

Ovodiuk N. M., Kravchenko A. M., Ovodiuk M. O. Quality of life of the patients with chronic cerebrovascular insufficiency and high blood pressure after the stroke patients of SIS «RPC PCM» SAD. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(5):632-646. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.816275>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4561>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).  
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author(s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.05.2017. Revised: 23.05.2017. Accepted: 31.05.2017.

## **QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY AND HIGH BLOOD PRESSURE AFTER THE STROKE PATIENTS OF SIS «RPC PCM» SAD**

**N. M. Ovodiuk, A. M. Kravchenko, M. O. Ovodiuk**

**State Institution of Science "Research and Practical Centre of Preventive and Clinical  
Medicine" State Administration Department, Kyiv, Ukraine**

### **Abstract**

The article presents the study of the chronic cerebrovascular insufficiency combined with high blood pressure in patients (civil servants) who recovered from ischemic stroke in comparison with patients who have chronic cerebrovascular insufficiency with high blood pressure but without ischemic stroke in anamnesis. Due to clinical and paraclinical examinations motor, cognitive, mental and volitional disorders were found in both groups. In the group of patients who have ischemic stroke in anamnesis mentioned disorders were more severe. Also it was proved that patients even with slight neurological impairment have authentically lower quality of life.

**Key words: ischemic stroke, chronic cerebrovascular insufficiency, high blood pressure, quality of life**

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ З  
ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ  
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПАЦІЄНТІВ ПРИКРІПЛЕНИХ ДЛЯ ОБСЛУГОВУВАННЯ  
ДО ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС**

**Н. М. Оводюк, А. М. Кравченко, М. О. Оводюк**

**Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та  
клінічної медицини» Державного управління справами  
м. Київ, Україна**

**Резюме**

У статті проведено аналіз дослідження оцінки перебігу дисциркуляторної енцефалопатії II ступеню у пацієнтів (службовців), що перенесли ішемічний інсульт на тлі артеріальної гіпертензії в порівнянні з пацієнтами з аналогічним ступенем дисциркуляторної енцефалопатії без перенесеної гострої ішемічної події та на тлі артеріальної гіпертензії. При проведенні дослідження, на базі багатопрофільного закладу охорони здоров'я, пацієнтів було розділено на дві групи: до першої віднесено тих, хто перенесли ішемічний інсульт на тлі артеріальної гіпертензії, а до контрольної – пацієнтів із аналогічним ступенем дисциркуляторної енцефалопатії без перенесеної гострої ішемічної події та на тлі артеріальної гіпертензії. Встановлено, що в обох групах мали місце рухові, когнітивні та психічно-вольові розлади але у пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт, вищевказані розлади були достовірно більш вираженими, ніж у пацієнтів контрольної групи. Окрім наведеного було доведено, що пацієнти навіть з малим неврологічним дефіцитом мають достовірно нижчу якість життя.

**Ключові слова:** ішемічний інсульт, дисциркуляторна енцефалопатія, якість життя неврологічних пацієнтів, артеріальна гіпертензія

**Вступ.** Значна розповсюдженість судинних захворювань нервової системи, складність та стійкість порушення функцій, що супроводжуються тривалою, а часто і стійкою втратою працездатності, ставлять проблеми лікування та реабілітації цієї патології в ранг найважливіших медико-соціальних проблем охорони здоров'я. [2]

Інсульт залишається другою причиною летальності та найчастіше спричиняє інвалідність у дорослому віці [14]. Це захворювання стає значним фізичним та

економічним тягарем для хворих та їх сімей. Очевидно, що інсульт значно змінює фізичний і психічний стан хворого, його місце і роль у суспільстві, змінюючи таким чином його якість життя. [1]

Порушення когнітивної діяльності, що розвиваються на фоні судинно-мозкової патології, посідають друге місце після хвороби Альцгеймера. [11]

Частота післяінсультних когнітивних порушень (ПІКП) у пацієнтів може досягати 80%. Когнітивні порушення є одним із найбільш значимих факторів для прогнозування наслідків інсульту, оскільки вони визначають ефективність реабілітаційних заходів та якість життя пацієнта (ЯЖ). До післяінсультних когнітивних порушень належать усі когнітивні порушення (погіршення пам'яті, уваги, розумової працездатності, зниження інтелекту), що виникли і досягли клінічного рівня в перші три місяці після інсульту чи в більш пізні строки, але не більше року після інсульту. [13]

