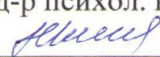


Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Факультет психологии  
Кафедра генетической и клинической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК

Руководитель ООП

д-р психол. наук, профессор

 Н.В. Козлова

«10»  2020 г.

### ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

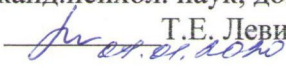
ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ВЫСШИХ  
ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ  
ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

по специальности 37.05.01. – Клиническая психология

Кожевников Захар Владимирович


Руководитель

канд. психол. наук, доцент

 Т.Е. Левицкая

Автор работы

студент группы № 20403

 З.В. Кожевников

Томск-2020

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. ИНСУЛЬТ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.....	9
1.1. Инсульт. Ишемический инсульт. Исторические сведения и факты.....	9
1.2. Состояние высших психических функций пациентов, перенесших ишемический инсульт. Общая характеристика. ....	13
1.3. Качество жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт .....	22
Глава 2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ .....	30
2.1 Описание выборки исследования.....	30
2.2 Описание методик исследования .....	30
2.3 Сравнительный анализ показателей ВПФ и качества жизни больных с левополушарной и правополушарной локализацией очага поражения.....	41
2.4 Сравнительный анализ показателей ВПФ и качества жизни мужчин и женщин с левополушарной локализацией очага поражения .....	45
2.5 Сравнительный анализ показателей ВПФ и качества жизни мужчин и женщин с правополушарной локализацией очага поражения .....	48
2.6 Взаимосвязь показателей ВПФ и качества жизни в зависимости от локализации очага поражения .....	50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	55
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ:.....	57
ПРИЛОЖЕНИЕ А .....	63
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	64
ПРИЛОЖЕНИЕ В .....	66
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	68
ПРИЛОЖЕНИЕ Д .....	71
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	72

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность.** В последние десятилетия отмечается увеличение числа цереброваскулярных заболеваний головного мозга. В России инсульт переносят 450.000 человек в год, что значительно выше, чем в странах Евросоюза и США (Гусев Е. А. и др. 2013, 2015). Высокая заболеваемость отмечается как в трудоспособном возрасте, так и в пожилом, и старческом возрасте. Наблюдается также и значительное омоложение инсульта. Эти обстоятельства делают актуальной медико-социальную проблему реабилитации постинсультных больных, направленную на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, возвращение больного в общество и к посильному труду (Гусев Е.И., Скворцова В.И. 2013; Кадыков А.С., и др. 2013, 2014).

Органические поражения нервной системы приводят к тяжелым функциональным дефектам, которые сопровождаются двигательными и когнитивными нарушениями, и обуславливают социальную и психологическую дезадаптацию постинсультных больных (Суслина З.А и др., 2014; Трошин В.Д. и др., 2006; Яхно Н.Н. и др., 2003; Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н. 2011; Стаховская Л.В., Котов С.В., 2014).

Следует отметить, что в настоящее время в достаточной мере разработаны методы физической реабилитации постинсультных больных на разных этапах восстановительного лечения; в то же время методы психологической реабилитации применяются недостаточно полно и широко (Балунов О.А., Демиденко Т.Д. и др.; 2007; Шкловский В.М., и др.; 2013; 2014; Кадыков А.С., и др., 2013, 2014). В современной литературе описываются методы лекарственной терапии депрессивных, невротических расстройств, когнитивных нарушений больных с последствиями инсульта; однако детальной разработки проблемы использования мероприятий психологической помощи в зависимости от локализации очага поражения, от степени нарушений высших психических функций, проводилось недостаточно. Хотя факторами,

затрудняющими восстановительное лечение, наряду с осложнениями соматических, сопутствующих заболеваний, являются именно когнитивные нарушения (памяти, внимания, мышления, речи; праксиса и гнозиса). В связи с чем, особое значение имеет изучение не только состояния высших психических функций больных с последствиями инсульта, изучение их влияния на качество жизни больных, на вовлеченность больных в реабилитационный процесс, но и характер локализации и его влияние на сохранность высших психических функций (Демиденко Т.Д. и др. (1995); Балунев О.А. и др. (2001); Дамулин И.В. (2003); Bernspang V. et al. (1995).

При поражении левого полушария у больных отмечаются более выраженные нарушения психологических показателей и в то же время лучшее клиническое и психологическое восстановление, вне зависимости от степени выраженности двигательного дефекта, размера очага и афатических нарушений (Вейн А.М. и др., 2001).

При поражении правого полушария восстановление менее выражено и не является полным (Hier D.V. et al., 1983). Преобладают нарушения различных видов чувствительности, анозогнозия, синдром «половинного внимания», психические нарушения и депрессия (Shimoda K, Robinson R.G, 1998). При недостаточно полном осознании развившегося дефекта, у больных с локализацией очага в правом полушарии формируется пассивное отношение к своему заболеванию. В то же время у них сохраняется беглость речи, и они могут казаться социально полноценными.

Ряд авторов, Демиденко Т.Д. и др. (1995); Балунев О.А. и др. (2001); Дамулин И.В. (2003); Bernspang V. et al. (1995), высказывали мнение, что сторона поражения не имеет принципиального значения для функционального исхода. В связи с чем, особое значение имеет изучение не только состояния высших психических функций больных с последствиями инсульта, изучение их влияния на качество жизни больных, на вовлеченность больных в реабилитационный процесс, но и характер локализации и его влияние на сохранность высших психических функций.

**Целью нашего исследования** стало: изучение влияния локализации очага поражения на состояние высших психических функций и качество жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт.

В соответствии с целью были сформулированы следующие **задачи**:

1) Проанализировать отечественные и зарубежные научные источники по проблеме изучения высших психических функций больных с последствиями инсульта, влияющих на их качество жизни и психологическую реабилитацию.

2) Выявить различия в нарушениях ВПФ у пациентов в зависимости от правосторонней и левосторонней локализации очага поражения.

3) Определить различия в нарушениях ВПФ у мужчин и женщин в зависимости от правосторонней и левосторонней локализации очага поражения.

4) Оценить уровень самообслуживания и качества жизни у пациентов с правосторонней и левосторонней локализацией очага поражения.

5) Исследовать структуру взаимосвязей между высшими психическими функциями и качеством жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт в зависимости от локализации очага поражения.

**Объектом исследования** выступают высшие психические функции и качество жизни.

**Предмет исследования:** влияние локализации очага поражения на состояние высших психических функций и качество жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт.

**Гипотеза исследования:** 1) Левополушарная и правополушарная локализация очага поражения по-разному влияет на степень выраженности нарушений высших психических функций, что в свою очередь по-разному сказывается на восстановлении самообслуживания, и как следствие, на качестве жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт. 2) В зависимости от локализации очага поражения, существуют некоторые особенности взаимосвязей нарушений ВПФ с качеством жизни пациентов.

### **Теоретико-методологические основы исследования.**

1) Учение о высших психических функциях, их системности и динамичности (Л. С. Выготский, 1960; А.Р. Лурия, 1969; Е.Д. Хомская 2006).

2) Принцип единства биологического и социального в развитии и становлении человека, заложенный в трудах отечественных психологов и психотерапевтов (Рубинштейн С.Л, 1973; Ананьев Б.Г., 2001; Мясищев В.Н., 1974, 2007; Банщиков И.М., Ломов Б.Ф. с соавт., 1977, 1983, Карвасарский Б.Д., 2010; Кулаков С.А., 2003; Мясищев В. Н., 1974; Рубинштейн С. Л, 1959, 2000).

3) Теория функциональных систем Анохина П.К. (1975, 1977).

### **Методики исследования**

1) Высшие психические функции оценивались с помощью классических методов патопсихологического исследования, описанных в работах Лурия А.Р (2000, 2002); Рубинштейн С.Я., (2010); Блейхер В.М. и др. (1996, 2002).

2) Краткая шкала оценки психического статуса MMSE (Mini Mental State Examination), (Белова А.Н. и др.2002) Методика исследования умственного состояния MMSE (Mini Mental State Examination).

3) Уровень самообслуживания оценивался по шкале Бартела - индекс активной повседневной жизни Бартела (Bartel ADL index) Белова А.Н. и др. (1998, 2002).

4) Шкала Ренкина - оценка степени самообслуживания, ограничения жизнедеятельности (Белова А.Н. и др. 2002; Мельникова Е.В и др. 2017).

5) Шкала ФИМ (шкала Мера функциональной независимости (Functional Independence Measure, или FIM)/Белова А.Н.и.др.2002).

6) Качество жизни - оценивалось по опроснику, описанному в работе Логунова К.В. и др. (1999). Адаптированный вариант методики Kurihara M et. al.1990).

7) Методика «Отношение к болезни и Отношение к лечению». Отношение к болезни и Отношение к лечению оценивается 3-бальной шкалой, описанной в работе Демиденко Т.Д., Ермаковой Н.Г. (2004); Ермаковой Н.Г (1990, 2008) (авторская шкала).

8) Тревога и депрессия – с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) Белова А.Н. и др. (2002).

9) Личностная и реактивная тревожность оценивалась по методике Спилбергера - Ханина, (Белова А.Н. и др. 2002, Райгородский Д.Я (ред) 2006.)

**Методы статистической обработки:** Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 23. Проверка нормальности распределения проводилась одновыборочным критерием Колмогорова-Смирнова, при выборке меньше 30 человек, критерием Шапиро-Уилка. Сравнение исследуемых показателей проводилось с применением критерия Стьюдента и Манна Уитни. Был использован корреляционный анализ с применением коэффициента Спирмена для выявления взаимосвязей между показателями ВПФ и качеством жизни в зависимости от локализации очага поражения.

**Материалы исследования.** Исследование было проведено на базе Филиала «Томского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии федерального государственного бюджетного учреждения «сибирский федеральный научно-клинический центр федерального медико-биологического агентства». В исследовании приняли участие 92 пациента, перенесших инсульт, возраст их варьировался от 36 до 68 лет; из них было 50 мужчин и 42 женщины. У всех пациентов наблюдался ишемический инсульт с давностью заболевания от 3-х месяцев до 6 месяцев (ранний реабилитационный период). С левополушарной локализацией очага поражения наблюдалось 40 больных, с правополушарной локализацией очага - 52. Очаг поражения был подтвержден клиническим и нейровизуальным исследованием (КТ, МРТ). У 38 больных были выявлены остаточные проявления речевых нарушений в виде сенсорно-моторной афазии. Из общей выборки пациентов только у 32 отмечались легкие когнитивные нарушения, у 60 пациентов когнитивных нарушений выявлено не было. Двигательные нарушения наблюдались в основном в форме гемипарезов.

**Научная новизна** исследования заключается в анализе и выявлении специфических различий показателей высших психических функций и качества жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт, в зависимости от локализации очага поражения, что расширяет представления как о механизме заболевания, так и о восстановительном процессе пациентов.

**Практическая значимость** исследования состоит в том, что его результаты могут быть использованы при построении комплексных программ медико-психологической реабилитации, направленных на скорейшую социализацию, повышение качества жизни пациентов, перенесших инсульт с учетом особенностей нарушения ВПФ в зависимости от локализации очага поражения. Учет полученных результатов может способствовать повышению реабилитационного потенциала пациентов, перенесших ишемический инсульт.



# **Глава 1. ИНСУЛЬТ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

## **1.1 Инсульт. Ишемический инсульт. Исторические сведения и факты**

Инсульт – внезапное неинфекционное заболевание, характеризующееся острым нарушением мозгового кровоснабжения, которое может продолжаться в течение суток, либо привести к смерти человека вследствие повреждения сосудов головного мозга.

Это вторая по распространенности причина преждевременной смерти и инвалидности в мире – после инфаркта миокарда, по данным ВОЗ [63]. Причем смертность у мужчин в результате инсульта выше, чем у женщин. Последние 35 лет в экономически благополучных государствах отмечается спад смертей от нарушений мозгового кровоснабжения. Однако Россия пока входит в число стран с наиболее высокой смертностью от инсульта [13].

По данным ВОЗ, каждый год в результате инсульта погибает около 200 тысяч жителей России, ещё столько же человек становятся инвалидами, а всего инсульт переносит от 400 до 500 тыс. человек. Только 8-10% людей, перенесших нарушение мозгового кровообращения, возвращаются к нормальной полноценной жизни.

Не считая инсультов, полученных в результате травм, спровоцированных врождёнными заболеваниями, либо генетическими отклонениями, можно выделить такие виды инсульта, как: ишемический, геморрагический и субарахноидальное кровоизлияние.

Ишемический инсульт, он же инфаркт мозга – самый распространённый вид инсульта, а также легко распознаваемый. Наиболее подвержена риску возникновения инсульта группа людей старше 60 лет, у которых в анамнезе был инфаркт миокарда, ревматические пороки сердца, нарушение сердечного ритма и проводимости, сахарный диабет. К развитию ишемического инсульта до наступления старости, могут привести артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение и сахарный диабет.

При ишемическом инсульте, поражается участок мозга, отвечающий за двигательную функцию правой или левой части организма. Одна половина тела оказывается обездвижена, в таком состоянии человек может быть не в силах поднять обе руки, может снизиться зрение на один глаз. Человек не откликается на прямые обращения по имени, либо проявляет нестройность речи. Нарушения реологических показателей крови и патология наиболее крупных сосудов могут сыграть значительную роль в появлении и прогрессировании ишемического инсульта. Заболевание может развиваться в ночное время суток без потери сознания.

Сотрудники научного центра неврологии РАМН выделяют основные подтипы ишемического инсульта: атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный, и по типу гемореологической микроокклюзии [14]. Кардиоэмболический инсульт (Дамулин М.В. и др. 2015), в основе возникновения которого фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда, патология клапанного аппарата сердца, наблюдается чаще в пожилом возрасте; чаще у женщин, при артериальной гипертензии (АГ), и ИБС; у пожилых после 75 лет, у молодых до 50 лет.

Геморрагический инсульт, или кровоизлияние в мозг, характеризуется головными болями, нарушениями зрения и заканчивается летальным исходом в 40% случаев. Вследствие стремительного и стихийного развития, такой инсульт зачастую остаётся незамеченным своевременно. Он может возникать по таким причинам, как гипертензия, атеросклероз, прочие сердечно-сосудистые заболевания, либо от серьезного стрессового напряжения.

Субарахноидальное кровоизлияние – наиболее опасный вид инсульта, т.к. приблизительно в половине случаев заболевания наблюдается летальный исход [11]. К симптомам данного вида болезни относятся резкая головная боль по типу «удара по голове», нередко с пульсацией в затылочной области, а кроме того рвота, судороги и потеря сознания. С высокой вероятностью человек останется инвалидом даже при ранней диагностике и своевременном лечении такого инсульта [24].

