

©Л. В. Андріюк <https://orcid.org/0000-0002-8064-8805>

©О. Р. Макар <https://orcid.org/0000-0002-1863-1412>

©О. М. Ганусич <https://orcid.org/0009-0000-1396-4202>

©Г. П. Сябренко <https://orcid.org/0000-0002-2967-0900>

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ХВОРОБОЮ

РЕЗЮМЕ. За спостереженнями багатьох дослідників, у перебігу цереброваскулярної хвороби домінує комплекс нейропсихологічних розладів, а основним проявом є когнітивна дисфункція. При тривалому перебігу патологічного процесу когнітивні розлади прогресують та розглядаються як основні фактори розвитку інсульту та/або деменції. Висока питома вага когнітивних розладів при цереброваскулярній патології вказує на необхідність спрямованих реабілітаційних заходів, що мають вирішальне значення для покращення здоров'я та якості життя даного контингенту хворих.

Мета роботи – оцінка якості життя та психоемоційного стану пацієнтів з цереброваскулярною хворобою I і II ступенів тяжкості та визначення стану і важкості клінічного перебігу захворювання для врахування індивідуальних особливостей пацієнтів при розробці комплексної програми фізичної та медичної реабілітації.

Матеріал і методи. У дослідження залучені пацієнти віком 40–59 років з цереброваскулярною хворобою I та II стадій. Визначали психоемоційні особливості та якість життя обстежених із дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди, які функціонували у звичному режимі.

Результати. Оцінка психоемоційного стану та якості життя дала можливість визначити стан і тяжкість клінічного перебігу захворювання, а саме за даними короткої шкали ментального статусу (MMSE) у більшості обстежених хворих (76,0 %) реєстрували когнітивні порушення різного ступеня вираження. Відсутність депресивних проявів за шкалою BDI спостерігалася лише у 24,0 % хворих. Якість життя обстежених пацієнтів з хронічним порушенням мозкового кровообігу була низькою, стан здоров'я обмежував виконання фізичних навантажень. За шкалою TAI високий рівень як реактивної, так і особистісної тривожності визначався лише у хворих з II стадією (29,8 % та 38,6 % відповідно). Оцінка порушення мислення реєструвалася більшою мірою при компенсованій стадії.

Висновки. Під час дослідження встановлено значну поширеність когнітивної дисфункції у пацієнтів із цереброваскулярними захворюваннями, що збігається з літературними даними. Низькі показники якості життя, які були зафіксовані в анкеті, дають можливість враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта при розробці комплексної програми медико-фізичної реабілітації.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: цереброваскулярна хвороба; якість життя; психоемоційний стан.

Вступ. За спостереженнями багатьох дослідників, у перебігу цереброваскулярної хвороби домінує комплекс нейропсихологічних розладів, а основним проявом є когнітивна дисфункція, що досить логічно, враховуючи прогресуюче погіршення кровопостачання мозкової тканини, внаслідок чого формується багатоголишеве або дифузне її ураження, яке лежить в основі розвитку захворювання [10, 12, 14, 16].

При тривалому перебігу патологічного процесу когнітивні розлади прогресують та розглядаються як основні фактори розвитку інсульту та/або деменції.

У хворих знижується пам'ять, зменшується розумова працездатність, сповільнюється швидкість засвоєння нової інформації, погіршуються автоматизовані навички довільної діяльності, приєднується дезорієнтація у місці і часі, власній особистості. Проте, справжня поширеність когнітивних

порушень при цереброваскулярній патології залишається невідомою, на що звертають увагу провідні вчені розвинених країн Європи [9, 11, 13].

За даними К. Rockwood зі співавт., поширеність судинного когнітивного розладу серед осіб похилого віку перевищує 5 %, при цьому на один випадок судинної деменції припадає приблизно 1,5–2 випадки помірною когнітивного розладу судинного ґенезу [1, 4–6]. Інші дослідники показують, що помірні і виразні когнітивні порушення, які можуть відображати цереброваскулярну недостатність, виявлялися у 16,5 % осіб похилого віку [2, 3, 8].

