https://doi.org/ УДК 616.8-009.16-06;616.831-005.1-037;613:303.22

ДІАГНОСТИКА СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ПЕРЕНЕСЕНИХ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСОБИСТІСНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА БЕХТЕРЄВСЬКОГО ІНСТИТУТУ

Бабірад А.М.

Кафедра неврології і рефлексотерапії, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Щороку інсульти діагностуються у близько 16 млн. людей, з них 5,7 млн. помирають, та приблизно стільки ж стають інвалідами (Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R., et al., 2014; Virani S.S., Alonso A., Benjamin E.J., et al., 2020; Kim J., Thayabaranathan T., Donnan G.A., et al. 2020). **Метою** нашого дослідження було вивчити типи ставлення до хвороби у пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів. **Матеріали і методи.** Нами було обстежено 100 пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів (основна група) і 17 пацієнтів з хронічною ішемією головного мозку (контрольна група). Типи ставлення до хвороби були визначені за допомогою Особистісного опитувальника Бехтерєвського інституту. **Висновки.** Патологічні типи ставлення до хвороби формуються ще до розвитку інсульту, як результат хронічної ішемії мозку. Серед обстежених нами пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів значно переважали патологічні типи ставлення до хвороби, натомість гармонійний тип зустрічався рідко (84,0% vs 16,0%, $p < 0,001$). Найбільш часто спостерігалися неврастенічний (36,0%), гармонійний (16,0%), тривожний (16,0%), ергопатичний (10,0%) і сенситивний (8,0%) типи ставлення до хвороби. Наше дослідження показало, що будь-який ішемічний інсульт, навіть у випадку повного відновлення втрачених функцій головного мозку, може асоціюватися з патологічними типами ставлення до хвороби.

Ключові слова: ішемічний інсульт, особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту, типи ставлення до хвороби.

Abstract

ATTITUDES TOWARDS DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC PHASE OF ISCHEMIC STROKE BY THE RESULTS OF THE PERSONAL QUESTIONNAIRE OF THE BEKHTEREV INSTITUTE

Babirad A.M.

Department of Neurology, the Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Every year, strokes are diagnosed in about 16 million people, of whom 5.7 million die and about the same number become disabled (Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R., et al., 2014; Virani S.S., Alonso A., Benjamin E.J., et al., 2020; Kim J., Thayabaranathan

T., Donnan G.A., et al. 2020). **The objective** of our research was to study the attitudes towards disease in patients with chronic phase of ischemic stroke. **Material and methods.** 100 consecutive patients with chronic phase of ischemic stroke and 17 patients with chronic cerebral ischemia were questioned in neurology in-patient department. The types of attitude towards disease were identified with the help of the Personal Questionnaire of the Bekhterev Institute. **Results.** We found that pathological types of attitude towards disease begin to form before the development of a stroke as a result of chronic cerebral ischemia. Among patients with chronic phase of ischemic stroke, pathological types of attitude towards disease prevailed significantly, and the harmonious type was rare (84.0% vs 16.0%, $p < 0.001$). The most frequently observed were neurasthenic (36.0%), harmonious (16.0%), anxious (16.0%), ergopathic (10.0%) and sensitive (8.0%) types of attitude towards disease. Our study has shown that any ischemic stroke, even in the case of complete recovery of the lost functions, can be associated with pathological types of attitude towards disease.

Keywords: ischemic stroke, the Personal Questionnaire of the Bekhterev Institute, attitudes towards disease.

Резюме

ДИАГНОСТИКА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА БЕХТЕРЕВСКОГО ИНСТИТУТА

Бабирад А.М.

Кафедра неврологии и рефлексотерапии, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Каждый год, инсульты диагностируются у примерно 16 млн. человек, из них 5,7 млн умирают и примерно столько же становятся инвалидами (Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R., et al., 2014; Virani S.S., Alonso A., Benjamin E.J., et al., 2020; Kim J., Thayabaranathan T., Donnan G.A., et al. 2020). **Целью** нашего исследования было изучить типы отношения к болезни у больных с последствиями перенесенных ишемических инсультов. **Материал и методы.** Нами обследованы 100 пациентов с последствиями перенесенных ишемических инсультов (основная группа) и 17 пациентов с хронической ишемией мозга (контрольная группа). Типы отношения к болезни были определены с помощью Личностного опросника Бехтеревского института. **Выводы.** Мы установили, что патологические типы отношения к болезни начинают формироваться еще до развития инсульта в следствие хронической ишемии мозга. Среди обследованных нами пациентов с последствиями перенесенных ишемических инсультов значительно преобладали патологические типы отношения к болезни, а гармоничный тип встречался редко (84,0% vs 16,0%, $p < 0,001$). Наиболее часто наблюдались неврастенический (36,0%), гармоничный (16,0%), тревожный (16,0%), эргопатический (10,0%) и сенситивный (8,0%) типы отношения к болезни. Наше исследование показало, что любой ишемический инсульт, даже в случае полного восстановления утраченных функций, может ассоциироваться с патологическими типами отношения к болезни.

