

*В. М. Міщенко, І. В. Здесенко, О. В. Дмитрієва, В. К. Міщенко***РОЛЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ***В. Н. Мищенко, И. В. Здесенко, Е. В. Дмитриева, В. К. Мищенко***Роль психоэмоциональных расстройств в реабилитации постинсультных больных***V. M. Mishchenko, I. V. Zdesenko, O. V. Dmytriieva, V. K. Mishchenko***Role of psychoemotional disorders in rehabilitation of post-stroke patients**

Проведено дослідження психо-емоційних розладів у осіб, які перенесли мозковий інсульт (МІ). Отримані результати показали, що у пацієнтів з МІ первинним є порушення рівня свідомості з когнітивними і астеничними порушеннями з подальшим формуванням психоемоційних розладів, тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі когнітивних розладів.

Розроблено програму реабілітації пацієнтів з постінсультними психо-емоційними розладами. Апробація розробленої програми показала поліпшення у 90 % пацієнтів.

Ключові слова: психоемоційні розлади, реабілітація, мозковий інсульт

Проведено исследование психоэмоциональных расстройств у лиц, перенесших мозговой инсульт (МИ). Полученные результаты показали, что у пациентов с МИ первичным является нарушение уровня сознания с когнитивными и астеническими нарушениями с последующим формированием психоэмоциональных расстройств, тревожно-депрессивных нарушений с элементами ипохондризации на фоне сохраняющихся когнитивных расстройств.

Разработана программа реабилитации пациентов с постинсультными психоэмоциональными расстройствами. Апробация разработанной программы показала улучшение у 90 % пациентов.

Ключевые слова: психоэмоциональные расстройства, реабилитация, мозговой инсульт

A study of psychoemotional disorders in persons who have suffered cerebral stroke (CS). The results showed that at cerebral stroke patients disorders of level of consciousness were primary with cognitive and asthenic disturbances with subsequent formation of psycho-emotional disorders, anxiety and depressive disorders with hypochondrical elements on the basis of persistent cognitive disorders.

A rehabilitation program for patients with poststroke psychoemotional disorders has been developed. Testing of the developed program showed an improvement in 90 % of patients.

Key words: psychoemotional disorders, rehabilitation, cerebral stroke

Нині серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією з найважливіших проблем клінічної медицини, що зумовлено великою поширеністю, смертністю від цієї патології. Найтяжчим ускладненням ССЗ є мозковий інсульт (МІ) [1—5]. Інсульт посідає третє місце у списку найбільш поширених причин смерті після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Частота інвалідизації постінсультних хворих сягає більше ніж 60 %, стороннього догляду потребує 20 % хворих і тільки 20 % осіб повертаються до трудової діяльності [1—8]. У 20 % хворих порушені функції відновлюються спонтанно або не втрачаються зовсім, 80 % хворих потребують реабілітації.

На сьогодні реабілітація визнана важливим щаблем багатопрофільної допомоги хворим на інсульт, суттєво впливає на відновлення функцій мозку та його реорганізацію, і може істотно зменшити первинну інвалідизацію пацієнтів. Комплексні програми реабілітації поліпшують функціональне відновлення порівняно зі стандартною медичною допомогою щодо швидкості та ступеня відновлення.

У більшості хворих, що перенесли МІ, спостерігаються різні психоемоційні розлади, які впливають на ефективність нейрореабілітаційних заходів. Зміни в психоемоційній сфері можуть призвести до виникнення та фіксації нових порушень, утворюючи «хибне коло» залежності психоемоційного і фізичного стану, розірвати яке стає дедалі важче з прогресуванням захворювання. Розлади психоемоційної сфери та негативні психологічні чинники у хворих, що перенесли МІ, утруднюють перебіг захворювання, відновно-реабілітаційні процеси, є однією із основних причин

непрацездатності та інвалідності пацієнтів. Тому корекція психоемоційних розладів є складовою частиною реабілітаційних програм у постінсультних хворих. А вивчення особливостей психоемоційних розладів, які впливають на ефективність нейрореабілітаційних заходів у хворих, що перенесли мозковий інсульт, є актуальною та сучасною проблемою.

