УДК 616.831.71–005.1:616.895.4–07 Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ МОЗЖЕЧКА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

В.А. Куташов *— ФГБОУ ВО «Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии института дополнительного профессионального образования, профессор, доктор медицинских наук;* ***О.В. Ульянова —*** *ФГБОУ ВО «Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, доцент кафедры психиатрии и неврологии института дополнительного профессионального образования, кандидат медицинских наук;* ***О.П. Захаров*** *– ФГБОУ ВО «Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, аспирант кафедры психиатрии и неврологии института дополнительного профессионального образования.*

FEATURES OF MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS AND ANXIODEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH LITTLE BRAIN INSULT IN THE EARLY RECOVERY PERIOD

V.A. Kutashov *— Voronezh State Medical University n.a. N.N. Burdenko, Head of Department of Psychiatry and Neurology of Institute of Additional Professional Education, Professor, Doctor of Medical Sciences;* ***O.V. Ulyanova*** *— Voronezh State Medical University n.a. N.N. Burdenko, Department of Psychiatry and Neurology of Institute of Additional Professional Education, Associate Professor, Candidate of Medical Sciences;* ***O.P. Zakharov*** *– Voronezh State Medical University n.a. N.N. Burdenko, Department of Psychiatry and Neurology of Institute of Additional Professional Education, Graduate Student.*

Дата поступления — 14.02.2018 г. Дата принятия в печать — 01.03.2018 г.

Куташов В.А., Ульянова О.В., Захаров О.П. **Особенности медико-социальной характеристики и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с инсультом мозжечка в раннем восстановительном периоде. Саратовский научно-медицинский журнал 2018; 14 (1): 141–144.**

Цель: изучение медико-социальных и тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных с инсультом мозжечка (ИМ) в раннем восстановительном периоде. *Материал и методы.* В раннем восстановительном периоде обследовано 140 пациентов (87 мужчин и 53 женщины), средний возраст пациентов составил 57,2±2,2 года. Уровень тревоги и депрессии оценивался с помощью психометрических шкал Гамильтона (HRDS). *Результаты.* У 6% больных имеются родственники, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Проживают с семьей 50% пациентов, 27,2% – с родственниками, 22,8% живут одни. Ежедневно контролируют уровень артериального давления (АД) 25,5% больных; несколько раз в неделю — 17,8%; 17,8% человек измеряют АД несколько раз в месяц; 26,4% не измеряют АД; 16,4% определяют АД 1 раз в год. Высокий уровень депрессии встречается у 3,6% пациентов, средний уровень у 27,9%, легкая депрессия отмечена у 33,5%, отсутствие депрессивных признаков констатировано у 35% пациентов. Высокий уровень тревожности выявлен у 17,5% больных с ИМ, умеренный уровень тревожности у 47,9%, низкий уровень тревожности у 45,0%, отсутствует тревога у 1,4% пациентов. *Заключение.* У пациентов с ИМ на этапе раннего восстановительного периода установлен достаточно высокий уровень выраженности ТДР, чем обусловливается необходимость как можно более раннего обязательного их выявления и назначения специфической терапии ТДР при ИМ.

Ключевые слова: депрессия, инсульт, мозжечок, социальный статус, тревога.

Kutashov VA, Ulyanova OV, Zakharov OP. **Features of the medical and social characteristics and anxiodepressive disorders in patients with little brain insult in the early recovery period. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2018; 14 (1): 141–144.**

