

концепции старения. В XXI веке здоровое старение и активную старость необходимо рассматривать как процесс, который «позволяет людям реализовать их потенциал физического, социального и психического благополучия на протяжении всей жизни и участвовать в жизни общества при обеспечении их безопасности и предоставлении надлежащей защиты и помощи, когда они нуждаются в поддержке».

Принятие данной программы государством, ее реализация на межведомственной основе в перспективе позволили бы осуществить серьезную модернизацию учреждений геронтологической сети, трансформировав ныне существующие дома и интернаты для престарелых в центры активного долголетия. Такой подход позволил бы запустить механизмы структурно-функциональной реорганизации как медико-профилактической сети (в части организации гериатрической помощи), так сети стационарных социальных учреждений, которые в дальнейшем могли бы стать основной площадкой реализации наработок и программ медицины антистарения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В.Н. *Молекулярные и физиологические механизмы старения*. СПб.: Наука; 2003.
2. Анисимов В.Н. Старение и ассоциированные с возрастом болезни. *Клиническая геронтология*. 2005; 11(1): 42–9.
3. Анисимов В.Н. «Медицина антистарения»: мифы, реальность, перспективы. *Клиническая геронтология*. 2006; 12(12): 51–6.
4. Анисимов В.Н. Рецензия на монографию: В.И. Донцов, В.Н. Крутько, А.А. Подколзин. *Фундаментальные механизмы геронтопрофилактики*. М.: Биоинформсервис, 2002. *Успехи геронтологии*. 2006; 19: 152–7.

5. Голубев А.Г. Биохимия продления жизни. *Успехи геронтологии*. 2003; 12: 57–76.
6. Коркушко О.В., Хавинсон В.Х., Бутенко Г.М., Шатило В.Б. *Пептидные препараты тимуса и эпифиза в профилактике ускоренного старения*. СПб.: Наука; 2002.
7. Михайлова О.Н., Качан Е., Яковлев Д. VI Европейский конгресс Международной ассоциации геронтологии и гериатрии. *Вестник Геронтологического общества РАН*. 2007; 7–8 (106–107): 1–3.

## REFERENCES

1. Anisimov V.N. *Molecular and physiological mechanisms of aging. [Molekulyarnye i fiziologicheskie mekhanizmy stareniya.]* St.Petersburg: Nauka; 2003. (in Russian)
2. Anisimov V.N. Aging and the disease associated with the age. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2005; 11(1): 42–9. (in Russian)
3. Anisimov V.N. «Anti-aging medicine»: myths, reality, perspectives. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2006; 12(12): 51–6. (in Russian)
4. Anisimov V.N. Review of the monograph: V.I. Dontsov, V.N. Krut'ko, A.A. Podkolzin. *Fundamental mechanisms of gerontological prevention*. Moscow: Bioinformservis, 2002. *Uspekhi gerontologii*. 2006; 19: 152–7. (in Russian)
5. Golubev A.G. Biochemistry of life extension. *Uspekhi gerontologii*. 2003; 12: 57–76. (in Russian)
6. Korkushko O.V., Khavinson V.Kh., Butenko G.M., Shatilo V.B. *Peptide drugs of thymus and epiphysis in the prevention of accelerated aging. [Peptidnye preparaty timusa i epifiza v profilaktike uskorenogo stareniya.]* St.Petersburg: Nauka; 2002. (in Russian)
7. Mikhaylova O.N., Kachan E., Yakovlev D. VI European Congress of the International Association of gerontology and geriatrics. *Bulletin of the Gerontological society of the Russian Academy of Sciences*. 2007; 7–8 (106–107): 10–3. (in Russian)

Поступила 04.02.14

Received 04.02.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.831-005-036.11-08-036.868

Арабидзе Г.Г., Куденцова С.Н., Куденцова Е.А.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»  
Минздрава России, 127473, г. Москва

*В связи с прогрессирующим увеличением количества ишемических инсультов в России и недостаточной реабилитационной помощью в районах, удаленных от мегаполисов, остро встает вопрос о проведении лечебных и реабилитационных мероприятий, связанных с терапевтической и психологической поддержкой больных. Статья предназначена врачам, социальным работникам и людям, ухаживающим за больными, перенесшими инсульт.*

**Ключевые слова:** ишемический инсульт; реабилитация; нейропротективная терапия.

ТHERAPEUTIC AND DEONTOLOGICAL ASPECTS OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS' REHABILITATION

Arabidze G.G., Kudentsova S. N., Kudentsova E.A.

