

На правах рукописи

КОСТЕНКО

Елена Владимировна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

14.01.11 - нервные болезни

14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание

ученой степени доктора медицинских наук

Москва – 2013

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные консультанты:

академик РАМН, доктор медицинских наук,
профессор
член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук,
профессор

**Гусев Евгений
Иванович
Полунина Наталья
Валентиновна**

Официальные оппоненты:

Академик РАМН, доктор медицинских наук,
профессор, директор института ФГБУ
«Национальный НИИ общественного здоровья»
РАМН

**Хабриев Рамил
Усманович**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая
кафедрой медицинской статистики и информатики
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
последипломного образования» Минздрава России

**Кудрина
Валентина
Григорьевна**

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой неврологии ФУВ ГБОУ ВПО Российского
национального исследовательского медицинского
университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**Федин Анатолий
Иванович**

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Защита диссертации состоится " _____ " _____ 2013 г. в ____ часов на заседании Диссертационного Совета Д. 208.072.06 при ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1.

Автореферат разослан " _____ " _____ 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Полунин Валерий Сократович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В последние годы отмечается неуклонный рост числа заболеваний нервными болезнями, среди которых ведущее место занимают ишемический инсульт и дорсопатии. Эти заболевания являются основными причинами инвалидности трудоспособного населения (Гусев Е.И. и др., 2003; Бойко А.Н. и др., 2004; Скворцова В.И. и др., 2004; Евзельман М.А., 2006; Федин А.И. и др., 2007; Скоромец А.А. и др., 2007; Суслина З.А., 2007; Nachinski V., 2007; и др.). Огромный социально-экономический ущерб, вследствие роста заболеваемости населения инсультом ставит перед здравоохранением необходимость решения важной медико-социальной проблемы – совершенствование медицинской помощи этим больным (Климов Л.В., Парфенов В.А, 2006; Culebras A., 2007; Сидоров А.М., 2009; Сазонов И.Э., 2011; и др.). Это особенно важно с учетом прогнозов о том, что в ближайшее время ожидается рост числа этой категории пациентов (O’Grady, 2007; и др.). В настоящее время частота ишемических инсультов возрастает, они составляют до 75% всех острых нарушений мозгового кровообращения (Kaste M., 2007). В РФ от 3% до 23% лиц трудоспособного возраста, перенесших инсульт, возвращаются к трудовой деятельности, инвалидами остаются от 20% до 30% заболевших, постоянная медико-социальная поддержка требуется 85% больным (Гусев Е.И. и др., 2007; Скворцова В.И., 2007; Домашенко М.А., 2011; и др.).

Одной из наиболее частых причин обращаемости за медицинской помощью является наличие боли в нижней части спины (Путилина М.В., 2007; Чернышева Т.В., 2009). В Москве за последние 10 лет ее распространенность увеличилась почти в 2 раза, а число случаев утраты трудоспособности – на 14% (Скоблин А.А., 2004; Бойко А.Н., 2011 и др.). Боль в нижней части спины в течение жизни возникает у 70-90% людей, половина лиц трудоспособного возраста испытывают эту боль ежегодно, у 73% больных как минимум имеется одно обострение в течение года (Pengel L, Herbert RD, Maher CG, et al., 2003; и др.). Острая боль в спине у 10-20% пациентов трудоспособного возраста трансформируется в хроническую (Я.Ю. Попелянский, 2003; и др.), приводя к инвалидизации 14% трудоспособного населения (Кушнирук П.И., Древаль О.Н., 2006; Корецкая Л.Р., 2010; и др.). У большинства пациентов в результате своевременного оказания медицинской помощи боли купируются и 82%

пациентов возвращается к прежней трудовой деятельности (Витензон А.С., 2003; Эрдес Ш. Ф. и др., 2008). Необходимо совершенствование организации восстановительного лечения, так как его отсутствие ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений (Луцкий М.А., 2007 и др.).

Опубликованные материалы доказывают большую практическую значимость и перспективность внедрения системы комплексной медико-социальной реабилитации среди больных с различными заболеваниями. Обоснованы основные направления реабилитации пациентов с различными заболеваниями, показаны изменения состояния здоровья пациентов в зависимости от объема и качества выполнения ими предложенных рекомендаций (Лисицын Ю.П., 2003; Кучеренко В.З., 2004; Евзельман М.А., 2006; Полунина Н.В. и др., 2011; Насибуллин А.М. и др., 2011; и др.). Однако, анализ опубликованных данных свидетельствует о недостаточном внимании к осуществлению медико-социальной реабилитации среди неврологических больных в амбулаторных условиях, хотя в условиях дефицитного финансирования системы здравоохранения это дает возможность с одной стороны оказывать медицинскую помощь на соответствующем уровне, повысить ее доступность, а с другой стороны достичь наибольших результатов при восстановлении утраченных функций пациентами с неврологической патологией (Кабанов М.М., 2007; Спирин Н.Н., 2007; Абдулина Д.У., 2009; Денисова Е.В., 2012; и др.). В опубликованных работах недостаточно представлены медико-социальные аспекты состояния здоровья и образа жизни пациентов с заболеваниями нервной системы, что делает выполнение данного исследования своевременным.

Вышеперечисленное определило целесообразность проведения настоящего исследования, обозначило его актуальность в современных условиях и позволило сформулировать цель работы.

Цель исследования: На основании исследования особенностей состояния здоровья, образа жизни и организации медицинской помощи пациентам с неврологическими заболеваниями научно обосновать и оценить эффективность реализации медико-социальных реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях, среди пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих

дорсопатиями.

Для достижения поставленной цели настоящего исследования сформулированы следующие **задачи**:

1. Провести анализ неврологической заболеваемости пациентов, перенесших ишемический инсульт, и больных, страдающих дорсопатиями, и оценить степень тяжести их состояния;

2. Проанализировать особенности сопутствующей заболеваемости пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих дорсопатиями, дать комплексную оценку состояния здоровья;

3. Изучить социально-гигиеническую характеристику пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих дорсопатиями и определить влияние наиболее значимых для здоровья факторов образа жизни;

4. Обосновать и внедрить в деятельность специализированного амбулаторно-поликлинического учреждения медико-социальные реабилитационные мероприятия среди исследуемой группы пациентов;

5. Оценить эффективность реализации медико-социальных реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях, среди пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих дорсопатиями;

6. Разработать и внедрить модель деятельности специализированного амбулаторно-поликлинического лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), что позволит обеспечить комплексный подход при реализации программы реабилитации данной категории пациентов.

Научная новизна данного исследования определяется тем, что:

1. Впервые проведено многоэтапное медико-социальное исследование состояния здоровья и образа жизни пациентов с заболеваниями нервной системы, состоящих под наблюдением в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

2. В работе детально проанализирована неврологическая и сопутствующая заболеваемость пациентов, перенесших ишемический инсульт, и больных, страдающих дорсопатиями за последние 5 лет, что позволило определить ведущие сопутствующие заболевания у обследованных пациентов и дать комплексную оценку их состояния здоровья.

3. Изучена социально-гигиеническая характеристика пациентов, перенесших ишемический инсульт, и больных, страдающих дорсопатиями, определен медико-социальный портрет исследуемой группы пациентов, выявлены основные факторы образа жизни, способствующие формированию неблагоприятных показателей здоровья.

4. Научно обоснованы, разработаны и внедрены в деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения медико-социальные реабилитационные мероприятия среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, и больных, страдающих дорсопатиями.

5. Выполненное исследование позволило определить основные причины невыполнения пациентами с заболеваниями нервной системы медицинского, социального и психологического разделов программы реабилитационных мероприятий.

6. Установлена медицинская, социальная и психологическая эффективность использования мероприятий медико-социальной реабилитации пациентов с заболеваниями нервной системы в амбулаторных условиях.

Научно-практическое значение работы состоит в том, что проведенное исследование позволило научно обосновать, разработать и внедрить мероприятия по совершенствованию медико-социальной реабилитации больных с неврологическими заболеваниями в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.

Разработаны и рекомендованы для практического здравоохранения мероприятия комплексной медико-социальной реабилитации пациентов с заболеваниями нервной системы. Программа реабилитации, включающая медицинский, психологический и социальный разделы, направлена на восстановление утраченных функций, повышение психологической и социальной адаптации пациентов с неврологическими заболеваниями.

Определение наиболее значимых социально-гигиенических факторов образа жизни в развитии патологических состояний, дало возможность организовать специализированные «Школы» для больных в структуре амбулаторно-поликлинического учреждения и провести в них интерактивное оздоровление пациентов с заболеваниями нервной системы.

Разработана и внедрена модель деятельности специализированного амбулаторно-поликлинического учреждения, обеспечивающего комплексный индивидуальный подход при реализации программы медико-социальной реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих дорсопатиями.

Внедрение в практическое здравоохранение предложенных рекомендаций в значительной мере повышает эффективность реабилитационных мероприятий и, как следствие, повышает степень восстановления нарушенных функций пациентов с заболеваниями нервной системы, уровень их социальной и бытовой адаптации, позволяет осуществлять управление динамикой здоровья населения.

Результаты исследования внедрены в работу: ГБУЗ ГКБ №29 г. Москвы; Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко; ГБУЗ Городских поликлиник №5,6 г. Москвы; ФКУЗ Медико-санитарной части МВД России по г. Москве; Центра новых медицинских технологий Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН г. Новосибирска.

Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения ПФ; управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ФУВ; неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; организации здравоохранения института усовершенствования врачей ФКУ «МУНКЦ им. П.В. Мандрыка» МО РФ.

Результаты исследования были апробированы и получили одобрение на: 1-м международном конгрессе «Восстановительная медицина и реабилитация» (Москва, 2004); 6-й городской научно-практической конференции «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательной и нервной систем» (Москва, 2004); 7-й Московской ассамблее «Здоровье столицы» (2008); II-м Национальном конгрессе по болезни Паркинсона и расстройствам движения (Москва, 2011); 4-м Международном конгрессе «Нейрореабилитация 2012» (Москва, 2012); IV-й Всероссийской научно-практической конференции «Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, профилактика, лечение» (Самара, 2012); Российской научно-практической конференции "Современные

стратегии реабилитации при заболеваниях нервной системы" (Москва, 2012); 2-ой междисциплинарной научно-практической конференции «Расстройства движений» (Москва, 2012); на Международном конгрессе фундаментальной науки и клинических аспектов ботулина и других нейротоксинов «Toxin 2012» (Флорида, США, 2012); XX-м Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2013); на XIX-й Российской научно-практической конференции с международным участием «Боль: междисциплинарная проблема» (Екатеринбург, 2013).

По теме диссертации опубликовано 54 печатные работы, из них 28 - в научных изданиях, рекомендованных ВАК для публикации результатов диссертационных исследований (в т. ч., 18 в журналах ВАК с международным цитированием), 2 методические рекомендации, 1 методическое руководство.

На защиту выносятся следующие основные положения:

1. Определены особенности клинико-неврологических проявлений у пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих дорсопатиями, изучена сопутствующая заболеваемость, выявлена ведущая патология и дана комплексная оценка состояния здоровья исследуемой категории пациентов.

2. Исследована социально-гигиеническая характеристика образа жизни изучаемой категории пациентов, что позволило представить социально-гигиенический портрет пациента, перенесшего ишемический инсульт, и больного, страдающего дорсопатией, и установить наиболее значимые неблагоприятные факторы образа жизни для здоровья. Показано, что низкий уровень медицинского поведения, неблагоприятный психологический климат в семье и на работе, наличие неблагоприятных факторов на работе и вредных привычек способствуют формированию неудовлетворительных показателей здоровья.

3. Научно обоснованы и разработаны медико-социальные реабилитационные мероприятия для их внедрения в амбулаторно-поликлинические учреждения. Проведена оценка эффективности реализации комплексных медико-социальных реабилитационных мероприятий среди пациентов с заболеваниями нервной системы в ЛПУ в амбулаторных условиях.

4. Представлена целесообразность функционирования специализированного ЛПУ амбулаторного типа для улучшения субъективных и объективных показателей

состояния здоровья пациентов с заболеваниями нервной системы.

Личный вклад автора. Автором лично определены цель и задачи исследования, методика, разработаны программа исследования и первичные учетные статистические документы, выполнено обобщение и анализ результатов исследования, научно обоснованы выводы и практические рекомендации (вклад 100%). Доля участия автора в сборе и обработке статистического материала – 90%. В целом вклад автора составляет 95%.

Соответствие диссертации паспорту научных специальностей

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение» и специальности 14.01.11 – «Неврология». Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение», конкретно пунктам 2, 3 и 4, специальности 14.01.11 – «Неврология», конкретно пунктам 3 и 8.

Структура и объем диссертации: Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием программы и методики комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья и образа жизни пациентов с заболеваниями нервной системы, 3 глав собственных результатов с их обсуждением, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и 15 приложений. Работа изложена на 374 страницах машинописного текста, содержит 93 таблицы, иллюстрирована 48 рисунками. Список литературы включает 359 наименований (из них 277 отечественных и 82 зарубежных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность проблемы, определена цель и сформулированы задачи исследования, показаны его научная новизна, теоретическая и научно - практическая значимость, результаты апробации и основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** проанализированы и обобщены данные современной отечественной и зарубежной литературы, посвященные теоретическим и методологическим подходам к изучению медико-социальных проблем пациентов с заболеваниями нервной системы. Проведенный анализ научной литературы показал

актуальность изучения данной проблемы, а также выявил, что до сих пор недостаточно изучены социально-гигиенические аспекты состояния здоровья и образа жизни пациентов с заболеваниями нервной системы, не разработаны современные алгоритмы медико-социальной реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих дорсопатиями в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения, не определена эффективность реализации реабилитационных мероприятий среди пациентов данной группы.

Вторая глава содержит описание программы и методики исследования. Разработана программа «Медико-социального исследования состояния здоровья пациентов с заболеваниями нервной системы и организация реабилитационных мероприятий» (схема 1), позволившая изучить и оценить состояние здоровья пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих дорсопатиями, выявить особенности их социально-гигиенической характеристики, определить роль наиболее значимых факторов образа жизни в формировании их здоровья, обосновать и реализовать оказание реабилитационной помощи таким пациентам, оценить эффективность медико-социальных реабилитационных мероприятий.