На думку низки дослідників (Р. Duncan, Н. Jorgensen, D Wade, D. Buck, A. Jacoby, A. Massey, G. Ford, P. Appelros, I. Nydevik, M. Viitanen), загальноприйняті, на сьогодні, критерії оцінки ефективності лікування і одужання після захворювання, засновані на традиційних показниках (середньої тривалості життя, смертності), перестали задовольняти сучасну медичну науку. На противагу цьому – оцінка ЯЖ може надати дослідникам повноцінну інформацію про точку зору пацієнта про свою хворобу [6, 8, 10]

Визначення ЯЖ пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт, дозволить дослідникам ви кристалізувати повний спектр даних щодо процесу одужання та допоможе оцінити адекватність медичних втручань. [3]

Опитувальники, які використовують для вивчення ЯЖ після інсульту, повинні бути доступними та прийнятними, враховувати наявні когнітивні порушення та розлади психіки, що часто спостерігаються у пацієнтів. У деяких випадках важливо, враховуючи можливі труднощі в розумінні питань або в спілкуванні, щоб на питання дослідників могли відповідати не лише самі пацієнти, але й особи, що доглядають за ними [12].

**Мета дослідження:** визначити особливості перебігу дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) після перенесеного ішемічного інсульту на тлі артеріальної гіпертензії у державних службовців та оцінити якість життя даного контингенту хворих в порівнянні з хворими, які мають дисциркуляторну енцефалопатію II ступеню на тлі гіпертонічної хвороби.

**Об'єкт дослідження:** Пацієнти неврологічного відділення багатoproфільного закладу охорони здоров'я (службовців) з ДЕ після перенесеного ішемічного інсульту та пацієнтів з ДЕ на тлі артеріальної гіпертензії.

**Предмет дослідження:** Клініко-неврологічні та нейропсихологічні показники пацієнтів, показники мозкової гемодинаміки, структурні зміни мозкової тканини.

**Матеріали та методи дослідження:**

**Матеріалами дослідження слугували дані** клініко-неврологічних та нейропсихологічних обстежень (92 спостереження), з них – 52 пацієнти працездатного віку, які перенесли ішемічний інсульт, з ДЕ (основна група) та 40 пацієнтів з ДЕ II ст. важкості на тлі артеріальної гіпертензії.

При проведенні дослідження нами застосовано **нейропсихологічні інструменти – шкали психічного статусу, шкали депресії та стандартизований опитувальник якості життя RAND SF-36.**

Для повної картини пацієнтам проведено **інструментальні** обстеження, а саме: магнітно-резонансна томографія головного мозку, магнітно-резонансна ангіографія судин голови, ультразвукова діагностика судин головного мозку.

Заповнені протоколи неврологічного дослідження хворих за темою наукового дослідження – 92 пацієнтів, проаналізовані анамнестичні дані, результати МРТ-досліджень, результати лабораторних досліджень, а також результати нейропсихологічного тестування. Пацієнтів ми розділили на дві групи: відібрано групу пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт в працездатному віці (від 40 до 60 років) – 52 пацієнти (службовці), з різним ступенем рухового неврологічного, емоційно-вольового та психічного дефіциту, а також контрольна група 40 пацієнтів (службовці), які мають прояви ДЕ на тлі артеріальної гіпертензії (хворіють понад 10 років).

Оцінка ЯЖ проводилась за допомогою опитувальника RAND SF -36, який хворі заповнювали власноруч. Опитувальник SF-36 [5, 7] складається з 36 питань, розподілених на 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕ) та психічне здоров'я (ПЗ). Результати отримують у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам та двом категоріям. Показники кожної шкали варіюють від 1 до 100, де 100 представляє повне здоров'я [4, 9].

Результати представлені у вигляді оцінок в балах по 8 шкалам, складених таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ.

Для узагальнення та обробки отриманих даних використано статистичні методи.

### **Результати досліджень та обговорення результатів**

Серед обстежених пацієнтів з ДЕ, що перенесли ішемічний інсульт більшість склали чоловіки віком від 60-65 років (34,6%) а більшість контрольної групи складали жінки – ДЕ 25% хворих віком 50-59 років (табл. 1).