A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, 127473, Moscow, Russian Federation

*A progressive increase in rate of ischemic strokes in Russia and an insufficient rehabilitation help in the regions situated a long distance from megalopolises urgently raise the question of medical and rehabilitation measures connected with therapeutic and psychological support of patients. The article is intended for doctors, social workers and the people looking after the patients who have had a stroke.*

**Key words:** ischemic stroke; rehabilitation; neuroprotective therapy.

Инсульт – это сравнительно тяжело протекающее сосудистое заболевание головного мозга. Он может быть представлен как очаговыми, так и общемозговыми нарушениями кровообращения и наиболее часто как острое ишемическое поражение. Нарушение мозговых функций может проявляться у больного от незначительных функциональных изменений до необратимого поражения мозга (некроза). В мире ежегодно инсульт диагностируется более чем у 6 млн человек, а в России – более чем у 450 тыс. По данным Национальной ассоциации инсульта США, инсульт является третьей основной причиной смерти. В России инсульт занимает второе место среди причин смерти. Последствия инсульта для пациентов также неутешительны – 31% пациентов требуют посторонней помощи для ухода за собой, 20% пациентов не могут самостоятельно ходить и лишь только 20% возвращаются к прежней привычной, нормальной жизни.

Вероятность развития инсульта повышается с возрастом пациента. По статистике наиболее уязвимы люди пенсионного возраста. Если в возрасте 25–29 лет частота инсультов 0,09 на 1000 человек, то в возрасте 70 лет и старше – 15,05 на 1000 [1]. Но с каждым годом инсульт молодеет и поражает все более молодое поколение. Сейчас в группу риска входят как мужчины, так и женщины в возрасте от 40 лет и выше.

На восстановление мозговой деятельности требуется несколько месяцев, а иногда двигательные и когнитивные функции организма восстанавливаются спустя еще более длительный период. Реабилитация пациента должна начинаться в остром периоде течения заболевания и продолжаться длительное время поэтапно и систематически.

В комплекс терапевтической поддержки больных входят как лекарственные препараты, так и реабилитационные мероприятия.

Медикаментозная терапия в острый период ишемического инсульта состоит из базисной терапии, направленной на нормализацию дыхательной и гемодинамической функций организма и нейропротективной терапии. Необходимы медленное снижение АД при подъеме выше 220/120 мм рт. ст., купирование судорожного синдрома, отека мозга, вегетативных и метаболических нарушений, профилактика тромбозов.

В качестве базисной терапии применяются препараты, улучшающие перфузию и реологию в месте ишемического повреждения – антикоагулянты: гепарин 20 тыс. МЕ в сутки в течение 5 дней под контролем АЧТВ (целевой уровень – удлиннение АЧТВ в 2 раза от исходного) или низкомолекулярные гепарины – например, надропарин кальция «Фраксипарин» 0,6 мл подкожно в сутки, эноксапарин натрия «Клексан» 0,6 мл подкожно в сутки; антиагреганты – аспирин 100 мг/сут или клопидогрель «Плавикс» 75 мг/сут; вазоактивные вещества – пентоксифиллин «Трентал» 0,1 г 2% раствора в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно за 180 мин, винпоцетин 20 мг в 500

мл физиологического раствора внутривенно капельно 2 раза в сутки 7 дней подряд (но только со 2-х суток инсульта); а у больных с гематокритом более 40% – реополиглюкин 200 мл внутривенно капельно за 60 мин 2 раза в сутки.

