



Министерство образования и науки Российской Федерации  
ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)»  
Высшая медико-биологическая школа  
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА  
рецензент, медицинский психолог  
МАУЗ ОТКЗ ГКБ№1, неврологическое  
Отделение для больных ОНМК  
\_\_\_\_\_ Злобина Ю.В.  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Заведующий кафедрой  
к.м.н., доцент  
\_\_\_\_\_ М.А. Беремин  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

**СТРУКТУРА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В СВЯЗИ С  
ЗАДАЧАМИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА  
ПАЦИЕНТОВ С ОНМК**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА  
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ  
ЮУрГУ–37.05.01.2018.058.ПЗ ВКР

Руководитель работы,  
старший преподаватель  
\_\_\_\_\_ Н.В. Епанешникова  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

Автор работы,  
студентка группы МБ-667  
\_\_\_\_\_ Е.В. Мельникович  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

Нормоконтролер,  
старший преподаватель  
\_\_\_\_\_ Н.В. Епанешникова  
\_\_\_\_\_ 2019 г.

Челябинск 2019

## АННОТАЦИЯ

Мельникович Е.В. Структура оценки когнитивных функций в связи с задачами определения реабилитационного потенциала пациентов с ОНМК. Челябинск: ЮУрГУ, МБ – 667, 2019, 51с., 3 табл., библиогр. список – 29 наим.

Выпускная квалификационная работа посвящена изучению проблемы отсутствия структурированной оценки когнитивных функций в связи с задачами реабилитационного потенциала пациентов с ОНМК.

Для этого был проведен анализ литературы по теме заболевания ОНМК, причин и последствий. Основное внимание было уделено литературе посвящённой медицинской реабилитации, а также психологической реабилитации и роль психолога в работе с пациентами с ОНМК. При анализе литературы было выявлено существование оценки медицинского реабилитационного потенциала и отсутствие оценки когнитивных функций пациентов с ОНМК.

Работа состоит из трёх глав. В первой главе приводится анализ литературы по проблеме реабилитации, а также оценки когнитивных функций в связи с задачами реабилитационного потенциала. Во второй главе представлены цели, задачи исследования, объект и предмет, методы исследования. Третья глава посвящена анализу полученных результатов и их интерпретации. Приведены основные выводы по проделанной работе.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
ЧАСТЬ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ	
1.1 Медицинская реабилитация.....	9
1.2 Понятие ОНМК, причины и последствия заболевания.....	20
1.3 Реабилитационный потенциал.....	24
1.4 Оценка когнитивной сферы.....	31
ЧАСТЬ II. ПЛАНИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	33
ЧАСТЬ III. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	35
ВЫВОДЫ.....	44
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	45
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	47

## ВВЕДЕНИЕ

Следствием инсульта являются стойкая инвалидизация больных, значительное снижение социального и бытового функционирования. Наиболее благоприятным периодом для достижения функциональной активности больных является ранний реабилитационный период – до 6 мес после перенесенного инсульта. На данном этапе на первый план выступает решение таких задач как оценка функционирования организма, адекватности ответа сердечно-сосудистой, дыхательной и вегетативной системы на предъявляемые нагрузочные тесты, состояние когнитивной и эмоциональной сферы. По определению комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) медицинская реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, а в случае невозможности достижения этого – развитие компенсаторных и заместительных приспособлений.

В настоящее время реабилитационный процесс рассматривается как мультидисциплинарный вид помощи, в которую включены специалисты разного профиля такие как врачи, психологи, социальные работники.

При планировании реабилитационных мероприятий необходимо учитывать индивидуальные адаптационные возможности каждого пациента, его конституциональные анатомо-физиологические, энергетические и личностные особенности. Прогноз результатов реабилитационного процесса, направленного на восстановление утраченных функций в постинсультном периоде, определяется факторами реабилитационного потенциала.

Реабилитационный потенциал – возможности больного человека в содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизации компенсаторных, адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личного статуса и положения в обществе.

В настоящее время существует медицинская оценка реабилитационного потенциала, которая больше направлена на оценивание анатомических, функциональных и физиологических функций. Структурированной оценки когнитивных функций отсутствует. Когнитивная сфера включает в себя функции памяти, внимания, мышления и речи.

Основная цель данной работы разработать унифицированную реабилитационную систему оценки когнитивных функций при определении потенциала пациентов с ОНМК.

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

### 1.1. Медицинская реабилитация

Термин «реабилитация» был заимствован из юриспруденции и означает «восстановление по суду или в административном порядке в прежних правах неправильно опороченного». В дословном же переводе реабилитация означает возврат пригодности, ловкости. Изначально использование медицинских лечебных методов обозначалось термином «восстановительное лечение». Однако, после Второй мировой войны, проблема социально-трудового восстановления инвалидов приобрела массовый характер. Когда помимо медицинских вопросов, необходимо было решать психологические, социальные и другие проблемы, выходящие за рамки узколечебных, тогда на смену определению «восстановительное лечение» появилось понятие «реабилитация». Первые реабилитационные палаты возникли в США, а в 1946 году был организован первый реабилитационный центр при госпитале Бельвю Нью-Йоркского университета. В 1947 году реабилитация была официально объявлена Американской комиссией по медицинским специальностям самостоятельной дисциплиной. Реабилитационная терминология сформировалась за четыре последних десятилетия и официально была введена ВОЗ в 1980 году.

Долгое время в медицине не существовало четкого определения понятия реабилитации. На данный момент, когда возрос интерес к реабилитологии, сформулировано большое количество терминов и определений. Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения определяет медицинскую реабилитацию как активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, а в случае невозможности достижения этого – развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций). Основная цель реабилитации – предупреждение инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достижении максимально возможной физической,

психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности в случае развития инвалидности.

Так же эта формулировка была дополнена существенным тезисом: «Важнейшей целью реабилитации является улучшение качества жизни пациентов, т.е. создание таких условий их жизни, которые вызывали бы удовлетворение как у самих больных (инвалидов), так и у их социального окружения» [16]. Само определение высокого качества жизни – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия по собственной субъективной самооценке человека, т.е. качество жизни рассматривается как уровень удовлетворенности человеком своей жизнью по его собственной субъективной самооценке.

Согласно Международной классификации ВОЗ выделяют три класса взаимосвязанных последствий заболеваний и травм, которые должны учитываться при проведении реабилитации: повреждение, нарушение жизнедеятельности и трудоспособности или инвалидность, социальные ограничения или увечье вследствие физического и/или психического дефекта [26].

Первый класс последствий – это повреждения. К ним относятся любые аномалии, любые заболевания (врожденные или приобретенные) или травмы, которые сопровождаются утратой анатомических, физиологических, психологических структур или функций. Повреждение может быть, как временным, так и постоянным, и может быть объективно измерено. И может восприниматься как самим индивидуумом, так и его окружением.

Второй класс последствий – нарушение жизнедеятельности и трудоспособности или инвалидность. Характеризуется повреждением и проявляется утратой или ограничением (затруднением) способности человеком осуществлять повседневную бытовую и трудовую деятельность в манере или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества. Нарушение жизнедеятельности может иметь несколько видов: временное или постоянное, обратимое или необратимое, прогрессирующее или регрессирующее. В связи с

этим профилактика нетрудоспособности возможна на трех уровнях: меры предотвращения повреждения; меры предотвращения инвалидности при уже возникшем повреждении; меры для уменьшения проявлений и последствий инвалидности.

