

Клиническое исследование эффективности рефлексотерапии в лечении постинсультных когнитивных нарушений в остром периоде церебрального инсульта

Е.Е.Молчанова^{✉1}, Ю.С.Грищенко²

¹ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России. 675000, Россия, Благовещенск, ул. Горького, д. 95;

²ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». 675000, Благовещенск, ул. Воронкова, д. 26/6

[✉]helendok@mail.ru

Причинами инвалидизации после перенесенного инсульта являются не только двигательные, чувствительные, речевые, но и когнитивные нарушения, достигающие выраженности деменции. Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности включения рефлексотерапии (РТ) в схемы реабилитации пациентов в остром периоде ишемического инсульта с целью коррекции постинсультных когнитивных нарушений и повышения уровня мотивации пациентов.

Материал и методы. Проведены обследование и курс ранней реабилитации 50 больных в остром периоде ишемического инсульта. Когнитивные нарушения у пациентов подтверждались результатами, полученными при проведении тестирования по шкалам MMSE (Mini-Mental State Examination) и MoCA-тест (Montreal Cognitive Assessment). Мотивация пациентов исследовалась при помощи опросника МУН (мотивация успеха и боязни неудач). Клиническое исследование дополнялось оценкой по шкале оценки тяжести инсульта NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale). В основной группе (n=30) базисный унифицированный комплекс реабилитационных мероприятий был оптимизирован включением различных методов РТ. Пациенты контрольной группы (n=20) получали традиционное лечение без включения РТ.

Результаты. В основной группе на 15-й день от начала РТ показатели когнитивного функционирования по обоим шкалам обнаружили достоверную положительную динамику (на 3,1 балла по MMSE и 3,2 балла по MoCA-тесту, $p < 0,001$) и достоверное повышение уровня мотивации (в среднем на 2,1 балла, $p < 0,001$). У 2-й группы исследуемых когнитивные улучшения были менее заметными ($p > 0,05$), достоверного изменения уровня мотивации не произошло ($p > 0,05$). Показатели по шкале NIHSS в основной группе достоверно улучшились по сравнению с исходными (в среднем на 3,88 балла, $p < 0,001$), тогда как во 2-й регресс неврологического дефицита был менее заметен (в среднем на 1,85 балла, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, включение методов РТ в раннюю реабилитацию постинсультных больных сопровождается достоверной положительной динамикой когнитивных функций, а также оказывает благоприятное влияние на повышение уровня мотивации больных, что особенно важно для проведения реабилитационных мероприятий, так как способствует более быстрому регрессу очаговой неврологической симптоматики.

Ключевые слова: постинсультные когнитивные нарушения, мотивация, острый период ишемического инсульта, рефлексотерапия.

Для цитирования: Молчанова Е.Е., Грищенко Ю.С. Клиническое исследование эффективности рефлексотерапии в лечении постинсультных когнитивных нарушений в остром периоде церебрального инсульта. Consilium Medicum. 2018; 20 (2): 156–159. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.2.156-159

Original article

Clinical study of the effectiveness of reflexotherapy in the treatment of post-stroke cognitive disturbances in the acute period of the cerebral stroke

E.E.Molchanova^{✉1}, Yu.S.Grishhenko²

¹Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation. 675000, Russian Federation, Blagoveshchensk, ul. Gor'kogo, d. 95;

²Amur Regional Clinical Hospital. 675000, Russian Federation, Blagoveshchensk, ul. Voronkova, d. 26/6

[✉]helendok@mail.ru

Abstract

The causes of disability after a stroke are not only motor, sensory, speech disorders, but also cognitive impairments that reach the severity of dementia. The purpose of this study was to evaluate the clinical efficacy of reflexotherapy inclusion in the scheme of rehabilitation of patients with acute ischemic stroke for the correction of post-stroke cognitive impairment and to increase the level of motivation of patients.

Materials and methods. A survey and a course of early rehabilitation of fifty patients in the acute period of ischemic stroke were carried out. Cognitive impairment in patients was confirmed by the results obtained during testing on the MMSE scales and the MoCA test. The motivation of the patients was investigated using the Questionnaire Test "Motivation for Success and Motivation for Fear of Failure". The clinical study was supplemented by an assessment on the scale of assessing the severity of stroke NIHSS. In the main group (30 patients) the basic unified complex of rehabilitation measures was optimized by the inclusion of various methods of reflexotherapy. Patients in the control group (20 patients) received traditional treatment without reflexotherapy.