Клинически инсульт обнаруживает себя общемозговыми и очаговыми неврологическими симптомами. Общемозговые симптомы инсульта могут проявляться в виде кратковременной потери сознания на пару минут, сонливости, либо, напротив, возбуждения. Помимо беспрецедентно сильной головной боли, зачастую сопровождающейся рвотой или тошнотой, может возникнуть головокружение с ощущением невесомости или шума в ушах. В ряде случаев подвергается изменениям эмоционально-волевая сфера, снижаются показатели внимания, памяти, страдает гибкость и связность мышления, теряется пространственная и временная ориентация. Не исключены вегетативные симптомы в виде жара, потливости, учащения сердцебиения [23].

Очаговые симптомы определяются локализацией повреждения, т.е. тем, какая именно зона мозга пострадала из-за поражения кровоснабжающего сосуда. Например, при инсульте мозжечка, отвечающего за координацию движений, появляется слабость в конечностях и мышцах, развивается утрата в них чувствительности, человек может оказаться частично или полностью парализованным, и даже впасть в кому. Помимо этого зачастую проявляют себя такие симптомы, как шаткость походки в случаях повреждения сосудов зон мозга, ответственных за координацию движений и чувство положения тела в пространстве.

Такая клиническая картина развивается при поражении сосудов, проходящих в полость черепа через специальный костный канал в шейном отделе позвоночника (нарушения вертебрально-базиллярного кровообращения). Случается "пятнистая ишемия" мозжечка, а ещё затылочных долей и ствола мозга, что, в том числе, приводит к головокружениям. Происходят зрительные и глазодвигательные нарушения (косоглазие, двоение, снижение полей зрения), шаткость и неустойчивость, ухудшение речи, движений и чувствительности [10].

В постинсультном периоде пациентам зачастую приходится столкнуться с феноменом постинсультной депрессии (далее ПД). В среднем частота ПД достигает 60% [45]. Помимо того негативного влияния депрессии на процесс

реабилитации, качество жизни и соматического здоровья пациентов, с ней также возрастает риск возникновения сопутствующих тревожных расстройств. ПД значительно ухудшает прогноз выживаемости. Согласно статистике ВОЗ, летальный исход у пациентов с ПД в течение 10 лет после инсульта в 3,5 раза чаще, чем у больных без аналогичных симптомов. Безусловно, вклад в формирование депрессивных расстройств и снижение качества жизни пациентов после инсульта вносит переживание своей нарастающей интеллектуальной и, как правило, двигательной неспособности [55].

Неврологические расстройства у постинсультных больных представлены речевыми, двигательными, чувствительными, когнитивными и эмоционально-волевыми нарушениями [46].

К наиболее страшному последствию инсульта относится нарушение высших психических функций человека, ведь в таком случае остро ставится проблема социализации человека, его интеграции в семью, работу, профессиональную деятельность, повседневные дела и нормальную жизнь, поскольку высшие психические функции (далее ВПФ) – фундамент сознательной социальной жизни человека.

Следовательно, инсульт наносит удар не только по физическому и психологическому здоровью человека, но и по его окружению, а также по экономической и медицинской сферам государства, становясь таким образом глобальной проблемой современности.

## **1.2 Состояние высших психических функций пациентов, перенесших ишемический инсульт. Общая характеристика.**

Понятие «высших психических функций» введено в научный дискурс Вильгельмом Вундтом в середине XIX века, а в русскоязычной психологической традиции оно ассоциируется в первую очередь с именем Л. С. Выготского. Тем не менее, у самого Выготского в его прижизненно опубликованных работах выражение «высшие психические функции» для обозначения объекта его исследования не встречается никогда. Вместо этого Выготский в своих текстах использовал фразу «высшие психологические функции» и сходные с ней выражения «высшие психологические процессы», «высшие процессы поведения», «высшие формы поведения», «высшие интеллектуальные функции», «высшие характерологические образования» и т. п. [26].

Однако термин «высшие психические функции» был в дальнейшем развит и использован в работах А. Р. Лурии, А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина, П. Я. Гальперина и др.

К высшим психическим функциям принято относить память, мышление, речь и восприятие.

В случае инсульта происходят деструктивные трансформации нервной ткани, порожденные нарушениями кровообращения мозга. Возвращение кровотока к норме уже не восстанавливает микроциркуляцию в данной области. Исходя из нейропсихологических исследований после острой фазы ишемического инсульта, можно говорить о том, что для оценки формы и степени тяжести нарушений ВПФ требуется опираться не только на положения о локализации инфаркта мозга, но и на общие условия мозговой гемодинамики [28].

Постинсультными когнитивными нарушениями называется снижение одной или нескольких из пяти когнитивных способностей (память, праксис, гнозис, "управляющие" функции, внимание) по сравнению с исходным уровнем

(индивидуальной нормой), которое было впервые отмечено после перенесенного инсульта, в течение первых нескольких месяцев [22].

После исследования больных в 1-3 сутки развития ишемического инсульта было замечено, что нейропсихологические симптомы проявляются ярко при дисфункции как левого, так и правого полушарий мозга выраженными нейродинамическими нарушениями в виде трудностей включения больного в выполнение заданий и инертности при перемене инструкции [19].

В то же время можно говорить о нарушениях памяти, которые проявляются в основном при попытках воспроизведения смысловых отрывков, зачастую в связи с непониманием переносного смысла пословиц или сюжетной картинки, либо проблемами, касающимися решения определенных арифметических задач. Болезненные нарушения памяти, спровоцированные инсультом, происходят в случае расположения очага поражения в важных областях мозга – гиппокампа, таламической, лобных долях.

Память - психическая функция, тесно связанная с вниманием, мышлением и восприятием, и отвечающая за фиксацию, то есть хранение (ретенцию) и воспроизведение (репродукцию) информации.

В нейропсихологии память рассматривают как сложную функциональную систему, в организации которой принимает участие целая система совместно работающих аппаратов мозговой коры и нижележащих образований. Каждый из этих аппаратов вносит свой специфический вклад в организацию мнестических процессов, поэтому разрушение или патологическое состояние любого из них неизбежно скажется на мнестической деятельности в целом [43].

Лурия выделял два основных типа нарушений памяти: модально-специфические и модально-неспецифические.

Модально-специфические мнестические расстройства случаются в случае поражения вторичных и третичных корковых зон специфических систем. При этом нарушаются зрительная, слухоречевая, музыкальная,

тактильная и двигательная память при сохранности периферического звена [47, 27]

Модально-неспецифические возникают при поражении диэнцефальных образований, медиобазальных структур лобной доли, структур лимбической системы. При некоторых поражениях обнаруживается корсаковский синдром в виде нарушения ориентировки в месте и времени, памяти на текущие события, конфабуляций. При поражении лобных долей обнаруживается нарушение семантической (категорийной) памяти. Эти нарушения характеризуются соскальзыванием на побочные ассоциации, снижением уровня общения [12, 33].

Что касается левополушарных инсультников, то в их случае наблюдаются проявления афазии и устойчивые повторения какой-либо фразы. При правосторонних поражениях мозга можно видеть развернутый комплекс симптомов, касающихся изменений в эмоциональной сфере, дезориентации во времени, расстройств схемы тела и отчетливо выраженным синдромом односторонней пространственной агнозии. Нарушения эмоциональной сферы могут включать в себя, например, повышенный фон настроения, неполноту осознания или переживания своего заболевания, и т.д. Важно заметить, что основное внимание уделяется вопросу восстановления нарушенных функций, в частности подробно затрагиваются экспериментальные исследования новейших медикаментозных препаратов, социально-психологические реабилитационные программы. Значительный упор делается на восстановление речи, так как у больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения, наряду с развитием двигательных, чувствительных, координаторных нарушений в 35% случаев наблюдаются речевые расстройства [25, 44].

Речь – сложнейшая форма психической активности, регулирующая поведение человека и объединяющая множества процессов. Речь тесно связана с мышлением, памятью и восприятием.

Согласно Л.С.Выготскому, «при распаде ВПФ прежде всего уничтожается связь символических и натуральных функций, вследствие чего

происходит отщепление ряда натуральных процессов, которые начинают действовать по примитивным законам, как более или менее самостоятельные психологические структуры. Таким образом, распады высших психических функций представляют собой процесс, с качественной стороны обратный их построению». Наиболее ярко иллюстрирует это положение по мнению Л. С. Выготского распад высших психических функций при афазии.

Афазия – частичное отсутствие или нарушение ранее сформировавшейся речи, также может характеризоваться полной либо умеренной утратой способности к пониманию посторонней речи. Это происходит потому что поражается кора доминантного полушария мозга (левого у правшей), в случае неимения нарушений слуха и артикуляции [16].

При афазии значительно нарушается речь, выпадают знаковые операции, однако это протекает не как единичный самостоятельный симптом, а влечёт за собой общие и глубочайшие нарушения в деятельности всех высших психических систем [17].

Существуют зоны доминантного полушария мозга, в случае повреждения коих случается афазия: это премоторная зона - задняя часть нижней лобной извилины - корковые поля 44, 45; постцентральная - нижняя часть корковых полей 1, 2, 5, 7 и частично поля 40; верхняя височная извилина - корковое поле 22; нижняя теменная долька - корковые поля 39,40; задние отделы височной доли - корковое поле 37; префронтальная - передние отделы лобной доли - корковые поля 9, 10, 11, 46.

Вышепоименованные поля называют вторичными полями анализаторов, а префронтальные отделы и поля 39, 40 - третичными полями, которые согласовывают комплексную работу множества анализаторов. Эти области не имеют связей с периферическими рецепторами, в противоположность первичным полям корковых анализаторов; наиболее развиты у них ассоциативные слои. Эти зоны связаны с целой группой окружающих областей.

Так что, функциональная система речи сочетает разные отделы полушарий мозга. Значение звеньев этой функциональной системы, состоящей,



помимо прочего, из речедвигательных и слуховых анализаторов, различно, что можно видеть при органическом повреждении какой-либо речевой зоны.

В таких случаях нарушается один из факторов (предпосылка), нужных для адекватного процесса речи. С учетом данного фактора как фундамента нарушений речи была создана классификация афазии А.Р.Лурия, применяемая в нуждах топической диагностики и реконструктивного обучения.

Речь начинается с замысла высказывания, далее происходит членение его на смысловые отрезки (синтагмы), произнесение слов и дальнейшее восприятие своей и посторонней речи. Явление когда нарушается ход произнесения слов именуют моторной, экспрессивной афазией, а нарушение восприятия чужой речи - импрессивной афазией.

Выделяют три формы нарушений экспрессивной речи: это афферентная, эфферентная и динамическая моторная афазия.

Афферентная моторная афазия является следствием нарушения постцентральных отделов ведущего полушария мозга, которые закладывают кинестетическую основу движений артикуляторного аппарата. Кинестетические афферентации придают нужную силу движениям артикуляционных мышц, а дефект речевых кинестезий ведёт к основной проблеме - некорректному произношению самостоятельных единиц речи. Больной не в состоянии артикулировать гомоганные звуки, сходные по месту (например, переднеязычные: «т», «д», «л», «н») или способу (щелевые: «ш», «з», «щ», «х») образования. Все варианты устной речи, в частности автоматизированная, спонтанная, репродуктивная, номинативная, а также письменная речь – чтение и письмо – становятся проблемой для больного [50]. Зачастую афферентная моторная афазия идет в сочетании с оральной апраксией.

Эфферентная моторная афазия случается в случае дефекта нижних отделов премоторной зоны, области Брока, полей 44 и 45. Артикуляция и произношение автономных звуков, в отличие от афферентной моторной афазии, не нарушены. Проблемы возникают в процессе перехода с одного слога

или звука на другой. Происходят нарушения кинетики речевого процесса в связи с трудностями переключения, расстройств механизмов речи – персеверации (повторения слов и фраз). То есть, при грамотном произнесении отдельных речевых элементов и звуков, больной сталкивается с трудностями произнесения серии звуков или целостной фразы. Место продуктивной речи занимают персеверации и в тяжких случаях речевая стереотипия.

Дополнительной особенностью речи в этих случаях является т.н. «телеграфный стиль»: человек говорит, используя преимущественно существительные и редко прибегая к глаголам. Не исключена сохранность автоматизированной, произвольной речи, либо пения. Персеверативная речь оказывается трансформирована менее выражено, нежели в случае вышеупомянутой формы афазии. Кроме того, нарушается называющая функция речи, а также письмо и чтение.

Динамическая моторная афазия случается при поражениях префронтальных отделов, зоны, которая находится спереди от зоны Брока. Главный дефект этой формы афазии заключается в нарушении активной продуктивной речи, при полной сохранности повторной речи. Больному тяжело даются такие простые вещи, как активное задавание вопросов или свободное высказывание мыслей, однако при этом он вполне способен артикулировать все звуки, повторяя отдельные слова и предложения, верно отвечая на большую часть вопросов. В основе такой афазии находится нарушение внутренней речи, основными функциями которой можно назвать замысел и создание структуры задуманного предложения.

Расстройство импрессивной речи может быть выражено в форме либо сенсорной, либо семантической афазии. В случае нарушений в зоне Вернике наступает сенсорная афазия. Нарушение фонематического слухового восприятия – главная причина непонимания пациентом речи собеседника. Фонема – признак языка, служащий для различения смыслов, в русском языке к такому признаку относят звонкость и глухость («ю», «п», «д», «т», «с», «з»), ударность и безударность («замОк» и «зАмок»), твёрдость и мягкость («пыл»,

«пыль»). Пациент с такой афазией не в силах посчитать звуки в слоге, а кроме того не способен воспроизводить слоги вроде "та да" или "ба-па", т.к. не воспринимает различий между коррелирующими фонемами. В неспособности понять слова окружающих, больной постоянно пытается говорить.

В речи заметны искажения слов, литеральные и вербальные парафазии, т.е. замена одного звука другим, либо замена одного слова другим, похожим по значению или звучанию. Так что речь пациента неразборчива для остальных, поскольку состоит из множества искаженных слов. Для сравнительно легких случаев сенсорной афазии, кроме расстройств фонематического слуха, характерно развитие такого явления как отчуждения смысла слова. Это происходит из-за расстройства звукобуквенного анализа. Больного просят показать глаз, нос, ухо и, если он справляется с заданием расширяют его до объёма двух элементов (покажите нос-глаз, ухо-глаз и тд) и в этих условиях наступает отчуждение смысла слова и больной начинает беспомощно искать нос, который при первом задании он успешно находил. Последствием расстройства фонематического слуха оказывается нарушение письма, к примеру попытка написать слова вроде "забор" или "собор" обречена для пациента на неудачу, т.к. случаются стандартные ошибки: написание "с" вместо "з" или "п" вместо "б" в случае «забор-запор».

В случае семантической афазии речь идёт о повреждении третичных левополушарных полей (39,40). Здесь можно говорить о расстройстве пространственного синтеза, по этой причине больной не в состоянии уловить смысл речевых формулировок, касающихся пространственных отношений. К примеру, он не может справиться с заданием нарисовать треугольник под квадратом или кружок над ромбом, так как не понимает отношений, выраженных с помощью предлогов. Больной никак не может понять значения сравнений, а кроме того возвратных и атрибутивных структур языка. Не понимает пациент также и логико-грамматические структуры, что выявляется если попросить больного показать линейку фломастером или указать на фломастер рукой.

