

N. O. Maruta, T. V. Panko

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Clinical-psychopathological peculiarities and their treatment in elderly patients

The aim of this work was to investigate peculiarities of depression in elderly patients. At the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" 108 patients with a moderate depressive episode were examined. 74 patients of the age from 61 to 67 years old (a mean age 69.9 years) were the main group; 34 patients of the age of 35 to 55 years old (a mean age 46.8 years) were a comparison group.

The study performed allowed us to define a moderate depressive episode peculiarities associated with a course of the disease and features of a clinical picture in a structure of affective disorders, personality feelings, cognitive impairments, and physical manifestations.

The use of antidepressant medications is obligatory in treatment of depressive disorders. Mirtastadin was selected to treat a moderate depressive episode in elderly patients. The results showed Mirtastadin as an effective antidepressive medication including thymoanaleptic, anxiolytic, and hypnotic effects. The medication is well tolerated by elderly patients and promotes a rapid recovery on quality of life parameters. That allows us to recommend its usage to treat depression in elderly patients.

Keywords: moderate depressive episode, elderly patients, treatment, Mirtastadin.

УДК:616.89-008.441.14-008.45/.47-02:616.831-005.1.

*В. Б. Михайлов, аспирант каф. психіатрії, наркології і мед. психології
Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)*

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Проведено исследование непсихотических психических расстройств у 30 пациентов, перенесших ишемический мозговой инсульт (МИ), из них 17 мужчин, 13 женщин. Данное исследование проводилось в 3 этапа: 1 этап — в течение 1 месяца с момента перенесенного МИ (острый период), 2 этап — через 3 месяца после острого события, 3 этап — через 6 месяцев после события (восстановительный период).

Полученные результаты показали, в остром периоде МИ у всех больных первичным было нарушение уровня сознания (от обнуляции до комы) с последующими когнитивными расстройствами (в виде нарушения памяти, внимания, мыслительных процессов). Базисными также были астенический и болевой синдромы. В дальнейшем представленность и выраженность когнитивных нарушений уменьшалась, на первое место выходили психоэмоциональные расстройства. Базисным оставался астенический синдром, который приобретал ипохондрическую, депрессивную, тревожную, истероформную окраску.

Ключевые слова: эмоциональные нарушения, когнитивные нарушения, мозговой инсульт

За последние годы отмечается значительный рост cerebrovasкулярных заболеваний, особенно у лиц трудоспособного возраста. По данным эпидемиологических исследований последних лет, мозговые инсульты (МИ) продолжают доминировать в структуре cerebrovasкулярных расстройств [3, 8, 9, 12, 13, 17, 18]. Согласно данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется более 7 млн МИ [13]. Заболеваемость МИ в разных Европейских странах и США составляет от 100 до 200 случаев на 100 тыс. населения, при этом примерно 85 % всех инсультов — ишемические [12, 13, 17]. Смертность от МИ в экономически развитых странах занимает 3 место в структуре общей смертности, уступая сердечно-сосудистой и онкопатологии.

Эта проблема актуальна и для Украины. Показатель заболеваемости МИ в Украине составляет 282,9 на 100 тыс. населения (в 2008 г.) и 280,2 на 100 тыс. населения (в 2009 г.), смертность от МИ составляет 91,8 на 100 тыс. населения (в 2008 г.), что выше мировых показателей [9, 12, 13, 18].

Из числа больных, выживших после МИ, значительное большинство становится инвалидами и нуждается в посторонней помощи [4—6, 8, 9, 11, 14—16]. У большинства больных, перенесших МИ, отмечаются разные психоэмоциональные и когнитивные нарушения, осложняющие течение заболевания, восстановительно-реабилитационные процессы, являющиеся одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов [8, 11, 14].

Вышеизложенное послужило основанием для проведения исследования, целью которого явилось изучение особенностей формирования непсихотических психических расстройств у лиц, перенесших МИ.

Были использованы следующие методы исследования: клиничко-психопатологические, психодиагностические (шкала депрессии Гамильтона (HDRS), шкала депрессии Бека, шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, «краткая шкала оценки психического статуса» (тест MMSE)), статистические [1, 2, 7, 10].

Было проведено комплексное клиничко-психопатологическое обследование 30 больных, перенесших ишемический мозговой инсульт.

Диагноз ишемического МИ устанавливался на основании критериев ВОЗ. Изучались анамнез, данные объективного исследования, лабораторных и инструментальных обследований. В результате обследования устанавливалась локализация очага ишемии МИ.

Распределение больных по полу, локализации очага ишемии представлено в таблице 1. Как видно из таблицы, большинство обследованных составляли мужчины — 17 (56,6 %). Женщин было 13 человек (43,4 %).

Большинство пациентов относилось к возрастной группе 56 — 65 лет — 19 человек (63,3 %).

Среди обследованных пациентов у 19 (63,3 %) в патологический процесс были вовлечены бассейны средних мозговых артерий, у 1 (3,3 %) больного — бассейн задней мозговой артерии, у 10 (33,3 %) больных — вертебробазилярный бассейн. У 53 % больных очаг ишемии локализовался в правом полушарии, у 47 % — в левом.

