

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Улицын Александр Константинович

магистрант, кафедра общей и клинической психологии, Приволжский исследовательский медицинский университет, РФ, г. Нижний Новгород

Антипенко Елена Альбертовна

научный руководитель,

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS IN THE ACUTE PERIOD OF STROKE

Alexander Ulitsyn

Master's Degree, Department of General and Clinical Psychology, Volga region research medical university, Russia, Nizhny Novgorod

Аннотация. В научной статье показаны деструктивные психологические особенности состояния пациентов с ОНМК, выявлена взаимосвязь между структурными изменениями психологического статуса пациентов – уровнем тревожно-депрессивных расстройств и признаками когнитивных нарушений пациентов в остром периоде ишемического инсульта легкой и средней степени тяжести.

Abstract. The scientific article shows the destructive psychological features of the condition of patients with ONMC, reveals the relationship between structural changes in the psychological status of patients – the level of anxiety-depressive disorders and signs of cognitive impairment of patients in the acute period of mild and moderate ischemic stroke.

Ключевые слова: пациент, ОНМК, ишемический инсульт, психологический статус, тревожно-депрессивные расстройства, когнитивные нарушения.

Keywords: patient, ONMC, ischemic stroke, psychological status, anxiety-depressive disorders, cognitive impairment.

Проблема борьбы с цереброваскулярными заболеваниями, их профилактики и лечения стала очень важной, не только медицинской, но и социально-психологической проблемами. Изменить имеющуюся ситуацию можно только путем создания системы - оказания адекватной лечебно-профилактической и психологической помощи людям в острый период после перенесенного инсульта. В то же время научно обоснованное планирование и организация действенной системы лечения и реабилитации больных инсультом в остром периоде заболевания невозможны без точных эпидемиологических данных, анализа факторов риска, оказывающих воздействие на возникновение и течения инсульта в отдельных странах и регионах с учетом их географических и этнических особенностей.

Инсульт и хронические формы сосудистой мозговой недостаточности представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной неврологии.

Хронические нарушения мозгового кровообращения (ХНМК) - «прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, характеризующаяся многоочаговым или диффузным ишемическим поражением головного мозга с постепенным развитием комплекса неврологических и нейропсихологических расстройств» [6, с.46]. Это одна из наиболее распространенных форм цереброваскулярной патологии, обычно возникающая на фоне общих сердечно-сосудистых заболеваний.

Яхно Н.Н. и Парфенов В.А. клинически определили острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), как «быстро возникающее очаговое и/или диффузное (общемозговое) нарушение функции головного мозга сосудистого генеза» [8, с.54].

Как считает Кожанова Е.Г. «Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) - еще не инсульт, а состояние, которое может к нему привести: характеризуется внезапным развитием и очень опасно для здоровья и жизни человека, поэтому при появлении его первых признаков необходима срочная медицинская помощь» [5, с. 133].

По мнению же Орловой Е.А. «нарушения мозгового кровообращения (далее - НМК) проявляются инсультом (ишемическим или геморрагическим), преходящими нарушениями мозгового кровообращения (транзиторными ишемическими атаками или гипертоническими церебральными кризами) либо хроническими нарушениями мозгового кровообращения (начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга или дисциркуляторной энцефалопатией)» [4, с. 109].

Инсульт (позднелатинское *insultus* - приступ, устар. - апоплексия) - по этиологии и патогенезу это «состояния, реализующим звеном которых является острая сосудистая катастрофа, как артериального, так и венозного русла» [2, с. 62]. К инсульту относятся острые нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным (в течение минут, реже - часов) появлением очаговых неврологических расстройств (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных, корковых функций, памяти) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Существенный вклад в инвалидизацию пациентов после инсульта вносят когнитивные нарушения (КН), которым в последние годы уделяют все больше внимания.

У Лурия А.Р. мы встречаем следующее определение высших психических (когнитивных) функций (ВПФ) - «сложные рефлекторные процессы, социальные по своему происхождению, опосредованные по своему строению и сознательные, произвольные по способу своего функционирования» [7, с. 124]. Они включают в себя такие сложные формы отражения реальности как - гнозис, память, внимание, мышление, интеллект, речь.

Захаров В.В. и соавт. считают, что «нарушения познавательных функций является одним из неблагоприятных прогностических факторов, предсказывающим уменьшение способности к восстановлению неврологических нарушений» [3, с. 2].

Наряду с когнитивными нарушениями после инсульта нередко возникают разнообразные эмоционально-аффективные расстройства, такие, как постинсультная депрессия, тревога, астения, апатия, патологическая утомляемость, негативизм, раздражительность и эмоциональная лабильность.