Ключевые слова: ишемический инсульт, личностный опросник Бехтеревского института, типы отношения к болезни.

Вступ. Щороку, інсульти діагностують у близько 16 млн. людей, з них 5,7 млн. помирають та приблизно стільки ж стають інвалідами. Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) посідають третє місце у структурі смертності після серцево-судинних хвороб та онкологічних захворювань. Частота інсультів у різних частинах

світу становить від 135 до 700 випадків на 100.000 населення в рік, значно наростаючі із збільшенням віку (Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R., et al., 2014; Giles M.F., Rothwell P.M., 2007; Losseff N., Brown M., Grieve J., 2009; Virani S.S., Alonso A., Benjamin E.J., et al., 2020; Kim J., Thayabaranathan T., Donnan G.A., et al. 2020).

До основних факторів ризику розвитку інсульту відносять похилий і старечий вік, атеросклероз, артеріальну гіпертензію (АГ), гіперхолестеринемію, спадкову схильність, куріння, цукровий діабет і захворювання серця (Virani S.S., Alonso A., Benjamin E.J., et al., 2020; Kim J., Thayabaranathan T., Donnan G.A., et al. 2020; Труфанов Е.А., 2015).

Дані Всесвітньої організації охорони здоров`я (ВООЗ) свідчать про невпинне зростання кількості мозкових інсультів, незалежне від рівня соціального розвитку країни. Експерти ВООЗ прогнозують, що до 2025 року кількість хворих на інсульт зросте на 30%. Це, в свою чергу, змушує дослідників шукати відповіді на запитання стосовно механізмів виникнення, перебігу, лікування та реабілітації пацієнтів з перенесеними інсультами (Morris J.G., Carter E.L., Martin S.A., 2017; World Health Organization, 2013).

За даними ВООЗ, Україна лідирує за частотою виникнення інсульту та інвалідизації внаслідок нього серед європейських країн (World Health Organization, 2013; Virani S.S., Alonso A., Benjamin E.J., et al., 2020).

Метою нашого дослідження було вивчення типів ставлення до хвороби (ТСХ) у пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 100 пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів (66 чоловіків та 34 жінки), які знаходились в основній групі, і 17 пацієнтів з хронічною ішемією мозку (ХІМ) (6 чоловіків та 11 жінок), що становили контрольну групу. Середній вік пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів дорівнював 55,1±1,1 років, а пацієнтів з ХІМ – 55,5±2,5 років.

Обстеження проводилось у пізньому відновлювальному періоді після перенесеного ішемічного інсульту (> 6 міс. від початку розвитку ішемічного інсульту) на базі неврологічного та реабілітаційного відділення Київської обласної клінічної лікарні, за період 2016-2019 роки.

Типи ставлення до хвороби були визначені за допомогою спеціального особистісного опитувальника інституту неврології ім. Бехтерєва, ("ЛОБИ-тест"; тут, і в подальшому збережено оригінальну назву).

Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту розроблений і складений за участі співробітників Інституту неврології ім. В.М. Бехтерєва (Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева) - Беспалько І.Г., Вассермана Л.І., Гільяшової І.Н. та іншими вченими під редакцією А.Е. Личко. Призначення опитувальника – діагностика типів ставлення до хвороби у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999).

Хронічне захворювання впливає на характерологічні особливості пацієнта, його когнітивні процеси, рухову активність та якість життя; під впливом захворювання змінюється патерн ставлення пацієнта до своєї хвороби, процесу лікування, лікарів та медичного персоналу, до рідних та близьких, роботи, самотності та майбутнього, а також, до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрій, сон, апетит). Всі варіанти поведінкових реакцій значною мірою залежать від способу адаптації пацієнта до захворювання та від сформованої у нього свідомої картини хвороби (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999, Труфанов Е.А., 2004, Вассерман Л.И., 2005).