Амнестическая афазия – она возникает при повреждении полей 37 и 40 (нижних и задних отделов теменной и височной областей). Это нарушение способности к называнию окружающих предметов при успехах в их описании. Если больному подсказать первый слог или букву – то он вспоминает необходимое слово. Как правило, идет рука об руку с нарушением зрительных представлений. Пациент описывает предмет, прекрасно понимая его значение (например, если попросить назвать ручку он отвечает: "Это то, чем люди пишут"). В разговоре больного отмечается недостаток существительных, с преобладанием глаголов [18].

Механизм возникновения амнестической афазии до настоящего времени окончательно не ясен. В большинстве случаев (47-50%) развивается сенсомоторная афазия, "чистые" формы афазии после инсульта наблюдаются редко [9, с.23].

В результате инсульта также проявляются нарушения гнозиса и праксиса. Агнозию можно характеризовать как отсутствие узнавания стимулов, поступающих из окружающей среды и из организма человека, при условии сохранности сознания и чувствительности. Различают зрительную агнозию, обонятельную, слуховую агнозию, а кроме них вкусовую, тактильную и аутотопагнозию (не узнает части своего тела и их положение в пространстве).

Для предметной (ассоциативной) зрительной агнозии (двуполушарные, нередко обширные височно-затылочные очаги поражения) характерны проблемы узнавания реалистических изображений визуально воспринимаемых предметов, контурных, осложненных дополнительными штрихами, пятнами и наложенных друг на друга. К примеру, если попросить скопировать простой рисунок, больные с ассоциативной агнозией смогут выполнить эту задачу, особенно если у них достаточно времени, но копированные объекты они не узнают [30].

Буквенная агнозия занимает особое место среди всех видов агнозий. Возникает при поражении нижних отделов вторичных зон затылочной коры левого полушария (поля 18, 19 по Бродману), на границе затылочной и

височной коры (у правшей). Буквы не читаются, поскольку воспринимаются как рисунки, без понимания их смысла. Смешиваются буквы, близкие по написанию, возникают трудности при переходе от одного шрифта к другому. Больные могут правильно копировать буквы, но не могут их узнать и назвать, в результате распадается навык чтения (возникает первичная или оптическая алексия). Иногда больной может прочесть слово, обводя крупно написанные буквы пальцем. Сохранно узнавание букв на слух.

Алексия - приобретенное расстройство чтения. При алексии без аграфии очаг поражения находится в коре медиальной части затылочной доли и в валике мозолистого тела. Алексия при поражении этой зоны головного мозга обычно сопровождается правосторонней гемианопсией и цветовой агнозией. Ввиду изолированности данного нарушения чтения от других нарушений высших зрительных функций, этот дефект выделяется в самостоятельную форму агнозии.

При цветовой агнозии больные различают цвета, но не говорят, в какой цвет окрашены предметы, что связывается с трудностями категоризации цветов, с образованием определенных цветовых групп. Для всех форм зрительных агнозий характерна относительная сохранность элементарных зрительных функций (остроты зрения, цветоощущения, поля зрения), но при этом нарушен гностический уровень работы зрительной системы. Изучением зрительных агнозий занимались О.Зангвилл, Е.П.Кок, А.Р.Лурия, Г.Л.Тойбер [9, с.25].

У людей с цветовой агнозией в сочетании с буквенной (левополушарные височно-затылочные очаги поражения) проявляются затруднения в распознавании и сортировки по цвету разноцветных карандашей или кусков ткани, а также похожих по написанию букв.

Пациентам с зрительно-пространственной агнозией (преимущественно левополушарные нижнетеменные и теменно-затылочные очаги поражения) свойственны трудности с определением положения стрелок на часах, правой и левой сторон объекта, в сравнении двух фигур с определенным

пространственным расположением элементов и др. В случае подобных правополушарных очагов поражения происходит обрывочность восприятия пространственно-ориентированных объектов, расстройство топографической памяти с неспособностью узнать знакомое место, вплоть до родной улицы, "игнорирование" левой части зрительного пространства.

Тактильно-кинестетическая агнозия, или астереогнозия (преимущественно левополушарные теменные очаговые поражения). Ей свойственны двусторонние затруднения распознавания наощупь мелких предметов, к примеру пуговиц или монеток.

Слуховая агнозия – случается в основном при очаговых поражениях височной извилины справа вверху. Пациент испытывает трудности узнавания предметных звуков (шорох мятой бумаги, постукивание указкой по доске или ложкой по тарелке). В случае нерезкой речевой слуховой агнозии (поражение зоны Вернике) человеку тяжело узнавать звуки родной речи и, соответственно, понимать слышимую речь, не воспринимается смысл слов, сопровождается трудностями повторения.

При агнозии на лица существуют проблемы узнавания пациентом знакомых ему лиц, в том числе их видеозаписей и фотографий. В этом случае можно говорить о правополушарных или преимущественно правополушарных нижнезатылочных очаговых поражениях.

К дополнительным осложнениям после инсульта относят также паралич, кому, отек мозга, нарушения координации движений и апраксию ходьбы. Все вышеперечисленные нарушения оказывают непосредственное влияние как на процесс реабилитации, так и на качество жизни человека после инсульта.

### **1.3 Качество жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт**

Мозговой инсульт приобретает всё большую медико-социальную и экономическую значимость [36]. Инвалидизация изменяет качество жизни больного и выдвигает перед ним новые проблемы, например, необходимость

приспособления к дефекту, изменения профессии, поведения в семье и ряд других [59].

Так, в нашей стране инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место в структуре инвалидности (до 3,2 случая на 10 тыс. населения в год) [49, 57]. При этом к трудовой деятельности возвращается около 12-20% пациентов, перенесших инсульт. [60].

Как следствие, сегодня в России насчитывается около 1 млн. человек, чья инвалидность является следствием перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения [35, 52].

В результате данного заболевания, с отчетливо выраженной социальной значимостью, снижается качество жизни человека, а потому проблема восстановления утраченных функций приобретает в таком случае особую значимость. Качество жизни пациентов, перенесших первый ишемический инсульт практически по всем его составляющим существенно ниже, чем в группе здоровых [3].

На современном этапе развития медицины все более актуальной становится проблема не просто выживания больного, но и повышения качества его жизни как субъективной удовлетворенности уровнем своего функционирования в условиях болезни. Потому вполне оправданным является то, что понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности ее лечения [6].

По определению ВОЗ, качество жизни - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [31].

Несмотря на огромное социальное и экономическое значение данной патологии, способы количественного измерения последствий инсульта до настоящего момента разработаны недостаточно. Такие данные имеют высокую значимость при оценке эффективности реабилитационных мероприятий [48, 62].

Следовательно, при оценке эффективности реабилитации крайне важно придавать значение мнению самого больного о своем самочувствии, которое может расходиться с мнением родственников или профессиональной точкой зрения врача. То есть, в комплексном ведении таких пациентов необходимо рассматривать аспект качества жизни, учитывая мнение самого больного [15].

Адекватное представление человека о своей болезни является крайне необходимым фактором для формирования активной направленности человека на восстановление нарушенных функций [21]. По утверждению Ю.А. Александровского, на осознание болезни и формирование больным её внутренней картины оказывают влияние особенности психогенного реагирования на «ключевую психотравму» [2]. Инсульт, при переживании которого характерны как физические перемены, так и пребывание больного в кардинально новых и небывалых прежде психических состояниях, является психической травмой для личности больного, и вполне закономерно сопровождается депрессивными реакциями на болезнь.

И.А. Чарикова, Н.Н. Ахтямов и Л.И. Волкова в своем исследовании эмоционального состояния пациентов в первые 7 дней после ишемического инсульта в каротидном бассейне утверждают, что больные находились в состоянии депрессии крайней степени тяжести. В течение семи дней показатели улучшились, хотя и оставались высокими. Статистически значимых различий между пациентами с лево- и правополушарным инсультом обнаружено не было [54].

Н.Н. Полонская приводит в пример 70-летнюю пациентку с артериальной гипертензией, перенесшей в течение двух лет два острых нарушения мозгового кровообращения в бассейнах обеих задних мозговых артерий. При первом инсульте поражен оказался задний отдел левого полушария головного мозга – в этом случае нейропсихологическая симптоматика носила достаточно мягкий характер в виде амнестической афазии в легкой степени и оптической алексии без аграфии.



Год спустя она же перенесла второй инсульт, теперь уже в бассейне правой задней мозговой артерии. «Исследование выявило все виды зрительных агнозий - предметную, лицевую, агнозию на цвета, зрительно-пространственную, имелись нарушения зрительной и топографической памяти. У больной оставались легкие нарушения номинативной функции речи, сопровождающиеся вербальными парафазиями (близкими по значению). Чтение оставалось нарушенным по типу чистой оптической алексии при полной сохранности письма. Процесс счета характеризовался дезавтоматизацией» [41].

Как отмечает Полонская, при всей тяжести заболевания, пациентка производила впечатление сохранного человека, демонстрировала беглую фразовую речь, и, что немаловажно, адекватно оценивала свое состояние и активно участвовала в диалоге.

По словам больной, преодолевать её «потери» ей помогает сравнительный анализ по каким-то другим признакам, с использованием сохраненных каналов восприятия.

Приведенные выше примеры эмоционально-волевого статуса пациентов, перенесших инсульт, указывают на значимость для качества жизни как фактора времени, прошедшего с момента инсульта (чем больше проходит времени – тем меньше выраженность депрессии), так и на важность наличия у самого больного внутренних ресурсов, помогающих справиться с последствиями болезни. Зачастую при их наличии пациенты склонны проявлять энтузиазм в помощи исследователям, занимающимся данной проблемой.

Важно отметить, что улучшение показателей выживаемости и применение современных терапевтических подходов не всегда означают улучшение качества жизни, а иногда даже приводят к противоположным эффектам. Так, канадские исследователи J.G.Fodor, F.N.Leenen, E.Helis et P.Turton по результатам анализа медико-статистических данных по провинции Онтарио за 1995-2006 гг. отметили достоверное и значимое ухудшение всех

параметров качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт [32, с.67].

Это значит, что с течением времени качество жизни больных может не только не улучшаться, но и приобретать тенденцию к ухудшению. Отмечаются высокий риск развития депрессивных расстройств, различные нарушения высших психических функций (прежде всего - нарушения когнитивного функционирования больных), нарастание спастичности в парализованных конечностях, развитие персистирующих нарушений глотания [51].

Анализ качества жизни у больных в остром периоде ишемического инсульта дает возможность обеспечить преемственность ведения пациента при переводе его на следующий этап реабилитации, эффективность дальнейшего амбулаторного наблюдения больного специалистами различного профиля (семейными врачами, неврологами, реабилитологами), возможность внедрения новых лечебных программ и оценки их результативности самим больным. [7].

Хотя в большинстве случаев у перенесших инсульт больных в определенной степени восстанавливаются нарушенные функции, результаты клинико-эпидемиологических исследований показывают, что около 55% перенесших мозговой инсульт больных не удовлетворены качеством своей жизни [8, 61]. В связи с этим особую клиническую значимость приобретает задача разработки мероприятий, прицельно направленных на улучшение качества жизни больных.

Снижение качества жизни у перенесших инсульт больных не вызывает сомнения и констатируется всеми исследовательскими коллективами. Однако методология измерения параметра или группы параметров, определяющих конкретные характеристики уровня снижения, и критериальная база их клинической оценки до настоящего времени достаточно слабо разработаны и поэтому представляют актуальную практическую задачу [58].

У больных с последствиями инсульта можно выделить такие основные виды нарушений, как:

1. Повреждение, дефект (impairment). Это двигательные повреждения (парезы, атаксия), либо когнитивные, речевые, эмоционально-волевые, зрительные, чувствительные, бульбарные и псевдобульбарные (дисфония, дисфагия, дизартрия), тазовые, сексуальные и иные нарушения, а также осложнения в виде эпилептических приступов, падений, таламических болей, инфекций мочевых путей, тромбозов, постинсультных артропатий. В таком случае цель реабилитации – полное или частичное восстановление нарушенных функций, профилактика, лечение и сведение к минимуму возникших осложнений.

2. Нарушение способностей (disability) выражаются в нарушении ходьбы, самообслуживания, определяемого как активность в повседневной жизни или нарушении более сложных бытовых навыков. Самообслуживание включает способность самостоятельно одеваться, принимать пищу, соблюдать личную гигиену, пользоваться ванной и туалетом, контролировать сфинктеры, осуществлять самостоятельные передвижения (с опорой на палку, без палки, на коляске) в пределах помещения и на улице, самостоятельно садиться и вставать. Возможность выполнять сложные бытовые навыки может заключаться в помощи по приготовлению пищи и уборке помещения, посещении магазинов, работе на дачном участке, вождении автомобиля и т.д. Здесь целью реабилитации является обучение вышеизложенным навыкам самообслуживания и ходьбе.

3. Нарушение социального функционирования (handicap) выражается в ограничении осуществления той социальной роли, которая до болезни была нормой для больного (в соответствии с его возрастом, полом, образованием, социальным положением, профессией, культурным уровнем) и включает ограничение роли в семье и обществе, ограничение социальных контактов, полную или частичную невозможность трудиться. Цель реабилитации – полное или частичное восстановление социальной роли в семье и обществе, социальных контактов, возможности посещать культурные заведения,

различные общественные и религиозные мероприятия, восстановление старых и освоение новых увлечений (хобби), восстановление трудоспособности.

Выделяют три уровня восстановления:

1. Истинное восстановление – при таком уровне выздоровления нарушенные функции возвращаются к исходному состоянию, которое было до инсульта. Это возможно лишь тогда, когда нет полной гибели нервных клеток, а патологический очаг состоит из инактивированных элементов (вследствие отека, гипоксии, изменения проводимости нервных импульсов);

2. Компенсация, или функциональная перестройка, вовлечение в функциональную систему новых структур;

3. Реадаптация – использование различных вспомогательных приспособлений в виде тростей, ходилок, протезов.

Решение проблемы оценки показателей качества жизни при инсульте связано с наличием ряда объективных трудностей, в частности:

– дефектами методик, поскольку большинство имеющихся опросников и шкал охватывают далеко не все аспекты жизнедеятельности пациента;

– недостаточными релевантностью и валидностью инструментария, поскольку опросные стимулы могут хорошо соответствовать особенностям проявления какой-либо функции в целом, но могут не соотноситься со спецификой статуса того или иного пациента;

– трудностями обеспечения базовых операционных характеристик используемых в рамках ЕВМ методов диагностики, например, общие показатели методик могут быть недостаточно специфичными или чувствительными, особенно если клиническая картина характеризуется стертой или слабо выраженной симптоматикой [39].

Определяющие факторы качества жизни не являются фиксированными и в разные моменты после инсульта отличаются. Так, на сроке 1 год низкие значения физического компонента здоровья могут быть ассоциированы с женским полом больных, наличием сахарного диабета, правополушарной локализацией очага, наличием когнитивных расстройств [40].

