

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО ФАКТОРЫ

Е. Е. Молчанова¹✉, В. В. Полунина², Б. А. Поляев², В. П. Плотников², А. Н. Лобов², С. А. Парастаев²

¹ Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск, Россия

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Инсульт остается одной из основных причин серьезной инвалидизации, поэтому изучение факторов, влияющих на качество жизни постинсультных больных, и совершенствование реабилитационных технологий, способных улучшить его, сохраняет актуальность. Целью исследования было изучить возможные факторы, определяющие качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт, в резидуальном периоде. Анкетирование проводили с помощью опросника MOS SF-36 у 210 пациентов, проходивших курс ранней реабилитации в условиях первичного сосудистого отделения. Исследование показало достоверное ухудшение ряда показателей качества жизни с увеличением возраста пациентов и тяжести инсульта (с коэффициентом корреляции -0.5 ; $p < 0.01$). У женщин оказались более низкими как физический ($p < 0.01$), так и психический ($p < 0.001$) компоненты качества жизни. Более высокие значения большинства субшкал качества жизни ($p < 0.05$) получены в группе пациентов, перенесших вертебробазилярный инсульт, по сравнению с пациентами, у которых была каротидная локализация очага. Оптимизация ранней реабилитации включением методов рефлексотерапии в остром периоде инсульта и продолжение реабилитационного процесса в условиях «Больницы восстановительного лечения» способствовали повышению ($p < 0.05$) качества жизни пациентов в периоде отдаленных последствий.

Ключевые слова: качество жизни, ишемический инсульт, реабилитация, рефлексотерапия, акупунктура

Вклад авторов: Е. Е. Молчанова — дизайн исследования, сбор и обработка материалов, анализ полученных данных, написание текста; В. В. Полунина, Б. А. Поляев, В. П. Плотников, А. Н. Лобов, С. А. Парастаев — концепция и редактирование текста; все авторы прочли и одобрили финальную версию статьи.

Соблюдение этических стандартов: исследование одобрено этическим комитетом Амурской государственной медицинской академии (протокол № 10 от 20 ноября 2019 г.), выполнено с соблюдением этических принципов проведения научных медицинских исследований с участием человека; всеми участниками подписано добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

✉ **Для корреспонденции:** Елена Евгеньевна Молчанова
ул. Горького, д. 95, г. Благовещенск, 675000; helendok@mail.ru

Статья получена: 20.10.2020 **Статья принята к печати:** 19.11.2020 **Опубликована онлайн:** 05.12.2020

DOI: 10.24075/vrgmu.2020.073

QUALITY OF LIFE IN STROKE PATIENTS IN RESIDUAL STROKE PERIOD AND ITS DETERMINANTS

Molchanova EE¹✉, Polunina VV², Polyayev BA², Plotnikov VP², Lobov AN², Parastaev SA²

¹ Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Stroke remains one of the leading causes of disability; therefore, it is important to investigate factors that might affect the quality of life of stroke patients and refine rehabilitation technologies for better functional gains. The aim of this paper was to study possible factors that determine the quality of life in the residual ischemic stroke period. The MOS SF-36 health survey was completed by 210 patients undergoing early rehabilitation at a stroke care unit. The study revealed a significant decline in some quality of life indicators correlated with advancing age and severity of the condition (correlation coefficient -0.5 ; $p < 0.01$). Both physical and mental component summary scores were lower in women than in men ($p < 0.01$ and $p < 0.001$, respectively). High scores on the majority of the applied subscales were observed in the patients with a vertebrobasilar stroke, as compared with those who had suffered a carotid stroke ($p < 0.05$). The early rehabilitation regimen complemented with acupuncture in the acute stroke period and the subsequent rehabilitation program at the Rehabilitation Hospital significantly contributed ($p < 0.05$) to improving the quality of life of stroke patients in the residual stroke period.

Keywords: quality of life, ischemic stroke, rehabilitation, acupuncture

Author contribution: Molchanova EE — study design; data acquisition and analysis; manuscript preparation; Polunina VV, Polyayev BA, Plotnikov VP, Lobov AN, Parastaev SA — study concept and manuscript preparation. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Compliance with ethical standards: the study was approved by the Ethics Committee of Amur State Medical Academy (Protocol № 10 dated November 20, 2019); the study conformed with the guidelines for the medical research involving human subjects. Voluntary informed consent was obtained from all the participants.

✉ **Correspondence should be addressed:** Elena E. Molchanova
Gorkogo, 95, Blagoveshchensk, 675000; helendok@mail.ru

Received: 20.10.2020 **Accepted:** 19.11.2020 **Published online:** 05.12.2020

DOI: 10.24075/brsmu.2020.073

Стойкая утрата трудоспособности после перенесенного церебрального инсульта становится все более распространенным явлением [1]. Демографическое старение населения, и, как следствие, рост частоты острых сердечно-сосудистых катастроф [2], на фоне успехов в лечении инсульта и сохранении жизни пациентам с выраженными неврологическими нарушениями, выводят эту проблему в число наиболее важных в научном, практическом, организационном и экономическом

отношениях [3]. Расширение спектра фармакологических средств и реабилитационных технологий постинсультных больных привело к росту их выживаемости и, соответственно, увеличению численности проживающих с последствиями инсульта, число которых только в России превышает 2 млн человек [4]. Подавляющее большинство пациентов, перенесших инсульт, вынуждены приспосабливаться к приобретенному дефекту как в семейной, так и профессиональной и социальной

областях жизни и деятельности [5]. Следовательно, только показатели выживаемости не могут характеризовать эффективность реабилитации и качество жизни (КЖ) больного [4]. Актуальность проблемы стимулирует проведение исследований по оценке КЖ постинсультных больных и факторов, оказывающих на него влияние, поскольку показатели КЖ являются одним из самых важных критериев, позволяющих проводить анализ эффективности новых диагностических, лечебных и профилактических технологий в практической медицине [6–8].