Таблиця 1
Распределение больных, перенесших мозговой инсульт, по полу, локализации очага ишемии

Локализация очага ишемии	Пол	Количество пациентов	
		абс.	%
Правое полушарие	Мужчины	6	20,0
	Женщины	5	16,7
Левое полушарие	Мужчины	4	13,3
	Женщины	5	16,7
Вертебробазиллярный бассейн	Мужчины	7	23,3
	Женщины	3	10,0

Данное исследование проводилось в 3 этапа: 1 этап — в течение 1 месяца с момента перенесенного МИ (острый период), 2 этап — через 3 месяца после острого события, 3 этап — через 6 месяцев после события (восстановительный период).

У всех обследованных больных в остром периоде МИ (первый этап исследования) отмечался синдром нарушенного сознания. Его структура и клинические варианты представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы, у пациентов наблюдался синдром выключения сознания различной степени выраженности (по глубине). Глубина выключения сознания коррелировала с тяжестью МИ.

Таблиця 2
Структура синдрома нарушенного сознания в остром периоде мозгового инсульта

Синдром нарушенного сознания	Количество больных	
	абс.	%
Сомноленция	3	10,0
Обнубляция	14	46,7
Оглушение	10	33,3
Сопор	3	10,0

Обращает внимание высокая представленность (в 90 % случаев) поверхностных форм нарушенного сознания — сомноленции (10,0 %), обнубляции (46,7 %), оглушения (33,3 %). Эти состояния характеризовались сохранением ориентировки всех видов, но затруднением четкого осознания происходящего вследствие повышенного порога восприятия. При этом оглушение характеризовалось стационарным состоянием, а обнубляция — ундулирующим. Основными проявлениями этого состояния были относительная брадипсихия, брадикинезия, замедленность реакции на внешние раздражители. В течение 1—3 суток эти синдромы трансформировались в ясное сознание. У 10 % больных отмечались более выраженные (по глубине) нарушения сознания (сопор).

Субъективная и объективная неврологическая и психопатологическая симптоматика после выхода из синдрома нарушенного сознания представлена в таблицах 3, 4, 5.

Как видно из таблицы 3, основными жалобами у больных на первом этапе были: головокружение (90,0 %), шаткость при ходьбе (90,0 %), шум, звон в голове и ушах (83,3 %), головная боль (66,7 %), которая зачастую была связана с колебаниями АД, тяжесть в голове (66,7 %),

боль в глазах (66,7 %). Выраженными у пациентов были когнитивные нарушения (расстройства памяти, внимания, мышления — 96,7 %), астеническая симптоматика (90,0 %), расстройства сна (90,0 %).

Таблиця 3
Субъективная неврологическая симптоматика у больных, перенесших мозговой инсульт

Симптом	Представленность симптомов по этапам обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Головная боль	20	66,7	16	53,3	13	43,3
Боль в глазах	20	66,7	10	33,3	13	43,3
Головокружение	27	90,0	24	80,0	21	70,0
Шаткость при ходьбе	27	90,0	23	76,7	20	66,7
Тошнота	25	83,3	20	66,7	15	50,0
Шум в ушах и в голове	25	83,3	18	60,0	16	53,3
Затруднения при глотании	10	33,3	7	23,3	4	13,3
Слабость, онемение конечностей	27	90,0	15	50,0	10	33,3
Речевые нарушения	15	50,0	12	40,0	8	26,7
Нарушение сна	27	90,0	20	66,7	17	56,7
Нарушение памяти, внимания, мышления	29	96,7	9	30,0	12	40,0
Астеническая симптоматика	27	90,0	21	70,0	17	56,7

Среди больных, перенесших МИ в системе средних мозговых артерий, преобладали жалобы на слабость в контрлатеральных конечностях, онемение и нарушения чувствительности в этих конечностях. У больных с левополушарными каротидными нарушениями отмечались расстройства речи в виде моторной и сенсорной, амнестической афазии. Для больных, перенесших инсульт в вертебробазиллярном бассейне, были более характерны жалобы на стойкие головокружения, в основном при смене положения тела, поворотах головы, шум, звон в голове и ушах, тошноту, затруднение при глотании, дизартрия, зрительные нарушения.

На втором и третьем этапах обследования представленность жалоб снижалась, пациентов чаще беспокоили вестибулярные (от 80,0 % к 70,0 %), астенические (от 70,0 % к 56,7 %), дискоординаторные (от 76,7 % к 66,7 %), цефалгические (от 53,3 % к 43,3 %), когнитивные (от 26,7 % к 36,7 %) нарушения.

При объективном исследовании больных, перенесших МИ, установлена следующая неврологическая симптоматика (табл. 4): у всех больных отмечалась диффузная органическая симптоматика в сочетании с очаговыми нарушениями. Преобладали нарушения статики и координации (90 %), анизорефлексия, преимущественно по гемитипу, снижение силы в конечностях (контрлатеральных очагу поражения), чувствительные нарушения (преимущественно по гемитипу) (90,0 %), асимметрия лицевой мускулатуры (86,7 %), глазодвигательная симптоматика: слабость конвергенции (83,3 %), ограничение зрения вверх (66,7 %), недостаточность отводящих нервов (66,7 %), афатические нарушения (46,7 %). Выявлялась группа симптомов: снижение корнеальных рефлексов, отечность языка с отпечатками зубов, болезненность глазных яблок при надавливании, которые расценивались как косвенные признаки ликворной гипертензии.