The *aim* of the study was to study medical and social and anxiodepressive disorders (ADR) in patients with little brain insult (LBI) in the early recovery period. *Materials and Methods.* 140 patients were examined, the mean age of which was 57.2±2.2 years. The patients were examined in the early recovery period. Among the 140 patients with LBI, 62% were men and 38% women. The level of anxiety and depression was assessed using the Hamilton psychometric scales (HPMS). *Results*. In 6% of patients there are relatives who have undergone an acute cerebrovascular acident. 50% of patients live with their families, 27.2% lived with relatives and 22.8% lived alone. Only 25.5% of patients had a daily monitor blood pressure (BP), 17.8% of patients — several times a week and 17.8% of people — several times a month. In addition, 16.4% of patients are forced to measure BP in the health facility, since they do not have a personal tonometer. 26.4% of patients did not measure their BP. 16.4% measure blood pressure once a year. A high level of depression occurred in 3.57% of patients, an average level in 27.86% of patients, mild depression in 33.57% of patients and absence of depressive symptoms in 35% of patients. A high level of anxiety was found in 17.50% of patients with MI, moderate anxiety level in 47.86% of patients, low anxiety level in 45.00%, no anxiety in 1.43% of patients. C*onclusion*. In patients with LBI in the early recovery period a rather high level of ADR severity was revealed. That causes as early as possible the identification and administration of specific therapy for ADR with LBI.

Key words: depression, stroke, cerebellum, social status, anxiety.

Введение. Ежегодно в России регистрируются более 450 тыс. случаев инсульта. Заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в Российской Федерации составляет 2,5–3,52 случая на 1000 населения в год, а смертность в остром периоде ОНМК достигает 35%, увеличиваясь на 12–15% к концу первого года заболевания; при этом в течение пяти лет после перенесенного инсульта умирают 44% пациентов. Наиболее высокая смертность регистрируется при обширных инсультах в каротидном бассейне (60% в течение первого года) [1–4].

Инсульт мозжечка (ИМ) — относительно редкая цереброваскулярная патология. На долю ИМ приходится от 1,5 до 2,3% всех ОНМК. Клиническая картина разных вариантов ИМ изучена неврологами достаточно хорошо. Реабилитационный прогноз наиболее благоприятный по сравнению с больными, перенесшими ОНМК в каротидном бассейне или в стволе головного мозга (ГМ) [1–10]. Однако в литературе недостаточно освещена динамика восстановления больных с ИМ с учетом особенностей медико-социальных характеристик и наличия аффективных и тревожных расстройств. ИМ является внезапным

Ответственный автор — Ульянова Ольга Владимировна
Тел.: +7(910)3463226
E-mail: alatau08@mail.ru

и серьезным заболеванием, выступающим психической травмой для больного, и сопровождается невротической, ипохондрической, депрессивной реакцией на болезнь. В связи с этим большое значение уделяется изучению личностных особенностей больных, перенесших ИМ, с целью определения качеств личности, которые затормаживают становление позитивного отношения к лечению [1, 3–5, 7, 9, 10].

По данным различных исследований, среди перенесших ИМ пациентов 25% имеют яркие ограничения функций, усложняющие повседневную жизнь. Именно они в первую очередь и нуждаются в проведении реабилитации. Основным фактором, влияющим на результат лечения и реабилитации, является формирование у пациентов комплекса психопатологических состояний [7–10]. Нередко психическая патология приобретает первостепенное значение в ходе восстановления разрушенных функций, социально-бытовой адаптации. Вследствие развития ОНМК наиболее часто возникают такие психические расстройства, как нарушение и изменения настроения, распространенность которых варьируется от 30 до 60%. В последнее время ТДР как форма аффективных нарушений привлекают к себе все большее внимание со стороны не только психиатров, но и неврологов, поскольку сочетание ТДР и соматической патологии входит в число неблагоприятных факторов, оказывающих негативное влияние на процесс лечения и реабилитацию [3, 5, 7, 9].

Цель: изучить медико-социальные и тревожно-депрессивные расстройства у больных с инсультом мозжечка в раннем восстановительном периоде.

Материал и методы: Исследование проводилось в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования одобрен этическими комитетами всех участвующих клинических центров. До включения в исследование от всех участников получено письменное информированное согласие.

