

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДО И ПОСЛЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА I-II СТАДИИ

В.Т. КАЛАНДАРОВ, У.Х. КАРИМОВ, Ш.Ш. УЗОКОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БОШ МИЯ СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯСИНИНГ I-II ДАРАЖАСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИНГ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯДАН ОЛДИНГИ ВА KEYИНГИ ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ

В.Т. КАЛАНДАРОВ, У.Х. КАРИМОВ, Ш.Ш. УЗОКОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ANALYSIS OF CHANGES IN QUALITY OF LIFE BEFORE AND AFTER REFLEKSOTERAPE IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA I-II DEGREE

V.T. QALANDAROV, U.X. KARIMOV, SH.SH. UZOQOV, A.T. DJURABEKOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Бош мија сурункали ишемиясининг I-II даражаси билан оғриган беморларга рефлексотерапия билан ҳаёт сифати кўрсаткичлари ўрганилди. Барча беморларни даволаш мақсадида Леонгард суровномаси бўйича психологик тадқиқот ўтказилди. Патологик булмаган, 10 та сифат кўрсаткичи кўшилди. Тадқиқот ўртача 2 марта мусбат динамик ҳаёт кўрсаткичини кўрсатди, ўртача популяцион кўрсаткичларга эришилди.

Калит сўзлар: бош мија сурункали ишемияси, рефлексотерапия, ҳаёт сифати, Леонгард суровномаси.

The analysis of the quality of life in patients with chronic ischemia of the brain I-II level with the inclusion of acupuncture. All patients during treatment with psychological research conducted by questionnaire Leonhard. On 10 personality traits (accentuation), is not pathological. The study showed the positive dynamics of indicators of quality of life, on average 2 times, a mean population values.

Key words: chronic cerebral ischemia, reflexology, quality of life questionnaire Leonhard.

Со второй половины XX века наблюдается значительный рост психосоматических расстройств, которые в настоящее время по праву считаются «патологией современной цивилизации». Частота их в населении колеблется от 15 до 50%. Среди пациентов амбулаторной практики тот же показатель составляет 30-57%. Психоэмоциональная система в генезе нарушений центральной регуляции гомеостаза играет важную роль. Это объясняет актуальность исследований в области лечения больных психотерапевтического отделения, тем более, что в нем проходят лечение в основном люди трудоспособного возраста(3,6).

Сосудистые заболевания головного мозга в связи с высокой распространенностью и тяжелыми последствиями для состояния здоровья человека (инсульт, сосудистая деменция) являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем. В США среди всех случаев смерти от болезней системы кровообращения на возраст до 65 лет приходится 10%.

Сложившиеся ранее критерии оценки эффективности лечения и исходов заболевания, основанные на традиционных показателях - средней продолжительности жизни, смертности,

сегодня перестали удовлетворять, т.к. они не дают возможности определить влияние заболевания на качество жизни (КЖ) больных. Это приводит к нарушению соответствия в оценке эффективности лечения, даваемой врачом и пациентом, поэтому в настоящее время стало актуальным исследование качества жизни больных, особенно для подтверждения эффективности различных методов курации хронических заболеваний(1,5).

Для объективизации качества жизни наиболее удачным оказался заимствованный из психологии тестологический подход, поэтому его «инструментами измерения» являются анкетно-опросники. Психосоматические расстройства, в частности, заболевания гепатобилиарной системы, приобретают особое значение у больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II ст., ведение которых представляет значительные сложности вследствие их невысокой комплаентности, возникающих у них когнитивных и личностных нарушений, а также коморбидных расстройств тревожно-депрессивного спектра. В то же время значительная распространенность ишемий мозга, серьезность отдаленного прогноза (оперативное лечение, нарастание сосудистых

нарушений вплоть до деменции) и значительные материальные затраты на их лечение придают высокую актуальность разработке методов нелекарственной терапии, которые могли бы применяться на ранних этапах ведения больных хронической ишемией мозга [4,6].

Цель работы. Изучить качество жизни до и после рефлексотерапии у больных хронической ишемией мозга I-II ст.