Третий класс последствий – социальные ограничения (социальная зависимость) или увечье, которое возникает в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности, ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной и привычной для данного человека в соответствии с его полом, возрастом, образовательным, культурным и профессиональным уровнем. Социальные ограничения вызывают диссонанс между реальным статусом больного (инвалида) и ожиданиями (претензиями) как самого пациента, так и его микросоциальной среды (семья, родственники, друзья, коллеги), ухудшая тем самым качество жизни больного [25].

Данная классификация показывает сложность проблемы оценки состояния человека, его биопсихосоциального статуса, следовательно, также проблемы оказания пациенту необходимой реабилитационной помощи и социальной защиты. Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий. Оптимальным результатом является устранение или полная компенсация повреждения путем проведения восстановительного лечения. Однако это не всегда возможно, тогда необходимо организовать жизнедеятельность больного таким образом, чтобы исключить влияние на нее существующего анатомического и физиологического дефекта [23].

Медицинская реабилитация включает в себя следующие этапы:

а) оценка (диагностика) клинического состояния пациента; факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров; функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; нарушений бытовых и профессиональных навыков;



ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни; факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса;

б) формирование цели проведения реабилитационных мероприятий, формирование программы реабилитации, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной (технологий физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, психотерапии, рефлексотерапии и методов с применением природных лечебных факторов) терапии, а также средств, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования;

в) оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

Медицинская реабилитация осуществляется в зависимости от тяжести состояния пациента в три этапа:

а) первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и отсутствии противопоказаний к методам реабилитации;

б) второй этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации);

в) третий этап медицинской реабилитации осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания,

при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), специалистов по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому (медицинская реабилитация на третьем этапе осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

В медицинских организациях осуществляется медицинская реабилитация пациентов, имеющих выраженные нарушения функций, которые полностью зависят от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, перемещения и общения и не имеющих перспективы восстановления функций. Уход за пациентами осуществляется в виде поддержания достигнутого или имеющего уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента. Так же, есть и пациенты, у которых после инсульта происходит частичное либо полное самостоятельное восстановление поврежденных функций [26]. Скорость и степень этого восстановления зависят от ряда факторов: период заболевания (давность инсульта), размеры и место очага поражения. Восстановление нарушенных функций происходит в первые 3-5 месяцев от начала заболевания. Именно в это время восстановительные мероприятия должны проводиться в максимальном объеме – тогда от них будет максимальная польза. Отсюда следует вывод, что реабилитация необходима пациентам с различными степенями поражения функций.

Медицинская реабилитация осуществляется независимо от сроков заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и

наличия перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций (реабилитационный потенциал), при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации на основании установленного реабилитационного диагноза [1].

Собственно, реабилитацию следует рассматривать как сложную медико-социальную проблему, которая подразделяется на несколько видов, или аспектов: 1) медицинская; 2) психологическая; 3) профессиональная; 4) социально-экономическая; 5) юридическая.

Медицинский аспект рассматривает вопросы, касающиеся лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана. Общая задача данного аспекта заключается в восстановлении здоровья посредством комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма. Если же этого не происходит, то упор делается на развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций) для того, чтобы помочь больному достигнуть самостоятельности и вести активную жизнь.

Медицинская реабилитация состоит из восстановительной медицины (медикаментозная терапия и немедикаментозные методы лечения – физическая реабилитация), реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования. Структурно-восстановительная медицина как отрасль медицины объединяет два направления. Первое направление включает укрепление здоровья и первичную профилактику у здоровых и практически здоровых людей и адресовано лицам, имеющим функциональные нарушения или предболезненные расстройства, отличительной чертой которых является их обратимость [20]. Второе направление – это медицинская реабилитация и вторичная профилактика больных и инвалидов.

Медикаментозное лечение строится по обычным правилам фармакотерапии, однако, придерживаются того, чтобы сократить лекарственную нагрузку. Главное

место принадлежит немедикаментозным методам, то есть физической реабилитации. В свою очередь она подразделяется на активную (физиотерапия, массаж, мануальная терапия, рефлексотерапия, гомеопатия, фитотерапия, гирудотерапия и др.) и пассивную (ЛФК, механотерапия, эрготерапия (трудотерапия); арттерапия (живопись, лепка), логопедические занятия). Современный взгляд на понимание реабилитации выражается в обращённости на личность пациента и сделать его активным участником реабилитационного процесса.

Психологический аспект реабилитации тесно примыкает к медицинскому и направлен на коррекцию психического состояния пациента, а также на преодоление отрицательных реакций со стороны психики, возникающих в связи с болезнью или инвалидностью. В задачи данного аспекта входят формирование у больного рационального отношения к болезни, выработка мотивации активного участия в реабилитационном процессе и выполнение реабилитационных мероприятий, преодоление психологического компонента психосоматической патологии и создание условий для психологической адаптации больного к изменившейся вследствие болезни жизненной ситуации. К основным методам психической реабилитации относятся: различные психотерапевтические воздействия (аутогенная тренировка, гипноз и др.), психогигиена и психопрофилактика, физические тренировки, эрготерапия (трудотерапия), эстетотерапия, ландшафто-терапия; музыкотерапия, вокалотерапия, арттерапия (живопись, лепка), биографическая консультация (лечение воспоминаниями), библиотерапия (использование книг в лечении больных) и медикаментозная терапия [18].

Медико-профессиональный аспект рассматривает вопросы профессионального обучения и переобучения, определения трудоспособности больных и последующего трудоустройства в обычных или облегченных условиях труда.

Медицинский аспект профессиональной реабилитации решается органами здравоохранения, в его задачи входят устранение или компенсация

анатомофункционального дефекта, ограничивающего профессиональную пригодность человека, экспертная оценка профпригодности человека к тому или иному виду деятельности (оценка влияния, которое оказывает состояние здоровья на профессиональную деятельность и как последняя отражается на состоянии здоровья), возврат больного к прежней работе или, если это невозможно, подготовка больного к выполнению другой работы, соответствующей его физическим возможностям. Собственно, профессиональная реабилитация осуществляется инструкторами-профессионалами реабилитационных центров и включает профессиональную ориентацию (еще до получения определенных производственных навыков или переквалификации). Пациент должен быть профессионально ориентирован в основных специальностях и знать требования к избираемой им профессии. Обучение или переобучение пациента в соответствии с его физическими возможностями с целью восстановления утраченных или приобретения новых профессиональных знаний и навыков в рамках прежней или новой профессии.

Социально-экономический аспект реабилитации охватывает несколько сфер. Социальная сфера, которая раскрывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, вопросы социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства [10]. Экономическая сфера, которая включает в себя изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий. Значит социально-экономическая реабилитация состоит в том, чтобы вернуть пострадавшему экономическую независимость и социальную полноценность. В различных странах проводились независимые исследования экономической эффективности использования медицинской реабилитации [12]. Таким образом, было установлено, что успешная реабилитация снижает расходы государства на лечение и социальное обеспечение за счет сокращения сроков лечения и дней нетрудоспособности, уменьшения размеров и количества пособий

по инвалидности, уменьшения расходов общества на содержание инвалидов и хронически больных в интернатах, восстановления трудоспособности родственников больных, занятых уходом за ними, при возобновлении их самообслуживания и сохранения опытных квалифицированных профессиональных кадров.

В проведении медицинской реабилитации существуют показания и противопоказания. К показаниям относятся: 1) значительное снижение функциональных способностей; 2) снижение способности к обучению; 3) особая подверженность к воздействиям внешней среды; 4) нарушения социальных отношений; 5) нарушения трудовых отношений [9].

