств в первые три месяца после перенесенного ишемического инсульта. Соблюдение индивидуальной программы реабилитации на амбулаторном этапе, включая когнитивную и нейропсихологическую коррекцию, приводит к явной положительной динамике основных показателей когнитивного статуса, снижению тревожно-депрессивных расстройств, улучшению физического и психологического компонентов здоровья (по опроснику SF-36) в течение года. **Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что при проведении комплекса реабилитационных мероприятий после ишемического инсульта в течение года можно достичь высоких показателей качества жизни, снижения тревожно-депрессивных расстройств и регресса когнитивных нарушений.

Ключевые слова: ишемический инсульт, качество жизни, нейрореабилитация.

Belskaya GN, Lukyanchikova LV. Quality of life, anxiety-depressive disorders and cognitive functions on the background of rehabilitative period of ischemic stroke. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2017; 13 (1): 51–57.

The aim of the work is to evaluate the quality of life, cognitive deficits, the development of anxiety and depression of patients in rehabilitative period of mild and medium-severe hemispheric ischemic stroke during the year at the background of complex rehabilitation. **Materials and Methods.** We examined 123 patients at the age of 40 to 80 with ischemic stroke in the acute and rehabilitation periods (up to 1 year). Quality of life (overall life questionnaire SF-36, overall performance), the state of cognitive functions (the MMSE scale), the level of anxiety and depression (the HADS and the MADRS scale) during the acute phase and after a course of rehabilitation treatment have been assessed. **Results.** After rehabilitation in the sanatorium positive dynamics of physical and psychological well-being was noted with patients, cognitive function was improved as well as emotional regression of personality disorders in the first 3 months after ischemic stroke. These effects are related with individual program of rehabilitation on an outpatient phase, including cognitive and neuropsychological correction leading to a clear positive dynamics of the main indicators of cognitive status, reduction of anxiety and depressive disorders, improving physical and mental health components of the SF-36 questionnaire in the course of the year. **Conclusion.** The findings proved that during the complex rehabilitation after an ischemic stroke during a year the marked high levels of “quality of life” including reducing anxiety and depression and regression of cognitive impairment were revealed.

Key words: ischemic stroke, quality of life, neurorehabilitation.

Введение. В настоящее время последствия мозгового инсульта являются одной из основных причин инвалидизации населения и длительной утраты трудоспособности, что в большинстве случаев связано с очаговым поражением мозга при остром нарушении мозгового кровообращения [1–4]. От 25 до 75% переживших инсульт остаются инвалидами, к трудовой деятельности возвращаются не более 10–12%. Вместе с тем большинство пациентов могут и должны добиваться улучшения нарушенных вследствие инсульта функций [5–7].

Восстановление после перенесенной мозговой катастрофы можно оптимизировать с помощью методов нейрореабилитации. Считается, что реабилитационные мероприятия способны стать эффективными для 80% лиц, перенесших инсульт; у 10% может произойти самостоятельное полное восстановление, а для 10% реабилитационные мероприятия бесперспективны [8–10]. Наиболее существенные улучшения отмечаются в первые шесть 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].

Одними из наиболее частых проявлений сосудистых заболеваний головного мозга являются когнитивные и эмоциональные нарушения [8, 16]. Поэтому вопросы коррекции когнитивного дефицита и лечения тревожно-депрессивных расстройств в раннем восстановительном периоде по-прежнему требуют дальнейшего углубленного изучения [2, 5].

Цель: проанализировать качество жизни, когнитивную функцию, развитие тревоги и депрессии у пациентов в восстановительном периоде легкого и среднетяжелого полушарного ишемического инсульта в течение года на фоне комплексной реабилитации.

Материал и методы. Для оценки качества жизни пациентов в условиях неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения (НМК) ГБУЗ ОКБ №3 г. Челябинска было обследовано 123 человека (64 мужчины и 59 женщин) в остром периоде (7–14 дн.) и восстановительных периодах (3; 6 и 12 мес.) легкого и среднетяжелого ишемического инсульта (ИИ) в бассейне средней мозговой артерии (СМА), у которых причиной развития заболевания была гипертоническая болезнь. Указанные сроки проведения тестов выбраны нами потому, что к этому времени общее состояние больных стабилизировалось, уменьшались или регрессировали признаки отека головного мозга. Средний возраст пациентов составил $57,5 \pm 9,1$ года.