Схема 1. Программа Медико-социального исследования состояния здоровья и организация реабилитационных мероприятий среди пациентов с заболеваниями нервной системы

Выбор в качестве базы проведения исследования города Москвы, обусловлен тем, что город является крупнейшим административным, экономическим и культурным центром РФ. В мегаполисе отмечается высокая плотность населения, сосредоточены огромные производственные мощности, напряженный ритм жизни и рост нервно-эмоциональных перегрузок, что приводит к значительному росту числа заболеваний нервной системы и требует разработки реабилитационных технологий для данной группы населения. Выбранная для проведения исследования Поликлиника восстановительного лечения №7 г. Москвы (ПВЛ № 7 г. Москвы) относится к учреждению амбулаторного типа, обеспеченному медицинскими кадрами достаточного уровня квалификации, оснащенному оборудованием и аппаратурой в соответствии с профилем учреждения, отчетно-учетная документация ведется на должном уровне.

Выполненное исследование включало 5 этапов, каждому из которых соответствовал своя цель, объект исследования, единица наблюдения, источники получаемой информации, документы сбора материала исследования, анализируемые показатели.

Первый этап исследования включал в себя анализ отчетной документации за период с 2007 г. по 2011 г., что позволило установить причины обращения за медицинской помощью 8 977 пациентов в данное медицинское учреждение.

На втором этапе исследования была отобрана репрезентативная группа, включающая 1 317 пациентов, перенесших ишемический инсульт, и 770 больных, страдающих дорсопатиями. Анализ неврологической и сопутствующей заболеваемости изучаемой группы пациентов проводился на основании изучения первичной медицинской документации: медицинские карты амбулаторного больного (форма 025/у – 04); статистические талоны амбулаторного пациента (форма 025-12/у); статистические формы №12. Данные о заболеваемости исследуемой группы были дополнены сведениями, полученными при опросе пациентов.

На третьем этапе изучены особенности социально-гигиенической характеристики образа жизни пациентов, включенных в исследование. Это позволило дать комплексную оценку образа жизни и составить портрет пациента, перенесшего ишемический инсульт и страдающего дорсопатиями, определить

наиболее значимые факторы, формирующие здоровье исследуемой группы лиц. Источником информации явились результаты анкетирования 2087 пациентов.

На четвертом этапе, на основании анализа полученных результатов был научно обоснован и разработан комплекс реабилитационных мероприятий, включающий медицинский, социальный и психологический разделы, направленный на оздоровление пациентов с неврологическими заболеваниями.

На пятом этапе проведен анализ эффективности реализации мероприятий комплексной медико-социальной реабилитации пациентов с заболеваниями нервной системы в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Это дало возможность установить субъективные и объективные критерии улучшения здоровья исследуемой группы пациентов.

Для оценки неврологического статуса применялись полуколичественные шкалы и опросники, позволяющие оценить степень неврологических нарушений - выраженность спастичности, болевого синдрома, уровень повседневной активности. Для определения выраженности неврологического дефицита была использована шкала инсульта Национального института здоровья – NIHSS. Степень спастичности оценивали по модифицированной шкале Эшфорта. Интенсивность болевого синдрома - по 10-ти бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Для оценки уровня независимости в повседневной жизни было использовано определение индекса Бартел. Состояние когнитивных функций оценивали по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE). Уровень эмоциональных расстройств - по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, состоящей из подшкал «тревога» и «депрессия». Для оценки объема движений в пораженном отделе позвоночника, степени сколиоза, корешковой симптоматики, нейродистрофического синдрома использовали пятибальную шкалу оценки вертебро-неврологической симптоматики (ПШОС). Определение выраженности мышечно-тонического синдрома проводили по сумме баллов индекса мышечного синдрома (ИМС). Для изучения влияния дорсопатии на жизнедеятельность использовали опросник Роланда-Морриса (ОРМ). Анализ структуры заболеваемости проводился в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10-го пересмотра).

При проведении исследования применялись следующие методы: аналитический, непосредственного наблюдения, выкопировки данных из медицинских и информационно-статистических документов, социально-гигиенические. Статистическая обработка и математический анализ полученных данных включал в себя вычисления средних и показателей, их ошибок, определения достоверности средних и показателей сравнения средних и относительных величин, параметрической и непараметрической корреляции, дисперсионного анализа для качественных признаков неравномерных комплексов.

В трех последующих главах нашли отражение результаты собственных исследований. На основании анализа отчетной документации выявлено, что среди лиц, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение в период 2007г. – 2011г., наибольший удельный вес приходится на больных с дорсопатиями и перенесших ишемический инсульт (табл.1). Причем за этот период времени отмечено достоверное ($p < 0,001$) увеличение числа пациентов с ишемическим инсультом на 34,8%, дорсопатиями на 30,1%.

Таблица 1. Динамика структуры обращений в амбулаторно-поликлиническое учреждение за период с 2007 г. по 2011г. (в % к итогу)

Наименование болезней	Годы наблюдения				
	2007	2008	2009	2010	2011
Дорсопатии	26,2	29,7	31,6	33,8	34,1
Ишемический инсульт	24,4	29,8	30,7	31,8	32,9
Цереброваскулярная болезнь	18,6	18,8	18,4	18,9	19,3
Экстрапирамидные и др. двигательные нарушения	7,1	6,4	5,9	6,6	5,3
Демиелинизирующие б-ни центральной нервной сис-мы	3,1	3,1	2,4	3,5	2,3
Прочие	20,6	12,2	11,0	5,4	6,1
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Среди пациентов с ишемическим инсультом 11,9% больных поступили под наблюдение после повторного инсульта, из них 0,7% пациентов имели 3 ишемических инсульта в анамнезе. В группе пациентов с первичным инсультом практически каждый второй пациент (54%) находился в возрастной группе 51-60 лет, а среди пациентов с повторным ишемическим инсультом 58% были старше 60 лет. Средний возраст пациентов с первичным инсультом был ниже, чем пациентов с повторным инсультом ($51,5 \pm 1,8$ против $59,1 \pm 1,6$; $p < 0,001$).

Выявлено, что на реабилитацию поступают в среднем в течение $90,0 \pm 8,6$ дней

после развития заболевания 72,2% пациентов с первичным и 37,5% пациентов с повторным инсультом, остальные в более поздние сроки. Позднее обращение было связано с длительным пребыванием пациентов в стационаре, обусловленным тяжестью состояния их здоровья, в том числе в 34,7% случаях неблагоприятным течением основного заболевания, а в 23,7% случаях – декомпенсацией сопутствующего заболевания. Врачи других ЛПУ в 22,4% случаях не считали нужным направлять пациентов в ранние сроки, в 10,6% случаях семейные обстоятельства не позволили обратиться в поликлинику в кратчайшие сроки после выписки из стационара, в 8,6% случаях, пациенты после выписки из стационара были направлены на санаторно-курортное лечение.

Среди пациентов с первичным инсультом преобладали больные (89%) с неврологическими нарушениями легкой степени выраженности (3-8 баллов по шкале NIHSS), в группе пациентов с повторным инсультом 92% составили пациенты с неврологическими нарушениями средней степени выраженности (9-12 баллов по шкале NIHSS). Среди пациентов с первичным инсультом преобладали (61%) больные с легкой зависимостью в повседневной жизни (91 - 99 баллов индекса Бартел). В группе пациентов с повторным инсультом оказалось в два раза больше больных ($p < 0,05$) с умеренной зависимостью в повседневной жизни (61 - 90 баллов индекса Бартел). Гемипарез был выявлен в 76,8% случаях. Спастичность паретичных конечностей имела у 33,2% пациентов, при повторном инсульте она встречалась в 1,3 раза чаще, чем при первичном. Отмечено нарастание числа пациентов со спастичностью в период от 3-х до 6-ти месяцев после перенесенного инсульта. Среди пациентов с повторным инсультом было на 11,7% больше лиц с гемипарезом, в структуре которого преобладал гемипарез умеренной степени тяжести с умеренной степенью спастичности. Болевой синдром выявлялся у 36,7% лиц с первичным и у 43,3% с повторным инсультом в виде центральной постинсультной боли (4%), в 72% он был связан с поражением суставов паретичных конечностей, в 24% - с болезненным спазмом паретичных мышц.

Анализ выраженности неврологических нарушений у пациентов, включенных в исследование, проведенный по шкалам, выявил, что в целом наибольшее число пациентов имели легкую (39,8%) и среднюю степень тяжести неврологических

нарушений (44,9%) (табл. 2).

Додементные когнитивные расстройства выявлены у 41% пациентов с первичным инсультом и у 56% пациентов с повторным инсультом, деменция легкой степени соответственно у 8% и 12% пациентов (табл.3). Установлено, что среди пациентов с деменцией легкой степени выраженности 80% составляли лица, перенесшие повторный инсульт.

Таблица 2. Распределение пациентов, перенесших ишемический инсульт, по выраженности неврологических нарушений (в % к итогу)

Шкалы оценки выраженности неврологических нарушений (баллы)		Степень выраженности неврологических характеристик			Итого
		Легкая	Средняя	Тяжелая	
Шкала NIHSS	легкая – 3-8 баллов средняя – 9-12 баллов тяжелая – более 13 баллов	54,6	37,7	7,7	100,0
Шкала Бартел	легкая – 91-99 баллов средняя – 61-90 баллов тяжелая – менее 60 баллов	21,3	70,6	8,1	100,0
Шкала ВАШ	легкая – 1-4 балла средняя – 5-7 баллов тяжелая – 8-10 баллов	27,2	41,9	30,9	100,0
Шкала Эшфорта	легкая – 1-2 балла средняя – 3 балла тяжелая – 4 балла	55,9	29,3	14,8	100,0

Таблица 3. Распределение пациентов, перенесших ишемический инсульт, по выраженности когнитивных расстройств (в % к итогу)

Шкала MMSE выраженности когнитивных расстройств	Количество баллов	Удельный вес пациентов
Нет нарушений когнитивных функций	28-30	47,2
Додементные нарушения	24-27	40,7
Деменция легкой степени выраженности	20-23	12,1
Итого		100,0

Депрессия различной тяжести отмечена у 78,5% исследуемых лиц и у 86,6% пациентов выявлены тревожные расстройства (табл. 4). Среди пациентов с клинически выраженными нейропсихологическими расстройствами достоверно ($p < 0,5$) преобладали лица с повторным инсультом.

Таблица 4. Распределение пациентов, перенесших ишемический инсульт, по выраженности нейропсихологических расстройств (в % к итогу)

Шкала HADS (баллы)	Тревожность	Депрессия
отсутствие расстройств (0-7)	13,4	21,5
субклинически выраженные расстройства (8-10)	78,2	71,3
клинически выраженные расстройства (11 и выше)	8,4	7,2
Итого	100,0	100,0

Изучение неврологических характеристик позволило распределить пациентов, перенесших ишемический инсульт, на группы А, В и С. Группу А (33,6%) составили пациенты, набравшие более чем по 50% шкал оценки выраженности неврологических нарушений количество баллов, соответствующее легкой степени неврологических расстройств, не имевшие когнитивных нарушений, с отсутствием или субклинической выраженностью эмоциональных расстройств и с первым инсультом. В группу В (54,7%) вошли больные, имевшие более чем по половине шкал количество баллов, соответствующее средней степени выраженности неврологических расстройств, не имевшие когнитивных нарушений или с додементными нарушениями, с субклинически или клинически выраженными эмоциональными расстройствами, с первым или повторным инсультом. В группу С (11,7%) вошли пациенты, набравшие более чем по половине шкал количество баллов, соответствующее тяжелой степени выраженности неврологических расстройств, с додементными нарушениями или деменцией легкой степени, с субклинически или клинически выраженными эмоциональными расстройствами, с первым или повторным инсультом.

Изучение заболеваемости пациентов дорсопатиями выявило, что большая часть среди них была с хроническими формами дорсопатии (64,5%). Средняя длительность заболевания у пациентов с хронической формой дорсопатии составила $10,5 \pm 1,5$ лет, у пациентов, заболевших впервые, к моменту обращения на реабилитацию - $29,3 \pm 2,6$ дней. Средняя длительность обострения у больных с хронической формой заболевания была ниже и составила $14,3 \pm 3,0$ дней ($p < 0,05$).

Установлено, что 61,4% пациентов, заболевших впервые, были в возрасте от 30 до 50 лет. Среди пациентов с хроническими формами каждый второй (53,6%) был старше 50 лет. Соответственно средний возраст пациентов с впервые выявленным заболеванием был достоверно ($p < 0,001$) ниже, чем среди пациентов повторно обратившихся ($38,5 \pm 2,7$ против $59,5 \pm 2,6$). Среди пациентов, обращающихся повторно (62,2%), более половины (58,4%) имели не менее двух обострений в год, каждый четвертый (24,5%) – три и более обострений в течение года, остальные (17,7%) – одно обострение. В течение первых пяти дней от начала обострения обратились в специализированное учреждение только 7,6% пациентов, 54,5% - в

течение первого месяца и 37,9% пациентов - в сроки более месяца от начала обострения заболевания. Каждый третий пациент (31,2%), обратившийся к специалисту в сроки более, чем через месяц от начала обострения заболевания, не считал нужным это делать и лечился самостоятельно, практически столько же пациентов (31,7%) не обращались по причине занятости на работе, каждый четвертый пациент (24,3%) не верил в эффективность медицинской помощи, 12,8% лиц не лечились, так как не придавали значения своему заболеванию.

В структуре поражений позвоночника у пациентов с дорсопатиями (рис. 1) преобладали остеохондроз поясничного отдела позвоночника и грыжи межпозвонковых дисков поясничного отделов позвоночника.

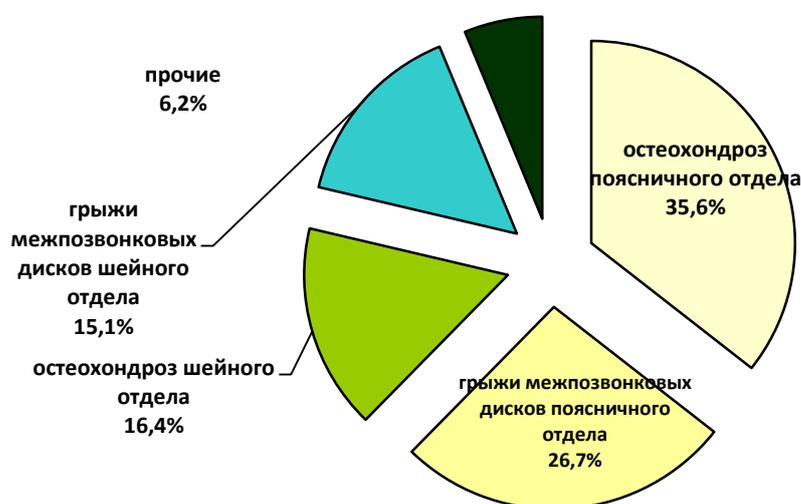


Рисунок 1. Структура поражений позвоночника у больных с дорсопатиями (в % к итогу)

Клинико-неврологическая характеристика пациентов оценивалась на основании неврологического осмотра с использованием различных шкал (табл. 5). Среди впервые обратившихся пациентов преобладали больные (68,7%) с вертебро-неврологическими нарушениями средней степени выраженности (3 балла по ПШОС), среди пациентов с хроническими формами дорсопатии 72,4% имели легкую степень (1-2 балла). Определение выраженности мышечно-тонического синдрома по ИМС показало, что у 76,1% пациентов, впервые обратившихся, и у 67,4% повторных пациентов его значение соответствовало средней степени тяжести ИМС. Болевой синдром (по ВАШ) имел легкую и среднюю степень выраженности у большинства обследованных пациентов (63,2%).