Таблиця 4

Объективная неврологическая симптоматика у больных, перенесших мозговой инсульт

Симптомы	Представленность симптомов по этапам обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Глазодвигательные нарушения: — ограничение взора вверх	20	66,7	10	33,3	8	26,7
— слабость конвергенции	25	83,3	15	50	10	33,3
— недостаточность отводящих нервов	20	66,7	10	33,3	9	30,0
Анизокория	3	10,0	—	—	—	—
Птоз век	8	26,7	5	16,7	3	10,0
Асимметрия глазных щелей	15	50,0	10	33,3	5	16,7
Гемианопсия	2	6,7	2	6,7	2	6,7
Болезненность тригеминальных точек	10	33,3	5	16,7	3	10,0
Снижение корнеальных рефлексов	20	66,7	10	33,3	5	16,7
Отечность языка	22	73,3	15	50,0	12	40,0
Нистагм	12	40,0	10	33,3	8	26,7
Асимметрия носогубных складок	26	86,7	20	66,7	16	53,3
Девияция языка	15	50,0	12	40,0	10	33,3
Рефлексы орального автоматизма	18	60,0	10	33,3	7	23,3
Нарушения мышечного тонуса: — повышение по пластическому типу	10	33,3	10	33,3	12	40,0
— гипотония	5	16,7	—	—	—	—
Анизорефлексия с конечностей: — по гемитипу	27	90,0	15	50,0	10	33,3
— перекрестному	2	6,7	10	33,3	8	26,7
— монотипу	1	3,3	1	3,3	1	3,3
Снижение силы в конечностях	27	90,0	15	50,0	10	33,3
Патологические знаки	25	83,3	15	50,0	13	43,3
Нарушение чувствительности	27	90,0	15	50,0	10	33,3
Нарушение статики	27	90,0	23	76,7	20	66,7
Нарушение координации	27	90,0	23	76,7	20	66,7
Афатические нарушения	14	46,7	12	40,0	8	26,7
Дизартрия	8	26,7	4	13,3	3	10,0
Эмоциональная лабильность	27	90,0	17	56,7	21	70,0
Когнитивные нарушения	25	83,3	20	66,7	24	80,0

Кроме того, у больных обнаруживались нистагм, анизокория, рефлексы орального автоматизма, патологические знаки.

Очаговая неврологическая симптоматика отвечала пораженному сосудистому бассейну, локализации ишемического очага.

В процессе наблюдения больных (на втором и третьем этапах обследования) выраженность неврологической симптоматики снижалась, на первый план выходили: нарушения статики и координации (от 76,7 %

к 66,7 %), расстройства со стороны эмоциональной (от 56,7 % к 70,0 %) и когнитивной (от 66,7 % к 80,0 %) сферы.

Анализ субъективной и объективной неврологической симптоматики позволил выделить ведущие клинические синдромы у обследованных больных (табл. 5).

Таблиця 5

Ведущие неврологические синдромы у больных, перенесших мозговой инсульт

Синдром	Представленность синдромов по этапам обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Локального поражения	27	90,0	15	50,0	10	33,3
Цефалгический	20	66,7	16	53,3	13	43,3
Ликворно-гипертензионный	15	50,0	10	33,3	6	20,0
Вестибуло-атактический	27	90,0	20	66,7	15	50,0
Астенический	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Когнитивных нарушений	25	83,3	20	66,7	24	80,0

Как видно из таблицы, на первом этапе обследования наиболее значимыми были следующие синдромы: астенический (100,0 %), локального поражения (90,0 %), вестибуло-атактический (90,0 %), когнитивных нарушений (83,3 %). На втором и третьем этапах обследования представленность вестибуло-атактического синдрома (66,7 % — 50,0 %) и синдрома локального поражения (50,0 % — 33,3 %) снижалась. Частота когнитивных расстройств также снижалась, преимущественно через 3 месяца после перенесенного МИ (66,7 %). К 6 месяцам после МИ отмечалась тенденция к увеличению частоты (до 80,0 %) и выраженности когнитивных нарушений. Представленность астенического синдрома (100 %) была постоянной на протяжении трех этапов обследования.

Психопатологическая симптоматика у больных, перенесших МИ (табл. 6), имела следующую структуру: на первом этапе обследования превалировала симптоматика, характерная для острого диффузно-органического и локально-коркового характера поражения ЦНС.

К острым диффузно-органическим поражениям относились брадикинезия (93,3 %), брадипсихия (93,3 %), нарушения внимания всех видов (концентрации, объема, переключаемости) (93,3 %).