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

Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ГБУЗ «Областная клиническая больница №3» г. Челябинска.

В исследование включили следующих пациентов с ИИ:

1. Легкой степени тяжести: неврологическая симптоматика выражена незначительно. У пациентов выявлено небольшое снижение силы до 4–5 баллов, без ограничения объема активных движений при угломерии. Индекс нарушения моторной функции в этой группе составил ≤ 2 баллов; общий балл по шкале NIHSS до 6; индекс менее 3 баллов по шкале mRS.

2. 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; индекс 3 балла по шкале mRS.

Критериями включения были: наличие подтвержденного острого ИИ в течение предшествующих 2–14 дней, сопровождающегося односторонним нарушением двигательной функции (гемипарезом или гемиплегией), с индексом нарушения моторной функции меньше 5 баллов по шкале NIHSS (шкала инсульта Национального института здоровья) и индексом менее 4 баллов по шкале mRS (модифицированная шкала Rankin).

Критериями исключения были: транзиторная ишемическая атака, геморрагический инсульт, повторный инсульт, ишемический инсульт тяжелой степени, доинсультная деменция, соматическая патология в стадии декомпенсации. Исключались также пациенты, которые имели выраженные афатические нарушения, препятствующие продуктивному речевому контакту и сбору необходимой в исследовании информации.

Для оценки состояния когнитивной сферы выбрана краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE). Применялись методики исследования качества жизни: общий опросник жизни SF-36 Health Status Survey [13, 17, 18]. Для выявления тревожно-депрессивного расстройства в качестве скринингового теста использовалась шкала HADS, а также более развернутая шкала MADRS (шкала оценки депрессии Монтоммери — Асберга).

Мы использовали клинические оценочные шкалы, позволяющие объективировать функциональные нарушения после инсульта. Выбранные опросники специфичны, дифференцированы и обладают критериями «экономии» и «чуткости», дают возможность оценить изменения, происходящие за определенный промежуток времени и просты в заполнении, не отнимают много времени [1, 9, 13, 14, 19].

Медицинский отбор больных, направляемых на долечивание, осуществлялся клинико-экспертной комиссией лечебно-профилактических учреждений согласно постановлению губернатора Челябинской области.

Большинство больных были направлены на долечивание из стационара в конце острого периода ИИ, т.е., согласно современным требованиям, не ранее 21 дня пребывания на стационарном лечении [10, 11, 20]. Средний срок с момента начала заболевания составил $21,3 \pm 0,82$ дня.

Кроме того, пациенты, которые подлежали долечиванию в санатории, но по каким-либо причинам, не связанным с наличием медицинских противопоказаний, не были туда направлены: неработающие; работающие, но отказавшиеся от санаторного долечивания; работающие в организациях, не входящих в программу социального страхования, — перево-

Ответственный автор — Лукьянчикова Лариса Владимировна
Тел. (сот.): +7963 1565885
E-mail: lv_med@mail.ru

дильсь на амбулаторное наблюдение невролога по месту жительства в раннем восстановительном периоде.

В амбулаторных условиях для коррекции двигательных нарушений для каждого пациента была разработана индивидуальная программа реабилитации (ИПР) с учетом степени поражения конечностей и тонуса в парализованных конечностях, включающая индивидуальные занятия и занятия с инструктором (количество сессий и время корректировались лечащим врачом). При необходимости нейропсихолог и логопед составляли индивидуальные программы когнитивной реабилитации или программы логопедической коррекции для самостоятельных занятий или занятий с родственниками.