Таблиця 1

#### **Розподіл хворих основної та контрольної груп за віком та статтю**

| Вік         | Стать    | Основна група (n=52) |      | Контрольна група (n=40) |      |
|-------------|----------|----------------------|------|-------------------------|------|
|             |          | n                    | %    | n                       | %    |
| 40-49 років | Чоловіки | 5                    | 9,6  | 9                       | 22,5 |
|             | Жінки    | 1                    | 1,9  | 0                       | 0    |
| 50-59 років | Чоловіки | 12                   | 23,0 | 5                       | 12,5 |
|             | Жінки    | 10                   | 19,2 | 10                      | 25,0 |
| 60-65 років | Чоловіки | 18                   | 34,6 | 8                       | 20,0 |
|             | Жінки    | 6                    | 11,5 | 8                       | 20,0 |

Артеріальна гіпертензія спостерігалась у всіх пацієнтів в основній групі та контрольній групах, артеріальна гіпертензія в поєднанні з церебральним атеросклерозом – 47 пацієнтів (90,4 %). З аналізу анамнестичних даних в основній групі, пацієнти були співставні за віком та важкістю неврологічного дефіциту після перенесеного ішемічного МІ (від 5 до 9 балів за шкалою NIHSS, в середньому  $7,2 \pm 0,15$  бали). В основній групі переважали пацієнти віком 60-65 років чоловічої статі (34,6%), в контрольній – жінки віком від 50-59 років (рис. 1).

Під час клінічного обстеження пацієнтів основної та контрольної груп, було відмічено, що після перенесеного ішемічного інсульту найчастіше вони скаржилися на швидку втому (84,8% чоловіків, 88,2% жінок) та знижену працездатність (90,9% чоловіків, 82,4% жінок), зниження уваги та пам'яті (87,9% чоловіків та 70,6% жінок), 66,6% чоловіків та 64,7% жінок основної групи скаржилися на порушення сну, 62,8% чоловіків та 64,7% жінок мали періодичні запаморочення, рухові порушення турбували 60,6% чоловіків та 64,7% жінок, головний біль частіше турбував чоловіків (78,8% та

58,8% відповідно), системне головокружіння також частіше турбувало чоловіків (45,5% і 41,2% відповідно).