К локально-корковым симптомам относились нарушения высших корковых функций. Наиболее распространенными были различные варианты афазии: амнестической (16,7 %), сенсорной (6,7 %), моторной (6,7 %), и их комбинированных форм (16,7 %).

На первом этапе обследования частыми также были мнестические нарушения (96,7 %), расстройства внимания (93,3 %), сна (90,0 %). Мнестические нарушения проявлялись преимущественно в виде фиксационной амнезии и регрессировали в процессе восстановления внимания. Нарушения мышления (6,7 %) у данных пациентов были представлены незначительно.

Наиболее выраженными нарушениями аффективной сферы на первом этапе обследования были утомляемость (90,0 %), частые смены настроения с преобладанием сниженного, подавленного фона (20,0 %), неконтролируемость эмоциональных реакций (26,7 %), аффективные вспышки (20,0 %), эмоциональная лабильность с чрезмерной обидчивостью и ранимостью (16,7 %), раздражительность (16,7 %).

Таблиця 6
Психопатологічна симптоматика у больних, перенесших мозговий інсульт

Симптоми	Представленість симптомів по етапам обстеження					
	1 етап		2 етап		3 етап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гіперестезії	7	23,3	5	16,7	3	10,0
Гіпестезії	17	56,7	10	33,3	6	20,0
Сенестопатії	7	23,3	5	16,7	3	10,0
Брадикакінезія	28	93,3	—	—	—	—
Брадипсихія	28	93,3	—	—	—	—
Дезорієнтовка в місці, часі	3	10,0	—	—	—	—
Зміна самооцінки	—	—	5	16,7	6	20,0
Нарушення мови:						
Моторна афазія	2	6,7	2	6,7	1	3,3
Сенсорна афазія	2	6,7	2	6,7	1	3,3
Сенсомоторна афазія	5	16,7	4	13,3	3	10,0
Амнестическа афазія	5	16,7	4	13,3	3	10,0
Нарушення мислення	2	6,7	1	3,3	2	6,7
Нарушення уваги	28	93,3	9	30,0	12	40,0
Нарушення пам'яті	29	96,7	7	23,3	8	26,7
Нарушення сну:						
а) ускладнення засипання	10	33,3	7	23,3	7	23,3
б) поверхневий сон	13	43,3	10	33,3	8	26,7
в) раннє пробудження	15	50,0	12	40,0	8	26,7
Утомляемість	27	90,0	21	70,0	17	56,7
Раздражливості	5	16,7	10	33,3	15	50,0
Неможливість контролю емоційних реакцій	8	26,7	10	33,3	13	43,3
Неустійчивість настроєння	6	20,0	10	33,3	13	43,3
Плаксивість	7	23,3	6	20,0	7	23,3
Апатія	3	10,0	4	13,3	5	16,7
Зниження інтересу до оточення	4	13,3	5	16,7	10	33,3
Чувство провинності	3	10,0	5	16,7	3	10,0
Мнительність	6	20,0	7	23,3	9	30,0
Неуверенність в собі	6	20,0	7	23,3	9	30,0

Нарушення мислення проявлялись скарги на ускладнення читання, сприйняття чужої мови, вибору потрібних слів, виражень. Ці порушення слід було диференціювати з порушеннями вищих коркових функцій локального характеру, які зникали при суб'єктивному зосередженні, концентрації уваги і корреливали з астеничною симптоматикою.

На другому і третьому етапах обстеження симптоми брадикакінезії, брадипсихії нивелировались, частота порушень уваги знижувалась до 36,7 % (на другому етапі) і 40,0 % — на третьому.

Представленість порушень сну (66,7 % 36,7 %), мнестических порушень (23,3 % — 26,7 %) також знижувалась в восстановительному періоді. Частота порушень мислення (3,3 % — 6,7 %) і афатических розладів змінювалась незначально.

На другому і третьому етапах обстеження частіше спостерігались порушення афективної сфери: утомляемість (70,0 % — 56,7 %), подразливість (33,3 % — 50,0 %), часті зміни настроєння (33,3 % — 43,3 %), неконтрольованість емоційних реакцій (33,3 % — 43,3 %), афективні сплески (33,3 % — 43,3 %),

емоційна лабільність з надмірною обидчивістю і ранимістю (20,0 % — 23,3 %).

Виявлені клініко-психопатологічні порушення у больних з МІ, особливості їх клінічної структури і динаміки дозволили виділити ведучі синдроми (табл. 7).