К противопоказаниям относят: 1) сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания; 2) декомпенсированные соматические и онкологические заболевания; 3) выраженные расстройства интеллектуально-мнестической сферы и психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

Однако, до сих пор не существует единого мнения, какой контингент населения в первую очередь нуждается в реабилитации. Одни учёные считают, что реабилитация должна сопровождаться в любом лечебном процессе и любого пациента, которому грозит длительная нетрудоспособность. Другие учёные придерживаются мнения, что реабилитация должна быть использована лишь для лиц с очень тяжелыми повреждениями, т.е. только для инвалидов. Из вышеперечисленного можно сделать вывод, что в реабилитационном процессе нуждаются обе группы людей [2]. Те, кто вследствие заболевания имеет высокий риск длительной нетрудоспособности и стойкое снижение социально-бытовой активности, а также те люди, у которых уже сформировалась инвалидность.

#### Основные принципы реабилитации

1. Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий. Данный принцип заключается в том, что раннее включение в лечебный процесс обеспечивает более благоприятное течение заболевания и его исход. А также

случит одним из моментов профилактики инвалидности. Известный факт, что в первые два месяца после повреждения происходит максимальный темп и качество восстановления функций. Наилучшие результаты начатой в ранние сроки реабилитации объясняются тем, что именно в этот период одновременно функционируют саногенетические механизмы истинного восстановления деятельности частично поврежденных структур, регенерации и начинается процесс компенсации безвозвратно утраченных функций.

2. Комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий. Подход предполагает учет всех аспектов реабилитации: медицинского, социального, профессионального. Проблемы медицинской реабилитации очень сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов: терапевтов, неврологов, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей и методистов ЛФК, массажистов, психологов, психиатров и др. Одним из путей решения комплексности реабилитационных мероприятий является создание реабилитационного совета (бригады, команды), состоящего из медицинских работников (врача восстановительной медицины, врача профильной специальности, физиотерапевта, врача ЛФК, психотерапевта и др.) и околomedicalных специалистов — инструктора по трудотерапии, медицинского психолога, логопеда, социального работника, а в необходимых случаях и юриста [21].

В результате такого комплексного и разностороннего обследования формируется реабилитационный клинико-функциональный диагноз, определяются цель и задачи восстановительного лечения и составляется индивидуальная программа реабилитации (ИПР), которая должна динамично корректироваться на разных этапах реабилитационного процесса, что и позволяет достигать оптимального конечного результата. ВОЗ рекомендует разрабатывать индивидуальную реабилитационную программу, исходя из реальных возможностей больного, чтобы достигаемые успехи воодушевляли его. Логическим завершением реабилитационной диагностики является определение

реабилитационного потенциала больного и формулирование реабилитационного прогноза [9]. Реабилитационный прогноз – это обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей больного, т.е. наличие достаточного реабилитационного потенциала.

3. Этапность реабилитации. Так как медицинская реабилитация всегда растянута во времени, больной, переходя от ранней стадии заболевания к подострой, а затем к хронической, последовательно получая помощь в профильном стационаре, реабилитационном центре, в условиях поликлиники, санатория, лечебно-трудовых мастерских или дома, всегда и везде должен оставаться в рамках единой реабилитационной программы [21].

4. Непрерывность и преемственность. Непрерывность и преемственность реабилитационных мероприятий важны на каждом этапе и на переходе одного этапа к другому. При выявлении показаний, реабилитация должна проводиться как можно раньше и проводиться непрерывно до достижения нужных результатов.

5. Социальная направленность реабилитационных мероприятий. Желательным результатом данного принципа является восстановление здоровья и возвращение пациента к профессиональному труду. Либо разрабатываются приёмы для социализации человека в общество, обеспечивающих самообслуживание полное или частичное.

6. Индивидуальная программа реабилитации. В зависимости от причин, требующих применения реабилитационных мероприятий, а также особенностей состояния больного или инвалида, их функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола, состав специалистов и используемых методов и средств будут, то есть реабилитация требует индивидуального подхода к пациентам с учетом их реакции на использование реабилитационных мероприятий [9].



Выше представлена общая информация, касающаяся реабилитации и её основных принципов. Данная работа направлена на рассмотрение особенностей реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

## 1.2. Понятие ОНМК, причины и последствия заболевания

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, симптомы которого сохраняются более суток. По механизму развития заболевания выделяют ишемический и геморрагический виды инсульта. Причинами любого вида инсульта выделяют последствия артериальной гипертензии, атеросклеротического сужения артерий головы и шеи; нарушения сердечного ритма, способствующем тромбообразованию, внутрисосудистого тромбообразованию [30]. Обычно взаимосвязь этих процессов приводят к острому нарушению мозгового кровообращения. гипертония нарушает структуру сосудистой стенки, делая ее более восприимчивой к атеросклеротическому поражению, атеросклероз коронарных артерий часто провоцирует нарушения сердечного ритма, возникающие из-за недостаточного питания сердечной мышцы.

Симптомы при данных видах инсульта примерно одинаковые. Выявить заболевание можно при следующих проявлениях: слабость в отдельных группах мышц, нарушение чувствительности отдельных участков тела, внезапного головокружения, нарушений координации движений, походки, внезапного нарушения речи, внезапной потери зрения, двоения в глазах, выпадения полей зрения, нарушений глотания [4].

Последствия инсульта делятся на 3 большие группы:

- 1) нарушения моторики: парезы, параличи, контрактуры;
- 2) нарушения речи – при поражении участков мозга, ответственных за понимание, распознавание речи, сопоставление понятий и слов, им соответствующих. Нарушения речи выделены в отдельную группу последствий из-за долгого восстановительного периода, который может длиться до двух лет и более. Восстановление речи предполагает правильный подход к её реабилитации, подбору методик и упражнений. Так же для устранения нарушения речи привлекают большее количество специалистов, не только психологов, но и логопедов, психологов и педагогов.

3) когнитивные и эмоционально-волевые расстройства: нарушения памяти, внимания, познавательной и интеллектуальной деятельности, депрессия.

Существуют этапы и сроки восстановительных мероприятий после возникновения инсульта. К ним относятся:

1) Острый период: в первые 3–4 недели реабилитация начинается в неврологическом отделении.

2) Ранний восстановительный период: первые 6 месяцев. Первые 3 месяца важны для восстановительного периода двигательных навыков. Обычно, реабилитация проводится в реабилитационном отделении больницы (если таковое имеется), реабилитационном центре, санатории (при условии значительного самостоятельного восстановления функций), если все эти возможности недоступны - амбулаторно. Поздний восстановительный период длится от 6 месяцев до 1 год. Амбулаторно-клиническая реабилитация. Если пациент не может посещать реабилитационное отделение (кабинет), проводится на дому. Отдаленный: после 1 года. Может проводиться и на дому, и в медучреждении [13].

3) Поздний восстановительный период: 6 месяцев–1 год. Амбулаторно-клиническая реабилитация. При условии, если пациент не может посещать реабилитационное отделение (кабинет), то реабилитация проводится на дому.

4) Отдаленный период: после 1 года. Может проводиться и на дому, и в медучреждении.

Поэтому лечение пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения подразумевает мультидисциплинарный подход, в котором участвуют специалисты разного профиля: врачи, реабилитологи, психологи, социальные работники и многие другие. Роль психолога в реабилитации проявляется в проведении нейропсихологической диагностики и психотерапевтического процесса.