Согласно исследованию Гоголевой А.Г. и Захарова В.В. аффективные или постинсультные тревожно-депрессивные расстройства:

- «приводят к снижению способности адаптироваться к условиям ситуации болезни;
- значительно ухудшают качество жизни пациента и затрудняют проведение

реабилитационных мероприятий;

- негативно влияют на темпы восстановления неврологических функций и достоверно снижают выживаемость пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения» [1, с. 37].

Исследование проводилось в 2022г. на базе первичное сосудистое отделение (далее - Отделение) ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39» в г. Нижний Новгород.

Выборка составила 60 человек по подтипам АТИ и КЭИ: 28 человек легкой степени тяжести и 32 человек средней степени тяжести, среди которых было 25 женщин и 35 мужчин.

Для выявления тревожно-депрессивных расстройств у больных, были использованы стандартизированные методики: шкала Гамильтона для оценки тревоги и шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton M., 1959; Бевз И., 1999); опросник Бека (Beck A.T. с соавт., 1961); госпитальная шкала тревоги и депрессии Зигмонда (Zigmond A., Snaith R., 1983; Wade D., 1992).

Результаты экспериментально-психологического исследования уровня тревоги и депрессии у больных в остром периоде ИИ легкой и средней степени тяжести с использованием методики Гамильтона «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) показали, что клинически выраженная депрессия выявлена:

- 5 пациентов (14,29%) 1-ой группы;

- 5 пациентов (20%) 2-ой группы.

То есть у больных ИИ средней степени тяжести доля данного психоэмоционального расстройства выше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

При этом, субклинически выраженная депрессия выявлена:

- 12 пациентов (34,29%) 1-ой группы;

- 10 пациентов (40%) 2-ой группы.

Таким образом, у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов с признаками легкой депрессии больше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

Также видно, что не страдают депрессивными расстройствами большинство испытуемых из обеих групп, в том числе:

- 18 пациентов (51,43%) 1-ой группы;

- 10 пациентов (40%) 2-ой группы.

То есть у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов, у которых отсутствует данный вид психоэмоционального расстройства меньше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

Данные исследования показывают, что по шкале HADS-T (Гамильтона) клинически выраженная тревога выявлена:

- 5 пациентов (14,29%) 1-ой группы;

- 5 пациентов (20%) 2-ой группы.

То есть у больных ИИ средней степени тяжести доля больных с клиническими признаками тревожности выше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести. При этом, субклинически выраженная тревожность выявлена:

- 13 пациентов (37,14%) 1-ой группы;

- 4 пациентов (16%) 2-ой группы.

Таким образом, у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов, у которых отсутствуют достоверно выраженные признаки тревоги, ниже, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

Не страдают тревожными расстройствами большинство испытуемых из обеих групп, в том числе:

- 17 пациентов (48,57%) 1-ой группы;

- 16 пациентов (64%) 2-ой группы.

Результаты исследования говорят о том, что у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов, у которых отсутствует данный вид психоэмоционального расстройства больше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести. Можно сделать вывод, что для пациентов в остром периоде ИИ легкой степени тяжести больше присущи тревожные психоэмоциональные расстройства, а больным средней степени тяжести - депрессивные.

Средние показатели уровня тревоги и депрессии в сравниваемых группах с использованием методики HADS представлены на рис. 1



Рисунок 1. Средние показатели уровня тревоги и депрессии у больных в остром периоде ИИ легкой и средней степени тяжести с использованием методики Гамильтона «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) Гамильтона

Диаграмма на рис 1. показывает, что по шкале HADS-D уровень депрессии (среднее значение) у обеих групп пациентов соответствует нижней границе субклинически выраженной депрессии:

- для 1-ой группы - $8,81 \pm 0,98$;

- для 2-ой группы - $8,73 \pm 0,85$.

По шкале HADS-T уровень тревожности (среднее значение) у обеих групп пациентов также соответствует нижней границе субклинически выраженной тревоги:

- для 1-ой группы - $8,11 \pm 1,44$;

- для 2-ой группы - $8,52 \pm 1,36$.

Результаты экспериментально-психологического исследования уровня депрессии у больных в остром периоде ИИ легкой и средней степени тяжести с использованием опросника Бека (Бек А.Т. с соавт., 1961) показали, что по шкале Бека тяжелая депрессия выявлена у:

- 1 пациента (2,86%) 1-ой группы;

- 2 пациентов (8%) 2-ой группы.

То есть у больных ИИ средней степени тяжести доля данного психоэмоционального расстройства выше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

При этом, выраженная депрессия выявлена у:

- 3 пациентов (8,57%) 1-ой группы;

- 4 пациентов (16%) 2-ой группы.

Таким образом, у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов с признаками выраженной депрессии также выше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

Умеренные признаки депрессии выявлены у большинства испытуемых из обеих групп, в том числе:

- 12 пациентов (34,29%) 1-ой группы;

- 4 пациентов (16%) 2-ой группы.