Объектом исследования явились больные с инсультом мозжечка, верифицированным современными методами диагностики, проходившие лечение с 2013 по 2017 г. в БУЗ ВО ВОКБ №1, БУЗ ВО ВГКБСМП №1 и №10. Исследование носило проспективный характер, в связи с чем в него были включены пациенты с благоприятным течением заболевания. Обследовано 140 пациентов: 87 мужчин (62%) и 53 женщины (38%), средний возраст которых составил 57,2±2,2 года. Обследование больных проводили в раннем восстановительном периоде. При этом его продолжительность составляла 6 месяцев от начала заболевания. У всех пациентов с ИМ оценивалось состояние по шкале инсульта, проводились неврологический осмотр и психометрическое тестирование. Уровень тревоги и депрессии оценивался с помощью психометрических шкал Гамильтона (HRDS).

Причинами ИМ чаще всего выступали несколько факторов: гипертоническая болезнь (ГБ), фибрилляция предсердий (ФП), сахарный диабет (СД), атеросклероз церебральных артерий, дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника с компрессией позвоночных артерий.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием пакета статистического анализа данных Statistica 6,0 (StatSoft). Различия значений показателей считались достоверными при доверительной вероятности 0,95 и более ($p \leq 0,05$). При сравнении двух независимых выборок использован критерий Манна — Уитни, а для оценки динамики показателей одной и той же выборки, различающихся по времени, использован критерий Уилкоксона; при оценке выраженности связи между переменными применялся коэффициент тау Кендалла.

Результаты. Длительность заболевания, когда было начато исследование, в среднем составила 39,0±8,0 дня. У 6% больных имеются родственники, перенесшие ОНМК. Произведен анализ особенностей проживания больных, перенесших ИМ: 50% пациентов проживают с супругом (супругой) и детьми, 27,2% с родственниками, а 22,8% одни. Из 140 больных только 20% пациентов не удовлетворены жилищными условиями: небольшая площадь жилья, отсутствие водоснабжения, «густая заселенность» жилплощади, плохое отопление помещений.

Большинство пациентов страдают ГБ. Однако, по полученным данным, только 25,5% больных ежедневно контролируют уровень артериального давления (АД), 17,8% пациентов измеряют АД несколько раз в неделю, 17,8% – несколько раз в месяц. Кроме того, 16,4% пациентов вынуждены измерять АД в медицинских учреждениях, так как не имеют личного тонометра, 26,4% вообще не измеряют АД, 16,4% измеряют АД 1 раз в год. Проанализированы показатели, характеризующие приверженность к терапии ГБ среди обследованной группы больных. Анкетирование выявило, что 59 (58,4%) больных из 101, которым назначалась гипотензивная терапия, по разным причинам могли пропускать прием препаратов, назначенных врачами неврологического и/или кардиологического профиля. Установлено, что 65,7% больных ни разу не проходили специальное обучение для пациентов с ГБ и другими сосудистыми проблемами, в то же время 47,8% человек признают, что испытывали недостаток информации о своих предшествующих ИМ состояниях болезни. Несмотря на проведение для населения информационных мероприятий по предупреждению развития ОНМК, часть больных не получает необходимой информации или получает ее не в полном объеме. До развития ИМ только 7,1% больных не предъявляли жалоб. Однако 26,4% пациентов не обращались за помощью, не контролировали уровень АД даже имея следующие симптомы: повышение АД, головные боли, боли в сердце, головокружение, шум в голове и/или в ушах, резкое снижение слуха, незначительное онемение или слабость в конечностях.

У больных с ИМ в раннем восстановительном периоде наиболее часто диагностировались следующие типы восприятия болезни: 20% пациентов с эргопатическим и 15,7% пациентов с ипохондрическим типом отношений к болезни. Менее часто встречались неврастенический (8,5%) и сенситивный (10%) типы, одинаково часто (по 7,1%) наблюдались гармоничный, анозогнозический, тревожный типы отношения к болезни. Зафиксированы также эгоцентрический (5,7%), паранойяльный (6,4%), депрессивный (6,4%), меланхолический (2,8%) и апатический (2,8%) типы отношения к болезни.