Нейропсихологическая диагностика позволяет степень нарушения когнитивных функций и ресурсы по их восстановлению. Так же, в задачи психолога входит выявление мишеней воздействия для формирования программ

психологической помощи, эмоциональных и личностных проблем пациента, препятствующим адаптации. Психологическая реабилитация, как система психологических воздействий на пациента направлена на формирование психологических установок реабилитации, приверженности к лечению и сотрудничеству с персоналом, установок здорового образа жизни, целью которых является достижение психологической адаптации больного после инсульта к условиям жизни. Медицинский аспект реабилитации пациентов с инсультом включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического, лечебно-профилактического, на основании которого были сформулированы основные принципы [19].

Принципы реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения схожи с основными принципами медицинской реабилитации, которые подробно были рассмотрены выше [8]. К таким относятся принципы: раннего начала реабилитации, длительности и системности, комплексности и мультидисциплинарности, реабилитация больных с двигательными нарушениями.

Существует два принципа, которые в рамках данной работы раскрыты подробнее: адекватность реабилитационных мероприятий и активное участие в реабилитации самого больного и его близких.

Адекватность реабилитационных мероприятий характеризуется составлением индивидуальных реабилитационных программ с учётом выраженности повреждений двигательной, когнитивной сферы и психоэмоционального статуса пациента [14].

Активное участие в реабилитации самого больного и его близких подразумевает включенность в восстановительное лечение не только медицинского персонала, но и самого пациента и его родственников. Родственникам освоить методы работы с пациентами. Они выступают ключевыми фигурами в освоении навыков самообслуживания [18]. Не маловажна заинтересованность самого больного в собственном выздоровлении.

Подводя итог вышесказанному, необходимо подчеркнуть, что реабилитация в нашей стране – это не только сложная и многогранная система восстановительных мер, но и комплексная система мер по первичной профилактике и укреплению здоровья у здоровых и практически здоровых людей.

### 1.3 Реабилитационный потенциал

Основным механизмом осуществления реабилитации инвалидов является индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР). ИПР – комплекс оптимальных для инвалидов реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалидов к определенному виду деятельности. В основе индивидуальной программы реабилитации лежит определение реабилитационного потенциала [29].

Вопрос о содержании и критериях оценки реабилитационного потенциала до настоящего времени остается дискуссионным и недостаточно разработанным [27]. Реабилитационный потенциал является необходимой предпосылкой для установления прогноза и правильного построения реабилитационной программы, а также для адекватной организации реабилитационного процесса [5]. В настоящее время термин «реабилитационный потенциал» не находит должного применения в практической медицине и практике реабилитации инвалидов [28].

Термин реабилитационного потенциала был предложен в 1973 году В.П. Беловым и И.Н. Ефимовым. Они вкладывали в термин реабилитационного потенциала «комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, которые составляют основу ресоциализации больного» [28].

По М. В. Коробову, реабилитационный потенциал – «это возможности больного человека при определенных условиях в содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизации реституционных, компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личного статуса и положения в обществе» [22].

В рамках данной работы, реабилитационный потенциал будет рассматриваться с позиций нейропсихологии, так как одной из задач нейропсихолога является восстановление когнитивной сферы пациента. Поэтому было сформулировано понятие реабилитационного потенциала следующим образом: реабилитационный потенциал – это возможности больного человека к восстановлению когнитивного компонента психики, способствующий минимизации инвалидизирующих факторов и восстановления прежнего или становления нового статуса больного. Данное понятие конкретизирует сферу деятельности нейропсихолога с пациентами и выдвигает на первый план работу с когнитивной сферой.

Реабилитационный потенциал рассматривается как трехуровневая система, имеющая такие уровни как биологический, личностный и социальный.

Биологический уровень характеризуется возможностями реституции, регенерации или компенсации анатомических, физиологических, функциональных и психических нарушений.

Личностный уровень включает в себя возможность восстановления или компенсации проявлений активной жизнедеятельности в социуме, то есть адекватного поведения и ориентации, самообслуживания, передвижения, способности к обучению, общению, трудовой деятельности, рекреации и творчеству [17].

Социальный уровень предполагает возможности индивидуума к возобновлению социального положения и добротного статуса в обществе, экономической и юридической самостоятельности, вместе и наравне со здоровыми людьми [27].

Оценка реабилитационного потенциала предусматривает определение сомато-личностных способностей индивида, сохранившихся вопреки заболеванию или дефекту и служащих предпосылкой для восстановления статуса, а также прогнозирования уровня возможности восстановления или компенсации имеющихся ограничений [17]. Она включает: определение уровня физического развития и физической выносливости, уровня психоэмоционального развития и

устойчивости, определение социально-психологического статуса с учетом общего развития и запаса знаний, особенности личности, состояния и устойчивости психических процессов, уровня микросоциальной адаптации; определение социально-трудового статуса; определение социально-средовой ситуации, уровня сохранности социально-бытовых навыков, социальной и трудовой активности.

Выделяют несколько составляющих реабилитационного потенциала.

1. Базовая составляющая основана на сомато-личностных особенностях индивида и включает в себя уровни физического развития и физической выносливости, также уровня психофизиологической выносливости, уровня психоэмоционального развития и устойчивости. В основе данных уровней лежат анатомические данные и психофизические данные (когнитивная, мотивационная, эмоциональная сферы и личностные особенности).

Существенным является психологический компонент реабилитационного потенциала. Его оценка направлена на операциональный компонент, который включает в себя свойства нервной системы, темперамент, высшие психические функции, исполнительную сторону деятельности и учёт сенсорных и перцептивных особенностей индивида. К эмоционально-волевому компоненту относятся эмоции, аффекты, чувства и настроения, степень деструктивного влияния эмоций на протекание деятельности индивида) [15]. Личностный компонент – общая направленности личности на себя, на общение, на дело; уровень активности, мотивации, сфера интересов, особенности социально-психологической адаптации.

2. Психофизиологическая составляющая. Совокупность сохранных функций и личностных особенностей, выявляемых при специальном тестировании с применением нагрузок, фармакологических пробах при проведении различных методов функциональной диагностики.

3. Профессионально-трудовая составляющая – возможность достижения определенных трудовых целей, профессионального и социально-трудового



статуса, в том числе обеспечения занятости, возможности обучения, адаптации к трудовому процессу.

4. Образовательная составляющая – возможность овладения знаниями, навыками и умениями (общеобразовательными, профессиональными, социальными, культурными и бытовыми) в области рекомендуемой профессиональной деятельности.

5. Социально-бытовая составляющая – возможность достижения самообслуживания и самостоятельного проживания [27].

6. Социально-средовая составляющая – возможность достижения самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

При определении реабилитационного потенциала выделяют три уровня, характеризующие реабилитационные возможности инвалида относительно определенных видов жизнедеятельности:

- высокий реабилитационный потенциал предусматривает полное восстановление или высокую степень восстановления конкретного вида жизнедеятельности в процессе проведения реабилитационных мероприятий;

- умеренно выраженный реабилитационный потенциал предусматривает частичное восстановление конкретного вида жизнедеятельности в процессе реабилитации;

- низкий реабилитационный потенциал свидетельствует об отсутствии или незначительной степени восстановления конкретного вида жизнедеятельности в результате проведения реабилитационных мероприятий.

Ниже представлены уровни реабилитационного потенциала, раскрывающие нарушение функций с анатомо-функциональной стороны.