Статистическая обработка результатов наблюдений проводилась средствами пакета программ Microsoft Excel 7.0 (создана матрица данных), SPSS v.20. Основной описательной статистикой в анализе служат медианы показателей. Для исследования различий между выборками парных измерений использован критерий Уилкоксона. Проверка равенства медиан по нескольким выборкам осуществлялась с помощью критерия Краскелла — Уоллиса. С целью одномоментного сравнения показателей между тремя и более группами использовался однофакторный дисперсионный анализ.

Результаты. В зависимости от проведенных реабилитационных мероприятий после выписки из стационара были сформированы четыре 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 табл. 1.

Таблица 1

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

Возраст (лет)	Группа 2.1	Группа 2.2	Группа 2.3	Группа 2.4
Всего больных	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

Сформированные нами группы больных с острым ИИ были сопоставимы по полу и возрасту, по степени тяжести инсульта, уровню функциональной независимости, показателям качества жизни, когнитивным функциям, выраженности тревожно-депрессивных расстройств и комплаентности к терапии антидепрессантом. За весь период наблюдения (12 мес.) не зарегистрировано повторных событий (инсульт, инфаркт миокарда; смерть). Оценка межгрупповых отличий проведена методом дисперсионного анализа с поправкой Тьюки. Динамика восстановления утраченных функций и анализ суммарных показателей физического и психологического компонентов здоровья представлены в табл. 2.

Таблица 2

Суммарные показатели качества жизни (ФКЗ и ПКЗ) больных в остром и восстановительном периоде полушарного легкого и среднетяжелого ишемического инсульта 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)
2.1	7–14 дн.	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) *
2.2	7–14 дн.	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)
2.3	7–14 дн.	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) *
2.4	7–14 дн.	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) *

Группы	Время с момента развития инсульта	Суммарные показатели качества жизни (физический и психологический компоненты здоровья). Балльная оценка					
		ФКЗ (суммарный)			ПКЗ (суммарный)		
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 мес., $p < 0,05$ (дисперсионный анализ с поправкой Тьюки); 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 медленно в сравнении с группой 2.2. 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 по сравнению с группой 2.1 в каждый момент обследования в течение года и ниже по сравнению с группами 2.2, 2.3, хотя и не достигли статистической значимости ($p > 0,05$). Таким образом, при ИИ 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, которые 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. Анализируя данные, представленные в табл. 2, можем отметить, что у пациентов групп 2.1 и 2.3 внутри каждой группы отмечены положительные максимальные тенденции по стабилизации на-

строения в течение всего года; у больных группы 2.2 — только в течение первых трех месяцев. У обследуемых группы 2.4 достоверная ($p < 0,05$) динамика ПКЗ была менее выражена и зарегистрирована через 3 и 12 месяцев.

Одним из важных составляющих качества жизни является психический компонент здоровья, однако он не отражает в полной мере психологический статус пациентов, безусловно имеющий значение в формировании реабилитационного потенциала. Для получения более полных сведений о больных ИИ мы определили уровень тревожно-депрессивных расстройств в каждой группе на протяжении года (рис. 1, 2).

Полученные в ходе исследования данные свидетельствовали о выявлении депрессии в остром периоде ИИ 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-депрессивных расстройств в остром периоде ИИ и 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-депрессивных расстройств через полгода и год после начала заболевания проводилась с использованием СИОЗС, все пациенты (9 тестируемых с развитием депрессии через 6 и 12 мес.) были комплаентны к лечению, и мы отмечали регресс эмоциональных нарушений к концу терапии антидепрессантом через 12 недель от начала лечения.

