

УДК 616.831-005.8-036.8-001-009.7:159.942

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА: СВЯЗЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ
ПОВРЕЖДЕНИЯ И БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

Лазаренко Т. А., Карпенюк А. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

К числу факторов, отрицательно влияющих на эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) относятся изменения в психоэмоциональном фоне, такие как постинсультная тревожность и депрессия [1].

Постинсультные тревожно-депрессивные расстройства снижают темпы восстановления неврологических функций, сопровождаются снижением мотивации у пациентов к участию в реабилитационном процессе и ассоциированы с повышением смертности пациентов, перенесших инсульт [2].

В клинической практике при оценке тяжести депрессии используются также различные психологические тесты, такие как опросник Бека, шкала тревожности Ч.Д. Спилберга, которые помогают своевременно и более качественно диагностировать нарушения и в последующем проводить соответствующие лечебные мероприятия [3].

Цель

Оценить психоэмоциональный статус пациентов с ОНМК с уточнением степени выраженности ситуационной и личностной тревоги и депрессии и их корреляции со степенью постинсультной боли;

Материал и методы исследования

Обследование проводилось на базе отделения реабилитации постинсультных пациентов учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны». Обследованы 171 пациент в раннем и позднем восстановительном периоде ОНМК, находившиеся на плановом лечении в отделении реабилитации. Средний возраст пациентов составил $61,4 \pm 10,9$ лет, из них 56 женщин и 115 мужчин. При этом инфаркт головного мозга был диагностирован у 158 (92,4 %) пациентов, а внутримозговое кровоизлияние — у 13 (7,6 %) человек. Повреждение правого каротидного бассейна наблюдалось в 71 (41,5 %) случае, левого каротидного — в 78 (45,6 %) случаях, а в вертебробазиллярном — в 22 (12,8 %).

Состояние тревожности у пациентов оценивалось с использованием шкалы оценки тревожности Ч. Д. Спилберга, шкалы тревоги Бека. Шкала Ч. Д. Спилберга позволяет определить дифференцированное измерение тревожности как состояния (ситуационная тревожность — СТ) и как личностного свойства (личностная тревожность — ЛТ).

Анкета состоит из 40 утверждений: 20 предназначены для оценки СТ и 20 для оценки ЛТ. Возможны 4 варианта выбора в зависимости от соответствующего представленного состояния. Итоговый рассчитанный по формуле показатель рассматривается как уровень развития соответствующего вида тревожности. Показатель до 30 баллов — низкий уровень тревожности, 31–44 — умеренная тревожность, 45 и более баллов соответствует высокому уровню тревожности.

Сумма баллов по шкале Бека делает возможным выявить наличие или отсутствие депрессии у пациента. Сумма баллов менее 9 говорит об отсутствии

признаков депрессии, 10–15 — наличие легкой депрессии (субдепрессии), 16–19 — умеренная депрессия, 20–29 — выраженная депрессия (средней тяжести), 30–63 балла — тяжелая депрессия.

У всех пациентов было взято информированное согласие. Информацию о пациентах заносили в электронную базу данных, после чего осуществляли ее статистическую обработку с помощью программы «Statistica» 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень ситуационной тревожности у обследованных пациентов составил 38,5 (34,0; 47,0) баллов, а личностной тревожности — 37,0 (30,0; 47,0) баллов. Уровень депрессии по шкале Бека равнялся 3,0 (0; 7,0) баллов.

Установлено, что превалировал умеренный уровень личностной и ситуационной тревожности у пациентов с ОНМК.

Психоземotionalные нарушения в виде тревожного и депрессивного синдрома были квалифицированы по отношению к виду, локализации повреждения и выраженности болевого синдрома представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Эмоциональные нарушения при постинсультной боли

Группы	Шкала Бека	Ситуационная тревога	Личностная тревога
Вид ОНМК			
ИГМ, n = 147	3,0 (0,0; 7,0)	39,0 (34,0; 47,0)	37,0 (30,0; 47,0)
ВМК, n = 13	2,5 (1,5; 5,0)	37,0 (34,0; 46,0)	39,0 (29,0; 42,0)
Локализация очага повреждения			
ЛКБ, n = 59	3,0 (1,0; 6,0)	37,5 (33,0; 48,0)	35,0 (30,0; 40,0)
ПКБ, n = 52	3,0 (0; 5,0)	37,0 (30,0; 50,0)	35,0 (27,0; 48,0)
ВББ, n = 14	1,0 (0; 4,0)	34,0 (26,0; 40,0)	31,5 (27,0; 44,0)
Интенсивность болевого синдрома по ВАШ			
Слабая, n = 40	3,0 (1,0; 6,0)	37,0 (30,0; 50,0)	35,0 (28,0; 47,5)
Умеренная, n = 30	3,0 (2,0; 10,0)	39,0 (34,0; 50,0)	39,0 (32,0; 48,0)
Сильная, n = 19	7,0 (3,0; 11,0)*	43,0 (35,0; 52,0)	41,0 (31,0; 49,0)
Патогенетический подтип боли			
Нет боли, n = 71	1,5 (0; 5,0)	37,0 (32,0; 43,0)	35,0 (28,0; 42,0)
Ноцицептивная боль, n = 40	2,0 (1,0; 5,5)	34,5 (30,0; 42,0)	33,0 (28,0; 45,5)
Нейропатическая боль, n = 56	5,0 (3,0; 10,0)**	45,0 (38,0; 51,5)**	44,0 (35,0; 50,5)**

Примечание. * — Значимое различие при сравнении с пациентами со слабой и умеренной интенсивностью боли, $p < 0,05$; ** — значимое различие при сравнении нейропатической и ноцицептивной боли.

