

УДК 616-036.86:616.12-008331.1:159.923:371.214.114

ПСИХОКОРЕКЦІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ З ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ У КОМПЛЕКСІ ЇХНЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

С. Я. Яновська

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

До сих пор остається откритим вопрос о возможности восстановления или компенсации высших психических функций в позднем постинсультном периоде, поэтому в работе была разработана и дана оценка эффективности внедрения психокоррекционной информационной технологии у больных артериальной гипертензией, после перенесенного ишемического мозгового инсульта (ИМИ). Психокоррекция когнитивных нарушений на фоне стандартного медикаментозного лечения проводилась нами в группе 2 (16 человек с ИМИ и лёгкими когнитивными нарушениями (ЛКП) и группе 3 (13 больных с ИМИ и умеренными когнитивными нарушениями (ПКП), в 1 группе (контрольной), включавшую 12 пациентов с ИМИ и ЛКП и ПКП психокоррекция не проводилась. Показано улучшение общего самочувствия, стабилизации артериального давления, роста у больных с ИМИ и ЛКП и ПКП толерантности к физическим нагрузкам, значительного улучшения длительной (на 19,44 и 49,06 %), образной (на 12,99 и 50,77 %), зрительной (на 22,03 и 31,58 %), содержательной (на 18,70 и 37,09 %) памяти и объёма кратковременной памяти (на 19,77 и 22,97 %); избирательности внимания (на 36,89 и 47,89 %) и уровня логического мышления (на 12,80 и 23,75 %) и эффективности работы (13,74 и 17,05 %) сразу же после лечения с включением психокоррекции. Через год у этих пациентов сохранялись положительные изменения в когнитивной сфере при существенном ухудшении социального функционирования. Сделан вывод о необходимости потенцирования психокоррекцией медикаментозного лечения больных с АГ после ИМИ и включение психотерапевтических вмешательств в систему реабилитации таких больных.

Ключевые слова: ишемический мозговой инсульт, когнитивные нарушения, психокоррекция, реабилитация.

Summary

Nowadays the issue concerning possible restoration or compensation of higher mental functions in the late post-stroke period is still under consideration. Therefore, the efficiency assessment of psychocorrection information technology implementation in patients with arterial hypertension suffering from ischemic stroke (IS) has been developed and resented in the paper. Psychological correction of cognitive impairments on the basis of standard medical treatment was performed in two groups: group II (16 patients with IS and mild cognitive impairment (MCI) and group III (13 patients with IS and moderate cognitive impairment (MdCI). In group I (control set), which included 12 patients with ischemic stroke with MCI and MdCI psychological correction was not performed. According to the results, general well-being was improved, blood pressure was stabilized, higher tolerance to physical activity in patients with ischemic stroke with MCI and MdCI was observed. Significant improvement in long-term (by 19,44 and 49,06 %), visual imagery (by 12,99 and 50,77 %), visual working (by 22,03 and 31,58 %), conceptual (by 18,70 and 37,09 %) memory and volume of short-term memory (by 19,77 and 22,97 %), as well as selectivity of attention (by 36,89 and 47,89 %), level of logical thinking (by 12,80 and 23,75 %) and work efficiency (by 13,74 and 17,05 %) was gained immediately after the treatment psychocorrection. In a year these patients had positive changes in their cognitive condition with a significant deterioration in social functioning. It is concluded that medical treatment of patients with hypertension with IS should be complemented with psychocorrection and psychotherapeutic treatment in their comprehensive rehabilitation.

Key words: ischemic cerebral stroke, cognitive impairment, psychocorrection, rehabilitation.

Цереброваскулярні захворювання посідають одне з провідних місць серед причин захворюваності та інвалідності в Україні [1]. Їхня частка постійно збільшується, що зумовлено поступовим зростанням судинних уражень головного мозку та постарінням населення в усьому світі [2], а потреба зменшення соціального навантаження на суспільство внаслідок інвалідизації у зв'язку із даною патологією викликає інтерес до реабілітації [3].

Реабілітація – це комплекс заходів (медичних, педагогічних, психологічних, соціально-правових та інших), спрямованих на відновлення порушених у результаті захворювання й ураження функцій та соціальну реадaptaцію хворих [4].

У осіб з наслідками інсульту можна виділити три провідних види порушень [5].

Ураження, дефект. Як відомо, серед уражень, що виникають унаслідок інсульту, виділяються рухові (парези, атаксія), когнітивні, мовні, емоцій-

но-вольові, зорові, чуттєві, бульварні та псевдобульварні (дистонія, дисфагія, дизартрія), тазові, сексуальні та інші порушення, а також ускладнення у вигляді епіприступів, падінь, таламічного болю, інфекцій сечових шляхів, тромбоемболічних епізодів, післяінсультних артропатій. При цьому провідним завданням реабілітації є повне або часткове відновлення порушених функцій, профілактика, лікування й зведення нанівець ускладнень, що виникли.

Порушення здатності або обмеження життєдіяльності, що виражається у порушенні ходи, самообслуговування, що визначено як активність у буденній діяльності або порушення більш складних навичок. Згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) функціонування – це загальний термін для оцінки позитивних чи негативних аспектів функцій організму, активності та участі, а обмеження життєдіяльності – терміном для оцінки порушень, обмеження активності та можливості участі особи у суспільному житті [6]. Чинники оточуючого середовища формують фізичне й соціальне оточення, середовище відносин й установок, де люди живуть і проводять свій час. Особистісні фактори – це індивідуальні характеристики особистості, що поєднують її особистісні й характерологічні риси та внутрішню картину хвороби [6]. МКФ під час вивчення активності й участі виділяє кілька доменів: навчання та застосування знань, загальні завдання й вимоги, мобільність, самообслуговування, побутове життя, міжособистісна взаємодія й відносини, головні сфери життя [6].

Визначення виду й ступеня обмежень життєдіяльності у хворих на АГ після перенесеного мозкового інсульту вкрай потрібне для встановлення факту наявності інвалідності та розробки індивідуальних програм реабілітації інваліда [7].