Results. In the main group, on the fifteenth day from the beginning of reflexotherapy, cognitive functioning indices on both scales revealed significant positive dynamics (by 3.1 points by MMSE and 3.2 points by the MoCA test, $p < 0.001$) and a significant increase in the level of motivation (on average 2.1 points, $p < 0.001$). In the second group, cognitive improvements were less noticeable ($p > 0.05$), there was no significant change in the level of motivation ($p > 0.05$). The NIHSS scores in the main group significantly improved compared to baseline (mean 3.88 points, $p < 0.001$), whereas in the second group the regression of the neurological deficit was less marked (on average by 1.85 points, $p < 0.05$).

Conclusion. Thus, the inclusion of reflexotherapy in the early rehabilitation of post-stroke patients is accompanied by reliable positive dynamics of cognitive functions, and also has a beneficial effect on increasing the level of motivation of patients, which is especially important for rehabilitation activities, promoting more rapid regression of focal neurological symptoms.

Key words: post-stroke cognitive impairment, motivation, acute period of ischemic stroke, reflexotherapy.

For citation: Molchanova E.E., Grishhenko Yu.S. Clinical study of the effectiveness of reflexotherapy in the treatment of post-stroke cognitive disturbances in the acute period of the cerebral stroke. Consilium Medicum. 2018; 20 (2): 156–159. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.2.156-159

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно регистрируется около 15–20 млн новых случаев инсульта, и лишь около 20% выживших больных, по

данным Национального регистра инсульта, могут вернуться к прежней работе [1]. Причинами инвалидизации после перенесенного инсульта являются не только двигатель-

ные, чувствительные расстройства и коммуникативные трудности из-за нарушений речи, но и когнитивные нарушения, достигающие выраженности деменции [2]. Риск развития деменции после инсульта составляет от 4 до 40%, а когнитивных нарушений, не достигающих выраженности деменции, – от 37 до 71% [3–6].

Под постинсультными когнитивными нарушениями (ПИКН) понимают любые когнитивные расстройства, которые выявляются в первые 3 мес после инсульта (ранние ПИКН) или в более поздние сроки, но обычно не позднее года после инсульта (поздние ПИКН), т.е. имеют временную связь с инсультом [7].

Отрицательное влияние ПИКН на процесс восстановления утраченных функций объясняется тем, что первые, являясь надежным индикатором уменьшения способности головного мозга к репарации после острого повреждения, приводят к трудностям коммуникации с пациентом, существенно снижая эффективность реабилитации, а также оказывают негативное влияние на эффективность вторичной профилактики и ассоциированы с более высоким риском повторного инсульта [2, 8]. Поэтому целесообразным является ранний скрининг ПИКН у пациентов, перенесших инсульт, с помощью простых нейропсихологических методик, которые на сегодняшний день являются единственным объективным методом диагностики когнитивных нарушений после инсульта [9], а также проведение терапии, направленной на коррекцию выявленных когнитивных нарушений. Оценка когнитивных способностей целесообразно проводить в первые дни и месяцы после инсульта, когда репаративные процессы и восстановление утраченных неврологических функций протекают наиболее интенсивно и можно ожидать положительный эффект медикаментозной и другой терапии, направленной на улучшение когнитивных функций [3]. Обязательным условием для проведения нейропсихологического тестирования является ясное сознание пациента.

Среди нейропсихологических методик наиболее популярны краткая шкала оценки психического статуса MMSE (Mini-Mental State Examination), Мини-Ког и Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment – MoCA), о чем свидетельствует большинство работ, посвященных данной проблеме. Мини-Ког и MMSE существенно уступают MoCA-тесту по чувствительности, особенно у пациентов с легкими или умеренными (недементными) ПИКН, а также при ПИКН лобного характера [10–12]. В то же время необходимо учитывать вероятность гипердиагностики ПИКН при использовании MoCA-теста у пациентов с низким уровнем образования или находящихся в состоянии сильного эмоционального стресса [9, 13].