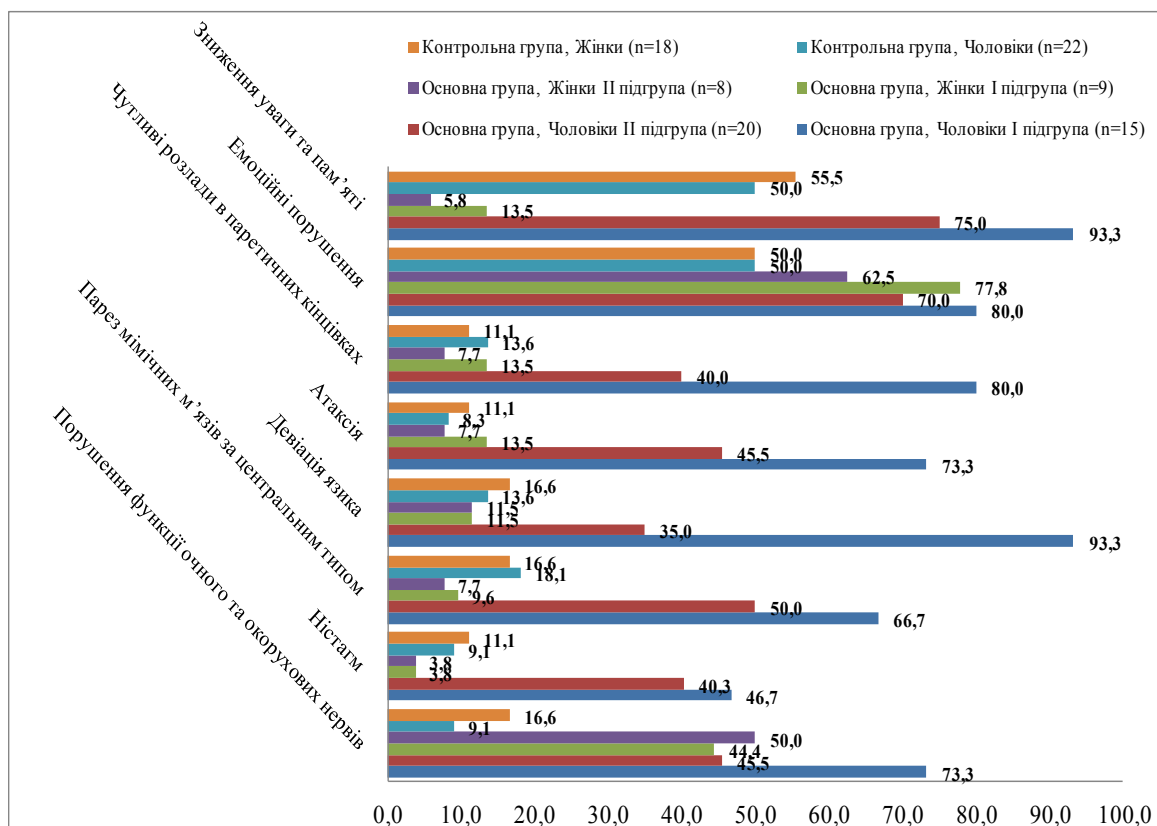


Рис. 1. – Дані клініко-неврологічного огляду пацієнтів з ДЕ

У контрольній групі всі скарги зустрічалися декілька рідше, але також переважали швидка втомлюваність (75,0% чоловіків та жінок порівну) та знижена працездатність (33,3% чоловіків, 75,0% жінок), періодичне запаморочення, головний біль та порушення сну в контрольній групі частіше турбував жінок (62,5%), зниження уваги та пам'яті також більше турбувало жінок – 50,0% та 33,3% чоловіків (табл. 2).

Отже у пацієнтів з ДЕ працездатного віку (службовців), що перенесли ішемічний інсульт на тлі АГ з малим неврологічним дефіцитом та повернулися до праці мали місце церебрастенічний синдром (84,6%), мнестичний (72,8%), цефалгічний (69,2%), та спостерігались тривожно-депресивні розлади (63,5%), вестибуло-атактичний синдром (59,6%). У пацієнтів контрольної групи також переважав церебрастенічний синдром (45,0%), 37,5% пацієнтів мали тривожно-депресивні розлади, вестибулоатактичні розлади та цефалгічний синдром спостерігалися приблизно у третини хворих (35,0% і 30,0% відповідно, табл. 3).

Таблиця 2

## Скарги пацієнтів (службовців) з ДЕ основної та контрольної груп

| Скарги                                      | Основна група,<br>n=52      |                           | Контрольна група,<br>n=40   |                           |
|---------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
|                                             | Чоловіки<br>n=35<br>абс/(%) | Жінки,<br>n=17<br>абс/(%) | Чоловіки<br>n=22<br>абс/(%) | Жінки,<br>n=18<br>абс/(%) |
| Зниження уваги та пам'яті                   | 29 (87,9%)                  | 12 (70,6%)                | 4 (33,3%)                   | 4 (50,0%)                 |
| Головний біль (періодичний)                 | 26 (78,8%)                  | 10 (58,8%)                | 4 (33,3%)                   | 5 (62,5%)                 |
| Періодичне запаморочення                    | 22 (62,8%)                  | 11 (64,7%)                | 3 (25,0%)                   | 5 (62,5%)                 |
| Періодичне головокружіння                   | 15 (45,5%)                  | 7 (41,2%)                 | 2 (16,7%)                   | 2 (25,0%)                 |
| Порушення сну                               | 22 (66,6%)                  | 11 (64,7%)                | 4 (33,3%)                   | 5 (62,5%)                 |
| Координаторні порушення                     | 18 (54,5%)                  | 10 (58,8%)                | 2 (16,7%)                   | 3 (37,5%)                 |
| Слабкість в кінцівках (моно, або геміпарез) | 20 (60,6%)                  | 11 (64,7%)                | 1 (8,3%)                    | 2 (25,0%)                 |
| Знижена працездатність                      | 30 (90,9%)                  | 14 (82,4%)                | 4 (33,3%)                   | 6 (75,0%)                 |
| Швидка втомлюваність                        | 28 (84,8%)                  | 15 (88,2%)                | 9 (75,0%)                   | 6 (75,0%)                 |

Таблиця 3

## Характеристика основних синдромів

| Синдроми             | Основна група<br>(n=52) |      | Контрольна група<br>(n=40) |      |
|----------------------|-------------------------|------|----------------------------|------|
|                      | абс.                    | %    | абс.                       | %    |
| Цефалгічний          | 36                      | 69,2 | 12                         | 30,0 |
| Вестибуло-атактичний | 31                      | 59,6 | 14                         | 35,0 |
| Церебростенічний     | 44                      | 84,6 | 18                         | 45,0 |
| Тривожно-депресивний | 33                      | 63,5 | 15                         | 37,5 |
| Мнестичний           | 41                      | 78,8 | 12                         | 30,0 |
| Моно, або геміпарези | 27                      | 51,9 | 2                          | 5,0  |

Таким чином, при проведенні аналізу частоти виникнення окремих синдромів ми прийшли до висновку, що у пацієнтів обох груп переважали церебрастенічний, мнестичний та тривожно-депресивний синдроми, хоча в контрольній групі ступінь їх проявів та частота були майже на 50% меншими при важкості дисциркуляторної енцефалопатії одного ступеню.