Таблица 5. Распределение пациентов с дорсопатиями по степени выраженности неврологических синдромов (в % к итогу)

Шкалы оценки выраженности неврологических характеристик (баллы)		Степень выраженности неврологических характеристик			Итого
		Легкая	Средняя	Тяжелая	
ПШОС	легкая – 0-2 балла средняя – 3 балла тяжелая – 4 балла	33,8	59,7	6,5	100,0
ИМС:	легкая – до 5 баллов средняя – 5-12 баллов тяжелая – более 12 баллов	19,7	72,5	7,8	100,0
ВАШ:	легкая – 1-4 балла средняя – 5-7 баллов тяжелая – 8-10 баллов	21,4	63,2	15,4	100,0
ОРМ:	легкая – 1-6 баллов средняя – 7-12 баллов тяжелая – 13-18 баллов	32,3	48,1	19,6	100,0

Среди пациентов, обратившихся впервые, преобладали пациенты с легкими нарушениями жизнедеятельности (59,7%), набравшие от 1 до 6 баллов по ОРМ, в группе пациентов с хронической формой дорсопатии достоверно ($p < 0,05$) в 2 раза больше лиц набравших от 7 до 12 баллов. Приведенные данные свидетельствуют, что наибольшее число пациентов имели легкую (26,8%) и среднюю (60,8%) степень выраженности вертебро-неврологических характеристик.

Эмоциональные нарушения выявлены у 64,5% пациентов. Среди пациентов с хронической формой заболевания у 50,9% пациентов наблюдалось устойчивое соматоформное болевое расстройство (табл. 6).

Таблица 6. Распределение пациентов, страдающих дорсопатиями, в зависимости от наличия у них соматоформных расстройств (в% к итогу)

Соматоформные расстройства	Удельный вес пациентов
Устойчивое соматоформное болевое расстройство	78,6
Соматоформная дисфункция ВНС	7,9
Ипохондрическое расстройство	9,3
Другие соматоформные расстройства	4,2
Итого	100,0

Тревожное расстройство выявлено у 63,8% больных, депрессивное – у 57,4%. Среди пациентов с клинически выраженными расстройствами ($p < 0,05$) преобладали пациенты (82,6%) с хронической формой дорсопатии (табл. 7).

Таблица 7. Распределение пациентов, страдающих дорсопатиями, по выраженности нейропсихологических расстройств (в % к итогу)

Шкала HADS (баллы)	Тревожность	Депрессия
отсутствие расстройств (0-7 баллов)	26,2	32,6
субклинически выраженные расстройства (8-10 баллов)	64,6	59,3
клинически выраженные расстройства (11 баллов и выше)	9,2	8,1
Итого	100,0	100,0

В соответствии с изученными неврологическими характеристиками пациенты, страдающие дорсопатиями, были распределены на группы А, В и С. Группу А (26,8%) составили пациенты, набравшие более чем по половине шкал оценки выраженности неврологических нарушений количество баллов, соответствующее легкой степени неврологических расстройств, с отсутствием эмоциональных расстройств или имевшие субклинически выраженные расстройства и впервые обратившиеся. Группу В (52,7%) – набравшие более чем по половине шкал количество баллов, соответствующее средней степени выраженности неврологических расстройств, с субклинически или клинически выраженными эмоциональными расстройствами, впервые или повторно обратившиеся. В группу С (20,5%) отнесены пациенты, набравшие более чем по половине шкал количество баллов, соответствующее тяжелой степени выраженности неврологических расстройств, с субклинически или клинически выраженными эмоциональными расстройствами, впервые или повторно обратившиеся за реабилитационной помощью.

Наличие сопутствующей патологии оказывало влияние на течение основного заболевания и проведение реабилитационных мероприятий. Для изучения сопутствующей заболеваемости пациентов была проанализирована медицинская документация, дополненная сведениями опроса исследуемой группы лиц. Уровень сопутствующей патологии составил среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, 391,5 случаев на 100 пациентов, а среди пациентов, страдающих дорсопатиями, – 263,7 случаев на 100 пациентов, что обусловлено преобладанием среди больных дорсопатиями лиц более молодого возраста. ($55,3 \pm 2,1$ лет против $44,5 \pm 2,3$ лет). Уровень сопутствующей патологии выше среди женщин и лиц старше 60 лет. Среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, уровень сопутствующей заболеваемости с возрастом увеличивается с 99,7 случаев до 496,3

случаев на 100 обследованных (рис. 2).

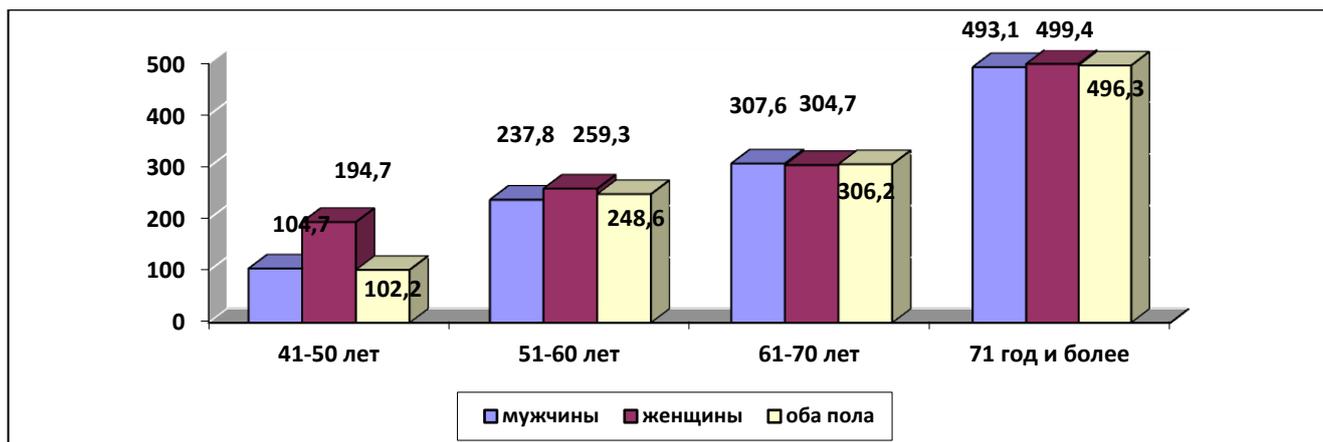


Рисунок 2. Уровень сопутствующих заболеваний у пациентов, перенесших ишемический инсульт, по полу и возрастным группам (на 100 лиц соответствующего возраста и пола)

Уровень заболеваемости сопутствующей патологией у пациентов, страдающих дорсопатиями, увеличивается с возрастом с 83,5 до 315,4 случаев на 100 обследованных. Анализ сопутствующей заболеваемости у пациентов, страдающих дорсопатиями, показал, что ее уровень достоверно выше в возрастной группе 61-70 лет, составляя 273,7 случаев на 100 обследованных пациентов. Кроме того, отмечено, что уровень сопутствующей заболеваемости выше у женщин во всех возрастных группах (рис. 3).

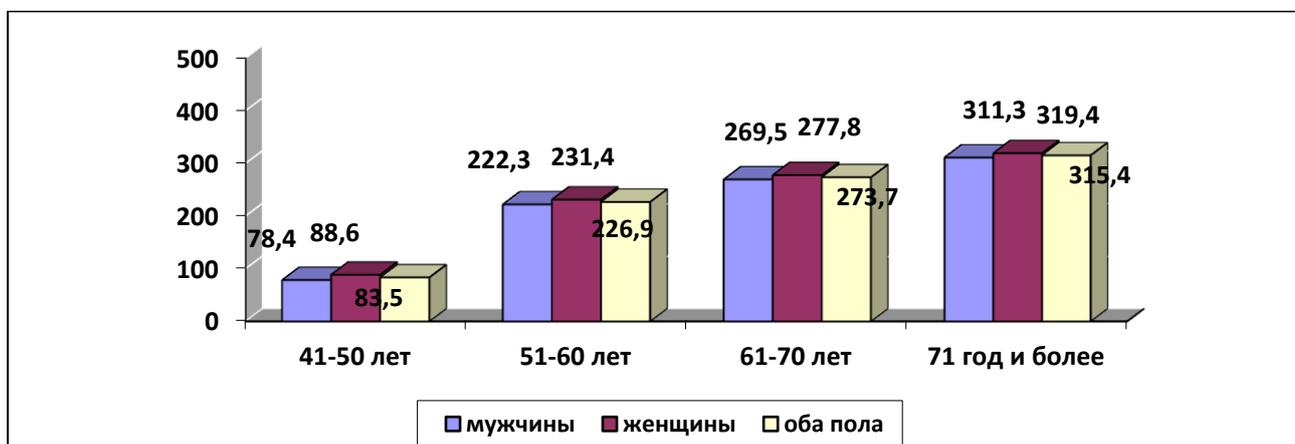


Рисунок 3. Уровень сопутствующих заболеваний у пациентов, страдающих дорсопатиями, по полу и возрастным группам (на 100 лиц соответствующего возраста и пола)

В целом структура заболеваемости по возрастным группам и полу не имела различий, а отличалась у пациентов, перенесших инсульт, и пациентов, страдающих дорсопатиями. Первое место в обеих группах обследованного контингента принадлежало болезням системы кровообращения (табл. 8).

Таблица 8. Ранговое распределение сопутствующих заболеваний по классам

болезней у обследованных пациентов (в % к итогу)

Ранги	Пациенты, перенесшие ишемический инсульт		Пациенты, страдающие дорсопатиями	
	Классы болезней	в %	Классы болезней	в %
1.	Б-ни системы кровообращения	22,6	Б-ни системы кровообращения	21,7
2.	Болезни нервной системы	21,5	Б-ни костно-мышечной системы	18,4
3.	Б-ни костно-мышечной системы	15,7	Болезни нервной системы	14,1
4.	Б-ни эндокринной системы	7,2	Б-ни органов пищеварения	10,9
5.	Б-ни органов дыхания	5,3	Б-ни мочеполовой с-мы	7,6
6.	Б-ни мочеполовой системы	4,7	Б-ни эндокринной системы	6,2
7.	Психические расстройства	4,2	Б-ни органов дыхания	5,1
8.	Б-ни органов пищеварения	3,9	Б-ни уха и сосцевидного отростка	3,9
9.	Б-ни крови и кроветворных органов	3,1	Б-ни глаза и его придаточного аппарата	2,8
10.	Новообразования	2,9	Психические расстройства	2,6
11.	Б-ни глаза и его придаточного аппарата	2,4	Б-ни крови и кроветворных органов	2,1
12.	Травмы и отравления	2,1	Новообразования	2,1
13.	Б-ни уха и сосцевидного отростка	2,1	Травмы и отравления	1,1
14.	Б-ни кожи и подкожной клетчатки	1,8	Б-ни кожи и подкожной клетчатки	1,1
15.	Прочие	0,5	Прочие	0,3
16.	Итого	100	Итого	100

Анализ внутренней структуры рассматриваемого класса болезней показал, что наиболее распространенным сопутствующими заболеванием среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, является ИБС, в том числе, с нарушением сердечного ритма, гипертоническая болезнь и атеросклероз. Болезни нервной системы, находящиеся на 2-м месте у пациентов, перенесших инсульт, представлены экстрапирамидными и двигательными нарушениями, болезнями вегетативной нервной системы, гидроцефалией. Болезни костно-мышечной системы, занимая 3-е место, представлены остеохондрозом, артрозами, остеопорозом. На перечисленные первые три места приходится 59,8% всей выявленной патологии, причем на первые два места – 44,1%. Среди пациентов, страдающих дорсопатиями, в структуре класса болезней системы кровообращения, наиболее распространенными заболеваниями являются гипертоническая болезнь (встречается достоверно чаще в 1,4 раза ($p < 0,05$) в сравнении с пациентами, перенесшими ишемический инсульт), ИБС в 1,5 раза реже ($p < 0,05$) в сравнении с пациентами, перенесшими ишемический инсульт).

Второе место у пациентов с дорсопатиями занимают болезни костно-мышечной системы, представленные остеоартрозом, остеохондрозом, грыжами межпозвонковых дисков, кифозом, сколиозом, кифосколиозом, остеопорозом. Болезни нервной системы, занимая третье место, были представлены поражением и сдавлением корешков и сплетений, поли- и мононевропатиями, расстройствами вегетативной нервной системы. На перечисленные первые три места приходится 54,2% всей выявленной патологии, на первые два места – 40,1%.

Распределение пациентов, перенесших ишемический инсульт, по кратности сопутствующей патологии в зависимости от возраста позволило выявить, что среди лиц в возрасте от 41 до 50 лет преобладали пациенты, имеющие одно сопутствующее заболевание, а среди пациентов старше 71 года лица с 4 и более сопутствующими заболеваниями (рис. 4).