Отже, висока питома вага когнітивних розладів при цереброваскулярній патології вказує на необхідність спрямованих реабілітаційних заходів, що мають вирішальне значення для покращення здоров'я та якості життя даного контингенту хворих. Необхідний ранній початок реабілітації,

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

що дозволяє знизити або запобігти ряду ускладнень раннього періоду і сприяє більш повному і швидкому відновленню порушених функцій.

Мета роботи – оцінка якості життя та психоемоційного стану пацієнтів з цереброваскулярною хворобою I і II ступенів тяжкості та визначення стану і важкості клінічного перебігу захворювання для врахування індивідуальних особливостей пацієнтів при розробці комплексної програми фізичної та медичної реабілітації.

Матеріал і методи дослідження. Теоретичний аналіз та узагальнення наукової літератури; аналіз даних історій хвороби та амбулаторних карток; соціологічні методи дослідження: опитування, анкетування, визначення якості життя; психологічні методи дослідження та методи математичної статистики.

У дослідження залучені пацієнти віком 40–59 років з цереброваскулярною хворобою I та

II стадій. З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди визначали психоемоційні особливості та якість життя обстежених, які функціонували у звичному режимі.

Результати й обговорення. Для визначення психоемоційного стану використовували комплекс сучасних тестів, які дозволили виявити когнітивні порушення, тривожність, прояви депресії та проаналізувати суб'єктивну оцінку самопочуття, активності та настрою обстежених пацієнтів. Комплекс включав коротку шкалу ментального статусу (для виявлення когнітивних порушень), шкалу Спілбергера–Ханіна (для визначення особистої та ситуативної тривожності), шкалу Бека (прояви депресії) та опитувальник САН (суб'єктивне оцінювання самопочуття, активності та настрою). Коротка шкала оцінки ментального статусу застосовувалася для вивчення загальної когнітивної продуктивності та судинної деменції хворих (табл. 1).

Таблиця 1. Характеристика когнітивних порушень у обстежених пацієнтів за шкалою Mini-mental State Examination (P±m, %)

Когнітивні порушення	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	T ₁ P ₁	T ₂ P ₂
Немає когнітивних порушень	45,5±10,9	42,9±11,1	8,3±6,2	9,5±6,6	0,26>0,05	0,48>0,05
Переддементні когнітивні порушення	54,5±10,9	57,1±11,1	38,9±8,2	38,1±10,8	0,26>0,05	0,15>0,05
Деменція легкого ступеня	–	–	47,2±8,4	47,6±11,2	–	0,15>0,05
Деменція помірного ступеня	–	–	5,6±3,9	4,8±4,8	–	0,32>0,05
Тяжка деменція	–	–	–	–	–	–

Примітки: 1. Якщо t-роз.<t-критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості p<0,05; 2. P₁ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ; 3. P₂ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

Виходячи з даних, наведених у таблиці 1, на початковій стадії більш ніж у половини обстежених пацієнтів виявляли переддементні когнітивні порушення (24 пацієнти, 55,8 %), при II стадії захворювання ті чи інші прояви деменції реєстрували у переважної більшості хворих (52 пацієнти, 91,2 %), при цьому питома вага переддементних когнітивних порушень була значно меншою, порівняно з I стадією (38,6 % проти 55,8 %) за рахунок розвитку більш тяжких проявів даної патології.

Інформативна шкала Спілбергера – Ханіна використовувалася для визначення рівня особистісної та ситуативної тривожності (табл. 2).

Як видно з даних, наведених у таблиці 2, у більшості пацієнтів з початковою стадією хронічної ішемії мозку атеросклеротичного генезу реєструвався низький рівень як реактивної (ситуативної) так і особистісної тривожності відповідно

72,1 % та 65,1 %. У решти хворих даної групи спостерігався середній рівень реактивної та особистісної тривожності. Високого рівня тривожності зареєстровано не було.