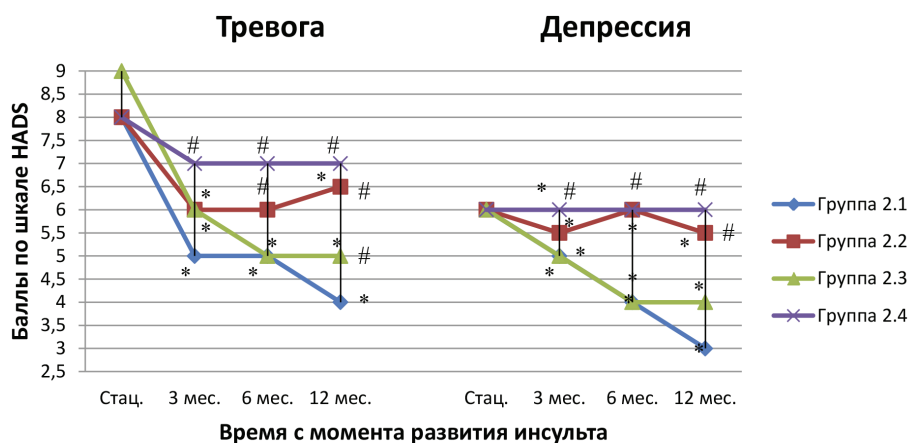


Рис. 1. Динамика тревоги и депрессии по шкале HADS у больных в остром и восстановительном периодах легкого и среднетяжелого ИИ

Депрессия

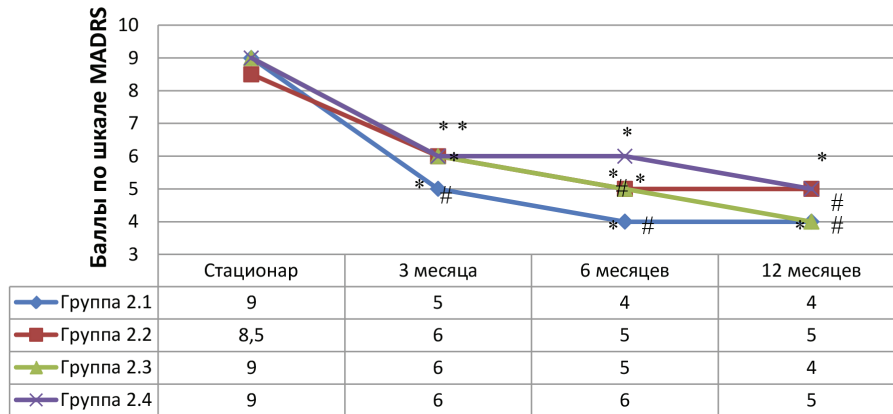


Рис. 2. Динамика депрессии по шкале MADRS у больных в остром и восстановительном периоде легкого и среднетяжелого ИИ

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 мес., $p < 0,05$ (дисперсионный анализ с поправкой Тьюки).

В остром периоде у наблюдаемых нами пациентов легким и среднетяжелым 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 реабилитационные мероприятия, после выписки из стационара (группа 2.4) редукция тревожно-депрессивных расстройств была минимальной: наблюдалась только в первые три 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. Кроме того, у пациентов (группа 2.2), не соблюдавших 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 выходил за пределы значения «нормы».

В остром периоде по шкале MADRS уровень депрессии не выходил за границу в 15 баллов (клинически выраженная депрессия). Однако регресс симптомов депрессии по шкале MADRS в баллах

достоверно ($p < 0,05$) существеннее происходил на протяжении всего года у респондентов группы 2.1 по сравнению с пациентами групп 2.2 и 2.4. У больных группы 2.3 выявлены достоверно ($p < 0,05$) лучшие 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 в динамике отмечена статистически значимая ($p < 0,05$) редукция расстройств по шкале MADRS в течение года.

В остром периоде легкого и среднетяжелого ИИ (7–14-й день заболевания) нами выявлены легкие когнитивные нарушения, снижение оценок до 26 баллов по шкале MMSE. Это вполне объяснимо, так как ИИ приводит к дезорганизации высших мозговых функций. Восстановление когнитивных функций ($p < 0,05$) отмечено у всех пациентов в первые три месяца после перенесенного инсульта, однако респонденты группы 2.4 при межгрупповом анализе в этот период показывали достоверно ($p < 0,05$) более низкие результаты обследования (рис. 3). Аналогичные данные межгрупповых отличий ($p < 0,05$) сохранились на протяжении полугода: опрашиваемые пациенты