При заболеваниях нервной системы оценка уровня реабилитационного потенциала характеризуется следующими показателями:

- высокий уровень - незначительные нарушения функций нервной системы (статодинамические, сенсорные, вегетативно-сосудистые, гипертензионно-ликворные и другие), течение заболеваний - стационарное, регрессирующее,

рецидивирующее с редкими (с интервалом более года) и недлительными обострениями (10-15 дней); статодинамические функции верхних конечностей свидетельствуют о сохранности основной функции схвата и удержания предметов с возможностью выполнения различных видов захвата, нижних конечностей - о возможности самостоятельного передвижения; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на сохранность самостоятельного передвижения;

- средний уровень - умеренные нарушения статодинамической, сенсорной и других функций нервной системы; рецидивирующее течение с обострениями средней частоты (1-2 раза в год) продолжительностью 1-2 мес., медленно прогрессирующее течение; статодинамические функции верхних конечностей - сохранность функции схвата и удержания предметов при затруднении схвата мелких предметов, нижних конечностей - возможность самостоятельного передвижения при использовании дополнительных средств опоры при ходьбе; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на сохранность самостоятельного передвижения с использованием дополнительной опоры при ходьбе [24].

- низкий уровень - выраженные или значительно выраженные нарушения статодинамической, сенсорной и других функций нервной системы; рецидивирующее течение с частыми обострениями (3- 4 раза в год и более), быстро прогрессирующее течение с нарастанием степени выраженности нарушений функций нервной системы; статодинамические функции верхних конечностей - сохранность функции схвата крупных предметов, но без длительного и прочного их удержания, либо невозможность схвата и удержания крупных и мелких предметов, иногда доступно поддержание, прижатие предмета,

нижних конечностей - возможность самостоятельного передвижения при использовании дополнительных средств опоры при ходьбе, либо невозможность передвижения при значительно выраженном парезе или параличе; исследование координационных возможностей с изучением функционального состояния вестибулярного аппарата (вращательная, калорическая пробы), биомеханики ходьбы (темп ходьбы, длительность двойного шага, коэффициент ритмичности ходьбы и др.) указывают на возможность самостоятельного передвижения с использованием вспомогательных средств с опорой на костыли или невозможность самостоятельного передвижения при значительно выраженном парезе или параличе нижних конечностей, выраженных вестибулярных нарушениях [24].

Существует унифицированная бальная шкала реабилитационного потенциала пациентов, которые перенесли инсульт, разработанная А.Р. Сагатовым. Качественные показатели оцениваются с помощью баллов: 0 - норма; 1 - легкие нарушения; 2 - умеренные нарушения; 3 - выраженные нарушения. Суммарный показатель шкалы от 12 до 20 баллов свидетельствуют о легкой, от 21 до 30 баллов - о средней степени тяжести последствий инсульта. 31 балл и выше - тяжелая степень последствий инсульта. В качестве критериев эффективности реабилитации больных и инвалидов вследствие инсульта были приняты показатели регресса субъективной и клинической симптоматики, показатели параклинических и лабораторных исследований, а также степень восстановления трудоспособности. Исход реабилитации оценивался как хороший, если 4 и более показателей шкалы достигали в результате лечения положительных критериев эффективности для данной реабилитационной группы; как удовлетворительный, если 2 или 3 показателя достигали этих критериев; как неудовлетворительный, если нужного уровня достигали менее 2 показателей. Определение реабилитационного потенциала с помощью этой шкалы позволяет количественно оценить неврологический статус и степень нарушений социально-бытовой активности инвалидов после инсульта, а, следовательно, и их реабилитационный

прогноз. Применение этой унифицированной шкалы позволяет быстро и надежно прогнозировать исход восстановительного лечения больных с инсультом [20].

Таким образом, реабилитационный потенциал представляет собой сложный комплекс факторов, определяемых на уровне организма, а также возможность или способность их взаимодействия с факторами внешней среды. Оценка заложенных и сохранившихся внутренних резервов больного человека и их «силы», исходя из его потенциальных особенностей, является основной предпосылкой использования реабилитационного потенциала в процессе реабилитации инвалидов, а, следовательно, определения более эффективной интеграции данной категории граждан в семью и общество.

#### 1.4 Оценка когнитивной сферы

Остаточные явления после перенесенного инсульта выявляются примерно у  $\frac{2}{3}$  больных, из них у 50% – когнитивные нарушения, которые ограничивают социальную адаптацию, в том числе трудовую деятельность и самообслуживание в быту, даже при отсутствии значительных двигательных нарушений. Чаще всего встречаются легкие и умеренные когнитивные нарушения, в большинстве случаев поддающиеся коррекции и восстановлению при своевременном назначении соответствующей терапии. Под пост-инсультными когнитивными нарушениями (ПИКН) следует понимать любые когнитивные расстройства, которые имеют временную связь с инсультом, т.е. выявляются в первые 3 мес. после инсульта (ранние ПИКН) или в более поздние сроки, но не позднее 1 года после инсульта (поздние ПИКН) [13]. Чем позднее после перенесенного инсульта выявляются когнитивные нарушения, тем менее явной становится их прямая связь с инсультом.

Восстановление когнитивных функций необходимо на всех этапах реабилитации, так как их снижение обуславливает недостаточное вовлечение пациента в реабилитационный процесс, что может значительно его затруднять, а также существенно снижать качество жизни. Когнитивные способности важны для предотвращения со всем комплексом имеющихся у больного неврологических нарушений, так как пациенты с более высоким когнитивным статусом на момент начала реабилитационных мероприятий достигают лучших результатов в восстановлении. Когнитивные нарушения могут снижать способности к усвоению инструкций, планированию и самостоятельному выполнению упражнений, а также к решению разного рода задач. Уровень сохранности когнитивных функций у пациентов после инсульта имеет независимую корреляционную связь со степенью вовлеченности в реабилитационный процесс в стационаре. Правильная оценка выраженности когнитивных нарушений специалистом будет помогать как собственно в оценке последствий, так и в оценке возможности исправления последствий.

Важным этапом является оценка когнитивных функций у пациентов с ОНМК. Как уже упоминалось выше, существует стандартизованная оценка реабилитационного потенциала, однако, с её помощью оценивается функциональный и физиологический компонент. В работе нейропсихолога данный вид оценивания не является основополагающей. В настоящее время не существует унифицированной оценки когнитивных функций, в соответствии с уровнями реабилитационного потенциала.

## ПЛАНИРОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: разработка унифицированной системы оценки когнитивных функций при определении реабилитационного потенциала пациентов с ОНМК.

Объект: реабилитационный потенциал пациентов с ОНМК.

Предмет: структура оценки когнитивных функций реабилитационного потенциала.

Задачи:

- 1) Определение критериев оценивания реабилитационного потенциала.
- 2) Разработка унифицированного алгоритма оценивания когнитивной сферы пациентов с ОНМК.

В рамках данной работы производилась опора на методы теоретического исследования и методы обработки данных. Теоретические методы характеризуются тем, что субъект взаимодействует мысленной моделью объекта, точнее предметом исследования. И как результат применения теоретических методов представлен знанием о предмете в форме естественной языковой, знаково-символической или пространственно-схематической.

Из первой группы методов используются два взаимодополняющих, которые включают в себя применение формальных логических правил умозаключения и вывода – дедуктивного и индуктивного. Дедуктивным называется умозаключение, в котором вывод о свойствах объекта и о нем самом делается на основании знания общих свойств и характеристик. Под индукцией понимается умозаключение от частного к общему, когда на основе знания о части предметов делается вывод о свойствах всего класса в целом всего множества.

Вторая группа методов рассматривает подходы, позволяющие выявлять наиболее существенные стороны изучаемых объектов, что дает возможность обобщать и систематизировать знания о них и постигать их сущность.