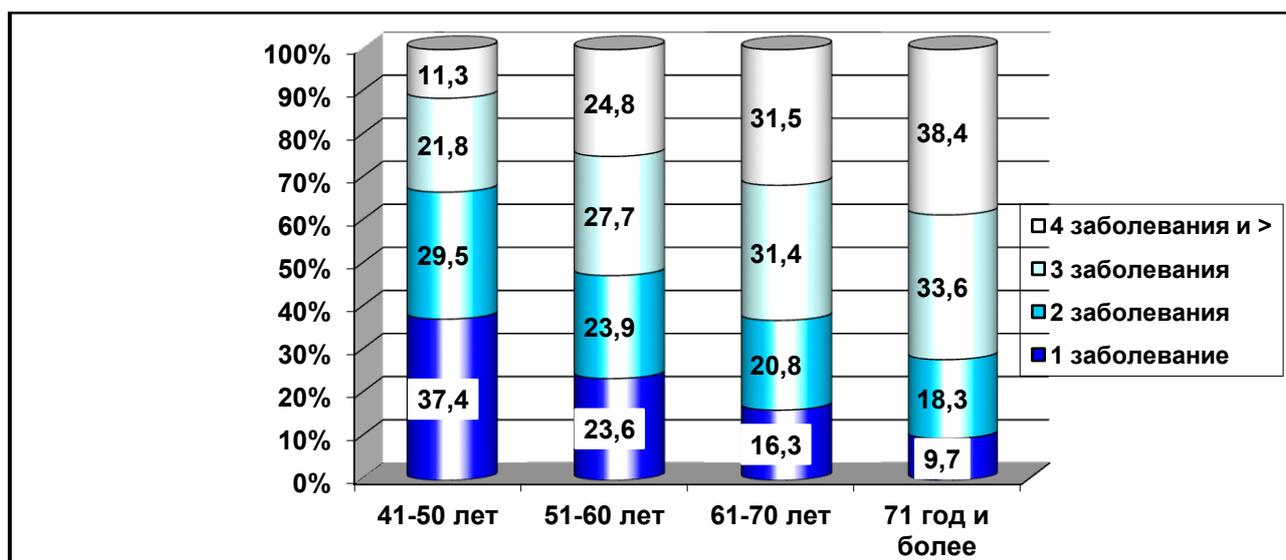


Рисунок 4. Распределение обследованных пациентов, перенесших ишемический инсульт по числу выявленных сопутствующих заболеваний по возрастным группам

Распределение пациентов с дорсопатиями по кратности сопутствующей патологии в зависимости от возраста показало (рис. 5), что среди лиц в возрасте от 41 до 50 лет практически каждый второй пациент имел одно сопутствующее заболевание, а среди пациентов старше 71 года таковых в 2 раза меньше.

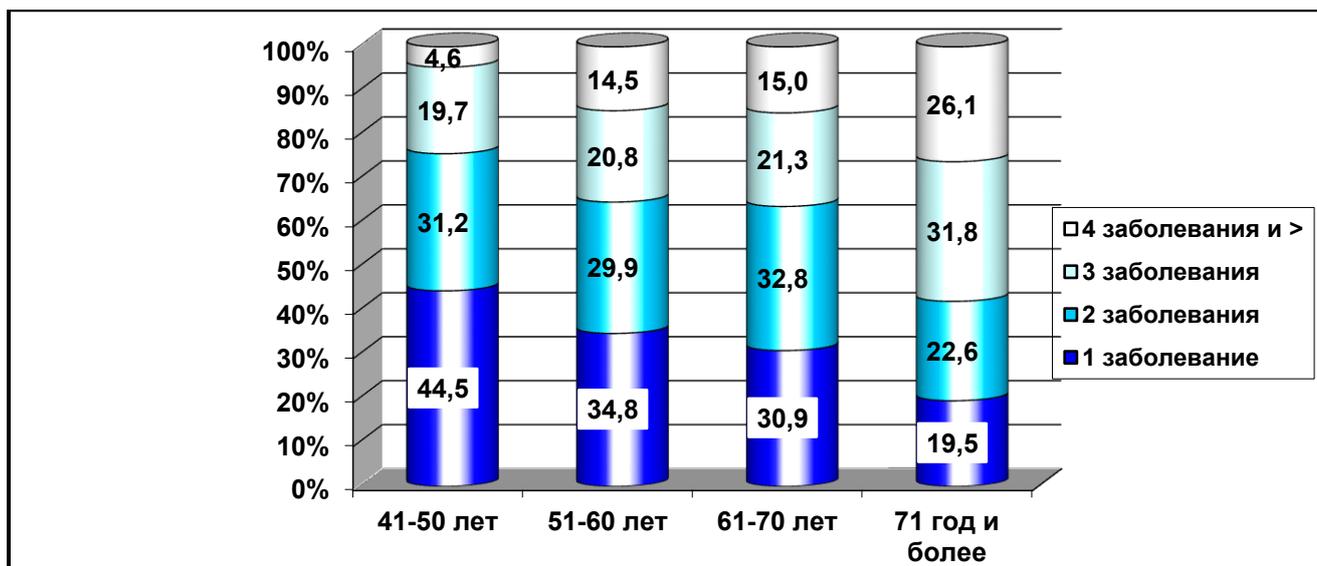


Рисунок 5. Распределение обследованных пациентов, страдающих дорсопатиями по числу выявленных сопутствующих заболеваний по возрастным группам

Распределение пациентов по группам здоровья с учетом выраженности неврологических характеристик и сопутствующей заболеваемости позволило дать комплексную оценку состояния здоровья исследуемых групп пациентов (рис. 6,7).

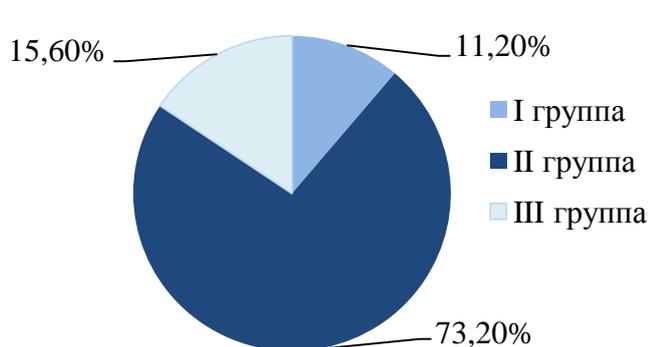


Рисунок 6. Распределение пациентов, перенесших ишемический инсульт по группам комплексной оценки тяжести состояния (в % к итогу)

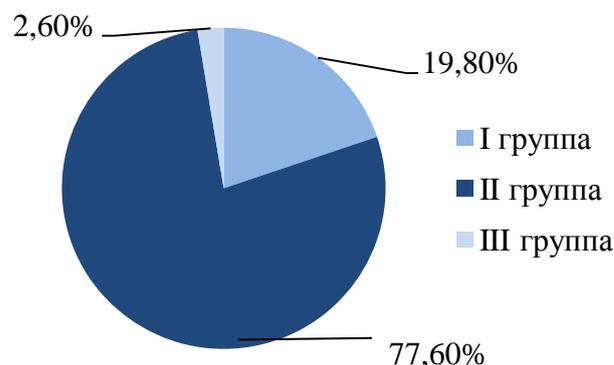


Рисунок 7. Распределение пациентов, страдающих дорсопатией по группам комплексной оценки тяжести состояния (в % к итогу)

Пациенты, первой группы, имели выраженность неврологических характеристик, соответствующее группе А и одно сопутствующее заболевание, в третью группу вошли пациенты, отнесенные к группе С и имевшие 3 и более сопутствующих заболеваний. Все остальные пациенты были отнесены ко второй (в целом наиболее многочисленной) группе комплексной оценки состояния здоровья. Среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, было в 6 раз больше лиц ($p < 0,05$), отнесенных к третьей группе по сравнению с пациентами, страдающими

дорсопатиями.

Анализ социально-гигиенической характеристики исследуемых пациентов показал, что в целом мужчины составили 45,8% и женщины 54,2%. Среди пациентов, перенесших инсульт, мужчин было 46,7%, женщин 53,3%, среди пациентов, страдающих дорсопатиями, было 44,9% мужчин и 55,1% женщин. Средний возраст обследованных составил $55,3 \pm 2,1$ лет, в том числе $55,8 \pm 2,6$ лет у мужчин и $54,7 \pm 2,7$ лет у женщин. Среди пациентов с инсультом по сравнению с больными дорсопатиями средний возраст был выше среди мужчин и женщин и составил соответственно у мужчин $62,5 \pm 2,3$ лет против $41,6 \pm 2,4$ лет, у женщин – $58,7 \pm 2,8$ против $43,7 \pm 2,7$ ($p < 0,05$). Большая часть пациентов, перенесших ишемический инсульт, относится к возрастной группе 51-60 лет, а пациенты, страдающие дорсопатиями, - к возрастной группе 40-50 лет, (табл. 9).

Таблица 9. Распределение обследованных пациентов по возрастным группам в %

Возрастные группы	Пациенты		Доверительный коэффициент «р»
	Ишемический инсульт	Дорсопатии	
41 – 50 лет	11,9	38,1	< 0,05
51 – 60 лет	47,3	31,5	< 0,05
61 – 70 лет	29,7	16,3	< 0,05
71 год и более	11,1	14,1	> 0,05
итого	100,0	100,0	

Большая часть пациентов (60,3%) имела высшее образование. В целом среди женщин число лиц с высшим образованием в 1,3 раз больше в сравнении с мужчинами (39,4% и 30,3%; $p < 0,01$). Однако среди пациентов, перенесших ишемический инсульт лиц с высшим образованием в 1,4 раза больше в сравнении с пациентами с дорсопатиями (70,7% против 49,9%; $p < 0,001$). Удельный вес лиц со средним и средним специальным образованием достоверно в 1,9 раз выше среди пациентов, страдающих дорсопатиями ($p < 0,01$).

Изучение распределения исследуемой группы пациентов по социальному положению показало, что число работающих лиц в целом составило 63,4%. Среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, число работающих - 52,1%, не работающих пациентов трудоспособного возраста было 13,4%, пенсионеров – 34,5%. Среди пациентов, страдающих дорсопатиями, 74,6% пациентов работали, 11,7% пациентов трудоспособного возраста не работали, пенсионеров - 13,7%. Среди

работающих лиц преобладали служащие – 73,7% (соответственно 76,1% и 71,2%). Пациенты, перенесшие инсульт чаще работали преподавателями школ и ВУЗов, инженерами, программистами, экономистами, государственными служащими, руководителями фирм; пациенты, страдающих дорсопатиями, - преподавателями, врачами, юристами, менеджерами. Среди рабочих профессий наиболее часто встречались в целом – строители, профессиональные водители, техники, слесари, уборщицы. Среди служащих большинство пациентов (54,6%) имели высшее образование, в группе рабочих преобладали лица со средним (61,2%) и средним специальным образованием (27,3%). Среди пенсионеров в целом 46,8% пациентов имели высшее и среднее образование. Общий стаж трудовой деятельности составил в среднем $25,6 \pm 1,2$ лет, причем среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, он выше по сравнению с пациентами с дорсопатиями ($31,4 \pm 10,3$ лет против $19,8 \pm 7,1$ лет).

Анализ полученных данных выявил, что у 57,3% пациентов, перенесших инсульт, и у 54,6% лиц, страдающих дорсопатиями, место работы и должность соответствовали полученному образованию, соответственно в 14,8% и в 12,4% случаях уровень образования не соответствовал выполняемой работе. У остальных пациентов (27,9% и 33,0%) выполняемая работа не в полной мере соответствовала уровню образования.

В целом у 48,3% пациентов производственная деятельность сопровождалась наличием таких неблагоприятных факторов, как работа на компьютере, в положении сидя длительное время, гиподинамия, подъем и перенос тяжестей, сменный характер работы и др. На неблагоприятный психологический микроклимат на работе указало 41,6% пациентов, перенесших инсульт, и 37,4% пациентов с дорсопатиями. Среди причин, способствующих неблагоприятному микроклимату и вызывающих состояние психологического дискомфорта, наиболее часто назывались частые длительные трудно разрешимые конфликтные ситуации (32,3%), плохая организация труда (23,7%), несправедливое отношение руководства (16,7%), неблагоприятные условия для выполнения трудовой деятельности (14,3%).

В целом отмечено, что чуть более половины (52,5%) пациентов были полностью удовлетворены своей работой, почти третья часть (29,6%) не совсем и не всегда,

17,9% лиц не удовлетворены своей работой. Среди пациентов, неудовлетворенных работой, большая часть была не удовлетворена занимаемой должностью (42,1% и 46,3% соответственно), местом работы (34,7% и 35,6% соответственно) и полученной специальностью (23,2% и 18,1% соответственно). Следует отметить, что в группе пациентов, неудовлетворенных работой, чаще отмечалось несоответствие образования занимаемой должности в сравнении с лицами довольными работой (соответственно 58,4% против 31,7%, $p < 0,001$).

Суммарная оценка производственно-трудовой активности, проведенная по методике бальной оценки (Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., 2001) позволила выявить, что высокий уровень данного вида активности наблюдался у 23,8% пациентов, перенесших ишемический инсульт, и у 21,4% пациентов, страдающих дорсопатиями, низкий соответственно у 11,1% и 9,2% пациентов.

Важное место в повышении уровня медицинской грамотности занимает чтение литературы медицинского характера, просмотр соответствующих телепередач, посещение лекций и бесед, проводимых медицинскими работниками. Полученные данные свидетельствуют, что только 26,7% пациентов, перенесших ишемический инсульт, и 31,6% пациентов с дорсопатиями получали подобную информацию. Среди пациентов, повышающих уровень медицинской грамотности, 27,6% читают научно-популярную медицинскую литературу, 13,2% – специальную медицинскую литературу, 47,5% смотрят телевизионные программы на медицинские темы, 10,3% назвали в качестве источника получения медицинской информации беседы с врачом и лишь 1,4% – лекции специалистов-медиков. Анализ отношения к выполнению рекомендаций врача выявил, что среди пациентов, перенесших инсульт, 72,4% пациентов стремились их выполнять, среди пациентов с дорсопатиями таковых было 59,7%; своевременно обращаются к врачу при заболевании соответственно 46,4% и 32,5% пациентов и своевременно проходят профилактические осмотры 52,3% и 61,2% пациентов.

Среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, курили 64,3% (58,7% женщин и 69,9% мужчин), среди страдающих дорсопатиями – 71,1% пациентов (64,8% женщин и 77,4% мужчин), каждый второй в обеих группах считал курение вредным для здоровья, но не бросал курить. Анализ результатов анкетирования

пациентов свидетельствует, что в целом в 28,3% случаев среди мужчин (30,0%, перенесших инсульт и 26,6%, страдающих дорсопатией) имеет место злоупотребление крепкими алкогольными напитками и в 5,7% – среди женщин (соответственно 5,1% и 6,3%).

Отмечено, что среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, 48,5% имели избыточный вес, требующий коррекции (55,3% женщин и 41,6% мужчин), среди пациентов с дорсопатиями - 41,7% (45,2% женщин и 38,1% мужчин). Контролировали свой вес соответственно 7,8% и 14,3% пациентов. Значительная часть пациентов (74,4% лиц, перенесших инсульт и 69,3% - страдающих дорсопатиями) вели малоподвижный образ жизни. Высокий уровень физической активности достоверно чаще в 3 раза наблюдался среди мужчин по сравнению с женщинами (15,3% против 5,8%, различие достоверно, $p < 0,001$).