Из факторов, которые, возможно, способны оказывать влияние на КЖ, изучались такие, как пол [9, 10], возраст [11], тяжесть инсульта [12], семейное положение, профессиональный статус, характер и продолжительность реабилитационных мероприятий [13]. В ранее проведенных исследованиях обсуждалось также влияние локализации очага ишемии на КЖ, хотя их малочисленность однозначного вывода сделать не позволяет. В частности, некоторые авторы отмечали большую выраженность психоэмоциональных нарушений при локализации очага (как ишемического, так и геморрагического характера) в правом полушарии головного мозга, что делало правополушарную локализацию инсульта независимым неблагоприятным прогностическим фактором [14–16]. В то же время в другом исследовании уровень тревожно-депрессивных расстройств оказался выше на 20–30% у пациентов с левополушарным ишемическим инсультом (ИИ) [12]. Левосторонняя локализация очага сопровождалась лучшим ($p < 0,05$) уровнем физического компонента здоровья и субшкалы общего состояния здоровья (GH) КЖ у пациентов в остром и раннем восстановительном периодах [10]. У пациентов с локализацией поражения в вертебробазиллярном бассейне (ВББ) отмечен более высокий (на 20–50%; $p < 0,05$) уровень физических функций, чем у пациентов с полушарным ИИ, причем без влияния на показатели КЖ в остром периоде стороны поражения [12]. Отмечено также более выраженное снижение физического благополучия в сравнении с уровнем психического вне зависимости от локализации очага [17].

Исследования показали явное преимущество, способствующее значительному улучшению КЖ (более чем в два раза), комплексных программ реабилитации с включением немедикаментозных методов в раннем восстановительном периоде инсульта, о чем свидетельствует высокий процент (72,7%) возвращения пациентов к труду в течение полугода [18, 19]. Обсуждалось также преимущество продолжения лечения в санатории по сравнению с реабилитацией в условиях поликлиники [20, 21].

Таким образом, работы по изучению факторов, определяющих КЖ постинсультных больных, отличаются противоречивостью. Имеется также недостаточно информации о влиянии перенесенного инсульта на КЖ в отдаленном периоде, тогда как выявление факторов, позволяющих прогнозировать степень восстановления утраченных функций, дает возможность скорректировать программу не только реабилитационных, но и профилактических мероприятий, что затруднительно при недостаточности сведений о больном и его заболевании [14, 16]. Следовательно, изучение факторов, влияющих на КЖ больных, наряду с совершенствованием реабилитационных программ, призванных улучшить его показатели, сохраняет свою актуальность.

Целью работы было изучение возможных факторов, определяющих уровень основных показателей КЖ в период отдаленных последствий (через три года) у перенесших ИИ пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследовании, длившемся с 2013 по 2017 г., приняли участие 210 пациентов (110 женщин и 100 мужчин) в возрасте 40–78 лет (средний возраст составил $64,4 \pm 1,05$ года), проходившие нейрореабилитацию в отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Благоевцевской городской клинической больницы. Диагноз ИИ у всех пациентов был подтвержден с помощью КТ (и/или МРТ). У большинства (140 человек; 66,7%) ИИ диагностирован в бассейне средней мозговой артерии (справа — у 79 (37,6%) больных и слева — у 63 (30 %)), у 68 (32,4%) больных — в ВББ. Согласно патогенетической классификации ишемического инсульта (TOAST, 1993), у 120 больных (57,1%) преобладал атеротромботический тип развития инсульта, у 53 пациентов (25,2%) — кардиоэмболический, у 12 (5,7%) — лакунарный и у 25 (11,9%) — неустановленной этиологии.

Всем пациентам в остром периоде ИИ проводили стандартную лекарственную терапию и немедикаментозную комплексную реабилитацию, которая у 140 пациентов была дополнена включением различных методов рефлексотерапии (РТ); 70 человек получали физиотерапевтическое лечение и лечебную гимнастику без включения РТ в реабилитационные схемы. Распределение участников исследования по группам «РТ» и «отсутствие РТ» осуществляли методом рандомизации. После выписки из стационара 63 пациента продолжили реабилитацию в «Больнице восстановительного лечения» (БВЛ), остальные — в условиях поликлиники.

Критериями включения в исследование были: подписанное информированное согласие пациентов; наличие подтвержденного при КТ- и/или МРТ-исследовании диагноза ИИ; возраст 35–80 лет; отсутствие противопоказаний для проведения процедур физио-, рефлексотерапии и лечебной физкультуры. Критерии исключения: наличие грубых когнитивных и психических нарушений, выраженных афазических и моторных расстройств, которые могли бы затруднить проведение тестирования.