За допомогою ЛОБИ діагностуються наступні типи ставлення до хронічних захворювань: гармонійний, тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, обсесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, ейфорійний, анозогностичний, ергопатичний, параноїльний (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999; Вассерман Л.И., 2005).

Іноді можна діагностувати кілька патернів ставлення до хвороби у пацієнтів з хронічним захворюванням, що в свою чергу, не заперечує отримані показники патерну ставлень і більш чітко характеризує даного пацієнта. Такі характеристики притаманні змішаним типам ставлення до хвороби, особливо близьких за клінічною картиною (тривожно-обсесивний, ейфорійно-анозогностичний, сенситивно-ергопатичний та ін.). Гармонійний тип може бути встановлений тільки тоді, коли не визначається жодний інший тип ставлення до своєї хвороби (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999; Вассерман Л.И., 2005).

Тринадцять типів ставлення до хвороби (ТСХ) класифікуються за ступенем відповідності внутрішньої картини хвороби її суб'єктивним клінічним ознакам на три типи психологічного реагування (ТПР) (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999; Труфанов Е.А., 2004):

1. Гармонійний (прагматичний) - пацієнти реалістично оцінюють своє захворювання і його прогноз; відносини з медичним персоналом будують прагматично; приділяють увагу оптимальній організації лікувальних та профілактичних заходів.

2. Гіпонозогностичний - пацієнти применшують значимість своєї хвороби і недооцінюють важкість клінічних проявів, надмірно оптимістично прогнозують вихід з захворювання, зневажливо відносяться до лікування, завищують очікування від призначеної терапії. Пацієнти можуть знати все про своє захворювання та про його несприятливий прогноз, але це не викликає в них емоційного переживання та тривоги. У таких хворих інколи легко формується неадекватна модель очікування результатів і "найоптимальніша" модель отримання результатів лікування. Даний ТПР може бути усвідомленим і неусвідомленим, ґрунтуючись на вроджених чи набутих особливостях особистості пацієнта. Деякі дослідники розглядають такий тип реагування як наслідок сприйняття хвороби, що виконує функцію психологічного захисту особистості. Сюди відносимо ергопатичний, ейфорійний та анозогностичний ТСХ.

3. Гіпернозогностичний - пацієнти перебільшують симптоми, важкість перебігу та закінчення хвороби. Вони надмірно емоційно переживають незначні погіршення стану; занижують очікувані результати лікування. Кожен симптом хвороби отримує велике суб'єктивне значення, а важкість захворювання і його прояви перебільшуються. Сюди відносимо тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, обсесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний і парано́яльний ТСХ (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999; Труфанов Е.А., 2004).

Гіпонозогностичний ТСХ розглядається як захисно-компенсаторний варіант психологічного реагування на хворобу. На відміну від гармонійного і гіпонозогностичного типів психологічного реагування на хворобу гіпернозогностичний тип порушував, як індивідуальну так і соціально-психологічну адаптацію (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Труфанов Е.А., 2004).

Результати та їх обговорення. Серед обстежених 100 пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів переважали патологічні типи ставлення до хвороби, тоді як гармонійний тип зустрічався рідко (84,0% vs 16,0%, $p < 0,001$).

Гіпонозогностичний тип психологічного реагування на захворювання (який розглядався нами, як захисно-компенсаторний) був виявлений в 13 пацієнтів, а гіпернозогностичний – у 71 (13,0% vs 71,0%, $p < 0,001$). Патологічний (гіпернозогностичний) ТПР діагностований достовірно частіше, ніж гармонійний і захисно-компенсаторний (гіпонозогностичний) типи психологічного реагування на захворювання (71,0% vs 29,0%, $p < 0,001$).

В частини наших пацієнтів спостерігалось повне або майже повне відновлення втрачених рухових функцій після перенесеного інсульту. Ми встановили, що будь який ішемічний інсульт, навіть у випадку повного відновлення втрачених функцій, може асоціюватися з патологічними типами ставлення до хвороби.

У пацієнтів з хронічною ішемією мозку (контрольна група) патологічні типи

ставлення до хвороби також спостерігалися у переважній більшості хворих, а гармонійний тип зустрічався рідко (88,2% vs 11,8%, p < 0,001).