На стадії помірних проявів передували більшою мірою показники середнього рівня реактивної особистісної тривожності (відповідно 59,6 % та 52,6 %), високий рівень тривожності реєструвався в 29,8 % та 38,6 %, що пояснюється більш значним впливом захворювання на психоемоційний стан даного контингенту хворих. Лише в 11 хворих II стадії були зафіксовані показники низької тривожності. За допомогою шкали депресії Бека оцінювалася вираженість депресивних розладів у хворих на цереброваскулярну хворобу (табл. 3).

Дані таблиці 3 свідчать про наявність при I стадії ЦВХ у більшості хворих (24 пацієнти – 55,8 %) депресії легкого ступеня вираження; по-

Таблиця 2. Оцінка рівня особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спілберґера – Ханіна (P±, %)

Характеристика рівня тривожності	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	T ₁ P ₁	T ₂ P ₂
Ситуативна тривожність						
Низький рівень	72,7±9,7	71,4±10,1	11,1±5,3	9,5±6,6	0,14 >0,05	0,24 >0,05
Середній рівень	27,3±9,7	28,6±10,1	58,3±8,3	61,9±10,8	0,14 >0,05	0,60 >0,05
Високий рівень	—	—	30,6±7,8	28,6±10,1	—	0,48 >0,05
Особистісна тривожність						
Низький рівень	63,6±10,5	66,7±10,5	8,3±4,7	9,5±6,6	0,43 >0,05	0,36 >0,05
Середній рівень	36,4±10,5	33,3±10,5	52,8±8,4	52,4±11,2	0,43 >0,05	0,15 >0,05
Високий рівень	—	—	38,9±8,2	38,1±10,8	—	0,15 >0,05

Примітки: 1. Якщо t-роз.<t-критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості p<0,05; 2. P₁ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ; 3. P₂ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

Таблиця 3. Оцінка важкості прояву депресії у обстежених хворих за шкалою Бека (P±m, %)

Депресивні розлади	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	T ₁ P ₁	T ₂ P ₂
Відсутність депресивних симптомів	41,0±10,7	42,9±11,1	11,1±5,3	9,5±6,5	0,26>0,05	0,24>0,05
Легка депресія (субдепресія)	54,5±10,9	57,1±11,1	36,1±8,1	38,1±10,8	0,26>0,05	0,30>0,05
Помірна депресія	4,5±4,5	—	38,9±8,2	38,1±10,8	0>0,05	0,15>0,05
Виражена депресія (середньої важкості)	—	—	13,9±3,9	14,3±7,8	—	0,08>0,05
Важка депресія	—	—	—	—	—	—

Примітки: 1. Якщо t-роз.<t-критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості p<0,05; 2. P₁ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ; 3. P₂ – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

мірні прояви депресії були зафіксовані лише у 1 хворого – 2,32 %. Внаслідок прогресування захворювання та погіршення загального стану при II стадії більшою мірою реєструвалась депресія помірної (22 пацієнти – 38,6 %) та середньої (8 пацієнтів – 14,0 %) тяжкості.

За допомогою опитувальника САН було отримано результати самооцінки психоемоційного стану (самопочуття, активність, настрої) пацієнтів ЦВХ (табл. 4).

Аналіз даних таблиці 4 показує, що у пацієнтів з I стадією атеросклеротичної хронічної ішемії мозку в більшості випадків реєструвався «сприятливий стан» за усіма трьома показниками: самопочуття, активності і настрою.

Характерною особливістю II стадії є суттєве збільшення хворих, які оцінювали свій стан, як

«несприятливий», більшою мірою за показниками самопочуття та настрою (відповідно 57,9 %; 47,4 %), що пов'язано, на нашу думку, із загостренням основного захворювання та погіршенням якості життя.