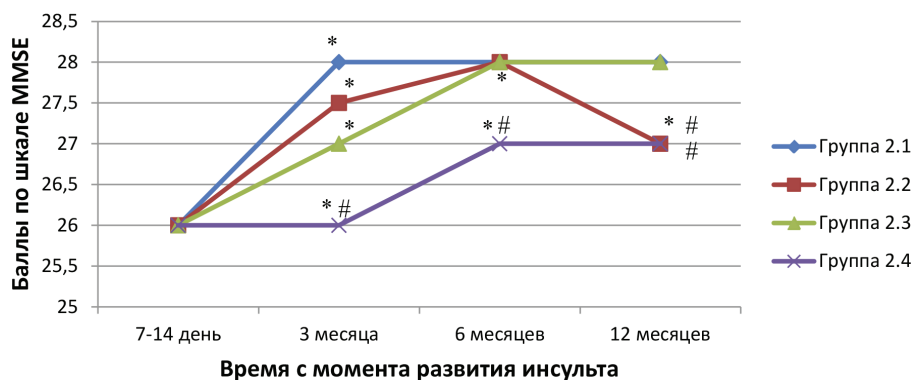


Рис. 3. Динамика когнитивных нарушений по шкале MMSE у больных в остром и восстановительном периоде легкого и среднетяжелого ИИ

Примечание: * — критерий достоверности различий показателей внутри группы в остром и восстановительном периодах, $p < 0,05$ (критерий Уилкоксона); # — наличие достоверного межгруппового отличия между показателями в динамике через 3, 6 и 12 мес., $p < 0,05$ (дисперсионный анализ с поправкой Тьюки).

Корреляция выраженности тревожно-депрессивных расстройств, когнитивных функций и суммарных показателей опросника SF-36

Показатели	MADRS	HADS Тревога	HADS Депрессия	MMSE
ФКЗ	R=0,259 p<0,01	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует
ПКЗ	R=0,851 p<0,001	R=-0,835 p<0,001	R=-0,902 p<0,001	R=0,559 p<0,001
MMSE	R=0,347 p<0,001	R=-0,528 p<0,001	R=-0,544 p<0,001	R=1
MADRS	R=1	R=0,749 p<0,001	R=0,859 p<0,001	R=-0,494 p<0,001
HADS Тревога	R=0,749 p<0,001	R=1	R=0,876 p<0,001	R=-0,528 p<0,001
HADS Депрессия	R=0,859 p<0,001	R=0,876 p<0,001	R=1	R=-0,544 p<0,001

Примечание: ФКЗ — физический компонент здоровья (суммарный); ПКЗ — психический компонент здоровья (суммарный).

первых трех групп к концу шести месяцев не имели когнитивных нарушений, у пациентов группы 2.4 сохранялся легкий когнитивный дефицит.

Через год больные группы 2.2 незначительно ухудшили свои показатели в сравнении с оценками, которые были через полгода (p<0,05). Возможно, это связано с отсутствием коррекции медикаментозной терапии и развитием тревожно-депрессивных расстройств 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.

При проведении корреляционного анализа между психическим и физическим компонентами здоровья опросника SF-36, показателями по шкале MMSE (КН), уровнем тревожно-депрессивных расстройств по шкалам HADS и MADRS через год прослеживаются корреляционные связи разной силы и направленности, что отражено в табл. 3.

К концу первого года наблюдения выявлены высокие и весьма высокие обратные корреляции между шкалами HADS и MADRS и психическим компонентом здоровья по опроснику SF-36. Отсутствовали корреляции между шкалой HADS, MMSE и физическим компонентом здоровья по опроснику SF-36. Наблюдалась умеренные и заметные обратные корреляции между шкалой MMSE и психическим компонентом здоровья, шкалами HADS и MADRS. Ко всему прочему, установлены высокие корреляционные связи между шкалой HADS Тревога и шкалой HADS Депрессия, MADRS. Это свидетельствует о неразрывной связи, взаимовлиянии исследуемых показателей, совокупность которых объективизирует состояние пациентов.