Порушення соціального функціонування. Зміни соціального функціонування проявляються в обмеженні під час виконання тієї соціальної ролі, що була притаманна пацієнту до виникнення у нього захворювання (відповідно віку, статі, освіти, соціального статусу, професії, культури) та охоплюють обмеження соціальної ролі у сім'ї та спільноті, соціальних контактів, обмеження чи неможливість виконання трудових обов'язків. Мета реабілітації при цьому – відновлення (повне або часткове) соціальної ролі у сім'ї та спільноті, соціальних контактів, можливості відвідувати концерти, театри, кіно, різні суспільні й релігійні заходи, відновлення тих, що існували, та оволодіння новими навичками (хобі), відновлення працездатності.

Виділяють три рівні відновлення [4, 5]:

- повне відновлення, коли порушені функції відновлюються до вихідного рівня. Проте це можливо лише у випадках, коли немає повного відмирання нервових клітин, а патологічне середовище складається із інактивованих елементів (унаслідок набряку, гіпоксії, зміни провідності нервових імпульсів);

- компенсація – функціональна перебудова, включення до функціональної системи нових структур;

- реадаптація – використання різних засобів у вигляді ходунків, протезів, паличок.

В основі реабілітації в разі когнітивних порушень лежить нейропластичність – властивість мозку перебудовувати свою функціональну та структурну реорганізацію, здатність різних його структур пристосовуватися до різних форм діяльності. Реорганізація мозку можлива за рахунок: мультифункціональності нейрона та нейронального пула [8], ієрархічності структур мозку й спраутингу (проростання й подальшого анастомозування нервових волокон [9].

Велике значення для розуміння можливості відновлення функцій після інсульту має концепція «ішемічної напівтіні» (пенумбри). Ішемічна напівтінь є межевою зоною, що оточує вогнище ураження, в якому нейрони та інші нервові елементи знаходяться у функціонально приглушеному, але анатомічно збереженому стані, що є потенційним джерелом відновлення порушених функцій. Функція нейронів у зоні ішемічної напівтіні може бути відновлена шляхом включення колатерального кровотоку або за допомогою реперфузії [10].

Проблема нейропсихологічної реабілітації хворих із перенесеним мозковим інсультом є значною ще й у зв'язку зі значним впливом психологічного компонента на відновлення вищих психічних функцій та психосоціальної адаптації цих осіб [11, 12]. Нейропсихологічна реабілітація, що проводиться у гострому та ранньому відновному періоді, найефективніша. Вважається, що функції, які не вдалося відновити у цей термін, у подальшому набувають ригідного характеру, внаслідок чого дана реабілітація стає малоефективною [4, 5, 12]. Ще донині залишається відкритим питання щодо можливості відновлення або компенсації вищих психічних функцій у пізньому післяінсультному періоді, коли вже сформовані та тривалий час функціонують паттерни патологічних структур функціонування. У відділі МСЕ та реабілітації ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» було розроблено, впроваджено й доведено ефективність нейропсихологічної реабілітації таких хворих, спрямованої на поліпшення пізнавальних процесів і психофізичного стану з формуванням цілісного поля модального перцептивного образу (зорового, слухового, мовного компонентів, просторової подвійної латералізації рухів та тонкої моторики рук) [12]. Проте деякі не вирішені питання такої реабілітації потребували її подальшого удосконалення, що й було покладено в основу нашого дослідження.

Мета роботи – розробити програму психокорекції для хворих на артеріальну гіпертензію, що перенесли ішемічний мозковий інсульт.

Матеріали і методи

На базі Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

було проведено дослідження, яке включало 112 хворих на есенціальну АГ II та III ст. у пізній відновний період ішемічного мозкового інсульту (ІМІ) у віці 30–59 років.

Усі обстежені пацієнти були розподілені на 2 групи спостережень: I група – хворі на АГ II стадії (28 осіб) та II група – хворі на АГ III стадії (84 особи). Середній вік пацієнтів з АГ III стадії був $48,1 \pm 3,1$, з АГ II стадії – $45,3 \pm 5,6$ року. Серед обстежених було 59,7 % чоловіків і 40,3 % жінок. У обстежених хворих після перенесеного інсульту минуло в середньому $4,4 \pm 1,8$ року.

Дослідження уваги ми проводили за допомогою: «Методики Мюнстерберга», «Таблиць Шульте», «Коректурної таблиці Бентона». Дослідження пам'яті здійснювалося із використанням тестів: «Образна пам'ять», «Зорова пам'ять», «Змістовна пам'ять», «Об'єм короткострокової пам'яті», «Запам'ятовування 10 слів А. Р. Лурії» [13]. Загальні розумові здібності досліджували за допомогою «Короткого орієнтовного тесту (КОТ)» [14]; процеси мислення – із використанням методик «Виділення істотних ознак» [15], «Методики Еббінгауза» [16], «Виключення зайвого» [17], «Простих аналогій» [18]. Особистісні особливості оцінювали за «Методикою Міні-мульти» (Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО) [19], за «Опитувальником емоційного інтелекту «ЕМІ» Д. В. Люсіна» встановлювали особливості емоційного інтелекту [20]. Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel та Access за допомогою персональної ЕОМ із обчисленням t-критерію Стюдента для порівняння середніх величин. Проводили кореляційний аналіз, описували його результати при рівні вірогідності $p < 0,05$ [21].

Психокорекція когнітивних порушень (аутогенне тренування та арттерапія, що містила в собі казкотерапію, танцювальну терапію) на тлі стандартного медикаментозного лікування, проводилась нами у групі 2 (16 осіб з ІМІ і ЛКП) і групі 3 (13 хворих з ІМІ і ПКП); у 1 групі (контрольній), що включала 12 пацієнтів з ІМІ й ЛКП і ПКП психокорекція не проводилась. Короткотривала оцінка ефективності відбувалася до (1-й контроль) та після (2-й контроль) курсу психокорекції у стаціонарі та через 1 рік після її завершення (3-й контроль).

