

На правах рукописи

**ПЕТРОВА
Юлия Геннадьевна**

**«ШКОЛА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА**

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва – 2015

Работа выполнена на кафедре нервных болезней и нейростоматологии в Негосударственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Медицинский стоматологический институт»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Пряников Игорь Валентинович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор, заведующий кафедрой
нervных болезней ГБОУ ВПО
«Ставропольский государственный
медицинский университет» МЗ РФ

Карпов Сергей Михайлович

доктор медицинских наук,
профессор, заведующий кафедрой
неврологии ИДПО ГБУ ВПО
«Воронежская государственная
медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко»

Скорыходов Александр Павлович

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится « » 2015 г. в часов на заседании диссертационного совета Д.208.120.01 при ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, 91) и на сайте ИПК www.medprofedu.ru

Автореферат разослан

« » 2015 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Иван Степанович Денищук

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы и степень разработанности проблемы.

Восстановление нарушенных функций у пациентов, перенесших церебральный инсульт, обосновано считается одним из приоритетных направлений медицинской реабилитации. Причинами, обуславливающими это, являются, не только многообразие и выраженность функциональных расстройств, развивающихся после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, но и постоянный рост численности пациентов с данной патологией.

Так, в мире ежегодно регистрируется не менее 6 миллионов новых случаев церебральных инсультов, в России – более 450 тысяч. При этом около 75% пациентов, перенесших ОНМК, выживает, однако у большинства из них формируются какие-либо функциональные ограничения различной степени выраженности (Иванова Г.А.. 2003; Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., 2014; Суслина З.А. 2009).

Вместе с тем, практический опыт свидетельствует, что на конечный результат реабилитации, помимо множества клинических факторов, существенно влияет также и то, насколько полноценно были проведенные мероприятия психологической и социальной адаптации пациента. Однако стандартные реабилитационные программы, применяемые в настоящее время на этапе стационарного лечения, в состоянии решить данную проблему лишь частично (Козлов В.И., 2005; Стариков П.В., 2012).

Церебральный инсульт разрушает жизнь, не только пациента, но и членов его семьи – полноценный уход за постинсультным пациентом является задачей, весьма сложной. Это не только высокая моральная нагрузка – ответственность за жизнь пациента, но и постоянная физическая перегрузка, возникающая при оказании помощи лицу с двигательными нарушениями. Наряду с этим, родственникам пациента необходимо овладеть знаниями и навыками по профилактике осложнений инсульта, по

восстановлению нарушенных функций, по особенностям питания и питьевого режима, по специфике ухода и правилам гигиены и многое другое. Также нередко общение с пациентом значительно осложняется развивающимися у него речевыми нарушениями, когнитивными расстройствами (Пряников И.В. и соавт., 2014).

Однако активное включение родственников в уход считается значимым фактором, определяющим возможность успешной адаптации пациента, перенесшего инсульт, в новых для него социально-психологических условиях, что непосредственно влияет на исход болезни (Михнева И.С., 2011; Родионова Ю. М., 2012).

Тем не менее, несмотря на очевидную важность полноценного участия членов семьи постинсультного пациента в восстановленном процессе и центральную роль семьи в успешной его адаптации, организации системы подготовки родственников пациентов к оказанию такого непростого вида помощи традиционно уделяется мало внимания. Поэтому научно-методическая разработка «Школы ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт», может стать одним из возможных направлений повышения качества реабилитации и действенным методом, способствующим восстановлению нарушенных бытовых навыков и социальных связей, а также повышению личной самооценки у данной категории пациентов. При этом представляется, что успешное решение означенной задачи позволит уменьшить тяжесть медицинских, экономических и социальных последствий церебрального инсульта, как для пациентов и их родственников, так и для общества в целом.

Всё вышеуказанное и создало предпосылки для проведения настоящего исследования.

Цель исследования

Научно-методическая разработка комплексной системы мероприятий по социально-психологической адаптации пациента после перенесенного

церебрального инсульта для возможности осуществления членами его семьи на амбулаторном этапе реабилитации.