Данные методы были выбраны для работы в силу малой изученности самого объекта исследования. Поэтому разработанная система оценки когнитивных функций, является теоретической и не апробированной. Однако, предполагает

дальнейшую разработку и внедрение данной оценки в работу нейропсихолога с пациентами с ОНМК.



## ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В первой главе данной работы реабилитационный потенциал рассматривается как возможности больного человека при определённых условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизации компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, которые лежат в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения в обществе.

В настоящее время реабилитационный потенциал изучается с медицинской позиции. Существует большое количество методов диагностики и оценки биологической стороны, то есть возможности к восстановлению или компенсации нарушений на анатомическом и физиологическом уровнях [6]. К ним можно отнести функциональные возможности пациента, двигательные и чувствительные функции, уровень мышечного тонуса и т.д.

Основной задачей данной работы была разработка унифицированной реабилитационной системы оценки когнитивных функций реабилитационного потенциала разных уровней: высокого, среднего и низкого. Нейропсихологический компонент включает себя когнитивную сферу пациента. Следовательно, будут оцениваться память, внимание, мышление и речь.

Был проведён анализ литературы по существующим системам оценивания [11]. На данный момент в нейропсихологии подробно описаны отечественные и зарубежные диагностические подходы. Зарубежный подход опирается на применение стандартизованных количественных методах оценки функции, следовательно, описание симптомокомплекса выражается в количественных данных. Система же оценивания нейропсихологического компонента будет тесно связан с подходом отечественной нейропсихологической диагностики, так как данный подход измеряет качественные данные при обследовании. То есть данные будут опираться на качественные описания с внедрением количественных шкал для градуированной оценки в соответствии с их выраженностью. В основе

рассматривалась четырехбальная шкала оценки Л.И Вассермана: 0 («отсутствие ошибок и ошибки, свойственные здоровым людям»); 1 («слабовыраженные нарушения»); 2 («ошибки средней степени выраженности»); 3 («грубые расстройства») [7].

Критерием оценивая является определённое свойство функции, точнее нарушение свойства как симптом. Каждый симптом будет оцениваться по четырёхбальной шкале (от «0» до «3»), который зависит от степени правильного выполнения заданий пациентом. «0» баллов характеризуется как отсутствие ошибок или ошибки свойственные здоровым людям, например, по невнимательности. «1» балл включает наличие ошибок в количестве от 1 до 2 с самокоррекцией. «2» балла - увеличение количества ошибок на 2-3, без самокоррекции. «3» балла – неспособность выполнить задание.

Так же, будет оцениваться «вес» симптома в симптомокомплексе. Градация шкалы значений веса симптома представлена значениями от 1 до 3 баллов. Присваемое значение веса симптома определяется характером его проявлений в структуре того или иного нейропсихологического синдрома. Характер таких проявлений определяется в соответствии с качественными особенностями выполнения испытуемыми проб или заданий [3]. При этом значению 3-х весовых баллов соответствует оценка «грубая ошибка», в 2 весовых балла – «существенная ошибка» и в 1 весовой балл – «ошибка, которую нельзя не учитывать». В качестве контрольной отметки для определения значения веса симптома являлась расценивание наблюдаемых ошибок как «ошибки, которые можно не учитывать», например, по причине невнимательности испытуемых. В метрическом плане ошибкам такого характера соответствует диапазон «0 < весовой балл < 1». Оценка веса симптома отражает влияние степени его тяжести в симптомокомплексе. Тяжесть симптомокомплекса на каждом уровне реабилитационного потенциала разная.

При оценке весовых коэффициентов учитывалось, что шкала значений веса симптома не должна содержать отметку «0» в силу как смысловых в клиничко-

психологическом плане положений, так и в силу математического смысла. Вклад того или иного симптома в тяжесть клинико-нейропсихологической симптоматики предполагает квалифицировать это вклад в виде определённого весового коэффициента, выполняющего роль сомножителя.

Ранее, в работе были выделены три уровня реабилитационного потенциала: высокий уровень, средний и низкий. Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется высокой степенью восстановления или полным восстановлением повреждённых функций. Средний уровень предусматривает частичное восстановление функций. Низкий уровень – незначительную степень выраженности или полное отсутствие восстановления.

Вследствие того, что высокий уровень реабилитационного потенциала предполагает высокую степень восстановления функций, значит нейропсихологический компонент будет так же иметь высокую степень восстановления. Исходя из того, что степень поражения функций низкая, следовательно когнитивная сфера имеет слабую выраженность нарушения. Балловая оценка каждого симптома зависит от правильности и качества выполнения задания. Веса зависят от степени выраженности симптома на данном уровне.

В основном балловая оценка компонента находится в диапазоне от 0 до 2. В функции памяти были выделены основные свойства, такие как прочность, продуктивность и автобиографичность памяти. В автобиографичность памяти будут включаться следующие пункты: 1) где родился пациент; 2) место жительства; 3) основная деятельность/работа; 4) хобби; 5) важные события жизни (даты рождения родных, праздников, например, свадьбы, личные достижения); 6) личностные особенности (привычки, наличие зависимостей, хронических заболеваний). Данную информацию можно узнать из анамнеза пациента либо у родственников.

Свойства мышления представлены в виде понимания связей, умения строить последовательные умозаключения, понимания переносного смысла, умения вычленить главную мысль, способность к обобщению и абстрагированию.

Речь представляют такие свойства как грамматическое построение высказывание, развёрнутость, бедность речи, поиск номинации, импульсивность, автоматизированность речи и парафазии.

Внимание включает в себя переключение, концентрацию, объём.

Ниже представлены таблицы системы оценивания когнитивного компонента реабилитационного потенциала, где каждому симптому присвоен определённый балл и вес. Чем ниже балл по каждому критерию функции, тем ниже вес симптома. Чем ниже общая оценка нейропсихологического компонента реабилитационного потенциала на высоком уровне, тем ниже вес всего симптомокомплекса.

Вышеперечисленные данные позволяют сделать вывод о том, что, если оценки когнитивного компонента низкие, то реабилитационный потенциал когнитивного компонента высокий [таблица 1].

По такой же системе происходит оценивание и среднего уровня нейропсихологического компонента реабилитационного потенциала. На данном уровне балловые оценки распределяются в диапазоне от 1 до 2. На низком уровне – баллы распределяются в диапазоне в основном от 2 до 3 [таблица 2].

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что уровень нейропсихологического компонента зависит от баллов, присвоенных симптому и веса этого симптома. Прослеживается такая зависимость, чем ниже баллы и вес симптома, тем выше уровень реабилитационного потенциала. И наоборот, чем выше баллы и вес симптомов, тем ниже уровень реабилитационного потенциала.

