

**ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации
Федерального медико-биологического агентства»**

На правах рукописи

Петрова
Юлия Геннадьевна

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

14.01.11 – нервные болезни

ДИССЕРТАЦИЯ

**на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук**

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор

Пряников И.В.

Москва – 2015

ВВЕДЕНИЕ	<i>стр</i> 4
ГЛАВА 1. СПЕЦИФИКА И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ (обзор литературы)...	12
1.1. Основные принципы организации реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт	13
1.2. Психологическая и социальная составляющая процесса реабилитации пациентов с последствиями церебрального инсульта	23
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	34
ГЛАВА 3. Клиническая оценка проявлений социальной и психологической дезадаптации у пациентов, перенесших церебральный инсульт	53
ГЛАВА 4. Разработка и реализация концептуальной модели «Школа ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт».	
4.1. Основные принципы организации подготовки родственников пациентов к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации	71
4.2. Оценка эффективности деятельности «Школы ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт».....	85
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	89
ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ	101
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	104

ВВЕДЕНИЕ.

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 (3, 26, 119).

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 (59, 60).

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.

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 (54, 59, 75, 137)

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.

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 дифференцировано 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.

ГЛАВА 1.

СПЕЦИФИКА И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ (обзор литературы).

Церебральный инсульт – это тяжелое бремя, как для пациента, так и для общества в целом.

Известно, что цереброваскулярные заболевания стойко на протяжении многих лет остаются одной из основных причин заболеваемости, смертности и инвалидизации. В Российской Федерации ежегодно регистрируется порядка 400 – 450 тысяч новых случаев инсульта. Характерно, что увеличение продолжительности жизни, в свою очередь, приводит к увеличению количества инсультов: частота возникновения церебрального инсульта увеличивается в 1,8 – 2,0 раза в каждом последующем десятилетии у пациентов старше 55 лет. Однако в России средний возраст развития церебрального инсульта в ниже, чем в западных популяциях и составляет 63,1 года у мужчин и 66, 3 года у женщин при 72,9 и 77,7 соответственно (2, 3, 26, 119, 211).

Данные статистики свидетельствуют, что в среднем 50 – 75% пациентов, перенесших церебральный инсульт, выживает, поэтому инсульт является также и основной причиной инвалидизации населения. В нашей стране свыше 1 млн. пациентов, перенесших инсульт, и более чем 80% из них признаны инвалидами.

Безусловно, инвалидность – показатель скорее не медицинский, а социально-экономический, однако в литературе встречаются и иные данные, подтверждающие тяжесть последствий перенесенного церебрального инсульта. Так, по данным национального регистра, 31% пациентов, перенесших инсульт, требует постоянный уход, а 20% не могут самостоятельно ходить и лишь около 20% из пациентов, перенесших инсульт, способны вернуться к прежней работе (26, 29, 61, 80).

За последние годы в нашей стране большая работа, направленная на улучшение организации медицинской помощи пациентам, перенесшим ОНМК. Однако количество церебральных инсультов не уменьшается, количество инвалидов из числа пациентов, перенесших инсульт, увеличивается, что позволяет рассматривать данную патологию не только как медицинскую, но и как серьезную социальную проблему.

1.1. Основные принципы организации реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт.

Проблемы восстановления здоровья пациентов после тяжелых заболеваний и травм всегда являлись одним из приоритетных направлений отечественного здравоохранения. Начало организации системы восстановительного лечения в нашей стране относится к 20^{-м} годам прошлого века; теоретические основы заложены Н.А. Семашко и З.П. Соловьевым.

Под восстановительным лечением тогда понимался комплекс мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности. Однако уже на тот момент высказывалось суждение о значении социальных

мероприятий, а также необходимость учета психологических и личностных особенностей пациентов (94).

Последующие изменения социально-демографической структуры населения нашей страны, в первую очередь постарение населения, а также успешное проведение ряда мероприятий, приведших к снижению летальности при ОНМК, увеличило число пациентов нуждающихся в реабилитации. Это в свою очередь привело к необходимости созданию соответствующей структуры в системе здравоохранения. В нашей стране были организованы отделения восстановительного лечения при крупных ЛПУ, а также самостоятельные больницы и отделения восстановительного лечения. Соответственно детальному изучению и разработке принципов и отдельных методов реабилитации при сосудистых заболеваниях головного мозга посвящен значительный информационный массив публикаций, являющийся результатом работы ряда отечественных научных коллективов (5, 7 – 10, 13, 17, 38, 44 – 46, 51, 52, 59, 67, 77, 82, 87, 88, 89 и др.). Благодаря этим исследованиям к настоящему времени сформировалось основное направление в реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт, – система этапной реабилитации.

С этих позиций, представляется важным понимать, что данное направление подразумевает динамическую взаимосвязь воздействий и мероприятий медицинского, психологического и социального характера, направленных не только на сохранение здоровья, но и на возможно полное

восстановление (сохранение) личного и социального статуса пациента, т.е., необходимо воспринимать реабилитацию – как систему мероприятий, имеющую чёткую социальную направленность реабилитационных при наличии тесной связи медицинских, психологических и социальных аспектов в реабилитационном процессе (50).

Исходя из этого, основные принципы реабилитации, следующие (84):

- принцип партнерства, что подразумевает сотрудничество пациента и врача при руководящей и направляющей роли последнего. Это позволяет осуществлять целенаправленную психологическую подготовку к восстановительному лечению;
- принцип разносторонности усилий за счет учета всех сторон реабилитации для каждого больного; основа – реализация медико-педагогических и лечебно-восстановительных задач при условии перестройки личности больного в нужном для осуществления реабилитации направлении;
- принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия, что предполагает комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий, обеспечивающих патогенетическое воздействие не только на дефектную функцию, но и на лежащий в ее основе патологический процесс, а также на личность больного с целью мобилизации ее ресурсов для коррекции патологических реакций и вторичных нервно-психических нарушений;

- принцип ступенчатости, т.е. поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного.

Это подчеркивает междисциплинарный характер реабилитации, динамически объединяющий медицинскую, социальную и психологическую составляющие.

В процессе проведения реабилитации принято выделять три этапа: первый этап – восстановительная терапия, второй этап – реадаптация, третий этап – реабилитация (6 – 9).

Так, наиболее общими задачами на первом этапе являются физиологическая подготовка пациента к проведению мероприятий, предупреждающих развитие стойкого функционального дефекта. На втором этапе – приспособление пациента к внешним условиям среды, что достигается наращиванием объема всех лечебно-восстановительных мероприятий. Третий этап – бытовое приспособление, исключающее зависимость от окружающих, восстановление социального статуса.

Детальному изучению и разработке принципов и отдельных методов реабилитации пациентов, перенесших инсульт, посвящен значительный информационный массив публикаций, являющийся результатом работы многих авторов и научных коллективов (5, 8 – 13, 17, 27, 36, 37, 45, 49, 51, 52, 58, 71, 73, 75, 79, 82, 87, 102 и др.).

В целом это позволило к настоящему времени сформировать главную отличительную особенность в реабилитации данного контингента больных – этапность реабилитации.

Ранее этапная система мероприятий была успешно внедрена в практику ряда крупных городов нашей страны.

Так, начальное звено данной системы – первичная профилактика, которая предусматривает, включающая широкую санитарно-просветительную и разъяснительную работу, направленную против факторов риска возникновения инсульта (курение, избыточное потребление соли, повышенное артериальное давление, употребление алкоголя и т.д.).

Второй этап – «стратегия групп высокого риска», включающая выявление групп лиц с высоким риском возникновения сосудистых расстройств головного мозга, т.е. лиц, страдающих артериальной гипертензией, нарушениями ритма сердца, ишемической болезнью сердца, атеросклерозом периферических артерий, сахарным диабетом.

Эта группа подлежит отдельному учету, плановому обследованию и регулярному комплексному лечению в амбулаторных условиях или в стационаре.

На госпитальном этапе – оказание специализированной помощи пациенту в условиях неврологического, либо нейрососудистого отделения стационара, где начинается раннее восстановительное лечение в остром периоде инсульта.

Следующий этап проведение целенаправленной реабилитации, основанной на разработке оптимальных программ, базирующихся на основных принципах реабилитации в системе медицинского обслуживания, дифференцированной в соответствии с периодами течения патологического процесса и поэтапными задачами реабилитации. При этом полноценные реабилитационные программы носят комплексный характер и наряду с клинико-биологическими воздействиями включают психологические и социальные методы с учетом особенностей личности больного.

Все основные принципы реабилитации пациентов, перенесших инсульт, сформулированные в работах отечественных авторов, не претерпели существенных изменений и в настоящее время. Прежде это всего: раннее начало реабилитационных мероприятий уже в остром периоде заболевания; систематичность и продолжительность их проведения, этапность и комплексность.

Хотя с теоретических позиций фундаментальные принципы организации реабилитации пациентов, перенесших инсульт, не изменились, но современные подходы к проведению реабилитационных мероприятий в раннем восстановительном периоде претерпели определенные изменения.

Так, представляется, что по мере развития и становления реабилитационного направления личностный аспект приобретает всё более отчётливую акцентуацию (49, 59, 69). Однако, при этом, ряд авторов указывают, что определенная специфика функциональных нарушений,

свойственная пациентам, перенесшим инсульт, в частности, наличие у них стойких физических дефектов, определяет акцент на восстановление нарушенных двигательных функций, т.е. биологический аспект остается доминирующим (71, 82).

Тем не менее, необходимо понимать, что методические основы реабилитации пациентов, перенесших инсульт, определяются крайне сложным комплексом морфологических, физиологических и психологических изменений, возникающих вследствие недостаточности мозгового кровообращения и приводящего к развитию различных патологических состояний. При этом выраженность последних зависит от локализации и характера поражения сосуда. Топики и локализации очага, его глубины и протяженности, степени повреждения нервных тканей и проводящих путей. Помимо структурных нарушений, с которыми связаны наиболее стойкие и необратимые дефекты, нередко наблюдаются преходящие выпадения функций, обусловленные перифокальным отеком, гипоксией или мелкими очагами, не сопровождающиеся гибелью значительного количества нервных клеток (20 – 24. 41).

Возникающие при этом у пациентов физические страдания, изменения жизненного стереотипа, порождают субъективные переживания болезни, неоднозначные у различных пациентов (111). Поэтому у пациентов наряду с личностной реакцией на заболевание формируется опосредованное проявление болезни в психической деятельности. Структура внутренней

картины болезни, таким образом, включает не только восприятие болезни, но и изменения личности, вызванные заболеванием, отношением к болезни (179),

Также считается, что на внутренней структуре болезни не могут не отражаться преморбидные личностные особенности, а также психопатологические синдромы, возникновение которых связано с топикой поражения головного мозга. При этом нередко формируются вторичные психогенно обусловленные расстройства, приводящие к стойкой дезадаптации пациента (190, 193).

Исходя из этого, многие современные авторы, занимающиеся проблемами восстановительного лечения и реабилитации постинсультных пациентов, считают, что направленная коррекция внутренней картины болезни и её составляющих является одной из непреложных задач реабилитации (181, 182, 209)

Действительно исследования зарубежных авторов подтверждают положение о том, что лечение и реабилитация больных с сосудистыми расстройствами головного мозга в лечебных учреждениях, где оказывается специализированная психологическая помощь и поддержка гораздо эффективнее по многим критериям (171, 192). Более того, рандомизированное контролируемое испытание, проведенное на больших группах больных (201), показало, что выживаемость через 5 лет пациентов, получавших такую помощь в инсультном отделении, составила 41 %, без

таковой – 29%. Большая часть больных первой группы, жили в домашних условиях и способны были к самообслуживанию. Различий в объеме медицинской и социальной помощи между группами не было.

Схожие данные, основанные на оценке результатов реабилитационных мероприятий большого контингента больных с цереброваскулярными расстройствами, также убедительно свидетельствовали о необходимости специализированной психологической помощи на госпитальном этапе (193).

Необходимо добавить, что многие зарубежные авторы отмечают более частое за последние годы применение в программах лечения пациентов в остром периоде инсульта специализированных видов психологической помощи, но отдаленные результаты этой организационной формы оказания помощи оценены недостаточно (164).

Принято считать, что наиболее активно процесс восстановления нарушенных функций у пациентов, перенёсших инсульт, протекает в первые 6 – 12 месяцев с момента развития инсульта. Однако определенный положительный эффект может быть достигнут в некоторых случаях, когда по различным причинам активная реабилитация начинает предприниматься спустя год и позже после перенесенного инсульта (190). При этом необходимо понимать, что оптимальный уровень восстановления может быть достигнут только в условиях четкой преемственности методов восстановительного лечения и собственно реабилитационных мероприятий (, 147, 156, 164).

Понятно, что реабилитация больных начинается уже с первых дней пребывания в стационаре. Далее медицинская помощь данной категории пациентов должна осуществляться в соответствие со сформулированной организационной структурой лечебных учреждений, в которых осуществляется реабилитация больных после выписки из нейрососудистых (неврологических) отделений (32, 40, 45).

В зависимости от структуры и выраженности неврологического дефицита и иногда сопровождающих его психических нарушений организационные формы реабилитации дифференцируются следующим образом:

1. Специализированный стационарный реабилитационный центр (СРЦ).

Данная структура предназначена для оказания помощи больным с выраженными остаточными явлениями инсульта. Используется полный комплекс реабилитационных мероприятий; учитывается невозможность передвижения больных из дома в реабилитационный центр.

2. Поликлинический реабилитационный центр (ПРЦ) (или кабинет

восстановительного лечения в поликлиниках). Предназначен для оказания комплекса реабилитационных мероприятий больным с нерезкими остаточными явлениями инсульта, не препятствующими посещению центра.

3. Оказание реабилитационной помощи в домашних условиях больным с резкими нарушениями моторики и координации, не могущим посещать учреждение поликлинического типа.

Однако вопрос об оптимальных организационных формах реабилитации постинсультных больных, до сих пор остается открытым.

Считается, что основное восстановительное лечение больной, выписанный из стационара, может получить в специализированных отделениях неврологических больниц или в СРЦ. В пользу оказания реабилитационной помощи именно в специализированных стационарных центрах свидетельствуют результаты многолетнего опыта работы, приведенного в многочисленных работах (45, 51, 105 – 106, 179, 182).

Типовые стационарные реабилитационные центры, как правило, должны обеспечивать помощь население крупных городов. При этом наиболее рациональным является размещение СРЦ в отдельном, специально оборудованном корпусе, иногда на базе многопрофильных соматических больниц.

Размещение СРЦ на базе многопрофильных больниц имеет свои преимущества, т.к. предусматривает наличие общих подразделений: диагностического отделения, аптеки, клинико-биохимической лаборатории, административно-хозяйственной части, что позволяет оптимизировать проведение реабилитации и повысить ее экономическую эффективность. Обязательным для СРЦ является отделение лечебной физкультуры с

механотерапией, лечебным плавательным бассейном, физиотерапии с бальнеотерапией, иглорефлексотерапией, отделение трудовой терапии с блоком бытовой реабилитации, кабинет психотерапии, логопедии, отделение функциональной диагностики.

Такие СРЦ должны быть базовым учреждением, обеспечивающим учебно-методическую и консультативную помощь лечебно-профилактическим учреждениям региона.