Материалы и методы исследования. Изучено 100 больных, в терапевтическом и неврологическом отделениях, разделены на 2 группы: 70 пациентов первой группы получавшие рефлексотерапию с традиционным лечением и 30 пациентов не получили рефлексотерапию. В основной группе средний возраст составил $44,3 \pm 3,1$ года, в контрольной - $43,8 \pm 3,2$ лет. Всем больным проводилось клиниконеврологическое общеклиническое и электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследования. Психологическое исследование включало наряду с беседой, направленной на выявление стиля реагирования пациентов, характера взаимоотношений с окружающими, условий восприятия, наличия психотравмирующих ситуаций и др., проведение тестирования с помощью опросника Леонгарда. Он предназначен для выявления акцентуаций характера. Опросник включает в себя 88 вопросов и 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера. Первая шкала характеризует личность с высокой жизненной активностью, вторая шкала показывает возбудимую акцентуацию. Третья шкала говорит о глубине эмоциональной жизни испытуемого. Четвертая шкала показывает склонность к педантизму. Пятая шкала выявляет повышенную тревожность, шестая - склонность к перепадам настроения, седьмая шкала говорит о демонстративности поведения испытуемого, восьмая - о неуравновешенности поведения. Девятая шкала показывает степень утомляемости, десятая - силу и выраженность эмоционального реагирования.

При подсчете баллов по каждой шкале опросника Леонгарда для стандартизации результатов значение каждой шкалы умножается на определенное число. Это указано в ключе к методике. Акцентуированные личности не являются патологическими. Они характеризуются выделением ярких черт характера.

К. Леонгард описал 10 качеств личности (акцентуаций), не являющихся патологическими. В соответствии с поставленной задачей мы про-

анализировали, как пациенты психотерапевтического стационара с различными особенностями личности реагируют на воздействие рефлексотерапии. В качестве оценочного критерия использовались показатели качества жизни.

Результаты исследования. По Леонгарду, первая акцентуация - гипертимная. Она характеризует личность с высокой жизненной активностью. Высокие оценки свидетельствуют о постоянном повышенном фоне настроения в сочетании с жадой деятельности. Гипертимные личности показывали максимально высокие показатели качества лечения по всем критериям КЖ (динамический коэффициент от 2,1 - ЖС - и выше). Наиболее выраженная динамика наблюдалась по показателям физического статуса - роль физических проблем (РФ) - 8,0, боли - 7,6 и по показателям психоэмоционального статуса - роли эмоционального фактора (РЭ) - 6,0. Это свидетельствует о выраженном влиянии рефлексотерапии как на физический, так и на эмоциональный статус (табл. 1).

Вторая акцентуация - возбудимая. Таким личностям свойственна повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями. У данной группы пациентов выявлено интенсивное увеличение динамических коэффициентов, отражающих изменение психосоциального статуса: роль эмоционального фактора (РЭ) - 3,0, социальная активность (СА) - 2,4 и жизнеспособность (ЖС) - 2,5. В то же время показатель психического здоровья (ПЗ) был низким (1,1), что согласуется с особенностями данной личности. У пациентов с возбудимой акцентуацией физическая активность (ФА) на фоне РТ повысилась всего на 1,3, а РФ даже уменьшился (0,5). Это может быть оценено как небольшое, хотя и положительное влияние РТ на физический статус у данного типа личности (табл. 2).

Третий тип акцентуации - эмотивный. Характеризуется глубиной эмоциональной жизни личности. Это чувствительные и впечатлительные люди отличаются выраженностью переживаний в области тонких эмоций духовной жизни. У больных с этим типом врожденной акцентуации наблюдалось значительное увеличение показателей, характеризующих психосоциальный статус. Значительнее всего изменилась роль эмоционального фактора (РЭ) - 9,0, рост других показателей был намного меньше - социальная активность (СА) - 2,5, психическое здоровье (ПЗ) - 1,9. Показатели, в основном характеризующие физический статус, давали положительный, но небольшой прирост (табл. 3).

Таблица 1.

Динамика характеристик КЖ пациентов гипертимной акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*	57,5 ± 1,8	92,5 ± 3,5	1,6
Роль физических проблем (РФ)*	12,5 ± 1,7	100,0 ± 0,0	8,0
Боль (Б)*	12,0 ± 0,1	87,0 ± 18,4	7,6
Общее здоровье (ОЗ)*	32,5 ± 1,8	83,5 ± 4,9	2,6
Жизнеспособность (ЖС)*	42,5 ± 6,0	87,5 ± 3,5	2,1
Социальная активность (СА)*	25,0 ± 5,4	93,8 ± 8,8	3,8
Психическое здоровье (ПЗ)*	40,0 ± 2,4	112,5 ± 17,7	2,8
Роль эмоцион-ого фактора (РЭ)*	16,7 ± 3,6	100,0 ± 0,0	6,0
Сравнение самочувствия (СС)*	30,0 ± 2,4	70,0 ± 14,1	2,3

* p<0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Таблица 2.