Задачи исследования

1. Уточнить характер неврологических нарушений и нейропсихологических расстройств, оказывающих наибольшее влияние на качество жизни пациентов, перенесших церебральный инсульт.
2. Определить основные задачи при подготовке членов семьи пациента, перенесшего церебральный инсульт, занятых непосредственным уходом за пациентом в восстановительном периоде к осуществлению мероприятий по социально-психологической адаптации постинсультного пациента.
3. Разработать стандартные программы социально-психологической адаптации для пациентов после перенесенного церебрального инсульта с возможностью их применения членами семьи пациента на амбулаторном этапе реабилитации.
4. Оценить эффективность применения разработанных программ социально-психологической адаптации пациентов после перенесенного церебрального инсульта.

Научная новизна.

Впервые на значительном клиническом материале показаны наиболее значимые проявления церебрального инсульта, приводящие к нарушению социально-психологической адаптации пациентов.

На основе выделенных нарушений и их динамики, сформулированы задачи для социально-психологической работы с пациентами на амбулаторном этапе реабилитации, обоснована возможность оказания данного вида помощи родственниками пациента, а также его близкими, либо социально значимыми для пациента людьми.

Эмпирически доказана эффективность проведения социально-психологической адаптации пациента, перенесшего церебральный инсульт,

членами его семьи, что расширяет научные представления о возможностях включения данного вида помощи в систему реабилитационных мероприятий.

Практическая значимость.

Показано влияние неврологических проявлений церебрального инсульта на качество жизни пациентов. Проанализировав спектр неврологических и нейропсихологических расстройств, возникающих у пациентов перенесших церебральный инсульт, были выделены наиболее значимые нарушения социально-психологической адаптации у данной категории пациентов, а также основные закономерности их развития. Это позволило сформулировать основные задачи по проведению мероприятий социально-психологической адаптации для осуществления членами семьи пациента, перенесшего церебральный инсульт.

Разработанная и апробированная в работе, необходимая и достаточная совокупность диагностических методик и методик нейропсихологического тестирования может быть рекомендована для выявления приоритетных целей и задач по проведению социально-психологической адаптации пациентов, перенесших инсульт, планирования объёма данного вида помощи и оценки эффективности.

Разработанные стандартные программы социально-психологической адаптации для пациентов с последствиями перенесенного церебрального инсульта могут быть рекомендованы к практическому применению членами семьи пациента, близкими, либо социально значимыми для пациента лицами, а также могут быть использованы в практической деятельности врачей-реабилитологов и социальных работников для разработки стратегии социально-психологической помощи данной категории пациентов на амбулаторном этапе реабилитации.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Сохраняющиеся на момент выписки из стационара у пациентов, перенесших церебральный инсульт, двигательные расстройства, нарушения коммуникативных возможностей, гнозиса и праксиса,

приводят к выраженной физической и психологической дезадаптации, значительному снижению уровня их социальной активности.

2. Члены семьи пациента, перенесшего церебральный инсульт, занятые непосредственно уходом за пациентом в восстановительном периоде, нуждаются в специальной подготовке и обучении к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации.
3. Применение разработанной комплексной системы подготовки родственников пациентов к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации пациентов в рамках «Школы ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт» способствует повышению эффективности реабилитационных мероприятий, проводимых на амбулаторном этапе.

Апробация работы

Диссертационная работа апробирована на заседании кафедры нервных болезней и нейростоматологии ФГБОУ «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства» (декабрь 2014 г.).

Основные положения и результаты исследования по теме диссертации доложены на:

- научно-практической конференции «Организация, методология и клиническая практика восстановительной медицины и медицинской реабилитации» (Москва, 2009 г.);
- Юбилейной научно-практической конференции «Новые технологии восстановительной медицины» (Москва, 2010 г.);
- научно-практическом семинаре с международным участием «Медицинская и спортивная реабилитация» (Москва, 2014 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 5 работ, из них 2 – в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК.

Личный вклад автора

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, сборе, анализе и обобщении полученных результатов. В работах, выполненных в соавторстве, автором лично проведено клиническое обследование.

Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования от постановки задач до их конечной реализации, обсуждения результатов в научных публикациях и докладах, разработки практических рекомендаций и внедрения результатов в практику.

Реализация результатов работы

Полученные результаты используются в учебном процессе на кафедре нервных болезней и нейростоматологии ФГБОУ ИПК ФМБА России при формировании лекционного материала по темам: «Методы диагностики в ангионеврологии», «Медицинская реабилитация при последствиях церебрального инсульта» и «Первичная и вторичная профилактика инсульта», а также в лечебной работе ФГБУЗ «Центральная клиническая больница восстановительного лечения» ФМБА России ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 5».