Решающее значение для успешного проведения реабилитации постинсультных больных имеет обеспечение квалифицированными кадрами. До настоящего времени нет ясности в вопросе о круге профессиональных (функциональных) обязанностей врача-специалиста в области медицинской реабилитации, в номенклатуре должностей и специальностей до сих пор не существует должности и специальности «врач-реабилитолог». Врач-реабилитолог должен иметь общеклиническую подготовку, основы знаний в области физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, мануальной терапии, массажа, психотерапии и, кроме того, иметь специализацию по неврологии. Врач-реабилитолог не подменяет собой специалистов, но столь широкая образованность ему необходима для адекватной оценки состояния больного и составления индивидуальной программы восстановительного лечения. Кроме того, предусматривается также тесное сотрудничество врача-реабилитолога с органами социального обеспечения.

Не менее важным представляется и наличие в СРЦ хорошо обученного среднего медицинского персонала. Медицинские сестры, работающие в реабилитационных центрах, выполняют разнообразные обязанности по активизации больных в рамках лечебных режимов, оказывают помощь в проведении самостоятельных занятий лечебной физкультурой, в обучении и тренировке навыков самообслуживания, в освоении механотерапевтического оборудования, они должны уметь оказывать психологическую поддержку пациенту.

В СРЦ должны поступать пациенты больные из неврологических и нейрососудистых отделений через 1 – 2 месяца после инсульта. Показания к переводу больных в СРЦ: нарушения двигательных, чувствительных, координаторных, речевых функций при наличии тенденции к их восстановлению и благоприятном реабилитационном прогнозе. При этом, пациенты, поступающие в СРЦ, должны передвигаться в пределах палаты и иметь навыки элементарного самообслуживания.

Обязательным компонентом реабилитационных мероприятий в СРЦ должна быть психосоциальная группа специалистов, включающая врачей психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, а также эрготерапевта, логопеда и среднего медицинского персонала с соответствующей профессиональной подготовкой (49, 71, 75, 134). Эти специалисты, помимо психодиагностической работы, осуществляют весь комплекс

психосоциальных программ – психокоррекции, психотерапии, трудотерапии, а также социального, трудового и правового обеспечения.

Следующий этап реабилитации – поликлинический. Одним из основных положений системы реабилитации является преемственность лечебных мероприятий, что обуславливает необходимость создания поликлинической специализированной службы. В эти учреждения поступает 80 % больных (13, 136). При этом считается, что оптимальной организационной формой реабилитации и диспансерного наблюдения контингента больных, отобранных по принципу сохранности трудового потенциала, является ПРЦ.

На этапе ПРЦ используются методы функционального лечения, патогенетическое воздействие на область поражения головного мозга. Особенно большое значение на этом этапе приобретают психосоциальные методы, направленные на адаптацию больного к новым условиям жизни, а также трудотерапия.

В штате реабилитационного отделения поликлиники должны работать невропатологи, специалисты по ЛФК, физиотерапевты, логопеды, психотерапевты. Поликлиника должна быть оборудована необходимыми приспособлениями для психотерапии, тренажерами, иметь бассейн. Программа реабилитации составляется индивидуально для каждого пациента с учетом особенностей болезни, функционального дефекта, личностных характеристик больного. Непрерывность, комплексность, многоплановость и

поэтапное построение реабилитационных воздействий должны составлять основу программы. При этом срок наблюдения за пациентом – 2 года. Поликлинический этап имеет свои особенности: пациент не отрывается от своей привычной среды в семье или на работе, что требует от него проявления самостоятельности и активности. На этом этапе большое значение имеют психотерапевтическое воздействие на личность больного, а также трудотерапия, способствующая восстановлению сложных двигательных автоматизмов (76, 81).

В поликлиническом реабилитационном центре должен быть также штат патронажных медицинских сестер, которые помогают социальной реабилитации больных: они посещают их на дому, способствуют установке контактов с семьей, следя за соблюдением режима.

Теоретически, часть больных после прохождения реабилитации в СРЦ или ПРЦ могут быть направлены в реабилитационное отделение санатория. Специализированное санаторное неврологическое отделение фактически соединяет стационарное, поликлиническое и санаторное звенья в единую систему медицинской и социально-трудовой реабилитации (67, 88).

В последние годы получает всё большее распространение такая организационная форма реабилитационных учреждений, как полустационарные реабилитационные отделения или дневной стационар (89).

В дневные стационары направляются больные, нуждающиеся в длительном восстановительном лечении, но по своему соматическому и неврологическому статусу не имеющие возможность посещать поликлинику. Показания к направлению больного в дневной стационар, сроки лечения, программы реабилитационных мероприятий, критерии оценки эффективности этого вида реабилитации, равно как и организационные формы, нуждаются в дальнейшей разработке.

В ряде зарубежных стран существует форма реабилитации больных на дому (137, 178, 208). Такая форма реабилитации проводится бригадой, включающей специалистов разных профилей (невропатолога, специалиста по ЛФК, логопеда, психолога и др.), которые посещают постинсультных больных на дому и проводят все необходимые реабилитационные мероприятия. В нашей стране такая организация реабилитации встречается лишь в единичных случаях.

1.2. Психологическая и социальная составляющая процесса реабилитации пациентов с последствиями церебрального инсульта.

В нашей стране система лечебно-профилактической и реабилитационной помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга активно разрабатывалась на рубеже настоящего столетия.

Так, принято было считать, что все используемые в этапной реабилитации больных с цереброваскулярными расстройствами мероприятия условно можно разделить на три формы: биологические,

психофизиологические и психосоциальные. Соотношение этих форм меняется в зависимости от этапа реабилитации. При осуществлении этапов системы реабилитационных мероприятий используются все три указанные выше формы, но доминирующую роль, как правило, играет одна из них.

При этом, последствия заболевания, инвалидность изменяет социальное положение больного (приспособление к дефекту в повседневной жизни, перемена профессии и т.д.), что сопряжено со значительными трудностями, преодолеть которые ему должны помочь как медицинские работники, психотерапевты, так и психологи. У большинства больных с цереброваскулярными расстройствами часто формируются различные нервно-психические расстройства. В дальнейшем формирование двигательных, речевых расстройств, нарушение способности к обучению, расстройства памяти являются постоянным травмирующим психику фактором. Больные не без основания опасаются за свое будущее. При этом возникают стойкие изменения по типу неврозов, появляются дезадаптивные установки.

Все это может привести к дезадаптации больного. В реализации программы психотерапевтических воздействий, осуществляемых психологами, психотерапевтами, психиатрами большое значение имеет один из основных принципов реабилитации – принцип партнерства, основанный на индивидуальном подходе к каждому больному, взаимном доверии врача и пациента. Только личностный подход с адекватной перестройкой внутренней

картины болезни и системы отношений позволяет управлять процессами восстановления, адаптации и компенсации.

Психотерапевтическая реабилитация больного должна начинаться с момента возникновения острого сосудистого эпизода. Врач – невропатолог должен проводить с семьей больного большую работу с объяснением особенностей ухода за пациентом и необходимостью создания спокойной, доброжелательной обстановки. На всех этапах реабилитации следует психологически поддерживать как самого больного, так и его родных и близких, предупреждать их о последствиях перенесенного заболевания, чтобы это не было неожиданностью для окружающих.

Таким образом, из анализа литературных данных следует, что за последние десятилетия в СССР, а затем в Российской Федерации, накоплен определенный опыт в организации реабилитации пациентов, перенесших инсульт, создана концепция реабилитации как динамической системы взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов, направленной не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно полное восстановление личности и социального статуса больного и инвалида.

Однако к настоящему времени в России нет единой службы реабилитации постинсультных пациентов. Полноценной, всесторонней, комплексной и адресной реабилитационной помощи эти больные до сих пор не получают.

Между медицинской, психологической и социальной помощью населению стоит ведомственная разобщенность, что мешает реализации одного из основных принципов реабилитации – комплексного подхода.

Существующие организационные формы реабилитации перенесших инсульт не отвечают основным принципам этой системы – своевременности, непрерывности и последовательности проводимых мероприятий. Специализированные реабилитационные центры и отделения реабилитации больных с цереброваскулярными заболеваниями не получили широкого распространения. Большинство из перечисленных лечебных структур для оказания помощи данной категории пациентов не созданы, либо уже не существуют.

В период нахождения в стационаре пациента, перенесшего инсульт, его реабилитация только начинается: динамика в восстановлении нарушенных функций возможна в течение нескольких месяцев после выписки. Прекращение оказания специализированной помощи часто приводит к ухудшению физических возможностей и психологического состояния пациента и его семьи (87, 137). Однако пациент, перенесший инсульт, после курса лечения в стационаре выписывается домой, где основную помощь ему могут оказать только члены его семьи. Как следствие этого, единственно реальным видом помощи пациентов остается семейная поддержка. Вместе с тем, близкие пациентов, перенесших инсульт, зачастую имеют низкий уровень знаний об уходе за тяжелобольными и, если пациент окажется в

неблагоприятной для него среде, где родственники не в состоянии его адаптировать к возникшим физическим и психическим дефектам, то все усилия врачей, сохранивших жизнь пациенту, могут оказаться тщетными.

Ещё в 1998 г. Всемирная организация здравоохранения признала терапевтическое обучение населения самостоятельным методом лечения хронических заболеваний равным по значимости медикаментозному и хирургическому методам лечения (75).

В настоящее время медико-санитарное просвещение становится одним из приоритетных направлений деятельности сферы здравоохранения. Врачи и средний медицинский персонал должны информировать население о факторах риска развития той или иной патологии, здоровом образе жизни, правилах поведения при хронических заболеваниях. Объяснять пациентам и их родственникам цель и задачи лечения, схемы приема лекарственных препаратов (54).

Одним из вариантов такого вида медицинской помощи может быть организация школы пациента. Конечная цель создания такой школы – сделать пациентов и их родственников партнерами врачей по лечению, реабилитации и профилактике, привлечь их к взаимовыгодному сотрудничеству (59).

Считается, что школа пациента помогает достичь согласия между пациентами, врачами, обществом и государством, обеспечить социальную ответственность со стороны родственников, улучшает психо-эмоциональный

настрой в семье больного, существенно повышает качество его жизни, обеспечивает взаимную ответственность пациента и медицинских работников, формирующая культуру поддержания и улучшения здоровья, культуру общения (66, 70).

При этом школа пациента – это не только эффективная организационная форма профилактического группового консультирования, но и метод гигиенического и обучения и воспитания, что соответствует классу XXI МКБ – 10 (Z-70 – Z-76), а также медицинская услуга, включённая в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги».

Вместе с тем, в научных публикациях организации системы подготовки родственников пациентов, перенесших инсульт, оказании такого непростого вида помощи традиционно уделяется мало внимания. Научно-методические разработки системы организации подготовки родственников пациентов, перенесших инсульт, к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе в представлены недостаточно.

Все вышесказанное явилось предпосылкой проведения настоящего исследования, определило цель и задачи.

ГЛАВА 2.

МАТЕРИАЛЫ 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).

2.1. Объект исследования

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.

Данные о половом и возрастном составе обследованных больных представлены в таблице 1.

Таблица № 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст больных	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
41 - 50 лет	8	9,5	6	7,1	14	16,7
51 - 60 лет	12	14,3	14	16,7	26	30,6
61 – 70 лет	19	22,6	15	17,8	34	40,5
71 – 75 лет	3	3,6	7	8,3	10	11,9
Всего	42	50,0	42	50,0	84	100

2.2. Методы исследования

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.

2.2.1. *Шкала инсульта Национального института здоровья (NIH Stroke Scale, T.Brott et al, 1989, J.Biller et al, 1990).*

Шкала инсульта Национального института здоровья (NIHSS) содержит 14 пунктов, характеризующих основные функции, чаще всего нарушающиеся вследствие церебрального инсульта (уровень сознания, определяемый по правильности ответов на два вопроса и выполнения двух команд, объем движения глазных яблок, поля зрения, работу мимических мышц, силу мышц правой и левой руки, силу мышц правой и левой ноги, атаксию в конечностях, чувствительность, реакцию на стимуляцию, артикуляционную и речевую функции). Оценка функций производится в баллах. Максимальное количество баллов – 34. Чем выше балл, тем хуже клиническое состояние больного (0-3 баллов - легкая степень тяжести, 3-8 баллов - средняя степень тяжести, более 9 баллов - тяжелая).

Для определения потребности пациентов в посторонней помощи использовался тест «PULSES Profile» (Moskowitz E. , 1985; C.Marshall et. al., 1999).

2.2.2. *Тест «PULSES Profile» (Moskowitz E. , 1985; C.Marshall et. al., 1999).*

Данная шкала оценивает функциональные возможности больных, основываясь на шести категориях показателей. Эти показатели легли в основу шести субшкал теста.

Каждая из субшкал содержит по 4 варианта ответов, оценивающих степень функциональной независимости больного. Оценка построена таким

образом. Что чем ниже получаемый балл. Тем выше его функциональные возможности. Общая сумма баллов может варьироваться от 6 до 24.

P – Physical condition, или физическое состояние.

Имеются в виду болезни внутренних органов (сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, эндокринные, болезни мочеполовой сферы) и неврологические заболевания:

1. Состояние здоровья достаточно стабильно, врачебные или сестринские осмотры требуются не чаще чем один раз в три месяца.

2. Врачебные или сестринские осмотры требуются чаще, чем один раз в три месяца, но не еженедельно.

3. Состояние здоровья достаточно нестабильно, требуются регулярные врачебные или сестринские осмотры, по крайней мере, один раз в неделю.

4. Состояние здоровья требует интенсивного врачебного и/или сестринского наблюдения, по крайней мере, один раз в день (помимо помощи в личном уходе).

U – Upper limb function, или функция верхней конечности.

Имеются в виду действия по самообслуживанию (прием пищи, питье, одевание, умывание, гигиена тела после посещения туалета, использование ортезов/протезов), выполняемые верхней конечностью:

1. Независим при самообслуживании, функция рук не нарушена.

2. Независим при самообслуживании, имеется некоторое нарушение функции рук.

3. При самообслуживании требует присмотра или помощи, нарушение функции рук или имеется, или не имеется.

4. При самообслуживании полностью зависим от окружающих, имеется значительное нарушение функции рук.

L – Lower limb function, или функция нижней конечности.

Имеется в виду передвижение (перемещение с кровати на стул, в туалет, в душ или ванну; ходьба; подъем по лестнице; перемещение в инвалидном кресле), зависящее в основном от функции ног:

1. Независим при передвижении, нарушений функции ног нет.

2. Независим при передвижении при некотором нарушении функции ног, например, при ходьбе требуются вспомогательные средства, ортезы или протезы, или пользуется инвалидным креслом и при этом полностью независим, достаточно успешно преодолевает архитектурные препятствия.

3. При передвижении требует присмотра или помощи, нарушение функции ног или имеется, или не имеется; или пользуется инвалидным креслом и при этом частично зависим; или для передвижения существуют значительные препятствия, связанные с архитектурой или иными особенностями окружающей обстановки.

4. При передвижении полностью зависим от окружающих, имеется значительное нарушение функции ног.

S – Sensory соtropепts, или органы чувств и общение.

Имеются в виду общение (речь и слух) и зрение:

1. Независим в сферах общения и зрения, зрение, речь, слух не нарушены.

2. Независим в сферах общения и зрения, но имеются некоторые нарушения функции речи, слуха или зрения, например, легкая дизартрия, легкая афазия, или нуждается в очках или слуховом аппарате, или требует регулярного приема лекарств для поддержания нормального зрения.

3. В сферах общения или зрения нуждается в присмотре, помощи или переводчике.

4. Полностью зависим в сфере общения или зрения.

E – Exctory function, или выделительные функции.

Имеется в виду функции мочевого пузыря и прямой кишки:

1. Полное сознательное контролирование функций сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки.