Через 3 года после инсульта плохое физическое состояние ассоциируется с гипертензией, наличием когнитивных расстройств, недержанием мочи. При этом возраст старше 75 лет является фактором более низкого физического здоровья пациентов после перенесенного инсульта [56].

Вопрос коррекции качества жизни, на первый взгляд, кажется очевидным: адекватное лечение должно приводить к повышению (или, по крайней мере, к препятствованию снижению) уровня жизни. Из-за тяжести состояния пациентов часто имеются ограничения по спектру возможных клинических испытаний и исследований. Вероятно, именно поэтому влияние конкретных методов реабилитации и лечения на последующее качество жизни пациентов мало систематизировано. [32, с.64].

## **Глава 2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

### **2.1 Описание выборки исследования**

В исследовании приняли участие 92 пациента, перенесшие инсульт. Среди них были 50 мужчин и 42 женщины, их возраст варьировался от 36 до 68 лет.

У всех пациентов наблюдался ишемический инсульт с давностью заболевания от 3 до 6 месяцев (ранний реабилитационный период). С левополушарной локализацией очага поражения наблюдалось 40 больных, с правополушарной локализацией очага - 52. Очаг поражения был подтвержден клиническим и нейровизуальным исследованием (КТ, МРТ). У 38 больных были выявлены остаточные проявления речевых нарушений в виде сенсорно-моторной афазии. Из общей выборки пациентов только у 32 отмечались легкие когнитивные нарушения, у 60 пациентов когнитивных нарушений выявлено не было. Двигательные нарушения наблюдались в основном в форме гемипарезов. Исследование проводилось на базе Филиала «Томского научно-исследовательского института курортологии и физиотерапии федерального государственного бюджетного учреждения «сибирский федеральный научно-клинический центр федерального медико-биологического агентства».

### **2.2 Описание методик исследования**

Высшие психические функции оценивались с помощью классических методов патопсихологического исследования, описанных в работах Лурия А.Р. (2000, 2002); Рубинштейн С.Я., (2010); Блейхер В.М. и др. (1996, 2002); Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. (2004);

#### **Исследование внимания.**

##### **Таблицы Шульте.**

Исследование концентрации внимания проводилось с помощью 5 таблиц Шульте (черные цифры от 1 до 25, расположенные в случайном порядке). Предъявлялась инструкция: «Отыскивать, называть и показывать

черные цифры в возрастающем порядке от 1 до 25». Фиксировалось время выполнения задания и ошибки (пропуски цифр, неверные названия). 4-ю и 5-ю таблицы большая часть больных до 80% выполнить затруднялись (уставали глаза, голова, рука) в результате истощаемости и проявлений церебростении на раннем периоде инсульта. Поэтому сравнивалось только выполнение и динамика первых трех таблиц Шульте. В исследовании анализировалось время выполнения трех первых таблиц Шульте.

### **Корректирующая проба.**

Исследование распределения внимания. Использовался цифровой вариант корректирующей пробы, модификация лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Аматуни В.Н., 1969; Тонконогий И.М., 1973).

Предлагалась инструкция: «Вы должны зачеркивать цифру 2 всегда, а цифру 3, только в том случае, если за ней следует цифра 7. Двигайтесь слева направо по строке».

Через каждую минуту отмечалось нахождение карандаша пациента, что позволяло подсчитать количество просмотренных знаков в минуту. Фиксировалось время выполнения задания, и ошибки (пропуски цифр, неверные зачеркивания). Отмечалось количество просмотренных знаков за каждую минуту и количество ошибок, фиксировалась динамика.

### **Исследование памяти**

#### **Запоминание 10 слов.**

Предлагалась инструкция: «Сейчас я буду называть слова. После того как я их назову, я попрошу Вас повторить все слова, что Вы запомнили, в любом порядке. Слушайте внимательно».

Больному предъявлялись на слух 10 слов (дом, стол, кот, мед, брат, лес, вода, окно, гриб, хлеб) в четырех предъявлениях. После каждого предъявления предлагалось воспроизвести все слова в любом порядке. Фиксировалось количество правильно воспроизведенных слов, ошибки (назывались слова, которых не было в стимульном материале).

*Метод выучивания* нами не применялся, вследствие высокой истощаемости больных. Применялся метод удержанных членов ряда [42, с.109].

Высчитывался коэффициент запоминания:  $K = m/n \times 100\%$ ; где  $m$  - количество всех правильно воспроизведенных слов в четырех предъявлениях,  $n$  - объем материала (общее количество стимулов в четырех предъявлениях равно 40), и умноженная на 100); [42, с.111].

### **Запоминание цифр.**

Запоминание цифр (методика Джекобса); [42, с.114]. Цифры зачитывались вслух, вначале длина ряда состояла из 4 цифр (3 предъявления), затем 5 цифр (3 предъявления), затем 6 цифр (3 предъявления), затем 7 цифр (3 предъявления) и 8 цифр.

Высчитывалась максимальная длина ряда правильно воспроизведенных цифр в трех предъявлениях. Вычислялся объем кратковременной памяти  $V = A + m/n$ ;

Где  $A$  - наибольшая длина ряда правильно воспроизведенных цифр,  $m$  - количество правильно воспроизведенных рядов  $> A$ ,  $n$  - число предъявлений каждого ряда.

### **Методы исследования мышления:**

#### **Пересказ.**

Зачитывался рассказ («Галка и голуби», «Муравей и охотник»), и затем предлагалось его пересказать.

Анализировалась точность пересказа, ошибки (привнесения персонажей, искажение сюжета)

3 балла – присуждались за максимально полный и правильный пересказ; 2 балла – пересказ был неполный, но больной восполняет содержание с уточняющими вопросами; 1 балл – за неполный пересказ, наводящие вопросы не помогают.

#### **Интерпретация пословиц.**

Изучается понимание переносного смысла. Предлагались 3 пословицы: «Куй железо, пока горячо», «Не в свои сани не садись», «Цыплят по осени



считают» (3 балла – правильное понимание переносного смысла во всех предъявлениях, 2 балла – переносный смысл анализируется, но не очень точно, переносный смысл понимается не во всех пробах; 1 балл – конкретное, буквальное понимание пословиц).

**Кубики Коса** - специальная методика для диагностирования наглядно-действенного интеллекта, иными словами — невербальный тест интеллекта, разработанный американским психологом С. Косом в 1923 году, до сих пор широко используется [38]. Оригинальный вариант тестирования Коса состоит из 16 равных по своему размеру кубиков красно-белого и желто-синего цвета. В каждом наборе для тестирования имеется также 17 карточек с узорами, упорядоченных по уровню сложности.

Испытуемому предлагается сложить кубики таким образом, чтобы рисунок на верхней поверхности кубиков в точности соответствовал узору на карточке. Изучается конструктивное мышление (субтесты методики Векслера).

Предъявлялись 2 субтеста из 4 кубиков, 1 из 9 кубиков.

Записывается время и корректность выполнения, в случае затруднений используется подсказка – прозрачная сетка, расчерченная на квадраты.

### **Методика MMSE**

Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE) – опросник, используемый для выявления возможных когнитивных нарушений, в частности, деменции. MMSE также используют для оценки изменений, произошедших при развитии болезни, либо под воздействием терапии. Шкала была разработана в 1975 году, однако в дальнейшие годы в неё были внесены коррективы.

1. Ориентировка во времени. Следует попросить больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. 4 балла - если приходится задавать дополнительные вопросы. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число

спрашивают "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в пространстве и месте. Задается вопрос: "Где мы находимся?". Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие. Дается инструкция: «Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка». Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако, оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания и счёт. Просят последовательно вычитать из 100 по 7 («серийный счет»). Достаточно пяти вычитаний (до результата "65"). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Другой вариант: просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память. Просят больного вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь. Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят больного повторить сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменных команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными

буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команды больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дают 1 балл [29].

Подробнее о методике изложено в Приложении А.

### **Методы оценки самообслуживания**

Оценка уровня самообслуживания проводилась медработником и фиксировалась в истории болезни. По шкале Бартела, шкале ФИМ, шкала Ренкина, описанные в работе Беловой А.Н. и др. (1998, 2002) [5, с.80-82].

### **Шкала Бартела**

Была предложена Дороти Бартел и начала использоваться с 1955 г. Изучалась и доказана высокая надежность теста, а также его чувствительность: динамика оценки в 4 и более баллов (в случаях, когда максимальным баллом является 20) может считаться существенной, тогда как изменение оценки менее чем на 4 балла возникает чаще в связи с ошибкой измерения.

Индекс активной повседневной жизни Бартела (Bartel ADL index) Белова А.Н. и др. (1998, 2002). Индекс Бартела (по F. Mahoney, D. Barthel, 1965; C. Grandger и со авт., 1979; D. Wade, 1992) охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности, приведены в приложении Б.

Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. Количество набранных баллов макс-100.

### **Шкала Ренкина**

Шкала Ренкина (Белова А.Н. и др. 2002; Мельникова Е.В и др. 2017) – оценка степени самообслуживания, ограничения жизнедеятельности. Была разработана в 1988 году для оценки функциональных исходов больных,

перенёсших инсульт. Позволяет оценить степень инвалидизации после инсульта и включает пять степеней инвалидизации после инсульта [1].

Оценку проводит лечащий врач, информацию может предоставлять медсестра, эрготерапевт, психолог, родственник больного.

Бланк шкалы Рэнкина приведен в Приложении В.

### **Шкала ФИМ**

Шкала ФИМ (шкала Мера функциональной независимости (Functional Independence Measure, или FIM)/Белова А.Н.и.др.2002) По С. Grandger и соавт., 1979; Cook L. и соавт., 1994 г.

Шкала состоит из 18 пунктов, отражающих состояние двигательных (пункты 1 - 13) и интеллектуальных (пункты 14 - 18) функций. Каждая функция оценивается от одного до семи баллов; чем выше суммарная оценка, тем полнее независимость больного в повседневной жизни, максимальная оценка 126 баллов.

Оценивает: специалист по ЛФК, медсестра или эрготерапевт, либо специалист выполняющий функциональные обязанности эрготерапевта.

Время на заполнения теста: заполняется в течение 2-4 дней последовательно.

Если пациент с афазией или иными проблемами с коммуникацией может быть проведена. Если у больного выраженный когнитивный дефицит оценка может быть проведена.

Если пациент находится без сознания оценка не проводится.

Специалисты, проводящие оценку, могут заполнить шкалу в процессе наблюдений поочередно или в процессе консилиума.

Шкала функциональной независимости FIM включает 18 пунктов, при этом пункты 1-13 отражают состояние двигательных функций, а пункты 14-18 - состояние интеллектуальных функций. Каждая из указанных функций оценивается по семибальной шкале. Таким образом, суммарная оценка по шкале FIM может составлять от 18 до 126 баллов: чем ниже суммарная оценка

FIM, тем в большей степени пациент зависим от окружающих в повседневной жизни.

Семибалльная градация оценки:

7 - полная независимость в выполнении соответствующей функции (все действия выполняются самостоятельно, в общепринятой манере и с разумными затратами времени)

6 - ограниченная независимость (больной выполняет все действия самостоятельно, но медленнее, чем обычно, либо нуждается в постороннем совете)

5 - минимальная зависимость (при выполнении действий требуется наблюдение персонала, либо помощь при надевании протеза/ортеза)

4 - незначительная зависимость (при выполнении действий нуждается в посторонней помощи, однако более 75 % задания выполняет самостоятельно)

3 - умеренная зависимость (самостоятельно выполняет 50-75 % необходимых для исполнения задания действий)

2 - значительная зависимость (самостоятельно выполняет 25-50 % действий)

1 - полная зависимость от окружающих (самостоятельно может выполнить менее 25 % необходимых действий)

### **Качество жизни**

Качество жизни оценивалось по опроснику, описанному в работе Логунова К.В. и др. (1999). Адаптированный вариант методики Kurihara M et. al. 1990) (максимальный балл - 5);

Каждый вопрос анкеты имеет 5 вариантов ответа: А - 5 баллов; Б - 4 балла; В - 3 балла, Г - 2 балла, Д - 1 балл. Вычисляются средние значения оценок как по всей анкете, так и по каждому критерию отдельно. Работоспособность измеряют вопросы: 2, 4, 10; социальную устроенность 6 и 7; общее состояние здоровья - 1, 3, 5, 8, 9.

Анкета оценки качества жизни приведена в Приложении Г.

### **Отношение к болезни и Отношение к лечению**

Эти показатели оцениваются 3-бальной шкалой, описанной в работе Демиденко Т.Д., Ермаковой Н.Г. (2004); Ермаковой Н.Г. (1990, 2008) (авторская шкала).

#### **Отношение к болезни.**

Субъективная оценка больным своего состояния в процессе клинического интервью сопоставлялась с объективной оценкой 2 врачей неврологов (лечащий врач и зав. отделением).

Позиции 1, 2 соответствуют переоценке тяжести состояния, невозможности восстановления функций, позиции 4,5 - недооценке заболевания.

Оценка: 3 балла - адекватная оценка, 2 балла (2 и 4 позиция) относительно адекватная); 1 балл (1 и 5 позиция) - неадекватная оценка заболевания. Чем больше балл по шкале отношения к болезни, тем больше принятие болезни и готовность к выполнению процедур.

#### **Отношение к лечению.**

Субъективная оценка больным возможностей восстановления и своего участия в лечении выяснялась в процессе клинического интервью, сопоставлялась с объективной оценкой 2 врачей неврологов (лечащий врач и зав. отделением).

Позиции 1, 2 соответствуют недоверию к лечению, позиции 4, 5 - недооценка собственных возможностей в восстановление нарушенных функций.

Оценка: 3 балла - адекватная оценка своей ответственности за восстановление нарушенных функций; 2 балла (2 и 4 позиция) относительно адекватная); 1 балл (1 и 5 позиция) - неадекватная оценка своего участия в восстановлении. Чем выше балл по шкале отношения к лечению, тем больше ответственности возлагает на себя больной за своё выздоровление.

Шкалы отношения к болезни и отношения к лечению приведены в Приложении Д.

## **Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)**

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) - предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать её к использованию в общей медицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов. Шкала разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. [5, 37]

Оценивает: психолог, психотерапевт (при отсутствии психолога)

После инструктирования пациент самостоятельно заполняет бланк шкалы.

Время на заполнение: 5-10 минут

Если пациент с афазией или иными проблемами с коммуникацией оценка не проводится, либо при полном понимании пациентом инструкций - тест зачитывается пациенту, пациент заранее оговоренными знаками выбирает нужный ответ.

Если у больного выраженный когнитивный дефицит - оценка не проводится.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии разработана для первичного выявления депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики.

Каждому утверждению шкалы HADS соответствуют 4 варианта ответа. Пациента просят выбрать тот из ответов, который соответствует его состоянию в течение последних 7 дней, затем баллы суммируются отдельно для каждой части.