Результати та їх обговорення

Модель психокорекції когнітивних порушень, запропонована нами для осіб з артеріальною гіпертензією, що перенесли ішемічний мозковий інсульт, передбачала визначення у хворих легких, помірних і важких когнітивних порушень і ступенів обмежень життєдіяльності; розробку системи, принципів і методів психологічної корекції когнітивних порушень, спрямованих на зменшення обмежень життєдіяльності; оцінку її ефективності та психологічного реабілітаційного прогнозу.

Критеріями оцінки короткотривалої ефективності психокорекції у хворих було обрано показники пам'яті, уваги й мислення. В результаті ком-

бінованого лікування в осіб 2-ї та 3-ї груп вірогідно покращувалися довготривала пам'ять – на 19,44 % ($p < 0,0005$) і 49,06 % ($p < 0,00001$), образна – на 12,99 % ($p < 0,0004$) і 50,77 % ($p < 0,00001$), зорова – на 22,03 % ($p < 0,003$) і 31,58 % ($p < 0,000002$), змістовна – на 18,70 % ($p < 0,02$) і 37,09 % ($p < 0,00004$) та об'єм короткотривалої пам'яті – на 19,77 % ($p < 0,00005$) і 22,97 % ($p < 0,0003$). Безпосереднє запам'ятовування й короткотривала пам'ять також поліпшувалися: з тенденцією у 2-й і статистично значимо у 3-й групах. Зростали в обох групах безпосереднє запам'ятовування 1-ї проби – на 12,96 % ($p > 0,05$) і 19,15 % ($p < 0,008$), 2-ї проби – на 5,88 % ($p > 0,05$) і 20,37 % ($p < 0,009$), 3-ї проби – на 6,58 % ($p > 0,05$) і 26,32 % ($p < 0,0009$), 4-ї проби – на 2,38 % ($p > 0,05$) і 30,16 % ($p < 0,0005$) та короткотривала пам'ять – на 5,68 % ($p > 0,05$) і 19,72 % ($p < 0,008$).

Лікування й психокорекція менше вплинули на увагу й мислення хворих. Вірогідно зросли у пацієнтів 2-ї та 3-ї груп вибірковість уваги – на 36,89 % і 47,89 % (по $p < 0,00001$) й рівень логічного мислення – на 12,80 % ($p < 0,0009$) і 23,75 % ($p < 0,00002$) та поліпшилась ефективність роботи – на 13,74 % ($p < 0,002$) і 17,05 % ($p < 0,0005$).

Критеріями оцінки довготривалої ефективності психокорекції у хворих з ІМІ і ЛКП та ПКП було обрано, згідно з моделлю психокорекції когнітивних порушень, показники їх особистісних особливостей, пам'яті, уваги, мислення та інтелекту, а також обмежень життєдіяльності. Клінічно у всіх обстежених не було погіршення соматичного й неврологічного статусу впродовж року спостереження. Психологічний статус і обмеження життєдіяльності ми оцінювали через 1 рік у всіх групах обстежених: при повторному огляді у стаціонарі – у 1, 11 і 7 осіб й анкетно-опитувальним методом – у 11, 5 і 6 пацієнтів 1-ї, 2-ї та 3-ї груп.

У хворих з ІМІ і ЛКП через рік після курсу психокорекції зменшилися рівні Hs-іпохондрії на 7,0 % ($p > 0,05$) і Ну-істерії – на 4,16 % ($p > 0,05$), а в осіб з ПКП показники Pd-психопатії – на 10,4 % ($p > 0,05$), Pa-параноїї – на 4,85 % ($p > 0,05$) та Sc-шизоїдності – на 2,36 % ($p > 0,05$), що свідчило про поліпшення їх соціалізації у суспільстві. У хворих 1-ї групи рівні D-депресії знизився на 8,52 % ($p < 0,03$) й збільшився Ма-гіпоманії – на 9,33 % ($p < 0,04$), що могло бути зумовлено призначенням їм анксиолітиків і антидепресантів лікарями амбулаторної практики впродовж року.

До позитивних змін у хворих з ІМІ, як з ЛКП, так і з ПКП, слід віднести тенденцію до збереження їх пам'яті: зростання в 2-й групі безпосереднього запам'ятовування 1-ї проби – на 11,11 %, образної пам'яті – на 17,24 % та об'єму короткотривалої пам'яті – на 2,08 % (по $p > 0,05$), в 3-й групі безпосереднього запам'ятовування 2-ї – на 9,26 %, 3-ї – на 8,39 %, 4-ї проб – на 16,67 %, короткотривалої пам'яті та її об'єму – на 12,12 і 16,39 %, довготривалої пам'яті – на 13,21 % (по $p > 0,05$). Ще однією позитивною рисою у цих хворих слід вважати стабільність уваги: практично на тому ж рівні залишалися адаптація й вибірковість уваги, а в осіб 3-ї

групи була навіть тенденція до її поліпшення – на 8,96 % ($p > 0,05$).

Рівні інтелекту та мислення були також ураховані нами в довготривалій оцінці ефективності психокорекції в осіб з ІМІ. До позитивних особливостей інтелекту обстежених з ЛКП і ПКП слід віднести стабільність розуміння чужих і своїх емоцій в обох групах, збільшення можливості управління чужими емоціями – на 1,11 % й контролю експресії – на 4,46 % та міжособистісного емоційного інтелекту – на 2,33 % (по $p > 0,05$) у хворих 2-ї групи, а також управління своїми й усіма емоціями – на 1,73 і 0,50 % (по $p > 0,05$) в осіб 3-ї групи. У хворих 1-ї групи також спостерігалися ці тенденції, проте виразність їх була різною.

Процеси мислення та його продуктивність також залишалися на стабільному рівні: у всіх трьох групах спостерігалось збільшення продуктивності мислення – відповідно на 7,89; 2,47 і 13,85 % (по $p > 0,05$), а в обстежених 1-ї й 3-ї груп ще й рівні логічного мислення – на 14,15 і 7,92 % та розуміння логічних зв'язків – на 32,14 і 14,29 % (по $p > 0,05$).