Обсуждение. Результаты лечения любого заболевания в настоящее время следует рассматривать с точки зрения не только продления жизни, но и повышения ее качества. 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 [3, 16, 19]. В связи с этим проведение восстановительного лечения после инсульта, улучшающего качество жизни больных, наряду с разработкой методов его измерения и оценки, приобретает особую клиническую значимость [2, 15].

Не вызывает сомнения, что, что у пациентов с наличием тревожно-депрессивных расстройств необходимо тщательно исследовать когнитивную сферу и учитывать ее состояние при выборе терапевтической тактики [16]. Когнитивные нарушения (КН), кроме того, вносят существенный вклад в инвалидизацию пациентов после инсульта, в связи с чем этой проблеме в последние годы уделяют все больше внимания [7, 8, 6].

По литературным данным, наличие депрессии в раннем периоде инсульта является фактором риска возникновения в дальнейшем (обычно в течение 6 мес. после развития инсульта) когнитивных нарушений (КН) и деменции [12]. Отмечена и обратная зависимость: наличие КН сразу после инсульта является неблагоприятным признаком в плане последующего развития депрессии [7]. Наличие постинсультных когнитивных нарушений, а также тревожно-депрессивных расстройств существенно затрудняет проведение реабилитационных мероприятий [4, 8].

Заключение. Показатели физического компонента здоровья в течение года достоверно выше у пациентов, которые проходили реабилитацию в санатории и выполняли индивидуальную программу реабилитации на амбулаторном этапе.

Развитие тревожно-депрессивных расстройств выявлено у трети пациентов, перенесших легкий и среднетяжелый ишемический инсульт. Достоверно установлено снижение тревожно-депрессивных расстройств и получены высокие оценки психического компонента здоровья у респондентов, комплаентных в отношении соблюдения реабилитационных методик.

При тестировании через 3 месяца после мозговой катастрофы пациентов, прошедших реабилитацию в санатории, отмечено улучшение двигательных функций, повышение активности пациентов, стабилизировались показатели психического компонента здоровья. Индивидуально разработанные программы (физической и когнитивной направленности, нейропсихологические и логопедические) на амбулаторном этапе восстановительного лечения приводят к максимально полному функциональному восстановлению, способствуют повышению показателей качества жизни, регрессу когнитивных нарушений через год после перенесенного ишемического инсульта.

Конфликт интересов отсутствует.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования — Г.Н. Бельская, Л.В. Лукьянчикова; получение данных, анализ и интерпретация результатов, обработка данных — Л.В. Лукьянчикова; утверждение рукописи для печати — Г.Н. Бельская.

References (Литература)