Баллы для нечетных вопросов (1,3,5,7,9,11,13 - тревога) и четных (2,4,6,8,10,12,14 - депрессия) подсчитывают отдельно, получая две оценки для каждой субшкалы.

Интерпретация: 0-7 баллов «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8-10 баллов «субклинически

выраженная тревога/депрессия»; 11 баллов и выше «клинически выраженная тревога/депрессия».

Инструкция для пациента: Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию.

Бланк с вопросами и баллами Госпитальной Шкалы тревоги и депрессии (HADS) приведен в Приложении Е.

### **Личностная и реактивная тревожность**

Оценивалась по методике Спилбергера - Ханина, (Белова А.Н. и др. 2002, Райгородский Д.Я (ред) 2006.).

Оценивается личностная и реактивная тревожность. Личностная тревожность характеризуется склонностью воспринимать большой спектр ситуаций как угрожающих и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Чрезмерно повышенная реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, в некоторых случаях нарушение тонкой координации. Слишком высокая личностная тревожность связывается с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

Шкала имеет 40 вопросов. Реактивная тревожность оценивается 1 по 20 вопросы.

Предлагается инструкция оценить: Как Вы себя чувствуете в данный момент. Имеется 4 варианта ответа: 1 - нет это не так; 2 - пожалуй так; 3 - верно; 4 - совершенно верно.

Вопросы с 21 по 40 оценивают личностную тревожность. Предлагается инструкция оценить: Как Вы себя чувствуете обычно. Имеется 4 варианта ответа: 1 - почти никогда, 2 - иногда, 3 - часто, 4 - почти всегда. При интерпретации результатов 30 баллов - низкая тревожность, 31-45 - умеренная, 45 и более-высокая тревожность.



### 2.3 Сравнительный анализ показателей ВПФ и качества жизни больных с левополушарной и правополушарной локализацией очага поражения

Анализ литературы по проблеме реабилитации больных с последствиями инсульта позволил нам определить основные факторы, влияющие на успешность реабилитации данных пациентов и соответственно на их качество жизни. К таким факторам в первую очередь можно отнести нарушение высших психических функций - когнитивный фактор, а также уровень самообслуживания и ограничения жизнедеятельности, т.е. соматический фактор.

На первом этапе нашего исследования был проведен сравнительный анализ показателей высших психических функций больных с левополушарной и правополушарной локализацией очага поражения (Таблица 1).

Таблица 1 – Средние значения исследуемых показателей пациентов, перенесших ишемический инсульт, n=92.

Название признаков	Больные с	Больные с	Манна-Уитни	P
	очагом в правом полушарии, n = 52	очагом в левом полушарии, n=40		
	M ±S	M±S		
Качество жизни (мах-5 баллов)	3,11 ± 0, 35	3,04 ± 0,36	4066,0	0,228
Шкала Бартела	83,15 ± 5,65	84,78 ± 5,79	3724,5	0,031*
Шкала ФИМ	90,80 ± 4, 94	90,36 ± 5,00	4411,5	0,817
Кубики Коса-1 (сек)	71,92 ± 69, 58	46,65 ± 48,41	3329,5	0,002**
Кубики Коса -2, время (сек)	72,78 ± 68, 03	43,32 ± 37,88	3213,0	0,001**
Кубики Коса -3, время (мин)	6,51 ± 3, 73	5, 59 ± 3,48	3815,0	0,073
Таблицы Шульте-1, время (сек)	66,74 ± 31, 31	65, 22 ± 33,23	4113,5	0,44
Таблицы Шульте-2, время (сек)	72,51 ± 28, 67	70, 52 ± 32,53	4083,0	0,340
Таблицы Шульте -3, время (сек)	68,07 ± 26, 04	65,74 ± 22,60	4261,5	0,53
Корректирующая проба (ошибки)	14,22 ± 9, 00	12, 87 ± 7,39	4188,5	0,354
Корректирующая проба (время) мин	15,38 ± 3, 99	15,61 ± 3,61	4111,5	0,462
Запоминание слов	83,21 ± 5,76	84,37 ± 6,64	3750,0	0,041*
Запоминание цифр	6,31 ± 0,59	6,53 ± 0,69	3625,5	0,022*
MMSE	28,71 ± 1,13	29,23 ± 1,08	3721,0	0,034*
Реактивная тревожность	49,51 ± 5,19	51,91 ± 5,54	3646,0	0,024*
Личностная тревожность	48,11 ± 4, 42	49, 36 ± 4,11	3905,0	0,130
HADS тревога	8,22 ± 1,46	8,35 ± 1,76	4331,5	0,657
HADS депрессия	9,83 ± 1,74	10,46 ± 2,40	3972,0	0,174

Примечание: знаком \* отмечена достоверность различий  $p < 0,05$ ; знаком \*\* достоверность  $p < 0,01$ ; S - среднеквадратическое отклонение.

Как видно из таблицы, пациенты с очагом поражения в левом полушарии были значительно успешнее при выполнении проб кубиков Коса первого (46,65 сек против 71,92 с очагом в правом) и второго (43,32 против 72,78) субтестов. ( $p < 0,01$ ), по которым можно судить о конструктивном мышлении.

Больные с левополушарным очагом показали меньшее время манипуляций с кубиками Коса в третьей пробе из 9 кубиков (5,59 у «левополушарников» против 6,51 у «правополушарников»), хотя и не значимо. Мы полагаем, что пациенты с правосторонней локализацией очага поражения испытывают трудности в работе оптико-пространственных функций и поэтому на выполнение заданий у них уходит значительно больше времени. Следует отметить, что большинство из них задания выполняли с подсказкой.

При выполнении Методики исследования умственного состояния MMSE также более успешными были пациенты с очагом поражения в левом полушарии (29,2 – у пациентов с очагом поражения в левом полушарии и 28,7 – у «правополушарников») ( $p < 0,05$ ), что, как мы считаем обусловлено также наличием в пробе MMSE субтеста на конструктивное мышление.

Из результатов исследования следует, что пациенты обеих исследовательских групп не имеют значимых различий по пробам на внимание (таблицы Шульте, корректурная проба), но следует отметить, что у пациентов с локализацией очага поражения в левом полушарии показатели устойчивости внимания несколько выше, а также меньше ошибок в корректурной пробе, оценивающей распределение внимания, хотя и не значимое. Так же мало различались показатели обеих групп по времени выполнения корректурной пробы.

По показателям личностной тревожности в исследуемых подгруппах значимых различий выявлено не было, но показатель реактивной тревожности значимо выше у больных с очагом поражения в левом полушарии (51,91), чем у больных с очагом в правом полушарии (49,51) ( $p < 0,05$ ), а также у них значимо выше показатели самообслуживания по шкале Бартела ( $p < 0,05$ ), хотя значимых

различий по ограничению жизнедеятельности (шкала Ренкина) не выявлено.

Мы полагаем, что более высокий показатель реактивной тревожности в данной группе пациентов обусловлен тем, что при левостороннем очаге поражения страдает правая сторона тела, соответственно правши испытывают достаточно серьезные трудности на бытовом уровне даже в привычных видах деятельности. При правостороннем гемипарезе пациенты вынуждены обучаться пользоваться левой (здоровой) рукой, т.е. происходит «перестройка психической регуляции двигательной функции, переложение навыка с одной руки на другую, с включением речи, мышления, памяти, внимания» [20, с.27].

Как отмечал в своих работах Лурия А.Р. [34], формирование и перестройка функции происходит с неизменным участием всех высших психических функций, включая речь и мышление. «Формирование нового навыка реализуется при мобилизации всех высших психических функций. Это способствует большей включаемости коры больших полушарий здоровой части мозга, всех сохранных функций, в том числе и лобных, в процесс формирования нового сложного навыка. Можно предположить, что вынужденная мобилизация психических функций у больных с левополушарной локализацией очага поражения способствует развитию большей ответственности за исход восстановления нарушенных функций» [20, с.28]. Соответственно у больных с левополушарной локализацией очага, происходит переоценка тяжести своего состояния, что тоже может приводить к повышению реактивной тревожности. Также, вероятно это может сопровождаться принятием на себя большей ответственности за успешность лечения и исход заболевания.

Важно отметить, что по показателю оценки качества жизни, больные обеих групп не различались.

Далее, в таблице 2 представлены показатели отношения к болезни, отношения к лечению и показатель шкалы Ренкина, оценивающий степень самообслуживания и ограничения жизнедеятельности пациентов. Как видно из таблицы, показатель отношения к болезни (готовность к выполнению

процедур) значимо выше у больных с левополушарной локализацией очага поражения ( $p < 0,0001$ ). По остальным исследуемым показателям существенных различий выявлено не было.

Таблица 2 – Сравнительный анализ средних значений показателей больных с правополушарной и левополушарной локализацией очага поражения по исследуемым показателям (неметрические шкалы).

Название признаков	Больные с очагом в правом полушарии n = 52 Средний ранг	Больные с очагом в левом полушарии n = 40 Средний ранг	Манна-Уитни U	Значимость P
Шкала Ренкина	102,24	94,02	4109,0	0,271
Отношение к болезни	77,59	107,85	3119,5	0,0001*
Отношение к лечению	91,83	99,55	4070,0	0,188

Примечание: знаком \* отмечена достоверность различий  $p < 0,05$ .

Таким образом, мы видим, что при поражении левого полушария, не смотря на то, что, как правило, у правшей страдает правая часть тела, у больных отмечаются менее выраженные нарушения показателей психических процессов и в то же время лучшее клиническое и психологическое восстановление, не смотря на более высокие показатели ситуативной тревожности.

В случае поражения правого полушария, более выражены нарушения психических процессов, но при этом менее выраженная ситуативная тревожность. Вероятно, поэтому при недостаточно полном осознании развившегося дефекта, у больных с локализацией очага в правом полушарии формируется пассивное отношение к своему заболеванию. В то же время у них сохраняется беглость речи, и они могут казаться социально полноценными (за счет того, что речевой центр, как правило, локализован в левом полушарии и не пострадал).

## 2.4 Сравнительный анализ показателей ВПФ и качества жизни мужчин и женщин с левополушарной локализацией очага поражения

В контексте нашего исследования, чтобы более детально изучить различия, мы провели сравнительный анализ исследуемых показателей мужчин и женщин с левополушарным и правополушарным очагом поражения мозга. Результаты исследования показали, что мужчины и женщины имеют значимые различия по показателям ВПФ с очагом поражения как в левом, так и в правом полушарии мозга. В таблице 3 представлены показатели высших психических функций мужчин (20) и женщин (20) с левополушарной локализацией очага поражения.

Таблица 3 – Сравнительный анализ показателей высших психических функций мужчин и женщин с левополушарной локализацией очага поражения по критерию Манна-Уитни.

Показатели больных с левополушарной локализацией очага поражения	Мужчины	Женщины	Манна-Уитни	Знач.
	n=20	n=20	U	P
	M ±m	M±m		
Качество жизни	3,07±0,041	3,02±0,112	687,0	0,533
Шкала Бартела	84,01± 0,586	82,89±1,58	681,0	0,483
Шкала ФИМ	91,46±0,511	90,72±1,29	684,5	0,513
Кубики Коса-1, время (сек)	39,41±3,50	88,87±21,49	442,5	0,007**
Кубики Коса-2, время (сек)	41,32±3,42	72,11±12,75	436,0	0,006**
Кубики Коса -3, время (мин)	5,31 ±0,33	6,84±0,95	549,0	0,077
Таблицы Шульте-1, время (сек)	66,23±3,30	66,89±6,85	720,5	0,740
Таблицы Шульте-2, время (сек)	69,09±3,49	72,55±6,73	656,0	0,394
Таблицы Шульте-3, время (сек)	64,75±2,45	67,14±4,56	672,0	0,462
Корректирующая проба (ошибки)	11,46±0,79	14,47±1,70	510,4	0,036*
Корректирующая проба (время) мин	14,62±0,38	14,87±0,55	682,0	0,511
Запоминание слов	85,91±0,62	81,07±2,5	627,9	0,253
Запоминание цифр	6,55 ±0,07	6,12±0,24	679,0	0,484
MMSE	28,13±0,08	27,45±0,31	537,0	0,047*
Реактивная тревожность	51,60±0,574	53,19±1,24	629,5	0,272
Личностная тревожность	49,15±0,54	50,44±1,09	661,5	0,405
HADS тревога	8,29±0,193	8,65±0,483	671,0	0,459
HADS депрессия	10,25±0,255	11,12±0,652	612,0	0,211

Примечание: знаком \* отмечена достоверность различий  $p < 0,05$ ; знаком\*\* достоверность  $p < 0,01$ ; m-стандартная ошибка среднего значения.

Из приведенной выше таблицы видно, что женщины практически по

всем исследуемым показателям оказываются менее успешными, чем мужчины. Так, время выполнения кубиков Коса у женщин значимо ( $p < 0,01$ ) больше, чем у мужчин в первой (88,87 сек у женщин против 39,41 у мужчин) и второй (72,11 у женщин против 41,32 у мужчин) пробах.

В третьей пробе разность показателей уменьшилась, что свидетельствует в пользу обучаемости женщин (6,84 у женщин и 5,31 у мужчин), хотя показатели времени в третьей пробе также хуже, чем у мужчин.

Исследование внимания мужчин и женщин с помощью таблиц Шульте показало, что по первой пробе они значимо не различались, но уже во 2 и 3 пробе женщины демонстрировали более низкие результаты, что говорит о большей неустойчивости, колебании внимания, а соответственно о большей утомляемости и лабильности женщин. Показатели психического статуса по методике MMSE у женщин тоже оказались значимо ниже.

Так же у женщин значимо больше ошибок в корректурной пробе, хотя время выполнения пробы достоверно не различалось.

Женщины, хотя и не значимо, но менее успешны в запоминании цифр и слов. Но, при этом, в эмоциональном состоянии мужчин и женщин с левополушарной локализацией поражения значимых различий выявлено не было.

Интересно отметить, что у мужчин значимо выше, чем у женщин, показатель отношения к болезни, т.е. принятие болезни («я болен и лечусь») - 58,15 у мужчин против 43,39 у женщин, при  $p = 0,049$  (Таблица 4)

Таблица 4 – Сравнительный анализ показателей мужчин и женщин с левополушарной локализацией очага поражения (неметрические шкалы) с применением критерия Манна-Уитни

Показатели неметрических шкал больных с левополушарной локализацией очага	Мужчины n=20 Средний ранг	Женщины n=20 Средний ранг	Манна-Уитни U	Значимость P
Шкала Ренкина	52,84	67,81	554,0	0,055
Отношение к болезни	58,15	43,39	557,5	0,049*
Отношение к лечению	56,65	48,83	654,0	0,257

Примечание: знаком \* отмечена достоверность различий  $p < 0,05$ ;

Опираясь на наблюдения и беседы с больными, мы полагаем, что процесс формирования отношения к болезни у женщин более эмоциональный и длительный, потому что, как правило, после инсульта в ряде случаев наблюдаются физические дефекты, с которыми женщине смириться достаточно сложно.