При сравнении показателей тревоги и депрессии у пациентов с повреждением левого и правого каротидных и вертебробазиллярного бассейнов, а также при различных видах ОНМК различий не установлено ($p > 0,5$). Также было выявлено, что при выраженном болевом синдроме наблюдался значимо более высокий уровень депрессии у пациентов с ОНМК.

Также была выполнена оценка корреляционной связи между интенсивностью болевого синдрома и уровнем тревоги и депрессии (таблица 2).

Таблица 2 — Степень корреляционной связи между интенсивностью болевого синдрома и уровнями тревоги и депрессии у пациентов с ОНМК (r — коэффициенты корреляции по Спирману)

	ВАШ сейчас, г	ВАШ сильнейшая, г	ВАШ средняя, г	Шкала Бека, г	Реактивная тревога, г	Личностная тревога, г
ВАШ сейчас	1,0	0,81*	0,81*	0,3*	0,2*	0,2*
ВАШ сильнейшая	0,81*	1,0	0,98*	0,34*	0,22*	0,26*
ВАШ средняя	0,8*	0,98*	1,0	0,32*	0,21*	0,23*
Шкала Бека	0,3*	0,34*	0,32*	1,0	0,64*	0,66*
Реактивная тревога	0,2*	0,22*	0,21*	0,65*	1,0	0,8*
Личностная тревога	0,2*	0,26*	0,23*	0,66*	0,8*	1,0

Примечание. * — Значимая корреляционная связь, $p < 0,05$

Была установлена значимая корреляционная связь между показателями интенсивности болевого синдрома, уровнем тревоги и депрессии. Однако, степень корреляции была слабой.

Проведен анализ показателей нейропатической боли у пациентов с разным уровнем тревоги (рисунок 1).

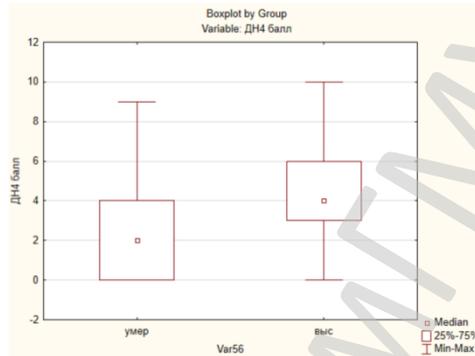


Рисунок 1 — Балл по шкале DN4 у пациентов с умеренным и высоким уровнем личностной тревоги

Установлены значимые различия при сравнении групп пациентов с умеренным и высоким уровнем личностной тревоги, $p < 0,05$. При этом пациенты с высокими показателями личностной тревоги предъявляли жалобы на боль нейропатического характера.

Выводы

Интенсивность болевого синдрома коррелировала с уровнем депрессии и тревоги. Невропатическая боль имела наибольшую выраженность при высоких значениях личностной тревоги пациентов. Обращала на себя внимание значительная выраженность ситуационной тревожности у пациентов данного контингента. Наиболее низкие показатели тревоги установлены у пациентов с повреждением вертебробазилярного бассейна. Однако значимых различий уровня реактивной, личностной тревоги и депрессии при поражении разных сосудистых бассейнов не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Максимова, М. Ю. Депрессия после инсульта / М. Ю. Максимова // Нервные болезни. — 2018. — № 4. — С. 56.
2. Гоголева, А. Г. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов после инсульта: распространенность, подходы к диагностике и терапии / А. Г. Гоголева, В. В. Захаров // Эффективная фармакотерапия. — 2019. — № 34. — С. 36–44.
3. Антипенко, Е. А. Когнитивные и эмоциональные нарушения после инсульта: возможности медикаментозной коррекции / Е. А. Антипенко, М. Н. Ерохина, Д. А. Фаткина // Нервные болезни. — 2020. — № 2. — С. 58–60.

УДК 616.858-008.6-009.11/.14-039.36-07

ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ НАДЪЯДЕРНЫЙ ПАРАЛИЧ ПОД МАСКОЙ СИНДРОМА ПАРКИНСОНИЗМА

Линков М. В., Доманцевич А. В., Цуканова С. А.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Синдром паркинсонизма, для которого характерны гипокинезия, ригидность, тремор (преимущественно покоя) и постуральная неустойчивость, встречается при различных поражениях экстрапирамидной системы, куда относится