

Выводы. Успешное решение ФПРТ и профсоюзными санаториями РТ поставленных задач позволило значительно снизить негативные последствия пандемии COVID-19 для Республики Татарстан.

* * *

ФУНКЦИЯ АКТИВНОГО ВНИМАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кузюкова А.А. (+7(196)150-8376), Рачин А.П. (+7(916)332-1362), Одарушенко О.И. (+7(916)279-1449), Нувахова М.Б. (+7(926)184-4422), Романенко Д.Н. (+7(966)073-2277), Евлоева З.М. (+7(929)105-6869)

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования. Изучение когнитивных функций у пациентов в позднем восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу.

Материал и методы. У 82 пациентов (в возрасте с 45 до 70 лет) в позднем восстановительном периоде ОНМК по ишемическому типу (срок с момента перенесения ОНМК от 6 до 24 мес) было проведено изучение когнитивных функций. Использовались клинико-анамнестический и психологический методы, оценка выраженности когнитивных нарушений проводилась по шкале MMSE. Одновременно системой компьютеризированной психологической диагностики Vienna Testsystem исследовались функции активного внимания, при помощи теста WAFA, измеряющего время реакции на простой визуальный и раздражающий материал. Раздражитель предлагался без предупреждающего раздражителя и с предупреждением в звуковой и визуальной форме (внутренняя и фазовая внимательность). Изучались два параметра: среднее время реакции и величина разброса времени реакции (разница по скорости реагирования на всем временном промежутке выполнения задания), время проведения теста не превышало 10–12 мин.

Результаты. Клинико-анамнестически и при помощи шкалы MMSE когнитивные нарушения выявлены у 61% обследованных, из которых у 36% — легкие (додементные) расстройства и у 15% — степень нарушений соответствовала деменции. Изучение активного внимания показало, что у большинства пациентов (61% — 50 пациентов) время реакции превышало нормативные для данного возраста показатели, что свидетельствовало о снижении функции, замедленности реагирования на внешние раздражители, у 23% (27 пациентов) показатель соответствовал норме и лишь у 6% (5 пациентов) был выше нормы. Однако из всех 32 (29%) пациентов, у которых регистриро-

вались нормальные и выше нормы показатели времени реакции лишь у 4 (5% от общей выборки) величина разброса времени реакции была в норме либо лучше нормы, у остальных 24% данный параметр был хуже возрастной нормы, что свидетельствовало о сложности поддержания испытуемыми активного внимания, повышенной утомляемости, истощаемости данной функции даже при кратковременных нагрузках. Показатели нарушенного внимания не всегда коррелировали со степенью тяжести когнитивных нарушений, измеряемых по шкале MMSE: в ряде случаев пациенты демонстрировали низкие показатели по данному параметру, тогда как функция внимания была у них достаточно сохранной, и, наоборот, нередко нормальным показателям шкалы MMSE и клинико-анамнестическим данным соответствовали сниженные показатели времени реакции, и величины разброса времени реакции.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о нарушении активного внимания у подавляющего большинства (96% по данным проведенного обследования) пациентов в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта, независимо от наличия регистрируемого когнитивного дефицита, которое негативным образом отражается на общем функционировании пациентов.

Выводы. Реабилитационные мероприятия для пациентов с ОНМК должны включать в себя программы по тренировке активного внимания, что будет способствовать повышению их качества жизни и играть протекторную роль, препятствующую прогрессированию когнитивного снижения.

* * *

ОБЪЕМ КРАТКОСРОЧНОЙ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кузюкова А.А. (+7(196)150-8376), Рачин А.П. (+7(916)332-1362), Одарушенко О.И. (+7(916)279-1449), Нувахова М.Б. (+7(926)184-4422), Романенко Д.Н. (+7(966)073-2277), Евлоева З.М. (+7(929)105-6869)

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Важность проведения эффективной диагностики когнитивных нарушений у пациентов, перенесших инсульт не вызывает сомнений. Так, по данным В.В. Захарова (2011 г.) через 6 мес после инсульта когнитивные нарушения выявляются примерно у 45–80% больных, деменция — у 10–15%; через 5 лет деменция развивается уже у 20–25% пациентов; риск развития деменции в первые 3 мес после инсульта у пациентов старше 60 лет в 9 раз выше, чем у пожилых без инсульта.