- Gerasimchuk WR, Mushroom VA. Hemispheric features of the development of cognitive and emotional disorders in patients in the early recovery period of ischemic stroke. *International Neurological Journal* 2015; 3 (73): 122–127. Russian (Герасимчук В.Р., Гриб В.А. Полушарные особенности развития когнитивных и эмоциональных нарушений у больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. *Международный неврологический журнал* 2015; 3 (73): 122–127).
- Karakulova YV, Amirahova LS. The neuropsychological status and quality of life of patients in the recovery period of ischemic stroke under the influence neuroprotective therapy. *Urals Medical Journal* 2013; 106 (1): 21–24. Russian (Каракулова Ю.В., Амирахова Л.Ш. Нейропсихологический статус и качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта под влиянием нейропротективной терапии. *Уральский медицинский журнал* 2013; 106 (1): 21–24).
- Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A, Illanes-Díez S. Study on the quality of life in patients with ischaemic stroke. *Rev Neurol* 2008; 46 (11):652–655.
- Tang WK, Lau CG, Mok V, Ungvari GS, Wong KS. Impact of anxiety on health-related quality of life after stroke: a cross-sectional study. *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94 (12): 2535–2541.
- Habirov FA. Early rehabilitation of patients after stroke, the system of multi-disciplinary teams. *Neurological Bulletin* 2005. 37 (1-2): 85–92. Russian (Хабиров Ф.А. Ранняя реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, в системе мультидисциплинарных бригад. *Неврологический вестник (Журнал им. В.М. Бехтерева)* 2005; 37 (1-2): 85–92).
- Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis* 2009; 27 (1): 204–214.
- Starosta M, Redlicka J, Brzeziński M, Niwald M, Miller E. Brain stroke — risk of disability and possibilities of improvement in motor and cognitive functioning. *Pol Merkur Lekarski* 2016; 41 (241): 39–42.
- Damulin IV, Ekusheva EB. The processes of neuroplasticity after stroke. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics* 2014; (3): 69–74. Russian (Дамулин И.В., Екушева ЕВ. Процессы нейропластичности после инсульта. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2014; (3): 69–74).
- Kelly-Hayes M. Influence of age and health behaviors on stroke risk: lessons from longitudinal studies. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58 (2): 325–328.
- Roche N. Auto-rehabilitation at home for stroke patients. *Ann Phys Rehabil Med* 2016; (59): 38.
- Ermakova NG. Features of the personality of patients with stroke in a patient rehabilitation. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Science: Psychology* 2008; (68): 32–42. Russian (Ермакова Н.Г. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена: Психология* 2008; (68): 32–42).
- Dekker RL, Moser DK, Peden AR, Lennie TA. Cognitive therapy improves three-month outcomes in hospitalized patients with heart failure. *J Card Fail* 2012; 18 (1): 10–20.
- Krever K. Evaluation methods of research in stroke. *Therapeutic exercise and sports medicine* 2010; (6): 46–53. Russian (Кревер К. Оценка методов исследования при инсульте. *Лечебная физкультура и спортивная медицина* 2010; (6): 46–53).
- Trekin SV. The rating scales of severity of neurological diseases and compare them with the degree of violations statodynamic function. *Medical-social examination and rehabilitation* 2013; (1): 11–16. Russian (Трекин С.В. Оценка шкал тяжести неврологических заболеваний и их сравнение со степенью нарушений статодинамической функции. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация* 2013; (1): 11–16).
- Leach MJ, Gall SL, Dewey HM, Macdonell RA, Thrift AG. Factors associated with quality of life in 7-year survivors of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82 (12): 1365–1371.
- Zakharov VV, Vakhnina NV. Cognitive impairment in cerebrovascular diseases. *Effective pharmacotherapy: Neurology and Psychiatry* 2016; (1): 36–43. Russian (Захаров В.В., Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. *Эффективная фармакотерапия: Неврология и психиатрия* 2016; (1): 36–43).
- Novik AA, Ionov TI. Guide to the study of quality of life in medicine. 2th ed. Y.L. Shevchenko, ed. Moscow: ZAO "Olma Media Group", 2007; p. 7–95. Russian (Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007; с. 7–95).
- Belova AN, Shepetova ON, eds. Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation. M.: Antidor, 2002; p. 15–17, 80–83, 126–129. Russian (Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор, 2002; с. 15–17, 80–83, 126–129).
- Pérennou D, Piscicelli C. Visual verticality perception after stroke: A systematic review of methodological approaches and suggestions for standardization. *Ann Phys Rehabil Med* 2016; 59: 68.
- Parkhomenko AA. Health care organization in cerebral infarction: a modern condition, especially outpatient phase. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2015; 11 (2): 100–106. Russian (Пархоменко А.А. Организация медицинской помощи при инфаркте головного мозга: современное состояние, особенности амбулаторного этапа. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2015; 11 (2): 100–106).

УДК 616.833–009.11

Оригинальная статья

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕРХНИХ ПЛЕКСОПАТИЙ

М.И. Тошева — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кафедра нервных болезней, аспирант; **И.И. Шоломов** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой нервных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Е.И. Шоломова** — ГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры нервных болезней, кандидат медицинских наук.

EFFECTIVENESS CRITERIA OF EARLY REHABILITATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE UPPER PLEXOPATHY

M.I. Tosheva — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Nervous Diseases, Post-graduate; **I.I. Sholomov** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Nervous Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **E.I. Sholomova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Nervous Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 16.11.2016 г

Дата принятия в печать — 20.02.2017 г.