Таблиця 7
Ведучі психопатологічні синдроми у больних, перенесших мозговий інсульт

Синдром	Представленість синдромів по етапам обстеження					
	1 етап		2 етап		3 етап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нарушеного свідомості	30	100	—	—	—	—
Болевої	20	66,7	16	53,3	13	43,3
Фобический	3	10,0	4	13,3	6	20,0
Астеничний	20	66,7	12	40,0	6	20,0
Астено-іпохондричний	1	3,3	3	10,0	5	16,7
Астено-депресивний	8	26,7	10	33,3	12	40,0
Астено-тревожний	1	3,3	5	16,7	7	23,3
Істероформний	—	—	2	6,7	2	6,7
Когнітивних порушень	25	83,3	20	66,7	24	80,0
Анозогностическі розлади	6	20,0	4	13,3	5	16,7

Психопатологічні синдроми у обстежуваних больних були динамічними на протязі періодів дослідження. В гострому періоді мозгового інсульту у всіх больних первинним являлось порушення рівня свідомості (переважно поверхневих форм — сомноленції, обнуління, оглушення). Після виходу з синдрому порушеного свідомості у пацієнтів базисними були: синдром когнітивних порушень (83,3 %), астеничний, болевої синдром (66,7 %). У частини больних астеничний синдром мав депресивні (26,7 %), іпохондрическі (3,3 %), тривожні (3,3 %) риси. Анозогностическі розлади (20,0 %), фобический синдром (10,0 %) були представлені незначально.

Синдром когнітивних порушень характеризувався дефектністю мнестических, інтелектуальних функцій і емоційної сфери.

Для астеничного синдрому характерними були підвищення утомляемості, подразливість, загальна слабкість, зниження спроможності, неустійчивість настроєння.

Болевої синдром характеризувався головними болями, болями в епігастрії, кардіалгіями.

В восстановительному періоді на 2 етапі дослідження (3 місяці після перенесеного МІ) представленість і вираженість когнітивних порушень (66,7 %), болевого синдрому (53,3 %) зменшувалась, на перше місце виходили психоемоційні розлади. Частота фобического синдрому незначально зростала (13,3 %). Базисним залишався астеничний синдром, в більшій ступені набувавший іпохондрическу, депресивну, тривожну, істероформну окраску. У больних з'являлись елементи психастеническо-обсесивного характеру: втрачався інтерес до спілкування з оточуючими, виявлялись раніше несвойственні їм мнительність, тривожність, неуверенність в собі. Відзначалось неустійчиве з відтінком тоскливості настроєння, з'являлись ознаки зниження особистісної стійкості до емоційно-психогенних факторів зовнішнього середовища.

Астено-депрессивный синдром (33,3 %) характеризовался сниженным, подавленным настроением, заторможенностью, снижением интеллектуальной и общей активности, ухудшением самочувствия в вечерние часы, иногда суицидальными мыслями, нарушением сна. Большое значение в диагностике депрессивного состояния у больных имели невербальные характеристики: мимика, поза, застывшее, печальное, тревожное выражение лица, тихий монотонный голос и др.

Астено-тревожный синдром (16,7 %) характеризовался появлением непреодолимых страхов, сомнений, представлений с сохранением критического к ним отношения на фоне выраженных клинических астенических проявлений.

Астено-ипохондрический синдром (10,0 %) характеризовался сочетанием астенических проявлений с чрезмерным сосредоточением больных на своих ощущениях и их преувеличением.

Истероформный синдром (6,7 %) характеризовался демонстративным характером поведения с «заимственной» симптоматикой. В рамках данного синдрома у больных отмечалась неврологическая симптоматика (двигательные и чувствительные нарушения), которая не соответствовала локализации очага ишемии головного мозга.

У 13,3 % больных выявлялись анозогностические расстройства, которые проявлялись отсутствием восприятия и осознания болезни (больные заявляли, например, что не могут встать, потому что устали), отказом от лечения, нарушением процесса узнавания близких родственников, медицинского персонала, потерей временной ориентировки. Выраженность анозогностических расстройств коррелировала с тяжестью МИ и с выраженностью когнитивного дефицита.

На 3 этапе исследования у 80 % больных отмечались когнитивные нарушения, степень выраженности которых у 70 % соответствовала умеренным когнитивным нарушениям (общий показатель по шкале MMSE составлял $25,2 \pm 0,2$ баллов из 30 возможных). В зависимости от ведущего клинического компонента в структуре синдрома выделялись три его варианта: дементивный — с преобладанием интеллектуально-мнестического снижения; аффективно-неустойчивый — с преобладанием нарушений в эмоционально-волевой сфере; характеропатический — с преобладанием изменений личности на фоне интеллектуально-мнестических нарушений. У 10 % больных диагностирована деменция легкой степени выраженности (общий показатель по шкале MMSE составлял $22,5 \pm 0,2$ балла из 30 возможных).

На этом этапе у больных нарастала частота и выраженность психоэмоциональных расстройств, депрессивных реакций. Астено-депрессивный синдром отмечался у 40,0 % больных, астено-тревожный у 23,3 % больных, астено-ипохондрический у 16,7 %, фобический у 20,0 %, анозогностические расстройства регистрировались у 16,7 % пациентов. Представленность болевого синдрома снижалась до 40,0 %.

Выраженность депрессии, тревоги коррелировала с тяжестью неврологического дефицита и его влиянием на качество жизни. Важными факторами, влияющими на депрессивные, психоэмоциональные нарушения, были беспомощность, речевые нарушения, инвалидизация, социальная изоляция, потеря работы.

