

Ovodiuk N., Ovodiuk M. Оцінка якості життя хворих після ішемічного інсульту з дисциркуляторною енцефалопатією та артеріальною гіпертензією = Quality of life of the patients with chronic cerebrovascular insufficiency and high blood pressure after the stroke Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(10):601-615. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.189363>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4026>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

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: 02.09.2016. Revised 24.09.2016. Accepted: 30.10.2016.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Н. М. Оводюк, 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 хворих (державних службовців), що перенесли ішемічний інсульт на тлі артеріальної гіпертензії в порівнянні з хворими з аналогічним ступенем дисциркуляторної енцефалопатії без перенесеної гострої ішемічної події також на тлі артеріальної гіпертензії. При клінічному та параклінічних дослідженнях було встановлено, що в обох групах мали місце рухові, когнітивні та психічно-вольові розлади. Але у хворих, що перенесли ішемічний інсульт, вищевказані розлади були достовірно більш вираженими, ніж у хворих контрольної групи. Також було доведено, що хворі навіть з малим неврологічним дефіцитом мають достовірно нижчу якість життя.

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

QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH CHRONIC CEREBROVASCULAR INSUFFICIENCY AND HIGH BLOOD PRESSURE AFTER THE STROKE

N. Ovodiuk, M. Ovodiuk

Clinic of State Scientific Institution “Science-Practical Center of prophylactic and clinical medicine” of State Management of Affairs,
5, Verkhnya, Kyiv, 01014, 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

Судинні захворювання нервової системи – одна з основних проблем сучасної та, як показують прогнози, майбутньої медицини. 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 [1].

Інсульт залишається другою причиною летальності й найчастіше спричиняє інвалідність у дорослому віці [2]. 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 [3].

Порушення когнітивної діяльності, що розвиваються на фоні судинно-мозкової патології, посідають друге місце після хвороби Альцгеймера [5].

Клінічно СКП можуть проявлятися легкою когнітивною недостатністю, а також судинною деменцією, тобто вираженими порушеннями в декількох когнітивних доменах, у тому числі і пам'яті, що призводить до порушення повсякденної життєдіяльності [20].

Частота післяінсультних когнітивних порушень (ПКП) у хворих 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. 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 [21].

Зазвичай, проводячи курс лікування, лікар оцінює клінічні, інструментальні та лабораторні дані, не приділяючи достатньої уваги великій кількості психологічних та емоційних проблем, що виникли в результаті хвороби. Але об'єктивне зменшення патологічних симптомів не завжди супроводжується покращенням стану пацієнтів [11, 12].

Сьогодні критерії оцінки ефективності лікування і виходу після захворювання, що засновувались на традиційних показниках (середньої тривалості життя, смертності), перестали задовольняти сучасну медицину. Тільки оцінка якості життя (ЯЖ) може надати дослідникам повноцінну інформацію про точку зору пацієнта про свою хворобу [13, 14, 15].

Визначення ЯЖ хворих, що перенесли ІІ, надасть дослідникам повний спектр даних про процес одужання і допоможе оцінити адекватність медичних втручань [17].

Опитувальники, які використовують для вивчення ЯЖ після інсульту, мають бути доступними й прийнятними, які враховують наявні когнітивні порушення та розлади психіки, що часто спостерігаються у хворих. В деяких випадках важливо також, щоб на питання дослідників могли відповідати не тільки самі хворі, але й особи, що доглядають за ними, враховуючи можливі труднощі в розумінні питань або в спілкуванні [18].

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.

Завдання дослідження:

1. Обстежити 52 хворих працездатного віку, які перенесли ішемічний інсульт, з дисциркуляторною енцефалопатією (основна група) та 40 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією II ст. важкості на тлі артеріальної гіпертензії;
2. Вивчити клінічні особливості неврологічних розладів у хворих основної та контрольної груп в залежності від статі, віку хворих та наявності супутньої патології;
3. Провести клінічне дослідження хворих з метою визначення ступеню неврологічного дефіциту;
4. Визначити нейропсихологічні особливості даного контингенту хворих;
5. Дослідити особливості результатів параклінічних обстежень у досліджуваного контингенту хворих;
6. Оцінити якість життя обох досліджуваних груп.

Об'єкт дослідження: Клінічні та параклінічні дослідження хворих (державних службовців) з ДЕ після перенесеного ішемічного інсульту та хворих з ДЕ на тлі артеріальної гіпертензії.

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

Методи дослідження:

1. Клініко-неврологічні.
2. Нейропсихологічні(шкали психічного статусу, депресії, опитувальника якості життя RAND SF -36,)
3. Інструментальні (МРТ головного мозку, МР-ангіографія судин голови, УЗДГ судин головного мозку).
4. Статистичні (використання методів варіаційної статистики, розрахунок середніх арифметичних величин показників, їх середньоквадратичні відхилення та похибки середніх показників).