Полученные автором данные позволяют дифференцированно оценивать потребность пациентов, перенесших инсульт, в видах социально-психологической помощи, а также планировать её объём.

Разработана концептуальная модель: «Школа ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт» – система организации подготовки родственников пациентов, перенесших инсульт, к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации.

Соответствие работы «Паспорту научной специальности»

В соответствии со специальностью 14.01.11 – «нервные болезни (медицинские науки)», охватывающей проблемы изучения этиологии, патогенеза, разработки и применения методов диагностики, лечения и

профилактики заболеваний нервной системы, в диссертационном исследовании установлены наиболее значимые предикторы и связанные с ними неврологические и нейропсихологические проявления церебрального инсульта, оказывающие в последующем наибольшее влияние на качество жизни пациентов, разработаны практические рекомендации по оказанию различных видов социально-психологической помощи пациентам с последствиями перенесенного церебрального инсульта для возможности осуществления данных видов помощи членами семьи пациента на амбулаторном этапе реабилитации.

Соответствие диссертации области исследования

Область диссертационного исследования соискателя Петровой Ю.Г. включает теоретическое обоснование необходимости проведения психологической и социальной адаптации пациентов, перенесших церебральный инсульт и возможность организации системы мероприятий социально-психологической помощи для данной категории пациентов на амбулаторном этапе реабилитации, что соответствует п.п. № 3 «Сосудистые заболевания нервной системы», № 20 «Лечение неврологических больных и нейрореабилитация», № 21 «Организация неврологической помощи» паспорта специальности 14.01.11 – «нервные болезни».

Структура и объём диссертации.

Диссертация состоит из введения, 4^{-х} глав, в которых содержатся обзор литературы, материалы и методы исследования, 2^{-х} глав с результатами собственных исследований; из заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Диссертация изложена на 124 страницах, иллюстрирована 18 рисунками и 9 таблицами. Библиография включает 212 литературных источника, в том числе 126 отечественных и 86 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Объект и методы исследования

Работа проводилась на кафедре нервных болезней и нейростоматологии ФГБОУ ИПК ФМБА России и на клинической базе в ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 5» (г. Астрахань).

Обследовано 84 пациента, получавших курс восстановительного лечения после перенесенного церебрального инсульта (21 – 28 сутки от начала развития ОНМК), из числа пациентов, направленных по каналу плановой госпитализации. Средний возраст пациентов на момент обследования составил 66,3 года \pm 6,9, мужчин – 42, женщин – 42.

Всем пациентам проводилось стандартное обследование, включающее общие и биохимические анализы, электрокардиографию, соматическое обследование, клиническое исследование неврологического статуса с количественной оценкой неврологических симптомов по Шкале Инсульта Национального Института здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale, Brott T. и соавт., 1989). При необходимости осуществлялись консультации врачей терапевта, психиатра и др. специалистов.

Комплекс обследования также предусматривал проведение теста «PULSES Profile» (Moskowitz E., 1985; C.Marshall et. al., 1999) для определения потребности пациентов в посторонней помощи, оценку реабилитационных возможностей пациента на основании квантифицированного алгоритма оценки реабилитационного потенциала пациента (Пряников И.В., 2001) и нейропсихологическое исследование, выполненное с применением: Адденбрукской когнитивной шкалы (ACE-R) (Hodges et al., 2005), батареи лобных тестов (B.Dubois et al., 1999), Шкалы депрессии (Beck A.T., 1961) и Шкалы апатии (Starkstein et al., 2002), опросника SF-36 (Ware J.E., 1993). Исследования проводились в период пребывания пациента в стационаре и через 3 месяца после выписки из стационара.

Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью пакета программ Statsoft, версия 6.0 с использованием методов сравнительного и корреляционного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая оценка проявлений социальной и психологической дезадаптации у пациентов, перенесших церебральный инсульт

Клиническую картину обследованных нами пациентов в первую очередь определяли двигательные нарушения различной степени выраженности: тетрапарез – 4 (4,8%), выраженный гемипарез – 18 (21,4%), умеренный гемипарез – 42 (50,0%), легкий монопарез или пирамидная недостаточность – 16 (19,1 %), в 23 (27,4%) случаях также наблюдались вестибулярно-мозжечковые расстройства.