С целью оценки КЖ пациентам было предложено самостоятельно дважды заполнить опросник MOS SF-36 [22] (в остром периоде инсульта перед выпиской из стационара и через три года), состоящий из 8 субшкал. Результаты ответов оценивались от 0 до 100 баллов, более высокая оценка КЖ соответствовала большему числу баллов. При этом первые четыре шкалы позволяют оценить «физический компонент здоровья», вторые четыре — «психологический компонент здоровья». Показатели КЖ сравнивали в сопоставимых группах в зависимости от гендерных показателей, возраста пациентов, локализации поражения, а также от особенностей применяемых реабилитационных технологий в остром периоде. Для изучения влияния особенностей реабилитационного процесса на КЖ в резидуальном периоде проанализированы его показатели в сопоставимых (по полу, возрасту, тяжести, локализации и патогенетическому варианту инсульта) группах больных, которые получали лечение с включением методов РТ и без них, а также продолживших курс реабилитации в условиях

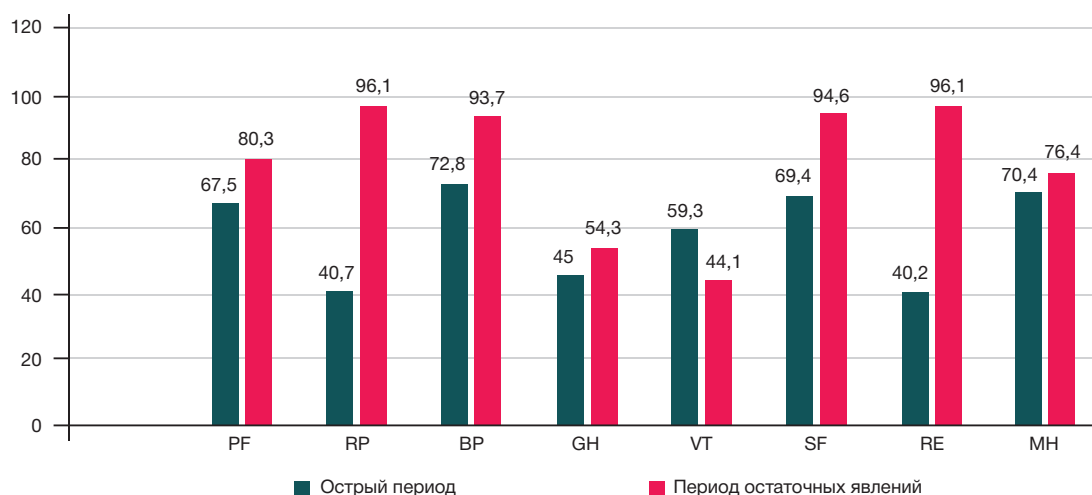


Рис. 1. Динамика показателей качества жизни пациентов в остром периоде ишемического инсульта (в конце курса ранней реабилитации) и через три года

БВЛ, в сравнении с группой пациентов, наблюдавшихся в амбулаторных условиях. Для статистического анализа последние две группы больных подбирали по методу «случай–контроль» и были полностью идентичны по полу, возрасту, тяжести состояния при поступлении в стационар, локализации и патогенетическому варианту инсульта, а также реабилитационным мероприятиям в остром периоде.

Параллельно проводили изучение психоэмоционального состояния пациентов путем тестирования по шкалам депрессии Бека и тревоги Спилбергер–Ханина.

При статистической обработке при подчинении данных нормальному распределению признака они были представлены в виде «среднее \pm ошибка среднего» ($M \pm m$) или «среднее \pm стандартное отклонение» ($M \pm SD$). Для определения достоверности различий между показателями использовали параметрический t -критерий Стьюдента. Для определения наличия, силы и направления взаимосвязи между переменными вычисляли коэффициент корреляции r Пирсона. Критический уровень значимости в исследовании принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В остром периоде ИИ накануне выписки из стационара у пациентов было выявлено снижение как физического (в среднем до $56,5 \pm 2,8$ балла), так и психологического

(в среднем до $59,8 \pm 2,7$ балла) компонентов здоровья по опроснику MOS SF 36. Аналогичные показатели в резидуальном периоде (через три года) оказались достоверно ($p < 0,001$) выше (в среднем $81,1 \pm 2,1$ балла и $77,8 \pm 1,9$ балла соответственно). Исключением в периоде отдаленных последствий оказались более низкие данные субшкалы жизнеспособности (VT) ($p < 0,001$) (рис. 1).

Результаты корреляционного анализа между возрастом пациентов и показателями КЖ демонстрировали наличие в остром периоде инсульта отрицательной корреляционной связи с субшкалами RP (ролевое функционирование) ($-0,44$; $p < 0,05$) и VT (жизнеспособность) ($-0,5$; $p < 0,01$). В периоде отдаленных последствий наблюдалось возрастание уровня значимости корреляционной зависимости, и повышение возраста пациентов статистически значимо коррелировало с субшкалами PF (физическое функционирование) ($-0,5$; $p < 0,01$), GH (общее состояние здоровья) ($-0,5$; $p < 0,01$) и VT (жизнеспособность) ($-0,6$; $p < 0,001$). Наиболее прогностически благоприятным в отношении КЖ оказался возрастной период 44–60 лет, а самые низкие показатели получены в возрастной группе старше 75 лет (рис. 2). Влияния возраста на развитие тревожно-депрессивного синдрома в нашем исследовании выявлено не было.

У женщин были отмечены более низкие показатели по большинству субшкал опросника MOS SF 36, достигающие статистически значимых различий по субшкалам RP (ролевое физическое функционирование; $p < 0,05$) и RE