Также больным необходима нейропротективная терапия. Первичная нейропротективная терапия, прерывающая быстрые механизмы некротической смерти клеток включает в себя глицин под язык 1 г/сут (10 таблеток) в течение 5 сут с дальнейшим снижением дозы до 600 мг/сут в течение нескольких месяцев, магния сульфат 10 мл 25% раствора внутривенно медленно также в течение 5 сут.

Вторичная нейропротективная терапия, уменьшающая отдаленные последствия ишемии, связанной с окислительным стрессом, дисбалансом цитокинов и развитием локального воспаления, проводится препаратами: этилметилгидроксипиридина сукцинатом («Мексидол») 200 мг/сут внутривенно капельно; цитиколином 10 мл внутривенно капельно каждые 12 ч; цитиколином натрия («Цераксон») по 1 г внутривенно 2 раза в сутки в течение 10 дней [1]. Необходимо также использовать регуляторные пептиды с нейротрофическим, противовоспалительным и антиоксидантным действием [2–7], например церебролизин по 20 мл/сут внутривенно капельно [7]; кортексин 10–20 мг/сут внутримышечно [8]; семакс 1% раствор в нос по 12 мг/сут; холина альфосцерат («Глиатилин») по 1 г/сут внутримышечно или внутривенно медленно в течение тех же 10 дней (или церетон внутривенно капельно по 250 мг/4 мл в сутки); танакан 40 мг внутрь по 2 таблетки 5 раз в сутки длительно [5] (или Гинкго билоба по 120–160 мг/сут [9]).

В период восстановительного лечения при некардиоэмболическом типе инсульта с целью вторичной профилактики ишемического инсульта применяют длительно те же антиагреганты – аспирин 100 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут [9], тикагрелор («Брилинта») 90 мг 2 раза в сутки, или прямой селективный ингибитор фактора свертывания крови Ха ривороксабан («Ксарелто») 15 мг/сут [5] (исключая лиц с повышенным риском кровотечений, в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения или недавно перенесенной, сосудистой ретинопатии, недавно перенесенной внутричерепном или внутримозговом кровоизлиянии, при патологии сосудов спинного или головного мозга, после недавно перенесенной операции на головном, спинном мозге или глазах, при бронхоэктазах или легочном кровотечении в анамнезе), а также периодически повторяется курсовая вторичная нейропротективная терапия, указанная выше [5]. Контроль артериальной гипертензии приобретет особое значение, в связи с чем применяются ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл, рамиприл, трандолаприл); сартаны, т.е. блокаторы рецепторов ангиотензина АТ1 (эпросартан, валсартан, ирбесартан, лозартан, телмисартан, кандесартан) – дозировка препарата обычно подбирается индивидуально в зависимости от эффективности и переносимости [5]; блокаторы кальциевых каналов (нимодипин – «Нимо-

Для корреспонденции:

Арабидзе Григорий Гурамович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии № 2 лечебного факультета; 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1; e-mail: arabidze@mail.ru.

топ» 1 таблетки (30 мг) 3 раза в сутки, лерканидипин – «Леркамен» 10 мг 1 раз в сутки внутрь, фелодипин 2,5 мг 1 раз в сутки внутрь [5]. Для улучшения когнитивных функций, памяти, повышения повседневной активности применяют мемантин («Нооджерон») 20 мг/сут внутрь – антагонист NMDA-рецепторов к глутамату [9] с возможным увеличением суточной дозы до 40 мг, но постепенно, по 10 мг в неделю [5].