«Таблица 1» Структура оценки когнитивных функций высокого реабилитационного потенциала

Функция	Критерии оценивания	Балл	Вес
Память	Продуктивность/ Объём	0 – безошибочное называние заученных слов 1 – неуверенное воспроизведение с исправлением ошибки / 1 ошибка 2 – 2 ошибки в воспроизведении	1
	Прочность (отсроченное воспроизведение)	0 – безошибочное воспроизведение / воспроизведение с самостоятельным исправлением ошибки 1 – неуверенное воспроизведение / допущение одной ошибки 2 – допущение 2-3 ошибок при воспроизведении	2
	Автобиографическая память	0 – полное воспроизведение основных (значимых) фактов жизни	2
Мышление	Понимание связей событий, умение строить последовательные умозаключения	0 – полное понимание последовательности событий 1 – единичные ошибки в воспроизведении / самостоятельное исправление ошибки 2 – единичные ошибки в воспроизведении / исправление ошибки при указании	2
	Понимание переносного смысла, умение вычлнить главную мысль	0 – полное понимание смысла фразы, умение вычлнить главную мысль 1 - единичные ошибки в воспроизведении / самостоятельное исправление ошибки 2 - единичные ошибки в воспроизведении / исправление ошибки при указании	1
	Способность к обобщению и абстрагированию	0 – способность к обобщению высокая, имеется способность к абстрагированию 1 – замедленный темп обобщения и абстрагирования 2 – способность к обобщению и абстрагированию с самостоятельным исправлением ошибок	2
	Критичность	0 – критичность присутствует	1
Речь	Грамматическое построение высказывание	0 – без ошибок 1 – единичные ошибки с самостоятельным исправлением 2 – единичные ошибки в высказываниях с указанием на ошибку со стороны	2
	Развёрнутость / бедность речи	0 – развёрнутые речевые высказывания 1 – замедленный темп речевых высказываний	2

	Поиск номинации	0 – быстрое и безошибочное называние всех предъявляемых изображений предметов 1 – увеличение времени называния предмета с самокоррекцией 2 – называние предмета с подсказкой	2
	Импульсивность	0 – своевременные, последовательные ответы 1 – единичные ошибки по типу импульсивности с самокоррекцией 2 – частые ошибки с их исправлением со стороны	1
	Автоматизированность речи	0 – отсутствие ошибок в высказывании 1 – единичные ошибки с самокоррекцией 2 – возможность правильного высказывания с подсказками и указанием на ошибки со стороны	1
	Парафазии	0 – отсутствуют	1
Внимание	Переключение	0 – высокая скорость переключения на разные объекты 1 – более замедленный темп переключения внимания	1
	Концентрация	0 – высокая степень сосредоточения на объекте 1 – высокая степень сосредоточения на объекте с лёгким отвлечением	2
	Объём	0 – полное восприятие предъявляемых объектов / информации 1 – потеря нескольких объектов	2

«Таблица 2» Структура оценки когнитивных функций среднего реабилитационного потенциала

Функция	Критерии оценивания	Балл	Вес
Память	Продуктивность / Объём	1 – неуверенное воспроизведение с исправлением ошибки / 1 ошибка 2 – воспроизведение с подсказками и с указанием на ошибки со стороны	2
	Прочность (отсроченное воспроизведение)	1 – неуверенное воспроизведение / допущение одной ошибки 2 – воспроизведение с подсказками и с указанием на ошибки со стороны	2
	Автобиографичность	1 – неточность в воспроизведении основных (значимых) фактов жизни	3
Мышление	Понимание связей событий, умение строить последовательные умозаключения	1 – единичные ошибки в воспроизведении / самостоятельное исправление ошибки 2 – ошибки в воспроизведении / исправление ошибки при указании	3

Продолжение табл.2

Понимание переносного смысла, умение вычленить главную мысль		1 - единичные ошибки в воспроизведении / самостоятельное исправление ошибки 2 - ошибки в воспроизведении / исправление ошибки при указании / подсказки	2
	Способность к обобщению и абстрагированию (сложное свойство)	1 – замедленный темп обобщения и абстрагирования 2 – способность к обобщению и абстрагированию с подсказками и самокоррекцией	2
	Критичность	1 – незначительно снижена, возможность к самокоррекции 2 – критичность снижена, исправление ошибок при указании со стороны	1
Речь	Грамматическое построение высказывание	1 – единичные ошибки с самостоятельным исправлением 2 – единичные ошибки в высказываниях с указанием на ошибку со стороны	2
	Развёрнутость / бедность речи	0 – развёрнутые речевые высказывания, полные и связные высказывания 1 – замедленный темп речевых высказываний с самокоррекцией 2 – медленный темп высказывания, потеря слов, логики суждений и связи с указанием ошибок со стороны	1
	Поиск номинации	1 – увеличение времени называния предмета с самокоррекцией 2 – называние предмета с подсказкой 3 – отсутствие номинативного слова	2
	Импульсивность	1 – единичные ошибки по типу импульсивности с самокоррекцией 2 – частые ошибки с их исправлением со стороны	2
	Автоматизированность речи	0 – отсутствие ошибок в высказывании 1 – единичные ошибки с самокоррекцией 2 – возможность правильного высказывания с подсказками и указанием на ошибки со стороны	2
	Парафазии	1 – наличие ошибок с самокоррекцией 2 – наличие ошибок с указанием на них со стороны	1
Внимание	Переключение	1 – замедленный темп переключения внимания 2 – значительно сниженный темп переключения внимания	1
	Концентрация	0 – высокая степень сосредоточения на объекте 1 – устойчивость сосредоточения на объекте с лёгким отвлечением	3
	Объём	0 – полное восприятие предъявляемых объектов / информации 1 – потеря нескольких объектов	2

«Таблица 3» Структура оценки когнитивных функций низкого реабилитационного потенциала

Функция	Критерии оценивания	Балл	Вес
Память	Продуктивность/ Объём	2 – воспроизведение с подсказками и с указанием на ошибки со стороны 3 – неспособность воспроизвести выученные слова	3
	Прочность (отсроченное воспроизведение)	2 – воспроизведение с подсказками и с указанием на ошибки со стороны 3 – неспособность к воспроизведению	2
	Автобиографичность	2 – грубые ошибки в назывании основных и значимых фактов жизни 3 – неспособность назвать основные и значимые события жизни	3
Мышление	Понимание связей событий, умение строить последовательные умозаключения	2 – ошибки в воспроизведении / исправление ошибки при указании 3 – грубые ошибки при построении связей и умозаключений	3
	Понимание переносного смысла, умение вычлнить главную мысль	2 - ошибки в воспроизведении / исправление ошибки при указании 3 – грубые ошибки в понимании переносного смысла и основной мысли / полное непонимание	2
	Способность к обобщению и абстрагированию (сложное свойство)	2 – способность к обобщению и абстрагированию с самостоятельным исправлением ошибок 3 – грубые ошибки при обобщении и абстрагировании с подсказками и указанием на ошибку / неспособность к обобщению и абстрагированию	3
	Критичность	2 – критичность снижена, исправление ошибок при указании со стороны 3 – критичность отсутствует	2
Речь	Грамматическое построение высказывание	1 – единичные ошибки с самостоятельным исправлением 2 – ошибки в высказываниях с указанием на ошибку со стороны 3 – построение неправильных грамматических конструкций	2
	Развёрнутость / бедность речи	1 – замедленный темп речевых высказываний с самокоррекцией 2 – медленный темп высказывания, потеря слов, логики суждений и связи с указанием ошибок со стороны 3 – грубое нарушение логики суждений, потеря связи, бедность и сжатость речи	2



Продолжение табл.3

		2 – называние предмета с подсказкой 3 – отсутствие номинативного слова	
	Импульсивность	2 – частые ошибки с их исправлением со стороны 3 – импульсивные ответы без коррекции при указании на ошибку	3
	Автоматизированность речи	1 – единичные ошибки с самокоррекцией 2 – возможность правильного высказывания с подсказками и указанием на ошибки со стороны 3 – неспособность к высказыванию	2
	Парафазии	1 – наличие ошибок с самокоррекцией 2 – наличие ошибок с указанием на них со стороны 3 – наличие парафазий	3
Внимание	Переключение	2 - значительно сниженный темп переключения внимания 3 – грубое нарушение переключения внимания	2
	Концентрация	2 – высокая степень отвлекаемости 3 – неспособность сосредоточиться на объекте	3
	Объём	2 - потеря нескольких объектов / информации 3 – неспособность воспринимать объекты/информацию	3

## ВЫВОДЫ

1) Проведённый теоретический обзор литературы, связанный с заболеванием ОНМК и реабилитационного восстановления, выделил проблему оценки реабилитационного потенциала когнитивной сферы пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

2) Проведённый анализ существующих систем оценивания в нейропсихологии позволил разработать собственную систему оценки.