Результаты психодиагностических методов исследования представлены в таблицах 8, 9, 10:

По результатам оценки реактивной и личностной тревожности (по шкале Спилбергера — Ханина) (табл. 8) на первом этапе исследования у большинства больных (40,0 % — 53,3 %) тревожные эпизоды не выявлялись. У 33,3 % — 36,7 % больных выявлялись тревожные нарушения низкой степени выраженности (показатели до 30 баллов), тревожные нарушения умеренной степени выраженности (показатели от 31 до 45 баллов) выявлялись у 16,7 % — 6,7 % больных, тревожные нарушения высокой степени выраженности — у 6,7 % — 10,0 % больных.

Уровень личностной тревожности ($32,5 \pm 3,4$ балла) на первом этапе был выше, чем уровень реактивной тревоги ($30,2 \pm 3,2$ балла). На последующих этапах исследования наблюдался рост показателей реактивной тревоги (до $30,3 \pm 2,9$ баллов на втором этапе и до $31,8 \pm 3,2$ баллов на третьем). Уровень личностной тревожности несколько снижался, существенно не изменяясь на втором ($30,5 \pm 3,0$ баллов) и третьем ($30,0 \pm 3,2$ баллов) этапах. На 3 этапе тревожность высокой степени выраженности наблюдалась у 6,7—10,0 % больных. В процессе наблюдения уменьшилось число пациентов, у которых тревожные эпизоды не выявлялись (с 53,3 % до 40,0 %).

Таблица 8

Показатели реактивной тревоги и личностной тревожности у больных, перенесших мозговую инсульт

Выраженность показателей	Представленность показателей на этапах обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Реактивная тревога						
отсутствие	16	53,3	14	46,7	12	40,0
низкая	10	33,3	11	36,7	11	36,7
умеренная	2	6,7	3	10,0	4	16,7
высокая	2	6,7	2	6,7	3	10,0
Личностная тревожность						
Отсутствие	12	40,0	10	33,3	10	33,3
низкая	10	33,3	14	46,7	16	53,3
умеренная	5	16,7	3	10,0	2	6,7
высокая	3	10,0	3	10,0	2	6,7

Результаты исследования выраженности депрессивных нарушений по шкалам Гамильтона и Бека отражены в таблице 9.

Таблица 9

Выраженность депрессии у больных, перенесших мозговую инсульт (по шкалам Гамильтона и Бека)

Тяжесть депрессии	Представленность показателей на этапах обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шкала Гамильтона						
отсутствие депрессии	10	33,3	7	23,3	5	16,7
легкая	15	50,0	15	50,0	16	53,3
умеренная	3	10,0	5	16,7	5	16,7
выраженная	2	6,7	3	10	4	13,3
тяжелая	—	—	—	—	—	—
Шкала Бека						
отсутствие депрессии	12	40,0	5	16,7	4	13,3
мягкая	14	46,7	18	60,0	17	56,7
умеренная	4	13,3	7	23,3	6	20,0
тяжелая	—	—	—	—	3	10,0

Как видно из таблицы 9, у всех больных на 1 этапе наблюдения преобладали легкие и умеренные депрессивные нарушения (общий балл по шкале Гамильтона составлял $17,0 \pm 2,3$, по шкале Бека — $17,5 \pm 3,3$), частота которых в процессе наблюдения за больными увеличивалась (по шкале Гамильтона: от 60,0 % на первом этапе до 66,7 % — на втором и 70 % на третьем; по шкале Бека: от 60 % на первом этапе до 83,3 % на втором и 76,7 % — на третьем). Нарастала также частота выраженной депрессии (по шкале Гамильтона) от 6,7 % на первом этапе до 10,0 % на втором и 13,3 % — на третьем. На третьем этапе исследования у 10 % больных выявлялись тяжелые депрессивные эпизоды (сумма баллов по шкале Бека выше 19).

Показатели когнитивных функций у изучаемых больных (табл. 10) свидетельствуют о том, что на первом этапе исследования у 83,3 % больных были выявлены когнитивные нарушения, степень выраженности которых в 76,7 % случаев соответствовала умеренным когнитивным нарушениям, в 6,7 % случаев — деменции легкой степени. На втором и третьем этапах исследования представленность когнитивных нарушений снижалась. Преобладали умеренные когнитивные нарушения у 60 % больных на втором этапе исследования, у 70 % больных — на третьем этапе.

Таблица 10

Показатели когнитивных функций у больных, перенесших мозговой инсульт (по методике MMSE)

Показатели когнитивных функций	Представленность показателей на этапах обследования					
	1 этап		2 этап		3 этап	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отсутствие когнитивных нарушений	5	16,7	10	33,3	6	20,0
Умеренные когнитивные нарушения	23	76,7	18	60,0	21	70,0
Деменция легкой степени выраженности	2	6,7	2	6,7	3	10,0

Общий показатель по шкале MMSE составлял ($25,2 \pm 0,2$) баллов из 30 возможных. Имели место снижение объемов вербальной памяти до ($5,4 \pm 0,6$) баллов из 6 возможных баллов, счетных операций до ($3,6 \pm 0,6$) баллов из 5 возможных, ориентации до ($9,0 \pm 0,6$) баллов из 10 возможных, показателей перцептивно-гнозической сферы до ($7,2 \pm 0,6$) баллов из 9 возможных баллов. Деменция легкой степени выявлялась у 6,7 % больных на 2-м этапе исследования и у 10,0 % больных — на 3-м этапе (общий показатель по шкале MMSE составлял ($22,5 \pm 0,2$) баллов из 30 возможных).