2. Контролирование функции сфинктеров позволяет осуществлять нормальную социальную деятельность, несмотря на наличие некоторого недержания мочи, или, несмотря на нуждаемость в катетере, свечах, мочеприемнике и т.д. Самостоятельно справляется с процедурами отправления естественных надобностей, не требуется посторонняя помощь.

3. При контролировании функции сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки зависим от посторонней помощи, или случаются инциденты недержания мочи или кала.

4. Часто бывает сырым или испачканным по причине недержания сфинктеров мочевого пузыря или прямой кишки.

S – Situational factors, или ситуационные факторы.

Имеются ввиду интеллектуальная и эмоциональная адаптивность, поддержка членов семьи, финансовые возможности, социальное взаимодействие:

1. Способен выполнять в обществе привычные роли и обязанности.
2. Вынужден вносить некоторые изменения в привычные роли и обязанности, выполняемые в обществе.
3. В связи с любыми из вышеперечисленных обстоятельств, касавшихся здоровья, нуждается в помощи, поддержке или присмотре со стороны государственных или частных организаций.
4. Нуждается в длительной госпитализации (постоянное пребывание в больнице, или пребывание в доме сестринского ухода, и т.д.), за исключением случаев временной госпитализации для проведения обследования, лечения или активной реабилитации.

2.2.3. Квантифицированный алгоритм оценки реабилитационного потенциала пациента (Пряников И.В., 2001), адаптированный применительно к пациентам, перенесшим церебральный инсульт.

Практическое использование такого обобщающего понятия, как «реабилитационный потенциал» пациента чрезвычайно затруднено. Это обусловлено тем, что в данное понятие заложено большое число психофизиологических показателей, отражающих функциональное

состояние различных органов и функциональных систем, личностные особенности пациента, а также характеристики социально-средовых и профессиональных факторов.

Поэтому в квантифицированном алгоритме оценки реабилитационного потенциала пациента используется фрагментарная оценка различных составляющих реабилитационного потенциала, которые в совокупности позволили получить обобщенную характеристику данного понятия, приемлемую для использования применительно к целям исследования.

Поэтому за основу определения и квантификации показателей реабилитационных возможностей применительно к пациентам, перенесшим церебральный инсульт, нами были приняты следующие критерии:

- Количественная оценка выраженности нарушений двигательных функций.
- Количественная оценка вестибулярно-мозжечковых нарушений.
- Экспериментально–психологическая характеристика по основным показателям.

Таблица 2.

Показатели для определения реабилитационных возможностей пациентов, перенесших церебральный инсульт.

Наименование и значения показателя	Низкие реабилитационные возможности	Достаточные реабилитационные возможности
I. Двигательные функции:		
Двигательные функции конечностей	Выраженный гемипарез	Умеренный и легкий гемипарез
Мышечная сила	2,0 и менее балла	3,0 и более балла
Динамометрия	7,8±2,0 кг	13,5±1,5 кг
<i>Активные движения в суставах конечностей:</i>		
плечевом	18,0±2,6°	35,6±5,6°
локтевом	20,5±4,5°	38,0±8,0°
лучезапястном	12,0±3,0°	34,8±4,2°
суставы кисти	15,0±6,0°	сохранены движения
тазобедренном	7,7±2,7°	17,8±2,2°
коленном	8,9±3,7°	25,2±9,4°
голеностопный	6,0±1,3°	16,6±2,3°
<i>Биомеханические данные ходьбы:</i>		
Количество шагов при ходьбе 100 м	209 ± 7,0	163,0 ± 4,0
Темп ходьбы	36±4 шагов/мин	58,0±3 шага/мин
II. Вестибулярно-мозжечковые нарушения:		
Нистагм спонтанный	II–III степень	I–II степень
Нистагм поствращательный	85–120 сек	50–80 сек

III. Психологические особенности личности:		
Внимание	200–300 знаков	400–600 знаков
Память на образы	2 из 16 образов	3–4 из 16 образов
Мышление	1–3 балла	4–6 баллов
Шкала депрессии	60–70 баллов	50–59 баллов
Уровень реактивной и личностной тревожности	46 баллов	31–45 баллов

2.2.4. Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R) (Hodges et al, 2005).

Адденбрукская когнитивная шкала применяется для оценки отдельных когнитивных сфер по 5 субшкалам: внимание и ориентация, память, речь, речевая активность и зрительно-пространственные функции. Максимальная суммарная оценка по Адденбрукской шкале составляет 100 баллов, при этом оценка < 86 баллов представляет 90% чувствительности и 94% специфичности при диагностике деменции, а < 82 баллов – 84% чувствительности и 100% специфичности. Отдельные вопросы по субшкалам внимания и ориентации, памяти, речи и зрительно-пространственных функций позволяют одновременно рассчитать рейтинг шкалы Краткой оценки психического статуса (MMSE) (Folstein et al, 1975). Максимальная оценка по MMSE составляет 30 баллов, а оценка ≤ 24 имеет 90% чувствительность при диагностике деменции.

При оценке ориентации выясняется возможность и четкость определения пациентом своего положения в пространстве и времени. Внимание проверяется возможностью воспроизведения определенной последовательности в ходе арифметического теста или называния букв слова

в обратном порядке. Максимальная оценка по этой субшкале составляет 18 баллов.

В ходе тестов на память необходимо запомнить, а в последующем воспроизвести после отвлекающего задания 3 слова, не связанных друг с другом по смыслу, заучить с использованием 3 повторений почтовый адрес из 7 пунктов (фамилия, имя, улица из 2 слов, № дома, город, край), попытаться его воспроизвести после отвлекающих заданий и затем узнать каждый из пунктов среди трех представленных на выбор и сходных по смыслу или фонетической структуре. Максимум по субшкале памяти – 26 баллов.

Речевая активность оценивается по способности за 1 минуту перечислить названия животных (семантическая речевая активность) и еще за 1 минуту слова на определенную букву (фонетическая речевая активность). Максимальный балл – 14 (по 7 баллов для каждой). Для проверки фонетической активности выбирается буква, с которой начинается наибольшее количество слов в лексиконе. В англоязычной популяции фонетическая речевая активность проверяется с использованием буквы «S», в русском варианте – буква «Л». Семантическая речевая активность (максимально – 21 слово за минуту) преимущественно отражает работу височных отделов коры, фонетическая (максимально – 17 слов) – работу лобных отделов.

При оценивании речи учитывается понимание обращенной речи, понятность речи пациента, структурность, плавность и скорость речи. В ходе этих тестов пациент повторяет фразы, слова, называет предметы, объясняет их смысл. Максимальная оценка по этой субшкале – 26 балла.

2.2.5. Батарея тестов лобной дисфункции (B.Dubois et al, 1999).

Батарея лобных тестов состоит из 6 субтестов, ранжированных от 0 (не выполнен) до 3 баллов (выполнен максимально), и позволяет дополнительно выявить дизрегуляторный тип когнитивных нарушений. Субтесты отражают способность к категориальному обобщению, беглость речи, динамический праксис, реакцию выбора и отсутствие или наличие патологического хватательного рефлекса. Максимальная оценка в 18 баллов свидетельствует об отсутствии нарушений при выполнении теста. При оценке 13 баллов и менее можно говорить о выраженных проявлениях лобной дисфункции.

Уровень аффективных нарушений определен по Шкале депрессии (Beck A.T., 1961) и Шкале апатии (Starkstein et al., 2002).

2.2.6. Шкале депрессии (Beck A.T., 1961.)

Шкала депрессии Бека позволяет выявить ограниченный набор наиболее значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Она состоит из 21 категории симптомов и жалоб. Каждая категория имеет 4-5 утверждений, ранжированных по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Интерпретация данных учитывала суммарный

балл по всем категориям, при этом сумма 10 баллов и выше соответствовала клинически значимой депрессии. Опросник выдавался на руки пациенту и заполнялся им самостоятельно с учетом самочувствия на текущий момент.

2.2.7. Шкале апатии (Starkstein et al., 2002).

Шкала апатии (ША) позволяет выявить нарушение взаимосвязи между эмоциональным функционированием и целенаправленным поведением пациента в настоящий момент времени. Шкала составлена из 13 ранжированных категориальных вопросов, имеющих степень выраженности от 0 (нет симптома) до 3 (максимум выраженности). Опросник также заполнялся пациентом самостоятельно. Апатия считалась клинически значимой при сумме набранных баллов 8 и выше.

2.2.8. Опросник SF-36 (Ware JE, 1993).

Опросник SF-36 относится к неспецифическим опросникам оценки качества жизни и является, по сути, визуально-аналоговой шкалой, отражающей душевное и физическое благополучие пациента. Опросник состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал и рассчитан на самостоятельное заполнение пациентом. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, а, соответственно, более высокая оценка указывала на более высокий уровень качества жизни. Количественно оценивались следующие показатели:

- физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

Низкие показатели по этой шкале свидетельствовали о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья;

- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, то есть влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале демонстрировали, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента;

- интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале подразумевали, что боль значительно ограничивает активность пациента;

- общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, чем ниже оценка состояния здоровья;

- жизненная активность подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствовали об утомлении пациента, снижении жизненной активности;

- социальное функционирование определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствовали о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния;

- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретировались как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния;
- психическое здоровье характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствовали о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы группируются в два показателя — «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Физический компонент здоровья составляют шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья составляют шкалы: психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование и жизненная активность.

2.2.9. Методы статистической обработки.

Полученные данные обрабатывались методами статистической обработки при помощи программы «Statistica for Windows».

Среднегрупповые значения и дисперсия результатов исследований вычислялась в процедуре программы. Достоверность различий между результатами исследований групп больных и здоровых лиц, а также между данными обследования до и после лечения оценивалось по критерию Стьюдента (t -критерий).

Для анализа динамики изменений показателей в вариационных рядах вычисляли среднюю арифметическую величину (M) и стандартную ошибку средней арифметической (m).

В работе рассчитывалась доля больных, обладающих данным признаком, от общего числа больных, принимающих участие в исследовании. Обозначим долю за p , тогда

$$p = M/N \quad (1),$$

где M – число больных, обладающих данным признаком; N -общее число больных, принимающих участие в исследовании.

Доля p аналогична среднему значению признака по совокупности. Если X -числовой признак, принимающий значения 1 (при наличии) или 0 (при отсутствии) данного качественного признака у пациента, то среднее значение признака по совокупности равно:

$$\mu = \frac{\sum_{n=1}^N X_n}{N} = \frac{M}{N} = p$$

Стандартное отклонение для p – показатель разброса - по определению, считалось по формуле :

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (X - \mu)^2}{N}} = \sqrt{p(1-p)} \quad (2)$$

Стандартная ошибка доли по выборке \hat{p} характеризуется стандартным отклонением совокупности \hat{p} :

$$\sigma_{\hat{p}} = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

где $\sigma_{\hat{p}}$ – стандартная ошибка доли по совокупности, σ – стандартное отклонение в совокупности, n – объем выборки.

Поскольку $\sigma = \sqrt{p(1-p)}$ то

$$\sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{p(p-1)}{n}}$$

Заменяв в данной формуле истинное значение доли ее оценкой \hat{p} , получим стандартную ошибку доли по выборке:

$$s_p = \sqrt{\frac{\hat{p}(\hat{p}-1)}{n}} \quad (3)$$

что предусматривало следующие этапы:

По формуле (1) с помощью программы Microsoft Excel рассчитывалась доля и стандартная ошибка доли по формуле (2).

Затем применялись два критерия на проверку нормальности распределения стандартной ошибки доли по выборке [1]:

$$\begin{aligned} n \hat{p} &> 5 \\ n(1 - \hat{p}) &> 5 \end{aligned} \quad (4)$$

Для удовлетворяющих условиям (4) данных рассчитывалась стандартная ошибка доли по выборке (формула 3), а затем определялся 95% доверительный интервал. При этом $t=1,96$ и $p_{\text{выборки}} - t s_p < p < p_{\text{выборки}} + t s_p$.

С целью объективного подтверждения сопоставимости различных рядов и отсутствии статистически значимых различий между ними определяли критерий χ^2 (кси-квадрат).

После получения критерия χ^2 , по таблице «Значение χ^2 - распределения», при рассчитанном числе степени свободы ($C = K-1$, где K – количество строк в таблице) определяли теоретический показатель χ^2 при $p < 0,05$. Если полученный в ходе расчетов эмпирический показатель χ^2 был равен и меньше этой величины, то статистически значимые различия между группами отсутствовали, что обеспечивало их сопоставимость. Для оценки влияния различных факторов на исходы лечения использовали метод вычисления коэффициента корреляции между качественными признаками (расчет тетракорического показателя связи) по формуле 5:

$$r_a = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a+b)*(c+d)*(a+c)*(b+d)}} \quad (5)$$

где a - число лиц, имеющих оба признака ($++$); b - число лиц, имеющих первый признак, но не имеющих второй ($+ -$); c - число лиц, не имеющих

первого признака, но имеющих второй (-+); d - число лиц, не имеющих обоих признаков (- -); n - сумма a, b, c, d.

Зная коэффициент корреляции и общее количество случаев, рассчитывали показатель критерия χ^2 по формуле 6:

$$\chi^2 = n \cdot r_a^2 \quad (6)$$

ГЛАВА 3.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Клинические проявления последствий перенесенного инсульта у обследованных нами пациентов, отличались полиморфизмом и различной выраженностью того или иного функционального дефицита, что во многом определялось локализацией и размером поражения головного мозга.

Так, у 46 пациентов имела место локализация инфаркта в левом полушарии головного мозга, у 38 пациентов отмечена локализация инфаркта в правом полушарии головного мозга.

При локализации очага инсульта в левом каротидном бассейне у 25 пациентов (29,7%) было выявлено поражение белого вещества полушария (субконвексительный инфаркт). У 23 пациентов (27,4%) инфаркт располагался в области базальных ганглиев. В 11,9% (10) у пациентов с локализацией инфаркта в левом полушарии головного мозга было выявлено сочетанное поражение белого вещества и подкорковых ядер.

Повреждение базальных ядер и внутренней капсулы наблюдалось у 2 (2,3%) «левополушарных» больных, при этом изолированное поражение внутренней капсулы выявлено у 3 (3,8%) пациентов с ОНМК в левом каротидном бассейне.

При локализации очага инсульта в правой гемисфере головного мозга поражение белого вещества (субконвексительный инфаркт) было выявлено у

8 пациентов (9,5%); инфаркт в области базальных ганглиев выявлен у 13 пациентов (15,5%). У 4 пациентов (4,8 %) с локализацией очага в правом полушарии головного мозга выявлено сочетанное поражение белого вещества и подкорковых ядер. Повреждение базальных ядер и внутренней капсулы наблюдалось у 3 (3,5%) «правополушарных» пациентов, а изолированное поражение внутренней капсулы выявлено у 6 пациентов (7,1%) с ОНМК в правом каротидном бассейне.

Наибольшее количество составляли пациенты с поражением базальных ганглиев (43,8%) и субконвекситальной локализацией инфаркта мозга (28,6%). В случае повреждения белого вещества полушарий ишемический очаг локализовался в лобно-теменной или теменно-височной долях.

У всех пациентов отсутствовали угнетения сознания, эпилептические приступы, менингеальный симптомокомплекс, признаки дислокации и вклинения головного мозга, нарушения жизненно важных функций (дыхания и сердечной деятельности).