Після проведення нейропсихологічного тесту за шкалою MMSE у обстежених пацієнтів було виявлено, що достовірно когнітивні порушення більш вираженими були у пацієнтів основної групи (табл. 4).

В результаті дослідження когнітивних функцій було виявлено, що достовірно ( $p < 0,01$ ) вони були нижчими у пацієнтів, що перенесли інсульт, хоча стадія ДЕ в основній та контрольній групах була однаковою (II ст.).

Таблиця 4

**Частота когнітивних порушень різного ступеня вираженості за шкалою MMSE**

| Показник (в балах)                                                         | Основна група<br>(n=52) / (%) | Контрольна група<br>(n=40) / (%) | p*      |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------|
| Деменція помірного ступеня тяжкості за шкалою MMSE (11–19 балів)           | –                             | –                                | –       |
| Деменція легкого ступеня тяжкості за шкалою MMSE (20–23 балів)             | 3(5,8%)                       | 1(2,5%)                          | –       |
| Когнітивні порушення за шкалою MMSE (24–27 балів)                          | 15(28,8%)                     | 2(5,0%)                          | $<0,01$ |
| Норма, порушення когнітивних функцій відсутні за шкалою MMSE (28–30 балів) | 32(64,0%)                     | 18(45,0%)                        | $<0,01$ |

\* p – коефіцієнт достовірності відмінностей спостережень обох груп

Після проведення тестування за шкалою DASS-21 виявлено, що достовірна відмінність між показниками основної і контрольної груп спостерігалась в прояві тривоги помірного ступеню тяжкості в обох статей, а також помірного ступеню та відсутності депресії у чоловіків (табл.5).

Таблиця 5

**Частота тривожно-депресивних порушень різного ступеня вираженості за шкалою DASS-21 у пацієнтів основної групи**

|                  | Жінки (n=17)<br>n (%) |           |           | Чоловіки (n=35)<br>n (%) |         |          |
|------------------|-----------------------|-----------|-----------|--------------------------|---------|----------|
|                  | Стрес                 | Тривога   | Депресія  | Стрес                    | Тривога | Депресія |
| Норма            | –                     | –         | –         | –                        | –       | 9 (27,3) |
| Легкий ступінь   | –                     | 11 (47,0) | 10 (58,8) | –                        | –       | 7 (21,2) |
| Помірний ступінь | –                     | 7 (41,1)  | 5 (29,4)  | –                        | 3 (9,0) | 9 (27,3) |

Оцінюючи емоційно-вольові (тривожно-депресивні) порушення у пацієнтів основної групи отримали результати: помірні тривожні розлади та помірна депресія



після інсульту частіше зустрічалися у жінок (58,8%, 47,0%), чоловіки після інсультів більше страждали на депресію легкого та помірного ступенів (21,2% та 27,3%), хоча частота їх проявів була приблизно вдвічі рідшою ніж у жінок (табл. 6).

У контрольній групі приблизно 63% жінок мали тривожні розлади та легку депресію, чоловіки мали легкі депресивні розлади майже вдвічі рідше (33,3%). Помірний ступінь депресії у пацієнтів контрольної групи достовірно переважав у жінок (25,0% і 1,83% відповідно).

Таблиця 6

**Частота тривожно-депресивних порушень різного ступеня вираженості за шкалою DASS-21 у пацієнтів контрольної групи**

|                  | Жінки (n=18), n / (%) |           |           | Чоловіки (n=22), n / (%) |                       |                      |
|------------------|-----------------------|-----------|-----------|--------------------------|-----------------------|----------------------|
|                  | Стрес                 | Тривога   | Депресія  | Стрес                    | Тривога               | Депресія             |
| Норма            | –                     | –         | 1 (12,5%) | –                        | –                     | 7 (58,3)<br>(p<0,03) |
| Легкий ступінь   | –                     | 5 (62,5%) | 5 (62,5%) | –                        | –                     | 4 (33,3%)            |
| Помірний ступінь | –                     | (p<0,001) | 2 (25,0%) | –                        | 3 (25,0%)<br>(p<0,03) | 1 (8,3%)<br>(p<0,01) |

p – коефіцієнт достовірності відмінностей спостережень обох груп.