Мета дослідження: Вивчити особливості психо-емоційних порушень, які впливають на ефективність нейрореабілітаційних заходів у хворих, що перенесли мозковий інсульт, на різних етапах захворювання.

Використані такі методи досліджування: клініко-психопатологічні, психодіагностичні (вивчення особистісної тривожності і реактивної тривоги за шкалою Спілбергера — Ханіна; оцінювання депресії за шкалами Гамільтона (HDRS) і Бека; оцінювання когнітивних функцій за шкалою оцінки психічного статусу (MMSE); оцінювання якості життя пацієнтів за допомогою «Шкали оцінки якості життя» (Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G., 1999), адаптованої Н. О. Марутою), статистичні [9—11].

Для вивчення рівня тривожності застосовано шкалу тривожності Спілбергера — Ханіна. Ця методика враховує диференціацію факторів особистісної тривожності і реактивної тривоги.

Шкала реактивної тривоги й особистісної тривожності складається з двох частин по 20 завдань у кожній. За допомогою першої частини (опитувальник А) визначають — як людина відчуває себе зараз, в цей момент, вона відтворює актуальний стан пацієнта, а завдання другої частини (опитувальник Б) — допомогти з'ясувати — як суб'єкт відчуває себе зазвичай, тобто діагностувати тривогу як властивість

особистості. Кожна з частин шкали має власну інструкцію. Окремі висловлювання з опитувальника оцінюють за чотирибальною шкалою. Вербальна інтерпретація позицій оціночної шкали в першій і другій частинах опитувальника — різна. Для першої частини опитувальника — «абсолютно правильно» (4 бали), «правильно» (3 бали), «мабуть, правильно» (2 бали), «абсолютно неправильно» (1 бал). Для другої частини опитувальника — «майже ніколи» (1 бал), «іноді» (2 бали), «часто» (3 бали), «майже завжди» (4 бали).

Рівень реактивної тривоги обчислювали за формулою:

$$Tr = \Sigma rp - \Sigma rz + 50,$$

де Tr — показник реактивної тривоги; Σrp — сума балів за прямими запитаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18); Σrz — сума балів за зворотними запитаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовували формулу:

$$To = \Sigma op - \Sigma oz + 35,$$

де To — показник особистісної тривожності; Σop — сума балів за прямими запитаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40); Σoz — сума балів за зворотними запитаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Інтерпретація результатів: до 30 балів — низький рівень тривоги, від 31 до 45 балів — помірний рівень, понад 46 балів — високий рівень тривоги.

Для досліджування рівня депресії у хворих ми використовували шкалу Бека і HDRS.

Шкала Бека містить 21 запитання, на кожне з яких респондент обирає один з п'яти або з чотирьох запропонованих варіантів відповіді. Інтерпретація результатів: до 9 балів — депресії немає, 10—15 балів — легка депресія, 16—19 балів — помірна депресія, 20—29 балів — виражена депресія, 30—63 бали — тяжка депресія.

HDRS складається з 23 пунктів, два з яких (16-й і 18-й) містять 2 частини — А і Б, які заповнюють альтернативно. Параметри за HDRS оцінюють на основі даних клінічного інтерв'ю. Кожне запитання респондент оцінює, обираючи один з 5 варіантів відповідей. Інтерпретація результатів: 7—16 балів — легкий депресивний епізод, 17—27 — помірний депресивний епізод, понад 27 балів — важкий депресивний епізод.

Для вивчення когнітивних функцій ми використали шкалу MMSE. Шкала призначена для вивчення психічного статусу хворого і оцінки таких характеристик: орієнтування, сприйняття, увага, пам'ять, лічба, перцептивно-гностичні функції. Ця методика містить 6 пунктів. Перший пункт — орієнтування в часі, другий — орієнтування в місці, третій, п'ятий пункти — сприйняття і пам'ять, четвертий пункт — концентрація уваги і лічба, шостий — мовні функції. Результати тесту оцінюють підсумовуванням результатів за кожним з пунктів. Інтерпретація результатів: 28—30 балів — немає порушень когнітивних функцій, 24—27 — помірні когнітивні порушення, 20—23 — деменція легкого ступеня, 11—19 — деменція помірного ступеня, 0—10 — важка деменція.