За результатами нашого дослідження, не отримано достовірних даних щодо різниці, між часткою патологічних ТСХ в групі хворих з наслідками перенесених ішемічних інсультів і групі пацієнтів з ХІМ (84,0% vs 88,2%, p > 0,05) (рис. 1). Це свідчить про те, що патологічні типи ставлення до хвороби починають формуватися ще до розвитку інсульту в результаті хронічної ішемії мозку.

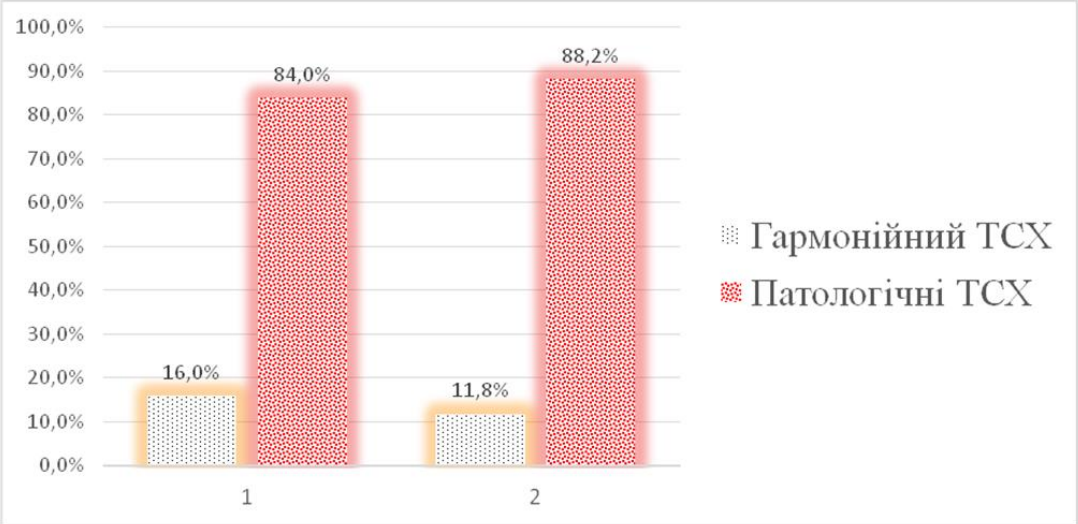

Рис. 1. Гармонійний та патологічні типи ставлення до хвороби в групах пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів (1) і хронічної ішемії мозку (2)

Набір ТСХ, характерних для хворих з наслідками перенесених ішемічних інсультів, складався з 10 типів. Найбільш часто у обстежених нами пацієнтів спостерігався неврастенічний (36,0%), гармонійний (16,0%), тривожний (14,0%), ергопатичний (10,0%) і сенситивний (8,0%) ТСХ. Значно рідше зустрічались егоцентричний (5,0%), апатичний (3,0%), анозогностичний (3,0%), обсесивно-фобічний (2,0%) та іпохондричний (1,0%) ТСХ. Два пацієнта (2,0%) мали змішані (тривожний і неврастенічний), близькі за характеристиками типи ставлення до хвороби (далі для зручності проведення статистичного аналізу ми віднесли цих пацієнтів в групу з тривожними ТСХ). Меланхолійний, ейфоричний і параноїдальний ТСХ у обстежуваних нами пацієнтів не зустрічались (рис. 2).

При гіпернозогностичному ТПР найчастіше спостерігались неврастенічний та тривожний типи ставлення до хвороби. Це означає, що у кожного другого пацієнта з наслідками перенесених ішемічних інсультів спостерігалась непереносимість больових відчуттів, підвищена дратівливість при болях та інших неприємних відчуттях. При невдачах лікування спостерігається нетерпеливість, небажання чекати покращення. Тривожний настрій, постійна боязнь та прискіпливість стосовно невдалого перебігу хвороби, неефективності та навіть неуспішності лікування. Пошук нових методів лікування, додаткової інформації про хворобу (ймовірних ускладнень і способів лікування). При гіпонозогностичному (захисно-компенсаторному) ТПР домінував ергопатичний ТСХ (10,0% від усіх хворих з наслідками перенесених ішемічних інсультів), який характеризувався "втечею в роботу". Навіть при важкому перебігу захворювання пацієнти продовжують виконувати свої функціональні обов'язки, працюють з ще більшим завзяттям, ніж до хвороби, віддають роботі весь свій час (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983).