У пациентов с ПИКН чаще отмечаются депрессия и эмоциональная лабильность, выраженное снижение мотивации к любой деятельности в сочетании с апатией, а также относительная фармакорезистентность, оказывающие не менее негативное влияние на реабилитационный процесс [14]. Следовательно, адекватная коррекция ПИКН является одним из важных мероприятий в системе ранней реабилитации, а нарастающая алергизация населения и опасность развития побочных эффектов лекарственных препаратов делает все более популярным и клинически оправданным применение немедикаментозных методов терапии.

С целью снижения фармакологической нагрузки и увеличения эффективности лечения возможно применение рефлексотерапевтических методов. Рефлексотерапия (РТ) способствует улучшению кровообращения головного мозга (за счет уменьшения тонуса артерий и улучшения венозного оттока) и нормализации артериального давления. Воздействие на точки широкого спектра действия оказывает иммуномодулирующий, анксиолитический, антиде-

прессивный эффект, а воздействие на специфические точки помогает коррекции очаговой неврологической симптоматики и симптомов сопутствующих заболеваний [15]. Различные акупунктурные схемы и методы РТ когнитивных нарушений предложены в основном при хронической ишемии головного мозга. В традиционной схеме корпоральной РТ берутся точки в зависимости от имеющихся симптомов: обладающие гипотензивным действием, для улучшения мозгового кровотока, нормализации сна, уменьшения головокружения, нормализации вегетативной функции [15–17].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности включения РТ в схемы реабилитации в остром периоде ишемического инсульта с целью коррекции ПИКН и повышения уровня мотивации пациентов.

Материал и методы

На базе неврологического отделения первичного сосудистого центра Благовещенска (ГАУЗ АО БГКБ) проведено обследование и курс ранней реабилитации 50 больных в остром периоде ишемического инсульта. В числе осмотренных мужчин и женщин оказалось поровну, возраст пациентов варьировал от 40 до 74 лет. Диагноз инсульта у всех пациентов был установлен на основании анамнеза, данных неврологического осмотра, дуплексного сканирования магистральных артерий головы и подтвержден при исследовании с помощью компьютерной томографии. Клиническая оценка неврологического статуса дополнялась балльной оценкой неврологического дефицита по шкале оценки тяжести инсульта NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale).

Когнитивные нарушения у пациентов выявлялись путем сбора анамнеза, клинического осмотра в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра, консультации психиатра, психолога и подтверждались результатами, полученными при проведении тестирования по шкалам MMSE [18] и MoCA-тест [19]. Согласно шкале MMSE (где итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов) максимально можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций; 24–27 баллов соответствуют преддементным (легким) когнитивным нарушениям, 20–23 – деменции легкой степени выраженности, 11–19 – деменции умеренной степени выраженности, и при наборе от 0 до 10 баллов диагностируется тяжелая деменция. Согласно MoCA-тесту максимально возможное количество баллов – 30, 26 и более считается нормальным. При этом шкалой не предусмотрена градация на легкие, умеренные и тяжелые когнитивные нарушения. Мотивация пациентов исследовалась при помощи опросника МУН, согласно которому при значениях от 1 до 7 баллов диагностируется мотивация боязни неудачи, от 14 до 20 – мотивация успеха, от 8 до 13 – мотивационный полюс ярко не выражен.

Из общей совокупности больных случайной выборкой были сформированы две группы, сопоставимые по полу, возрасту и тяжести неврологической симптоматики (табл. 1). Основную группу составили 30 (60%) пациентов, контрольную – 20 (40%) человек. В основной группе базисный унифицированный комплекс реабилитационных мероприятий был оптимизирован включением различных методов РТ. Курс РТ, включавший применение комбинированных техник: корпоральной акупунктуры в сочетании с краниопунктурой и аурикулотерапией (n=15) и корпоральной акупунктуры в сочетании с динамической электронной стимуляцией зон скальпа и аурикулярных точек (n=15), начинался преимущественно с 3–5-го дня от момента госпитализации в стационар. Кроме акупунктурных точек и зон скальпа, применяемых в

Признак	Основная группа	Контрольная группа	
Число	30	20	$p > 0,05$
Возраст, лет	61,0±1,43	60,95±2,2	$p > 0,05$
Пол муж./жен., %	50/50	50/50	$p > 0,05$
Шкала NIHSS, балл	5,82±0,45	6,2±0,71	$p > 0,05$
Шкала MMSE, балл	23,6±0,43	23,4±0,6	$p > 0,05$
Шкала MoCA-тест, балл	22,1±0,9	22,9±0,24	$p > 0,05$
Опросник МУН, балл	12,8±0,27	12,5±0,39	$p > 0,05$