Для оцінювання якості життя пацієнтів ми використовували методику Mezzich I., Cohen N., Ruizperez M., Lin I., and Yoon G. (1999), адаптовану Н. О. Марутою, яка дає можливість оцінити суб'єктивну міру благополуччя хворих і їх задоволеність умовами свого життя. Це багатофакторна методика, яка дає змогу отримати оцінку якості життя хворого як загалом, так і за окремими сферами і субсферами його життя. Вона містить 10 шкал, кожна з яких оцінюють за 10-бальною системою, де 1 бал — дуже погано, 10 балів — дуже добре.

Методика передбачає аналіз таких параметрів: фізичне благополуччя, психологічне/емоційне благополуччя, самообслуговування і незалежність дій, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціоемоційна підтримка, громадська та службова підтримка, особистісна реалізація, духовна реалізація, загальне сприйняття життя. Під час визначення показника якості життя підсумовували показники за окремими шкалами і обчислювали їх середню арифметичну, яка й визначала величину інтегрального показника якості життя.

Крім того, основні компоненти якості життя пацієнтів оцінювалися також і лікарями.

Усі отримані дані обробляли загальноприйнятими в медицині методами статистичного аналізу з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel 2007, Statistica for Windows 5,0. Частота клінічних ознак подана в абсолютних числах і виражена у відсотках. Отримані дані деяких експериментально-психологічних методик обробляли методами варіаційної статистики з обчисленням середньої арифметичної і її похибки. Достовірність отриманих результатів визначали за допомогою критерію Стюдента (відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$).

Проведено динамічне клініко-психопатологічне обстеження 60 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт. З усіх обстежених 70 % (42 особи) — чоловіки і 30 % (18 осіб) — жінки. Більшість належали до вікової групи 56—65 років — 43,3 % (26 осіб), 41,7 % пацієнтів (25 осіб) належали до вікової групи 46—55 років, 15 % хворих (9 осіб) — до вікової групи 36—45 років. Середній вік пацієнтів становив $53,3 \pm 5,5$ років.

Серед обстежених пацієнтів у 42 хворих (70 %) в патологічний процес були залучені басейни середніх мозкових артерій, у 18 (30 %) — вертебробазиллярний басейн. Кількість пацієнтів, які перенесли ішемічний МІ в басейні лівої і правої середніх мозкових артерій, була однаковою і становила 21 особу (35 %).

Відповідно до періодів перебігу МІ, обстеження пацієнтів проводили в чотири етапи: 1 етап — протягом 28 днів з моменту перенесеного МІ (гострий період), 2 етап — через 3 місяці після судинної події, 3 етап — через 6 місяців після події (відновний період), 4 етап — через рік після судинної події (період наслідків).

Виявлені клініко-психопатологічні порушення у хворих з МІ, особливості їх клінічної структури

і динаміки дали змогу виокремити провідні клінічні синдроми і типи ставлення пацієнтів до хвороби (табл. 1).

У гострому періоді МІ в усіх хворих первинним був синдром порушеної свідомості. Переважали поверхневі форми порушення свідомості — сомноленція (10,0 %), обнубіляція (46,7 %), оглушення (33,3 %). У 10 % хворих спостерігався більш виражений (за глибиною) рівень порушення свідомості (сопор). У подальшому приєднувалися синдром когнітивних порушень (83,3 ± 1,7 %) та астеничний синдром (66,7 ± 1,3 %).

Синдром когнітивних порушень характеризувався дефектністю мнестичних, інтелектуальних функцій та емоційної сфери, астеничний синдром — підвищеною втомлюваністю (90,0 ± 1,7 %), дратівливістю (16,7 ± 0,3 %), загальною слабкістю (90,0 ± 1,7 %), зниженою працездатністю (90,0 ± 1,7 %), нестійкістю настрою (20,0 ± 0,2 %). Больовий (66,7 ± 1,3 %), астено-депресивний (26,7 ± 0,3 %), фобічний (10,0 ± 0,2 %), астено-іпохондричний (3,3 ± 0,1 %) синдроми та анозогностичні розлади (13,3 ± 0,7 %) у хворих з МІ спостерігалися рідше, істероформний синдром на першому етапі не виявлений.