Продолжительность ночного сна 8-9 часов имели 33,0% пациентов. Больных, страдающих дорсопатиями, с такой продолжительностью ночного сна было в 1,8 раз больше ($p < 0,05$), чем пациентов, перенесших ишемический инсульт (11,4% и 21,6%). Более половины пациентов, перенесших ишемический инсульт (53,5%) и 69,5% - с дорсопатиями имели длительность ночного сна от 7 до 8 часов, а у 35,1% пациентов, перенесших инсульт и 8,9% с дорсопатиями, длительность ночного сна не превышала 5-6 часов. Большая часть опрошенных считает продолжительность ночного сна недостаточной (75,8% и 61,4% пациентов).

Сила влияния факторов, характеризующих медицинскую активность (табл. 10), на состояние здоровья обследованных пациентов в целом составила $\eta = 0,723$, $m = \pm 0,0024$, $p < 0,001$ (у пациентов, перенесших инсульт - $\eta = 0,742 \pm 0,0028$, $p < 0,001$, страдающих дорсопатиями - $\eta = 0,704 \pm 0,0026$, $p < 0,001$).

В целом каждый третий опрошенный пациент часто испытывал психологический дискомфорт вследствие неблагоприятного микроклимата на работе и в семье, стрессовых ситуаций. Женщины в 2,7 раза чаще по сравнению с мужчинами испытывают состояние психологического комфорта (36,2% и 13,4%, $p < 0,001$). Установлено, что практически ни один из обследуемых не владеет методами психологической саморегуляции, для восстановления психоэмоционального равновесия нередко использовались медикаментозные

средства, алкоголь, курение, прием пищи, компьютерные игры. Наличие психологического дискомфорта оказалось связанным с невыполнением программы реабилитации в виде нежелания участвовать в занятиях лечебной гимнастикой, отказа от физиотерапевтического лечения ($r=0,738$; $p<0,05$). Невыполнение программы было ассоциирована с повышенным уровнем тревожности ($r=0,624$; $p<0,05$).

Таблица 10. Распределение основных характеристик медицинской активности по силе влияния на здоровье обследованных пациентов

Характеристики медицинской активности	Пациенты		Критерий достоверности «р»
	с инсультом	с дорсопатиями	
	$\eta \pm m$	$\eta \pm m$	
биосоциальная активность	0,783±0,0024	0,763±0,0022	< 0,001
➤ активное или пассивное курение	0,706	0,716	< 0,001
➤ злоупотребление алкоголем	0,642	0,630	< 0,001
➤ избыточная масса веса	0,434	0,420	< 0,001
➤ нездоровый ночной сон	0,402	0,416	< 0,001
физическая активность	0,630±0,0026	0,618±0,0022	< 0,001
➤ не регулярность занятий гимнастикой	0,518	0,508	< 0,001
➤ не систематичность прогулок	0,352	0,343	< 0,001
медицинское поведение	0,533±0,0030	0,541±0,0026	< 0,001
➤ не своевременность обращения к врачу при заболевании	0,472	0,482	< 0,001
➤ не своевременность прохождения профилактических осмотров	0,426	0,402	< 0,001
➤ не выполнение рекомендаций врача	0,498	0,474	< 0,001
медицинская грамотность	0,546±0,0028	0,529±0,0024	< 0,001
➤ отсутствие интереса к знаниям медицинского характера	0,397	0,408	< 0,001
➤ прослушивание лекций, бесед врача, медицинских сестер	0,352	0,344	< 0,001

Исследование семейного состояния обследованных пациентов показало, что большая часть состоит в браке (69,0%), мужчин, состоящих в браке, в 1,4 раза больше, чем замужних женщин (79,3% и 58,7%; $p<0,01$). В группе пациентов, не связанных брачными отношениями, преобладают разведенные - 66,7%, вдовы и не состоявшие в браке составили соответственно 18,6% и 14,7%.

Анализ жилищных условий обследованных пациентов проводился с учетом типа квартиры, численности проживающих на данной площади, степени благоустройства и комфортности имеющегося жилья. Было выявлено, что в плохих жилищных условиях проживает 2,8% пациентов (2,6% и 3,0%), в

неудовлетворительных – 22,3% (21,3% и 23,3%), в удовлетворительных – 57,3% (59,2% и 55,4%), в хороших – 17,6% (16,9% и 18,3%). Отмечено, что среди женщин достоверно в 2,1 раза больше лиц, неудовлетворенных жилищными условиями семьи, в сравнении с мужчинами (16,9% против 8,1%, $p < 0,001$). Вполне удовлетворены своим материальным положением 19,3% опрошенных, частично положительно и частично отрицательно оценивают его примерно равное число респондентов (соответственно, 16,1% и 15,7%), нейтрально – 20,6% и отрицательно – 28,3%. Сила влияния условий жизни на состояние здоровья $-0,378 \pm 0,0028$, $p < 0,001$ ($0,372 \pm 0,0026$, $p < 0,001$ и $0,384 \pm 0,0030$, $p < 0,001$). Неудовлетворительная оценка жилищных условий оказались связанными с повышенным уровнем тревожности ($r = 0,688$; $p < 0,05$) и невыполнением программы ($r = 0,592$; $p < 0,05$), а у больных с дорсопатиями – большей частотой обострений на протяжении 12 месяцев ($p < 0,05$) и их большей продолжительностью ($p < 0,05$).

Существенную роль в характеристике психоэмоционального состояния обследуемых играет удовлетворенность сложившейся формой отдыха. Полученные данные свидетельствует, что каждый четвертый человек (26,9%) в обеих группах летом остается в Москве, 44,1% пациентов отдыхают на даче, 23,8% лиц выезжают на курорт или путешествуют, остальные 5,2% пациентов сочетают отдых на даче с пребыванием в Москве. В целом в большинстве случаев между членами семьи сложились хорошие (35,9%) и удовлетворительные (58,3%) взаимоотношения, лишь у 5,8% респондентов отмечены неудовлетворительные взаимоотношения в семье. Наличие длительных трудноразрешимых конфликтов отмечают 39,6% и 32,7% пациентов. Сила влияния морально-психологического климата в семье на состояние здоровья обследованных пациентов – $0,568 \pm 0,0024$, $p < 0,001$ ($0,575 \pm 0,0026$, $p < 0,001$ и $0,561 \pm 0,0022$, $p < 0,001$). Его негативная оценка чаще встречалась у больных с более частыми обострениями дорсопатии ($p < 0,05$) и большей степенью зависимости в повседневной жизни (индекс Бартел) у пациентов, перенесших ишемический инсульт ($p < 0,05$).

С целью определения роли и влияния образа жизни, как в целом, так и отдельных его сторон на состояние здоровья обследованного контингента были составлены репрезентативные статистически неравномерные комплексы для

качественных признаков. В основу формирования указанных комплексов было положено распределение обследованных пациентов на группы по интегральной оценке социально-гигиенических аспектов образа жизни и состояния их здоровья. С помощью полного корреляционного анализа и многофакторного дисперсионного анализа была рассчитана и оценена степень взаимосвязи между образом жизни и состоянием здоровья исследованных, а так же долевое участие отдельных факторов образа жизни в формировании здоровья. Учитывая, что влияние изученных факторов образа жизни на показатели здоровья практически идентично среди пациентов, перенесших инсульт и страдающих дорсопатиями, то анализ факторной обусловленности состояния здоровья рассматривается по всей выбранной статистической совокупности. Наиболее сильное долевое влияние на формирование здоровья оказывают следующие факторы: медицинская активность, психологический климат в семье, трудовая активность, условия жизни (рис. 8).

Изучение состояния здоровья обследованных пациентов в связи с их образом жизни выявило, что благоприятный образ жизни (рис. 9) достоверно ($p < 0,01$) в 2 раза чаще наблюдается среди лиц, имеющих хорошие показатели здоровья (1 группа) по сравнению с пациентами с плохими показателями здоровья (3 группа). В тоже время пациенты с 3 группой достоверно ($p < 0,05$) чаще ведут нездоровый образ жизни, чем лица с 1 и 2 группами.

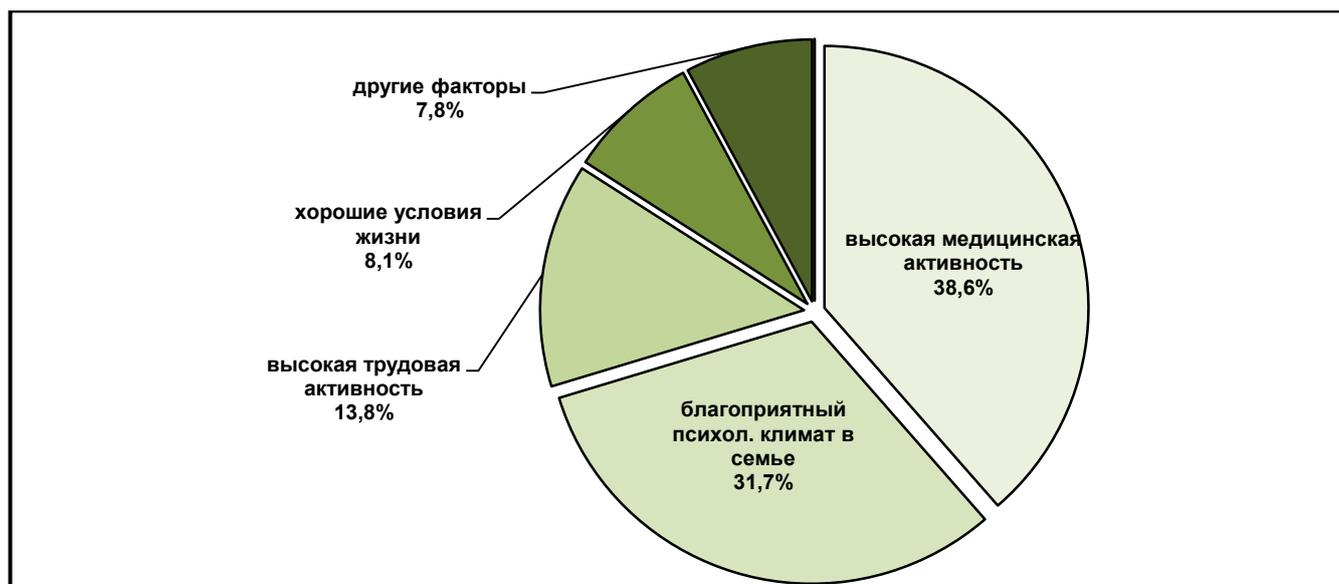


Рисунок 8. Позитивные факторы, формирующие благоприятные показатели здоровья

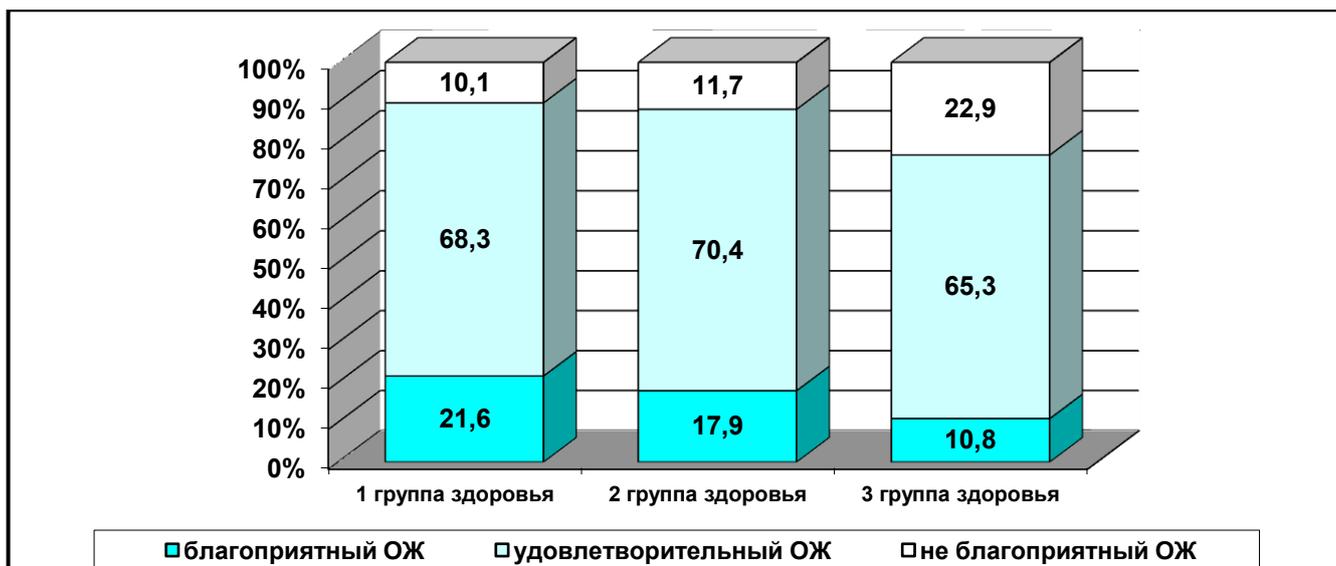


Рисунок 9. Распределение обследованных пациентов по группам здоровья в зависимости от оценки их образа жизни

Таким образом, наиболее сильное влияние на формирование здоровья оказывает медицинская активность, характеризующая отношение к своему здоровью и здоровью окружающих. Наиболее сильное влияния на здоровье среди критериев медицинской активности оказывали курение, злоупотребление алкоголем, плохой ночной сон (35,8%), физическая активность (26,9%), медицинское поведение (21,6%) и медицинская грамотность (10,5%).

Выявлено, что уровень медицинской грамотности обследованных пациентов коррелирует с уровнем образования, то есть чем выше уровень образования, тем выше степень медицинской грамотности пациентов, коэффициент корреляции составил $r=+0,561$, $m=\pm 0,06$, $p<0,001$. На втором месте существенную роль в формировании здоровья пациентов играет сложившийся психологический климат в семье, сила его влияния составила $\eta=0,568$, $m=\pm 0,0024$, $p<0,001$. Внутри комплекса характеристик, отражающих морально-психологический микроклимат, к наиболее значимым факторам, влияющим как на возникновение хронической патологии, так на сохранение здоровья, отнесены такие, как характер взаимоотношений между членами семьи ($\eta=0,815$, $m=\pm 0,0022$, $p<0,001$), наличие или отсутствие постоянных и трудноразрешимых конфликтов в семье ($\eta=0,489$, $m=\pm 0,0028$, $p<0,001$), степень удовлетворенности сложившимися семейными традициями ($\eta=0,299$, $m=\pm 0,0032$, $p<0,001$). Третье место занимает трудовая активность. Сила и достоверность влияния наиболее существенных характеристик трудовой активности определяется

корреляционным отношением, равным $\eta=0,472$, $m=\pm 0,0026$, $p<0,001$. Среди факторов, составляющих трудовую активность, наиболее сильное влияние оказывают такие, как: наличие или отсутствие неблагоприятных факторов на работе ($\eta=0,716$, $m=\pm 0,0018$, $p<0,001$); степень удовлетворенности морально-психологическим климатом на работе ($\eta=0,513$, $m=\pm 0,0022$, $p<0,001$); степень удовлетворенности условиями трудовой деятельности ($\eta=0,462$, $m=\pm 0,0024$, $p<0,001$); степень соответствия занимаемой должности и места работы полученному уровню образования ($\eta=0,398$, $m=\pm 0,0028$, $p<0,001$); степень удовлетворенности существующей организацией труда ($\eta=0,268$, $m=\pm 0,0032$, $p<0,001$). Среди рассмотренных критериев, характеризующих образ жизни пациентов, преобладают такие, выполнение которых зависит только от желания и убежденности самих пациентов в необходимости улучшения своего здоровья, что необходимо учитывать при разработке реабилитационной программы. Для оптимизации неблагоприятных факторов в программу медико-социальной реабилитации включено воздействие на управляемые факторы образа жизни.