Большинство пациентов приобретают в результате болезни синдром эмоциональной неустойчивости (лабильности). Периоды стойко пониженного настроения, или депрессия, развиваются у пациента после перенесенного инсульта как в первые месяцы заболевания, так и в более поздние сроки – через 2 года и даже позже. Состояния депрессии усугубляются утратой привычного образа жизни. Появляется мотивация к потребности в психотерапевтической помощи. В ней нуждается практически треть больных в острый период инсульта и после. Совместная работа врача-психотерапевта и психолога поможет решить возникшие проблемы психического здоровья пациента во время реабилитации. Восстановление функций пациентов, которые безразличны к своему состоянию здоровья, идет более тяжело, так как они оказываются часто беспомощны в применении элементарных бытовых навыков. Активное участие больного в восстановительном лечении дает большую вероятность положительного результата. Человеку, перенесшему инсульт, перейти к активному восстановительному лечению помогают общение с внешним миром, положительные эмоции, забота и уверенность в положительном исходе болезни его близких. Проведение психотерапии может сочетаться с применением антидепрессантов по согласованию с лечащим врачом, а именно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина венфлаксона («Велаксина») в таблетках пролонгированного действия 75 мг/сут внутрь или дулоксетина («Симбалта») в таблетках 60 мг/сут внутрь [5]. Для лечения тревожных расстройств рекомендуется препарат гидроксизин (Атаракс®). В 60–х годах XX века в ряде клинических исследований при назначении препарата в дозах от 100 до 400 мг были выявлены его анксиолитические свойства. Было обнаружено, что по скорости наступления противотревожного эффекта гидроксизин не уступает бензодиазепинам, уменьшает проявления напряженности и стресса, симптомы тревоги. При этом отмечено отсутствие влияния препарата на когнитивные функции, отсутствие амнестического эффекта и зависимости от его употребления [10].

Реабилитационные мероприятия могут включать в себя транскраниальную магнитную стимуляцию пораженных нейронов мозга, электрическую стимуляцию периферических нервов, сенсомоторной коры, подкорковых ядер, восходящих путей.

В комплексном лечении свое место занимает и физиотерапия в виде массажа, а также лечебная физкультура, с помощью которой отрабатываются методы восстановления двигательных функций. Современные методики массажа позволяют пассивно тонизировать мышечную нагрузку пораженных участков тела путем сегментарного и точечного массажа различных групп мышц. Курс лечения, его продолжительность, периодичность уста-

навливает лечащий врач. Занятия лечебной физической культурой – это активная мышечная нагрузка в восстановительном периоде пациента. Комплекс лечебной физкультуры для пациента подбирается индивидуально. Физические нагрузки должны быть дозированными и регулярными. Всегда начинают с небольшой нагрузки, потом ее постепенно увеличивают. Физические упражнения способствуют усилению центрального и периферического кровообращения, лимфообращения, увеличению эластичности стенок кровеносных сосудов. В специализированных клиниках восстановительной неврологии применяется комплексное реабилитационное лечение, включающее медикаментозную терапию, рефлексотерапию, лазеротерапию.

В силу психологических особенностей больных часто занятия, способствующие восстановлению мозговых функций, ими игнорируются или выполняются нерегулярно, стихийно, недобросовестно. Совместные упражнения пациент может отвергать, особенно если при этом более наглядно выявляются его физические или умственные недостатки. Существенную помощь человеку, перенесшему инсульт, могут оказать специалисты-профессионалы: логопед, психолог, психотерапевт. Первоначально выбирают задания, которые наиболее легко исполнимы больным и не указывают явно на его недостатки. Завоевав доверие пациента, сообщая где-то помогая больному, где-то выполняя с ним задания синхронно, можно добиться положительного эффекта развития его когнитивных функций.

Количество и длительность принимаемых лекарственных препаратов в реабилитационный период угнетают некоторых больных. Если в первые месяцы лечения возможность встать на ноги, вернуть былую самостоятельность, заняться привычной деятельностью кажется пациенту более реальной, то в более поздние стадии заболевания, когда реабилитационный период затягивается, ситуация может осложниться. Восстановительное лечение продолжается долгие месяцы, что часто вызывает отказ от применяемой терапии, чему способствуют длительность приема лекарств и сравнительно небольшой ближайший эффект лечения.

Своевременный прием лекарственных средств также может являться проблемой для человека, перенесшего инсульт. Это может быть обусловлено и забывчивостью пациента, и невнимательным отношением к лечению. Помочь больному в приеме лекарственных средств может ведение дневниковых записей, информационный листок в комнате больного, ненавязчивый контроль близких людей, их забота и вера, что пациент на пути к выздоровлению. Высказывание замечаний по поводу неэффективности применяемых препаратов в присутствии больного часто дает стойкий негативный результат в приверженности к терапии.