Динамика характеристик КЖ пациентов возбудимой акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*	35,0 ± 11,8	46,7 ± 16,1	1,3
Роль физических проблем (РФ)*	16,7 ± 4,4	8,3 ± 4,4	0,5
Боль (Б)**	14,3 ± 5,6	27,7 ± 1,6	1,9
Общее здоровье (ОЗ)	20,0 ± 8,7	30,0 ± 5,0	1,5
Жизнеспособность (Ж)*	13,3 ± 5,3	33,3 ± 7,6	2,5
Социальная активность (СА)*	20,8 ± 14,4	50,0 ± 1,7	2,4
Психическое здоровье (ПЗ)	40,0 ± 15,0	45,0 ± 7,8	1,1
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	11,1 ± 0,2	33,3 ± 3,3	3,0
Сравнение самочувствия (СС)	53,3 ± 11,5	66,7 ± 11,5	1,3

* p<0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Таблица 3.

Динамика характеристик КЖ пациентов эмотивной акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*	44,2 ± 4,4	54,2 ± 10,9	1,2
Роль физических проблем (РФ)*	25,0 ± 7,4	37,5 ± 1,1	1,5
Боль (Б)*	31,2 ± 7,2	44,7 ± 1,8	1,4
Общее здоровье (ОЗ)	40,0 ± 3,4	48,2 ± 3,4	1,2
Жизнеспособность (Ж)*	19,2 ± 3,6	37,5 ± 2,1	2,0
Социальная активность (СА)*	19,8 ± 2,0	50,0 ± 2,4	2,5
Психическое здоровье (ПЗ)*	32,5 ± 2,1	61,7 ± 1,4	1,9
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	5,6 ± 3,6	50,0 ± 5,0	9,0
Сравнение самочувствия (СС)	43,3 ± 6,6	53,3 ± 9,3	1,2

* p<0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Четвертая акцентуация по Леонгарду показывает склонность к педантизму. Высокие оценки говорят об инертности психических процессов. У таких больных на фоне лечения наблюдался равномерное увеличение всех показателей качества жизни - в 1,5 раза, кроме РФ и Б, выросших в 2 раза, т.е. физический статус реагировал быстрее, чем психоэмоциональный (табл. 4). Пятая шкала Леонгарда выявляет повышенную тревожность, склонность к страхам. Лучше всего у них на лечение отреагировал по-

казатели РФ (2,8) и РЭ (2,3), остальные показатели были в пределах от 1,3 (ФА) до 1,6 (СА), т.е. физический и психосоциальный статус увеличивались одинаково (табл. 5). Шестая шкала Леонгарда выявляет склонность к перепадам настроения - смена гипертимических и дистимических фаз (циклотимический тип). У таких больных в динамике больший показатель - РЭ (2,8) и ЖС (2,6), а меньший - ФА (1,4), т.е. эмоциональный статус отреагировал больше (табл. 6).

Таблица 4.

Динамика характеристик КЖ пациентов акцентуации педантичного типа на фоне рефлексотерапии

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	М±m	М±m	
Физическая активность (ФА)*	35,0 ± 6,5	51,7 ± 2,1	1,5
Роль физических проблем (РФ)*	33,3 ± 7,7	66,7 ± 7,7	2,0
Боль (Б)*	21,3 ± 11,0	44,3 ± 1,5	2,1
Общее здоровье (ОЗ)	43,3 ± 10,2	54,7 ± 9,3	1,3
Жизнеспособность (Ж)*	36,7 ± 5,2	51,7 ± 8,2	1,4
Социальная активность (СА)*	41,7 ± 28,9	62,5 ± 7,5	1,5
Психическое здоровье (ПЗ)*	48,3 ± 6,9	71,7 ± 10,1	1,5
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	44,4 ± 0,9	66,7 ± 7,7	1,5
Сравнение самочувствия (СС)*	46,7 ± 11,5	60,0 ± 10,0	1,3

* p < 0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Таблица 5.