Медицинский раздел реабилитационных мероприятий предназначен для восстановления утраченных в результате болезни функций или формирования компенсаторных механизмов к имеющемуся неврологическому дефекту. Мероприятия по медицинской реабилитации для пациентов, перенесших ишемический инсульт, включали программу, направленную на восстановление нарушенных функций путем воздействия на центральный и периферический отделы двигательной системы, снижение спастичности мышц, уменьшение болевого синдрома, дополнительную стимуляцию проприоцепции (схема 2).

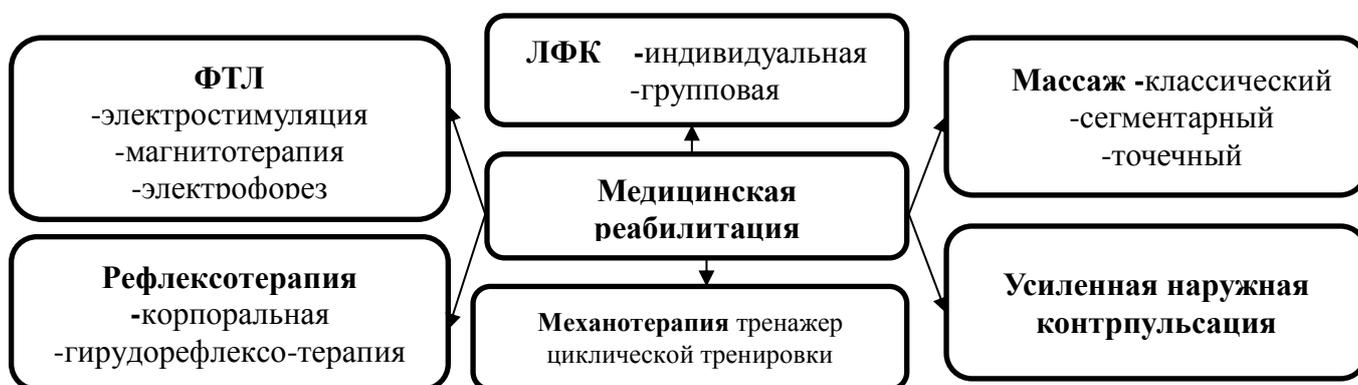


Схема 2. Программа медицинской реабилитации для пациентов, перенесших ишемический инсульт

Программа медицинской реабилитации для пациентов, страдающих дорсопатией, направлена на купирование болевого синдрома, нормализацию мышечного тонуса, коррекцию мышечного дисбаланса, формирование мышечного корсета, оптимизацию двигательного стереотипа (схема 3).

Продолжительность, количество и частота проведения процедур определялась в зависимости от комплексной оценки состояния здоровья пациента. В соответствии с наличием сопутствующих заболеваний при необходимости назначалась терапия в соответствии со Стандартами оказания медицинской помощи в РФ. Пациентам, включенным в исследование, было проведено 2 курса реабилитационных мероприятий с интервалом 4-5 месяцев в течение года.

Для реализации этого раздела реабилитации организованы структурные подразделения в составе специализированного амбулаторно-поликлинического учреждения.



Схема 3. Программа медицинской реабилитации для пациентов, страдающих дорсопатиями

Нейро-реабилитационное отделение для больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга предназначено для проведения реабилитационного лечения пациентам, перенесшим острые нарушения мозгового кровообращения. В штате отделения: врачи-неврологи, терапевт, кардиолог, логопед, мануальный терапевт, рефлексотерапевт, ЛОР-врач, окулист, медицинские сестры.

Нейро-реабилитационное отделение для больных с дорсопатиями предназначено для проведения реабилитационного лечения пациентам с дорсопатиями. В штате отделения: врачи-неврологи, ортопед, мануальные терапевты, рефлексотерапевт, медицинские сестры. Неврологическое отделение предназначено для пациентов с заболеваниями нервной системы и с сопутствующей

кардио-васкулярной патологией, имеет в штате врачей-неврологов, кардиолога, терапевтов, окулиста, медицинских сестер. Отделение демиелинизирующих и экстрапирамидных заболеваний нервной системы предназначено для реабилитации соответствующей категории пациентов и укомплектовано врачами-неврологами, мануальным терапевтом, рефлексотерапевтом, медицинскими сестрами. Физиотерапевтическое отделение предназначено для проведения лечения с использованием методов физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры, механотерапии. В штате отделения: врачи физиотерапевты, лечебной физкультуры, мануальные терапевты, рефлексотерапевты, инструкторы и методисты ЛФК, медицинские сестры по массажу и физиотерапии.

Психологическая реабилитация включает использование методик для улучшения психоэмоционального и функционального состояния пациента: групповая или индивидуальная симптоматически-ориентированная, когнитивно-поведенческая, рациональная психотерапия, аутогенная тренировка. Психологическая реабилитация построена на психокоррекционной работе с пациентом для устранения неадекватных личностных установок и представлений о заболевании, методах лечения, взаимоотношениях с социальной средой и нацелена на формирование адекватных для состояния здоровья мотиваций. Программа включала проведение 2-х курсов психологической реабилитации, состоящей из 20 занятий с интервалом в 5-6 месяцев. Реализация психологического раздела мероприятий осуществлялось в отделении медико-социальной реабилитации, в штате которого имеются психотерапевты, психологи, медицинские сестры.

Социальная реабилитация включает комплекс мероприятий, направленных на обучение больных навыкам и приемам здорового образа жизни, которые приводят к предупреждению развития заболеваний, обострений и осложнений, позволяют быстрее адаптироваться к существующим условиям, возникшим в результате заболевания, способствует ускорению выздоровления. Воздействие элементов здорового образа жизни, или интерактивное оздоровление, настолько значимо для сохранения и поддержания здоровья, что при оптимальном значении основных характеристик образа жизни повышается эффективность медицинской и психологической реабилитации. Интерактивное оздоровление базируется на

информировании и обучении лечащим врачом своих пациентов навыкам благоприятного для их здоровья медико-социального поведения в соответствии с их социально-гигиенической характеристикой образа жизни и особенностями исходного состояния здоровья. При проведении социальной реабилитации был сделан акцент на повышении медицинской грамотности пациентов. Важным разделом явилась организация «Школ для пациентов, перенесших инсульт» и «Школ для больных, страдающих дорсопатиями», которые посетили не только пациенты, но и их родственники. Также врачом проводились индивидуальные беседы с пациентами с рекомендациями по чтению медицинской литературы, просмотрам дисков с медицинской информацией. Система интерактивного оздоровления включала несколько разделов: повышение медицинской грамотности, отказ от вредных привычек, контроль питания, оптимизация двигательной активности, соблюдение режима сна, отдыха и работы. В реализации этого раздела реабилитационной программы принимали участие врачи вышеперечисленных структурных подразделений.

Выполненное исследование позволило научно обосновать и разработать модель специализированного амбулаторно-поликлинического лечебно-профилактического учреждения предназначенного для комплексной медико-социальной реабилитации пациентов с патологией нервной системы (рис.10).



Схема 4. Модель специализированного амбулаторно-поликлинического ЛПУ для больных с заболеваниями нервной системы

Полученные результаты показали, что примерно каждый третий пациент активно включился в программу медико-социальной реабилитации (33,8%), 66,2% больных считали для себя возможным реализовать предложенные рекомендации, но

не в полном объеме (32,6%) или не систематически (33,6%). Пациентов полностью отказавшихся от выполнения реабилитационной программы не было.

Отмечено в целом, что пациенты достоверно ($p < 0,05$) чаще более охотно и в полном объеме выполняли медицинский раздел реабилитации (48,2%), и реже рекомендации по здоровому образу жизни (39,1%), еще реже – мероприятия по психологической реабилитации (19,6%).

Среди причин невыполнения реабилитационной программы чаще назывались следующие: отсутствие веры в успех лечения (33,4 случаев), отсутствие видимого быстрого положительного эффекта (29,3 случая), нежелание выполнять рекомендации (18,4 случая), настороженность к рекомендациям врача (15,2 случая), другие причины (3,7 случаев) в расчете на 100 опрошенных пациентов.

Невыполнение реабилитационной программы было ассоциировано с повышенным уровнем тревожности ($r = 0,624$; $p < 0,05$). Неудовлетворительная оценка материального положения и условий проживания были связаны с повышенным уровнем тревожности ($r = 0,688$; $p < 0,05$) и не полным и не систематическим выполнением рекомендованного лечения ($r = 0,592$; $p < 0,05$).

Анализ эффективности медицинской реабилитации среди пациентов, перенесших ишемический инсульт (табл. 11), показал, что суммарное число баллов по шкале NIHSS у лиц, выполнявших рекомендации в полном объеме, снизилось на 4 балла в целом у 71,4% лиц, у пациентов выполнявших рекомендации не в полном объеме, число таковых составило 34,6% ($p < 0,05$).

Динамика индекса Бартел выявила значимое положительное влияние с увеличением суммарных показателей на 4 балла у 70,9% пациентов. Среди пациентов, выполнявших не в полном объеме медицинский раздел реабилитационных мероприятий число таких лиц было в 2,4 раза меньше и составило 29,4% ($p < 0,05$). Регресс болевого синдрома до $3,2 \pm 1,4$ баллов по шкале ВАШ выявлен в целом у 83,1% пациентов, тогда как у пациентов, выполнявших реабилитационные мероприятия не в полном объеме, только в 35,4% случаев ($p < 0,05$). Уменьшение выраженности спастичности на $1,6 \pm 0,4$ баллов отмечено соответственно в целом у 50,0% и 31,2% пациентов.

Таблица 11. Эффективность комплексной реабилитации среди пациентов, перенесших ишемический инсульт в зависимости от выполнения реабилитационных мероприятий (в % к итогу)

Показатель	I группа		II группа		III группа		Критерий достоверности «р»
	Выполнение в полном объеме		Выполнение в полном объеме		Выполнение в полном объеме		
	да	нет	да	нет	да	нет	
Медицинская реабилитация							
Шкала NIHSS (снижение на 4 балла)	83,3	42,4	76,6	32,7	54,3	28,6	<0,05
Шкала Бартел (повышение на 4 балла)	81,6	41,7	79,9	27,9	51,2	18,6	<0,05
Шкала ВАШ (снижение до 3,2±1,4 баллов)	86,7	39,7	84,3	33,6	78,2	32,8	<0,05
Шкала Эшфорта (снижение до 1,6±0,4 баллов)	56,3	31,2	69,4	40,4	24,3	11,2	<0,05
Психологическая реабилитация							
Шкала HADS (снижение на 3,5 балла)	41,2	29,3	39,7	25,7	33,4	21,2	<0,05
Социальная реабилитация							
Медицинская грамотность	71,2	32,1	69,7	27,8	67,5	29,7	<0,05
Курение	34,3	51,2	33,2	50,9	29,7	52,3	<0,05
Контроль питания и веса	23,7	11,7	25,4	9,8	26,2	10,1	<0,05
Двигательная активность	41,4	27,6	45,6	25,4	43,2	29,3	<0,05
Улучшение психологического климата в семье	53,3	39,8	52,6	40,1	64,7	39,7	<0,05

После прохождения полного курса психологической реабилитации регресс тревожно-депрессивных расстройств, при оценке по шкале HADS, продемонстрировал снижение числа пациентов с депрессивными расстройствами до 38,1% и до 39,3% с тревожными расстройствами.

Проведение социальной реабилитации способствовало увеличению в 2,6 раз числа пациентов, читающих медицинскую литературу (с 26,7% до 69,5%). Имеет место достоверное ($p < 0,05$) снижение доли курящих пациентов (с 64,3% до 32,4%). Отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение удельного веса лиц, контролирующих свое питание и вес (с 7,8% до 25,1%). Увеличилось число пациентов с продолжительностью ночного сна с 5-6 до 7-8 часов в 1,5 раза (с 35,1% до 69,3%; $p < 0,05$).

Анализ эффективности выполнения медицинского раздела реабилитации пациентами, страдающими дорсопатиями (табл. 12), в целом продемонстрировал снижение значений по ПШОС с $3,4 \pm 0,1$ до $1,8 \pm 0,1$ баллов у 71,2% пациентов, выполнявших программу в полном объеме.

Таблица 12. Эффективность комплексной реабилитации среди пациентов, страдающих дорсопатиями, в зависимости от выполнения реабилитационных мероприятий (в % к итогу)

Показатель	I группа		II группа		III группа		Критерий достоверности «р»
	Выполнение в полном объеме		Выполнение в полном объеме		Выполнение в полном объеме		
	да	нет	да	нет	да	нет	
Медицинская реабилитация							
ПШОС (снижение на $1,6 \pm 0,1$ баллов)	79,8	39,7	74,3	36,5	61,6	33,1	<0,05
ИМС (снижение на 4 балла)	64,5	43,6	73,2	36,8	51,4	34,6	<0,05
Шкала ВАШ (снижение до $3,4 \pm 0,8$ баллов)	72,4	33,5	83,2	31,1	75,3	27,5	<0,05
ОРМ (снижение на $4,5 \pm 0,8$ баллов)	62,7	31,5	66,3	38,4	62,3	23,2	<0,05
Психологическая реабилитация							
Шкала HADS (снижение на 3,5 балла)	49,7	21,3	45,7	24,7	32,5	17,4	<0,05
Социальная реабилитация							
Медицинская грамотность	56,2	33,5	63,2	31,6	65,8	27,4	<0,05
Курение	53,6	70,8	51,5	72,6	54,5	71,7	<0,05
Контроль питания и веса	31,7	14,7	29,4	12,5	28,6	9,9	<0,05
Двигательная активность	44,5	29,4	47,8	23,6	46,3	21,1	<0,05
Улучшение психологического климата в семье	54,3	35,7	51,8	38,1	66,2	36,4	<0,05

Регресс болевого синдрома до $3,4 \pm 0,8$ баллов по ВАШ выявлен в целом у 76,9% пациентов, тогда как у пациентов, выполнявших реабилитационные мероприятия не в полном объеме, только в 30,7% случаев ($p < 0,05$). Суммарное число баллов по ОРМ у лиц, выполнявших рекомендации в полном объеме, снизилось до $3,4 \pm 0,8$ баллов у 63,8% пациентов. Суммарная оценка ИМС в целом снизилась с $8,2 \pm 0,3$ до $3,4 \pm 0,1$ баллов у 63,0% пациентов, выполнявших рекомендации и у 31,0% пациентов, выполнявших рекомендации не в полном объеме.