Контакт пациента с внешним миром – это прежде всего контакт с окружающими людьми. Разговоры, общение с родственниками, друзьями дают то информационное окружение, которое оказывает важную психологическую помощь человеку, пережившему инсульт [11]. «Информационная, стимулирующая мышление связь с внешним миром так же необходима, как пища и тепло», – писал академик А.И. Берг. И

даже, если больной не может говорить, необходимо находить такие точки соприкосновения, которые помогут понимать друг друга, выражать желание, получать информацию.

Большую психологическую помощь в восстановительный период дает пациенту возможность выговориться. При этом больной может допускать в своей речи ошибки, у него могут быть сложности в подборе слов и в произнесении отдельных звуков. При поражении участков мозга, отвечающих за понимание устной речи, пациент может не осознавать собственного дефекта. Такие пациенты обижаются на замечания окружающих или стесняются их, могут с трудом осознавать или вообще не понимать смысл задаваемого им вопроса. И тем не менее устное общение это благоприятная для реабилитации физическая и умственная нагрузка, даже если имеются сложности во взаимопонимании, погрешности в речи больного. При этом близкие и родные люди, окружающие больного, исправлять ошибки должны без свидетелей, так как замечания и поправки могут показаться ему унижительными, снизить самооценку. Бывают моменты, когда необходимо скрыть, что вы не поняли больного: возможно он эмоционально с большим доверием рассказывал какую-то историю из своей жизни или вспомнил какой-то эпизод, сыгравший положительную роль в его судьбе до болезни. Человеку необходимо давать надежду на выздоровление. При этом улыбка, похвала поддерживают уверенность близкого вам человека.

Эмоции человека, его субъективное отношение к событиям, ситуациям вокруг также способны влиять на процесс реабилитации больного. Личная оценка состояния пациентом должна быть положительной. При этом не всегда события и действия окружающих, которые до начала заболевания вызвали положительные эмоции, будут также с радостью приняты вновь.

Желания – это энергия жизни. Лев Толстой говорил: «Ежели бы человек не желал, то и не было бы человека». Исполнение желания приносит радость жизни, а значит и желание жить и бороться. Для пациента, перенесшего инсульт, это может быть общение с родными, прогулка на свежем воздухе, вкусная еда, уход за животными, комнатными цветами.

Важную роль в реабилитационном периоде оказывает внешний вид больного. Это касается как женщин, так и мужчин. Внешний вид человека влияет на его поведение, настроение, психическое восприятие мира. Окружающие любящие люди должны помочь по возможности восстановить, вернуть облик человека таким, каким он был до болезни. Одежда, аксессуары, прическа, косметика помогут пациенту опять встать в «круг общения», почувствовать себя комфортно, услышать позитивный отклик окружающих, а значит повысить самооценку, уверенность в себе. Привычная внешность позволит более смело вернуться в общество друзей, знакомых, сослуживцев. Иногда по причине депрессии или в силу физических недостатков пациент отказывается ухаживать за собой, становится безразличным к тому, как его видят окружающие. Такого пациента необходимо мягко подводить к мысли восстановления былого имиджа, пусть частично, но обязательно. Дома, оставаясь наедине с собой или очень близкими людьми, необходимо заботиться

об одежде, опрятности и аккуратности. Индивидуальность должна присутствовать в человеке.

Изменяется отношение пациента и к своим старым обязанностям. Он чувствует свою беспомощность, у него нет интереса к чему-либо. Хорошим показателем выздоровления является стремление человека, перенесшего инсульт, выполнить какую-либо работу по дому. Такое стремление должно быть поддержано, но при этом необходимо говорить о кратковременной нагрузке, о необходимости пациентом слушать свой организм, уметь вовремя остановиться и отдохнуть. Помощь окружающих в быту должна быть деликатной и корректной.

Свободное время человека, проходящего восстановительное лечение, должно быть занято каким-нибудь видом деятельности. Неважно что это будет: вязание, компьютерная игра, собирание пазлов или уход за комнатными цветами. Главное условие, чтобы это занятие вызывало интерес у пациента, являлась целью. Тогда не будет бездумного сидения в комнате, не будут посещать негативные мысли, меньше будет слез и растерянности.