Таблиця 1. Провідні клінічні синдроми та типи ставлення до хвороби у пацієнтів, що перенесли мозковий інсульт

Синдром	Представленість на етапах дослідження (% ± m%)			
	1	2	3	4
Больовий	66,7 ± 1,3	53,3 ± 1,7*	43,3 ± 0,7*	33,3 ± 0,7*
Порушеної свідомості	100,0 ± 1,7	—	—	—
Фобічний	10,0 ± 0,2	13,3 ± 0,7	20,0 ± 0,2	16,7 ± 0,3
Астеничний	66,7 ± 1,3	40,0 ± 0,4*	20,0 ± 0,2*	16,7 ± 1,3
Астено-іпохондричний	3,3 ± 0,1	10,0 ± 0,2*	16,7 ± 0,3*	13,3 ± 0,7
Астено-депресивний	26,7 ± 0,3	33,3 ± 0,2*	40,0 ± 0,4*	33,3 ± 0,2
Астено-тривожний	3,3 ± 0,1	16,7 ± 0,3*	23,3 ± 0,7*	23,3 ± 0,7
Істероформний	—	6,7 ± 0,1*	6,7 ± 0,1	6,7 ± 0,1
Когнітивних порушень	83,3 ± 1,7	66,7 ± 1,3*	80,0 ± 1,7*	73,3 ± 1,7
Анозогностичне ставлення	13,3 ± 0,7	10,0 ± 0,2	6,7 ± 0,1	5,0 ± 0,1

Примітка: * — $p < 0,05$

У відновному періоді на другому етапі дослідження вираженість когнітивних порушень (66,7 ± 1,3 %), больового (53,3 ± 1,7 %), астеничного (40,0 ± 0,4 %) синдромів, анозогностичних розладів (10,0 ± 0,2 %) зменшувалася. На перше місце виходили психоемоційні розлади. Базисним залишався астеничний синдром, що набував депресивного (33,3 ± 0,2 %), іпохондричного (10,0 ± 0,2 %), тривожного (16,7 ± 0,3 %), істероформного (6,7 ± 0,1 %) забарвлення. У хворих з'являлися елементи психастенично-обсесивного характеру: вони втрачали інтерес до спілкування з оточенням, виявлялися раніше не властиві їм недовірливість, тривожність, невпевненість в собі. Спостерігався нестійкий, з відтінком туги настрій, з'являлися ознаки зниження особистісної стійкості до емоційно-психогенних факторів зовнішнього середовища.

Астено-іпохондричний синдром характеризувався поєднанням астеничних проявів з надмірним зосередженням хворих на своїх відчуттях і їх перебільшенням.

Астено-депресивний синдром виражався в зниженому, пригніченому настрої, загальмованості, зниженні інтелектуальної та загальної активності, погіршанні самопочуття у вечірні години, іноді — суїцидальних думках, в порушенні сну. Велике значення в діагностиці депресивного стану у хворих мали невербальні характеристики: міміка, поза,

застиглий, сумний, тривожний вираз обличчя, тихий монотонний голос та ін.

Астено-тривожний синдром характеризувався появою непереборних страхів, сумнівів, уявлень зі збереженням критичного до них ставлення на тлі виражених клінічних астеничних проявів.

Істероформний синдром проявлявся в демонстративному характері поведінки з «запозиченою» симптоматикою. В межах цього синдрому у хворих виявлялася неврологічна симптоматика (рухові і чутливі порушення), яка не відповідала локалізації вогнища ішемії головного мозку.

Анозогностичне ставлення до хвороби (10 %) виявлялося відсутністю сприйняття і усвідомлення хвороби (хворі заявляли, наприклад, що не можуть встати, тому що втомилася), відмовою від лікування, порушенням процесу впізнавання близьких родичів, медичного персоналу, тимчасовою втратою орієнтування. Вираженість анозогностичних розладів корелювала з тяжкістю МІ і з вираженістю когнітивного дефіциту.