Проведение курса психологической реабилитации продемонстрировало обратное развитие тревожно-депрессивных расстройств, при оценке по шкале HADS, у 42,6% пациентов.

Если в начале проведения социального раздела реабилитации 31,6% лиц стремились повышать медицинскую грамотность, то уже через год их число увеличилось в 2,4 раза (76,8%; $p < 0,05$). Имеет место снижение доли курящих пациентов (с 71,1% до 53,2%; $p < 0,05$). Отмечено достоверное увеличение удельного веса лиц, контролирующих свое питание и вес (с 14,3% до 29,9%; $p < 0,05$). Число пациентов с продолжительностью ночного сна с 5-6 до 7-8 часов возросло в 2,5 раза (с 8,9% до 23,4%). Среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, выполнявших программу, в 2,6 раз больше лиц вернувшихся к труду, по сравнению с пациентами, выполнявшими ее не в полном объеме (соответственно, 28,9% и 11,2%), количество пациентов признанных инвалидами 1-й и 3-й групп не различается и в 1,9 раз меньше пациентов ставшими инвалидами 2-й группы (25,8% и 49,2%, также соответственно).

Исследование изменений в состоянии здоровья под влиянием выполнения пациентами реабилитационной программы, выявило, что среди лиц, ее выполнявших, имело место достоверное снижение в 2,1 раза удельного веса пациентов с плохим самочувствием (с 13,6% до 6,9%, $p < 0,01$) и увеличение в 2,2 раза удельного веса тех, кто отметил положительную динамику своего состояния здоровья (с 19,5% до 42,9%, $p < 0,01$). При анализе состояния здоровья по объективным критериям выявлено, что в основной группе наблюдения сократилась частота обострений сопутствующих заболеваний заболевания в течение года с $2,7 \pm 0,06$ случаев до $1,5 \pm 0,06$ ($p < 0,05$), а средняя длительность 1 случая – с $17,8 \pm 0,06$ дней до $11,2 \pm 0,06$ ($p < 0,05$).

Изучение эффективности проведено на протяжении 18 месяцев, с осмотрами через 6, 12 и 18 месяцев. Помимо оценки эффективности медицинских реабилитационных мероприятий, учитывалось изменений отношения больных к проводимой терапии, их удовлетворенность лечением. Первую основную группу составили 388 больных, перенесших ишемический инсульт, и в полной мере выполнявших реабилитационные мероприятия. Группу сравнения составили 271

пациентов, выполнявших реабилитационные мероприятия не в полном объеме. Вторую основную группу составили 452 больных с дорсопатиями, выполнявших в полном объеме комплекс реабилитационных мероприятий, группу сравнения составили 199 пациентов, выполнявшие мероприятия не в полном объеме. На фоне проводимого лечения у большинства больных основных групп повышалась удовлетворенность своей жизнью, менее значимыми становились семейные и служебные проблемы, что было связано со снижением выраженности депрессивных нарушений, формированием правильного отношения к состоянию собственного здоровья и окружающему миру.

Таблица 13. Динамика клинических показателей у больных, страдающих дорсопатиями

Шкалы (баллы)	До лечения		6 мес		12 мес		18 мес	
	Группы							
	Основ.	Контр.	Основ.	Контр.	Основ.	Контр.	Основ.	Контр.
ВАШ	7,5±1,2	7,2±2,0	6,7±0,9	7,0±1,1	4,2±0,6	5,8±0,8*	3,2±5,5	5,4±0,9*
ОРМ	12,6±2,2	13,0±2,1	11,0±1,2	1,9±1,5	7,1±0,9*	11,3±1,7	5,2±0,8	10,5±1,*

* - отличия между группами достоверны ($p < 0,05$)

У больных с дорсопатиями на 6 месяцев имело место уменьшение интенсивности болевого синдрома и расширение способности к самообслуживанию (табл. 13), на 12 и 18 мес. наблюдалось дальнейшее уменьшение интенсивности боли и уменьшение ограничений в повседневной жизни ($p < 0,05$). Также сократилось количество обострений (с $2,4 \pm 0,5$ за 6 мес. до начала исследования до $1,2 \pm 0,4$ к моменту его окончания; $p < 0,05$). Уменьшилась продолжительность обострений – с $13,0 \pm 4,3$ до $7,7 \pm 3,1$ ($p < 0,05$). Динамика обусловлена формированием у пациента конструктивного подхода к оценке собственного состояния, выполнением программы реабилитации.

У больных, перенесших инсульт, в основной группе на 6 мес. уменьшилась выраженность неврологического дефицита, снизился мышечный тонус (табл. 14). В последующем положительная динамика регистрировалась в основной группе, в группе сравнения изменения носили незначительный характер. При исследовании на 12 и 18 мес. различия между группами приобретали достоверный характер.

Таблица 14. Динамика клинических показателей у пациентов, перенесших ишемический инсульт

Шкалы (баллы)	До лечения		6 мес		12 мес		18 мес	
	Группы							
	Основ.	Контр.	Основ.	Контр.	Основ.	Контр.	Основ.	Контр.
NIHSS	11,6±1,8	11,9±2,1	8,6±0,8	10,2±1,3	6,3±0,9	9,9±0,7*	5,1±0,6	8,8±0,7*
Бартел	63,6±5,1	66,3±6,0	55,2±6,3	60,8±5,3	46,8±3,6	57,7±5,2*	38,5±3,2	52,4±4,1*
Эшфорта	3,5±0,4	3,3±0,5	2,8±0,4	3,0±0,5	2,5±0,4	3,0±0,4*	2,2±0,4	2,7±0,5*

* - отличия между группами достоверны ($p < 0,05$)

У пациентов, перенесших ишемический инсульт, возросло выполнение объема программы, что заключалось в регулярном посещении занятий лечебной гимнастикой, массажа. Более половины больных отказались от курения и приема алкоголя, треть из них начали контролировать массу тела и стали придерживаться здорового рациона питания. Указанные отличия носили достоверный характер при сопоставлении с группой сравнения ($p < 0,05$).

Приведенные данные продемонстрировали высокую эффективность комплексной реабилитационной терапии среди пациентов, перенесших ишемический инсульт и страдающих дорсопатиями. Эффективное использование возможностей амбулаторно-поликлинического учреждения повышает уровень физиологической, психологической и социальной адаптации пациентов.

Разработанная и внедренная модель амбулаторно-поликлинического ЛПУ, предназначенного для реализации перечисленных мероприятий медико-социальной реабилитации пациентов с заболеваниями нервной системы может быть рекомендована для аналогичных территорий Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1. Разработанная программа и методика медико-социального исследования больных с заболеваниями нервной системы позволили определить особенности состояния здоровья пациентов, перенесших ишемический инсульт и больных страдающих дорсопатиями, их социально-гигиенические характеристики и выявить факторы, формирования здоровья, что дало возможность научно обосновать современные подходы и показать эффективность осуществления медико-социальной

реабилитации пациентов, перенесших инсульт и больных страдающих дорсопатиями.

2. Анализ выраженности неврологических изменений у обследованных пациентов, выявил, что в целом наибольшее число пациентов имели легкую (39,8% и 26,8%) и среднюю степень тяжести неврологических нарушений (44,9% и 60,8%). Ограничение повседневной активности отмечено у 78,7% пациентов, перенесших инсульт и нарушение жизнедеятельности у 59,7% пациентов, страдающих дорсопатиями, что обусловлено двигательными нарушениями, болевым синдромом и нейропсихологическими расстройствами.

3. Изучение сопутствующей заболеваемости установило, что ее уровень составляет среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, 391,5 случаев и среди пациентов, страдающих дорсопатиями, 263,7 случаев на 100 человек. С возрастом число сопутствующих заболеваний увеличивается. Наиболее часто сопутствующая патология среди обследованных пациентов включает болезни системы кровообращения, нервной системы, костно-мышечной системы. На эти группы заболеваний приходится 59,8% всей выявленной патологии у пациентов, перенесших ишемический инсульт, и 54,2% у пациентов, страдающих дорсопатией.

4. Изучение социально-гигиенической характеристики выявило, что среди обследованных пациентов, перенесших ишемический инсульт, женщин 53,3% и мужчин 46,7%, преимущественно в возрасте 50-60 лет (47,3%), в большинстве случаев с высшим образованием (70,7%). Каждый второй работает, каждый третий является пенсионером, средний трудовой стаж 31,4 года. Неблагоприятные производственные факторы (гиподинамия, неблагоприятный микроклимат на работе, работа на компьютере) отмечены у 74,4% пациентов, курит 64,3%, злоупотребляет алкоголем 30% мужчин и 5,1% женщин, имеют избыточный вес 48,5%.

5. Анализ социально-гигиенической характеристики пациентов, страдающих дорсопатией, показал, что среди них женщин 55,1%, мужчин – 44,9%, большинство относится к возрастной группе 40-50 лет, каждый второй имеет высшее образование, 74,6% работает, средний трудовой стаж $19,8 \pm 7,1$ лет. Неблагоприятные производственные факторы (неблагоприятный микроклимат на работе, работа длительное время в положении сидя, на компьютере и др.) отмечены у 69,3%

пациентов, курит 71,1%, злоупотребляет алкоголем 26,6% мужчин и 6,3% женщин, имеют избыточный вес 41,7%.

6. Использование однофакторного дисперсионного анализа для качественных признаков позволило установить, что наиболее сильное долевое влияние на формирование здоровья оказывают медицинская активность, психологический климат в семье, трудовая активность. Среди критериев медицинской активности наибольшую роль оказывают такие характеристики, как курение, злоупотребление алкоголем, плохой ночной сон (35,8%), затем следует физическая активность (26,9%), медицинское поведение (21,6%) и медицинская грамотность (10,5%).

7. Реабилитационные мероприятия для оздоровления данной группы пациентов включают медицинский, социальный и психологический разделы, которые осуществлялись в условиях специализированного амбулаторно-поликлинического учреждения. Реализация социального раздела основывается на формировании элементов здорового образа жизни, медицинская реабилитация предусматривает проведение физиотерапии, рефлексотерапии, механотерапии, лечебной физкультуры, массажа, психологическая реабилитация включает использование психокоррекционных методик: групповая или индивидуальная симптоматически-ориентированная, когнитивно-поведенческая, рациональная психотерапия, аутогенная тренировка.

8. Анализ эффективности выполнения медицинского раздела реабилитации среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, показал, снижение суммарного числа баллов на 4 балла по шкале NIHSS у 71,4% пациентов, увеличение на 4 балла индекса Бартел у 70,9%, регресс болевого синдрома до $3,2 \pm 1,4$ баллов по шкале ВАШ выявлен у 83,1% пациентов. Уменьшение выраженности спастичности на $1,6 \pm 0,4$ баллов отмечено у 50,0% лиц.

9. Анализ эффективности выполнения медицинского раздела реабилитации у пациентов, страдающих дорсопатиями, выявил снижение суммарной бальной оценки по ПШОС с $3,4 \pm 0,1$ до $1,8 \pm 0,1$ баллов у 71,2% пациентов, регресс болевого синдрома до $3,4 \pm 0,8$ баллов по шкале ВАШ - у 76,9% пациентов и снижение суммарного числа баллов по ОРМ до $3,4 \pm 0,8$ баллов у 63,8% пациентов. Суммарная оценка ИМС в целом снизилась с $8,2 \pm 0,3$ до $3,4 \pm 0,1$ баллов у 63,0% пациентов.

10. После прохождения полного курса психологической реабилитации обратное развитие тревожно-депрессивных расстройств, при оценке по шкале HADS, продемонстрировало снижение числа пациентов с депрессивными расстройствами до 38,1% и 39,3% с тревожными расстройствами среди пациентов, перенесших инсульт и до 42,6% и 23,7% среди пациентов, страдающих дорсопатиями.

11. В результате проведения социального раздела реабилитации число лиц, стремившихся повышать медицинскую грамотность достоверно ($p < 0,05$) увеличилось в 2,6 раз среди пациентов, перенесших инсульт, и в 2,4 раза среди пациентов, страдающих дорсопатиями, также отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение доли курящих пациентов, увеличение удельного веса лиц, контролирующих свое питание и вес, увеличение числа пациентов с продолжительностью ночного сна до 7-8 часов.

12. Выполненное исследование позволило научно обосновать и разработать модель специализированного амбулаторно-поликлинического лечебно-профилактического учреждения, предназначенного для проведения комплексной медико-социальной реабилитации пациентов с заболеваниями нервной системы. В организационную структуру учреждения входят специализированные нейро-реабилитационные отделения и физиотерапевтическое отделение, что позволяет реализовать комплекс реабилитационных мероприятий в полном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Открытие специализированных лечебно-профилактических учреждений амбулаторного типа по медицинской реабилитации неврологических больных, позволит получить значительный медико-социальный эффект при проведении реабилитационных мероприятий и нуждается в широком распространении и внедрении в крупных городах-мегаполисах Российской Федерации.

2. Использование у больных с заболеваниями нервной системы программы реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях, которая включает медицинский, психологический и социальный разделы, способствует эффективному восстановительному лечению, уменьшению необходимости

госпитализации больных, повышению качества их жизни.

3. Использование психотерапевтической коррекции в системе реабилитации в амбулаторных условиях необходимо для пациентов с патологией нервной системы и является одним из важнейших условий эффективности восстановительного лечения.

4. В программе медико-социальной реабилитации система интерактивного оздоровления пациентов с неврологическими заболеваниями должна основываться на формировании стереотипов здорового образа жизни и соблюдении таких принципов, как регулярность (по времени) и последовательность, базирующихся на воспитании навыков чередования трудовой деятельности и отдыха, полноценной двигательной активности, правильного отношения к питанию, устранении вредных привычек, своевременности обращения к врачу с лечебной и профилактической целью, выполнении рекомендаций медицинского персонала, систематическом повышении своей медицинской грамотности. В связи с этим целесообразна организация специализированных «Школ» для пациентов с заболеваниями нервной системы.

