

Гасанбекова А. Р., Дмитриев Е. В., Бочкова Е. А., Абрамова И. В., Павлова О. М.
**ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С
СОЧЕТАННЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ И РЕЧЕВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ
ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Ястребцева И. П.

Кафедра неврологии и нейрохирургии

*ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Иваново*

Актуальность. Двигательные и речевые расстройства – наиболее часто встречающиеся последствия острой мозговой катастрофы, ограничивающие социальную и бытовую активности пациентов. Одним из дополнительных способов реабилитации пациентов с сочетанием данных нарушений может быть транскраниальная микрополяризация (ТКМП).

Цель: оценить эффективность ТКМП для повышения качества реабилитации пациентов с сочетанными двигательными и речевыми расстройствами при инсульте.

Материалы и методы. На базе клиники ИвГМА обследовано 77 пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в возрасте от 35 до 75 лет (в среднем $58,78 \pm 8,45$ лет), из них 32 женщины (41,6%) и 45 мужчин (58,4%). Пациенты случайным образом были поделены на 3 группы: 1 группа – использовалась ТКМП на речевые зоны (23 чел., 29,9%), 2 группа – применялась ТКМП на двигательные зоны (21 чел., 27,3%), 3 группа – микрополяризация не использовалась (33 чел., 42,8%). Всем пациентам перед началом курса реабилитации и после его завершения проводилось клинично-функциональное обследование по Монреальской шкале когнитивной оценки (МШКО), Госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД), шкале Вассермана (ШВ), Тесту оценки дизартрии (ТОД), Шкале Комитета медицинских исследований. Всем больным проводилась реабилитация согласно стандартам специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга (Приказ № 1740н от 29.12.2012).

Результаты и их обсуждение. Различия между группами до исследования носили статистически незначимый характер по критерию Манна-Уитни. В ходе реабилитации было отмечено уменьшение балла по ШВ во всех группах исследования: в 1-й группе с 20,00 [18,00; 36,00] до 15,00 [14,00; 30,00] баллов, во 2-й – с 19,00 [16,00; 46,00] до 15,00 [12,00; 43,00], в 3-й – с 29,00 [18,00; 38,00] до 25,00 [13,50; 34,00] баллов ($p < 0,05$). Выраженность дизартрии в 1-й группе снизилась с 14,00 [12,00; 20,00] до 10,00 [8,00; 16,00] баллов, во 2-й – с 12,00 [10,00; 24,00] до 8,00 [6,00; 20,00], в 3-й – с 12,00 [10,00; 24,00] до 10,00 [6,00; 20,00] ($p < 0,05$). При оценке двигательных функций было выявлено увеличение силы в дистальном отделе верхней конечности с 4,00 [2,50; 4,00] до 4,50 [3,00; 5,00] баллов во 2-й группе исследования ($p < 0,05$), а в 1-й и 3-й группах показатели не изменились ($p > 0,05$). В конце курса реабилитации отмечалось статистически значимое повышение суммарного балла по МШКО во всех группах исследования, однако внимание улучшилось у пациентов 1-й группы с 5,00 [4,00; 5,00] до 5,50 [4,00; 6,00] баллов ($p < 0,05$). Также повысились показатели, характеризующие название предметов: в 1-й группе с 2,00 [2,00; 3,00] до 3,00 [3,00; 3,00] баллов, во 2-й – с 2,50 [2,00; 3,00] до 3,00 [2,00; 3,00] ($p < 0,05$), а в 3-й – уровни внимания и показатели названия не изменились. За курс реабилитации у больных в 1-й группе уменьшился уровень тревоги с 8,00 [6,00; 10,00] до 7,00 [5,00; 9,00] баллов, а депрессии с 8,00 [6,50; 11,00] до 7,00 [6,00; 9,00] ($p < 0,05$), во 2-й и 3-й группах исследования показатели имели лишь тенденцию к снижению.

Выводы. У больных с нарушением внимания и признаками тревоги и депрессии рекомендовано проводить транскраниальную микрополяризацию на речевые зоны. У пациентов с центральным парезом целесообразно применять методику наложения электродов на двигательную зону. При нарушении названия возможно применение методики как на двигательные, так и на речевые зоны.