Показатель, баллы	Основная группа		p_1	Контрольная группа		p_2	p_3
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения		
NIHSS	5,82 ± 0,45	1,94 ± 0,23	$p < 0,001$	6,2 ± 0,71	4,35 ± 0,59	$p < 0,05$	$p < 0,001$
MMSE	23,6 ± 0,43	26,5 ± 0,67	$p < 0,001$	23,4 ± 0,6	23,9 ± 0,56	$p > 0,05$	$p < 0,001$
MoCA-тест	22,1 ± 0,9	25,3 ± 0,1	$p < 0,001$	22,9 ± 0,24	23,6 ± 0,45	$p > 0,05$	$p < 0,001$
Опросник МУН	12,7 ± 0,27	14,8 ± 0,36	$p < 0,001$	12,5 ± 0,39	13,5 ± 0,35	$p > 0,05$	$p < 0,01$

Примечание: p_1 – достоверность различий между исходными данными и через 15 дней внутри основной группы; p_2 – достоверность различий между исходными данными и через 15 дней внутри контрольной группы; p_3 – достоверность различий данных между основной и контрольной группами через 15 дней от начала лечения.

зависимости от имеющейся очаговой неврологической симптоматики, использовалось сочетание точек общесистемного действия: GI (II) 11 цюй-чи; GI (II) 4 хэ-гу; E (III) 36 цзу-сань-ли; TR (X) 7 вай-гуань; VB (XI) 34 ян-лин-цюань; T 20 бай-хуэй, сы-шэнь-цун, – эффект которых реализуется через неспецифические структуры лимбико-ретикулярного комплекса, точек со спазмолитическим и психотропным эффектами: F (XII) 2 син-цзянь; F (XIII) 3 тай-чун; VB (XI) 20 фэн-чи, MC (IX) 6 нэй-гуань; C (V) 7 шэнь-мэнь – и аурикулярных точек (55, 29, 95, 100, 51, 13), по 2–3 на процедуру. Время экспозиции от 20 до 30 мин. Сеансы проводились ежедневно, курс состоял из 10 сеансов. Пациенты контрольной группы получали традиционное медикаментозное лечение в сочетании с лечебной физкультурой и физиолечением, но без включения РТ.

Критерии включения: ясность сознания, отсутствие выраженной афазии, психозов, соматических заболеваний в стадии декомпенсации и клинических проявлений депрессии.

Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Microsoft Office 2013 (Excel) и Statistica 6.0. Для данных с нормальным распределением вычисляли выборочное среднее (M), среднеквадратичное отклонение и стандартную ошибку выборочного среднего (m). При сравнении выборочных средних для двух групп данных с нормальным распределением использован критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При оценке когнитивных нарушений на момент первичного осмотра и опроса у 7 (14%) пациентов: 4 – в основной группе и 3 – в группе сравнения – нарушений когнитивных функций не было выявлено (28–30 баллов по шкале MMSE), у 26 (52%) выявлены легкие когнитивные расстройства (24–27 баллов); 16 (32%) – деменция легкой степени выраженности (20–23 балла); у 1 (2%) больного – деменция умеренной степени выраженности (11–19 баллов). Средние значения показателей как по шкале MMSE, так и по шкале MoCA-тест в основной и контрольной группах достоверно не различались (см. табл. 1).

На фоне проводимого комплексного лечения с использованием РТ в основной группе на 15-й день показатели

когнитивного функционирования по обеим шкалам обнаружили достоверную положительную динамику (на 3,1 балла по MMSE и 3,2 балла по MoCA-тесту, $p < 0,001$). Исследуемые лучше концентрировали внимание, медленнее истощались во время умственной деятельности, улучшилась краткосрочная память, восприятие устной и письменной речи, исполнительные функции, стали охотнее вступать в контакт. У 2-й группы исследуемых когнитивные улучшения были менее заметными, средний балл по шкале MMSE и шкале MoCA-тест улучшился незначительно (на 0,5 и 0,7 балла соответственно) и статистически незначимо ($p > 0,05$); табл. 2.