Среднее значение шкалы NIHSS при поступлении составило $12,3 \pm 1,4$ балла у 45 пациентов (53,6%) и $6,7 \pm 1,6$ балла у 39 пациентов (46,4%); на момент выписки из стационара среднее значение по шкале NIHSS в целом в обследованной группе снизилось на $3,6 \pm 1,9$ балла (на 37,9%).

У многих пациентов отмечены нарушения высших психических функций, в т.ч., эмоционально-волевые расстройства, нарушения праксиса и гнозиса, что подтверждалось результатами нейропсихологического тестирования.

Так, средняя оценка по ACE-R составила $72,1 \pm 5,5$, по MMSE – $24,5 \pm 1,9$, в т.ч., по субшкалам: внимание и ориентация – $15,4 \pm 1,4$, память – $13,8 \pm 4,4$, речевая активность – $6,5 \pm 2,9$, речь – $22,7 \pm 0,7$, зрительно-пространственные функции – $12,0 \pm 1,5$. При оценке Батарей лобных тестов – $11, 2 \pm 2,4$.

Нарушения речи в виде афазии и дизартрии имели место у 26,2 % пациентов (22 чел.). Также были отмечены: алексия – 27,9%, что выражалось в замедлении чтения как вслух, так и про себя, затруднении понимания сложных текстов, аграфия (31,4%) – в письме появлялись ранее не свойственные ошибки, неправильное написание букв, акалькулия (28,1%) – ошибки возникали, прежде всего, при устном счете, конструктивно-пространственная апрактакгнозия – 17,8%.

Наличие аффективных нарушений было установлено в 48,1 % (40 чел.) случаев: средний балл по Шкале депрессии Бека ставил $12,1 \pm 3,2$, по Шкале апатии – $9,8 \pm 3,3$.

Диагноз «тревожное расстройство органической природы» был выставлен в 14,3% случаев (12 чел.), «органическое эмоционально-лабильное расстройство» – 19,1% (16 чел.). Расстройства психотического уровня (варианты сосудистой деменции) имели место в 9 случаях (10,7%).

При оценке выявленных у пациентов функциональных нарушений с применением теста PULSES Profile (Табл. 1) было установлено, что количество пациентов, способных к самообслуживанию в той или иной степени, составило 34 чел. (40,5%), тогда как количество пациентов нуждающихся в постоянном постороннем уходе и полностью зависимых от посторонней помощи – 50 (59,5%).

Таблица 1.

Клиническая характеристика функциональных нарушений, ограничивающих жизнедеятельность обследованных пациентов (по данным теста PULSES Profile).

Показатели	Количество случаев	
	абс. число	%%
<i>Характер нарушения движений конечностями</i>		
Ограничения движений верхними конечностями	80	95.2
Ограничения движений нижними конечностями	74	88.1
<i>Характер нарушения коммуникативных возможностей</i>		
Речевые нарушения	22	26.2
Нарушения гнозиса и праксиса	37	44.1
<i>Характер патологии, обуславливающей состояние психики</i>		
Непсихотические расстройства	28	33.4
Психотические расстройства	9	10.7
<i>Возможности контроля экскреторных функций</i>		
Частичный контроль функций мочеиспускания и дефекации	12	14.3
Отсутствие контроля	8	9.5

Наряду с этим, проведенный с использованием КАОРП (Пряников И.В., 2001) анализ функциональных ограничений в наибольшей степени определяющих зависимость обследованных пациентов от посторонней помощи, свидетельствовал, что нуждаемость пациентов в посторонней помощи и уходе в наибольшей степени обуславливают нарушения следующих из основных видов жизнедеятельности:

- способность к самообслуживанию в – 100%;
- способность к самостоятельному передвижению в – 77,4%;
- способность к общению в – 61,9%;
- способность к ориентации и возможность контролировать своё поведение в – 21,4%.

Также характерно, что проведенный корреляционный анализ выявил наличие значимой связи между способностью к самообслуживанию и нарушениями статодинамической функции ($r = - 0,92$), коммуникативных возможностей и нарушений психических функций ($r = - 0,89$), потребностью пациентов в посторонней помощи и возможностью самостоятельного передвижения ($r = - 0,82$).

Результаты оценки отдельных параметров качества жизни, проведенной с использованием опросника SF-36, свидетельствовали о значительном снижении показателей, связанных с физическим здоровьем пациентов (Рис. 1). При этом была отмечена отрицательная корреляция способности к самообслуживанию с показателями жизненной активности и социального функционирования ($p < 0.05$).