Була відібрана група пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт в працездатному віці - 52 хворих (державні службовці), які перенесли ішемічний інсульт (II) у віці від 40 до 60 років (працездатний вік) з різним ступенем рухового неврологічного, емоційно-вольового та психічного дефіциту, а також контрольна група (40 хворих) – державні службовці, які мають прояви дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) на тлі артеріальної гіпертензії (хворіють понад 10 років).

Критерії не включення пацієнтів в дослідження: хворі з геморагічним інсультом за даними нейровізуалізації, пацієнти з важким руховим дефектом, пацієнти з некомпенсованим цукровим діабетом, наявністю некомпенсованих захворювань, вагітність, лактація, зловживання алкоголем, наркотиками.

Заповнені протоколи неврологічного дослідження хворих за темою наукового дослідження – 92 хворих, проаналізовані анамнестичні дані, результати МРТ-досліджень, результати лабораторних досліджень, а також результати нейропсихологічного тестування хворих.

Результати досліджень та обговорення результатів

Як видно з даних табл. 2, серед обстежених хворих з ДЕ, що перенесли ішемічний інсульт більшість склали чоловіки віком від 60-65 років (34,6%) а більшість контрольної групи склали жінки— ДЕ 25% хворих віком 50-59 років. Таким чином можна зробити висновок, що серед державних службовців інсульт частіше зустрічається у чоловіків, повернулися до праці та допрацьовували до межі працездатного віку, в контрольній групі більшість, хворих, які спостерігалися неврологом склали жінки (25%).

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

Таблиця 1.

Розподіл хворих основної та контрольної груп за віком та статтю

Вік	Стать	Основна група		Контрольна група	
		N=52		N=40	
		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

Таблиця 2.

Предиктори ішемічного інсульту в основній групі: артеріальна гіпертензія (АГ) та поєднання АГ та церебрального атеросклерозу (ЦАС)

Стать	Хворі з АГ, N=52		Хворі з АГ+ЦАС, N=52	
	N	%	N	%
Чоловіки	4	7,7	31	59,6
Жінки	1	1,9	16	30,8
Всього	5	9,6	47	90,4

Підсумовуючи отримані дані можна констатувати, що у хворих основної групи ішемічний інсульт стався, у більшості випадків на тлі поєднання гіпертонічної хвороби та церебрального атеросклерозу, і більшість склали особи чоловічої статі.

Таблиця 3.

Розподіл пацієнтів, які перенесли ішемічний інсульт за показниками артеріального тиску

АТ	Загальна кількість (n=52)		Чоловіки (n=35)		Жінки (n=17)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
≥140/90мм рт.ст.	45	86,5	29	82,9	16	94,1
< 140/90 мм рт.ст.	7	13,5	6	17,1	1	5,9

Аналізуючи Таб. 3 дійшли висновку, що у більшості хворих (82,9% чоловіків, 94,1% жінок) ГПМК сталося на тлі підвищення АТ вище 140\90 мм.рт.ст.

Таблиця 4.

Частота виявлення супутньої патології у хворих основної та контрольної груп

Супутня патологія	Основна група		Контрольна група	
	n=52	%	n=40	%
Цукровий діабет II типу	5	9,6	7	17,5
Цукровий діабет I типу	1	1,9	0	0
ІХС	42	80,8	33	82,5
Аритмія	18	34,6	9	22,5

Таблиця 5.

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

Скарги	Основна група, n=52		Контрольна група, n=40	
	Чоловіки n=35(%)	Жінки, n=17(%)	Чоловіки n=22(%)	Жінки, n=18(%)
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%)

Під час клінічного обстеження хворих основної та контрольної груп, було відмічено, що після перенесеного ішемічного інсульту найчастіше хворі скаржилися на швидку втомлюваність (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). В 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 (Таб. 5).

Отже 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 церебралістичний синдром (84,6%), мнестичний (72,8%).цефалгічний (69,2%), та спостерігались тривожно%-депресивні розлади (63,5%), вестибуло- атактичний синдром (59,6%). У хворих контрольної групи також переважав церебралістичний с-м (45,0%), 37,5% хворих мали тривожно-депресивні розлади, вестибулоатактичні розлади

та цефалгічний синдром спостерігалися приблизно у третини хворих (35,0% і 30,0% відповідно) (Таб. 6).

Таблиця 6

Характеристика основних синдромів

Синдроми	Основна група (n=52)		Контрольна група (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, дійшли висновку, що у хворих 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 дисциркуляторної енцефалопатії одного ступеню.

В результаті дослідження когнітивних функцій було виявлено, що достовірно ($p < 0,01$) вони були нижчими у хворих, що перенесли інсульт, хоча стадія ДЕ в основній та контрольній групах була однаковою (II ст.) (Таб.7).