На третьому етапі дослідження у хворих збільшувалася вираженість психоемоційних розладів, депресивних реакцій. Провідними синдромами були: больовий (40,0 ± 0,7 %), астено-депресивний (40,0 ± 0,4 %), когнітивних порушень (80,0 ± 1,7 %). Кількість пацієнтів з ізольованим астеничним синдромом зменшилася до 20,0 ± 0,2 %. Астенична

симптоматика входила в структуру астено-тривожного ($23,3 \pm 0,7$ %), астено-іпохондричного ($16,7 \pm 0,3$ %) і астено-депресивного ($40,0 \pm 0,4$ %) синдромів. Представленість істероформного синдрому на цьому етапі дослідження не змінювалась. Частота анозогностичних розладів зменшилася до ($6,7 \pm 0,3$ %). Вираженість депресії, тривоги корелювала з тяжкістю неврологічного дефіциту і його впливом на якість життя. Важливими чинниками, що впливали на депресивні, психоемоційні порушення, були безпорадність, мовні порушення, інвалідизація, соціальна ізоляція, втрата роботи.

У 80,0 % хворих спостерігалися когнітивні порушення, ступінь вираженості яких у 70,0 % відповідала помірним когнітивним порушенням (загальний показник за шкалою MMSE становив ($25,2 \pm 0,2$) балів з 30 можливих). Залежно від провідного клінічного компонента, в структурі синдрому виявляли три його варіанти: дементивний — з переважанням інтелектуально-мнестичного зниження; афективно-нестійкий — з переважанням порушень в емоційно-вольовій сфері; характеропатичний — з превалюванням змін особистості на тлі інтелектуально-мнестичних порушень. У 10,0 % хворих діагностовано деменцію легкого ступеня вираженості (загальний показник

за шкалою MMSE становив ($22,5 \pm 0,2$) балів з 30 можливих).

На четвертому етапі дослідження зберігалася тенденція вираженості психоемоційних розладів, депресивних реакцій на тлі когнітивних порушень, проте кількісна представленість провідних синдромів зменшувалася. Астено-депресивний синдром відзначено у ($33,3 \pm 0,2$) % хворих, астено-тривожний — у ($23,3 \pm 0,7$) %, астено-іпохондричний — у ($13,3 \pm 0,7$) % хворих, фобічний синдром — у ($16,7 \pm 0,3$) %, анозогностичні розлади — у ($5,0 \pm 0,1$) % хворих. На цьому етапі дослідження частота когнітивних порушень становила ($73,3 \pm 1,7$) %. Зменшення представленості синдрому когнітивних порушень корелювало зі зменшенням частоти та вираженості психоемоційних розладів ($r=0,3$). Когнітивні порушення помірного ступеня вираженості спостерігалися у 63,3 % хворих (загальний показник за шкалою MMSE становив ($26,1 \pm 0,2$) балів з 30 можливих). Кількість пацієнтів, у яких було діагностовано деменцію легкого ступеня вираженості, не змінювалась (10,0 %) (загальний показник за шкалою MMSE становив ($22,5 \pm 0,2$) балів з 30 можливих).

Дані, отримані в результаті експериментально-психологічних досліджень, наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Динаміка показників патопсихологічних досліджень у обстежених хворих

Показник	Середній бал на етапах дослідження ($M \pm m$)			
	1	2	3	4
Реактивна тривога (шкала Спілбергера — Ханіна)	$30,2 \pm 3,2$	$30,3 \pm 2,9$	$31,8 \pm 3,2$	$28,5 \pm 3,1$
Особистісна тривожність (шкала Спілбергера — Ханіна)	$32,5 \pm 3,4$	$30,5 \pm 3,0$	$30,0 \pm 3,2$	$29,7 \pm 3,1$
Депресія (шкала Гамільтона)	$17,0 \pm 2,3$	$17,5 \pm 2,5$	$18,1 \pm 2,8$	$16,6 \pm 1,4$
Депресія (шкала Бека)	$17,5 \pm 3,3$	$17,7 \pm 0,3$	$17,9 \pm 0,8$	$16,4 \pm 1,6$
Когнітивна функція (методика MMSE)	$24,5 \pm 0,3$	$25,2 \pm 0,2$	$24,7 \pm 0,3$	$25,3 \pm 0,3$