Обсуждение. С учетом анализа полученного материала следует сделать вывод, что степень приверженности к превентивной терапии состояний, этиологически предшествующих развитию ИМ, очень низок: пациенты нерегулярно принимают препараты и не придерживаются никакого диагностического или профилактического режима. При этом у каждого пациента имелись одна или несколько жалоб, предшествующих развитию ИМ. Обследованные пациенты с

ИМ предрасположены к таким личностным особенностям, как невротическое реагирование; склонность к низкой самооценке, ангедонии, депрессивности, коррелирующей с личностными характеристиками; стрессовое реагирование на обычные жизненные ситуации, протекающее по пассивно-оборонительному типу. Выявлены: тревожность, скованность, неуверенность, ввиду чего появляются трудности в социальном контактировании, а также понижение степени спонтанной агрессии, что чаще всего свидетельствует о сложностях в выражении отрицательных эмоций. Довольно невысокие оценки по шкале «общительность» и «экстраверсия – интроверсия» говорят о том, что данная группа пациентов имеет низкую социальную активность. На основе полученных результатов можно сделать вывод, что у исследуемой группы пациентов с ИМ снижен уровень показателей качества жизни, а также наблюдаются неадаптивные типы отношения к болезни ввиду наличия личностных черт, предрасполагающих к невротизации и стрессовому реагированию.

Наиболее распространенными жалобами психоэмоционального плана, которые предъявляли пациенты, перенесшие ИМ, в раннем восстановительном периоде, были: пониженное настроение, плаксивость, повышенная усталость. Часто пациенты жаловались на резкие перепады настроения, волнение, переживание по малейшему поводу и без повода, невозможность или трудность выполнять повседневную деятельность, низкую концентрацию внимания, навязчивые самоуничижительные мысли, нарушенный сон, беспокойство о своем будущем, мысли о суициде, о том, что все хорошее в жизни закончилось, мысли о приближающейся смерти. Все пациенты испытывали проявления общей физической и психической слабости – астении. Данные жалобы превалировали в клинической картине. Пациенты жаловались на усталость, которая не проходила после отдыха, как длительного, так и короткого по времени, общую разбитость, отсутствие желания заниматься любыми повседневными вопросами, неимоверно быструю истощаемость. Большинство пациентов отказались от выполнения работы любой степени трудности и сложности. Только 17 (12,4%) пациентов решили продолжить работу, при этом перешли на другую должность, в большей степени в связи с выраженными астеническими явлениями. Больные, которые потенциально сохраняли работоспособность, очень хотели работать. Они желали быть полезными, прикладывая чрезвычайные усилия, дабы заставить выполнять себя какую-либо работу. Некоторые больные испытывали вину за «вынужденное безделье», считали себя непомерной обузой для семьи, что, несомненно, ухудшало их психоэмоциональный статус.

Очень часто пациенты жаловались на снижение потребности общаться, слабое желание поддерживать взаимные отношения с друзьями, трудности в общении с близкими, коллегами. Многие пациенты предпочитали как можно дольше оставаться в одиночестве, объясняя это отсутствием сил кого-либо видеть. У многих больных отмечалась эмоциональная лабильность в виде «невозможности контролировать эмоции».

Проводя специальное исследование, мы столкнулись с сопротивлением среди больных. Пациенты неохотно соглашались на психологическое тестирование. Многие из них старались приукрасить свое субъективное состояние. В большинстве случаев они отрицательно отзывались о психиатрии и психологической помощи.

Больные максимально фиксировали свое внимание на малейших проявлениях ИМ, существенно преувеличивая значимость и выраженность неврологических и других соматических нарушений. Ряд пациентов доказывали докторам, что те «неправильно установили диагноз». Многие утверждали, что заболевание очень тяжелое, а лечение «ничего не сможет изменить, исход понятен». Больные считали, что в стационаре не уделяют достаточно внимания их «неизлечимой болезни», врачи назначают слишком «простые, дешевые» лекарства или вовсе неправильное лечение. Многие пациенты и их родственники на этапе раннего восстановительного периода ИМ обращались к нетрадиционной медицине. Пациенты признавались, что не надеются на эффективность академического лечения.