## 2.5 Сравнительный анализ показателей ВПФ и качества жизни мужчин и женщин с правополушарной локализацией очага поражения

У больных с правополушарным очагом поражения мозга также отмечаются различия в показателях мужчин и женщин (таблица 5).

Таблица 5 – Сравнительный анализ показателей высших психических функций мужчин и женщин с правополушарной локализацией очага поражения по критерию Манна-Уитни

Показатели больных с правополушарной локализацией очага поражения	Мужчины	Женщины	Манна-Уитни U	P
	n=30	n=22		
	M ±m	M±m		
Качество жизни	3, 057 ± 0, 06	3,21±0, 07	567,0	0,129
Шкала Бартела	82,09 ± 0,76	85,42 ± 1,08	473,0	0,008**
Шкала ФИМ	90,68 ± 0,809	94,23 ± 1,01	503,0	0,014*
Кубики Коса-1,(сек)	72,18 ± 10,27	68,32 ± 10,66	683,5	0,738
Кубики Коса-2, (сек)	72,25 ± 9,77	69,07 ± 11,84	713,0	0,974
Кубики Коса-3, (мин)	5,84 ± 0,484	7,82 ± 0,73	501,0	0,031*
Таблицы Шульте -1,(сек)	69,69 ± 3,37	63,53 ± 6,21	536,5	0,066
Таблицы Шульте-2 (сек)	72,04 ± 3,16	70,38 ± 7,42	603,0	0,254
Таблицы Шульте -3 (сек)	70,45 ± 3,26	63,05 ± 5,26	547,0	0,088
Корректирующая проба (ошибки)	12,63 ± 1,16	14,39 ± 1,90	642,5	0,450
Запоминание слов	84,66 ± 0,81	83,40 ± 1,01	571,5	0,140
Запоминание цифр	6,38 ± 0, 09	6,27 ± 0,107	630,0	0,385
MMSE	28,73 ± 0,17	28,55 ± 0,217	628,5	0,363
Реактивная тревожность	50,01 ± 0,85	49,11 ± 0,216	669,5	0,651
Личностная тревожность	48,28 ± 0,727	47,83 ± 1,16	657,0	0,761
HADS тревога	8,22 ± 0,19	7,92 ± 0,288	633,5	0,397
HADS депрессия	10,07 ± 0,233	9,27 ± 0,321	530,5	0,056

Примечание: m-стандартная ошибка среднего значения.

Как видно из таблицы, у женщин с правополушарной локализацией очага значимо хуже выполнение кубиков Коса в третьей более сложной пробе (5,84 у мужчин и 7,82 у женщин) ( $p < 0,05$ ), хотя в первой и второй пробах показатели лучше.

Женщины делали больше ошибок в корректирующей пробе (14,4 у женщин и 12,6 у мужчин), хотя и не значимо.

Показатели концентрации внимания, запоминания слов, запоминания цифр, умственное состояние (MMSE) у мужчин и женщин, значимо не отличались, так же как и показатели реактивной и личностной тревожности.



Интересно отметить, что если в случае левополушарного очага поражения мозга у мужчин и женщин не было значимых различий по уровню самообслуживания, то в случае правополушарной локализации очага поражения у женщин по сравнению с мужчинами достоверно выше уровень самообслуживания как по шкале Бартела, так и по шкале ФИМ ( $p < 0,05$ ).

Мы связываем это с тем, что при локализации очага в правом полушарии у женщин, как правило, сохранна ведущая правая рука, что способствует восстановлению функций самообслуживания быстрее, так как женщинам в большей степени присуща бытовая занятость, что дает большую возможность для реализации бытовой деятельности.

Различий по ограничению жизнедеятельности (шкала Ренкина) не выявлено, как и при левостороннем очаге поражения (таблица 6). В то же время следует отметить, что по среднему рангу у мужчин ограничения жизнедеятельности более выражены, чем у женщин.

Таблица 6 – Сравнительный анализ показателей мужчин и женщин с правополушарной локализацией очага поражения (неметрические шкалы) с применением критерия Манна-Уитни

Показатели неметрических шкал больных с правополушарной локализацией очага	Мужчины n=30 Средний ранг	Женщины n=22 Средний ранг	Манна-Уитни U	Значимость P
Шкала Ренкина	44,29	34,07	534,5	0,051
Отношение к болезни	40,32	42,41	678,5	0,615
Отношение к лечению	41,55	39,77	683,5	0,658

Так же не выявлено значимых различий и по шкалам отношения к лечению и отношения к болезни.

## 2.6 Взаимосвязь показателей ВПФ и качества жизни в зависимости от локализации очага поражения

Исходя из задач нашего исследования для выявления взаимосвязей между показателями высших психических функций и качеством жизни пациентов перенесших ишемический инсульт в зависимости от локализации очага поражения, был использован корреляционный анализ с применением коэффициента Спирмена.

Так, в выборке пациентов с левополушарной локализацией очага поражения было выявлено 20 значимых корреляций между показателем качества жизни и другими исследуемыми показателями (таблица 7).

Таблица 7 – Корреляционные связи показателя «качество жизни» в выборке пациентов с левополушарной локализацией очага поражения

Корреляционные связи показателя <b>качество жизни</b> больных с левополушарной локализацией очага (коэффициент корреляции Спирмена)					
Показатели	Коэф. Спирмена	Значимость	Показатели	Коэф. Спирмена	Значимость
Шкала Ренкина	-0,526	0,000	Запоминание слов	+0,605	0,000
Отношение к болезни	+0,309	0,001	Запоминание цифр	+0,471	0,000
Отношение к лечению	+0,298	0,001	Пересказ	+0,425	0,000
Шкала Бартела	+0,516	0,000	Интерпр. пословиц	+0,436	0,000
Шкала ФИМ	+0,531	0,000	MMSE	+0,642	0,000
КубикиКоса-1(сек)	-0,211	0,028	Реактивная тревожность	-0,487	0,000
КубикиКоса-3(мин)	-0,271	0,005	Личностная тревожность	-0,390	0,000
Таблицы Шульте-1	-0,463	0,000	HADSтревога	-0,421	0,000
Таблицы Шульте-2	-0,371	0,000	HADS депрессия	-0,367	0,000
Таблицы Шульте-3	-0,399	0,000			
Корректурная проба ошибки	-0,374	0,000			

Как видно из таблицы, наиболее выраженные корреляционные связи ( $r > 0,40$ ) с показателями самообслуживания по шкале Бартела (0,516); по шкале ФИМ (0,531); с показателями высших психических функций: MMSE (0,64), запоминание слов (0,605), запоминание цифр (0,47); пересказ (0,425), интерпретация пословиц (0,436); таблицы Шульте-1 (-0,46); с реактивной тревожностью Спилбергера (-0,486); HADS-тревогой (-0,42).

Анализируя данные вышеприведенной таблицы, мы можем утверждать, что

- чем менее выражено ограничение самообслуживания по шкале Ренкина (-0,526),

- чем лучше показатели когнитивных шкал выполнение пробы MMSE (+0,64);

- чем лучше показатели памяти (запоминание слов ( $\sim 0,61$ ), запоминание цифр (+0,47);

- чем лучше показатели внимания (т.е. меньше время выполнения таблицы Шульте-1

- и чем лучше показатели вербально-логического мышления (пересказ (+0,43), интерпретация пословиц ( $\sim 0,44$ )

тем выше показатель качества жизни пациентов.

Таким образом, мы видим, что показатель качества жизни у больных с левополушарной локализацией очага поражения связан с показателями высших психических функций, таких как память, внимание, вербально-логическое мышление (пересказ, понимание переносного смысла), а также с уровнем самообслуживания пациентов.

Соответственно, чем выше качество жизни пациентов, тем меньше их степень ограничения (влияет на качество жизни) т.е. уровень самообслуживания, тем в меньшей степени выражена реактивная тревожность.

В выборке пациентов с правосторонней локализацией очага поражения была выявлена несколько другая картина взаимосвязей (таблица 8).

Таблица 8 – Корреляционные связи показателя «качество жизни» в выборке пациентов с правополушарной локализацией очага поражения.

Корреляционные связи показатели <b>качество жизни</b> у больных с правополушарной локализацией очага поражения. Коэффициент корреляции Спирмена.					
Показатели	Коэф. Спирмена	Значимость	Показатели	Коэф. Спирмена	Значимость
Шкала Ренкина	+0,391	0,000	Запоминание цифр	+0,225	0,044
Шкала Бартела	+0,564	0,000	MMSE	+0,232	0,037
Шкала ФИМ	+0,622	0,000	Реактивная тревожность	-0,231	0,036
Кубики Коса-2	-0,227	0,000	HADS тревога	-0,254	0,022
Запоминание слов	+0,248	0,023	HADS депрессия	-0,313	0,004

Показатель качества жизни у больных с правополушарным очагом поражения значимо коррелирует с 10 исследуемыми показателями и более выраженные связи ( $r > 0,40$ ) выявлены с показателями самообслуживания по шкале Бартела (0,564) и по шкале ФИМ (0,622). Интересно отметить тот факт, что в этой выборке пациентов не было выявлено значимых взаимосвязей с показателями высших психических функций.

Таким образом, получается, что качество жизни пациентов с правополушарной локализацией в большей степени связано с уровнем их самообслуживания, которое непосредственно связано с сохранностью функции их правой ведущей руки. Поэтому самообслуживание у больных с правополушарной локализацией очага поражения (левосторонний гемипарез) происходит увереннее при сохранности здоровой правой руки.

Проведенное нами психологическое исследование позволяет сделать заключение о том, что у пациентов, перенесших инсульт, от локализации очага поражения зависит не только выраженность нарушений определенных высших психических функций, но и уровень их самообслуживания, а соответственно

качество жизни. Пациенты с левополушарной локализацией, не смотря на то, что в большинстве случаев у них страдает речевая функция (т.к. центр речи у правшей, как правило, локализован в левом полушарии) оказываются более успешными при исследовании их когнитивных и психических процессов. Качество их жизни в большей степени взаимосвязано именно с сохранностью высших психических функций, а не с уровнем их самообслуживания. Но они и более тревожны т.к. страдают 2 основные ведущие функции: речь и взаимодействие правой рукой. Но следует отметить, что восстановление таких пациентов в процессе реабилитационных мероприятий идет значительно успешнее, чем при правосторонней локализации очага поражения.

Мы полагаем, это связано с тем, что у больных с левополушарной локализацией очага поражения в процессе переучивания действовать левой рукой происходит компенсаторная перестройка психической регуляции двигательной функции и происходит переложение навыка с одной руки (правой) на другую (левую). При этом, как свидетельствуют положения учения о системной динамической локализации высших психических функций [53]. происходит мобилизация всех высших психических функций (речи, памяти, внимания, мышления), поэтому они и демонстрируют более высокие показатели психических и когнитивных процессов. Перестройка навыка, с точки зрения системной динамической локализации высших психических функций, подразумевает также включение лобных долей в процесс компенсации нарушенных функций (эмоции, процессы мышления). Таким образом, этим пациентам чтобы приспособиться к новым жизненным условиям приходится быть более активными и включенными, что ускоряет их принятие и осознание болезни. Соответственно можно предполагать, что они окажутся более мотивированными к лечению.

При правосторонней локализации очага поражения, речь, как правило, не нарушается и в меньшей степени страдают психические и когнитивные процессы. Так же как правило, не страдает и функция правой руки. Поэтому вполне закономерно, что качество жизни у этой группы пациентов

взаимосвязано с уровнем их самообслуживания и ограничения жизнедеятельности. Но, видимо в силу того, что больным с правополушарной локализацией очага поражения не приходится переучиваться действовать другой рукой, чтобы приспособиться к бытовым условиям и они не страдают от отсутствия коммуникативной способности (речи), у них отмечаются затруднения в формировании новых навыков, затруднения в принятии болезни и достаточно пассивная позиция по отношению к лечению. Это является достаточно серьезным препятствием для успешного проведения восстановительных мероприятий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное нами психологическое исследование позволило сделать следующие **ВЫВОДЫ**:

1. Пациенты с очагом поражения в левом полушарии значительно успешнее при выполнении проб кубиков Коса, по которым можно судить о конструктивном мышлении, а также при выполнении методики исследования умственного состояния MMSE.

2. Пациенты обеих исследовательских групп не имеют значимых различий по пробам на внимание (таблицы Шульте, корректурная проба), но у пациентов с локализацией очага поражения в левом полушарии показатели устойчивости внимания несколько выше, а также меньше ошибок в корректурной пробе, оценивающей распределение внимания, хотя и не значимое.

3. У пациентов с левосторонней локализацией очага поражения показатели самообслуживания по шкале Бартела значительно выше, но по показателям качества жизни данные подгруппы не имеют значимых различий.

4. Пациенты обеих функциональных групп не различаются по показателям Личностной тревожности, но показатель Реактивной тревожности значительно выше у больных с очагом поражения в левом полушарии.

5. Женщины с левосторонним очагом поражения менее успешны, чем мужчины практически по всем исследуемым показателям внимания, мышления. Они быстрее утомляются, оказываются более лабильными, более тревожными. Менее успешны в запоминании слов и цифр. У них значительно ниже показатель отношения к болезни (принятие болезни - «я болен и лечусь»).

6. В случае правополушарной локализации очага поражения у женщин по сравнению с мужчинами также ниже показатели, оценивающие состояние ВПФ, но у них достоверно выше уровень самообслуживания как по шкале Бартела, так и по шкале ФИМ.

7. Как при левосторонней, так и при правосторонней локализации очага поражения по оценке качества жизни мужчины и женщины не имеют значимых различий.

8. Показатель качества жизни у больных с левополушарной локализацией очага поражения взаимосвязан с показателями высших психических функций, таких как память, внимание, вербально-логическое мышление (пересказ, понимание переносного смысла), а также с уровнем самообслуживания пациентов.

9. Показатель качества жизни у больных с правополушарным очагом поражения не имеет значимых взаимосвязей с показателями высших психических функций. Качество жизни пациентов с правополушарной локализацией в большей степени связано с уровнем их самообслуживания, которое непосредственно связано с сохранностью функции их правой ведущей руки.

Так, основываясь на полученных в ходе исследования результатах, представленных во второй главе, можно утверждать, что выдвинутая нами гипотеза о различном влиянии левополушарной и правополушарной локализации очага поражения на степень выраженности нарушений ВПФ и качества жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт, находит подтверждение. Также подтвердилось предположение и о специфичности взаимосвязей нарушений ВПФ с качеством жизни в зависимости от локализации очага поражения.