При визначення якості життя пацієнтів, включених за вищеописаним розподілом до нашого дослідження застосовувався стандартизований опитувальник SF-36. Із стандартних питань згруповано 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольова діяльність (РД), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), емоційний стан (ЕС) та психічне здоров'я (ПЗ).

Пацієнт (при проведенні нашого дослідження відповіді надавали виключно пацієнти самостійно, без залучення опікунів) вибирав відповідь на запропоноване запитання. Кожна відповідь оцінювалася у балах. При формуванні тієї або іншої шкали ці бали складаються та математично обробляються за стандартними формулами. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я.

Фізичне функціонування відображає ступінь, у якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, хода, підйом по сходах, переміщення важких речей та ін.). Низькі показники за даною шкалою означають, що фізична активність пацієнта значно обмежена станом його здоров'я. Рольове функціонування – вплив фізичного стану на щоденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за даною шкалою означають,

що повсякденна діяльність значно обмежена станом пацієнта. Інтенсивність болю – вплив болю на можливість займатися активною повсякденною діяльністю, включаючи домашню роботу. Низькі показники за даною шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта. Загальний стан здоров'я – оцінка пацієнтом свого стану здоров'я на сучасний момент та в перспективі лікування. Чим нижчий показник, тим нижча оцінка стану здоров'я. Життєва активність – відображає відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, безсилим. Низький показник свідчить про втому пацієнта, зниження його життєвої активності. Соціальне функціонування – визначає, якою мірою фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низький показник означає суттєве обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування через погіршення фізичного та емоційного стану. Рольове функціонування, що обумовлене емоційним станом – дозволяє оцінювати, якою мірою емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості). Низький показник за цією шкалою інтерпретується як обмеження у виконанні повсякденної роботи, пов'язані з погіршенням емоційного стану. Психічне здоров'я – характеризує настрій, наявність депресії, стурбованості. Цей показник є загальним показником позитивних емоцій. Його низьке значення свідчить про існування депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя.

Усі шкали формують два загальних показники: душевне та фізичне благополуччя. Фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) мають шкали ФФ, РФ, ІБ, ЗСЗ, психологічний компонент здоров'я (ПКЗ) – шкали ПЗ, РФЕ, СФ, ЖА. На цей час розроблено норми показників здоров'я. Так, загальні показники мають бути більше 50.

Результати представлені у вигляді оцінок в балах по 8 шкалам, складених таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ.

Незважаючи на те, що пацієнти обох груп мали другий ступінь ДЕ (за скаргами, клінічним та параклінічними обстеженнями) достовірно якість життя у пацієнтів, що перенесли інсульт, була нижчою за показниками ФФ – фізичне функціонування, СФ – соціальне функціонування, ПЗ – психічне здоров'я, сумарними показниками фізичного та психологічного стану (PHsum (PH), MHsum (PH)).

Отже, в ході проведеного дослідження нами встановлено, що у пацієнтів з ДЕ працездатного віку (державних службовців), що перенесли ішемічний інсульт на тлі АГ з малим неврологічним дефіцитом та повернулися до праці мали місце церебрастенічний

синдром (84,6%), мнестичний (72,8%).цефалгічний (69,2%), та спостерігались тривожно-депресивні розлади (63,5%), вестибуло-атактичний синдром (59,6%).

Таблиця 7

**Середня оцінка ЯЖ після ішемічного інсульту у періоді більше одного року за шкалою SF -36.**

| Показник                                            | Інсульт            |                                    | ДЕ                 |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------|------------------------------------|
|                                                     | середня оцінка (М) | Середньо-квдратичне відхилення (m) | середня оцінка (М) | Середньо-квдратичне відхилення (m) |
| фізичне функціонування (ФФ)                         | 46,63              | 22,16                              | 74,13              | 14,76                              |
| рольова діяльність (РД)                             | 19,71              | 24,92                              | 55,0               | 33,11                              |
| інтенсивність болю (ІБ)                             | 57,90              | 21,79                              | 70,55              | 21,76                              |
| загальний стан здоров'я (ЗЗ)                        | 38,62              | 10,81                              | 48,18              | 11,45                              |
| життєва активність (ЖА)                             | 31,92              | 11,38                              | 47,75              | 18,50                              |
| соціальне функціонування (СФ)                       | 51,20              | 21,90                              | 80,63              | 17,67                              |
| емоційний стан(ЕС)                                  | 17,31              | 23,33                              | 46,67              | 29,04                              |
| психічне здоров'я (ПЗ)                              | 39,85              | 10,02                              | 55,50              | 15,35                              |
| сумарний показник фізичного стану (PHsum (PH))      | 46,90              | 5,53                               | 52,24              | 5,72                               |
| сумарний показник психологічного стану (MHsum (PH)) | 32,01              | 5,22                               | 40,77              | 8,32                               |