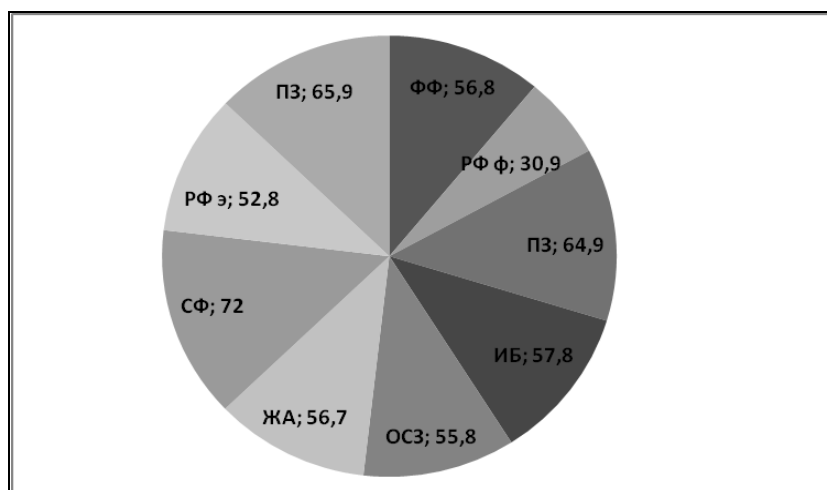


Рисунок 1. Средние значения показателей качества жизни у обследованных пациентов на момент поступления при обследовании, проведенном в стационаре.

Таким образом, полученные данные наглядно показывают, что сохраняющиеся на момент выписки из стационара нарушения двигательных функций, коммуникативных возможностей, гнозиса и праксиса, приводят к выраженной физической и психологической дезадаптации постинсультных пациентов, значительному снижению уровня их социальной активности. Всё это определяет необходимость участия членов семьи пациента в проведении адекватных мероприятий, направленных на повышение уровня социальной и бытовой адаптации пациента, а также в создании у пациента лечебной перспективы, в формировании трудовых установок, в смягчении негативных стрессовых реакций на болезнь и инвалидизацию.

Разработка и реализация концептуальной модели «Школа ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт».

В нашем представлении «Школа ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт» – система организации подготовки родственников пациентов, перенесших инсульт, к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации.

С этой целью предусматривалось проведение специальных теоретических и практических занятий по следующим направлениям:

1. Создание адаптивной среды жизнедеятельности постинсультного

пациента:

- обустройство места пациента в квартире;
 - правильная организация ухода за лежачим больным, в т.ч. составление распорядка дня и индивидуального плана ухода;
 - выбор средств ухода;
 - осуществление гигиены больного;
 - сбалансированное питание.
2. Формирование у родственников правильное отношение к пациенту и его заболеванию с целью использования влияния семьи для успешной реабилитации, что подразумевает:
 - преодоление пассивного отношения к восстановительному лечению, как пациента, так и родственников;
 - разумное уменьшение опеки над пациентом;
 - воспитание у пациента навыков самообслуживания и самостоятельности.
 3. Коррекция внутрисемейных отношений, сглаживание возникающих конфликтных ситуаций между постинсультным пациентом и родственниками.
 4. Обучение проведению мероприятий по профилактике характерных осложнений церебрального инсульта и мероприятиям по предотвращению повторного инсульта.
 5. Обучение навыкам и приемам по восстановлению функций, нарушенных в результате перенесенного церебрального инсульта.
 6. Формирование навыков общения с пациентами, имеющими речевые нарушения и/или психические расстройства.

Проведение подготовки родственников к адекватному осуществлению мероприятий социальной и бытовой адаптации предусматривало несколько этапов.

Так, на *первом этапе* лечащим врачом поводилась идентификация проблем, возникших у пациента, выделение основного направления

коррекции выявленных нарушений, а также индивидуальный подбор оптимальных методик и приемов работы с пациентом.

Второй этап – теоретической и практической подготовки родственников пациента. При этом для практической подготовки родственников нами применялась организационная модель под названием «Взаимодействие – прикрепление».

В соответствии с этой моделью, все члены мультидисциплинарной бригады, непосредственно осуществляющие лечебно-реабилитационные мероприятия, проводили обучение родственников пациента простейшим навыкам восстановительного лечения, что позволяло в дальнейшем самостоятельно оказывать необходимые виды помощи.