Поряд із особистісними особливостями й когнітивними функціями хворих з ІМІ для оцінки довгострокової ефективності лікування ми визначили їх обмеження життєдіяльності.

В мобільності в осіб 1-ї групи вірогідно зменшувалися обмеження життєдіяльності при зміні пози лежачи – на 33,68 % ($p < 0,0003$), під час перенесення вантажів на плечах – на 22,23 % ($p < 0,01$), під час кидання – на 19,06 % ($p < 0,03$), під час хватання – на 23,22 % ($p < 0,01$); а у хворих 3-ї групи під час переміщення навприсядки – на 10,0 % ($p < 0,007$), під час відпускання предметів – на 21,87 % ($p < 0,01$), під час хватання – на 17,07 % ($p < 0,003$), при ходьбі по різних поверхнях – на 10,89 % ($p < 0,04$). Мали тенденцію до зниження обмеження у хворих у 1-й групі при підтримці центру ваги – на 2,84 %, перенесенні кистями рук – на 4,68 %, при ходьбі на далекі відстані – на 14,59 % і по різних поверхнях – на 10,53 %, при пересуванні поза домом – на 6,89 % (по $p > 0,05$); у 2-й групі при розміщенні на колінах – на 11,95 %, при ходьбі на далекі відстані – на 4,66 % і по різних поверхнях – на 7,56 % (по $p > 0,05$); у 3-й групі при розміщенні на колінах – на 10,09 %, при підтримці центру ваги – на 6,83 %, при перенесенні кистями рук – на 10,54 %, при ходьбі на далекі відстані – на 10,51 % і різним поверхням – на 10,86 %, при бігу – на 3,24 % та при пересуванні поза домом – на 10,73 % (по $p > 0,05$).

У головних сферах життя в осіб 1-ї групи вірогідно зменшувалися обмеження життєдіяльності при отриманні неформальної – на 22,86 % ($p < 0,05$) й дошкільної освіти – на 32,86 % ($p < 0,02$), проте зростали при повній трудовій зайнятості – на 34,46 % ($p < 0,005$), дотриманні прав людини – на 10,96 % ($p < 0,04$) та можливості участі у політичному житті – на 13,73 % ($p < 0,009$). У пацієнтів 2-ї групи спостерігалось збільшення обмежень при отриманні неформальної освіти – на 37,78 % ($p < 0,009$), виконанні – на 26,87 % ($p < 0,0005$)

й припиненні трудової діяльності – на 13,72 % ($p < 0,03$), повній трудовій зайнятості – на 39,69 % ($p < 0,005$) і потребі у неоплачуваній роботі – на 25,25 % ($p < 0,01$). Більшою мірою у них зростали обмеження в економічному житті: в базисних – на 47,06 % ($p < 0,00003$) і складних економічних відносинах – на 14,62 % ($p < 0,04$), можливості використання власних економічних ресурсів – на 19,12 % ($p < 0,003$); в житті у спільноті: в участі у неформальних – на 13,39 % ($p < 0,005$) і формальних об'єднаннях – на 8,64 % ($p < 0,02$) та церемоніях – на 28,95 % ($p < 0,0005$); в духовній практиці: при дотриманні прав людини – на 8,73 % ($p < 0,03$) та участі у політичному житті – на 26,52 % ($p < 0,001$). У хворих 3-ї групи відбувалося збільшення обмежень життєдіяльності при індивідуальній трудовій діяльності – на 37,99 % ($p < 0,01$), використанні особистих економічних ресурсів – на 8,51 % ($p < 0,03$), участі у церемоніях – на 22,69 % ($p < 0,03$) і неформальних об'єднаннях – на 7,79 % ($p < 0,003$), що може бути пов'язане з погіршенням соціально-економічного рівня населення України. В усіх групах спостереження через рік відбувалося збільшення обмежень у можливості отримання вищої освіти – на 2,64; 8,96; 4,92 % (по $p > 0,05$), відповідно в осіб 1-ї, 2-ї й 3-ї груп; у пошуку роботи – на 6,39; 0,60 %; 5,63 % (по $p > 0,05$), виконанні неоплачуваної роботи – на 16,10; 25,30; 20,40 % (по $p > 0,05$) та участі у спортивних змаганнях – на 0,30; 7,19; 13,34 % (по $p > 0,05$).

У побутовому житті в осіб 1-ї групи значно зменшувались обмеження життєдіяльності під час закупівель для домашнього господарства – на 22,62 % ($p < 0,04$), контролі за збереженням продуктів – на 26,39 % ($p < 0,01$), прибиранні сміття й бруду – на 32,35 % ($p < 0,03$), піклуванні про домашні скарби – на 12,99 % ($p < 0,04$) й рослини – на 26,79 % ($p < 0,01$). У пацієнтів 2-ї групи спостерігалось збільшення обмежень під час приготування їжі – на 25,76 % ($p < 0,01$) і простих страв – на 54,0 % ($p < 0,03$), ремонті побутової техніки – на 16,90 % ($p < 0,03$); тоді як у 3-й групі лише під час приготування їжі – на 21,25 % ($p < 0,05$). В усіх групах спостереження через рік відбувалося збільшення обмежень щодо можливості придбання житла – на 8,26; 0,83; 13,05 % (по $p > 0,05$); допомоги з підтримки взаємовідносин – на 20,82; 15,67; 24,30 % (по $p > 0,05$), піклування про транспорт – на 24,36; 14,24; 40,04 % (по $p > 0,05$) відповідно в осіб 1-ї, 2-ї й 3-ї груп та під час прибирання житла – на 15,93 % ($p < 0,01$) у пацієнтів 1-ї та на 13,21; 5,46 % (по $p > 0,05$) у хворих 2-ї та 3-ї груп.