Якість життя обстежених хворих оцінювали за допомогою електронної програми – опитувальника SF-36 (табл. 5).

За даними таблиці 5, у хворих з компенсованою стадією хронічної ішемії головного мозку атеросклеротичного ґенезу найнижчкі показники були виявлені за шкалами «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» та «життєздатність», що свідчить про порушення стану здоров'я, який сприяє обмеженню виконання повсякденних фізичних навантажень.

Таблиця 4. Оцінка функціонального стану обстежених хворих за допомогою опитувальника САН ($P \pm m$, %)

Показник функціонального стану	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	T_1 P_1	T_2 P_2
Самопочуття						
Сприятливий стан	95,5±4,6	95,2±4,8	41,7±8,3	42,8±11,1	0,09>0,05	0,15>0,05
Несприятливий стан	4,5±4,5	4,8±4,8	58,3±8,3	57,1±11,1	0,09>0,05	0,15>0,05
Активність						
Сприятливий стан	90,9±6,3	95,2±4,8	58,3±8,3	61,9±10,8	1,05>0,05	0,60>0,05
Несприятливий стан	9,1±6,3	4,8±4,8	41,7±8,3	38,1±10,8	1,05>0,05	0,60>0,05
Настрій						
Сприятливий стан	95,5±4,6	95,2±4,8	52,8±8,4	52,4±11,2	0,09>0,05	0,15>0,05
Несприятливий стан	4,5±4,5	4,8±4,8	47,2±8,4	47,6±11,2	0,09>0,05	0,15>0,05

Примітки: 1. Якщо t -роз. $<t$ -критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості $p<0,05$; 2. P_1 – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ; 3. P_2 – достовірність різниці при порівняння ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

Таблиця 5. Оцінка життя обстежених хворих за допомогою електронної програми-опитувальника SF-36 ($\chi \pm S$)

Показники якості життя	Компенсована стадія		Субкомпенсована стадія		Статистичні показники	
	ОГ (n=22)	КГ (n=21)	ОГ (n=36)	КГ (n=21)	T_1 P_1	T_2 P_2
Фізичне функціонування	42,1±6,1	40,5±6,0	34,5±3,9	33,7±5,0	0,38>0,05	0,26>0,05
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	31,0±4,5	29,0±4,3	25,7±2,9	26,3±3,9	0,67>0,05	0,25>0,05
Фізичний біль	45,5±6,6	43,9±6,5	37,2±4,2	35,1±5,2	0,44>0,05	0,64>0,05
Загальне сприйняття здоров'я	42,8±6,2	40,5±6,0	38,1±4,3	36,5±5,4	0,48>0,05	0,47>0,05
Життєздатність	36,8±5,3	37,1±5,5	35,4±4,0	37,1±5,5	0,26>0,05	0,52>0,05
Соціальна активність	44,2±6,4	45,2±6,7	39,8±4,5	40,5±6,0	0,21>0,05	0,19>0,05
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	37,3±5,4	36,5±5,4	34,5±3,9	33,8±5,0	0,27>0,05	0,23>0,05
Психічне здоров'я	41,4±6,0	43,9±6,5	36,3±4,1	38,5±5,7	0,43>0,05	0,65>0,05

Примітки: 1. Якщо t -роз. $<t$ -критич., то різниця середніх значень ОГ та КГ, що спостерігається, статистично не значима, при рівні значущості $p<0,05$; 2. P_1 – достовірність різниці при порівнянні ОГ та КГ з I стадією ЦВХ; 3. P_2 – достовірність різниці при порівняння ОГ та КГ з II стадією ЦВХ.

При компенсованій стадії відмічалось їх більше суттєве зниження за переліченими шкалами. Крім того, при II стадії захворювання спостерігалось значне зниження показників за шкалами "Загальне сприйняття здоров'я" та "соціальна активність", що пов'язано з погіршенням психоемоційного стану та прогресування захворювання.