Каждый день для человека приносит что-то новое. Человек, перенесший инсульт, из-за депрессии или более глобальных проблем своего здоровья, изменившегося образа жизни может и не обратить внимания на малейшие положительные перемены. Тем не менее это радостные моменты реабилитационного периода. Увидеть их окружающими и обратить внимание пациента на эти перемены, порадоваться вместе – это многого стоит для пациента: вселяет надежду, придает силы в борьбе и как следствие ведет к психологической активности.

Родственникам больного, его окружающим желательно интересоваться самочувствием человека, его ощущениями, наблюдениями, желаниями. И в то же время отношение к такому человеку не должно быть сочувственным. Ровный тон без ноток жалости в голосе дает чувство уверенности и спокойствия человеку, перенесшему инсульт. Родные и близкие всем своим видом должны показывать, что все нормально, это всего лишь временные трудности и со временем вместе их можно преодолеть.

Учитывая большой процент людей, столкнувшихся с проблемой инсульта, в 2004 г. Ежегодно Всемирной организацией по борьбе с инсультом (World Stroke Organization, WSO) день 29 октября установлен, как Всемирный день борьбы с инсультом (World Stroke Day). Ежегодно количество стран-участников увеличивается. Сегодня этот день отмечается в 40 странах мира.

В России Всемирный день борьбы с инсультом проводится начиная с 2010 г. Ежегодно 29 октября организовано ведется работа с населением, осуществляется экспресс-диагностика факторов риска, в больших городах действуют выездные медицинские центры, консультации с врачами: неврологами и терапевтами.

В 2006 г. в России был создан межрегиональный благотворительный фонд помощи родственникам больных инсультом ОРБИ. Эта общественная организация обучает родственников больных основам ухода, предоставляет им информацию о лечебных и реабилитационных центрах, проводит просветительские акции для широ-

ких слоев населения. В качестве помощи для родственников пациентов организовываются «школы здоровья», оказывается благотворительная помощь, акции «Скажи инсульту нет – протяни руку здоровью!».

В Москве 28 октября 2012 г. участники акции Всемирной организации по борьбе с инсультом соединили между собой десятки синих ленточек, символизируя тем самым бесконечную линию надежды и давая понять каждому пострадавшему: он нужен своей семье, нужен друзьям, он снова может стать здоровым.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Путилина М. В. Факторы риска, особенности клинического течения и подходы к терапии у пациентов пожилого возраста с церебральным инсультом: обзор. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011; 5: 90–5.
2. Скворцова В.И., Шамалов Н.А., Бодышов М.К. Лечение ишемического инсульта. *Трудный пациент*. 2007; 6–7: 13–8.
3. Фоякин А.В., Гераскина Л.А. Современные стратегии вторичной профилактики ишемического инсульта. *Consilium Medicum*. Неврология. 2011; 2: 17–21.
4. Шавловская О.А. Опыт применения препарата Церетон (холин альфосцерат) в клинической практике. *Русский медицинский журнал*. 2011; 9: 557–61.
5. Чучалина А.Г., Яснецова В.В., ред. *Федеральное руководство по использованию лекарственных средств*. М.: ЗАО РИЦ «Человек и лекарство»; 2013; вып. XIV: 308–16.
6. Федин А.И. *Избранные лекции по амбулаторной неврологии*. М., 2013.
7. Ladurner G., Kalvach P., Moessler H. Cerebrolysin Study Group. Neuroprotective treatment with cerebrolysin in patients with acute stroke: a randomised controlled trial. *J. Neural Transm.* 2005; 112(3): 415–28.
8. Камчатнов П.Р., Зайцев К.А., Денисов Д.Б. Хронические расстройства мозгового кровообращения: возможности нейротрофической терапии. *Consilium Medicum*. 2011; 9: 11–4.
9. Чердак М.А., Парфенов В.А. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ишемический инсульт. *Неврологический журнал*. 2011; 6: 37–44.
10. Ляшенко Е.А. Аспекты терапии тревожных расстройств у постинсультных больных. *Русский медицинский журнал*. 2011; 9: 584–7.
11. Гусев А.О. Семейное положение пациентов отделений восстановительного лечения неврологического и кардиологического профилей как важная часть их социально-гигиенической характеристики. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2011; 2: 49–50.