t-критерій Стюдента: \* - >2, \*\* - >3

У пацієнтів контрольної групи також переважав церебрастенічний синдром (45,0%), 37,5% пацієнтів мали тривожно-депресивні розлади, вестибулоатактичні розлади та цефалгічний синдром спостерігалися приблизно у третини хворих (35,0% і 30,0% відповідно).

Таким чином, при проведенні дослідження ми дійшли **висновку**, що у пацієнтів обох груп переважали церебрастенічний, мнестичний та тривожно-депресивний синдроми, хоча в контрольній групі ступінь їх проявів та частота були майже в половину меншими при важкості ДЕ одного ступеню.

При оцінці емоційно-вольових (тривожно-депресивних) порушень у пацієнтів основної групи ми отримали дані, про те, що помірні тривожні розлади та помірна депресія після інсульту частіше зустрічалися у жінок (58,8%, 47,0% відповідно), а чоловіки після інсультів більше страждали на депресію легкого та помірного ступенів (21,2% та 27,3% відповідно), хоча частота їх проявів була приблизно вдвічі рідшою ніж у жінок.

Також, слід зауважити, що у досліджуваного контингенту пацієнтів основної та контрольної груп не спостерігалось випадків тяжкої депресії та тяжких тривожних станів, що напевно пов'язано з їх рівнем інтелекту.

Проведене дослідження показало, що у періоді після перенесеного ішемічного інсульту післяінсультна депресія мала виражений негативний вплив на ЯЖ, навіть у пацієнтів з незначним функціональним дефіцитом, що виник внаслідок хвороби. Це зниження стосується майже всіх шкал опитувальника ЯЖ SF-36. Окрім депресії, значне погіршення показників ЯЖ, пов'язаних із фізичним функціонуванням спостерігалось у пацієнтів з вираженою функціональною залежністю у повсякденній активності. Ці результати дають можливість перегляду принципів реабілітаційного лікування пацієнтів у ранньому та пізньому відновних періодах ішемічного інсульту.

Оцінюючи якість життя пацієнтів з ДЕ II ст. дійшли висновку: незважаючи на те, що пацієнти обох груп мали другий ступінь ДЕ (за клінічним та параклінічними обстеженнями) достовірно якість життя у пацієнтів, що перенесли інсульт, була нижчою за показниками фізичного функціонування, соціального функціонування, психічного здоров'я і сумарними показниками фізичного та психологічного стану.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці засобів корекції (покращення) якості життя пацієнтів у періоді після перенесеного ішемічного інсульту, зокрема їх фізичного, психічного та соціального функціонування.

#### **Список використаної літератури**

1. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. – М.: Миклош, 2003. – 176 с.
2. Мачерет Є. Л. Гіпертонічна дисциркуляторна енцефалопатія (етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування) / Є. Л. Мачерет, Н. В. Ханенко. – Київ, 2008. –171 с.
3. Пантелеєнко Л.В., Соколова Л.І. Якість життя після перенесеного ішемічного інсульту. Научно-практическая интернет конференция «Альянс наук:

ученый – учёному» (25-26 лютого 2010 р.) / шлях доступу:  
[http://confcontact.com/2010/alyans/2010\\_alyans\\_med.php](http://confcontact.com/2010/alyans/2010_alyans_med.php)