Таким образом, проведенное нами психологическое исследование может способствовать выявлению мишеней психологической коррекции, в зависимости от локализации очага поражения. Что позволит разрабатывать пациент-центрированные программы комплексной психологической помощи на каждом этапе психологической реабилитации, направленные на повышение активной включаемости больных в процесс восстановительного лечения и психологической адаптации.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Актуальные проблемы кардиологии и неврологии. Шкала Рэнкина [Электронный ресурс] – URL: <http://www.cardioneurology.ru/renkin/> (дата обращения: 14.11.2019)
2. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. М., 2004. – С. 75
3. Амирахова Л.Ш. Качество жизни и когнитивный статус больных в период восстановления после инсульта // Пермский медицинский журнал – 2013. – Т.30, №3 – С. 2
4. Асимов М.А., Курбанова А.О. Уровень тревоги и депрессии у детей с бронхиальной астмой в г.Алматы // Вестник Казахского Национального медицинского университета - 2014. - С. 2
5. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Госпитальная шкала тревоги и депрессии. – М., 2002 – С. 80-82
6. Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебрально-базилярной системе // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2013. – С. 4-7
7. Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. Оценка психоэмоционального статуса и качества жизни больных в остром периоде ишемического инсульта // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология – 2013. С. 114
8. Бельская, Г.Н. Восстановление нарушенных функций у больных ишемическим инсультом, прошедших санаторное долечивание / Г.Н. Бельская, С.Б. Степанова // Неврологический журнал - 2009. №3. - С.33-36;
9. Бердникович Е.С., Шапаронова Н.В., Кадыков А.С. «Особенности восстановления амнестической афазии в сочетании с буквенной агнозией и алексией» // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2012. – Т.6, № 4. – С. 23

10. Бережкова Л.В. Инсульт. Профилактика, лечение, реабилитация. – СПб.: Издательский Дом «Нева», 2003 – С. 62
11. Боголепова А.Н. Применение нимотопа в лечении субарахноидальных кровоизлияний //Трудный пациент. – 2009. - № 10. – С. 12
12. Буклина С.Б. Нарушение воспроизведения знаний у больных с артериовенозными мальформациями глубинных структур // Неврол. и психатрия. – 2002. – № 9. – С. 32–36;
13. В цифрах и фактах: инсульт «молодеет» [Электронный ресурс] – URL: <https://aif.ru/health/life/42866> (дата обращения: 14.11.2019)
14. Верещагин Н.В., Пирадов М.А., Суслина З.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Краткое руководство для врачей. – М: Интермедика, 2002. – С. 102
15. Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. – С. 9-12
16. Воропаева С.В. Основы общей психопатологии. Учебное пособие, М: «Прометей», 2012 – С. 57
17. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 т., том 6 М: Directmedia, 2013 – С. 59
18. Гусев Е.И., Бурд Г.С. Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. М.: Медицина, 1999 – С. 67
19. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Коновалов А.Н. Неврология и нейрохирургия. — М: Медицина. – 2000. – С. 73
20. Ермакова Н.Г. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушариях головного мозга в процессе реабилитации // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина – 2008 – С. 27
21. Ермакова, Н.Г. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации / Н.Г. Ермакова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена Психология. – 2008. – № 68. – С. 33

22. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Особенности ведения пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями // Клинический опыт. – 2011. – С. 1
23. Инсульт. [Электронный ресурс]: [www.passion.ru/health/enciklopedia-zdorovogo-obraza-zhizni-i/insult-35755.htm](http://www.passion.ru/health/enciklopedia-zdorovogo-obraza-zhizni-i/insult-35755.htm) (дата обращения: 14.11.2019)
24. Инсульты. Смертельный удар. [Электронный ресурс] – URL: [crbvyazma.ru/polezinf/223-insulty.html](http://crbvyazma.ru/polezinf/223-insulty.html) (дата обращения: 14.11.2019)
25. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: МЕДпресс-информ, 2003 – С. 121
26. Кайлер, П. «Культурно-историческая теория» и «культурно-историческая школа»: От мифа (обратно) к реальности // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна» – 2012. – С. 36
27. Карлов В.А. Неврология. – М.: Медицинское информационное агенство, 1999. – С. 620
28. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология // Изд-во Московского университета. – 1988. — С. 42
29. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) [Электронный ресурс] – URL: <https://memini.ru/tests/23789> (дата обращения: 14.11.2019)
30. Кудашкина Е.Ю., Сухих Е.А. Зрительная агнозия. Нейрофизиологические основы. Виды и методы выявления // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области №4 (19) – 2017. – Т.3, № 4 – С. 2-4
31. Кулешов К.А., Разгулов А.Г., и др. Качество жизни больных, перенесший ишемический инсульт // Рус мед журнал – 2007. – С. 3
32. Лукьянчикова Л.В. Современный взгляд на проблему качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология – 2016. – С. 64-67
33. Лурия А.Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. – М.: Наука, 1986. – С. 350

34. Лурия А.Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. М.: Академпроект, 2000. – С. 512
35. Маркин С.П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С.П.Маркин // Consilium Medicum: Неврология. - 2010. – №1. - С. 14
36. Масютина С.М. Качество жизни и психологический статус больных, перенесших инсульт в молодом возрасте: автореф. дис. канд. наук / С.М.Масютина. - Саратов, 2007. - С. 2-3
37. Методические рекомендации Союза реабилитологов. Практическое применение оценочных шкал в медицинской реабилитации» пилотный проект. / Под ред. Иванова Г.Е. [Электронный ресурс] – URL: <https://docplayer.ru/56584458-Metodicheskie-rekomendacii-dlya-pilotnogo-proekta.html> (дата обращения: 17.11.2019)
38. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. СПб.: Олма-пресс – 2004. – С. 225
39. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». – 2007. – С. 314
40. Пантелеенко, Л.В. Качество жизни на протяжении года после ишемического инсульта / Л.В. Пантелеенко // Украинский неврологический журнал. – 2010.– № 3 (16). – С. 73–79.
41. Полонская Н.Н. Как и что я вижу (диалог с больной, страдающей тотальной агнозией) // Вестн. Моск.ун-та. Серия: Психология. – 2012. – С. 2-3
42. Практикум по психологии / Под ред. А.Н. Леонтьева, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та. – 1972. – 248 с.
43. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – С. 39
44. Рябова В.С. Отдаленные последствия инсульта по данным регистра // Журнал неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1986. – С.532-536.

45. Савина М.А. Постинсультные депрессии: дис. канд. мед. наук / М.А.Савина. – Москва, 2006 – С. 11
46. Самосюк И.З., Фломин Ю.В., Самосюк Н.И. Восстановление двигательных функций после инсульта: нейрофизиологические основы и мишени для реабилитационных вмешательств // Международный неврол.журн. – 2012; №8(54) – С. 9-18
47. Сидорова С.А. Нарушения памяти у больных ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2006. – С. 3
48. Скворцова В.И. Основы ранней реабилитации больных с ОНМК. М: Литтерра, 2006; С. 15-18, 87.
49. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В., Пряникова Н.А. Первичная профилактика инсульта. М: Медицина 2006; С. 10-14
50. Смычек В.Б., Пономарёва Е.Н. Диагностика черепно-мозговых травм // Медицинские новости – 2013. – С.3-5
51. Солонец И.Л., Ефремов В.В. Качество жизни как предиктор эффективности реабилитационных мероприятий постинсультных больных // Фундаментальные исследования – 2013. – С. 77-78
52. Стулин, И.Д. Инсульт с точки зрения доказательной медицины / И.Д. Стулин, Р.С.Мусин, Ю.Б. Белоусов // Качественная клиническая практика. - 2009. - №6. - С.30-33
53. Хомская Е.Д. Роль Выготского Л.С. в творчестве А.Р.Лурия // Вопросы психологии [Электронный ресурс] – URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1996/965/965072.htm> (дата обращения 19.12.2019)
54. Чарикова И.А., Ахтямов Н.Н., Волкова Л.И. Эмоциональные нарушения у больных в остром периоде ишемического инсульта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2013. – С. 2-4
55. Elbert T., Rockstroh B., Bulach D., Meinzer M., Taub E. New developments in stroke rehabilitation based on behavioural and neuroscientific principles: constraint-induced therapy. Nervenarzt 2003; 47 (4): 334–342.

56. Kelly-Hayes, M. Influence of age and health behaviors on stroke risk: lessons from longitudinal studies / M. Kelly-Hayes // J. Am. Geriatr. Soc. – 2010. – Oct; 58 Suppl. 2. – S. 325–328.
57. Naeser M.A., Saltmarche A., Kregel M.H., Hamblin M.R., Knight J.A. Improved cognitive function after transcranial, light-emitting diode treatments in chronic, traumatic brain injury: two case reports. *Photomed Laser Surg* 2011; 29: 5: 351.;
58. Pérennou, D. Visual verticality perception after stroke: A systematic review of methodological approaches and suggestions for standardization / D. Pérennou, C. Piscicelli // *Ann Phys Rehabil Med.* – 2016. – Sep; 59S:e68.
59. Roche, N. Auto-rehabilitation at home for stroke patients / N. Roche // *Ann Phys Rehabil Med.* – 2016. – Sep; 59S. – e38.
60. Sturm J.W., Donnan G.A., Dewey H.M., Macdonell R.A., Gilligan A.K., Srikanth V., Thrift A.G. Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 2004; 35: 2340—2345.
61. Vahlberg B., Cederholm T., Lindmark B. et al. Factors Related to Performance-Based Mobility and Self-reported Physical Activity in Individuals 1-3 Years after Stroke: A Cross-sectional Cohort Study // *Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013 May 2; S1052-3057(13)00149-3
62. Vranken J.H., Hollmann M.W., van der Vegt M.H., Kruis M.R., Heesen M., Vos K., Pijl A.J., Dijkgraaf M.G. Duloxetine in patients with central neuropathic pain caused by spinal cord injury or stroke: a randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. *Pain* 2011; 152: 2: 267-273.
63. World Health Organization. The top 10 causes of death, 2019 [Электронный ресурс] – URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (дата обращения: 14.11.2019)

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Методика MMSE

NMMSE	Оценка
1. Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5
2. Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3. Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3
4. Концентрация внимания и счет: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5. Память Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 - 3
6. Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: "как это называется?" Просим повторить предложение: "Никаких если, и или но"	0 - 3
Выполнение 3-этапной команды: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3
Чтение: "Прочтите и выполните"	
1. Закройте глаза	0 - 2
2. Напишите предложение	
3. Срисуйте рисунок (*см. ниже)	0 - 1
Общий балл:	0-30

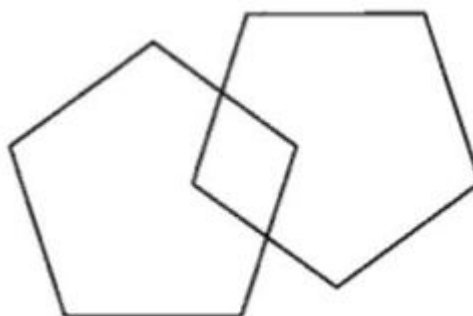


Рисунок А.1 – Рисунок для копирования

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Индекс активной повседневной жизни Бартела

№	Виды повседневной активности
1	<b>Контролирование дефекации</b> 0 — недержание (или нуждается в применении клизмы, которую ставит ухаживающее лицо) 5 — случайные инциденты (не чаще одного раза в неделю) либо требуется помощь при использовании клизмы, свеч 10 — полное контролирование дефекации, при необходимости может использовать клизму или свечи, не нуждается в помощи
2	<b>Контролирование мочеиспускания</b> 0 — недержание, или используется катетер, управлять которым самостоятельно больной не может 5 — случайные инциденты (максимум один раз за 24 часа) 10 — полное контролирование мочеиспускания (в том числе те случаи катетеризации мочевого пузыря, когда больной самостоятельно управляется с катетером)
3	<b>Персональная гигиена</b> (чистка зубов, манипуляция с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица) 0 — нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены 5 — независим при умывании лица, причесывании, чистке зубов, бритье (орудия для этого обеспечиваются)
4	<b>Посещение туалета</b> (перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета) 0 — полностью зависим от помощи окружающих 5 — нуждается в некоторой помощи, однако часть действий, в том числе гигиенические процедуры, может выполнять самостоятельно 10 — не нуждается в помощи (при перемещениях, снятии и одевании одежды, выполнении гигиенических процедур)
5	<b>Прием пищи</b> 0 — полностью зависим от помощи окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью) 5 — частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи, намазывании масла на хлеб и т. д., при этом принимает пищу самостоятельно 10 — не нуждается в помощи (способен есть любую нормальную пищу, не только мягкую; самостоятельно пользуется всеми необходимыми столовыми



	приборами; пища приготавливается и сервируется другими лицами, но не разрезается).
6	<p><b>Перемещение</b> (с кровати на стул и обратно)</p> <p>0 — перемещение невозможно, не способен сидеть (удерживать равновесие), для поднятия с постели требуется помощь двух человек</p> <p>5 — при вставании с постели требуется значительная физическая помощь (одного сильного/обученного лица или двух обычных лиц), может самостоятельно сидеть в постели</p> <p>10 — при вставании с постели требуется незначительная помощь (физическая, одного лица), или требуется присмотр, вербальная помощь</p> <p>15 — не нуждается в помощи</p>
7	<p><b>Мобильность</b> (перемещение в пределах дома/палаты и вне дома; могут использоваться вспомогательные средства)</p> <p>0 — не способен к передвижению</p> <p>5 — может передвигаться с помощью инвалидной коляски, в том числе огибать углы и пользоваться дверями</p> <p>10 — может ходить с помощью одного лица (физическая поддержка либо присмотр и моральная поддержка)</p> <p>15 — не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например, трость)</p>
8	<p><b>Одевание</b></p> <p>0 — полностью зависим от помощи окружающих</p> <p>5 — частично нуждается в помощи (например, при застегивании пуговиц, кнопок и т. д.), но более половины действий выполняет самостоятельно, некоторые виды одежды может надевать полностью самостоятельно, затрачивая на это разумное количество времени</p> <p>10 — не нуждается в помощи, в том числе при застегивании пуговиц, кнопок, завязывании шнурков, и т. д., может выбирать и надевать любую одежду.</p>
9	<p><b>Подъем по лестнице</b></p> <p>0 — не способен подниматься по лестнице, даже с поддержкой</p> <p>5 — нуждается в присмотре или физической поддержке</p> <p>10 — не нуждается в помощи (может использовать вспомогательные средства)</p>
10	<p><b>Прием ванны</b></p> <p>10 — принимает ванну (входит и выходит из нее, моется) без посторонней помощи и присмотра, или моется под душем, не требуя присмотра и помощи</p> <p>5 — нуждается в помощи</p>

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Шкала Рэнкина

№	Оценка по модифицированной шкале Рэнкин:
1 балл	<ul style="list-style-type: none"><li>- Могут быть определенные симптомы (физические или когнитивные):</li><li>- Настроение,</li><li>- Нарушения речи, чтения и письма,</li><li>- Проблемы с передвижением или чувствительностью;</li><li>- Может вернуться на прежнюю работу, поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни;</li><li>- Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни.</li></ul>
2 балла	<ul style="list-style-type: none"><li>- Имеет симптомы заболевания,</li><li>- Не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.),</li><li>- Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается),</li><li>- Не нуждается в наблюдении,</li><li>- Может проживать один дома от недели и более без помощи.</li></ul>
3 балла	<ul style="list-style-type: none"><li>- Имеет симптомы заболевания,</li><li>- Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи,</li><li>- Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности,</li><li>- Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками,</li><li>- Нуждается в помощниках при ведении финансовых дел.</li><li>- Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели.</li></ul>
4 балла	<ul style="list-style-type: none"><li>- Имеет симптомы заболевания,</li><li>- Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи,</li><li>- Нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.,</li><li>- В обычной жизни нуждается в ухаживающем, или того, кто находится рядом,</li><li>- Может проживать один дома без помощи до 1 суток.</li></ul>
5 баллов	<ul style="list-style-type: none"><li>- Имеет симптомы заболевания,</li><li>- Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи,</li><li>- Нуждается в помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.,</li><li>- Нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью),</li><li>- Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.</li></ul>
6 баллов	- смерть больного

<b>Бланк модифицированной шкалы Ренкина.</b>	<b>Баллы</b>
Нет симптомов	0
Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов болезни; способен выполнять обычные повседневные обязанности	1
Легкое нарушение жизнедеятельности; неспособен выполнять некоторые прежние обязанности, но справляется с собственными делами без посторонней помощи	2
Умеренное нарушение жизнедеятельности; потребность в некоторой помощи, но ходит самостоятельно	3
Выраженное нарушение жизнедеятельности; неспособен ходить без посторонней помощи, справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи	4
Грубое нарушение жизнедеятельности; прикован к постели, недержание кала и мочи, потребность в постоянной помощи медицинского персонала	5
Смерть пациента	6

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Анкета по оценке качества жизни

#### **1. *Аппетит.***

- А. У меня всегда хороший аппетит.
- Б. Обычно я ем с аппетитом.
- В. Иногда, когда я проголодаюсь, я ем с аппетитом; а иногда - плохо ем.
- Г. Я редко ем с аппетитом.
- Д. Пища для меня безвкусна, я всегда ем без аппетита.