Під час спілкування у хворих 1-ї групи значно зменшувались обмеження життєдіяльності при усних розмовах – на 27,50 % ($p < 0,004$), під час розуміння мови тіла – на 13,75 % ($p < 0,02$) і формальних символів – на 13,89 % ($p < 0,02$) та під час використання клавіатури комп'ютерів – на 8,93 % ($p < 0,04$). В осіб 2-ї групи значно збільшувалися обмеження під час сприйняття письмових повідомлень – на 23,71 % ($p < 0,01$), під час підтримки – на 24,66 % ($p < 0,009$) й завершенні розмови –

на 28,57 % ($p < 0,04$), розмові з однією – на 13,32 % ($p < 0,003$) й дискусії з однією – на 17,29 % ($p < 0,04$) та багатьма людьми – на 15,41 % ($p < 0,0004$), використанні телекомунікаційних засобів – на 22,20 % ($p < 0,005$) та зменшувалися під час розмови з багатьма людьми – на 2,80 % ($p < 0,03$). У пацієнтів 3-ї групи значно зростали обмеження життєдіяльності на початку розмови – на 10,72 % ($p < 0,02$) й під час використання телекомунікаційних засобів – на 19,27 % ($p < 0,01$) та зменшувалися під час власних висловлювань – на 16,13 % ($p < 0,02$).

В оволодінні знаннями під час перенавчання в осіб 1-ї групи значно зменшилися обмеження під час копіювання – на 27,05 % ($p < 0,003$), повторенні – на 24,70 % ($p < 0,001$) й читання – на 14,99 % ($p < 0,04$), дотримання власного розкладу дня – на 13,93 % ($p < 0,04$) та відповідальності – на 19,48 % ($p < 0,02$). У разі застосування знань у хворих 2-ї групи значно збільшилися обмеження життєдіяльності під час використання зору – на 29,23 % ($p < 0,02$); перенавчання для оволодіння копіюванням – на 22,21 % ($p < 0,002$), читанням – на 20,37 % ($p < 0,004$), розрахунками – на 41,85 % ($p < 0,0005$) та базисними навичками – на 25,54 % ($p < 0,008$); під час застосування знань: в увазі – на 25,80 % ($p < 0,03$), мисленні – на 39,3 % ($p < 0,01$) та читанні – на 35,21 % ($p < 0,02$), складних розрахунках – на 33,33 % ($p < 0,002$), розв'язанні проблем – на 38,30 % ($p < 0,03$) та прийнятті рішень – на 38,81 % ($p < 0,01$); під час виконання загальних завдань і вимог: під час виконання складних – на 21,92 % ($p < 0,05$) і завдань у групі – на 44,06 % ($p < 0,0008$), виконанні – на 26,60 % ($p < 0,03$) й завершенні – на 17,80 % ($p < 0,02$) різнопланових завдань, їх самостійному виконанні – на 30,54 % ($p < 0,02$) й у групі – на 34,32 % ($p < 0,006$), організації – на 38,05 % ($p < 0,00004$) та дотримання – на 41,81 % ($p < 0,001$) розкладу дня; під час подолання кризових явищ – на 17,09 % ($p < 0,02$). У пацієнтів 3-ї групи значимо збільшилися обмеження щодо використання зору – на 21,82 % ($p < 0,03$), під час розрахунків – на 25,76 % ($p < 0,005$), в увазі – на 18,29 % ($p < 0,01$) та в процесі мислення – на 14,91 % ($p < 0,04$), під час прийняття рішень – на 26,57 % ($p < 0,01$) і виконання складних завдань – на 32,56 % ($p < 0,01$), виконання завдань у групі – на 29,11 % ($p < 0,001$), виконання – на 23,66 % ($p < 0,02$) і завершення – на 22,0 % ($p < 0,003$) різнопланових завдань та їх вирішення у групі – на 25,02 % ($p < 0,003$), а також зменшилися при відповідальності – на 15,25 % ($p < 0,01$).

У міжособистому спілкуванні в осіб 1-ї групи збільшилися обмеження лише під час відносин із далекими родичами – на 28,56 % ($p < 0,02$); у хворих 2-ї групи: в базисних міжособистісних стосунках в разі позитивного їх сприйняття – на 77,57 % ($p < 0,0005$), критики – на 27,88 % ($p < 0,01$) і натяках – на 68,72 % ($p < 0,0001$) у відносинах; у складних міжособистісних стосунках під час їх формування – на 43,07 % ($p < 0,0002$) й завершення – на 42,92 % ($p < 0,005$), регуляції поведінки – на 61,91 % ($p < 0,00001$), взаємодії – на 54,84 % ($p < 0,0001$) та дотримання дистанції – на 23,44 %

($p < 0,03$) під час взаємовідносин; у формальних стосунках під час взаємодії з незнайомими людьми – на 17,86 % ($p < 0,003$), з посадовцями – на 36,03 % ($p < 0,02$); у неформальних соціальних відносинах під час взаємодії з колегами по роботі – на 45,88 % ($p < 0,0006$) та рівними за статусом – на 36,21 % ($p < 0,002$); у сімейних взаєминах при романтичних – на 28,57 % ($p < 0,04$), сімейних – на 22,91 % ($p < 0,02$) і сексуальних відносин – на 22,89 % ($p < 0,02$). У пацієнтів 3-ї групи суттєво зростали обмеження життєдіяльності під час сприйняття критики – на 46,21 % ($p < 0,001$), взаємоповазі у відносинах – на 31,43 % ($p < 0,05$), у стосунках із незнайомими – на 17,24 % ($p < 0,006$) й авторитарними – на 28,97 % ($p < 0,04$) та рівними за соціальним становищем людьми – на 60,47 % ($p < 0,008$), під час взаємодії зі співробітниками – на 34,78 % ($p < 0,01$) та з подружжям – на 28,20 % ($p < 0,04$).