Также, учитывая преимущественно полушарную локализацию инфаркта мозга у пациентов, не наблюдалась стволовая симптоматика в виде бульбарных нарушений, альтернирующих синдромов, а имеющиеся вестибуло-мозжечковые нарушения были обусловлены дисциркуляторной энцефалопатией. Поэтому ведущими клиническими симптомами, выявленными при исследовании, являлись двигательные расстройства,

нарушения высших мозговых функций, поражения ЧМН, чувствительные нарушения.

Поражение черепно-мозговой иннервации проявлялось в виде как фиксированного пареза взора по горизонтали у 9 (10,7%) чел., ограничением подвижности глазных яблок по горизонтали у 13 (15,4%) чел., выраженная асимметрия носогубной складки и девиация языка, легкий дефицит со стороны VII и XII пар ЧМН.

Однако наиболее значимыми нарушениями у пациентов являлись двигательные расстройства: тетрапарез – 4 (4,8%), выраженный гемипарез – 18 (21,4%), умеренный гемипарез – 42 (50,0%), легкий монопарез или пирамидная недостаточность – 16 (19,1 %). Данные приведены на рисунке 1.

В 23 (27,4%) случаях также наблюдались вестибулярно-мозжечковые расстройства.



Рисунок 1. Частота представленности и выраженность двигательных расстройств у обследованных пациентов.

Также характерными проявлениями для поражения пирамидного тракта являлись изменение тонуса мышц в паретичных конечностях.

У 28 (33,3%) больных была выявлена мышечная гипотония по гемитипу. Этот симптом выявлялся у пациентов с гемиплегией и снижением мышечной силы до 1 балла. У 25 (29,8%) пациентов была выявлена диссоциация мышечного тонуса по оси.

В эту группу вошли больные, у которых имелась и диссоциация снижения мышечной силы: плегия или грубый парез в руке и умеренный парез в ноге или наоборот. При этом в конечности с более выраженным снижением силы наблюдалось снижение тонуса, а в другой конечности – незначительное повышение тонуса по пирамидному типу.

Пирамидный гипертонус по типу «спастика» в паретичных конечностях наблюдался у 28 (33,3%) больных. Снижение мышечной силы у этих пациентов было выражено умеренно.

Умеренная асимметрия тонуса выявлена у 22 (26,2%) больных с легким или умеренным парезом.

Чувствительные расстройства в виде гемигипалгезии выявлены у 73 (86,9%) пациента.

Так, частичное нарушение чувствительности (моногипестезия) наблюдалось у 15 (17,8%) пациентов. У 14 (16,7%) пациентов, участвующих в исследовании, расстройств в сфере чувствительности не обнаружено.

При оценке функциональных нарушений у обследованных пациентов, проведенных на основании шкалы NIHSS было установлено, что среднее значение 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%), при этом на момент выписки из стационара среднее значение по шкале NIHSS снизилось на $3,6 \pm 1,9$ балла (на 37,9%).

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

Так, средняя оценка по ACE-R составила $72,1 \pm 5,5$. Средняя оценка по MMSE (в комплексе ACE-R) составила $24,5 \pm 1,9$, 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 средний показатель составил $11,2 \pm 2,4$.

Данные приведены в таблице 3.

Таблица 3.

Сравнение результатов исходного тестирования по группам

Шкалы		Количественные показатели
<i>АСЕ-R</i>		72,1 ± 5,5
Субшкалы	<i>Вн. и ориент.</i>	16.8±1.5
	<i>Память</i>	17.7±4.2
	<i>Реч. активн.</i>	7.7±2.5
	<i>Речь</i>	24.2±2.4
	<i>Зр.-пр. функц.</i>	13.9±1.6
<i>MMSE</i>		24,5 ± 1.9
<i>Батарея лобных тестов</i>		11, 2 ± 2,4

Нарушения речи в виде афазии и дизартрии имели место у 26,2% пациентов (22 чел.) при этом грубые афатические расстройства (тотальная афазия) выявлены у 6 (7,1%) пациентов, умеренная сенсо-моторная афазия наблюдалась у 9 (10,7%) больных, легкие нарушения в виде элементов сенсорной или моторной афазии – у 7 (8,3%).

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 апрактагнозия – 17,8%.

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

Средний балл по Шкале апатии – $9,8 \pm 3,3$.

Таблица 4.

Выраженность депрессии по шкале Бека у пациентов

Уровень депрессии	Количество пациентов (n=84)	
	абс.число	%%
<i>Норма</i>	–	–
<i>Мягкая</i>	1	1,2
<i>Умеренная</i>	17	20,2
<i>Сильная</i>	40	47,6
<i>Максимальная</i>	26	30,9

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%).

Таблица 5.

Коморбидные психические расстройства у обследованных пациентов.

Характер психических расстройств	%%
Аффективные расстройства поведения	12.5
Тревожное расстройство органической природы	14.3
Органическое диссоциативное расстройство	8.1
Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство	19.4
Органическое расстройство личности	22.7
Смешанная корковая и подкорковая деменция	5.3
Сосудистая деменция с острым началом	5.2

При оценке выявленных у пациентов функциональных нарушений с применением теста PULSES Profile (Табл. 6) 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 6.

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 функций мочеиспускания и дефекации	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%.

При этом за способность к самостоятельному передвижению нами была принята способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

Способность к самостоятельному передвижению по нашему мнению включала:

- способность ходить со средним темпом ходьбы (2 – 4 км\час);
- способность подниматься и спускаться по лестнице;
- способность к перемене и удерживанию положения тела (возможность вставать и садиться, опускаться на корточки, на

колени и вставать, сохранять положение стоя и сидя, поддерживать принятую позу, совершать наклоны туловища);

- способность сохранения равновесия при передвижении и в состоянии покоя.

Соответственно ограничение самообслуживания возникало при нарушении статодинамической функции, обусловленные двигательными расстройствами (тетрапарез, паралич, парез верхних конечностей, вестибулярно-мозжечковыми расстройствами).

За способность к самообслуживанию нами принималась способность пациента самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Исходя из этого способность к самообслуживанию включала:

1. Способность обеспечения персонального ухода:

- способность соблюдать личную гигиену (причесываться; умываться; чистить зубы; пользоваться ванной, душем, включая мытье всего тела, спины; ухаживать за руками и ногтями; соблюдать гигиену после физиологических отправок; осуществлять уход, обусловленный полом);
- способность пользоваться одеждой (управляться с верхним и нижним бельем, чулочно-носочными изделиями, головным убором; застегивать пуговицы, крючки, молнии; надевать обувь; завязывать

шнурки или вдевать их в ботинки; осуществлять уход за одеждой и обувью; пользоваться перчатками);

- способность принимать пищу (подносить пищу ко рту, жевать, глотать, подносить стакан ко рту, проглатывать жидкость);
- способность осуществлять контролируемое выделение мочи и кала;
- способность организовывать сон и отдых в постели (укладываться в постель, находиться в кровати, заправлять постель);

2. Способность обеспечения персональной сохранности:

- способность обеспечивать безопасность при пользовании домашними приборами, спичками, кранами;
- способность обеспечивать личную безопасность при пользовании лекарствами.

За способность к общению нами принималась способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

Способность к общению (коммуникации) подразумевает:

- способность говорить (понимать речь, произносить и производить вербальные сообщения, передавать их смысл посредством речи);
- способность слушать (воспринимать вербальные и иные сообщения);
- способность видеть (читать и воспринимать видимую информацию, письменные, печатные или иные сообщения);

- способность писать (кодировать язык в письменные слова, составлять письменные сообщения и т.п.);
- способность к символической коммуникации (понимать знаки и символы, коды, читать карты, диаграммы, принимать, понимать и передавать информацию жестами, выражением лица и т.п.);
- способность воспринимать и передавать информацию путем тактильных ощущений.

За способность к обучению нами принималась способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

Способность к обучению нашему мнению включала:

- способность к получению умений и навыков и их воспроизведению;
- способность к восприятию и переработке, запоминанию и использованию культурных, морально-этических, социально-правовых и бытовых навыков, умений и знаний.

За способность к ориентации нами принималась способность определяться во времени и пространстве.

Способность к ориентации включала:

- способность к осознанию местонахождения во времени по окружающим признакам (день, ночь, сумерки, лето, зима, осень и т.д.);

- способность к осознанию местонахождения в пространстве по атрибутам пространственных ориентиров;
- способность к осознанию собственной личности, образа тела и его частей (положение тела и его частей, дифференциация «право – лево» и др.);
- способность к восприятию, узнаванию и адекватному реагированию на поступающую информацию (вербальную, невербальную, зрительную, звуковую, вкусовую, полученную путем обоняния и осязания), понимание связи между предметами и людьми.

В ходе проведенного исследования было установлено, что ограничения способности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению у обследованных пациентов наблюдались, как правило, при нарушениях статодинамической функции; способность к обучению ограничивалась при нарушении психических, статодинамических и сенсорных функций; коммуникативные возможности ограничивались у пациентов с нарушением психических, статодинамических и сенсорных функций; ограничения ориентации отмечались при нарушении психических и сенсорных функций, а нарушение контроля над своим поведением – при нарушениях психических функций.

Полученные данные представлены в таблице 7.

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 ($r = - 0,82$).

Таблица 7.

Зависимость нарушения основных видов жизнедеятельности у пациентов, перенесших церебральный инсульт от характера функционального дефекта.

Основные виды жизнедеятельности	Функциональные нарушения		
	Нарушения статодинамических функций	Нарушения психических функций	Нарушения сенсорных функций
<i>Способность к самостоятельному передвижению</i>	+	±	-
<i>Способность к самообслуживанию</i>	+	±	-
<i>Способность к обучению</i>	-	+	±
<i>Способность к общению</i>	±	+	±
<i>Способность к ориентации</i>	-	+	±
<i>Возможность контроля над своим поведением</i>	-	+	-

Результаты оценки отдельных параметров качества жизни, проведенной с использованием опросника SF-36, свидетельствовали о значительном снижении показателей, связанных с физическим здоровьем пациентов (Рис. 2).

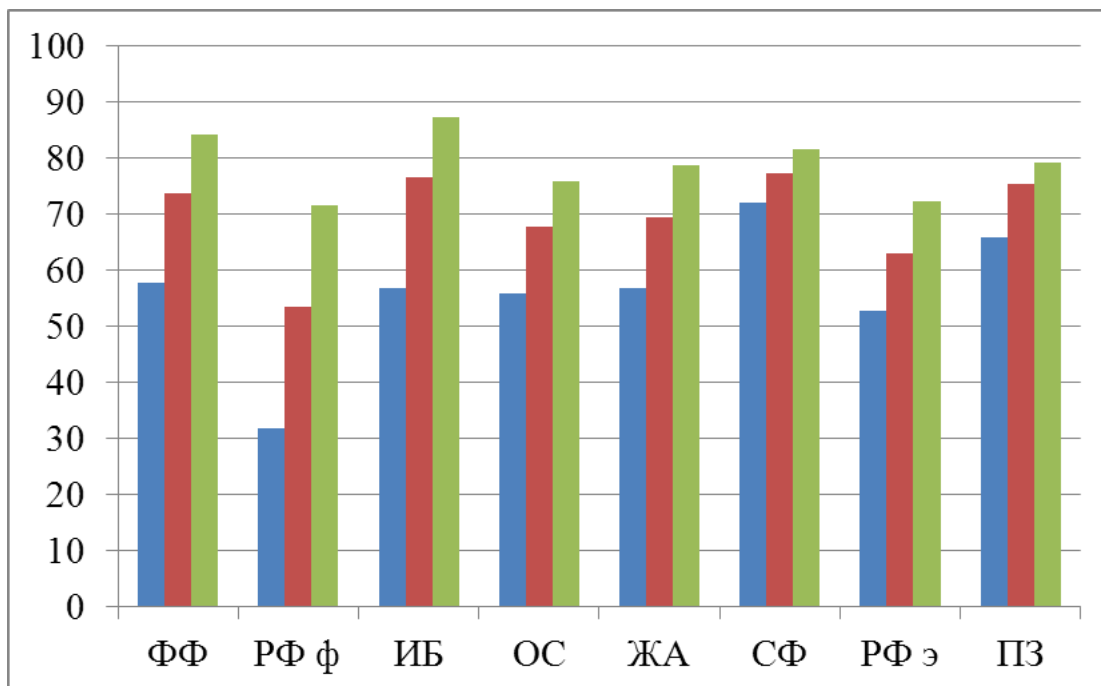


Рисунок 2. Средние значения показателей качества пациентов при обследовании, проведенном в стационаре.

При этом была отмечена отрицательная корреляция способности к самообслуживанию с показателями жизненной активности и социального функционирования ($p < 0.05$).

Таблица 8

Средние значения отдельных показателей качества жизни по опроснику SF-36

Шкалы	Количественные показатели
Физическое функционирование (ФФ)	57.8±22.0
Рольное функционирование (физическое) (РФ ф)	31.9±44.3
Индекс боли (ИБ)	56.9±29.5
Общее состояние	55.8±14.8

	здоровья (ОСЗ)	
Г	Жизненная активность	56.7±21.1
	Социальное функционирование (СФ)	72.0±26.9
	Ролевое функционирование эмоциональное (РФ э)	52.8±43.2
	Психическое здоровье (ПЗ)	65.9±17.4

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.

Нами было проведено анкетирование 52 родственников и близких, социально значимых лиц пациентов, требующих по состоянию здоровья постоянного или временного ухода.

Было установлено, что в основном за пациентами ухаживают женщины – 40 чел. (76,9%) опрошенных.

Уход своему супругу обеспечивали 24 респондента (46,2%), родителям – 10 чел. (19,2 %), взрослым детям – 9 чел. (17,4%), другими родственникам – 6 чел. (11,5%).

При ответе на вопрос, как они оценивают свои знания по возможности

оказания помощи, в том числе психологической, уходе, профилактике развития осложнений заболевания и др. лишь 5 (9,6%) респондентов расценили свои знания и навыки, как «достаточные». Большинство опрошенных респондентов сочли свои знания неудовлетворительными.

При этом 48 (92,3%) опрошенных пожелали расширить свои представления и получить дополнительные навыки по возможности оказания психологической и социальной помощи пациентам на специальных курсах.

Таким образом, всё вышеизложенное по нашему мнению определяет возможность и 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.

ГЛАВА 4.

РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ «ШКОЛА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ».

«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.

4.1. Основные принципы организации подготовки родственников пациентов к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации.

Для качественной подготовки родственников пациентов к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации целью предусматривалось проведение специальных теоретических и практических занятий по следующим направлениям:

1. Создание адаптивной среды жизнедеятельности постинсультного пациента.
2. Формирование у родственников правильное отношение к пациенту и его заболеванию с целью использования влияния семьи для успешной реабилитации.
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.

Так, исходно, в ходе проводимого с родственниками пациента занятия, предоставлялась информация, что комната, в которой размещается пациент, должна быть достаточно просторной, солнечной и защищенной от посторонних шумов. При этом пациент не должен чувствовать себя в ней полностью изолированным от внешнего мира.

Мебель, отделка и другие предметы домашнего обихода в комнате не должны препятствовать возможности ежедневной уборки в комнате, где лежит пациент. Желательно установить в комнате прочную и устойчивую мебель, которую можно было бы использовать в качестве опоры. Коврик перед кроватью не должен скользить. Освещение в комнате не должно быть ярким, наоборот, оно должно умиротворять больного. Комнату следует хорошо проветривать не менее 2^х раз в день. Температура воздуха должна быть комфортной и составлять $24,0 \pm 2^{\circ}\text{C}$.