Цель исследования. Оценки когнитивного статуса у пациентов в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. Для оценки когнитивного статуса у 82 пациентов (в возрасте от 45 до 70 лет) в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта (срок с момента перенесения острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) от 6 до 24 мес), проходящих реабилитацию в неврологическом отделении НМИЦ РК, изучался объем краткосрочной памяти. Пациентам предлагался блоковый теппинг-тест для измерения актуального блокового диапазона — объема пространственной рабочей памяти (тест CORSI, системы компьютеризированной психологической диагностики Vienna Testsystem). В норме показатели блокового диапазона варьируют от 5 до 9 блоков у лиц до 54 лет и от 4 до 8 блоков у лиц старше 55 лет.

Результаты. У 37% пациентов (30 человек) показатели блокового диапазона были ниже нормы, у 41% (34 пациента) — на нижней границе нормы и лишь в 22% случаев (18 человек) — были немного выше нижней границы нормы (6 блоков для лиц до 54 лет и 5 — для лиц старше 55 лет), практически не встречалось пациентов с высокими показателями объема краткосрочной памяти (7 блоков и выше). По шкале MMSE когнитивные нарушения выявлены у 61% обследованных, из которых у 36% — легкие (додементные) расстройства и у 15% — степень нарушений соответствовала деменции. Низкие показатели блокового диапазона не всегда коррелировали со степенью регистрируемых когнитивных нарушений: нередко при достаточно успешном прохождении теста MMSE пациент демонстрировал низкие показатели по объему оперативной памяти и наоборот.

Заключение. У подавляющего большинства пациентов (78%) перенесших ОНМК по ишемическому типу в позднем восстановительном периоде выявлены низкие показатели объема оперативной памяти (ниже нормы и на нижней границе возрастной нормы), которые существенно отражаются на их качестве жизни (способности быстрого решения задач, переключения с одного действия на другое) и не всегда коррелируют с регистрируемой степенью когнитивных нарушений.

Выводы. Оценка состояния краткосрочной памяти в комплексе с рутинно используемыми диагностическими методиками, при своей малой затратности по времени, позволяет объективизировать когнитивный статус пациента и на более ранних этапах выявить имеющиеся нарушения когнитивных функций; выявленные низкие показатели краткосрочной памяти у большинства пациентов с ОНМК указывают на необходимость разработки специальных программ реабилитации, направленных на восстановление, предотвращение либо замедление прогрессирующего указанных нарушений.

* * *

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ГРАНИЦ И ЗОН САНИТАРНОЙ (ГОРНО-САНИТАРНОЙ) ОХРАНЫ НА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КАДАСТР

Куклин Д.Н., Писковцева И.П.

Общество с ограниченной ответственностью «Фирма по разведке, охране и технологии использования природных лечебных ресурсов «ГЕОМИНВОД», Москва, Россия

В настоящее время в связи с Поручением Президента Российской Федерации от 19.09.2016 №Пр-1818ГС, Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.11.2019 №2852-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации Стратегии развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации» ряд курортов Российской Федерации для постановки их границ на государственный кадастр и внесения сведений в Единый государственный реестр недвижимости (ЕГРН) приступили к актуализации границ округов санитарной и горно-санитарной, установленных в 1960—1980 гг., (Сочи, курорты КМВ, Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Белокуриха и др.).

Корректировка границ округов санитарной и горно-санитарной курортов необходима, поскольку за прошедший период в стране коренным образом изменились имущественно-правовые отношения в части пользования земельными участками, которые в настоящее время определяются Земельным кодексом Российской Федерации, Градостроительным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 24.07.2007 №221-ФЗ «О государственном кадастре недвижимости (О кадастровой деятельности)».

На период разработок округов санитарной охраны курортов в 1960—1980 гг. при подготовке графических материалов с границами округов и зон санитарной охраны отсутствовала нормативная база о государственном кадастре недвижимости, а также не были определены используемые в нем системы координат. Описание границ округов санитарной охраны курортов проводилась с помощью азимутов и расстояний между поворотными точками этих границ.

Земельным кодексом в статье 105 (изменения, введенные Федеральным законом от 03.08.2018 №342-ФЗ) выделены зоны с особыми условиями использования территорий (ЗОУИТ) — в перечень под номером 15 входит округ санитарной (горно-санитарной) охраны лечебно-оздоровительных местностей, курортов и природных лечебных ресурсов.

Приказ Минэкономразвития России от 23.11.2018 №650 «Об установлении формы графического описания местоположения границ населенных пунктов, территориальных зон, особо охраняемых природных территорий, зон с особыми условиями использования территории, формы текстового описания местоположения границ населенных пунктов, территориальных зон, требований к точности определения координат