У самообслуговуванні осіб 1-ї групи значно зменшилися обмеження життєдіяльності під час миття окремих частин – на 36,36 % ($p < 0,02$) й усього тіла – на 42,86 % ($p < 0,007$), одягання на нижні кінцівки – на 22,53 % ($p < 0,03$), вибору відповідного одягу – на 27,91 % ($p < 0,02$), прийому їжі – на 19,23 % ($p < 0,009$) та напоїв – на 32,0 % ($p < 0,02$) відповідно до соціальних норм. У хворих 2-ї групи також спостерігались аналогічні тенденції під час самообслуговування: суттєво знизилася проблеми під час миття частин – на 46,01 % ($p < 0,003$) й усього тіла – на 44,44 % ($p < 0,005$), його витирання – на 36,72 % ($p < 0,007$) та піклування про шкіру – на 34,05 % ($p < 0,008$), ротову порожнину – на 30,56 % ($p < 0,04$) та волосся – на 13,73 % ($p < 0,01$); а у пацієнтів 3-ї групи: під час миття окремих частин – на 24,39 % ($p < 0,006$) й усього тіла – на 24,05 % ($p < 0,03$), його витирання – на 25,64 % ($p < 0,03$) та піклування про шкіру – на 33,80 % ($p < 0,005$).

Отже, у проведеному дослідженні було показано, що, незважаючи на значне поліпшення когнітивних функцій у хворих з ІМІ і ЛКП та ПКП після проведеного курсу лікування (медикаментозного й психокорекції), що проявлялось як покращенням загального самопочуття, стабілізацією артеріального тиску, зростанням толерантності до фізичних навантажень, так і значним збільшенням в обох групах довготривалої (на 19,44 і 49,06 %), образної (на 12,99 і 50,77 %), зорової (на 22,03 і 31,58 %), змістовної (на 18,70 і 37,09 %) пам'яті та об'єму короткотривалої пам'яті (на 19,77 і 22,97 %) й тенденцією до поліпшення безпосереднього запам'ятовування й короткотривалої пам'яті. Деяко менше змінилися увага й мислення хворих в обох групах: значно зросли увага (на 36,89 і 47,89 %) й рівень логічного мислення (на 12,80 і 23,75 %) та поліпшилась ефективність роботи (на 13,74 і 17,05 %).

Віддалені результати засвідчили, що у хворих з ІМІ і ЛКП через рік після курсу психокорекції зменшилися рівні Нs-іпохондрії (на 7,0 %) та Ну-істерії (на 4,16 %), а в осіб з ПКП ще й Рd-психопатії (на 10,4 %), Ра-параної (на 4,85 %)

та Sc-шизоїдності (на 2,36 %), що свідчило про поліпшення їхньої соціалізації у суспільстві. До позитивних змін у цих осіб, як з ЛКП, так і з ПКП, можна було віднести тенденції до збереження їхньої пам'яті (зростання в 2-й групі безпосереднього запам'ятовування (на 11,11 %), образної пам'яті (на 17,24 %) та об'єму короткотривалої пам'яті (на 2,08 %), у 3-й групі – безпосереднього запам'ятовування (на 8,39–16,67 %), короткотривалої пам'яті та її об'єму (на 12,12 і 16,39 %), довготривалої пам'яті (на 13,21 %) та стабільності уваги (практично на тому ж рівні залишалися адаптація й вибірковість уваги); емоційного інтелекту (збільшення можливості управління чужими емоціями (на 1,11 %) й контролю експресії (на 4,46 %) та міжособистісного емоційного інтелекту (на 2,33 %) у хворих 2-ї групи, а також управління своїми й усіма емоціями – на 1,73 і 0,50 % в осіб 3-ї групи; процесів мислення (в обох групах спостерігалось збільшення продуктивності мислення (на 2,47 і 13,85 %), а в обстежених 3-ї групи – рівень логічного мислення (на 7,92 %) та розуміння логічних зв'язків (на 14,29 %).

Проте відсутність загальнодержавної системи реабілітації таких пацієнтів, неефективне їх забезпечення реабілітаційними й психотерапевтичними послугами, відсутність соціальних гарантій та недостатнє матеріальне забезпечення призводять до неможливості збереження результатів лікування й суттєвого поліпшення їхнього психоемоційного й когнітивного статусу, що значно зменшує ефективність їх реабілітації у майбутньому, знижує можливість їх перенавчання та виконання ними трудових обов'язків, що в свою чергу, призведе до зростання матеріальних витрат держави на підтримку соціального статусу інвалідності у цих осіб.

Це проявлялося незначним зменшенням обмежень життєдіяльності цих хворих: так, найсуттєвіші позитивні зміни відбувались у самообслуговуванні, мобільності та спілкуванні, тоді як у головних сферах і побутовому житті, навчанні та застосуванні знань, міжособистісній взаємодії та відносинах спостерігалось збільшення обмежень, більшою мірою пов'язаних із нинішніми соціально-економічними умовами України.

Під час самообслуговування у пацієнтів, як з ЛКП, так і з ПКП, суттєво знизилися проблеми під час миття окремих частин (на 46,01 і 24,39 %) й усього тіла (на 44,44 і 24,05 %), його витирання (на 36,72 і 25,64 %) та піклування про шкіру (на 34,05 і 33,80 %), а в осіб з ЛКП ще й під час догляду за ротовою порожниною (на 30,56 %) та волоссям (на 13,73 %).

У мобільності у пацієнтів з ЛКП зменшувались обмеження під час розміщення на колінах (на 11,95 %), під час ходьби на далекі відстані (на 4,66 %) і по різних поверхнях (на 7,56 %); а у хворих з ПКП – під час переміщення навприсядки (на 10,0 %), відпускання предметів (на 21,87 %), хватання (на 17,07 %), під час ходьби по різних поверхнях (на 10,89 %), під час перебування на колінах (на 10,09 %), під час підтримки центру

ваги (на 6,83 %), перенесенні кистями рук (на 10,54 %), під час ходьби на далекі відстані (на 10,51 %) і по різних поверхнях (на 10,86 %), під час бігу (на 3,24 %) та під час пересування поза домом (на 10,73 %).