Таблиця 7.

Частота когнітивних порушень різного ступеня вираженості за шкалою MMSE

Показник (в балах)	Основна група (n=52), (%)	Контрольна група (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)	32(64,0%)	18(45,0%)	<0,01

p – коефіцієнт достовірності відмінностей спостережень обох груп

Після проведення нейропсихологічного тесту за шкалою MMSE у обстежених хворих було виявлено, що достовірно когнітивні порушення більш вираженими були у пацієнтів основної групи (табл. 7).

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.8).

Таблиця 8.

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

	Жінки (n=17), n (%)			Чоловіки (n=35), 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 хворих 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 (Таб 8).

Таблиця 9.

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)*
Легкий ступінь	-	5 (62,5%)	5 (62,5%)	-	-	4 (33,3%)
Помірний ступінь	-	-***	2 (25,0%)	-	3(25,0%)*	1(8,3%)**

p – коефіцієнт достовірності відмінностей спостережень обох груп:

* - p<0,03; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

В 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 хворих контрольної групи достовірно переважав у жінок

(25,0% і 1,83% відповідно) (Таб. 9).

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

Визначення якості життя проводили за допомогою спеціального тесту SF-36 [17, 18, 20, 33, 34]. Анкета включала 36 пунктів, що були згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольова діяльність (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), емоційний стан (ЕС) та психічне здоров'я (ПЗ). Пацієнт 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 (РФ) — 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 (РФЕ), — 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 [17]. Так, загальні показники мають бути більше 50. Оцінка ЯЖ проводилась за допомогою опитувальника RAND SF -36, який хворі заповнювали власноруч. Опитувальник SF -36 [24,25] 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 [28,29]

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

Таблиця 10

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

		ФФ (PF)**	РФ (RP)	ІБ (BP)	ЗЗ (GH)	ЖА (VT)	СФ (SE)*	ЕС (RE)	ПЗ (MH)* *	PHsum (PH)*	MHsu m (PH)*
Інсульт	M	46,63	19,71	57,90	38,62	31,92	51,20	17,31	39,85	46,90	32,01
	m	22,16	24,92	21,79	10,81	11,38	21,90	23,33	10,02	5,53	5,22
ДЕ	M	74,13	55,00	70,55	48,18	47,75	80,63	46,67	55,50	52,24	40,77
	m	14,76	33,11	21,76	11,45	18,50	17,67	29,04	15,35	5,72	8,32

- М – середня оцінка, m – середньоквадратичне відхилення.
- ФФ - фізичне функціонування, РФ - рольова діяльність, ІБ -інтенсивність болю, ЗЗ - загальний стан здоров'я, ЖА - життєва активність, СФ - соціальне функціонування, ЕС - емоційний стан, ПЗ - психічне здоров'я. PHsum (PH) – сумарний показник фізичного стану, MHsum (PH) – сумарний показник психологічного стану.
- t-критерій Стьюдента: * - >2, ** - >3

Незважаючи на те, що пацієнти обох груп мали другий ступінь ДЕ (за скаргами, клінічним та параклінічними обстеженнями) достовірно якість життя у хворих, 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)) (Таб.10).

Висновки

1. В результаті дослідження було виявлено, 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%). У хворих контрольної групи також переважав церебрастенічний с-м (45,0%), 37,5% хворих мали тривожно-депресивні розлади, вестибулоатактичні розлади та цефалгічний синдром спостерігалися приблизно у третини хворих (35,0% і 30,0% відповідно).

Таким чином, дійшли висновку, що у хворих 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 дисциркуляторної енцефалопатії одного ступеню.

2. Після проведення нейропсихологічного тесту за шкалою MMSE у обстежених хворих було виявлено, що когнітивні порушення достовірно більш вираженими були у хворих основної групи ($p < 0,01$).

3. Оцінюючи емоційно-вольові (тривожно-депресивні) порушення у хворих 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 помірною ступенів (21,2% та 27,3%), хоча частота їх проявів була приблизно вдвічі рідшою ніж у жінок. В 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 хворих контрольної групи достовірно переважав у жінок (25,0% і 1,83% відповідно).

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

4. Проведене дослідження показало, що у періоді після перенесеного ішемічного інсульту післяінсультна депресія мала виражений негативний вплив на ЯЖ, навіть у хворих 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 хворих з вираженою функціональною залежністю у повсякденній активності. Ці результати дають можливість перегляду принципів реабілітаційного лікування хворих у ранньому та пізньому відновних періодах ішемічного інсульту.

5. Оцінюючи якість життя хворих з ДЕ Іст дійшли висновку: незважаючи на те, що пацієнти обох груп мали другий ступінь ДЕ (за клінічним та параклінічними обстеженнями) достовірно якість життя у хворих, що перенесли інсульт, була нижчою за показниками ФФ - фізичне функціонування, СФ – соціальне функціонування, ПЗ - психічне здоров'я, сумарними сумарними показниками фізичного та психологічного стану (PHsum (PH), MHsum (PH)).