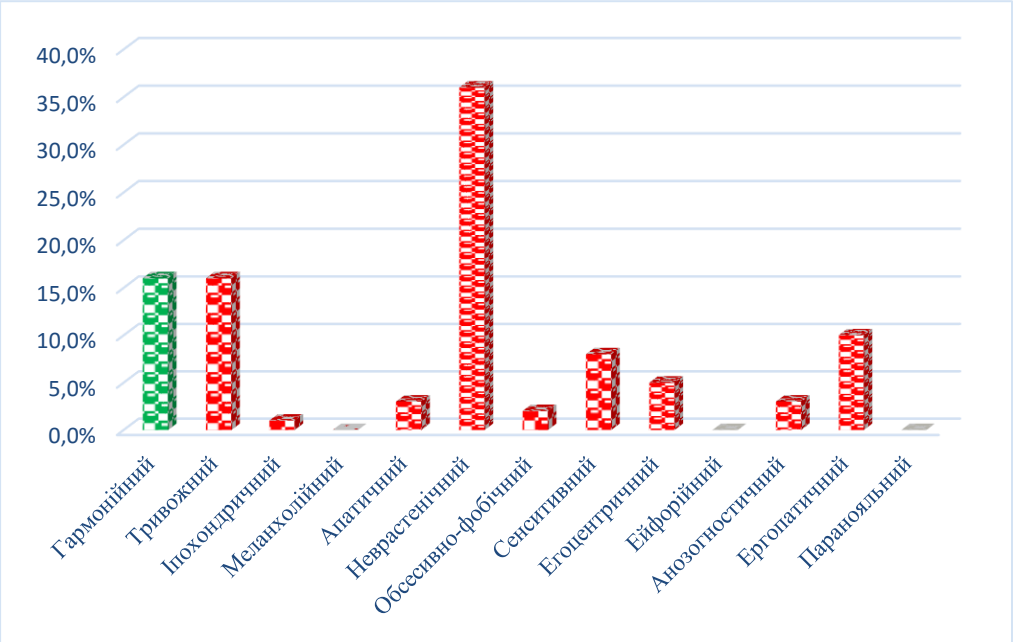

Рис. 2. Розподіл типів ставлення до хвороби у пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів

Серед пацієнтів з хронічною ішемією мозку спостерігалось тільки шість ТСХ, з яких найбільш часто – неврастенічний (35,2%) та тривожний (23,5%) ТСХ. Значно рідше зустрічались гармонійний (11,8%), іпохондричний (5,9%), сенситивний (5,9%) і ергопатичний (5,9%) ТСХ (рис. 3). У двох пацієнтів було діагностовано близькі за клінічною картиною типи ставлення до хвороби (іпохондричний і егоцентричний; неврастенічний та анозогностичний). В подальшому, для зручності проведення статистичних розрахунків, ми віднесли одного з пацієнтів в групу з іпохондричним ТСХ, а іншого - до неврастенічного ТСХ.

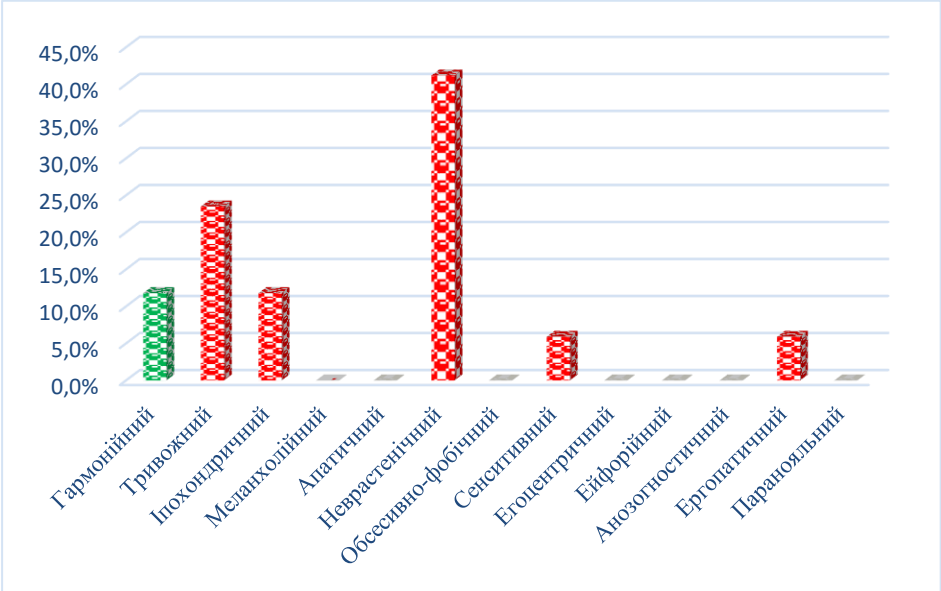

Рис. 3. Розподіл типів ставлення до хвороби у пацієнтів з ХІМ

Висновки

1. Ми встановили, що патологічні типи ставлення до хвороби починають формуватися ще до розвитку інсульту, в результаті хронічної ішемії мозку, при якій переважали неврастенічний (35.2%) і тривожний (23,5%) ТСХ, а гармонійний тип ставлення до хвороби