За результатами анкетування, основними чинниками розвитку цереброваскулярної хвороби у пацієнтів середнього віку є недотримання здорового способу життя.

При дослідженні клінічних даних пацієнти частіше скаржилися на головний біль – 89,0 %, запаморочення – 83,0 %, зниження пам'яті та уваги – 76,0 %. За результатами аналізу історії хвороби, у 100 % обстежених хворих відмічалось атеросклеротичне ураження судин головного мозку, із яких при I та II стадіях домінувала артеріальна гіпертен-

зія (72,1 %; 80,7 %) та ішемічна хвороба серця (72,1 %; 80,7 %) відповідно. Порушення з боку вегетативних функцій відмічалось у 92,0 % хворих. Аналіз об'єктивних даних свідчить, що передують, як при компенсованій так і при субкомпенсованій стадії відповідно, когнітивні та координаторні порушення.

Оцінка психоемоційного стану та якості життя дала можливість визначити стан і тяжкість клінічного перебігу захворювання, а саме, за даними короткої шкали ментального статусу (MMSE), у більшості обстежених хворих (76,0 %) реєструвалися когнітивні порушення різного ступеня вираження. Відсутність депресивних проявів за шкалою BDI виявлена лише у 24,0 % хворих. Якість життя обстежених пацієнтів з хронічним порушенням мозкового кровообігу мала низькі показники, при яких стан здоров'я обмежує виконання

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

фізичних навантажень. За шкалою TAI, високий рівень як реактивної, так і особистісної тривожності визначався лише у хворих з II стадією (29,8 % та 38,6 % відповідно). Оцінка порушення мислення реєструвалася більшою мірою при субкомпенсованій стадії.

Низькі показники якості життя, які реєструвалися за всіма шкалами електронної програми – опитувальника SF-36, у обстежених хворих, дають можливість урахувати індивідуальні особливості кожного пацієнта при розробці комплексної програми медичної та фізичної реабілітації.

Висновки. Під час дослідження встановлено значну поширеність когнітивної дисфункції у пацієнтів із цереброваскулярними захворюваннями, що збігається з літературними даними. Низькі показники якості життя, які були зафіксовані в анкеті, дають можливість враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта при роз-

робці комплексної програми медико-фізичної реабілітації.

Джерела фінансування. Власні кошти авторів.

Внесок авторів:

Л. В. Андріюк – формування концепції, розробка ідеї та дизайну дослідження, участь у формулюванні висновків;

О. Р. Макар – участь у формулюванні концепції дослідження, проведення огляду літератури та написання тексту;

О. М. Ганусич – аналіз та участь в обговоренні та узагальненні результатів, формулювання висновків;

Г. П. Сябренко – аналіз та обговорення результатів, написання та коригування тексту, формулювання висновків.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ведення пацієнтів із когнітивними розладами на фоні дисциркуляторної енцефалопатії [електронний ресурс] / Н. В. Литвиненко та ін. *Нейронews*. 2012. № 7 (42). Режим доступу до журналу: <http://neuronews.com.ua/page/vedennya-patsientiv-iz-kognitivnimi-rozladami-na-foni-discirkulyatorni-encefalopatii>.

2. Єрмолаєва А. В., Бут О., Порада О. Визначення підходів до фізичної реабілітації хворих з атеросклеротичною хронічною ішемією мозку *Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини*: досвід і сучасні технології: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конференції 2-4 жовтня 2014 року. Запоріжжя, 2014. С. 195–200.

3. Єрмолаєва А. В. Комплексна програма фізичної реабілітації при атеросклеротичній хронічній ішемії мозку у жінок. *Спортивний вісник Придніпров'я* 2014. №3. С. 151–155.

4. Клапчук В. В. Вплив хатха-йоги на функціональний стан жінок з нейроциркуляторною дистонією при реабілітаційних заняттях в умовах профілактики. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2016. №1. С. 279–283.