То есть у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов, у которых выявлена умеренная степень данного психоэмоционального расстройства меньше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

Данные исследования показывают, что по шкале Бека легкий уровень депрессии выявлен у:

- 19 пациента (54,29%) 1-ой группы;

- 15 пациентов (60%) 2-ой группы.

То есть у больных ИИ средней степени тяжести доля данного психоэмоционального расстройства выше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести. Больных в остром периоде ИИ, не страдающих депрессией, выявлено не было ни в одной из групп. Средние показатели уровня депрессии в сравниваемых группах с использованием методики Бека представлены на рис.2.



Рисунок 2. Средние показатели уровня депрессии у больных в остром периоде ИИ легкой и средней степени тяжести с использованием методики Бека

Диаграмма на рис. 2 показывает, что по шкале Бека уровень депрессии (среднее значение) у обеих групп пациентов соответствует нижней границе выраженной депрессии:

- для 1-ой группы - $20,92 \pm 11,12$;
- для 2-ой группы - $22,75 \pm 2,36$.

Результаты экспериментально-психологического исследования уровня тревоги и депрессии у больных в остром периоде ИИ легкой и средней степени тяжести с использованием методики Зигмонда «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) показали, что по шкале HADS-D Зигмонда клинически выраженная депрессия выявлена у:

- 4 пациентов (11,43%) 1-ой группы;
- 4 пациентов (16%) 2-ой группы.

То есть у больных ИИ средней степени тяжести доля данного психоэмоционального расстройства выше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

При этом, субклинически выраженная депрессия выявлена у:

- 11 пациентов (31,43%) 1-ой группы;
- 9 пациентов (36%) 2-ой группы.

Таким образом, у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов с признаками легкой депрессии ниже, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

Не страдают депрессивными расстройствами большинство испытуемых из обеих групп, в том числе:

- 20 пациентов (57,14%) 1-ой группы;
- 12 пациентов (48%) 2-ой группы.

Исследование показало, что у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов, у

которых отсутствует данный вид психоэмоционального расстройства меньше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

По шкале HADS-T (Зигмонда) клинически выраженная тревога выявлена у:

- 5 пациентов (5,71%) 1-ой группы;

- 1 пациента (4%) 2-ой группы.

То есть у больных ИИ средней степени тяжести доля больных с клиническими признаками тревожности выше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести. При этом, субклинически выраженная тревожность выявлена у:

- 15 пациентов (42,86%) 1-ой группы;

- 11 пациентов (44%) 2-ой группы.

Таким образом, у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов, у которых отсутствуют достоверно выраженные признаки тревоги, ниже, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

Не страдают тревожными расстройствами большинство испытуемых из обеих групп, в том числе:

- 18 пациентов (51,43%) 1-ой группы;

- 13 пациентов (52%) 2-ой группы.

Результаты исследования говорят о том, что у больных ИИ средней степени тяжести доля пациентов, у которых отсутствует данный вид психоэмоционального расстройства больше, чем у больных с ИИ легкой степени тяжести.

По методике Бека также можно сделать вывод, что для пациентов в остром периоде ИИ легкой степени тяжести больше присущи тревожные психоэмоциональные расстройства, а больным средней степени тяжести- депрессивные.

Средние показатели уровня тревоги и депрессии в сравниваемых группах с использованием методики HADS Зигмонда представлены на рис.3.