Під час спілкування в осіб з ІМІ і ЛКП зменшувались обмеження під час розмови з багатьма людьми (на 2,80 %), а у пацієнтів з ПКП – під час власних висловлювань (на 16,13 %). При цьому спостерігалось й протилежне: у хворих 2-ї групи збільшувались обмеження в разі сприйняття письмових повідомлень (на 23,71 %), в разі підтримки (на 24,66 %) й завершення розмови (на 28,57 %), розмови з однією (на 13,32 %) й дискусії з однією (на 17,29 %) та багатьма людьми (на 15,41 %), використання телекомунікаційних засобів (на 22,20 %); у пацієнтів 3-ї групи – на початку розмови (на 10,72 %) й в разі використанні телекомунікаційних засобів (на 19,27 %).

Під час перенавчання й оволодіння знаннями спільним для осіб з ІМІ і ЛКП та ПКП було зростання обмежень щодо можливості отримання вищої освіти (на 8,96 і 4,92 %), у пошуку роботи (на 0,60 і 5,63 %), виконання неоплачуваної роботи (на 25,30 і 20,40 %) та участі у спортивних змаганнях (на 7,19 і 13,34 %). У пацієнтів з ЛКП збільшувались обмеження під час здобуття неформальної освіти (на 37,78 %), виконання (на 26,87 %) й припинення трудової діяльності (на 13,72 %), повної трудової зайнятості (на 39,69 %) й потреби неоплачуваної роботи (на 25,25 %). Більшою мірою в них зростали обмеження в економічному житті: в базисних (на 47,06 %) і складних економічних відносинах (на 14,62 %), можливості використання власних економічних ресурсів (на 19,12 %); у житті у спільноті: в участі у неформальних (на 13,39 %) і формальних об'єднаннях (на 8,64 %) та церемоніях (на 28,95 %); у духовній практиці: при дотриманні прав людини (на 8,73 %) та участі у політичному житті (на 26,52 %). У хворих з ПКП також відбувалось зростання обмежень життєдіяльності в разі індивідуальної трудової діяльності (на 37,99 %), використання особистих економічних ресурсів (на 8,51 %), участі у церемоніях (на 22,69 %) і неформальних об'єднаннях (на 7,79 %).

У головних сферах життя у пацієнтів з ІМІ і ЛКП збільшувались обмеження під час здобуття неформальної освіти (на 37,78 %), виконання (на 26,87 %) й припинення трудової діяльності (на 13,72 %), повної трудової зайнятості (на 39,69 %) й потреби неоплачуваної роботи (на 25,25 %). У них суттєво зростали обмеження в економічному житті: в базисних (на 47,06 %) і складних економічних відносинах (на 14,62 %), можливості використання власних економічних ресурсів (на 19,12 %); у житті у спільноті: в участі у неформальних (на 13,39 %) і формальних об'єднаннях (на 8,64 %) та церемоніях – на 28,95 % ($p < 0,0005$); у духовній практиці: при дотриманні прав людини (на 8,73 %) та участі у політичному житті (на 26,52 %). У хворих з ПКП зростали обмеження життєдіяльності в разі індиві-

дуальної трудової діяльності (на 37,99 %), використання особистих економічних ресурсів (на 8,51 %), участі у церемоніях (на 22,69 %) і неформальних об'єднаннях (на 7,79 %).

В оволодінні знаннями під час перенавчання у хворих з ЛКП збільшувались обмеження життєдіяльності під час використання зору (на 29,23 %); перенавчання для оволодіння копіюванням (на 22,21 %), читанням (на 20,37 %), розрахунками (на 41,85 %) та базисними навичками (на 25,54 %); під час застосування знань: в увазі (на 25,80 %), мисленні (на 39,3 %) та читанні (на 35,21 %), складних розрахунках (на 33,33 %), розв'язанні проблем (на 38,30 %) та прийнятті рішень (на 38,81 %); під час виконання загальних завдань і вимог: виконання складних (на 21,92 %) і завдань у групі (на 44,06 %), виконання (на 26,60 %) й завершення (на 17,80 %) різнопланових завдань, їх самостійного виконання (на 30,54 %) й у групі (на 34,32 %), організації (на 38,05 %) та дотриманні (на 41,81 %) розкладу дня; в разі подолання кризових явищ (на 17,09 %). У пацієнтів з ПКП зростали обмеження щодо використання зору (на 21,82 %), під час розрахунків (на 25,76 %), в увазі (на 18,29 %) та в процесі мислення (на 14,91 %), в разі прийняття рішень (на 26,57 %) і вирішенні складних завдань (на 32,56 %), виконання завдань у групі (на 29,11 %), виконання (на 23,66 %) і завершення (на 22,0 %) різнопланових завдань та їх вирішення у групі (на 25,02 %).

У міжособистісному спілкуванні збільшились обмеження у хворих з ЛКП: у базисних міжособистісних стосунках при позитивному їх сприйнятті (на 77,57 %), критиці (на 27,88 %) і натяках (на 68,72 %) у відносинах; у складних міжособистісних стосунках під час їх формування (на 43,07 %) й завершенні (на 42,92 %), регуляції поведінки (на 61,91 %), взаємодії (на 54,84 %) та дотриманні дистанції (на 23,44 %) при взаємовідносинах; у формальних відносинах під час взаємодії з незнайомими людьми (на 17,86 %), з посадовцями (на 36,03 %); у неформальних соціальних відносинах під час взаємодії з колегами по роботі (на 45,88 %) та рівними за статусом (на 36,21 %); у сімейних взаєминах при романтичних (на 28,57 %), сімейних (на 22,91 %) і сексуальних відносинах (на 22,89 %). У пацієнтів з ПКП зростали обмеження життєдіяльності в разі сприйняття критики (на 46,21 %), взаємоповазі у відносинах (на 31,43 %), стосунках із незнайомими (на 17,24 %) й авторитарними (на 28,97 %) та рівними за соціальним статусом людьми (на 60,47 %), під час взаємодії із співробітниками (на 34,78 %) та з подрузями (на 28,20 %).