5. Козьявкін В. І., Качмар О. Методи оцінки ефективності медичної реабілітації в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. *Український медичний часопис*. 2018. №3135. С. 61–66.

6. Луковська О. Л., Єрмолаєва А. В. Використання класичних та новітніх технологій у фізичній реабілітації при хронічній ішемії мозку. *Науковий часопис національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. Сер. 15: Науково-пед. проблеми фізичної культури. – 2015. – Вип. 1 (54). – С. 42–44.

7. Мельниченко М., Елій Л. Можливості оцінки стану пацієнта. *Paediatric surgery*. 2017. № 2 (55). С. 102–108.

8. Порада А. М., Порада О. В. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль. К.: ВСВ "Медицина", 2011. 296 с.

9. Arenillas I. F. Intracranial atherosclerosis: current concepts. *Stroke*. 2011. Vol. 42. P. 20–23.

10. Gorelick P.B., Pantoni L. Advances in vascular cognitive impairment. *Stroke*. 2013. Vol. 44 (2). P. 307–308.

11. Pollack M.H. Comorbid anxiety and depression. *G. Clin. Psychiat.* 2005. Vol. 66, Suppl. 8. P. 22–29.

12. Seredenin S. B. Genetic differences on response to emotional stress and tranquilizers *Psychopharmacol& Biol. Narcol*. 2003. Vol. 1–2. P. 494–509.

13. Relationship between Atherosclerosis and Late-life depression. The Rotterdam Study / H. Tiemeier et al. *Arch Gen. Psychiatry*. 2004. Vol. 61. – P. 369–376.

14. Vascular cognitive impairment / I. T. O'Brien et al. *Lancet Neurol*. 2003. Vol. 2 (2). P. 89–98.

REFERENCES

1. Lytvynenko NV, Sylenko HYa, Pinchuk VA. Vedennya patsientiv iz kohnityvnymy rozladamy na foni dystsyirkuliatornoj entsefalopatii [Management of patients with cognitive disorders on the background of dyscirculatory encephalopathy]. *Neuronews*. 2012;7(42). Ukrainian.

2. Yermolayeva AV, But O, Porada O. Vyznachennya pidkhodiv do fizychnoi reabilitatsiyi khvorykh z aterosklerochnoiu khronichnoiu ishemiiu mozku. Fizychnye vykhovannya, sport ta zdorovya liudyny: dosvid i suchasni tekhnolohiyi: materialy Vseukrayinskoyi nauk.-prakt. Konferentsii. Zaporizhzhia, 2014. 195-200. Ukrainian

3. Yermolayeva AV. Kompleksna prohrama fizychnoi reabilitatsii pry aterosklerotychnii khronichnii ishemii mozku u zhinok [A comprehensive physical rehabilitation program for atherosclerotic chronic cerebral ischemia in women]. Sportyvnyi visnyk Prydniprovy. 2014;3:151-155. Ukrainian.

4. Klapchuk VV. Vplyv khatkha-yohy na funktsionalnyi stan zhinok z neirotsyrkuliatornoi dystoniieiu pry reabilitatsiinykh zanyattakh v umovakh profilaktoriyu [The influence of khatkha-yoga on the functional state of women with neurocirculatory dystonia during rehabilitation activities in conditions of prevention]. Sportyvnyi visnyk Prydniprovy. 2016;1:279-283. Ukrainian.

5. Kozyavkin V, Kachmar O. Metody otsinky efektyvnosti medychnoyi reabilitatsiyi v systemi intensyvnoi neurofiziolohichnoyi reabilitatsiyi [Methods for assessing the effectiveness of medical rehabilitation in the system of intensive neurophysiological rehabilitation]. Ukrainskyi medychnyi chasopys. 2018;3135:61-66. Ukrainian.