Показники особистісної тривожності у хворих з МІ були досить стабільними протягом чотирьох етапів дослідження. На першому етапі обстеження показники реактивної тривоги (середній бал — $30,2 \pm 3,2$) були нижчими від показників особистісної тривожності (середній бал — $32,5 \pm 3,4$). На другому етапі дослідження показники реактивної тривоги та особистісної тривожності у хворих наближалися за величиною (середні бали: $30,3 \pm 2,9$ — реактивна тривога, $30,5 \pm 3,0$ — особистісна тривожність). Водночас переважали тривожні порушення низького і помірного ступеня вираженості. На третьому етапі дослідження показники реактивної тривоги збільшувалися (середній бал — $31,8 \pm 3,2$). Показники особистісної тривоги змінювалися незначно (середній показник — $30,0 \pm 3,2$ бали). На четвертому етапі дослідження середні показники як реактивної тривоги ($28,5 \pm 3,1$ балів), так і особистісної тривожності ($29,7 \pm 3,1$ бала) знижувалися.

Патопсихологічна оцінка депресивних розладів у обстежених хворих показала таке: на першому етапі середній бал за шкалою Гамільтона у хворих

становив ($17,0 \pm 2,3$), за шкалою Бека — ($17,5 \pm 3,3$). На другому і третьому етапах дослідження частота депресивних розладів у хворих збільшувалася, відзначалися переважно легкі і помірні депресивні порушення. У ($5,0 \pm 0,1$) % осіб на другому етапі дослідження за шкалою Гамільтона і у ($10,0 \pm 0,2$) % за шкалою Бека виявлялися тяжкі депресивні епізоди. На третьому етапі тяжкі депресивні епізоди діагностували у ($10,0 \pm 0,2$) % хворих за шкалою Гамільтона та у ($13,3 \pm 0,7$) % хворих за шкалою Бека. На четвертому етапі дослідження частота і вираженість депресивних розладів зменшувалися. Середній бал за шкалою Гамільтона становив ($16,6 \pm 1,4$), за шкалою Бека — ($16,4 \pm 1,6$). Легкі та помірні депресивні порушення діагностували у ($53,3 \pm 1,7$) % випадків за шкалою Гамільтона і у ($63,3 \pm 1,7$) % випадків за шкалою Бека, тяжкі — у ($6,7 \pm 0,1$) % випадків за шкалою Гамільтона і у ($10,0 \pm 0,1$) % випадків за шкалою Бека.

Оцінка якості життя показала, що на першому етапі дослідження обстежені хворі найнижче оцінювали «Фізичне благополуччя» ($3,5 \pm 0,4$ бали), «Працездатність» ($3,5 \pm 0,4$ бали), «Загальне сприйняття

якості життя» ($3,8 \pm 0,4$ бали). Психоемоційний стан хворі оцінювали трохи вище, ніж фізичний, проте загальом показники були низькими ($4,6 \pm 0,3$ бали). Хворі досить низько оцінювали особистісну реалізацію ($4,6 \pm 0,4$ бали), громадську ($4,6 \pm 0,4$ бали) і соціо-емоційну ($5,3 \pm 0,4$ бали) підтримку. Шкали «Духовна реалізація» ($6,0 \pm 0,5$ балів) і «Міжособистісна взаємодія» ($5,3 \pm 0,5$ балів) пацієнти оцінювали вище. Оцінка лікарями показників якості життя була односпрямованою, не мала суттєвих розбіжностей з оцінками самих пацієнтів.