#### **2. *Общее самочувствие.***

- А. Я всегда себя чувствую бодрым, жизнерадостным.
- Б. Иногда я чувствую дискомфорт, бываю раздражительным.
- В. Обычно у меня плохое настроение, я чувствую недомогание, разбитость.
- Г. У меня почти всегда плохое самочувствие, но бывают дни, когда оно улучшается.
- Д. Я всегда плохо себя чувствую, даже когда случаются радостные моменты в жизни.

#### **3. *Сон***

- А. Я всегда хорошо засыпаю и у меня глубокий сон.
- Б. Я засыпаю быстро, но у меня чуткий, беспокойный сон.
- В. Я долго не могу уснуть, рано просыпаюсь, но сплю, в общем-то, нормально.
- Г. Сон у меня короткий, беспокойный, часто бывает бессонница.
- Д. Я постоянно страдаю от бессонницы, если засыпаю, то ненадолго.

#### **4. *Усталость.***

- А. Я всегда чувствую себя работоспособным, практически не устаю.
- Б. Я устаю только после тяжелых физических нагрузок, но усталость быстро проходит после отдыха.
- В. Я часто устаю к окончанию рабочего дня, и для восстановления сил обязательно требуется продолжительный отдых.
- Г. Я устаю даже от обычной повседневной работы.
- Д. Из-за усталости я не могу выполнять простейшую работу по дому.

## **5. Боль**

- А. Меня никогда не беспокоят болевые ощущения.
- Б. Иногда у меня бывают неопределенные боли, которые быстро проходят.
- В. У меня постоянно бывают приступы болей, часто повторяющиеся, но они проходят самостоятельно, без приема лекарственных средств.
- Г. Меня часто беспокоят боли, которые проходят только после приема лекарств.
- Д. Меня постоянно беспокоят боли, которые незначительно уменьшаются после приема лекарств. Я от этого сильно страдаю.

## **6. Взаимопонимание в семье (с ближайшими родственниками и т.д.)**

- А. У меня в семье полное взаимопонимание.
- Б. Мы с домочадцами иногда спорим на различные темы, но споры никогда не перерастают в ссоры.
- В. У нас нередко происходят кратковременные ссоры из-за пустяков.
- Г. Мы очень часто ссоримся с родными, ссоры, порой, приводят к длительному разладу в отношениях.
- Д. У нас полностью отсутствует взаимопонимание.

## **7. Отношение с коллегами по работе и друзьями.**

- А. Мы всегда единодушны в приеме решений, поддерживаем друг друга.
- Б. Иногда у нас бывают разногласия, но мы быстро приходим к компромиссу.
- В. Я всегда отстаиваю свое мнение, но меня можно убедить фактами.
- Г. Мы часто скандалим, редко принимаем единое решение.
- Д. Мы всегда остаемся каждый при своем мнении, никогда не уступаем друг другу.

## **8. Внутренняя тревога, обусловленная наличием болезни.**

- А. Я никогда не беспокоюсь из-за своей болезни.
- Б. Я иногда думаю о своей болезни, но не придаю ей большого значения.
- В. Я постоянно думаю о своей болезни, но стараюсь отвлечься от этих мыслей.
- Г. Мысли о болезни не дают мне покоя, я с трудом пытаюсь избавиться от них.
- Д. Я постоянно думаю о своей болезни, все остальные проблемы отступают на

другой план.

**9. Ожидания и перспективы лечения.**

А. Я уверен, что после проведенного обследования и лечения полностью избавлюсь от болезни.

Б. Я думаю, что полностью избавлюсь от болезни, но меня беспокоят возможные последствия.

В. Я надеюсь, что избавлюсь от болезни, но полностью в этом не уверен.

Г. Меня беспокоит мысль о возможной неудаче лечения и возобновления заболевания.

Д. Я думаю, что, несмотря на лечение, не избавлюсь от болезни.

**10. Повседневная активность.**

А. Я постоянно занят каким-либо делом.

Б. Иногда мне трудно заняться какой-либо работой.

В. У меня бывает состояние депрессии, когда мне трудно чем-нибудь заняться.

Г. Я часто с трудом заставляю себя что-либо сделать.

Д. Если я что-либо делаю, то «из-под палки».

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Шкала отношения к болезни

Баллы	Оценка экспертов	Позиция больного
1	Крайняя переоценка болезни. Заявление больного о невозможности восстановления.	Я неизлечимо болен
2	Переоценка болезни с признанием возможности частичного восстановления.	Я серьезно болен и, мне надо очень долго лечиться.
3	Адекватная оценка. Признание, как возможности восстановления отдельных функций, так и сохранения остаточного дефекта.	Я болен и лечусь
4	Недооценка тяжести состояния, гипнозогнозия.	Я почти здоров
5	Крайняя недооценка тяжести заболевания, его связи с деятельностью головного мозга, анозогнозия.	Я совсем здоров

### Шкала отношения к лечению

Баллы	Оценка экспертов	Позиция больного
1	Ответственность за исход лечения возлагается полностью на себя	Только я сам смогу себе помочь
2	Ответственность возлагается, прежде всего, на себя, а затем на других (мед.персонал, средства лечения)	Только я смогу себе помочь и лишь отчасти проводимое лечение
3	Ответственность за лечение возлагается равно как на себя, так и на других	И мои собственные усилия, и проводимое лечение помогут мне
4	Ответственность за исход лечения возлагается в большей степени на средства лечения, на медперсонал и в меньшей степени на свои усилия	Меня должны лечить, мои собственные усилия мало что изменят
5	Рентная позиция. Ответственность за исход лечения полностью возлагается на других (медперсонал, средства лечения, состояние и развитие медицины в целом)	Пусть меня лечат, а я посмотрю, что из этого получится

## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

### Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS), вопросы и баллы

№	Вопросы и баллы	№	Вопросы и баллы
1	Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю	8	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
2	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так	9	Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто
3	Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю	10	Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
4	Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен	11	Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю
5	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда	12	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
6	Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время	13	У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает



7	<p>Я легко могу присесть и расслабиться 0 -  определенно, это так  1 - наверно, это так  2 - лишь изредка, это так  3 - совсем не могу</p>	14	<p>Я могу получить удовольствие от  хорошей книги, радио- или  телепрограммы  0 - часто  1 - иногда  2 - редко  3 - очень редко</p>
---	--	----	---



Введите текст:

...или загрузите файл:

Файл не выбран...

Выбрать файл...

Укажите год публикации: 

Выберите коллекции

Все	Википедия	Российские журналы
Рефераты	Российские конференции	Энциклопедии
Авторефераты	Иностранные журналы	Англоязычная википедия
Иностранные конференции		
PubMed		

Анализировать

Обработан файл:

Кожевников\_ВКР.docx.

Год публикации: 2020.

Оценка оригинальности документа - 81.52%

Процент условно корректных заимствований - 8.42%

Процент некорректных заимствований - 10.06%

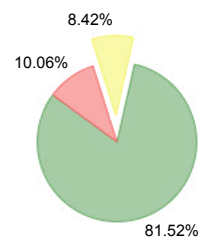
Время выполнения: 29 с.

Документы из базы

Источники заимствования

### 1. Курсовая работа: Нарушения высших психических функций при инсульте (<http://www.bestreferat.ru/files/50/bestreferat-122750.docx>)

Год публикации: 2016. Тип публикации: реферат.

<http://www.bestreferat.ru/files/50/bestreferat-122750.docx><http://www.bestreferat.ru/files/50/bestreferat-122750.docx>[Показать заимствования \(47\)](#)

В списке литературы	Источники
	Заимствования

—	8.58%
---	-------

- 2. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушариях головного мозга в процессе реабилитации (<http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-bolnyh-s-posledstviyami-insulta-v-levom-i-pravom-polushariyah-golovnogo-mozga-v-protseesse-reabilitatsii>)**
- Авторы: Ермакова Н. Г. ✓ 5.8%  
 Год публикации: 2008. Тип публикации: статья научного журнала.  
<http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-bolnyh-s-posledstviyami-insulta-v-levom-i-pravom-polushariyah-golovnogo-mozga-v-protseesse-reabilitatsii>  
<http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-bolnyh-s-posledstviyami-insulta-v-levom-i-pravom-polushariyah-golovnogo-mozga-v-protseesse-reabilitatsii>  
[Показать заимствования \(33\)](#)
- 3. Диагностика черепно-мозговых травм (<http://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-cherepno-mozgovyh-travm>)**
- Авторы: СМЫЧЕК В.Б., ПОНОМАРЁВА Е.Н. ✓ 2.62%  
 Год публикации: 2013. Тип публикации: статья научного журнала.  
<http://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-cherepno-mozgovyh-travm>  
<http://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-cherepno-mozgovyh-travm>  
[Показать заимствования \(18\)](#)
- 4. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации (<http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-lichnosti-bolnyh-s-posledstviyami-insulta-v-usloviyah-statsionarnoy-reabilitatsii>)**
- Авторы: Ермакова Наталья Георгиевна. — 1.45%  
 Год публикации: 2008. Тип публикации: статья научного журнала.  
<http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-lichnosti-bolnyh-s-posledstviyami-insulta-v-usloviyah-statsionarnoy-reabilitatsii>  
<http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-lichnosti-bolnyh-s-posledstviyami-insulta-v-usloviyah-statsionarnoy-reabilitatsii>  
[Показать заимствования \(8\)](#)
- 5. Книга: НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ Хомская (<http://www.bestreferat.ru/files/39/bestreferat-261739.docx>)**
- Год публикации: 2016. Тип публикации: реферат. — 1.03%  
<http://www.bestreferat.ru/files/39/bestreferat-261739.docx>  
<http://www.bestreferat.ru/files/39/bestreferat-261739.docx>  
[Показать заимствования \(7\)](#)
- 6. Комплексный подход в оценке функционального состояния головного мозга у больных с ишемическим инсультом в стадии реабилитации (<http://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnyy-podhod-v-otsenke-funktsionalnogo-sostoyaniya-golovnogo-mozga-u-bolnyh-s-ishemicheskim-insultom-v-stadii-reabilitatsii>)**
- Авторы: Сорокина Наталья Дмитриевна, Селицкий Геннадий Вацлавович. — 0.89%  
 Год публикации: 2013. Тип публикации: статья научного журнала.  
<http://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnyy-podhod-v-otsenke-funktsionalnogo-sostoyaniya-golovnogo-mozga-u-bolnyh-s-ishemicheskim-insultom-v-stadii-reabilitatsii>  
<http://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnyy-podhod-v-otsenke-funktsionalnogo-sostoyaniya-golovnogo-mozga-u-bolnyh-s-ishemicheskim-insultom-v-stadii-reabilitatsii>  
[Показать заимствования \(5\)](#)
- 7. Научное обоснование эффективности медико-социальной реабилитации пациентов с патологией нервной системы в условиях специализированного амбулаторно-поликлинического учреждения (<http://vak2.ed.gov.ru/idcUploadAutoref/renderFile/125388>)**
- Авторы: Костенко Елена Владимировна. — 0.81%  
 Год публикации: 2013. Тип публикации: автореферат диссертации.  
<http://vak2.ed.gov.ru/idcUploadAutoref/renderFile/125388>  
<http://vak2.ed.gov.ru/idcUploadAutoref/renderFile/125388>  
[Показать заимствования \(6\)](#)
- 8. Книга: Практикум по спортивной психологии, Волков И.П. (<http://www.bestreferat.ru/files/33/bestreferat-305133.docx>)**
- Год публикации: 2016. Тип публикации: реферат. — 0.75%  
<http://www.bestreferat.ru/files/33/bestreferat-305133.docx>  
<http://www.bestreferat.ru/files/33/bestreferat-305133.docx>  
[Показать заимствования \(6\)](#)

**9. Психологическая коррекция самооотношения у больных с когнитивными нарушениями после инсульта**  
**(<http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-korreksiya-samootnosheniya-u-bolnyh-s-kognitivnymi-narusheniyami-posle-insulta>)**

Авторы: Ермакова Наталья Георгиевна.

Год публикации: 2014. Тип публикации: статья научного журнала.

<http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-korreksiya-samootnosheniya-u-bolnyh-s-kognitivnymi-narusheniyami-posle-insulta> (<http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-korreksiya-samootnosheniya-u-bolnyh-s-kognitivnymi-narusheniyami-posle-insulta>)

[Показать заимствования \(5\)](#)

0.72%

**10. Книга: Психологический словарь**  
**(<http://www.bestreferat.ru/files/39/bestreferat-149239.docx>)**

Год публикации: 2016. Тип публикации: реферат.

<http://www.bestreferat.ru/files/39/bestreferat-149239.docx>

(<http://www.bestreferat.ru/files/39/bestreferat-149239.docx>)

[Показать заимствования \(5\)](#)

0.55%

[Дополнительно](#)

[Общеизвестные фрагменты](#)

[Значимые оригинальные фрагменты](#)

[Библиографические ссылки](#)

[Искать в Интернете](#)