Третий этап – реализация родственниками полученных навыков, направленных на успешное психосоциальное и семейное функционирование пациента. На том этапе предусматривалась возможность консультаций лечащим врачом родственников пациента по всем возникшим вопросам.

Эффективность применения разработанной нами системы организации подготовки родственников пациентов, перенесших инсульт, к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации оценивалась через 3 месяца после выписки пациента из стационара.

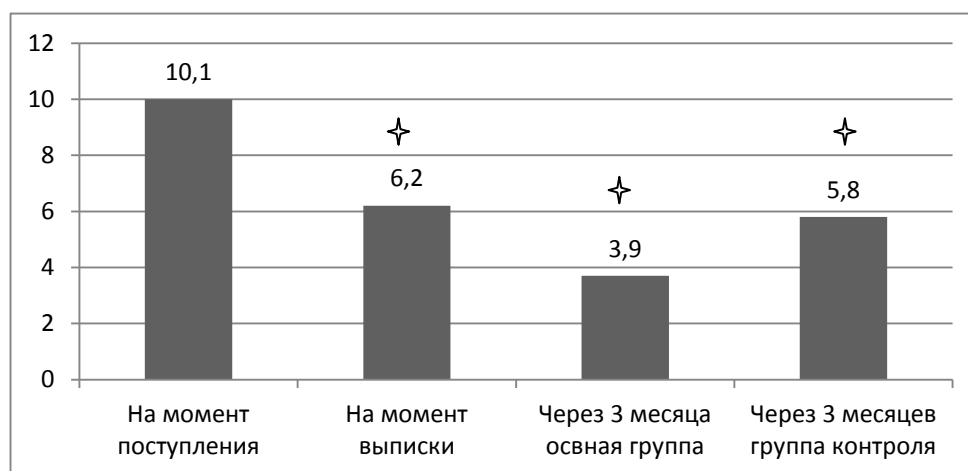
С этой целью был проведен сравнительный анализ динамики состояния пациентов с применением основных диагностических методик и методик нейропсихологического тестирования.

Нами были выделены две группы пациентов – основная группа пациентов (36 чел.), родственники которых активно участвовали в занятиях «Школы» и в последующем применяли на практике полученные знания и навыки и контрольная группа пациентов (32 чел.), родственники которых отказались, либо не смогли участвовать в занятиях «Школы».

Так, по окончании третьего месяца наблюдения среднее значение показателей по шкале NIHSS у пациентов в основной группе снизилось на 2,3

балла (37,1%), тогда как у пациентов в группе контроля уменьшение этого показателя составило 0,4 балла (6,5%).

Данные представлены на рисунке 2.



✦ - различия оценки статистически достоверны ($p < 0,05$)

Рисунок 2. Динамика в состоянии пациентов шкале NIHSS .

При сравнении межгрупповых показателей нейропсихологического тестирования у пациентов основной группы было отмечено достоверное улучшение по ACE-R ($p < 0.05$), что на фоне статистически значимого уменьшения аффективных нарушений, означало существенное увеличение когнитивного резерва: средний балл ACE-R в основной группе составил $93,4 \pm 5,1$, в контрольной группе – $79,7 \pm 7,4$, MMSE в основной группе – $28,6 \pm 0,5$ баллов и группе контроля – $26,9 \pm 1,7$ (Рис. 3).

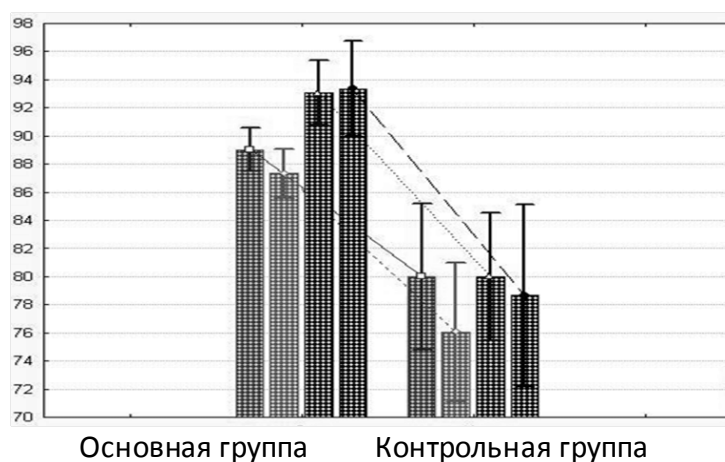


Рисунок 3. Средний балл ACE-R с ошибками в динамике по группам.