Надалі в процесі спостереження показники якості життя у хворих за всіма шкалами залишались низькими, істотно не змінюючись (в межах $3,5 \pm 0,5$ — $6,1 \pm 0,3$ бали). Зокрема, показники «Фізичного благополуччя» у обстежених хворих становили ($3,5 \pm 0,6$ балів); «Працездатності» — $3,7 \pm 0,5$ балів; «Психологічного (емоційного) благополуччя» — ($4,5 \pm 0,5$ балів); «Особистісної реалізації» — ($3,9 \pm 0,5$ балів). Показники за шкалами «Громадська підтримка», «Соціоемоційна підтримка», «Духовна реалізація» «Міжособистісна взаємодія»: ($5,5 \pm 0,7$); ($5,0 \pm 0,5$); ($6,0 \pm 0,3$); ($4,4 \pm 0,5$ балів) також змінювалися незначно. «Загальне сприйняття якості життя» становило ($4,6 \pm 0,5$ балів).

В динаміці, на наступних етапах обстеження та після проведеного лікування оцінка лікарями якості життя пацієнтів була набагато вищою (в середньому в 1,5 раза, в межах ($6,2 \pm 0,6$ — $7,0 \pm 0,3$ бали).

Особливості клінічної картини, емоційного реагування на захворювання, динаміки психодіагностичних показників дали змогу виявити закономірності формування психоемоційних розладів у осіб, що перенесли МІ.

Соматичне захворювання в обстежених хворих було психогенним чинником. Особистісні риси пацієнтів зумовлювали характер їх емоційного реагування. У пацієнтів з МІ первинним було порушення рівня свідомості з когнітивними і астенічними порушеннями, з подальшими психоемоційними розладами. Такі реакції, опосередковуючись через порушення функціонування церебральних регуляторних систем мозку (насамперед — лімбіко-ретікулярного комплексу), призводили до подальших змін. У пацієнтів відбувалося відстрочене формування тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації, з фіксацією на власному захворюванні, своїх відчуттях на тлі збереження когнітивних порушень, вираженість яких варіювала на етапах спостереження.

Різниця показників якості життя пацієнтів за оцінкою самих хворих і лікарів на етапах обстеження, свідчить, на наш погляд, на користь залежності самопочуття пацієнтів від їх психоемоційного стану. Виявлені психоемоційні розлади утруднюють лікування, реабілітаційні заходи і потребують розроблення системи їх корекції.

Розроблено програму реабілітації хворих з постінсультними психоемоційними розладами. На фоні проведення базисної терапії (антигіпертензивні,

вазоактивні препарати, антиагреганти, статини) запропоновано ранній початок реабілітаційних заходів (методи фізичної реабілітації і логопедичні заняття, що розширюють можливості самообслуговування, психотерапія; робота з родичами хворого з оптимізації клімату в сім'ї; організація вільного часу пацієнтів, терапія зайнятістю, за потребою — додавання антидепресантів). Важливу роль в реабілітації цих хворих відіграє психотерапія, яку можна проводити у формі індивідуальної, групової або сімейної. У разі призначення антидепресантів перевагу віддавали групі селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (C133C), перевагою яких є відсутність кардіотоксичності та ортостатичної дії, відсутність седативного ефекту та зниження когнітивних функцій, наявність самостійної психостимулювальної дії.

Отже, результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. Встановлено особливості структури і динаміки психоемоційних розладів у осіб, що перенесли мозковий інсульт, які можуть ускладнювати реабілітаційні заходи. В гострому періоді провідними синдромами є синдром порушеної свідомості ($100,0 \pm 1,7$ %), когнітивних порушень ($83,3 \pm 1,7$ %), астенічний ($66,7 \pm 1,3$ %), больовий ($66,7 \pm 1,3$ %), астено-депресивний ($26,7 \pm 0,3$ %), фобічний ($10,0 \pm 0,2$ %), астено-іпохондричний ($3,3 \pm 0,1$ %) синдроми, анозогностичні розлади ($13,3 \pm 0,7$ %). У відновному періоді (другий, третій етапи дослідження) — синдром когнітивних порушень ($66,7 \pm 1,3$ % — $80,0 \pm 1,7$ %), больовий ($53,3 \pm 1,7$ % — $40,0 \pm 0,7$ %), астенічний ($40,0 \pm 0,4$ % — $20,0 \pm 0,2$ %), астено-депресивний ($33,3 \pm 0,2$ % — $40,0 \pm 0,4$ %), астено-тривожний ($16,7 \pm 0,3$ % — $23,3 \pm 0,7$ %), астено-іпохондричний ($10,0 \pm 0,2$ % — $16,7 \pm 0,3$ %) синдроми, анозогностичні розлади ($10,0 \pm 0,2$ % — $6,7 \pm 0,3$ %). У період наслідків зберігається тенденція вираженості психоемоційних розладів, депресивних реакцій на тлі когнітивних порушень, проте кількісна представленість провідних синдромів зменшується.