На основании исследования депрессивного и тревожного спектра расстройств обнаружено наличие ТДР у пациентов с ИМ в первые дни восстановительного периода. Согласно полученным в ходе первичной психодиагностики данным, по шкале депрессии Гамильтона, высокий уровень депрессии встречался у 3,6% пациентов, средний уровень депрессии у 27,9%, легкая депрессия у 33,5%, отсутствие депрессивных признаков у 35,0% пациентов.

При минимальной, легкой и умеренной депрессии пациенты испытывают тоскливое настроение, появляется чувство, что их жизнь зашла в тупик, охватывает состояние, когда на душе тяжело. Временами в своем прошлом они видят плохого несколько больше, чем обычно, при этом уменьшается и надежда на лучшее; появляется боязливость; не находятся причины для радости; они не получают удовольствия от жизни, как раньше; появляется чувство, что жизнь бессмысленна. Однако при легкой и умеренной депрессии данные состояния проходят быстрее, испытуемые могут самостоятельно с ними справляться, находить положительные моменты в жизни и возвращаются к обычному течению своей жизни. Иначе дело обстоит с людьми при выраженной и глубокой депрессии. Такие испытуемые отмечают, что у них практически все время тяжело на душе, они волнуются за свое будущее, при этом не испытывая надежды на лучшее. Они постоянно чувствуют себя так, будто их жизнь бессмысленна, отмечая, что данное состояние никогда не проходит. Они видят в себе и окружающих только плохое, постоянно раздражительны, нет сил что-то делать, нет аппетита, зато имеется постоянное желание плакать. Обычным является для них подавленное настроение, причем утром оно может быть намного хуже, чем вечером. С данным депрессивным состоянием очень тяжело справиться самостоятельно, оно может длиться долгое время и перейти в обычное состояние постоянной подавленности.

Итак, проведенное исследование показало, что глубокие депрессивные состояния в исследованной выборке присущи незначительному числу испытуемых. Более характерны для испытуемых легкая депрессия или средний уровень депрессии.

Изучение уровня тревоги показало, что высокий уровень тревожности встречался у 17,50% больных с ИМ, умеренный уровень тревожности у 47,86% пациентов, низкий уровень тревожности у 45,00%, отсутствовала тревога лишь у двух пациентов (1,43%).

Следовательно, для пациентов, перенесших ИМ, характерен умеренный уровень тревожности. Дан-

ный уровень тревожности свидетельствует о том, что испытуемым свойственно воспринимать различные жизненные ситуации адекватно, объективно оценивая сложившуюся ситуацию. Такие испытуемые достаточно уверены в себе, в большинстве жизненных ситуаций чувствуют себя спокойно и собранно. Они не склонны избегать критических ситуаций и трудностей. Однако у них могут случаться периоды, когда они сильно переживают свои разочарования и долго не могут о них забыть. В такие моменты испытуемым не хватает уверенности в себе, и уровень личностной тревожности может повыситься. В целом таких испытуемых можно охарактеризовать как спокойных, уравновешенных, не склонных к излишней раздражительности и тревожности.

Для испытуемых с высоким уровнем тревожности характерно проявление излишней тревожности в широком диапазоне жизненных ситуаций. Их волнуют и отвлекают всякие пустяки и мелкие неприятности. В любых, даже незначительных ситуациях они чувствую себя неуверенно и не способны сохранить уравновешенность. Возникновение состояния тревожности вызывают даже незначительные сложности, они редко чувствуют себя спокойно, собранно и уверенно. Эти люди склоны избегать критических ситуаций и трудностей, считая, что у них недостаточно сил с ними справиться. В целом таких пациентов можно охарактеризовать как тревожных, раздражительных, редко бывающих спокойными и уравновешенными, склонных к излишней тревожности. Таким образом, полученные данные характеризуют их как склонных проявлять излишнюю тревожность, волнующихся и отвлекающихся на пустяки и мелкие неприятности.