3) Разработанная структура оценки когнитивных функций пациентов с ОНМК с учётом существующих уровней реабилитационного потенциала, рассматривается как эксперимент, с дальнейшим внедрением оценки в работу клинического психолога.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инсульт – тяжёлое заболевание, занимающее второе место в мире по смертности населения и возникновению стойкой инвалидизации. Основной задачей современной медицины является восстановление повреждённых функций и адаптация пациента к привычным условиям жизни. Эта проблема является мультидисциплинарной, так как к реабилитации больных ОНМК подключены специалисты разного профиля.

Реабилитация – система медицинских мероприятий, направленных на предупреждение снижения и утраты трудоспособности, скорейшее восстановление нарушенных функций, профилактику осложнений и рецидивов заболеваний, раннее возвращение к профессиональной деятельности.

Не маловажную роль в восстановительном процессе играет психолог, проводя диагностику, работа с психоэмоциональной сферой человека, взаимодействие с родственника больного, для улучшения восстановительного лечения.

Оценка способности к восстановлению повреждённых функций является реабилитационным потенциалом. Реабилитационный потенциал - то возможности больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизация реституционных, компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения в обществе. В данной работе были освещены медицинский реабилитационный потенциал и его характеристика. Также была разработана унифицированная оценка когнитивной сферы пациентов с ОНМК.

В работе рассматривались такие высшие функции как память, внимание, мышление и речь, так как это наиболее повреждаемые системы от первостепенно зависит дальнейшее качество жизни. Были разработаны критерии оценивания по каждому симптому представленных функций. Присвоенные оценки и веса отражают разную степень реабилитационного потенциала.

Данная оценка разрабатывалась для её дальнейшего апробирования и внедрения в практику работы с пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения. Оценка когнитивной сферы пациентов с ОНМК позволит быстро и качественно оценить возможности восстановления функций пациента и на основе этих данных составить качественную индивидуальную программу реабилитации.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Андреева, О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида / О.С. Андреева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 4. – С. 20 – 26.
- 2 Аухадеев, Э.И. Новый этап в методологическом развитии восстановительного лечения, медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов / Э.И. Аухадеев // Вертеброневрология. – 2006. – № 1. – С. 32–37.
- 3 Астаева, А.В. Нейропсихологическое исследование детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития: дис.... канд. пс. наук / А.В. Астаева. – Южно-Уральский гос. ун-т. – Челябинск, 2010. – 220 с.
- 4 Балунов, О.А. Динамика очаговых неврологических нарушений у больных, перенесших инсульт / О.А. Балунов, Я.Н. Кушнеренко // Журн. неврологии. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2001. – Т. 101. – № 5. С. 4–8.
- 5 Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2002. – 736 с.
- 6 Белов, В.П. Реабилитационный потенциал хронически больного: анализ, содержание, оценка / В.П. Белов, В.А. Вечканов, И.Н. Ефимов // М.: ЦИЭТИН, 1975. – С. 26-31.
- 7 Беребин, М.А. К вопросу о качественном и психометрическом подходах в современной нейропсихологической диагностике / М.А. Беребин, А.В. Астаева// Вестник ЮУрГУ, серия «Психология», – 2008. – Вып. 2. – №32. – С. 19-28.
- 8 Медицинская реабилитация / под ред. В.М. Боголюбова. Книга III. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство БИНОМ, 2010. – 368 с.
- 9 Буренина И.А. Методологические основы современной реабилитации (клиническая лекция) / А.И. Буренина // Вестник современной клинической медицины. – 2008. – №1. – С. 88-92.
- 10 Войтенко, Р.М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология / Р.М. Войтенко – СПб.: «МЕДЕЯ», 2007. – С. 21-28.

- 11 Глозман, Ж.М. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования/ Ж.М. Глозман. – М.: Центр лечебной педагогики, –1999. – С.160–167.
- 12 Гольдблат, Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю.В. Гольдблат. – СПб.: Политехника, 2006. – С. 65–67.
- 13 Факторы, определяющие устойчивость уровня реабилитации постинсультных больных: методические указания / Т.Д. Демиденко, О.А. Балунов. – СПб., 1995. – С. 36–45.
- 14 Демиденко, Т.Д. О роли семейной психотерапии в реабилитации постинсультных больных / Т.Д. Демиденко, Р.И. Львова // Вопросы медицинской деонтологии психотерапии. – 1974. – С. 229–233.
- 15 Епанешникова Н.В., Новые организационные и аппаратно-программные технологии нейрореабилитационной интервенции и оценки реабилитационного потенциала / Н.В. Епанешникова, М.В. Кабатаев // Вестник ЮУрГУ. Серия: «Психология». – 2017. – №3. – С. 81–90.
- 16 Епифанов, В.А. Медицинская реабилитация: руководство для врачей / В.А. Епифанов. – Москва: МЕДпресс-информ, 2005. –328 с.
- 17 Жукова, Т.В. Этапы оценки реабилитационного потенциала личности пациента /Т.В. Жукова, Г.А. Емельянов, Е.Ф. Святская // Сборник Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – Минск: УП «Энциклопедике» – 2016. – Вып. 18. – С. 158-161.
- 18 Психологическая реабилитация больных: руководство / под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2007. – Т.1. – С. 531– 568.
- 19 Кадыков, А.С. Реабилитация после инсульта / А.С. Кадыков. – М.: Миклош, 2003. – С. 176.
- 20 Клемешева, Ю.Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы / Ю.Н. Клемешева, О.Н. Воскресенская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 120-123.

- 21 Ковальчук, В.В. Основные принципы реабилитации больных, перенесших инсульт // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – №4. – С. 17-20.
- 22 Коробов, М.В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / М.В. Коробов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. – М., 1995. – Вып. 17.
- 23 Косичкин, М.М. Инвалидность вследствие поражения нервной системы как мультифакторная проблема/ М.М. Косичкин, Л.П. Гришина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 2. – С. 38–42.
- 24 Лаврова, Д.И. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях / Д.И. Лаврова, М.М. Косичкин, Андреева О.С. и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2004. -№ 93. - С.10-14.
- 25 Осадчик, А.И. Основы медико-социальной экспертизы / А.И. Осадчик, С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова и др. – М.: Медицина, 2005. – С. 277–353.
- 26 Осадчик, А.И. Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов. Руководство. Том 1. / А.И. Осадчик, С.Н. Пузин, О. С. Андреева и др. – М.: Медицина, 2005. – С. 303–307.
- 27 Сагатов, А.Р. Оценка эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов с последствиями инсульта / А.Р. Сагатов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 4. – С. 11–13.
- 28 Сивуха, Т.А. Методические подходы к определению реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза у инвалидов вследствие сосудистой патологии головного мозга / Т.А. Сивуха, А.А. Еникеева и др. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. – М., 1997. – Вып. 21. – С. 12-15.
- 29 Ярош, А.С. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения / А.С. Ярош, Л.А Пирогова, Н.А. Филина // Журнал ГрГМУ. – 2014. – №3. – С. 17-19.