Динамика характеристик КЖ пациентов с тревожной акцентуацией на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	М±m	М±m	
Физическая активность (ФА)*	45,0 ± 5,9	58,0 ± 5,1	1,3
Роль физических проблем (РФ)*	25,0 ± 0,6	70,0 ± 3,6	2,8
Боль (Б)*	48,8 ± 6,4	59,4 ± 7,7	1,2
Общее здоровье (ОЗ)*	36,0 ± 6,5	54,6 ± 5,5	1,5
Жизнеспособность (Ж)*	32,0 ± 5,8	46,0 ± 7,0	1,4
Социальная активность (СА)*	35,0 ± 0,5	55,0 ± 11,2	1,6
Психическое здоровье (ПЗ)*	46,0 ± 5,3	62,0 ± 4,1	1,4
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	26,7 ± 6,5	60,0 ± 3,5	2,3
Сравнение самочувствия (СС)	52,0 ± 1,0	60,0 ± 10,0	1,2

* p < 0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Таблица 6.

Динамика характеристик КЖ пациентов циклотимической акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	М±m	М±m	
Физическая активность (ФА)*	57,5 ± 3,4	78,3 ± 13,2	1,4
Роль физических проблем (РФ)*	37,5 ± 4,0	91,7 ± 12,9	2,4
Боль (Б)*	30,2 ± 11,7	72,3 ± 14,8	2,4
Общее здоровье (ОЗ)*	39,5 ± 10,0	59,2 ± 15,9	1,5
Жизнеспособность (ЖС)*	26,7 ± 5,1	70,0 ± 7,7	2,6
Социальная активность (СА)*	37,5 ± 3,7	79,2 ± 10,4	2,1
Психическое здоровье (ПЗ)*	36,7 ± 6,6	82,1 ± 15,7	2,2
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	33,3 ± 2,2	94,4 ± 13,6	2,8
Сравнение самочувствия (СС)*	33,3 ± 10,1	66,7 ± 15,0	2,0

* p < 0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Седьмая шкала свидетельствует о демонстративности поведения испытуемого. У данной группы больных на лечение лучше всего отреагировали показатели психоэмоционального статуса - РЭ - 4,0, ПЗ - 3,0 и СА - 2,6. Из показателей физического статуса увеличился только динамический коэффициент РФ, рост остальных незначителен (ФА - 1,1, Б - 1,3) (табл. 7). Восьмая шкала выявляет застревающий тип акцентуации; основная, черта которого - чрезмерная стойкость аффекта, со склонностью к формированию сверх ценных идей. Выявлено одинаковое

реагирование динамический коэффициент РФ Г1,0, так и психосоциального - РЭ - 9,0 при равномерном увеличении остальных показателей в 2-3 раза (табл.8). Девятая шкала (дистимический тип) показывает степень утомляемости; идеомоторную заторможенность. В 5 раза увеличился показатель РФ, в 4 - РЭ. Самый низкий показатель - ФА 1,2. Показатели СА и ПЗ увеличились в 1,4 и 1,6 раза соответственно, т.е. физического и психоэмоционального статус увеличивались одинаково (табл. 9).

Таблица 7.

Динамика характеристик КЖ пациентов демонстративной акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, Кл
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)	46,7 ± 10,2	50,0 ± 10,4	1,1
Роль физических проблем (РФ)*	8,3 ± 4,4	25,0 ± 5,0	3,0
Боль (Б)*	37,7 ± 5,8	49,3 ± 6,1	1,3
Общее здоровье (ОЗ)*	11,7 ± 7,6	40,7 ± 1,6	3,5
Жизнеспособность (Ж)*	20,0 ± 5,0	50,0 ± 16,1	2,5
Социальная активность (СА)*	20,8 ± 6,1	54,2 ± 18,2	2,6
Психическое здоровье (ПЗ)*	20,0 ± 8,7	60,0 ± 5,0	3,0
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	11,1 ± 1,2	44,4 ± 1,9	4,0
Сравнение самочувствия (СС)	26,7 ± 6,2	26,7 ± 3,1	1,0

* p < 0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Таблица 8.

Динамика-характеристик КЖ пациентов акцентуации застревающего типа на фоне рефлексотерапии

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, Кл
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)*:	65,0 ± 10,4	83,3 ± 12,6	1,3
Роль физических проблем (РФ)*	8,3 ± 4,4	91,7 ± -4,4	11,0
Боль (Б)*	47,7 ± 6,3	84,0 ± 7,7	1,8
Общее здоровье (ОЗ)*	43,3 ± 2,6	60,7 ± 6,8	1,4
Жизнеспособность (ЖС)	61,7 ± 1,5	58,3 ± 8,4	1,0
Социальная активность (СА)*	20,8 ± 6,0	75,0 ± 1,7	3,6
Психическое здоровье (ПЗ)*	45,0 ± 1,2	90,0 ± 1,2	2,0
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	11,1 ± 2,2	100,0 ± 0,0	9,0
Сравнение самочувствия (СС)*	33,3 ± 5,6	53,3 ± 3,1	1,6

* p < 0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Таблица 9.