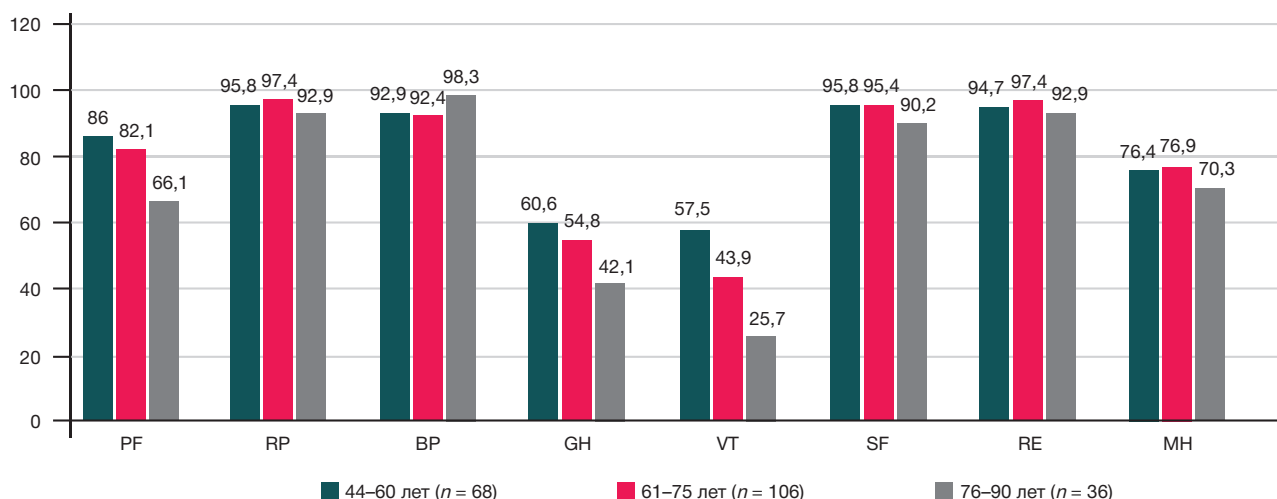


Рис. 2. Показатели качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт, в периоде отдаленных последствий в зависимости от возраста

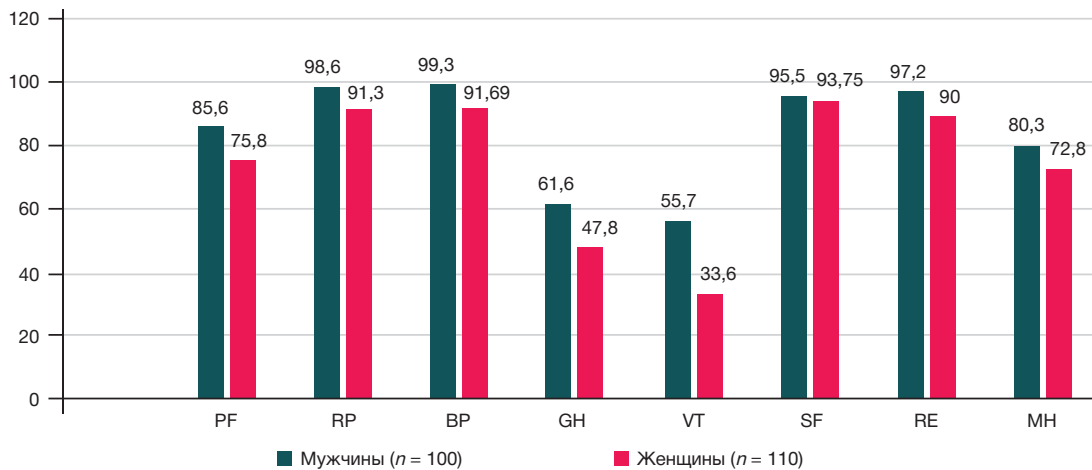


Рис. 3. Гендерные особенности показателей качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт, в периоде отдаленных последствий

(ролевое эмоциональное функционирование; $p < 0,001$) в остром периоде ИИ и по субшкалам PF (физическое функционирование; $p < 0,01$), RP (ролевое физическое функционирование; $p < 0,05$), BP (интенсивность боли; $p < 0,05$), GH (общее состояние здоровья; $p < 0,001$), VT (жизнеспособность; $p < 0,001$) и MH (психическое здоровье; $p < 0,01$) в отдаленном периоде (рис. 3). Анализ психоэмоционального состояния выявил у женщин и более высокий уровень депрессии ($13,4 \pm 1,1$ балла), по сравнению с аналогичными показателями у мужчин ($9,6 \pm 1,1$ балла; $p < 0,05$).

В нашем исследовании получена отрицательная корреляционная связь показателей КЖ в периоде отдаленных последствий с тяжестью инсульта по шкале NIHSS, оцененной при поступлении в стационар, по субшкалам PF (физическое функционирование) ($-0,6$; $p < 0,001$), GH (общее состояние здоровья) ($-0,4$; $p < 0,05$), VT (жизнеспособность) ($-0,5$; $p < 0,01$), SF (социальное функционирование) ($-0,5$; $p < 0,01$) и MH (психическое здоровье) ($-0,5$; $p < 0,01$).

В остром периоде ИИ у пациентов, перенесших инсульт в бассейне правой СМА, выявлены самые низкие показатели только по субшкале PF (физического функционирования) ($p < 0,05$), тогда как в отдаленном периоде получены достоверные различия по субшкалам PF (физическое функционирование; $p < 0,05$), RP (ролевое физическое функционирование; $p < 0,05$) и RE (ролевое эмоциональное функционирование; $p < 0,05$) при сравнении с группой пациентов, перенесших инсульт в бассейне

вертебробазилярных артерий (ВБА), у которых оказались самые высокие показатели по большинству субшкал. Показатели субшкал GH (общее состояние здоровья) и VT (жизнеспособность) оказались самыми низкими у пациентов, перенесших инсульт в бассейне левой СМА, статистически достоверно ($p < 0,05$) отличающиеся от аналогичных значений пациентов с инсультом в ВББ (рис. 4). Полушарная локализация очага инфаркта при каротидном инсульте сопровождалась более высоким уровнем депрессии ($14,2 \pm 1,5$ и $13,7 \pm 1,3$ балла при локализации инсульта в левом и правом полушариях соответственно) при сравнении этих показателей с группой больных с локализацией очага в бассейне ВБА ($8,3 \pm 1,1$ балла; $p < 0,01$). Каротидный и вертебробазилярный инсульты различались также и по тяжести неврологической симптоматики как при поступлении в стационар ($6,1 \pm 0,3$ и $4,7 \pm 0,3$ балла соответственно; $p < 0,01$), так и на момент выписки ($2,3 \pm 0,2$ и $1,5 \pm 0,2$ балла соответственно; $p < 0,01$).