4. Пулик О.Р., Рішко Г.В., Студеняк О.І. Використання препарату «Прамістар» для корекції і післяінсультних когнітивних порушень // Міжнародний неврологічний журнал. – 2015. – Вип. 74. – С.157-164.
5. Чердак М. А. Когнитивные расстройства у пациентов перенесших ишемический инсульт: обзор. / М.А. Чердак, В.А. Парфенов // Неврологический журнал. – 2011. – Т. 16, № 6. – С. 37-44.
6. Appelros P, Nydevik I, Viitanen M. Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. Stroke . 2003 ;34:122 –126.
7. Bejot Y. Prevalence of earle dementia after first-ever stroke: a 24-year population-based study / Y. Bejot, C. Aboa-Eboule, Jeome Durier [et al.] // Stroke. – 2011. – Vol. 42. – P. 607–612.
8. Buck D, Jacoby A, Massey A, Ford G. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. (2000) Stroke. 31:2004-2010.
9. De Haan RJ. Measuring quality of life after stroke using the SF-36. Stroke. 2002. – Вип.33. –С.1176
10. Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Outcome measures in acute stroke trials. Stroke. 2000 ;31:1429 –1438.
11. Hachinski V. Stroke: a global agenda (Victor and Clara Soriano Awward Lecture) / V. Hachinski // Jornal of the Neurological Sciences. – 2009. – Vol. 285, Suppl. 1. – P. 1.
12. Hopman W., Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke. 2003 ;34:801 – 805.
13. Rasquim S. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow-up study / S.M. Rasquim, J. Lodder, R.W. Ponds [et al.] // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2004. – Vol. 18. – P. 138–134.
14. Saver J.L., Starkman S., Eckstein M., Stratton S.J., Pratt F.D.,Hamilton S. et al. for the FAST-MAG Invtestigators and Coordinators // N. Engl., J. Med. – 2015. / – Vol. 372.– P. 528-536.

## References

1. Kadikov A.C. Reabilitacia posle insulta [Rehabilitation after a stroke]. – M.: Miklosh, 2003. – 176 s. (in Russian)
2. Macheret E. L., Havenko N. V. Hipertonichna discirkulyatorna encefalopatiya (etiopatogenez, klinika, diagnostika, likuvannya) [Hypertensive dyscirculatory encephalopathy (etiopathogenesis, clinic, diagnosis, treatment)]. – Kiiv, 2008. –171 s. (in Ukrainian)
3. Panteleenko L.V., Sokolova L.I. Yakist' jittya pislya perenesennogo ishemichnogo insultu [Quality of life after a suffered ischemic stroke] Nauchno-prakticheskaya internet konferenciya «Al'yans nauk: ucheniy – uchenomu» (25-26 lyutogo 2010 r.) / [http://confcontact.com/2010/alyans/2010\\_alyans\\_med.php](http://confcontact.com/2010/alyans/2010_alyans_med.php) (in Ukrainian)
4. Pulik O.R., Rishko G.V., Studenyak O.I. Viktoristannya preparatu «Pramistar» dlya korekcii i pislyainsultnih kognitivnih porushen' [Use of the "Pamistar" drug for correction and post-antic cognitive impairment] // Mijnarodniy nevrologichniy jurnal. – 2015. – Vip. 74. – S.157-164. (in Ukrainian)
5. Cherdak M. A., Parfenov V. A. Kognitivnie rastroystva u pacientov perenessih ishemicheskij insult: obzor. [Cognitive disorders in patients undergoing ischemic stroke: a review] – Nevrologicheskij jurnal. – 2011. – T. 16, № 6. – S. 37-44. (in Russian)
6. Appelros P, Nydevik I, Viitanen M. Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. Stroke . 2003 ;34:122 –126.
7. Bejot Y. Prevalence of earle dementia after first-ever stroke: a 24-year population-based study / Y. Bejot, C. Aboa-Eboule, Jeome Durier [et al.] // Stroke. – 2011. – Vol. 42. – P. 607–612.
8. Buck D, Jacoby A, Massey A, Ford G. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. (2000) Stroke. 31:2004-2010.
9. De Haan RJ. Measuring quality of life after stroke using the SF-36. Stroke. 2002. – Вип.33. –С.1176
10. Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Outcome measures in acute stroke trials. Stroke. 2000 ;31:1429 –1438.
11. Hachinski V. Stroke: a global agenda (Victor and Clara Soriano Award Lecture) / V. Hachinski // Jornal of the Neurological Sciences. – 2009. – Vol. 285, Suppl. 1. – P. 1.
12. Hopman W., Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke. 2003 ;34:801 – 805.

13. Rasquim S. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow-up study / S.M. Rasquim, J. Lodder, R.W. Ponds [et al.] // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2004. – Vol. 18. – P. 138–134.

14. Saver J.L., Starkman S., Eckstein M., Stratton S.J., Pratt F.D., Hamilton S. et al. for the FAST-MAG Investigators and Coordinators // N. Engl. J. Med. – 2015. / – Vol. 372. – P. 528-536.