зустрічався рідко (11,8%). Кількість перенесених ішемічних інсультів не впливала на розподіл типів психологічного реагування, що підтверджує нашу теорію про формування патологічних типів ставлення до хвороби в результаті ХІМ ще до виникнення ішемічного інсульту.

2. Серед обстежених нами пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів значно переважали патологічні типи ставлення до хвороби, а гармонійний тип зустрічався рідко (84,0% vs 16,0%, $p < 0,001$). В структурі патологічних типів психологічного реагування на хворобу захисно-компенсаторний гіпонозогностичний ТПР на хворобу зустрічався тільки у 13,0% пацієнтів, а несприятливий гіпернозогностичний тип спостерігався у 71,0% пацієнтів і суттєво порушував їхню соціально-психологічну адаптацію.
3. Вже на початку обстеження хворих за допомогою ЛОБИ були виявлені кореляції між частотою окремих ТСХ і деякими соматичними хворобами (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999; Никоненко В.А., 2000; Труфанов Е.А., 2004). Ось чому, значну цікавість становить перелік ТСХ характерних для пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів. Цей перелік складався з 10 ТСХ. Найбільш часто у обстежених нами пацієнтів спостерігались неврастенічний (36,0%), гармонійний (16,0%), тривожний (16,0%), ергопатичний (10,0%) і сенситивний (8,0%) ТСХ. Звертає на себе увагу той факт, що меланхолійний, ейфорійний та парароняльний ТСХ у обстежених нами пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів, не зустрічались. Можливо, меланхолійний, ейфорійний і парароняльний ТСХ або не характерні для хворих з наслідками перенесених ішемічних інсультів, або зустрічаються дуже рідко. Не виключено, що ейфорійний і парароняльний ТСХ можуть спостерігатися у пацієнтів з вираженою деменцією, яких ми виключили зі свого обстеження.
4. Наше дослідження показало, що будь-який ішемічний інсульт у випадку повного відновлення втрачених функцій, може супроводжуватися патологічними типами ставлення до хвороби.

Література

1. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. - Санкт-Петербург: СПб НИПНИ им. Бехетерева, 2005. – 33 с.
2. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М.: МЕД пресс, 1999. – 592 с.
4. Никоненко В. А. Типы отношения к заболеванию у больных гипертонической болезнью с непсихотическими расстройствами / В.А. Никоненко // Таврический журнал психиатрии. – 2000. – Т.4, №2 (13). – С. 20-22.
5. Труфанов Е. А. Инсульт – актуальное направление кардионеврологии / Е. А. Труфанов // Східно-європейський неврологічний журнал. – 2015. – №3 (03). – С. 54-56.
6. Труфанов Е. А. Клинические соотношения у больных рассеянным склерозом: дис. … канд. мед. наук: 14.01.15 / Луганск, 2004. – 151 с.
7. Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R. et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2014; 383(9913): 245-254.
8. Giles, M. F., Rothwell, P. M. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Neurology. 2007; 6(12):1063-1072.
9. Kim, J., Thayabaranathan, T., Donnan, G. A., Howard, G., Howard, V. J., Rothwell, P. M., ... & Thrift, A. G. Global stroke

statistics 2019. International Journal of Stroke. 2020; 15(8): 819-838.
10. Losseff, N., Brown, M., Grieve, J. Stroke and Cerebrovascular Diseases. Edited by C. Clarke, R. Howard, M. Rossor, S. Shorvon. Neurology: A Queen Square Textbook. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2009: 109-154.
11. Morris, J. G., Carter, E. L., & Martin, S. A. Stroke: Secondary prevention of ischemic events. J Fam Pract. 2017; 66: 7.
12. Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., ... & American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2020 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2020; 141(9): e139-e596.
13. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs. 2013-2020. [Electronicresource]. The World Health Organization [Official-website], 2013. Режим доступу: http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/