Включение методов РТ в программу ранней нейрореабилитации постинсультных больных приводило к более высоким показателям по большинству субшкал КЖ как в остром (по субшкалам RP (ролевое физическое функционирование; $p < 0,05$), GH (общее состояние здоровья; $p < 0,05$), VT (жизнеспособность; $p < 0,05$), SF (социальное функционирование; $p < 0,05$), RE (ролевое эмоциональное функционирование; $p < 0,05$), MH (психическое здоровье; $p < 0,05$), так и в резидуальном (по субшкалам PF (физическое функционирование; $p < 0,05$), GH (общее состояние здоровья; $p < 0,05$), VT

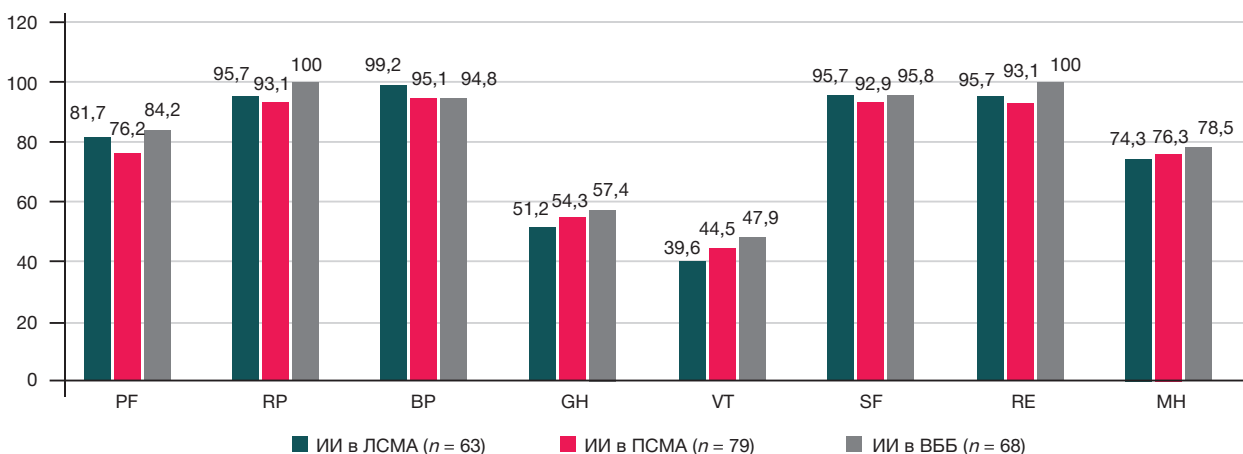


Рис. 4. Особенности показателей качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт, в периоде отдаленных последствий в зависимости от локализации очага поражения

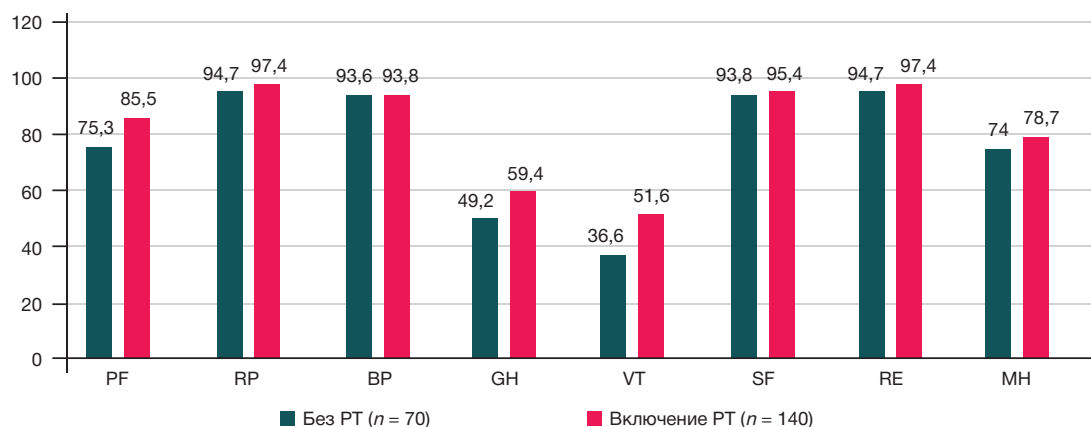


Рис. 5. Показатели качества жизни пациентов через три года после перенесенного ишемического инсульта в зависимости от методов реабилитации в остром периоде

(жизнеспособность; $p < 0,01$) и МН (психическое здоровье; $p < 0,05$) периодах (рис. 5). Применение РТ способствовало также снижению выраженности реактивной тревожности в среднем на 8,5 балла (22%; $p < 0,001$) и уровня депрессии в среднем на 4,9 балла (30%; $p < 0,001$) к моменту выписки из стационара, тогда как достоверных различий показателей в группе больных, не получавших процедуры РТ, выявлено не было.