При исследовании мотивации, согласно данным опросника МУН, было обнаружено, что и в основной и контрольной группе мотивационный полюс ярко не был выражен и достоверно не различался (см. табл. 1). Однако на фоне лечения у больных основной группы уровень мотивации достоверно повысился (в среднем на 2,1 балла, $p < 0,001$), и пациенты были уже более ориентированы на успех. В контрольной группе достоверного изменения уровня мотивации не произошло (увеличение в среднем на 1 балл, $p > 0,05$); см. табл. 2.

На момент начала исследования тяжесть инсульта, оцененная по шкале NIHSS, достоверно не различалась в основной и контрольной группах (см. табл. 1). Однако к 15-му дню терапии на фоне комплексной реабилитации в группе больных, получавших РТ, показатели по шкале NIHSS достоверно улучшились по сравнению с исходными (в среднем на 3,88 балла, $p < 0,001$), тогда как во 2-й регресс неврологического дефицита был менее заметен (в среднем на 1,85 балла, $p < 0,05$); см. табл. 2.

Достоверных различий показателей по всем шкалам в зависимости от применяемой методики РТ получено не было.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало у пациентов в остром периоде церебрального инсульта достаточно высокую частоту ПИКН (86%) с преобладанием легких когнитивных расстройств (52%), требующих адекватной коррекции.

Включение методов РТ в раннюю реабилитацию постинсультных больных сопровождается достоверной положи-

тельной динамикой когнитивных функций по шкалам MMSE и MoCA-тест, а также оказывает благоприятное влияние на повышение уровня мотивации больных, что особенно важно для проведения реабилитационных мероприятий, так как способствует более быстрому регрессу очаговой неврологической симптоматики.