Висновки

1. Запропонована нами модель психокорекції когнітивних порушень для осіб з артеріальною гіпертензією, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, передбачає визначення у хворих легких, помірних і важких когнітивних порушень і ступенів обмежень життєдіяльності; розробку системи, принципів і методів психологічної корекції когнітивних порушень, спрямованих на зменшення об-

межень життєдіяльності; оцінку її ефективності та психологічного реабілітаційного прогнозу, що є складником інформаційної технології психокорекції когнітивних порушень при артеріальній гіпертензії.

2. Упровадження у практику інформаційної технології психокорекції когнітивних порушень при артеріальній гіпертензії, що перенесли ішемічний мозковий інсульт, мало значну ефективність одразу після її застосування: покращання загального самопочуття, стабілізація артеріального тиску, зростання у хворих з ІМІ і ЛКП та ПКП толерантності до фізичних навантажень, значне поліпшення довготривалої (на 19,44 і 49,06 %), об'ємної (на 12,99 і 50,77 %), зорової (на 22,03 і 31,58 %), змістовної (на 18,70 і 37,09 %) пам'яті та об'єму короткотривалої пам'яті (на 19,77 і 22,97 %); вибіркової уваги (на 36,89 і 47,89 %) й рівня логічного мислення (на 12,80 і 23,75 %) та ефективності роботи (на 13,74 і 17,05 %).

3. У пацієнтів з ІМІ і ЛКП через рік після курсу психокорекції зберігалася стабільність їхніх особистісних особливостей (зменшення при ЛКП Нс-іпохондрії (на 7,0 %) та Ну-істерії (на 4,16 %) та поліпшення когнітивних функцій (безпосереднього запам'ятовування (на 11,11 %), образної пам'яті (на 17,24 %) та об'єму короткотривалої пам'яті (на 2,08 %); можливості управління чужими емоціями (на 1,11 %) й контролю експресії (на 4,46 %), міжособистісного емоційного інтелекту (на 2,33 %); продуктивності мислення (на 2,47%) та стабілізація уваги (адаптації та її вибіркової).

4. У хворих з ІМІ і ПКП через рік після курсу психокорекції поліпшились особистісні характеристики Pd-психопатії (на 10,4 %), Ра-параної (на 4,85 %) та Sc-шизоїдності (на 2,36 %) та когнітивні функції (безпосереднього запам'ятовування (на 8,39–16,67%), короткотривалої пам'яті та її об'єму (на 12,12 і 16,39 %), довготривалої пам'яті (на 13,21%), управління своїми й усіма емоціями (на 0,50 %), продуктивності мислення (на 13,85%), логічного мислення (на 7,92%) та розуміння логічних зв'язків (на 14,29%) і стабілізація уваги (адаптації та її вибіркової).

Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік: аналітико-інформаційний довідник / за ред. С. І. Черняка. – Дніпро: Акцент ПП, 2017. – 168 с.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / за ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка, О. С. Сичова. – К.: Моріон, 2016. – 190 с.
3. Потребности пациентов, перенесших инсульт, в медико-социальной реабилитации и современные технологии ее проведения / [Б. А. Сырникова, В. Д. Стороженко, Х. В. Темиров и др.]. // Журнал медико-социальной экспертизы и реабилитации. – 2016. – Т. 19. – № 4. – С. 219–224.
4. Шахпаронова Н. В. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигатель-

ных, речевых, когнитивных функций / Н. В. Шахпаронова, А. С. Кадыков, Е. М. Кашина // Трудный пациент. – 2012. – № 11. – С. 22–26.

5. Mclellan D. L. Introduction to rehabilitation. In: The Handbook of rehabilitation studies // D. L. Mclellan, B. Wilson (Eds). – Cambridge: Cambridge University Press, 1997. – P. 1–21.

6. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. – ВОЗ: Женева, 2001. – 342 с.

7. Закон України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» № 561 від 05.09.2011р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до журн.: <http://www.ifp.kiev.ua>.

8. Андрианов О. С. О принципах структурно-функциональной организации мозга / О. С. Андрианов. – М.: Стоматология, 1999. – 252 с.

9. Bach-y-Rita P. Theoretical and practical consideration in the restoration of function after stroke / P. Bach-y-Rita // Top Stroke Rehabilitation. – 2001. – Vol. 8. – Suppl. 3. – P. 1–15.

10. Fisher M. Current concept of ischemic penumbra / M. Fisher, M. Ginsberg // Stroke. – 2004. – Vol. 35. – Suppl. 1. – P. 2657–2658.

11. Ермакова Н. Г. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушариях головного мозга в процессе реабилитации / Н. Г. Ермакова // Вестн. СПбУ. – 2008. – Серия 11, Вып. № 3. – С. 24–31.

12. Храмова В. В. Некоторые аспекты нейропсихологической реабилитации больных в отдаленном периоде перенесенного инсульта / В. В. Храмова // Медична психологія. – 2017. – № 3. – С. 71–74.

13. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский – Самара: БАХРАХ-М, 2000. – 672 с.

14. Короткий орієнтувальний тест (КОТ) / Психологическая диагностика. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/402-kot>.

15. Виділення істотних ознак [Електронний ресурс] / Психологія (тести, опис). – Режим доступу: http://azps.ru/tests/tests3_sushp.html

16. Методика Еббінгауза [Електронний ресурс] / Психологічна діагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv>.

17. Виключення зайвого [Електронний ресурс] / Психологія (тести, опис). – Режим доступу: http://azps.ru/tests/tests3_elimination.html.

18. Прості аналогії [Електронний ресурс] / Психологічна діагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/therapy/52-mental/843-simple>.

19. Методика Міні-мульти (Скорочений багатofакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОУ) [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult>.

20. Опитувальник емоційного інтелекту «Емін» (розробник Д. В. Люсін) [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index./222-emin>.

21. Бабак В. П. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