КЖ через три года оказалось выше у пациентов, продолживших реабилитацию в БВЛ, при этом статистически достоверные данные получены по субшкалам PF (физическое функционирование; $p < 0,05$), BP (интенсивность боли; $p < 0,05$), GH (общее состояние здоровья; $p < 0,05$), VT (жизнеспособность; $p < 0,05$) и МН (психическое здоровье; $p < 0,001$) (рис. 6).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Исследование выявило снижение ряда показателей КЖ с увеличением возраста пациентов, при этом самые низкие значения получены в возрастной группе старше 75 лет, что отмечали и другие авторы [23]. Лучшие показатели по субшкалам MOS SF 36 получены у пациентов среднего возраста (44–60 лет). В то же время в аналогичном исследовании в этой возрастной группе (45–64 года) обнаружено наибольшее снижение КЖ, возможно ввиду внезапности и значимого влияния инсульта на весь образ жизни, а также отсутствия готовности преодолевать

возникающую вследствие этого стрессовую ситуацию [11], а в другой работе связи с возрастом пациентов отмечено не было [10].

Выявленное выраженное снижение всех показателей КЖ через три года после перенесенного инсульта у женщин отмечено и другими авторами, в частности имеются указания на более высокие показатели физического компонента КЖ у мужчин на 10-е и 180-е сутки заболевания [10]. Некоторые гендерные различия как в остром периоде, так и на стадии санаторной реабилитации отмечены и другими авторами [9]. Возможно, полученные результаты можно объяснить более высоким депрессивным фоном, выявленным в исследовании у женщин по сравнению с мужчинами.

Низкие показатели общего состояния здоровья (GH) и жизнеспособности (VT) у пациентов с левополушарным каротидным инсультом возможно связаны с имеющимся у них правосторонним двигательным дефицитом. Так, у больных с ИИ в ВББ в сравнении с полушарной локализацией был выявлен более высокий уровень мотивации к восстановлению (на 20%) по результатам психологического тестирования [15], что часто имеет решающее значение для эффективного проведения реабилитационных мероприятий и было подтверждено и в нашем исследовании, показавшем самые высокие значения по большинству субшкал в группе пациентов, перенесших инсульт в ВББ. Низкие показатели по субшкалам PF (физическое функционирование), RP (ролевое физическое функционирование) и RE (ролевое

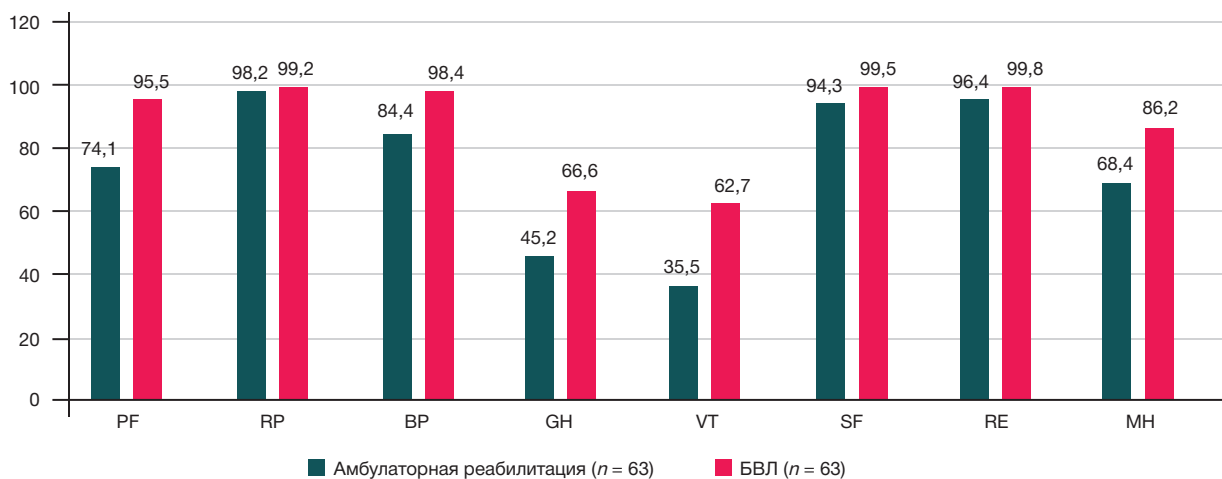


Рис. 6. Показатели качества жизни пациентов через три года после перенесенного ишемического инсульта в зависимости от методов реабилитации после выписки из стационара

эмоциональное функционирование) у пациентов с инсультом в бассейне правой СМА указывают на более выраженное влияние правополушарного очага на психоэмоциональное состояние, что подчеркнуто в ряде других наблюдений [14–16], а также подтверждено в нашей работе. Лучшие показатели КЖ у пациентов с вертебробазилярным инсультом возможно связаны также с меньшей тяжестью неврологической симптоматики, выявленной в нашем исследовании как в острейшем, так и в конце острого периода ИИ накануне выписки из стационара.

Проведенное исследование подтвердило эффективность комплексных немедикаментозных программ реабилитации [18, 19], показав высокие значения по большинству субшкал КЖ как в остром, так и отдаленном периодах при включении методов РТ в схемы ранней реабилитации на фоне улучшения психоэмоционального состояния постинсультных больных. Установлена высокая эффективность продолжения реабилитации больных в условиях БВЛ, что соответствует данным литературы, указавшим на преимущество санаторного долечивания по сравнению с реабилитацией в амбулаторных условиях [20, 21, 24].