Полученные результаты показали, что у лиц, перенесших ишемический мозговой инсульт, отмечается четкая динамика развития неперцептивных психических расстройств: в остром периоде МИ у всех больных первичным является нарушение уровня сознания (от обнубления до комы) с последующими когнитивными расстройствами (83,3 %) в виде нарушения памяти, внимания, процессов мышления. Базисными также являются астенический и болевой синдромы. В последующем, в восстановительном периоде (на втором и третьем этапах исследования) представленность и выраженность когнитивных нарушений несколько снижается, на первое место выходят психоэмоциональные расстройства. Базисным остается астенический синдром, в большей

степени приобретающий депрессивную, тревожную, ипохондрическую, истероформную окраску.

Такую структуру и динамику неперцептивных расстройств психической сферы у лиц, перенесших ишемический МИ, необходимо учитывать при проведении системы психокорректирующих мероприятий.

Список литературы

1. Банщиков, В. М. Медицинская психология: (Учебник для мед. ин-тов) / В. М. Банщиков. — М.: Медицина, 1967. — 239 с.
2. Белова, А. Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А. Н. Белова. — М., 2004. — 432 с.
3. Варакин Ю. Я. Распространенность и структура цереброваскулярных заболеваний в различных регионах СССР по данным одно-моментного эпидемиологического исследования / Ю. Я. Варакин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — № 11. — С. 7—10.
4. Верткин, А. Л. Клинико-фармакологические аспекты нейропротективной терапии при острых и хронических нарушениях мозгового кровообращения / [А. В. Верткин, М. И. Лукашов, Наумов А. В. и др.] // Здоров'я України. — 2007. — № 61. — С. 6—8.
5. Григорова И. А. Лечение мозгового инсульта в начале третьего тысячелетия / И. А. Григорова, С. М. Винничук и др. // Здоров'я України XXI сторіччя: медична газета. — 2006. — № 10. — С. 26—28.
6. Горбань Е. М. Новые теоретические и организационные предпосылки борьбы с цереброваскулярной патологией / [Е. М. Горбань, П. В. Волошин, Т. С. Мищенко, Н. П. Волошина] // Український вісник психоневрології. — 1998. — Т. 6, вип. 2 (17). — С. 6—8.
7. Клинические шкалы и психодиагностические тесты диагностики сосудистых заболеваний головного мозга: Методические рекомендации / Сост.: Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, М. А. Трещинская. — Харьков, 2008. — 36 с.
8. Михайлов, Б. В. Соматоформные расстройства / Б. В. Михайлов // Здоров'я України. — 2007. — С. 27—28, 53—55.
9. Мищенко, Т. С. Достижения в области сосудистых заболеваний головного мозга за последние 2 года / Т. С. Мищенко // Журнал Здоров'я України. — 2010. — № 5. — С. 1213.
10. 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.
11. Мищенко, Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова // Международный неврологический журнал. — 2007. — № 2 (12). — С. 26—30.
12. Стан неврологічної служби України в 2008 році: Статистично-аналітичний довідник / [Жданова М. П., Зінченко О. М., Голубчиков М. В., Міщенко Т. С.]. — Харків, 2009. — 24 с.
13. Стан неврологічної служби України в 2009 році: Статистично-аналітичний довідник / [Жданова М. П., Зінченко О. М., Голубчиков М. В., Міщенко Т. С.]. — Харків, 2009. — 24 с.
14. 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.
15. Functional prognosis after stroke / [S. Giaquinto, S. Buzzelli, L. Di Francesco et al.] // Cerebrovascular Disease: Official Journal of the European Stroke Council 8th European Stroke Conference, Venice, Italy, April 7—10, 1999. Abstracts. — P. 27.
16. Ming, L. Stroke: encouragement and disappointment in clinical trials / L. Ming // Lancet Neurol. — 2008. — V. 7(1). — P. 5—7.
17. Skarzynska-Dlugosz, I. Development of stroke unit network in Poland — current status and future requirement / Skarzynska-Dlugosz I., Skawronska M., Czlonkowska A. // Neurol Neurochir Pol. — 2007. — V. 41; 2. — P. 107—112.
18. Standard method for developing stroke register in low-income end middle-income countries: experiences from a feasibility study of a stepwise approach to stroke surveillance (STEPS Stroke) / [Truelsen T., Heuschmann P. U., Bonita R. et al.] // Lancet Neurol. — 2007. — V. 6(2). — P. 134—139.

Надійшла до редакції 25.01.2011 р.

В. Б. Михайлов

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Непсихотичні психічні розлади у осіб, що перенесли ішемічний мозковий інсульт

Проведено дослідження непсихотичних психічних порушень у 30 осіб, що перенесли ішемічний мозковий інсульт (МІ), з них 17 чоловіків, 13 жінок. Обстеження проводилось у 3 етапи: 1 етап — на протязі 1 місяця після перенесеного МІ (гострий період), 2 етап — через 3 місяці, 3 етап — через 6 місяців після перенесеного МІ (відновний період).