На момент выписки из стационара по результатам теста PULSES Profile в основной группе количество пациентов, способных к самообслуживанию в той или иной степени составляло 21 чел. (58,3%) и количество пациентов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе и полностью зависимых от посторонней помощи, составляло 15 чел. (41,6%), в контрольной группе – соответственно 18 чел. (56,3%) и 14 чел. (43,7%). Через 3 месяца эти показатели составили 30 (83,3%) и 6 (16,7%) в основной группе, при 20 (62,5%) и 12 (37,5 %) в группе контроля (Рис. 4). При этом была отмечена существенная положительная динамика в тестах «Психоэмоциональное состояние, «Коммуникативные возможности».

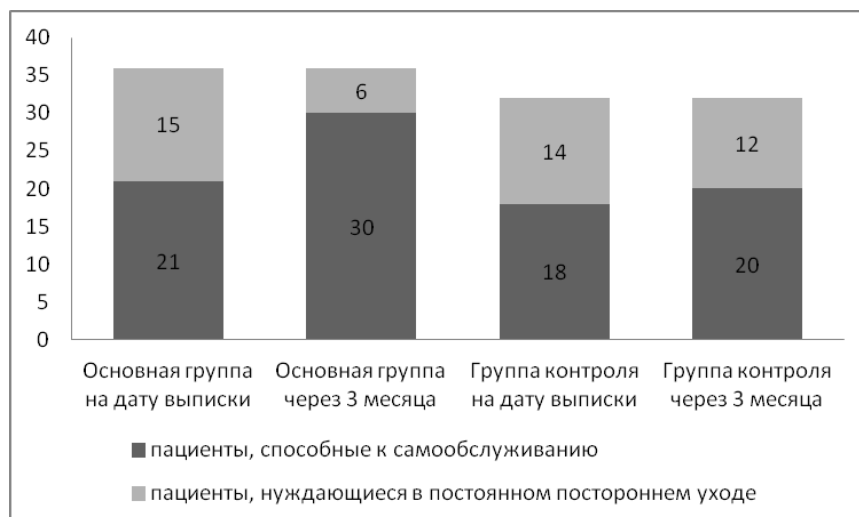


Рисунок 4. Динамика в состоянии пациентов по результатам теста PULSES Profile.

Также было отмечено уменьшение среднего значения показателей в баллах по шкале Бека и шкале апатии в основной группе на 2,2 и 1,3 балла соответственно, тогда как уменьшение у пациентов контрольной группы оставило лишь 0,7 и 0,1 балла соответственно ($p < 0,05$).

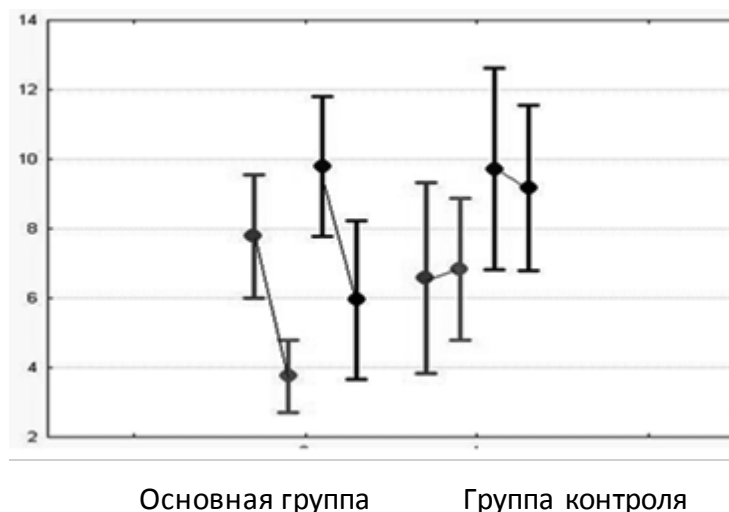


Рисунок 5. Сравнительная динамика средних показателей по Шкале депрессии Бека и Шкале апатии с ошибками.