Литература

- Portegies ML, Koudstaal PJ, Ikram MA. Cerebrovascular disease. *Handb Clin Neurol.* 2016; 138: 239–61.
- Скворцова В. И., Иванова Г. Е., Стаховская Л. В. Возможности расширения реабилитационного потенциала больных с церебральным инсультом. *Русский медицинский журнал.* 2011; 19 (9): 579– 83.
- Пантелеенко Л. В. Качество жизни на протяжении года после ишемического инсульта. *Украинский неврологический журнал.* 2010; 3 (16): 73–79.
- Лукьянчикова Л. В. Современный взгляд на проблему качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт. *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология».* 2016; 9 (4): 64–72.
- Roche N. Auto-rehabilitation at home for stroke patients. *Ann Phys Rehabil Med.* 2016; Sep; 59S: e38.
- Бельская Г. Н., Степанова С. Б. Восстановление нарушенных функций у больных ишемическим инсультом, прошедших санаторное долечивание. *Неврологический журнал.* 2009; (3): 33–36.
- Сулина З. А., Варакин Ю. Я., Верещагин Н. В. Клинико-эпидемиологические исследования — перспективное направление изучения церебральной патологии (сообщение первое). *Анналы неврологии.* 2009; (3): 4–11.
- Агапов А. Б. Оценка качества жизни с помощью опросников у пациентов с заболеванием вен нижних конечностей. *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова.* 2015; (3): 126–133.
- Тюков Ю. А., Кочеткова Н. Г., Рыжий А. П., Салаватов Р. Р., Пластовец А. И. Оценка качества жизни у больных после перенесенного инсульта. *Медицинская наука и образование Урала.* 2011;12 (1): 186–8.
- Медведкова С. А. Динамика показателей качества жизни больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта. *Международный неврологический журнал.* 2013; 4 (58): 15–22.
- Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharged after stroke-important fac-tors for health-related quality of life. *J Clin Nurs.* 2010; 19 (15–16): 2196–206.
- Лукьянчикова Л. В. Влияние качества жизни на реабилитационный потенциал больных, перенесших ишемический инсульт [диссертация]. Челябинск, 2018.
- Langhammer B, Sunnerhagen KS, Stanghelle JK, Sällström S, Becker F, Fugl-Meyer K. Life satisfaction in persons with severe stroke — A longitudinal report from the Sunnaas International Network (SIN) stroke study. *European Stroke Journal.* 2017; 2 (2): 154–62.
- Разумов А. Н., Мельникова Е. А. Комплексный подход к оценке реабилитационного прогноза у больных, перенесших инсульт. *Курортная медицина.* 2015; (4): 14–19.
- Мельникова Е. А. Клиническая характеристика реабилитационного потенциала у больных с инсультом. *Курортная медицина.* 2015; (4): 49–56.
- Разумов А. Н., Мельникова Е. А., Рассулова М. А., Рудь И. М. Нейрофункциональные основы восстановления психомоторных функций у больных, перенесших инсульт. В сборнике: *Материалы Международной научно-практической конференции «Вопросы восстановительной и спортивной медицины»* 15 ноября 2017 г.; Москва. Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины департамента здравоохранения г. Москвы, 2017: 6–10.
- Кислицын Ю. В, Конопаткина И. Ю. Сравнительная характеристика качества жизни больных, перенесших атеротромботический инсульт в каротидном и вертебробазилярном бассейнах. *Пермский медицинский журнал.* 2016; 33 (2): 30–33.
- Солонец И. Л., Ефремов В. В. Качество жизни как предиктор эффективности реабилитационных мероприятий постинсультных больных. *Фундаментальные исследования.* 2013; 12 (1): 76–80.
- Солонец И. Л. Оценка качества жизни больных с нарушением функции движения в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта в процессе комплексной реабилитации [диссертация]. Ростов-на-Дону, 2016.
- Бельская Г. Н., Лукьянчикова Л. В. Качество жизни, тревожно-депрессивное расстройство и когнитивные функции на фоне восстановительного лечения ишемического инсульта. *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2017; 13 (1): 51–57.
- Исмаилов Е. Е., Есен Л. М., Жанысбаев Ж. З., Исаева У. А. Динамика качества жизни больных в остром и подостром периодах ишемического инсульта. *Вестник Казанского МУ.* 2016; (2): 241–3.
- Ware JE. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care.* 1992; 30 (6): 473–83.
- Kelly-Hayes M. Influence of age and health behaviors on stroke risk: lessons from longitudinal studies. *J Am Geriatr Soc.* 2010;

Выводы

Таким образом, результаты исследования позволили отнести к относительно неблагоприятным прогностическим факторам в отношении КЖ в отдаленном периоде возраст пациентов, превышающий 60 лет, женский пол и локализацию очага инсульта в бассейне СМА. Относительно более благоприятный прогноз возможно предполагать у более молодых пациентов (в возрасте до 60 лет), у больных мужского пола, при локализации инсульта в бассейне ВБА, а также при оптимизации ранней реабилитации включением в остром периоде ИИ методов РТ и продолжении реабилитации в условиях БВЛ.

Изучение факторов, способных оказать влияние на показатели КЖ постинсультных больных, может помочь прогнозировать результативность проводимых реабилитационных мероприятий, способствуя повышению их эффективности, а имеющиеся расхождения данных, полученных в исследовании, с ранее опубликованными подтверждают необходимость дальнейшего изучения этой проблемы.

58 (2): 325–8.

24. Абдуллина Д. У. Медико-социальная эффективность

реабилитации больных после инсульта в условиях санатория [диссертация]. Москва, 2009.