Отримані результати показали, в гострому періоді МІ в усіх хворих первинним було порушення рівня свідомості (від обнубіляції до коми) з наступними когнітивними розладами (у вигляді порушення пам'яті, уваги, процесів мислення). Базисними також були астеничний і больовий синдроми. Надалі представленість і вираженість когнітивних порушень зменшувалися, на перше місце виходили психоемоційні розлади. Базисним залишався астеничний синдром, який набував іпохондричного, депресивного, тривожного, істероформного забарвлення.

Ключові слова: емоційні порушення, когнітивні порушення, мозковий інсульт.

V. B. Mykhaylov

Kharkiv National Medical University (Kharkiv)

Nonpsychotic psychotic disorders on cerebral stroke patients

The research about nonpsychotic psychotic disorders cerebral stroke (CS) 30 patients, from them 17 men, 13 women, was held. The investigation was held at 3 stages: 1stage — 1 month during CS (acute period), 2 stage — after 3 month, 3 stage — after 6 month after CS (recovery period).

The results that we got showed that at patients with CS in the acute period a primary was violation of level of consciousness (from obnubilation to coma) and subsequent cognitive disorders (memory, attention, mental impairments). Basically were asthenical and pain syndromes. After that submission and severity of cognitive impairments decreased, on the first place were psychoemotional impairments. Basical remained asthenic syndrome which purchased hypochondriac, depression, anxious, hysteroform character.

Keywords: emotional impairments, cognitive impairments, cerebral stroke.

УДК 616.89-008.441.3

М. О. Овчаренко, І. К. Сосін, Т. Г. Вороніна, Т. М. Овчаренко

*ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Луганськ);
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)*

ОЦІНКА ІНДЕКСУ СПРОМОЖНОСТІ ДО ПРИЙНЯТТЯ КОНСТРУКТИВНИХ РІШЕНЬ В СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЯХ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

В результаті психологічного обстеження 1638 осіб молодого віку встановлені вікові та статеві особливості щодо їх спроможності приймати конструктивні рішення в стресових ситуаціях. Встановлено, що найнижчі значення цієї спроможності мають хлопці у віці 15—16 років ($35,4 \pm 0,1$ балів), що для цієї групи є можливим предиктором щодо розвитку адиктивної поведінки.

Ключові слова: адиктивна поведінка, предиктори, підлітки

За останні роки підліткова наркоманія стала не тільки медичною, психологічною, але і значущою соціальною проблемою України [3, 4]. Зниження віку початку вживання психотропних препаратів призводить до руйнації психіки молодих людей ще у підлітковому віці [6, 8]. Відсутність чітких життєвих пріоритетів, нестабільна емоційна сфера підлітків, значущий вплив криміногенного оточення і широке розповсюдження депресивних станів серед населення створюють передумови для розповсюдження наркоманії і токсикоманії [1].

У проведених раніше дослідженнях аналізувалися патопсихологічні, генетичні, неврологічні, патобіохімічні предиктори адиктивної поведінки в осіб молодого віку [7, 9]. Вважається, що першочинники немедичного вживання різних психоактивних речовин та патогенетичні механізми формування адиктивних розладів у підлітків істотно відрізняються від особливостей формування залежностей в осіб зрілого віку. Якщо у підлітків спочатку формується десоціалізація, а вже потім відбувається пошук виходу із стресової ситуації через «хімічний відхід з реальності», то у дорослих пацієнтів — частіше спочатку виникає хімічна залежність, яка пізніше призводить до їх десоціалізації [5].

Актуальним питанням для практичної наркології є пошук психологічних тестів оцінки здатності підлітків щодо прийняття конструктивних рішень у стресових ситуаціях, які могли б стати предикторами подальшої десоціалізації підлітків та розвитку адикції, у тому числі — опіоїдної залежності.

Робота виконана у відповідності до основного плану НДР ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом тем НДР «Опіоїдна залежність: клініко-патогенетичні, епідеміологічні, патопсихологічні аспекти, методи лікування і профілактики» (номер держреєстрації 0109U002768), «Клініко-патогенетичні методи діагностики, лікування, профілактики та реабілітації наркотичної залежності та супутньої патології внутрішніх органів» (номер держреєстрації 0109U002769) та кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти «Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології» (номер держреєстрації 0108U002113).

Мета дослідження: оцінити спроможність до прийняття конструктивних рішень в стресових ситуаціях у підлітків різного віку та статі як можливого предиктора формування адиктивної поведінки.

Психологічне обстеження було проведено у 1638 підлітків Луганської області, з яких були 867 — хлопчиків та 771 — дівчат. Обстежені були учнями середніх шкіл та навчальних закладів I та II рівня акредитації у віці від 12 до 18 років. Обстеження проводилося за допомогою «Методу верифікації спроможності підлітка до конструктивного виходу із стресових ситуацій (індекс Овчаренка)» (Свідоцтво про реєстрацію авторського