Таким образом, представленные данные сравнительного анализа свидетельствуют, что практическое применение разработанной нами системы организации подготовки родственников пациентов по осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации пациентов в рамках «Школы ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт» способствует повышению эффективности реабилитационных мероприятий, проводимых на амбулаторном этапе и соответственно – улучшению качества жизни постинсультных пациентов.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов, перенесших церебральный инсульт, на момент выписки из стационара сохраняются двигательные нарушения различной степени выраженности и нарушения высших психических функций: среднее значение шкалы NIHSS составляет $6,2 \pm 1,3$ балла, средняя оценка по ACE-R составляет $72,1 \pm 5,5$ балла, по MMSE – $24,5 \pm 1,9$ балла.
2. Сохраняющиеся у пациентов, перенесших инсульт, неврологические и нейропсихологические расстройства являлось причиной выраженной физической и психологической дезадаптации, приводили к значительному снижению уровня их социальной активности, что в

59,5% случаев обуславливало нуждаемость в постороннем уходе и зависимость от посторонней помощи.

3. Основные задачи при подготовке членов семьи пациента, перенесшего церебральный инсульт, занятых непосредственным уходом за пациентом в восстановительном периоде, следующие: умение создать адаптивную среду жизнедеятельности постинсультного пациента, формирование правильного отношения к пациенту и его заболеванию, обучение мероприятиям по профилактике повторного инсульта и мероприятиям по предотвращению развития характерных осложнений заболевания, формирование навыков по восстановлению нарушенных функций, умению общения с пациентами, имеющими речевые нарушения и/или психические расстройства.
4. Проведенная сравнительная оценка результатов деятельности «Школы ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт» свидетельствует, что разработанная система организации подготовки родственников пациентов к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации пациентов, способствует повышению эффективности реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе: через 3 месяца уменьшение количества пациентов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, в основной группе составило 25% – при 6,2% пациентов в группе контроля.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При осуществлении системы мероприятий по подготовки родственников к адекватному осуществлению мероприятий социальной и бытовой адаптации постинсультного пациента рекомендуется соблюдение предложенного алгоритма: первый этап идентификация лечащим врачом проблем, возникших у пациента, и выделение основного направления коррекции выявленных нарушений; второй этап – непосредственно теоретической и практической

подготовки родственников пациента по системе «Взаимодействие – прикрепление»; третий этап – реализация родственниками полученных навыков при возможности консультаций лечащим врачом родственников пациента.

2. Для возможности идентификации лечащим врачом основных нарушений, приводящих к физической и психологической дезадаптации пациента, перенесшего церебральный инсульт, рекомендуется к практическому использованию – необходимый и достаточный объем чувствительных и специфических шкал: Шкала Инсульта Национального Института здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale, Brott T. и соавт., 1989), тест «PULSES Profile» (Moskowitz E., 1985; C.Marshall et. al., 1999) для определения потребности пациентов в посторонней помощи, квантифицированный алгоритм оценки реабилитационного потенциала пациента (Пряников И.В., 2001), Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R) (Hodges et al., 2005), батарея лобных тестов (B.Dubois et al., 1999), Шкала депрессии (Beck A.T., 1961), Шкала апатии (Starkstein et al., 2002), опросник SF-36 (Ware J.E., 1993).

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Школы ухода за пациентами с тяжелыми последствиями церебрального инсульта // Клиническая неврология. – 2014. – № 2. – С. 29 – 31. (с соавт.: Пряников И.В., Пузин М.Н.) (журнал, рекомендованный ВАК).
2. Особенности ранней психосоциальной реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт (с соавт.: Пряников И.В., Пузин М.Н.) // Клиническая неврология. – 2014. – № 3. – С. 24 – 26 (журнал, рекомендованный ВАК).
3. Организация системы мероприятий по подготовке членов семьи пациента, перенесшего церебральный инсульт, к уходу за пациентом // Материалы 4-го Международного конгресса «Новые технологии восстановительной медицины». Сб. науч.- пр.раб. – М., 2011. – с. 75 – 76.
4. Основные задачи при подготовке членов семьи пациента, перенесшего церебральный инсульт, к осуществлению ухода // Материалы 5-й конференции «Теоретические вопросы и практические проблемы восстановительной медицины» Сб. науч.- пр.раб. – М., 2012. – с. 83 – 74.
5. Особенности общения с пациентами, имеющими речевые нарушения и психические расстройства // Материалы научно-практического семинара «Организация ухода за постинсультными больными» Сб. науч.- пр.раб. – М., 2013. – с. 14 – 15.