5. Учитывая значимость интерактивного оздоровления в программе медико-социальной реабилитации целесообразно включить в профессиональную обязанность врачей лечебно-профилактических учреждений систематическое информирование пациентов о роли факторов образа жизни в формировании здоровья, а так же обучение прикрепленного контингента навыкам здорового образа жизни с учетом возрастно-половых особенностей и состояния здоровья.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Костенко, Е.В. Применение Фенотропила при лечении амбулаторных больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта / Л.В. Багирь, Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* и др. // *Consilium Medicum*. – 2006. – Т. 8. - № 8. - С. 96-101.

2. Костенко, Е.В. Применение катадолона у больных со спондилогенной дорсалгией / А.Н. Бойко, Е.Ю. Журавлева, *Е.В. Костенко* // **Журнал неврологии и**

психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2006. – Т. 107. - № 11. - С. 46-48.

3. Костенко, Е.В. Организация специализированного кабинета для больных рассеянным склерозом / Т.Т. Батышева, А.Н. Бойко, *Е.В. Костенко* и др. // **Медицинская помощь. - 2007. - N 4- С. 5-7.**

4. Костенко, Е.В. Фенотропил при лечении амбулаторных больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта / Л.В. Багирь, Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* и др. // **Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. - № 5. - С. 384-390.**

5. Костенко, Е.В. Опыт лечения болезни Паркинсона в условиях кабинета экстрапирамидной патологии окружного неврологического отделения ЦАО Москвы / *Е.В. Костенко* // **Медицинская помощь. - 2007.-N 3.-С.16-18.**

6. Костенко, Е.В. Опыт применения препарата гинос в амбулаторном лечении пациентов с хроническими прогрессирующими сосудистыми заболеваниями головного мозга / А.Н. Бойко, Е.Ю. Журавлева, *Е.В. Костенко* // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. - № 9. - С. 55-59.**

7. Костенко, Е.В. Лечение амбулаторных больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта / *Е.В. Костенко* // **Медицинская помощь. - 2007.-N 3.-С.28-33.**

8. Костенко, Е.В. Опыт амбулаторного применения препарата церебро при ишемическом инсульте в раннем восстановительном периоде / А.Н. Бойко, О.В. Матвиевская, *Е.В. Костенко* // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. - № 10. - С. 34-40.**

9. Костенко, Е.В. Гирудорефлексопунктура в комплексной терапии болевых синдромов при поясничной дорсопатии / З.В. Кузьмина, *Е.В. Костенко*, Т.Т. Батышева и др. // **Медицинская помощь. - 2007.-N 3.-С.46-49.**

10. Костенко, Е.В. Организация и опыт работы кабинета первичной профилактики инсульта в ЦАО Москвы / А.Н. Бойко, *Е.В. Костенко* // **Медицинская помощь. - 2007.-N 3.-С.57-59.**

11. Костенко, Е.В. Применение нового препарата леводопы – сталево (леводопа/карбидопа/энтакапон) для лечения болезни Паркинсона в амбулаторно-поликлинической практике (открытое исследование СТАРТ-М) / А.Н. Бойко, Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* и др. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. - № 12. - С. 21-24.**

12. Костенко, Е.В. Комплексная программа вторичной профилактики инсульта: место препарата Вазобрал / Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* // **Consilium Medicum. – 2007. – Т. 9. - № 2. - С. 79-82.**

13. Костенко, Е.В. Черепно-мозговая травма / А.Н. Бойко, *Е.В. Костенко*, Т.Т. Батышева и др. // **Consilium medicum. - 2007.-N 8.-С.5-10.**

14. Костенко, Е.В. Опыт амбулаторного применения мемотропила при лечении когнитивных расстройств у больных с хроническими прогрессирующими сосудистыми заболеваниями головного мозга / Т.Т. Батышева, Л.В. Багирь, *Е.В. Костенко* и др. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008.**

– Т. 108. - № 11. - С. 40-45.

15. Костенко, Е.В. Опыт применения Трилептала в комплексной терапии нейропатических болевых синдромов / Е.Ю. Журавлева, *Е.В. Костенко* // *Consilium Medicum*. – 2008. – Т. 10. - № 2. - С. 63-67.

16. Костенко, Е.В. Использование баклосана в комплексной терапии мышечно-тонических и миофасциальных болевых синдромов у больных с дорсопатией / Т.Т. Батышева, А.Н. Бойко, *Е.В. Костенко* // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – Т. 108. - № 6. - С. 34-37.**

17. Костенко, Е.В. Применение наружной контрпульсации в восстановительном лечении больных с ишемическим инсультом / Т.Т. Батышева, Е.М. Пивоварчик, *Е.В. Костенко* // *Здоровье столицы: 7 Московская ассамблея*. – М., 2008. - С. 158.

18. Костенко, Е.В. Применение препарата аксамон в комплексной реабилитации больных с двигательными нарушениями при патологии поясничного отдела позвоночника / А.Н. Бойко, Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* и др. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 9. - С. 45.**

19. Костенко, Е.В. Амбулаторное лечение пациентов с синдромом хронической усталости, астеническим синдромом и синдромом вегетативной дистонии: опыт применения Ван Би / Т.Т. Батышева, Л.В. Багирь, *Е.В. Костенко* и др. // *Consilium medicum Неврология*. - 2008.-N 1.-С.100-104.

20. Костенко, Е.В. Первый опыт применения наружной контрпульсации для восстановительного лечения больных, перенесших ишемический инсульт / А.Н. Бойко, *Е.В. Костенко*, П.Р. Камчатнов и др. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2009.-N 6.-С.38-40.**

21. Костенко, Е.В. Применение наружной контрапульсации для восстановительного лечения больных, перенесших ишемический инсульт / Т.Т. Батышева, П.Р. Камчатнов, *Е.В. Костенко* и др. // *Методические рекомендации*. М., 2009. 16 стр.

22. Костенко, Е.В. Опыт организации работы кабинетов клинической нейропсихологии в окружных неврологических отделениях амбулаторной неврологической службы Москвы / Т.Т. Батышева, К.А. Зайцев, *Е.В. Костенко* и др. // **Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2009. – № 2. - С. 109.**

23. Костенко, Е.В. Результаты изучения эффективности Велаксина (венлафаксин) у больных с подострыми и хроническими спондилогенными дорсалгиями / Т.Т. Батышева, П.Р. Камчатнов, *Е.В. Костенко* и др. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2009. – № 5. - С. 32-39.**

24. Костенко, Е.В. Нейропротекторы в комплексной терапии больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения в условиях кабинета клинической нейропсихологии ЦАО г. Москвы / А.Н. Бойко, *Е.В. Костенко* // *Русский медицинский журнал*. – 2009. – Т. 17. - № 11. - С. 784-788.

25. Костенко, Е.В. Оценка эффективности Омега-3 форте «ProBio» у больных с церебро-вазкулярными заболеваниями и гиперлипидемией / Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* // *Consilium Medicum*. – 2009. - № 1. - С. 18-23.

26. Костенко, Е.В. Организация кабинета клинической нейропсихологии / Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко*, П.Р. Камчатнов // Методические рекомендации. М., 2010. 42 стр.

27. Костенко, Е.В. Сравнительная оценка нейродикловита и диклофенака у пациентов с острым болевым синдромом на фоне грыжи межпозвонкового диска / Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* // **Медицина критических состояний.** – 2010. – № 1. - С. 34-42.

28. Костенко, Е.В. Нейродикловит: возможности применения у пациентов с болью в спине / П.Р. Камчатнов, А.Н. Бойко, *Е.В. Костенко* и др.// **Фарматека.** – 2010. – Т. 7. - № 201. - С. 63-68.

29. Костенко, Е.В. Опыт применения препарата Би-ксикам у пациентов с болевым синдромом на фоне спондилоартроза поясничного отдела позвоночника / Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18. - № 16. - С. 464-467.

30. Костенко, Е.В. Опыт применения антиоксидантной терапии (мексиприм) при лечении больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта полушарной локализации / А.Н. Бойко, *Е.В. Костенко* // **Медицинский альманах.** - 2011.-N 1.-С.92-93.

31. Костенко, Е.В. Методологические основы лечения спастичности / Т.Т. Батышева, *Е.В. Костенко* // Медико-социальные аспекты лечения спастичности в практике невролога: Материалы научно-практической конференции - М., 2010. – С. 6-9.

32. Костенко, Е.В. Опыт применения кетонала дуо в комплексной терапии острого болевого синдрома у больных с люмбальными дорсопатиями / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова, К.А. Зайцев и др. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.** – 2011. – № 1. - С. 82-84.

33. Костенко, Е.В. Современные методы лечения спастического мышечного тонуса с применением ботулинотерапии / *Е.В. Костенко*, Т.Т. Батышева, Л. В. Петрова и др. // Методическое руководство. М., 2011. 110 стр.

34. Костенко, Е.В. Организация работы школ для больных с болезнью Паркинсона: Руководство для врачей / *Е.В. Костенко*, А.А. Тяжелников, Н.А. Орышич // По мат II Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движения. М., 2011. 608 стр.

35. Костенко, Е.В. Применение бетагистина в клинической практике. Результаты многоцентрового исследования / И.Ю. Ковалева, А.Б. Гехт, *Е.В. Костенко* и др. // **Лечебное дело.** – 2011. –№ 2. - С. 70-78.

36. Костенко, Е.В. Лечение деменции альцгеймеровского типа и смешанной деменции: опыт трехлетнего наблюдения / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова // **Лечебное дело.** – 2011. - № 4. - С. 61-76.

37. Костенко, Е.В. Опыт применения ксеомина в коррекции спастичности руки в ранний восстановительный период инсульта / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова, П.Н. Ганжула и др. // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.** – 2012. –

Т. 112. - № 2. - С. 29-35.

38. Костенко, Е.В. Опыт применения препарата Церепро (холина альфосцерат) при лечении амбулаторных больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями головного мозга / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова, А.Н. Бойко // **Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112. - № 3. - С. 24-31.**

39. Костенко, Е.В. Комплексная терапия постинсультной спастичности верхней конечности с применением ботулинотерапии / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова, П. А. Ганжула и др. // Материалы 10-го Всероссийского съезда неврологов с международным участием. - Нижний Новгород, 2012. - С. 92.

40. Костенко, Е.В. Нейротрофическая терапия в комплексном лечении хронических расстройств мозгового кровообращения / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова, А.Н. Бойко // Материалы 10-го Всероссийского съезда неврологов с международным участием. - Нижний Новгород, 2012.. - С. 93.

41. Костенко, Е.В. Организация специализированной неврологической помощи пациентам с вертеброгенными болевыми синдромами в амбулаторно-поликлинических условиях / *Е.В. Костенко* // Материалы 10-го Всероссийского съезда неврологов с международным участием. - Нижний Новгород, 2012.- С. 388.

42. Костенко, Е.В. Современные методы лечения пациентов с головокружением в амбулаторной практике / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова, А.В. Лебедева и др. // Материалы 10-го Всероссийского съезда неврологов с международным участием. - Нижний Новгород, 2012.- С. 657.

43. Костенко, Е.В. Комплексная реабилитация больных с постинсультной спастичностью руки в раннем восстановительном периоде инсульта / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова // **Лечебное дело. – 2012. - № 2. - С. 46-58.**

44. Костенко, Е.В. Медико-социальные аспекты лечения гиперкинетических синдромов / *Е.В. Костенко*// Нейродиагностика и высокие биомедицинские технологии. – 2012. - № 1. - С. 3-8.

45. Костенко, Е.В. Применение наружной контрпульсации для восстановительного лечения больных, перенесших инсульт / П.Р. Камчатнов, Е.М. Пивоварчик, *Е.В. Костенко* и др.// Нейродиагностика и высокие биомедицинские технологии. – 2012. - № 1. - С. 13-21.

46. Костенко, Е.В. Особенности нейропсихологической реабилитации больных рассеянным склерозом в условиях амбулаторного восстановительного лечения / О.В. Матвиевская, Л.В. Петрова, *Е.В. Костенко* // Нейродиагностика и высокие биомедицинские технологии. – 2012. - № 1. - С. 21-26.

47. Костенко, Е.В. Современные методы лечения спастического мышечного тонуса в неврологической практике / *Е.В. Костенко*, Л.В. Петрова // Нейродиагностика и высокие биомедицинские технологии. – 2012. - № 1. - С. 30-43.

48. Костенко, Е.В. Комплексная терапия поясничной дорсопатии с применением метода гирудорефлексотерапии / *Е.В. Костенко*, Д.И. Каляева, А.А. Тяжелников и др. // Нейродиагностика и высокие биомедицинские технологии. – 2012. - № 1. - С. 67-72.

49. Костенко, Е.В. Комплексная оценка состояния здоровья пациентов с ишемическими инсультами и дорсопатиями и характеристика групп здоровья / *Е.В. Костенко // Лечебное дело. – 2012. - № 4. - С. 64-69.*

50. Костенко, Е.В. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с ишемическими инсультами и дорсопатиями как аспект медико-социальной реабилитации / *Е.В. Костенко, Н.В. Полунина // Лечебное дело. – 2012. - № 4. - С. 70-77.*

51. Костенко, Е.В. Исследование эффективности тизанидина в комплексном лечении болевого и рефлекторного мышечно-тонического синдрома у больных с люмбальной дорсопатией / *Е.В. Костенко, Л.В. Петрова, А.Н. Бойко // Нервные болезни.- 2012.- 4. – С.31-39*

52. Костенко, Е.В. Опыт лечения вестибулярного головокружения и синдрома Меньера в амбулаторных условиях / *Е.В. Костенко, Л.В. Петрова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112. - С. 36-41.*

53. Костенко, Е.В. Медико-социальные аспекты реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт / *Е.В. Костенко // Уральский медицинский журнал. – 2012- Т.105.-№13 –С.23-28.*

54. Kostenko E. Rehabilitation of patient with upper limb spasticity in early after stroke period / *E. Kostenko, L. Petrova // The Botulinum J., Vol. 2, Nos. 3/4, 2013*

Список сокращений

РФ	Российская Федерация
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale (Шкала инсульта Национального института здоровья).
ПШОС	пятибальная шкала оценки вертебро-неврологической симптоматики
ОРМ	опросник Роланда-Морриса
ВАШ	визуальная аналоговая шкала
MMSE	Mini Mental State Examination (Краткая шкала оценки психического статуса)
HADS	The Hospital Anxiety and Depression scale (Госпитальная шкала тревоги и депрессии)
ИМС	индекс мышечного синдрома
ВНС	высшая нервная система
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ФТЛ	физиотерапевтическое лечение
ЛФК	лечебная физкультура