Динамика характеристик КЖ пациентов дистимической акцентуации на фоне рефлексотерапии (%)

Показатели	До лечения	После лечения	Динамика, К _д
	M±m	M±m	
Физическая активность (ФА)	55,0 ± 8,0	63,3 ± 2,5	1,2
Роль физических проблем (РФ)*	8,3 ± 1,4	41,7 ± 2,0	5,0
Боль (Б)*	28,3 ± 1,0	41,7 ± 2,0	1,5
Общее здоровье (ОЗ)	35,0 ± 5,0	37,3 ± 8,7	1,1
Жизнеспособность (Ж)*	31,7 ± 2,9	66,7 ± 8,4	2,1
Социальная активность (СА)*	33,3 ± 7,2	45,8 ± 11,5	1,4
Психическое здоровье (ПЗ)*	40,0 ± 10,0	63,3 ± 7,6	1,6
Роль эмоц-ого фактора (РЭ)*	11,1 ± 1,2	44,4 ± 5,9	4,0
Сравнение самочувствия (СС)*	33,3 ± 3,6	46,7 ± 1,6	1,4

* p < 0,05 различие статистически достоверно по сравнению с состоянием до лечения

Выводы. У больных с преобладающей триадой личностных особенностей (ипохондрия, депрессия, истерия), а также с психастеническим типами личности результаты лечения достигали среднепопуляционных значений по показателям психосоциального статуса 61,5% - после лечения, 63,6% - в группе сравнения. Эти же показатели у больных с паранойяльными, шизотипическими, гипоманическими свойствами превышали среднепопуляционные значения 79-94% после лечения и 63,6% в группе сравнения. И только у больных с психопатическими

особенностями они были меньше среднепопуляционных 33,6%. Показатели КЖ, отражающие физический статус, только у больных с паранойяльным, шизотипическим и гипоманическим типами личности в результате лечения превышали средне популяционные значения 88-92,8% после лечения и 67,2% в группе сравнения. У остальных больных оставались ниже средне популяционных 49,3-51,6% после лечения.

В целом, проведенное исследование по выявлению особенностей реагирования на РТ

пациентов с различными приобретенными свойствами личности показало положительную динамику всех показателей КЖ в среднем в 2 раза, с достижением среднепопуляционных значений. При этом выявлялась достоверная разница ($p < 0,05$) в росте показателей психосоциального статуса ($K_d = 3,0$) по сравнению с физическим ($K_d = 1,9$) по шкале гипомании.

Литература:

1. Байдина Т.Б. Сосницкая Д.М. Влияние депрессивных расстройств на постуральную устойчивость у больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста. Саратовский науч-мед журн 2012; 8; 383-388.
2. Левин ОС. Диагностика и лечение дисциркуляторной энцефалопатии. Методическое пособие. Москва: МИА; 2010.
3. Невровский Д.В., Случевская С.Ф., Парфенов В.А. Дифференциальный диагноз дисциркуляторной энцефалопатии в амбулаторной практике. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;(2):38-42.
4. "Неврология" О.С. Левин, Д.Р. Штульман, 2014 Москва "МЕД пресс информ".
5. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. №1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: чч.мм.гггг).
6. Современные подходы к диагностике, профилактике и терапии когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(2):5 1-6.
7. Brott T.G. et al. Am. Coll. Cardiol. 2011.
8. Brott T.G. et al. CREST Investigators. N. Engl. J. Med. 2010.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДО И ПОСЛЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА I-II СТАДИИ

В.Т. КАЛАНДАРОВ, У.Х. КАРИМОВ,
Ш.Ш. УЗОКОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Проведен анализ показателей качества жизни у больных с хронической ишемией мозга I-II степени с включением рефлексотерапии. Всем больным на фоне лечения проводилось психологическое исследование по опроснику Леонгарда. Включено 10 качеств личности (акцентуация), не являющейся патологическими. Исследование показало положительную динамику всех показателей качества жизни в среднем в 2 раза, достижение средне популяционных значений.

Ключевые слова: хроническая ишемия головного мозга, рефлексотерапия, качество жизни, опросник Леонгарда.