2. Виявлено закономірності формування психоемоційних розладів в осіб, що перенесли мозковий інсульт: первинним є порушення рівня свідомості з когнітивними і астенічними розладами, з подальшим формуванням психоемоційних та тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі збереження когнітивних розладів. Різниця показників якості життя пацієнтів за оцінкою хворих і лікарів на етапах обстеження свідчить на користь залежності самопочуття пацієнтів від їх психоемоційного стану.

3. Виявлені психоемоційні розлади утруднюють лікування, реабілітаційні заходи і потребують розроблення системи їх корекції. Розроблено програму реабілітації хворих з постінсультними психоемоційними розладами. Внаслідок проведених реабілітаційних заходів вдалося зменшити симптоми психоемоційних розладів у 90 % хворих, що дало змогу поліпшити самопочуття, настрої, якість життя хворих.

Список літератури

1. Міщенко Т. С. Стан неврологічної служби в Україні в 2016 році. 2017. 27 с.
2. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Практична ангіологія. 2006. Т. 2, № 1. С. 17—23.
3. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні // Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. 2010. № 5 (24). С. 83—90.
4. Михайлов Б. В. Соматоформные расстройства // Здоров'я України. 2007. С. 27—28, 53—55.
5. Ратманова А. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность — статистика по европейским странам // Med. Rev. 2009. 1 (6). С. 6—12. URL: <http://medreview.com.ua/issues/6/article3/>.
6. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial / [Gump B. B.,

Matthews K. A., Eberly L. E., Chang Y. F.] // Stroke. 2005. Vol. 36. P. 98—102. DOI: 10.1161/01.STR.0000149626.50127.d0.

7. Ming, L. Stroke: encouragement and disappointment in clinical trials // Lancet Neurol. 2008. Vol. 7(1). P. 5—7.

8. Markus H., Pereira A., Cloud G. Stroke medicine. Oxford University Press, 2010. 567 p.

9. Белова А. Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии. М., 2004. 432 с.

10. Клинические шкалы и психодиагностические тесты диагностики сосудистых заболеваний головного мозга : методические рекомендации / Составители: Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, М. А. Трещинская. Харьков, 2008. 36 с.

11. Мищенко, Т. С. Клинические шкалы и психодиагностические тесты в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова // Новости медицины и фармации. 2009. № 277. С. 62—74.

Надійшла до редакції 23.07.2021

Відомості про авторів:

МИЩЕНКО Владислав Миколайович, доктор медичних наук, науковий керівник відділу*; e-mail: 1976mv@ukr.net

ЗДЕСЕНКО Ірина Володимирівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу*; e-mail: zdesenkoiv@gmail.com

ДМИТРИЄВА Олена Вікторівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*, e-mail: dmitrieva.h@gmail.com

МИЩЕНКО Валерія Костянтинівна, асистент кафедри фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини Харківської медичної академії, м. Харків, Україна; e-mail: lera.docneuro@gmail.com

* — відділ судинної патології головного мозку та реабілітації Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна

Information about the authors:

MISHCHENKO Vladyslav, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department**; e-mail: 1976mv@ukr.net

ZDESENKO Iryna, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department**; e-mail: zdesenkoiv@gmail.com

DMYTRIIEVA Olena, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**, e-mail: dmitrieva.h@gmail.com

MISHCHENKO Valeriia, Assistant of the Department of Physical, Rehabilitation Medicine and Sports Medicine of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: lera.docneuro@gmail.com

** — Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"