Поскольку пациент прикован к кровати или проводит в ней большую часть своего времени, необходимо тщательный выбор кровати. Оптимальной

является специальная функциональная кровать, однако если нет возможности использовать функциональную кровать, то можно использовать любую другую, но с высотой не ниже 65 см. При необходимости, можно использовать ортопедические матрасы для достижения должной высоты.

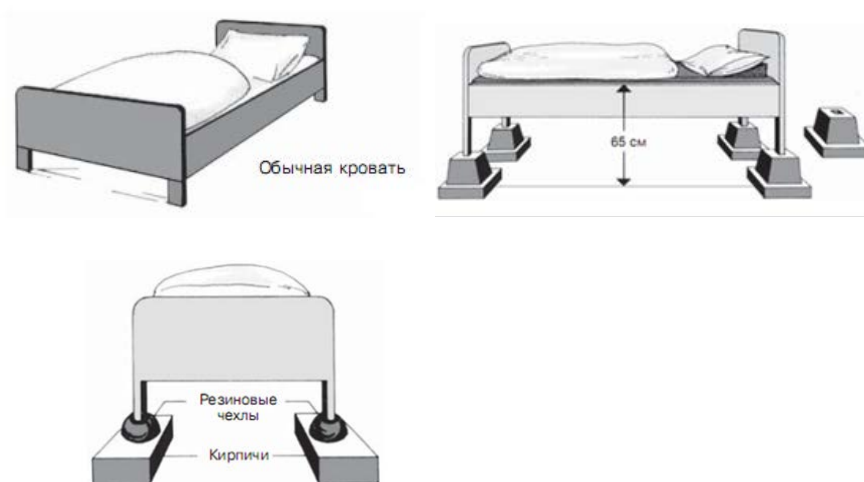


Рисунок 3. Вариант использования кровати для пациента.

Желательно расположить кровать головной частью к стене, чтобы к пациенту был обеспечен беспрепятственный доступ со всех сторон. При этом

стулья, вставленные в каркас обычной кровати, помогут заменить боковые решетки и предотвратить случайное падение пациента.

Постель больного обычно состоит из головной подушки, легкого одеяла (чтобы не было пролежней на кончиках пальцев ног), простыни без складок (желательно на резинке) и специальных подушек для фиксации пациента в положении на боку.



Рисунок 4. Функциональный подголовник.

Рядом с кроватью необходимо поставить небольшой столик или прикроватную тумбочку, шкаф с вещами больного. На тумбочке всегда должна присутствовать питьевая вода, настольная лампа, лежать очки больного (если он читает), пульт управления телевизором (если он смотрит телевизор) и колокольчик, которым больной может позвать ухаживающих. В выдвижной ящик тумбочки необходимо положить термометр, тонометр, ватные палочки, расческу, специальную косметическую продукцию, перевязочные средства (если они необходимы).

В нижнем отделении тумбочки можно разместить одноразовые гигиенические средства: пеленки, подгузники, прокладки, штанишки для их фиксации, полиэтиленовый пакет для сбора мусора.

Если пациент пользуется туалетом, то рядом с кроватью можно поставить переносное кресло-туалет, либо современный биотуалет.





Рисунок 5. Варианты прикроватных столиков, туалетов.

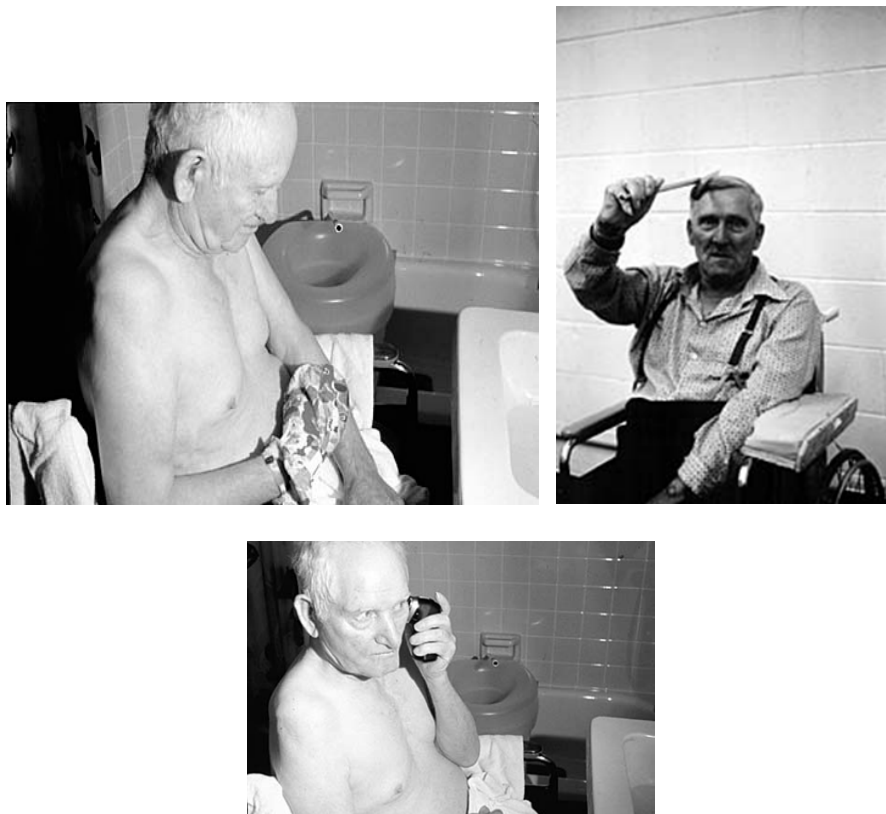


Рисунок 6. Встроенные ручки на зубных щетках и щетках для волос; зубная паста во флаконе с пульверизатором; крепление для зубной щетки для выдавливания пасты; приспособление для разбрызгивания дезодоранта; приспособление для разбрызгивания пены для бритья; жидкое мыло с распылителем; фиксатор с присоской для мыла; электрические зубные щетки и бритвы.



Рисунок 7. Поручни, вешалка рядом с ванной/душем специальный коврик на дно ванны прикрепите.



Рисунок 8. Специальные подъёмники в ванной.



Рисунок 9. Специальное кресло для душа.

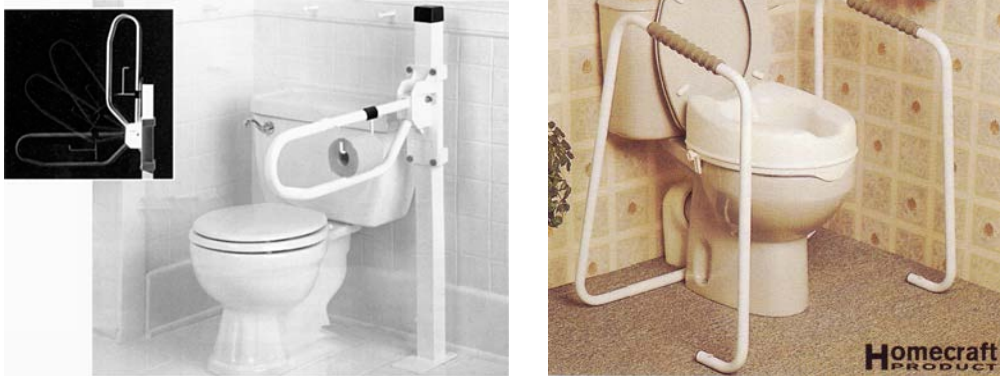


Рисунок 10. Вспомогательные устройства в туалете.



Рисунок 11. Приспособления для мытья волос.



Рисунок 12. Приспособления для облегчения процесса приема пищи.



Рисунок 13. Таблетница.



Рисунок 14. Вспомогательные средства для передвижения.

Также родственника пациентам, обеспечивающим ухода, предоставлялась подробная информация по организации ухода за лежачим больным, в т.ч. составление распорядка дня и индивидуального плана ухода. В частности, разъяснялось, что наблюдение и оценка общего состояния больного являются важным элементом ухода, помогающим вовремя распознать и предотвратить развитие осложнений основного заболевания. Так, в процессе ухода за больным необходимо ежедневно наблюдать за выражением лица, голосом,

состоянием кожи, количеством и качеством выделяемой жидкости, запахом тела, дыханием, пульсом, артериальным давлением.

Наряду с этим особое внимание уделялось соблюдением правил личной гигиены больного и асептики. Нами проводилось специальное практическое занятие, закрепляющее эту важную информацию.

Пояснялось, что для ухода за больным дома нужно не только приобрести необходимые средства, но и составить индивидуальный план ухода, т.е. распорядок дня.

При составлении плана должны быть учтаны все потребности больного.

Таблица 9.

Примерный вариант расписания дня пациента, перенесшего инсульта.

7.00	Туалет. Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости).
7.15	Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости). Проветривание комнаты.
8.00	Завтрак
8.30	Время покоя для больного. Уборка комнаты.
10.30	Профилактические и/или лечебные мероприятия. Питьевой режим (сок, минеральная вода по желанию). Туалет (возможно использование кресла-туалета) или смена подгузника (при необходимости). Подготовка к обеду.
12.30	Обед.
15.30	Послеобеденный сон. Питьевой режим (чай, сок, минеральная вода по желанию).

	Туалет (возможно использование кресла-туалета) или смена подгузника (при необходимости). Подготовка к ужину.
18.00	Ужин.
18.30	Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости). Проветривание помещения.
20.00	Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости). Подготовка ко сну.
20.30	Сон.

В процессе подготовки родственников особо внимание уделялось профилактике развития гнойно-септических осложнений со стороны мягких тканей (пролежни).

К сожалению, пролежни являются нередким осложнением, возникающим у пациентов, перенесших инсульт. Факторов, способствующих развитию пролежней не мало, однако главное – по наличию или отсутствию пролежней можно оценить качество ухода за больным. Благодаря правильно организованному уходу даже в случаях, когда пациент много лет прикован к постели, пролежни не развиваются.

Наиболее часто пролежни локализуются в области затылка, лопаток, на локтях, крестце, седалищных буграх, пятках – при положении больного на спине. В области ушной раковины, плечевого, локтевого, бедренного, коленного суставов, лодыже – при положении на боку.

Тем не менее, при соблюдении основных мероприятий, направленные на профилактику пролежней, как-то:

- уменьшение давления на кожу при сидячем или лежащем положении больного, для выполнения этого условия необходимо: каждые 2 часа менять положение тела лежащего больного; поворачивать больного на бок и фиксировать положение тела под углом 30° или 45° (для этого используются специальные подушки); использовать специальные матрацы, подстилки, подушки.
- активизация кровообращения путем ежедневного массажа кожи с использованием специальных средств; стабилизация кровообращения за счет смены активных и пассивных движений.
- защита кожи: ежедневное мытье или протирание кожи с использованием рН - нейтральных средств для мытья кожи; использование чистого, без складок постельного и нательного белья; использование подгузников, прокладок с гелеобразующим веществом при недержании; количество употребляемой жидкости должно быть не менее 1,5 -2 л (если нет противопоказаний). Ограничение приема жидкости приводит к сухости кожи, раздражению мочевого пузыря.
- сбалансированное питание: при тучности количество потребляемой пищи необходимо снизить, при дефиците массы тела – увеличить.

В тех случаях, когда это возможно, необходимо привлекать больных к посильным домашним делам, не позволяя им погружаться в болезненные переживания. Зачастую большинство жизненных навыков больному приходится осваивать заново. При наличии динамического равновесия необходимо учить пациента сидя надевать футболку, рубашку, брюки, умываться за прикроватным столиком, мыть руки, причесываться, чистить зубы. При наличии статического положения пациент выполняет гигиенические процедуры, стоя у раковины. Чтобы удобнее было осуществлять «захват» таких предметов, как зубная щетка, расческа, можно использовать резиновую или поролоновую трубку, закрепленную на ручке предмета. Как только пациент хорошо справится с заданием, задачу следует усложнить. Так пациент становится все более независимым в быту.

Также рациональным вариантом правильной организации – использование развивающих игр для детей, что помогает развитию мелкой моторики восстановления речи и других психических процессов.

В целом проведение подготовки родственников к адекватному осуществлению мероприятий социальной и бытовой адаптации предусматривало несколько этапов.

Так, на *первом этапе* лечащим врачом проводилась 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.

4.2. Оценка эффективности деятельности «Школы ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт»

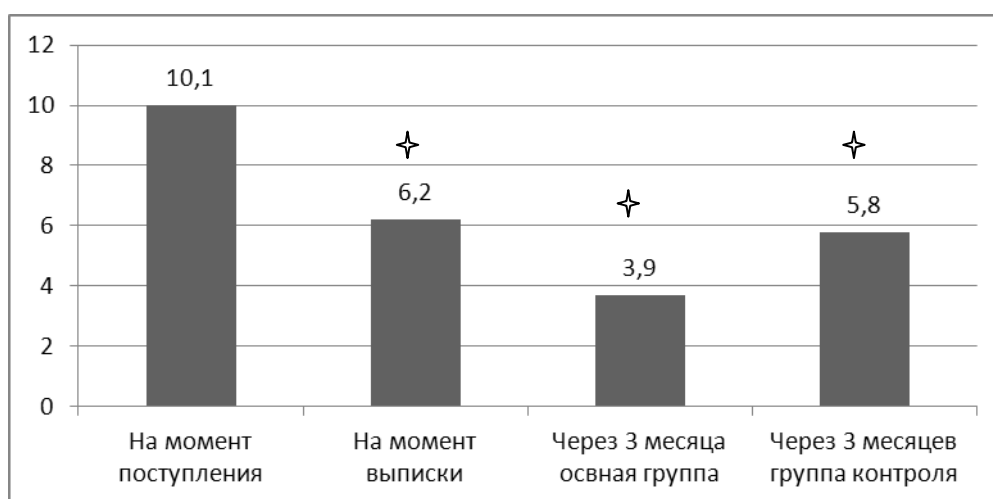
Эффективность применения разработанной нами системы организации подготовки родственников пациентов, перенесших инсульт, к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации оценивалась через 3 месяца после выписки пациента из стационара.

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 15.



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

Рисунок 15. 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 контрольно 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. 16).

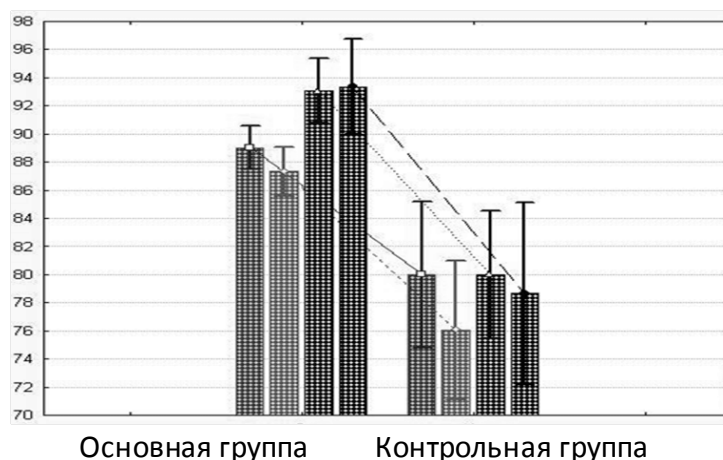


Рисунок 16. Средний балл ACE-R с ошибками в динамике по группам.

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. 17). При этом была отмечена существенная положительная динамика в тестах «Психоэмоциональное состояние, «Коммуникативные возможности».