6. Lukovska OL, Yermolayeva AV. Vykorystannia klasychnykh ta novitnikh tekhnolohiy u fizychnii reabilitatsiyi pry khronichnii ishemiyi mozku [The use of classic and innovative technologies in physical rehabilitation in chronic cerebral ischemia]. Naukovyi chasopys natsionalnoho peda-

hohichnoho universytetu im. M. P. Drahomanova. Ser. 15: Naukovo-ped. problemy fizychnoyi kultury. 2015; 1(54):42-44. Ukrainian.

7. Melnychenko M, Elii L. Mozhlyvosti otsinky stanu patsiyenta [Possibilities of evaluations of the patient's condition]. Paediatric surgery. 2017;2(55):102-108. Ukrainian.

8. Porada AM, Porada OV. Medyko-sotsialna reabilitatsiya i medychnyi kontrol [Medical and social rehabilitation and medical control]. Kyiv: VSV Medytsyna; 2011. Ukrainian.

9. Arenillas IF. Intracranial atherosclerosis: current concepts. Stroke. 2011; 42:20-23.

10. Gorelick PB, Pantoni L. Advances in vascular cognitive impairment. Stroke. 2013; 44(2):307-308.

11. Pollack MH. Comorbid anxiety and depression. G. Clin. Psychiat. 2005; 66(suppl.8):22-29.

12. Seredenin SB. Genetic differences on response to emotional stress and tranquilizers. Psychopharmacol Biol. Narcol. 2003;1-2:494-509.

13. Tiemier H et al. Relationship between Atherosclerosis and Late-life depression. The Rotterdam Study. Arch Gen. Psychiatry. 2004;61:369-376.

14. O'Brien IT, Erkinjuntti T, Reisberg B, et al. Vascular cognitive impairment. Lancet Neurol. 2003;2(2):89-98.

L. V. Andriyuk, O. P. Makar, O. M. Hanusych, G. P. Siabrenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

QUALITY OF LIFE AND MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

SUMMARY. According to many researchers, the course of cerebrovascular disease is dominated by a complex of neuropsychological disorders, and the main manifestation is cognitive dysfunction. With a long course of the pathological process, cognitive disorders progress and are considered as the main factors in the development of stroke and/or dementia. High specific weight of cognitive disorders in cerebrovascular pathology indicates the need for targeted rehabilitation measures, which are of crucial importance for improving the health and quality of life of this contingent of patients.

The aim – to assess the quality of life and psychoemotional state of patients with cerebrovascular disease of the I and II degrees of severity and to determine the state and severity of the clinical course of the disease in order to take into account the individual characteristics of patients when developing a comprehensive program of physical and medical rehabilitation.

Material and Methods. Patients aged 40-59 years with cerebrovascular disease of stages I and II were involved in the study. The psycho-emotional features and quality of life of the examinees were determined in compliance with the principles of biomedical ethics, based on informed consent, which functioned in the usual mode.

Results. The assessment of the psycho-emotional state and quality of life made it possible to determine the state and severity of the clinical course of the disease, namely, according to the short scale of mental status (MMSE), in most of the examined patients, 76.0 % had cognitive impairments of various degrees of severity. The absence of depressive manifestations according to the BDI scale was observed only in 24.0 % of patients. The quality of life of the examined patients with chronic cerebral circulation disorders had low indicators, in which the state of health limits the performance of physical activities. According to the TAI scale, a high level of both reactive and personal anxiety was determined only in patients with stage II (29.8 % and 38.6 %, respectively). The assessment of impaired thinking was registered to a greater extent at the compensated stage.

Conclusions. During the study, a significant prevalence of cognitive dysfunction in patients with cerebrovascular disease was found, which coincides with the literature data. Low indicators of life quality, which were recorded on the questionnaire, provide an opportunity to take into account the individual characteristics of each patient when developing a comprehensive program of medical and physical rehabilitation.

KEY WORDS: cerebrovascular disease; quality of life; psycho-emotional state.

Отримано 18.01.2025

Електронна адреса для листування: andriyuk.lukyana@gmail.com