



**ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА I–II СТАДИИ
ПОСЛЕ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Обидов Фаррух Хамитович
Мавлянова Зилола Фархадовна
Джурабекова Азиза Тахировна**

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение. Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) является распространённой патологией у людей среднего и пожилого возраста и нередко сопровождается прогрессирующим снижением когнитивных функций. Стандартная терапия имеет ограниченную эффективность в отношении когнитивного дефицита. Внедрение персонализированных программ реабилитации может повысить результативность терапии за счёт учёта индивидуальных особенностей пациента.

Цель исследования. Оценить эффективность персонализированной программы медицинской реабилитации в коррекции когнитивных нарушений у пациентов с ХИМ I–II стадии.

Материалы и методы. В исследование включены 112 пациентов среднего возраста ($65,8 \pm 3,7$ лет) мужского и женского пола, страдающих ХИМ I–II стадии. Основная группа ($n=63$) получала персонализированную программу реабилитации, включающую когнитивно-ориентированную терапию, нейропсихологические тренировки, двигательные упражнения и медикаментозную коррекцию с учетом индивидуальных потребностей. Контрольная группа ($n=49$) находилась на стандартном амбулаторном лечении. Оценка когнитивных функций проводилась с использованием следующих методик: шкала MMSE (Mini-Mental State Examination) — краткая шкала оценки психического статуса, предназначенная для скрининга когнитивных нарушений, тест на переключение внимания (Trail Making Test, TMT) – формы А и В (TMT-A оценивает скорость психомоторных реакций и зрительно-моторную координацию), опросник FAB (Frontal Assessment Battery) — шкала, предназначенная для скрининга дисфункции лобных долей головного мозга, которая включает 6 субтестов: сходства, беглость, моторные серии, конфликты, инструкции и контроль интерференции.

Результаты. По завершении курса реабилитации в основной группе, проходившей персонализированную программу, были отмечены достоверные улучшения когнитивных функций по всем используемым



шкалам. Так, по шкале MMSE среднее значение увеличилось с $24,1 \pm 1,8$ до $27,3 \pm 1,5$ балла, что соответствует приросту на 3,2 балла ($p < 0,05$). В контрольной группе, получавшей стандартное лечение, прирост составил лишь 0,9 балла (с $24,3 \pm 1,7$ до $25,2 \pm 1,6$) и не был статистически значимым ($p > 0,05$). В тесте на переключение внимания (TMT-A) у пациентов основной группы наблюдалось сокращение времени выполнения задания с $52,4 \pm 6,2$ до $41,9 \pm 5,5$ секунд, что соответствует улучшению на 20% ($p < 0,05$). В контрольной группе снижение времени составило около 4,6% (с $51,7 \pm 5,8$ до $49,3 \pm 5,6$ секунд), без статистической значимости. По данным TMT-B, отражающим когнитивную гибкость и способность к переключению внимания, в основной группе также зафиксировано значимое улучшение: время выполнения снизилось с $132,5 \pm 12,4$ до $112,7 \pm 11,1$ секунд (улучшение на 15%, $p < 0,05$). В контрольной группе динамика была менее выраженной (снижение на 5% – с $130,8 \pm 13,1$ до $124,3 \pm 12,7$ секунд), и также не достигла уровня статистической значимости. По шкале FAB (Frontal Assessment Battery), оценивающей функции лобных долей, в основной группе средний балл увеличился с $12,3 \pm 1,6$ до $14,4 \pm 1,5$, прирост составил 2,1 балла ($p < 0,05$). В контрольной группе улучшение было минимальным – с $12,1 \pm 1,5$ до $12,7 \pm 1,4$ балла (прирост 0,6 балла, $p > 0,05$).

Выводы. Персонализированная программа реабилитации показала значительно большую эффективность в улучшении когнитивных функций у пациентов с ХИМ I–II стадии по сравнению со стандартным лечением, особенно в аспектах внимания, памяти, психомоторной скорости и исполнительных функций.. Полученные данные подтверждают необходимость внедрения индивидуализированных программ лечения в клиническую практику.