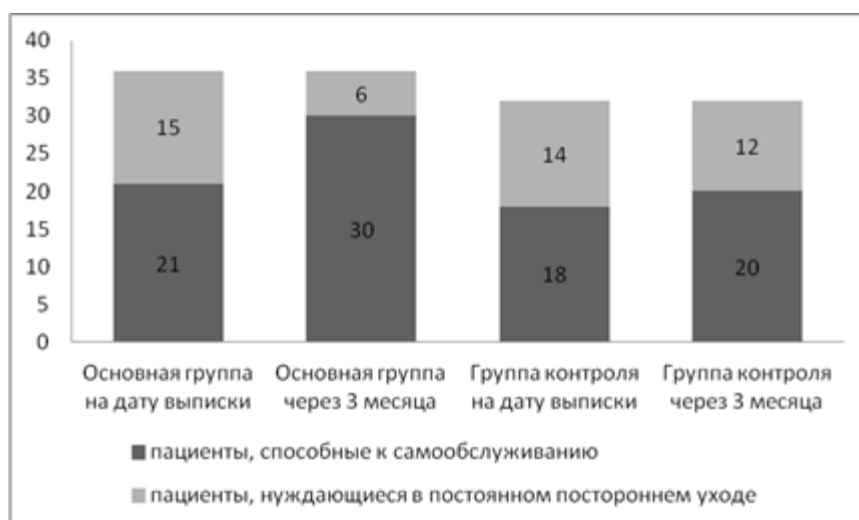


Рисунок 17. Динамика в состоянии пациентов по результатам теста PULSES Profile.

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 ($p < 0,05$).

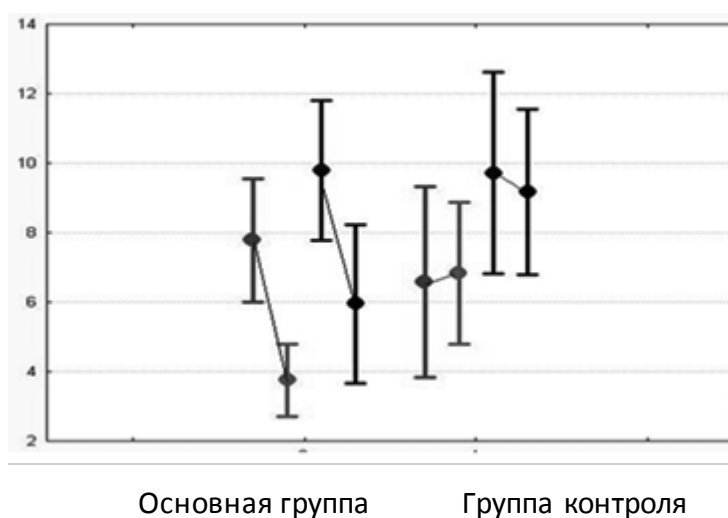


Рисунок 18. Сравнительная динамика средних показателей по Шкале депрессии Бека и Шкале апатии с ошибками.

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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Ежегодно в России регистрируется 400-450 тыс. церебральных инсультов, летальность при инсультах высокая остаётся достаточно высокой – до 38%, при этом у большинства пациентов, выживших после инсульта, сохраняются какие-либо функциональные нарушения различной степени выраженности.

В последние годы в нашей стране благодаря серьезным усилиям стали появляться определенные позитивные тенденции в организации медицинской помощи пациентам, перенесшим инсульт. Однако окончательно данная проблема не решена. Традиционно все тяготы по уходу за постинсультным пациентом ложатся на родственников пациентов. Также хорошо известно, что получить необходимую информацию родственникам о том, как и что им делать с постинсультным пациентом – задача не простая. Система патронажного ухода и помощи за пациентами, перенесшими инсульт, пока не создана.

Поэтому нами предпринята попытка провести научно-методическую разработку системы организации подготовки родственников пациентов, перенесших инсульт, к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе в рамках, так называемой, «Школы ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт», а также проанализировать эффективность её

внедрения, что 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.

Для достижения поставленной цели представлялось необходимым решить ряд взаимосвязанных задач.

5. Уточнить характер неврологических нарушений и нейропсихологических расстройств, оказывающих наибольшее влияние на качество жизни пациентов, перенесших церебральный инсульт.
6. 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.
7. Разработать стандартные программы социально-психологической адаптации для пациентов после перенесенного церебрального инсульта с возможностью их применения членами семьи пациента на амбулаторном этапе реабилитации.

8. Оценить эффективность применения разработанных программ социально-психологической адаптации пациентов после перенесенного церебрального инсульта.

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).

Нами было 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.

Так, нами было установлено, в первую очередь клиническую картину у обследованных пациентов определяли двигательные нарушения различной степени выраженности: тетрапарез – 4,8%, выраженный гемипарез – 21,4%, умеренный гемипарез – 50,0%, легкий монопарез или пирамидная недостаточность – 19,1 %, в 27,4% случаях также наблюдались вестибулярно-мозжечковые расстройства.

Среднее значение шкалы NIHSS составило $12,3 \pm 1,4$ балла у 53,6% пациентов и $6,7 \pm 1,6$ балла у 46,4% пациентов. В ходе проведения восстановительного лечения среднее значение данного показателя снизилось на $3,6 \pm 1,9$ балла, что составило 37,9%.

У многих пациентов отмечены нарушения высших психических функций, в т.ч., эмоционально-волевые расстройства, нарушения праксиса и гнозиса, о чём свидетельствовали результаты 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. Также были отмечены: алексия – 27,9%, аграфия (31,4%); акалькулия (28,1%), конструктивно-пространственная апраксия – 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, «органическое эмоционально-лабильное расстройство» – 19,1%. Расстройства психотического уровня (варианты сосудистой деменции) имели место в 10,7% случаях.

При оценке выявленных у пациентов функциональных нарушений с применением теста PULSES Profile 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%).

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. При этом была отмечена отрицательная корреляция способности

к самообслуживанию с показателями жизненной активности и социального функционирования ($p < 0.05$).

В целом, 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.

Исходя из того, что «Школа ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт» - это система организации подготовки родственников пациентов, перенесших инсульт, к осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации постинсультного пациента на амбулаторном этапе реабилитации, нами проводились с родственниками пациентов, перенесших инсульт, теоретические и практические занятия по наиболее важным направлениям:

7. Создание адаптивной среды жизнедеятельности постинсультного пациента:

8. Формирование у родственников правильное отношение к пациенту и его заболеванию с целью использования влияния семьи для успешной реабилитации, что подразумевает:
9. Коррекция внутрисемейных отношений, сглаживание возникающих конфликтных ситуаций между постинсультным пациентом и родственниками.
10. Обучение проведению мероприятий по профилактике характерных осложнений церебрального инсульта и мероприятиям по предотвращению повторного инсульта.
11. Обучение навыкам и приемам по восстановлению функций, нарушенных в результате перенесенного церебрального инсульта.
12. Формирование навыков общения с пациентами, имеющими речевые нарушения и/или психические расстройства.

Предложенная нами система подготовки родственников предусматривала несколько этапов.

Так, на *первом этапе* лечащим врачом проводилась 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%).

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 – $26,9 \pm 1,7$.

На момент выписки из стационара по результатам теста PULSES Profile в основной группе количество пациентов, способных, нуждающихся в постоянном постороннем уходе и полностью зависимых от посторонней помощи, составляло 41,6%, в контрольной группе – 43,7%. Через 3 месяца этот показатель составили 16,7% в основной группе, при 37,5 % в группе контроля, т.е. разница составила – 25%.

Также было отмечено более значительное уменьшение среднего значения показателей в баллах по шкале Бека и Шкале апатии в основной группе ($p < 0,05$).

Таким образом, представляется, что разработанная и апробированная нами система организации подготовки родственников пациентов по осуществлению мероприятий психологической и социальной адаптации пациентов в рамках «Школы ухода за пациентами, перенесшими церебральный инсульт» доказуема необходима и полезна.

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 объём 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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акимов, Г.А. Сосудистые поражения головного и спинного мозга / Г.А. Акимов, В.А. Хилько, А.М. Львовский, И.А. Вознюк, Д.А. Искра, С.Н. Янишевский – Изд. 3-е, испр. и доп. – СПб. : Гиппократ, 2004. – 486 с.
2. Балунув О.А. Банк данных постинсультных больных: факторы, влияющие на эффективность реабилитационного процесса // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2001. - № 3. - С.60-63.
3. Балунув О.А., Демиденко Т.Д. Результаты восстановительного лечения при заболеваниях головного мозга постинсультного и посттравматического характера и периферической нервной системы // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000. - № 6. - С.9-12.
4. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. - М.: Медицина, 2002. -168 с.
5. Бейн Э.С., Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Некоторые теоретические проблемы реабилитации больных, перенесших инсульт // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями - Л., 2001.- С.9-12.
6. Белов В.П. и др. Реабилитационный потенциал хронически больного: анализ содержания и оценки // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация инвалидов. Вып.4.- М.: 2000.- С.26-31.
7. Белова А.Н. Влияние различных физических нагрузок на центральную и мозговую гемодинамику у больных, перенесших мозговую инсульту // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 2003. - № 1. - С.16-19.
8. Белова А.Н. Амбулаторная реабилитация больных с последствиями мозгового инсульта: дифференцированный подход // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1996. - № 1. - С.88-91.
9. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.: Антидор, 2000. – 568 с.
10. Белова А.Н., Афошин С.А. Дозированные физические нагрузки в реабилитации больных, перенесших мозговую инсульту // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 2003. - № 3. - С.41-44.

11. Белова А.М., Григорьева В.Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных. - М.: Антидор, 2001. - 184 с.
12. Белова А.Н., Шипетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. М., 1999, т.2.- 147с.
13. Богат З.И., Кадыков А.С. Восстановительное лечение больных с заболеваниями нервной системы в условиях восстановительного отделения поликлиники // Организация, нормирование и планирование труда в учреждениях и отделениях восстановительного лечения и долечивания. М., 2001. - С. 90-95.
14. Богданов О.В., Варман Б.Г., Алиев А.Т. Восстановление двигательных расстройств с помощью приёмов функционального биоуправления // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1995, - № 12. - С. 359-365.
15. Боголепов Н.К., Бурд Г.С., Дубровская М.К. Реабилитация больных при острых нарушениях мозгового кровообращения: Ме-тод. рекомендации. - М., 1995. – 34 с.
16. Боголюбов В.М., Зубкова С.М., Петренко Г.Г. Экспериментальное исследование физико-химического действия импульсных токов при трансцеребральном применении // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК.-2004.-№ 4.-С.3-7.
17. Боголюбов В.М., Одинак Н.М., Романов В.К. К вопросу поэтапной реабилитации больных, перенесших инсульту // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 1998. - № 3. - С.47-48.
18. Бурцев Е.М. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия //Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1998. - № 1. - С.45-48.
19. Бурцев Е.М. О клинической и морфологической серьезности начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1997. - № 6. - С.71-74.
20. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.О. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. - М.: Медицина, - 1997. - 288 с.

21. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта в клинической практике / Н.В. Верещагин // Атмосфера. Нервные болезни. – 2004. – № 1. – С. 19–20.
22. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста / Н.В. Верещагин // Инсульт. – 2003. – № 9. – С. 8–9.
23. Верещагин Н.В. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии / Н.В. Верещагин, В.А. Моргунов, Т.С. Гулевская. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
24. Верещагин Н.В. Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов, З.А. Суслина // Consilium medicum. – 2001. – Т. 3, № 5. – С. 221–225 .
25. Верещагин Н.В. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения: теория и реальность / Н.В. Верещагин, Ю.Я. Варакин // Журнал неврологии и психиатрии. – 1996. – № 5. – С. 5–9.
26. Верещагин Н.В. Регистры инсульта в России: результаты и методические аспекты / Н.В. Верещагин, Ю.Я. Варакин // Неврология и психиатрия. Приложение «Инсульт». – 2001. – № 1. – С. 34–41.
27. Виберс Д. Инсульт. Клиническое руководство : пер. с англ. / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун. – М. : БИНОМ, 2005. – Изд. 2. – 608 с.
28. Виленский Б.С. Европейская «Инсульт - Инициатива» - рекомендации, по ведению больных - 2003 (по материалам журнала «Cerebrovascular disease». – 2003. – Vol. 16. – P. 311-317) / Б.С. Виленский, А.П. Кузнецов // Неврологический журнал. – 2004. – Т. 9, № 3. – С. 55–61.
29. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение / Б.С. Виленский. – СПб. : ООО «Фолиант», 2002. – 397 с.
30. Виленский Б. С., Широков Е.А. О пересмотре принципов и совершенствовании методов дифференцированной терапии ишемического инсульта // Журн. неврологии и психиатрии им.С.С. Корсакова. - 2002.- № 1. - С.53-56.
31. Волошин П.В., Тайцлин В.И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. – М.: Знание-М,– 2001. – 557 с.

32. Ворлоу Ч., Деннис М., Ван Гейн Ж. и др. Инсульт: пер. с англ. / Под ред. А.А. Скоромца, В.А. Сорокоумова. - Л.: Политехника, 1998.- 629 с.
33. Горбачева Ф.Е. Сосудистые заболевания головного мозга // Болезни нервной системы.- М.: Медицина,- 2002.- Т.1.-С.278-349.
34. Горбачева Ф.Е., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга // Болезни нервной системы. Руководство. М.: Медицина, - 1995. - Т. 1. - С. 152-155.
35. Григорова И.А. Ишемический церебральный инсульт: современные представления о патогенезе и принципах лечения // Харьковский мед.журнал. - 2007. - №2. - С.30-32.
36. Григорьева В.Н., Камаев И.А., Голод М.С., Переслегина И.А., Позднякова М.А., Мудрова Н.Т. Совершенствование работы амбулаторных отделений медицинской реабилитации // Здравоохранение Российской Федерации.-2000.-№4.-С.28-32 .
37. Григорьева В.Н., Белова А.Н., Густов А.В. Методология оценки эффективности реабилитации неврологических больных // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1997. - № 12. - С.95-98.
38. Гудкова В.В., Стаховская Л.В., Ковражкина Е.А., Чекнева Н.С., Квасова О.В., Кирильченко Т.Д., Петрова Е.А., Иванова Г.Е. Ранняя реабилитация после перенесенного инсульта. // Consilium medicum. – 2005 – том 7, №8, - с. 692 – 696.
39. Гусев Е.И., Виленский Б.С., Скоромец А.А. Основные факторы, влияющие на исход инсультов // Журн. неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. - 1995. - № 1. - С.4-6.
40. Гусев Е.И., Дробышева Н.А., Никифоров А.С. Реабилитация в неврологии: Учебное пособие. М., 2000. – 52 с.
41. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Журавлева Е.Ю. Механизмы повреждений ткани мозга на фоне острой фокальной ишемии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1999. - № 5. - С.55-58.

42. Гусева Н.К., Потанина И.В., Соколова И.А. Формирование индивидуальных программ реабилитации как направление работы бюро медико-социальной экспертизы // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 1999. - № 1. - С.33-36.
43. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. Под ред. Н.Н.Яхно.- Москва, 2002. -С.70-85
44. Демиденко Т.Д. Системный подход к реабилитации больных с нарушением мозгового кровообращения. // Реабилитация больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Л., 1999 - С.7-17.
45. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. - Л.: Медицина, - 1989. - 207 с.
46. Добровольский В.К. Лечебная физкультура в реабилитации постинсультных больных. - М.: Медицина, 2006.- 154 с.
47. Захаров В.В., Локшина А.Б. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. // РМЖ. Неврология. Психиатрия.-2009.- Т17.- №20.-С.1325-1329.
48. Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. Цереброваскулярная реактивность в патогенезе ишемических поражений мозга у больных разного возраста // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2006. - № 5. - С.19-23.
49. Иванов Е.М., Эндакова Э.А. Принципы и этапность медицинской реабилитации // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 2006. - № 2. - С.40-44.
50. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Изд-во НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 127 .
51. Кадыков А.С. Восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, перенесших инсульт (основные факторы реабилитации): Автореф. дис... д-ра мед.наук.- М., 1991. –54 с.
52. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта // Российский мед.журн.- 1997.- № 1 - С.21-24.