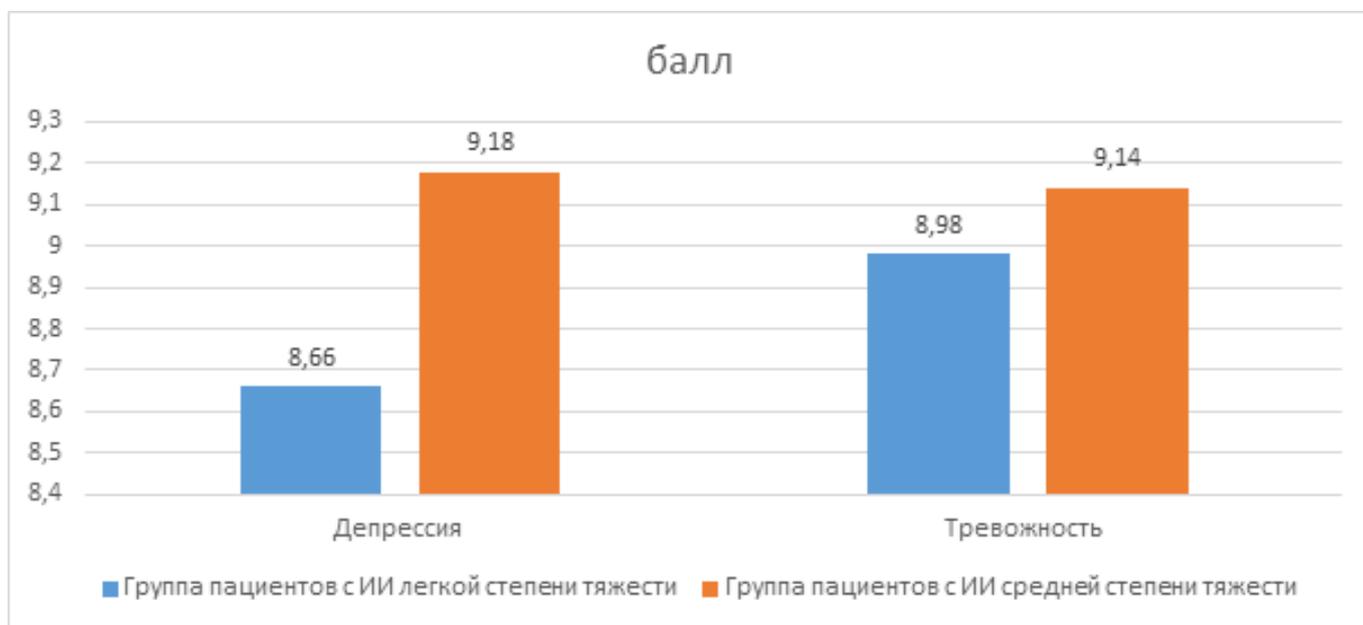


Рисунок 3. Средние показатели уровня тревоги и депрессии у больных в остром периоде ИИ легкой и средней степени тяжести с использованием «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) Зигмонда

Диаграмма на рис 3. показывает, что по шкале HADS-D Зигмонда уровень депрессии (среднее значение) у обеих групп пациентов соответствует нижней границе субклинически выраженной тревоги:

- для 1-ой группы - $8,66 \pm 0,88$;
- для 2-ой группы - $9,18 \pm 0,93$.

По шкале HADS-T Зигмонда уровень тревожности (среднее значение) у обеих групп пациентов также соответствует нижней границе клинически выраженной тревоги:

- для 1-ой группы - $8,98 \pm 0,89$;
- для 2-ой группы - $9,14 \pm 0,92$.

Результаты исследования по методике Гамильтона указывают на то, что у больных в остром периоде ИИ средней степени тяжести более выражен депрессивный фон настроения, который соответствует уровню субклинически выраженной депрессии. А у пациентов с ИИ легкой степени тяжести более выражен тревожный фон настроения, который соответствует уровню субклинически выраженной тревоги.

Результаты исследования указывают на то, что у больных в остром периоде ИИ легкой и средней степени тяжести ярко выражен депрессивный фон настроения.

Результаты исследования по методике Бека указывают на то, что у больных в остром периоде ИИ средней степени тяжести более выражен депрессивный фон настроения, который соответствует уровню субклинически выраженной депрессии. А у пациентов с ИИ легкой степени тяжести более выражен тревожный фон настроения, который соответствует уровню субклинически выраженной тревоги.

Таким образом, для больных в остром периоде ИИ легкой степени тяжести более выраженными оказались тревожные расстройства, а у больных с ИИ средней степени тяжести - депрессивные расстройства.

Список литературы:

1. Гоголева А.Г., Захаров В.В. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов после инсульта: распространенность, подходы к диагностике и терапии // Эффективная фармакотерапия. - 2019. - Т. 15.- № 34. - С. 36-44.
2. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Инсульт и когнитивные нарушения.- URL: <https://medi.ru/info/10484/> (дата обращения 10.07.2022).
3. Захаров В.В., Вахнина Н.В., Громова Д.О., Тараповская А.А. Диагностика и лечение когнитивных нарушений после инсульта // МС.- 2015- . №10. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-lechenie-kognitivnyh-narusheniy-posle-insulta> (дата обращения: 31.08.2022).
4. Клиническая психология: учебник/Е. А. Орлова, Н. Т. Колесник; отв.ред. Г. И. Ефремова.-М.:ИздательствоЮрайт, 2019.-960 с.
5. Кожанова Е.Г. Актуальные вопросы в лечении депрессии при остром нарушении мозгового кровообращения // Кожанова Е.Г., Куташов В.А. / Молодой ученый.- 2015.- № 20 (100). - С. 132-135.
6. Котова О.В. Хронические нарушения мозгового кровообращения//«ФАРМАТЕКА»; Актуальные обзоры. - № 15. - 2010. - С. 46-50.- URL: <https://medi.ru/info/7827/> (дата обращения 10.07.2022).
7. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2019. - 384 с.
8. Общая неврология: Учебное пособие для студентов медицинских вузов / Яхно Н.Н., Парфенов В.А. - М.: ООО "МИА", 2006. - 200 с.