## REFERENCES

1. Putilina M.V. Risk factors, peculiarities of clinical course and approaches to therapy in elderly patients with cerebral stroke: a review. *Journal of neurology and psychiatry named S. S. Korsakov*. 2011; 5: 90–5. (in Russian)
2. Skvortsov V.I., Shamalov N.A., Bodyshov M.K. Ischemic stroke treatment. *The difficult patient*. 2007; 6–7: 13–8. (in Russian)
3. Fonyakin A.V., Geraskina L. A. Modern strategies for secondary prevention of ischemic stroke. *Neurology. Consilium medicum*. 2011; 2: 17–21. (in Russian)
4. Shavlovskaya O. A. Experience in application of Cereton (choline alfoscerate) in clinical practice *Russian journal of medicine*. 2011; 9: 557–61. (in Russian)
5. Chuchalin A.G., Yasnecov V.V., eds. *Federal guidelines for the use of medicines. [Federal'noe rukovodstvo po ispol'zovaniyu lekarstvennykh sredstv.]* M.: «Man and medicine». 2013; Issue XIV: 308–16. (in Russian)
6. Fedin A. I. *Selected lectures on outpatient neurology: [Izbrannye lektsii po ambulatornoy nevrologii.]* Moscow, 2013. (in Russian)
7. Ladurner G., Kalvach P., Moessler H. Cerebrolysin Study Group. Neuroprotective treatment with cerebrolysin in patients with acute stroke: a randomised controlled trial. *J. Neural Transm.* 2005; 112(3): 415–28.
8. Kamchatnov P. R., Zaitsev K. A., Denisov, D. B. Chronic disorders of cerebral circulation: opportunities of neurotrophic therapy. *Consilium medicum*. 2011; 9: 11–4. (in Russian)
9. Cherdak M. A., Parfenov V. A. Cognitive disorders in patients with ischemic stroke. *Neurology journal*. 2011; 6: 37–44. (in Russian)
10. Lyashenko E. A. Aspects of treatment of anxiety disorders in post-stroke patients. *Russian journal of medicine*. 2011; 9: 584–7. (in Russian)
11. Gusev A. O. Family status of the patients of neurologic and cardiological medical rehabilitation departments as an important part of their socio-hygienic characteristic. *Mediko-Sotsyal'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya*. 2011; 2: 49–50. (in Russian)

Поступила 17.06.13  
Received 17.06.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.12-007.2-053.1-089.168]:159.923.3

<sup>1</sup>Дроздова И. В., <sup>2</sup>Мацуга О. Н., <sup>1</sup>Суганяк К. А., <sup>1</sup>Демченко М. В.

## ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ЛИЦ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ИХ РОЛЬ В ОЦЕНКЕ ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

<sup>1</sup>ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», 49027, г. Днепрпетровск, Украина; <sup>2</sup>Днепрпетровский национальный университет имени О. Гончара, 49010, г. Днепрпетровск, Украина

*Изучены особенности характера больных с врожденными пороками сердца в отдаленном периоде после оперативных вмешательств. Выделены наиболее значимые психологические показатели для оценки состояния таких пациентов. Сделан вывод о дезадаптивном процессе формирования черт характера у этих лиц, что в значительной степени ограничивает их жизнедеятельность и будет препятствовать реализации программ реабилитации данного контингента больных.*

**Ключевые слова:** оперированные врожденные пороки сердца; характерологические особенности; ограничения жизнедеятельности.

Для корреспонденции:

Дроздова Ирина Владимировна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр. отд. кардиологии; 40027, Украина, г. Днепрпетровск, пер. Советский, д. 1а; e-mail: drozdova@ua.fm.