References

- Portegies ML, Koudstaal PJ, Ikram MA. Cerebrovascular disease. *Handb Clin Neurol.* 2016; 138: 239–61.
- Skvorcova VI, Ivanova GE, Stahovskaja LV. Vozmozhnosti rasshirenija rea-bilitacionnogo potenciala bol'nyh s cerebral'nyim insul'tom. *Russkij medicinskij zhurnal.* 2011; 19 (9): 579–83. Russian.
- Panteleenko LV. Kachestvo zhizni na protjazhenii goda posle ishemicheskogo in-sul'ta. *Ukrainskij nevrologicheskij zhurnal.* 2010; 3 (16): 73–79. Russian.
- Lukjanchikova LV. Sovremennyj vzgljad na problemu kachestva zhizni bol'nyh, perenesshih ishemicheskij insul't. *Vestnik JuUrGU. Serija «Psihologija».* 2016; 9 (4): 64–72. Russian.
- Roche N. Auto-rehabilitation at home for stroke patients. *Ann Phys Rehabil Med.* 2016; Sep; 59S: e38.
- Belskaja GN, Stepanova SB. Vosstanovlenie narushennyh funkcij u bol'nyh icheskim insul'tom, proshedshih sanatornoe dolechivanie. *Nevrologicheskij zhurnal.* 2009; (3): 33–36. Russian.
- Suslina ZA, Varakin YuYa., Vereshhagin NV. Kliniko-jepeidemiologicheskie issledovaniya — perspektivnoe napravlenie izuchenija cerebral'noj patologii (soobshhenie pervoe). *Annaly nevrologii.* 2009; (3): 4–11. Russian.
- Agapov AB. Ocenka kachestva zhizni s pomoshh'ju oprosnikov u pacientov s zabolevanijem ven nizhnih konechnostej. *Rossijskij medicinskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova.* 2015; (3): 126–33. Russian.
- Tjukov YuA, Kochetkova NG, Ryzhij AP, Salavatov RR, Plastovec AI. Ocenka kachestva zhizni u bol'nyh posle perenesennogo insul'ta. *Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala.* 2011; 12 (1): 186–8. Russian.
- Medvedkova SA. Dinamika pokazatelej kachestva zhizni bol'nyh v rannem vosstanovitel'nom periode mozgovogo ishemicheskogo polusharnogo insul'ta. *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal.* 2013; 4 (58): 15–22. Russian.
- Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharged after stroke-important factors for health-related quality of life. *J Clin Nurs.* 2010; 19 (15–16): 2196–206.
- Lukjanchikova LV. Vlijanie kachestva zhizni na reabilitacionnyj potencial bol'nyh, perenesshih ishemicheskij insul't [dissertation]. Cheljabinsk, 2018. Russian.
- Langhammer B, Sunnerhagen KS, Stanghelle JK, Sällström S, Becker F, Fugl-Meyer K. Life satisfaction in persons with severe stroke — A longitudinal report from the Sunnaas International Network (SIN) stroke study. *European Stroke Journal.* 2017; 2 (2): 154–62.
- Razumov AN, Melnikova EA. Kompleksnyj podhod k ocenke reabilitacionnogo prognoza u bol'nyh, perenesshih insul't. *Kurortnaja medicina.* 2015; (4): 14–19. Russian.
- Melnikova EA. Klinicheskaja harakteristika reabilitacionnogo potenciala u bol'nyh s insul'tom. *Kurortnaja medicina.* 2015; (4): 49–56. Russian.
- Razumov AN, Melnikova EA, Rassulova MA, Rud IM. Nejfunkcional'nye os-novy vosstanovlenija psihomotornyh funkcij u bol'nyh, perenesshih insul't. V sbornike: *Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Voprosy vosstanovitel'noj i sportivnoj mediciny» 15 nojabrja 2017; Moskva.* Moskovskij nauchno-prakticheskij centr medicinskoj reabilitacii, vosstanovitel'noj i sportivnoj mediciny departamenta zdravoohraneniya g. Moskvy, 2017: 6–10. Russian.
- Kisljacyu YuV, Konopatkina IYu. Sravnitel'naja harakteristika kachestva zhizni bol'nyh, perenesshih aterotromboticheskij insul't v karotidnom i vertebrobaziljarnom bassejnah. *Permskij medicinskij zhurnal.* 2016; 33 (2): 30–33. Russian.
- Solonec IL, Efremov VV. Kachestvo zhizni kak prediktor jeffektivnosti reabilitacionnyh meroprijatij postinsul'tnyh bol'nyh. *Fundamental'nye issledovaniya.* 2013; 12 (1): 76–80. Russian.
- Solonec IL. Ocenka kachestva zhizni bol'nyh s narusheniem funkcii dvizhenija v rannem vosstanovitel'nom periode cerebral'nogo insul'ta v processe kompleksnoj reabilitacii [dissertation]. Rostov-na-Donu, 2016. Russian.
- Belskaja GN, Lukjanchikova LV. Kachestvo zhizni, trevozhno-depressivnoe rasstrojstvo i kognitivnye funkcii na fone vosstanovitel'nogo lechenija ishemicheskogo insul'ta. *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal.* 2017; 13 (1): 51–57. Russian.
- Ismajlov EE, Esen LM, Zhanysbaev ZhZ, Isaeva UA. Dinamika kachestva zhizni bol'nyh v ostrom i podostrom periodah ishemicheskogo insul'ta. *Vestnik KazN-MU.* 2016; (2): 241–3. Russian.
- Ware JE. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care.* 1992; 30 (6): 473–83.
- Kelly-Hayes M. Influence of age and health behaviors on stroke risk: lessons from longitudinal studies. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58 (2): 325–8.
- Abdullina DU. Mediko-social'naja jeffektivnost' reabilitacii bol'nyh posle insul'ta v uslovijah sanatorija [dissertation]. Moskva, 2009. Russian.