Литература/References

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Крылов В.В. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации. Сб. материалов 80-й сессии общего собрания РАМН. М., 2007. / Gusev E.I., Skvortsova V.I., Krylov V.V. Snizhenie smertnosti i invalidnosti ot sosudistykh zaboolevaniy mozga v Rossiiskoi Federatsii. Sb. materialov 80-i sessii obshchego sobraniia RAMN. M., 2007. [in Russian]
2. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. М.: МИА, 2012. / Parfenov V.A., Khasanova D.R. Ishemicheskii insult. M.: MIA, 2012. [in Russian]
3. Вахнина Н.В. Профилактика и лечение постинсультных когнитивных нарушений. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2014; 4: 32–9. / Vakhnina N.V. Profilaktika i lechenie postinsul'tnykh kognitivnykh narushenii. Effektivnaia farmakoterapiia. Nevrologiia i psikhiiatriia. 2014; 4: 32–9. [in Russian]
4. Файзулина Е.В. Когнитивные нарушения и их лечение у больных ишемическим инсультом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2009. / Faizulina E.V. Kognitivnye narusheniia i ikh lechenie u bol'nykh ishemicheskim insultom. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Irkutsk, 2009. [in Russian]
5. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Климов Л.В. Когнитивные расстройства при ишемическом инсульте в каротидной системе. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2003; 9. Прил. 171. / Iakhno N.N., Parfenov V.A., Klimov L.V. Kognitivnye rasstroistva pri ishemicheskom insulte v karotidnoi sisteme. Zhurn. nevrologii i psikhiiatrii im. S.S.Korsakova. 2003; 9. Pril. 171. [in Russian]
6. Ihle-Hansen H, Thommessen B, Wyller TB et al. Incidence and subtypes of MCI and dementia 1 year after first-ever stroke in patients without pre-existing cognitive impairment. Dement Geriatr Cogn Dis 2011; 32: 401–7.
7. Левин О.С. Современные подходы к диагностике и лечению постинсультных когнитивных нарушений. Совр. терапия в психиатрии и неврологии. 2014; 1: 40–6. / Levin O.S. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniiu postinsul'tnykh kognitivnykh narushenii. Sovr. terapiia v psikhiiatrii i nevrologii. 2014; 1: 40–6. [in Russian]
8. Дамулин И.В. Основные механизмы нейропластичности и их клиническое значение. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2009. 109; 4: 4–8. / Damulin I.V. Osnovnye mekhanizmy neiroplastichnosti i ikh klinicheskoe znachenie. Zhurn. nevrologii i psikhiiatrii im. S.S.Korsakova. 2009. 109; 4: 4–8. [in Russian]
9. Захаров В.В., Вахнина Н.В., Громова Д.О., Тараповская А.А. Диагностика и лечение когнитивных нарушений после инсульта. Мед. совет. 2015; 10: 14–21. / Zakharov V.V., Vakhnina N.V., Gromova D.O., Tarapovskaia A.A. Diagnostika i lechenie kognitivnykh narushenii posle insulta. Med. sovet. 2015; 10: 14–21. [in Russian]
10. Кутлубаев М.А., Сaitгареева А.Р., Ахмадеева Л.Р. Когнитивные нарушения в остром периоде церебрального инсульта: сравнительный анализ краткой шкалы оценки психического статуса, Монреальской шкалы когнитивной оценки и теста рисования часов. Рос. мед. вести. 2014; 19 (2): 63–7. / Kullubaev M.A., Saitgareeva A.R., Akhmadeeva L.R. Kognitivnye narusheniia v ostrom periode tserebral'nogo insulta: sravnitel'nyi analiz kratkoi shkaly otsenki psikhicheskogo statusa, Monreal'skoi shkaly kognitivnoi otsenki i testa risovaniia chasov. Ros. med. vesti. 2014; 19 (2): 63–7. [in Russian]
11. Agrell B, Dehlin O. Mini mental state examination in geriatric stroke patients. Validity, differences between subgroups of patients and relationships to somatic and mental variables. Aging 2000; 12 (6): 439–44.
12. Koning I, van Kooten F, Koudstaal PJ. Value of screening instruments in the diagnosis of post-stroke dementia. Haemotasis 1998; 28: 158–66.
13. Захаров В.В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения. Consilium Medicum. 2011; 13 (2): 82–90. / Zakharov V.V. Neiropsikhologicheskie testy. Neobkhodimost' i vozmozhnost' primeneniia. Consilium Medicum. 2011; 13 (2): 82–90. [in Russian]
14. Преображенская И.С. Когнитивные нарушения у пациентов с острой и хронической церебральной ишемией: этиология, патогенез, принципы терапии. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2014; 4: 17–22. / Preobrazhenskaia I.S. Kognitivnye narusheniia u patsientov s ostroi i khronicheskoi tserebral'noi ishemiei: etiologia, patogenez, printsipy terapii. Effektivnaia farmakoterapiia. Nevrologiia i psikhiiatriia. 2014; 4: 17–22. [in Russian]
15. Михайлова А.А., Поспелова А.А., Фирсова Н.П. Рефлексотерапия в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией I–II стадии. Вестн. новых мед. технологий. 2012; XIX (1): 157–62. / Mikhailova A.A., Pospelova A.A., Firsova N.P. Refleksoterapiia v kompleksnom lechenii bol'nykh s distsirkulatornoi entsefalopatiei I–II stadii. Vestn. novykh med. tekhnologii. 2012; XIX (1): 157–62. [in Russian]
16. Гань Цзюньда. Рефлексотерапия в восстановительном лечении больных пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. / Gan' Tsiun'da. Refleksoterapiia v vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh pozhilogo vozrasta s distsirkulatornoi entsefalopatiei. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2014. [in Russian]
17. Шемякин Ю.Г., Шемякина О.А., Карпов С.М., Колесникова Д.Ю. Влияние акупунктуры на когнитивные функции, эмоциональное состояние и качество жизни больных с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии. Фундаментальные исследования. 2013; 9: 939–44. / Shemiakin Yu.G., Shemiakina O.A., Karpov S.M., Kolesnikova D.Iu. Vliianie akupunktury na kognitivnye funktsii, emotsional'noe sostoianie i kachestvo zhizni bol'nykh s distsirkulatornoi entsefalopatiei I stadii. Fundamental'nye issledovaniia. 2013; 9: 939–44. [in Russian]
18. Folstein MF, Folstein SE, Hugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatric Res 1975; 12: 189–98.
19. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 695–9.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Молчанова Елена Евгеньевна – доц. каф. факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО Амурская ГМА. E-mail: helendok@mail.ru

Грищенко Юлия Сергеевна – врач-психотерапевт женской консультации Амурского областного перинатального центра ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». E-mail: 89098122510@mail.ru