Список використаної літератури

1. Mecheret E.L., Khanenko N.V. Hipertonichna dustsurkulyatorna entsefalopatiya (etiopatogenes, klinika, diagnostuka, likuvannya). 2010 r.
2. 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. DOI: 10.1056/NEJMoa 1408827.
3. Kadykov A.S. Reabilitatsya posle insulta. - M.: Miklosh , 2003 . - 176 p.
4. Suslina Z.A. Insult: diagnostika, lechenye, profilaktika (pod red. M. A. Piradova) – M: Medpress-inform, 2008. – 340 c.
5. Hachinski V. Stroke: a global agenda (Victor and Clara Soriano Award Lecture) / V. Hachinski // Journal of the Neurological Sciences. — 2009. — Vol. 285, Suppl. 1. — P. 1.
6. Kadykov A.S. Reabilitatsya posle insulta. - M.: Miklosh , 2003 . - 176 p.
7. Mishchenko T.S. Khronicheskaya ishemiya mozga (kriterii diagnostiki, novye vozmozhnosti lecheniya) / T.S. Mishchenko, I.A. Lapshyna, V.N. Mishchenko // Ukrainskyi medychnyi chasopys. — 2010. — № 6 (80), XI–XII. — С. 110-114.
8. Nichols-Larsen DS, Clark PC, Zeringue A, Greenspan A, Blanton S. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. Stroke . 2005 ;36:1480 –1484.
9. Clarke P, Black SE. Quality of life following stroke: negotiating disability, identity and resources. J of Applied Gerontology 2005;24;4:319-336
10. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke. 2003 ;34:801 – 805.

11. Aprile I, Piazzini D.B., Bertolini C., Caliandro P., Pazzaglia C., Tonali P., Padua L. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurol Sci* (2006) 27:40–46
12. Madden S, Hopman WM, Bagg S, Verner J, O’Callaghan CJ. Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006 ;85:831 – 838.
13. 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.
14. Buck D, Jacoby A, Massey A, Ford G. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. (2000) *Stroke.* 31:2004-2010.
15. Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Outcome measures in acute stroke trials. *Stroke.* 2000 ;31:1429 –1438.
16. Kadykov A.S. Reabilitatsya posle insulta. - M.: Miklosh , 2003 . - 176 p.
17. Panteleyenکو L.V., Sokolova L.I. Yakist’ zhittyа pislyа perenesenogo ishemichnogo insulta. Nauchno-prakticheskaya internet0konferentsya “Alyans nauk: uchenui – uchenomu” (25-26 fevralya 2010 goda)
18. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke.* 2003 ;34:801 – 805.
19. Zakharov V.V. Kognitivnye rasstroistva v pozhilom I starcheskom vozraste: metod. posobie dlya vrachei / V.V. Zakharov, N.N. Yakhno. — M., 2005. — 71 p.
20. Diagnostic and Statistical Manual Disorders. — 4th edition: DSM-IV. — Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
21. Rasquim S.M. 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.
22. Desmond D.W. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke / D.W. Desmond, J.T. Moroney, M.C. Paik [et al.] // *Neurology.* — 2000. — Vol. 54(5). — P. 1124-1131.].
23. Mackowiak-Cordoliani M.A. Poststroke dementia in the elderly / M.A. Mackowiak-Cordoliani, S. Bombois, A. Memin // *Drugs Aging.* — 2005. — Vol. 22, № 6. — P. 483-493.
24. Cherdak M.A. Kognitivnye rasstroistva u patsyentov, perenesshykh ishemicheskyyi insult: obzor. / M.A. Cherdak, V.A. Parfenov // *Nevrologicheskiy zhurnal.* — 2011. — T. 16, № 6. — P. 37-44.

25. Bejot Y. Prevalence of early 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.

26. Vosnesenskaya T.G. Nekognitivnye nervno-psikhicheskiye rasstroistva pri kognitivnykh narusheniyakh v pozhilom vozraste. / T.G. Vosnesenskaya // *Nevrologicheskiy zhurnal*. — 2010. — № 2. — с. 4-18.

27. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al. SF-36[®] Health Survey: Manual and Interpretation Guide (1993) Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.

28. Pulik O.R., Rishko G.V., Studenyak O.I. Vykorystannya preparatu Pramistar dlya korrektsiyi pislyainsultnykh kognitivnykh porushen'. *Mizhnarodnyi nevrologicheskiy zhurnal* (73) 2015., p. 157-164.

29. De Haan RJ. Measuring quality of life after stroke using the SF-36. *Stroke*. 2002 ;33:1176 .