53. Камчатнов П.Р. Хронические расстройства мозгового кровообращения. Возможности метаболической терапии.- Москва, -2008. -39с.
54. Ковальчук В.В., Скоромец А.А. К вопросу организации реабилитации пациентов, перенесших инсульт // Всероссийская Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы психиатрии и неврологии»: Материалы. – СПб, 2007. – С. 136-137.
55. Ковальчук В.В., Васильева И.В. Лечебная физическая культура как фактор улучшения социальной и бытовой адаптации больных после инсульта // Травматология и ортопедия России. – 2007. – № 3 (45). – С. 182
56. Ковальчук В.В., Скоромец А.А., Высоцкая М.Л., Мелихова Е.В., Ильяйнен Е.В. Физическая реабилитация постинсультных пациентов // XI Российский национальный Конгресс «Человек и его здоровье»: Тезисы докладов. – СПб., 2006. – С. 146.
57. Ковальчук В.В., Мельникова Н.В., Скоромец А.А. Совершенствование нейропсихологической реабилитации постинсультных пациентов пожилого и старческого возраста на примере работы логопедического кабинета центра неврологической реабилитации // Проблемы геронтологии, нейроиммунологии. Организация медицинской помощи ветеранам войн: Межрегиональный сборник научных работ. Том 3 / Под ред. С.Н. Тепловой, Д.Ш. Альтмана. – Челябинск: Издательство Татьяны Лурье, 2006. – С. 16-19.
58. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. - М.: Медицина. - 1998. - 304 с.
59. Козлов В.И. Ранняя психосоциальная реабилитация в неврологической клинике пациентов, перенесших церебральный инсульт. Автореф. дис... канд. мед.наук. - М., 2006. – 21 с.
60. Косичкин М.М. Социально-гигиенические проблемы инвалидности, вследствие поражения нервной системы, перспективы и пути развития

медико-социальной экспертизы и реабилитации: Автореф.дис...
док.мед.наук. - М., 1996. – 55 с.

61. Косичкин М.М., Гришина Л.П. Общий контингент инвалидов вследствие поражения нервной системы в Российской Федерации. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 1998. № 1. С.34-37.
62. Косичкин М.М., Пряников И.В. Восстановительное лечение больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга в условиях санаторного отделения реабилитации (организационно-методические аспекты) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. № 1. - С.18 – 21.
63. Косичкин М.М., Полунина Л.В., Пряников И.В., Светогорова Т.Г. Основные принципы определения реабилитационного потенциала // Современные технологии медико-социальной и профессиональной реабилитации: задачи, проблемы, перспективы. Материалы докл. Международной научно-практ.конференции 26 –27 ноября 1999 г. – М., - С.200 – 203.
64. Косичкин М.М., Полунина Л.В., Пряников И.В. и др. Перспективы практического использования понятия реабилитационного потенциала в стандартизации основных понятий и методов его определения // Перспективы оптимизации работы госпиталя (стационара) на основе стандартизации в здравоохранении. Материалы докл. XXX научно-практ.конференции 26 мая 2000 г. – Красногорск, 2000. – С.153 –155.
65. Кочетков А.В., Шиленкова Е.А. Нейрофизиологические основы функционального восстановления моторного контроля при очаговых поражениях головного мозга // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 1997.- № 4.- С.43-45.
66. Куликов Н.Г., Терещенков А.В., Пелисова Л.А. Клубные формы групповой психотерапии в системе реабилитации больных с сосудисто-мозговой патологией. // Новое в реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями мозга.- Л., 2009. - С.97-106.

67. Курако Ю.Л., Вайсфельд Д.Н. Восстановительное лечение в условиях курорта больных, перенесших инсульт. - М.: - 2001. -133 с.
68. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении.- Москва, 2006.25с.
69. Левин О.С., Усольцева Н.И., Дударова М.А./ Когнитивные нарушения в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта// Российский медицинский журнал. №4, 2009. стр.20-24.
70. Львова Р. И. Восстановительное лечение и социально-трудовая реадaptация постинсультных больных с двигательными нарушениями: Автореф. дис... канд. мед.наук. - Л., 2005. – 34 с.
71. Манвелов Л.С., Кадыков А.В. Лёгкие и умеренные расстройства когнитивных функций при хронических сосудистых заболеваниях головного мозга.// Практическая неврология и реабилитация.-2008, -№3.- С.42-46.
72. Майорникова С. А. Особенности комплексной методики восстановления функции ходьбы у больных с постинсультным гемипарезом / С. А. Майорникова, О. В. Козырева, Л. А. Черникова // ЛФК и массаж. – 2006. – № 8 (32). – С. 3-6.
73. Мартынов Ю.С., Гирич Т.И., Кунцевич Т.И. Диагностика, лечение и профилактика ранних стадий недостаточности мозгового кровообращения // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1999. - № 3. - С.4-7.
74. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей в 3-х томах / Под ред. академика РАМН В.М. Боголюбова. - Пермь: Звезда, 1998. - 1950 с.
75. Михайлова Н.В. Школа здоровья для пациентов – важнейший фактор качества медицинской помощи // Профилактическая медицина. - 2004. - № 2. – С. 3 – 10.
76. Мусаев А.В., Балакишиева Ф.К. Состояние центральной гемодинамики у больных с начальными проявлениями недостаточности кровообращения мозга под влиянием пелоидотерапии в комплексе с электрофорезом

- вазоактивных препаратов // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 2001.- № 4.- С.13-16.
77. Неретин В.Я., Николаев М.К. Реабилитация больных с церебροкардиальными нарушениями. - М.: Медицина, - 1986. - 206 с.
78. Одинак М.М., Михайленко А.А, Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. – СПб.: Гиппократ, – 1998. – 160 с.
79. Оппель В.В. Восстановление речи после инсульта. - Л.: Медицина, 2002. – 167 с.
80. Осадчих А.И. Медико-социальные аспекты инвалидности // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. - № 7. – С. 12 – 16.
81. Полунин В.С. Проблемы формирования службы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов // Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты. Тез. докл. научн.конф.- М.,: МЗ СССР, МЗ ГССР, 1999.- С.18-22.
82. Петрова О.А. Комплексная реабилитация больных в раннем восстановительном периоде ишемического мозгового инсульта в амбулаторно-поликлинических условиях. дис. на соиск. уч.степени канд.мед.наук. – 2005 г.
83. Полунин В.С. Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов // Обзорная информация ЦБНТИ МСО РСФСР. Вып.3.-М.,2000.-100 с.
84. Полунин В.С., Рябова Л.М. Разработка проблем медицинской реабилитации в рамках ВОЗ // Актуальные вопросы медицинской реабилитации и физической терапии. – Л., 1999. – С.124 – 128.
85. Помников В.Г. Важность использования дополнительных методов обследования для реабилитационного прогноза при дисциркуляторной энцефалопатии / В.Г. Помников, С.Н. Жулев, Н.Ю. Сахарова. // Инновационно-диагностические технологии и медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. - Днепропетровск, -2005.- С. 108-110.

86. Преображенская И.С., Яхно Н.Н. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические проявления, диагностика, лечения. // Неврологический журнал.- 2007.-Т.12.-№5-С.45-50.
87. Пряников И.В., Прорехин А.В. Принципы реабилитации больных с церебральным инсультом // Новые технологии восстановительной медицины и курортологии (физиотерапия, реабилитация, спортивная медицина). Материалы VII Международного форума 1- 7 октября 2000 г. Турция, Анталия. – М., 2000. – С.100 – 101.
88. Пряников И.В., Федин А.И., Демишева Н.С., Подобедова Н.С. и др., Организация медицинской реабилитации больных с последствиями инсульта в условиях загородного санатория // Актуальные вопросы медицинской нейрореабилитации. Тез. докл. третьей научно-практической конф. 19-20 декабря 1996 г. - М., 1996.- С.10-11.
89. Реабилитация двигательных функций у больных, перенесших ишемический инсульт: Информационное письмо для врачей неврологов, врачей лечебной физкультуры, врачей восстановительной медицины стационаров и поликлиник / А.Н. Новосельский, И.В. Карманова, А.А. Быков, Н.В. Тычкова. - Иваново, 2007. - 20 с.
90. Румянцева С.А., Силина Е.В. Нейропротекция при сосудистых заболеваниях мозга.- Москва, 2008.20с.
91. Савельева И.Е. Кинезотерапия при ишемических инсультах // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 5. – С. 106 – 107.
92. Савельева И.Е. Эффективность различных вариантов лечебной гимнастики в раннем восстановительном периоде инсульта // Вестник ОГУ. – 2006. – Т.2, № 6. – С. 150 – 152.
93. Савельева И.Е. , Ионова В.Г. Реабилитация больных с пирамидными двигательными нарушениями // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2006. – Т.11, №1-2. – С. 54 – 57.
94. Семашко Н.А. Профилактическое направление в лечебной медицине (доклад на пленуме Центральной врачебной секции). – Вестн. совр. мед.,

- 1928 г, № 1, с. 33 – 39; В кн.: Избранные произведения. М., 1954, с. 152 – 158.
95. Семенов Б.Н. К вопросу об индивидуальной программе реабилитации инвалидов // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 1999. - № 1. - С.36-37.
96. Семенов Б.Н., Нестеров Н.И., Аносов И.А. Об организации службы медицинской реабилитации // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 1998.-№ 2.-С.44-47.
97. Семенова Г.М. Причины, влияющие на исход инсульта: Автореф...канд.мед.наук. – СПб., – 2003. – 28 с.
98. Скворцова В.И. и соавт., Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации. М., 2004. – 40 с.
99. Скворцова В.И. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта / В.И. Скворцова // Качество жизни. – 2004. – Т. 4, № 2. – С. 10–12.
100. Скворцова В.И. Вторичная профилактика инсульта / В.И. Скворцова, И.Е. Чазова, Л.В. Стаховская. – М., 2002. – 212 с.
101. Скворцова В.И., Гудкова В.В., Кирильченко Т.Д., Петрова Е.А., Ковражкина Е.А., Кремлева М.С. Перспективы развития ранней реабилитации больных с инсультом. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. - вып 9. – 2003, - с 192.
102. Сивуха Т.А., Муратова С.М., Косичкин М.М. и др. Комплексная программа реабилитации инвалидов вследствие сосудистых заболеваний головного мозга // Метод. рекомендации для врачей.- М., 2006. - 44 с.
103. Сивуха Т.А., Косичкин М.М., Демин В.А. и др. Клиника и врачебно-трудовая экспертиза при нарушениях венозного кровообращения головного мозга. // Обзорная информация. Вып.8. М.: ЦБНТИ, 1992.- 16 с.
104. Сосудистые заболевания нервной системы / А.С. Кадыков [и др.] // Нервные болезни : учеб. лит-ра для слушателей системы последиplomного образования / под ред. М.А. Пузина. – М. : Медицина, 2002. – С.133–179.

105. Столярова Л.Г., Кадыков А.С. Реабилитация больных, перенесших инсульт. // Медицина.- 1998.- № 12 - С.55-58.
106. Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. - М.: Медицина, -1998. – 216 с.
107. Стрелкова Н.И. Болезни нервной системы // Справочник по санаторно-курортному отбору. - М.: Медицина, 1986. - С. 99-123.
108. Стрелкова Н.И. Начальные формы сосудистых поражений головного мозга: предотвращение их прогрессирования с помощью методов физической терапии // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. - 1999. - № 6. - С.41-42.
109. Суслина З.А. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения: диагностика и лечение / З.А. Суслина, Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов // Consilium medicum. – 2001. – Т. 3, № 5. – С. 218–221.
110. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
111. Терещенков А.В. Психотерапия при реабилитации больных с сосудисто-мозговыми нарушениями в условиях специализированного поликлинического отделения // Реабилитация больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. - Л., 1989.- С.42-49.
112. Трошкин В.Д. Теоретико-методологические основы профилактики нервных и психических болезней // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000. - № 2. - С.45-47.
113. Труманина Н.Д. Основы медицинской реабилитации. – М.: Медицина, - 1999. – 344 с.
114. Урманчеева, Л.Ф. Реабилитация больных ишемическим инсультом и его вторичная профилактика / Л.Ф. Урманчеева // Методические рекомендации. – Чита. – 2006, - 19с.

115. Урманчеева, Л.Ф. Совершенствование реабилитации и профилактика инвалидности при повторном ишемическом инсульте / Л.Ф.Урманчеева // Теория и практика комплексной реабилитации инвалидов: Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции. – Чита, 2006. – С. 257-260.
116. Урманчеева, Л.Ф. Изменение показателя качества жизни у больных инсультом после реабилитации / Л.Ф. Урманчеева // Теория и практика комплексной реабилитации инвалидов: Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции. – Чита, 2006. – С. 253-256.
117. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников. Под редакцией А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой . - Москва, 2002.- С.72-76, 87-90, 100-103, 118-119.
118. Шварков С.Б., Давыдов О.С., Кууз Р.А. Новые подходы к реабилитации больных с неврологическими двигательными дефектами // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2006. - № 3. - С.51-54.
119. Эпидемиология инсульта в России / Е.И. Гусев [и др.] // Неврология. – 2003. – С. 5–7.
120. Яхно Н.Н., Валенкова В.А. О состоянии медицинской помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения // Неврологический журнал. - 1999. - № 4. - С.44-45.
121. Яхно Н.Н., Лаврентьева. Клинико-гемодинамические особенности атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии. // Журнал неврологии и психиатрии, -1994; 94:3-5.
122. Яхно Н.Н, Захаров В.В., Локшина А.Б. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии. // Журнал неврологии и психиатрии.- 2005, -№2. С.13-17.
123. Яхно Н.Н, Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. // Русский медицинский журнал.-2002.-Т.10. -№12-13.-С.539-542.

124. Яхно Н.Н., Локшина А.Б., Захаров В.В. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии. // Неврологический журнал. –2004. –№2. –С.30–35.
125. Яхно Н.Н. Инсульт как медико-социальная проблема / Н.Н. Яхно, Б.С. Виленский // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 12. – С. 158–160.
126. Яхно Н.Н., Суслина З.А., Грибачева И.А. и соавт. Применение препарата билобил форте у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией 1–11 стадии с синдромом умеренных когнитивных нарушений // Невролог. Журнал–2008–Т.13–С.33–37.
127. Alexander David N. What is geriatric neurorehabilitation? // Neurol. Clin. - 1998 - V.16, № 3 - P. 714- 731.
128. Alexander M.P. - Stroke Rehabilitation Outcome: A Potential Use of Predictive Variables to Establish Levels of Care // Stroke. - 2004. - V.25. - P. 128-134.
129. Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from five randomized controlled trials // Arch. Intern. Med. - 2004. - V.154. - P. 1449 - 1457.
130. Bach-y-Rita P. A conceptual to neural recovery // In Bach-y-Rita (ed). Traumatic brain injury // New York - Demos. -2001. - P. 203 - 219.
131. Bangma B.D. Der Behinderte in einer sich wandelnden Welt und seine Rehabilitationsanliegen // Rehabilitation. - 2006. - B.25 - № 4. - S. 147-151
132. Bermond B. Spinal cord lesions peripheral feedback and intensities of emotional feelings. - Cognitions and emotion. - Psychological abstracts. - 2001, V. 78.
133. Berning J. Technische Arbeitshilfen. In Rehabilitation Bd: Jock-heimi K.-A., Scholz F. /Hrsg./ .171-176. Thime, Stuttgart. - 2005.
134. Boschen K.A. Variables affecting independent living for persons with physical disabilities // Rehabilitation. Progress Reports. Baltimore, 2004. - P.131.

135. Boushey C.J., Beresford S.A., Omenn G.S., Motulsky A.G. A quantitative assessment of plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease // JAMA. - 2005. - V.274. - P. 1049 - 1057.
136. Bowler W., Brown R., Cummins R., Donnelly M., et al. Approaches to the measurement of quality of life // 12th World Congress IFPRM - Book of abstracts, Sydney - 2005. - P.39.
137. Britton M. Home rehabilitation after stroke. Review of the literature // Nord Med. - 2004. - V.112, № 9. - P. 323 - 326.
138. Burchfield C.M., Curb J.D., Rodrigues B.L., Abbott R.D., Chiu D., Yano K. Glucose intolerance and 22-year stroke incidence: the Honolulu Heart Program // Stroke. - 2004. - V.25. - P. 951 - 957.
139. Byington R.P., Jukema J.W., Salonen J.T., et al. Reduction in cardiovascular events during pravastatin therapy: pooled analysis of clinical events of the Pravastatin Atherosclerosis Intervention Program // Circulation. - 2005. - V.92. - P. 2419 - 2425.
140. Dahlof B., Hansson L., Lindholm L.H., Schersten B., Ekblom T., Wester P.O. Swedish Trial in Old Patients with Hypertension analyses performed up to 2002 // Clin. Exp. Hypertens. - 2003. - V.15. - P. 925 - 939.
141. Dimond B. Disabled persons / services consultation and representation act. 1986 // Brit. J. Occup. Ther. - 2001. - V.52, №2. - P. 44 - 46.
142. Eisenblatter D., Heinemann L., Classen E. Community-based stroke incidence trends from the 1970s through the 1980s in East Germany // Stroke. - 2005. - V.26. - P. 919 - 923.
143. Elliot T.R. Assertiveness, social support and psychological adjustment following spinal cord injury.- Behavior research and therapy, 2001, V. 29, № 5.
144. Elliot T. R. et. al. Social relationship and psychological impairment of persons with spinal cord injury. Psychology and Health, 2002, V. 7, № 1.
145. Engel P., Hildebrandt J. Rehabilitation Körperbehinderten unter arbeitsphysiologischen Jeicetpunkten. - Int. J. Pheabil. Res., 2004, Bd. 1. P. 1-13.

146. Evers S.M. Economic evaluation of stroke: a meta-analysis // *Annu Meet Int. Soc. Technol. Assess Health Care.* - 2005. - V.15. - P. 105.
147. Falkoner J.A., Naughton B.J., Strasser D.C., Sinacore J.M. Stroke Inpatient Rehabilitation: A Comparison Across Age Groups // *J. Am. Geriatr. Soc.* - 2004. - V.42. - P. 39 - 44.
148. Feigin V.L., Wiebers D.O., Nikitin Y.P., O'Fallon W.M., Whisnant J.P. Stroke epidemiology in Novosibirsk, Russia: a population-based study // *Mayo Clin. Proc.* - 2005. - V.70. - P. 847 - 852.
149. Feigin V.L., Wiebers D.O., Whisnant J.P., O'Fallon W.M. Stroke incidence and 30-day case-fatality rates in Novosibirsk, Russia, 1982 through 1992 // *Stroke* - 2005. - V.26. - P. 924 - 929.
150. Fuchs Z., Blumstein T., Novikov I., Walter-Ginzburg A., Lyanders M., Gindin J., Habet B., Modan B. Morbidity, comorbidity, and their association with disability among community-dwelling oldest-old in Israel // *Stroke.* - 2001. - V.29, № 2. - P. 524 - 528.
151. Gibbon B. Implications for nurses in approaches to the management of stroke rehabilitation: a review of the literature // *Int. J. Nurs. Stud.* - 2003. - V.30, № 2. - P. 133-141.
152. Gillum R.F., Mussolino M.E., Ingram D.D. Physical activity and stroke incidence in women and men: the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study // *Am. J. Epidemiol.* - 2006. - V.143. - P. 860 - 869.
153. Hacke W. *Cerebral Ischemia* // Berlin. - Springer Verlag. - 2001.
154. Hospers W. Rehabilitation following Stroke // *Recent advanced in Brain Research.* - 2003. - № 5. - P. 29 - 30.
155. Hochstenbach J., Mulder L. The development and evaluation of a treatment program directed at the improvement of psychosocial behavior following stroke // *Rehabilitation. Progress Reports.* Baltimore, 2004. - P. 224.
156. Indredavik B., Slordahl S., Bakke F., et al: Stroke unit treatment: Long-term effects // *Stroke.* - 2001. - V.28. - P. 1951 - 1996.

157. Jiumelli J. Salute, autosufficienza, autonomia, considerazioni a margine di all'onne ricerche. - Med. geriatr., 2001, № 19. - P. 94-101.
158. Jorgensen H.S., Kammersgaard L.P., Nakayama H., Raaschou H.O., Larsen K.J., Hubbe P., Olsen T.S. - Treatment and rehabilitation in an apoplexy unit increases the 5-year survival // Ugeskr. Laeger. - 2000. - V.162 - № 4 - P. 3450 - 3452.
159. Jorgensen H.S., Nakayama H., Pedersen P.M., Kammersgaard, L.P., Raaschou H.O., Olsen T.S. Epidemiology of stroke-related disability // J. Public Health. Med. - 1999. - V.21, № 2. - P. 166 - 171.
160. Jorgensen H.S., Nakayama H., Raaschou H.O., Larsen K., Hubbe P., Olsen T.S. The effect of a stroke unit: reductions in mortality, discharge rate to nursing home, length of hospital stay and cost. A community-based study // Stroke. - 2005. - V.26. - P. 1178 - 1182.
161. Kalra L. The influence of Stroke Unit Rehabilitation on Functional Recovery From Stroke // Stroke. - 2004. - V.25. - P. 821 - 825.
162. Kalra L., Dale P. - Improving Stroke Rehabilitation: A Controlled Study. // Stroke. - 2003. - V.24. - P. 1462 - 1467.
163. Kawachi I., Colditz G.A., Stampfer M.J., et al. Smoking cessation and decreased risk of stroke in women. // JAMA. - 2003. - V. 269. - P. 232 - 236.
164. Keith R.A. Functional Status and Health Status // Arch. Phys. Med. Rehab. - 2004. - V.74. - P. 478 - 483.
165. Keith R.A., Wilson D.B., Gutierrez P. Acute and subacute rehabilitation for stroke: a comparison // Arch Phys. Med. Rehabil. - 2005. - V.76. - P. 495 - 500.
166. Kelly-Haves M., Paige C. Assessment and psychologic factors in stroke rehabilitation // Neurology. - 2005. - V.45 - /Suppl.1/. - P. 29 - 32.
167. Kiely D.K., Wolf P.A., Cupples L.A., Beiser A.S., Kannel W.B. Physical activity and stroke risk: the Framingham Study // Am. J. Epidemiol. - 2004. - V.140. - P. 608 - 620.
168. Krag M.H. Vermont rehabilitation engineering research center // Rehabilitation. Prog. Rep. Baltimore - 2004. - P. 180 - 181.

169. Krause S.S. Survival following spinal cord injury.-Psychological abstracts, 2002, V.79, № 2.
170. Krause J.S. Adjustment after spinal cord injury: the 20-year minnesota longitudinal study // Rehabilitation.Progress Reports.Baltimore, 2004. - P. 262-263.
171. Lin J.H., Chang C.M., Liu C.K., Huang M.H., Lin Y.T. Efficiency and effectiveness of stroke rehabilitation after first stroke // J. Formos Med. Assoc. - 2000. - Jun; 99 (6). - P. 483 - 490.
172. Lynch R. T., Thomas K.R. People with Disabilities as Victims // Journ. Rehab. 2004 V.6, № 1. P.8-11.
173. Lincoln N.B. Stroke rehabilitation // Curr. Opin. Neurol. Neurosurgery. - 2002. - V.5 - № 5. - P. 677 - 681.
174. Lorish T.R. Stroke rehabilitation // Clin. Ger. Med. - 2003. - V.9 - № 4. - P. 705 - 716.
175. Mackey F., Ada L., Heard R. - Stroke Rehabilitation: Are Highly Structured Units More Conducive to Physical Activity Than Less Structured Units? // Arch. Phys. Med. Rehab. - 2006. - V.77. - P. 1066-1070.
176. MacMahon S., Rodgers A. The epidemiological association between blood pressure and stroke: implications for primary and secondary prevention // Hypertens Res. - 2004. - V.17 /suppl.1/. - P. 23 - 32.
177. Mahoney F.I., Barthel D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. // M.D. State Med. J. - 2002. - V.14. - P. 61-65.
178. Mant J., Carter J., Wade D.T., Winner S. Family support for stroke: a randomised controlled trial // Lancet. -2000. - V.356 (9232). - P. 808 -813.
179. Mauritz K. General Rehabilitation // Curr. Opin. in Neurology and Neurosurgery // - 2000. - № 3. - P. 714 - 718.
180. Murray C.J.L., Lopez A.D. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study // Lancet - 1997. - V. 349. - P.1269 - 1276.

181. Nelson E.C., Landgraf J.M., Hays R.D., Wasson J.H., Kirk J.W. The functional status of patients: how can it be measured in physician offices // *Med. Care.* - 2000. - V.28. - P. 1111 - 1116.
182. Nosek M.A., Marcus J., Potter G. Life satisfaction of people with disabilities: relationship to personal assistance, disability status and handicap // *Rehabilitation Prog. Rep. Baltimore* - 2004. - P. 130.
183. Olander C. et.al. An Agenda for Evellence // *Journ. of Rehab.* 2000, V. 56, N 1. - P. 17-18.
184. O'Mahony P.G., Thomson R.G., Dobson R., Rodgers H., James O.F. The prevalence of stroke and associated disability. // *Disability Rehab.* - 2000. - V.21, № 5-6. - P. 258 - 268.
185. Ottenbacher K.J., Jannell S. The results of clinical trials in stroke rehabilitation research // *Arch. Neurol.* - 2003. - V.50. - P. 37 - 44.
186. Pomeroy V.M., Tallis R.C. Need to focus research in stroke rehabilitation // *Lancet.* - 2000. - V.355 (9206). - P. 836 - 837.
187. Prospective Studies Collaboration. Cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke: 13,000 strokes in 450,000 people in 45 prospective cohorts // *Lancet.* - 2005. -V. 346. - P. 1647 - 1653.
188. Reddy M.P., Reddy V. Stroke Rehabilitation // *Am. Fam. Physician* - 1997. - V. 55, № 5. - P. 1742 - 1748.
189. Rosomoff H.L. Quality outcome in Rehabilitation // 12th World Congress IFPRM. - Book of abstracts, Sydney - 2005. - P. 31.
190. Rusin M.J. Stroke rehabilitation: a geropsychological perspective // *Arch. Phys. Med. Rehab.* - 2000. - V.71, № 11. - P. 914 - 922.
191. Sacco R.L., Elkind M., Boden-Albala B., et al. The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. // *JAMA.* - 2005. - V.281. - P. 1117 - 1120.
192. Sacco R.L., Gan R., Boden-Albala B., et al. leisure-time physical activity and ischemic stroke risk: the Northern Manhattan Stroke Study // *Stroke.* - 2001. - V.29. - P. 380 - 387.

193. Santos A.C.S., Lessa I. Prevalencia de incapacidades em dois diferentes grupos sociais em Salvador, Brasil // Bol. Ofic.Sant. panamer. - 2001. - V. 106, Nº 4. - P. 304-313.
194. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) // JAMA - 2001. - V.265. - P. 3255 - 3264.
195. Staessen J.A., Fagard R., Thijs L., et al. Randomized double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension: the Systolic Hypertension in Europe (Syst - Eur) Trial Investigators. // Lancet. - 2005. - V.350. - P. 757 - 764.
196. Steiner M.M., Chen X., Boden - Albala B., Sacco R.L. Quality of life after ischemic stroke in a multi-ethnic population: the Northern Manhattan Stroke Study // Neurology. - 2004. - V.48 - A. 283 - 284.
197. Sudlow C.L., Warlow C.P. Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable? // Stroke. - 1996. - V.27. - P. 550 - 558.
198. Sulch D., Perez I., Melbourn A., Kalra L. Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation // Stroke. - 2000. - V.8. - P. 1929 - 1934.
199. Temkin A.,Hilyer K.,Simpson C.D. Employment status among persons with spinal cord injury: associations with need to work, Creativity,and need for stimulation // Rehabilitation. Progress Reports.Baltimore, 2001. - P. 266-267.
200. Thorvaldsen P., Asplund K., Kuulasmaa K., Rajakangas A.M., Schroll M. Stroke incidence, case fatality, and mortality in the WHO MONICA project. World Health Organization Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease // Stroke. - 2005. - V.26. - P. 361 -367.
201. Thorvaldsen P., Kuulasmaa K., Rajakangas A.M., Rastenyte D., Sarti C., Wilhelmsen L. Stroke trends in the WHO MONICA project // Stroke. - 2001. - V. 28. - P. 500 - 506.

202. Vaughan C.J., Murphy M.B., Buckley B.M. Statins do more than just lower cholesterol // *Lancet*. - 2006. - V.348. - P. 1079 - 1082.
203. Wade DT. Is stroke rehabilitation worthwhile? // *Curr. Opin. Neurol. Neurosurgery* - 2003 - V.6, № 1 - P. 78 - 82.
204. Ween J.E., Alexander M.P., D'Esposito M.D., Roberts M. Factors predictive of stroke outcome in a rehabilitation setting. // *Neurology* - 2006. - V.47, № 2. - P. 388 - 392.
205. Whiteneck G., Charlifue S., Gerhart K., Overholser J.D., et al. Quantifying handicap: a new measure of long term rehabilitation outcomes // *Arch. Phys. Med. Rehab.* - 2002. - V.73. - P. 519 - 526.
206. Whiteneck G. Measuring what matters: key rehabilitation outcomes // *Arch. Phys. Med. Rehab* - 2004. - V.75. - P. 1073 - 1076.
207. Wieland K.,Laurig W., Schulze I. *Icing Arbeitsplatze fur Behindete*. Dortmund, 2000. - S.555.
208. Widen-Holmquist L., de Pedro Cuesta J., Holm M., et al. Stroke rehabilitation in Stockholm. Basis for late intervention in patients living at home // *Scand. J. Rehab. Med.* - 2003. - V.25, № 4. - P. 173 - 181.
209. Williams L.S. Health-related quality of life // *Neuroepidemiology*. - 1998. - V.17. - P. 116 - 120.
210. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study // *Stroke* - 2001. - V. 22. - P. 983 - 988.
211. Wolf P.A., D'Agostino R.B., Epidemiology of stroke // In: Barnett H.J.M., Mohr J.P., Stein B.M., Yatsu F.M., eds. *Stroke: pathophysiology, diagnosis, and management* // Philadelphia: Churchill Livingstone. - 2001. - P. 3 - 28.
212. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2005. Conquering suffering, enriching humanity*