Выводы:

1. Проведенное исследование показало, что высокий уровень депрессии (3,6%) присущ незначительному числу пациентов, перенесших инсульт мозжечка (ИМ). Более характерна депрессия легкой (33,5%) или средней (27,9%) степени выраженности, когда психопатологические состояния купируются быстрее, а больные могут самостоятельно с ними справляться и возвращаются к своему обычному ритму жизни.

2. Для большинства пациентов с ИМ (47,86%) характерен умеренный уровень тревожности, когда они достаточно уверены в себе, чувствуют себя спокойно и собранно. Высокий уровень тревожности встречается у 17,50%, когда больные склонны проявлять излишнюю тревожность, волнуясь и отвлекаясь на пустяки и мелкие неприятности. При этом они часто избегают критических ситуаций и трудностей, полагая, что у них недостаточно сил с ними справиться.

3. У пациентов с ИМ на этапе восстановительного периода установлен достаточно высокий уровень выраженности тревожных и депрессивных проявлений, поэтому очевидна необходимость как можно раньше выявлять ТДР и назначать специфическую терапию.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования — В.А. Куташов, О.В. Ульянова; получение данных — О.П. Захаров; интерпретация результатов — О.П. Захаров, О.В. Ульянова; написание статьи — В.А. Куташов, О.В. Ульянова, О.П. Захаров; утверждение рукописи для принятия в журнал — В.А. Куташов.

References (Литература)

1. Suslina ZA, Piradov MA, eds. Stroke: diagnosis, treatment, prevention. Moscow: MEDpress-inform, 2008; 288 p. Russian (Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М.: МЕДпресс-информ, 2008; 288 с.).

2. Stakhovskaya LV, Kotov SV, eds. Stroke: A guide for doctors. Moscow.: MIA, 2013; 400 p. Russian (Инсульт: руководство для врачей / под ред. Л.В. Стаховской, С. В. Котова. М.: Мед. информ. агентство, 2013; 400 с.).

3. Kutashov VA, Ulyanova OV. The most significant predictors of cardioembolic stroke, which determine the clinical picture and the outcome of the disease. Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery 2016; (6): 51–5. Russian (Куташов В.А., Ульянова О.В. Наиболее значимые предикторы кардиоэмболического инсульта, определяющие клиническую картину и исход заболевания. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии 2016; (6): 51–5).

4. Kutashov VA, Budnevsky AV, Ulyanova OV, et al. Modern therapy of cerebrovascular diseases in the Voronezh region. Bulletin of Medical Internet Conferences 2016; 6 (10): 1543. Russian (Куташов В.А., Будневский А.В., Ульянова О.В. и др. Современная терапия цереброваскулярных заболеваний в Воронежском регионе. Бюллетень медицинских интернет-конференций 2016; 6 (10): 1543).

5. Skvortsova VI. Fundamentals of early rehabilitation of patients with acute impairment of cerebral circulation. M.: MODEK, 2006; 336 p. Russian (Скворцова В.И. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения. М.: МОДЭК, 2006; 336 с.).

6. Ulyanova OV, Kutashov VA. On the issue of cardiogenic risk factors for the onset of ischemic stroke in young adults. Cardiovascular therapy and prevention 2015; 1 (15): 62–3. Russian (Ульянова О.В., Куташов В.А. К вопросу о кардиогенных факторах риска возникновения ишемического инсульта у лиц молодого возраста. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2015; 1 (15): 62–3).

7. Vein AM, Voznesenskaya TG, Golubev VL, et al. Depression in neurological practice (clinic, diagnosis, treatment). 3rd ed. Moscow: MIA, 2007; 208 p. Russian (Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). 3-е изд. М.: МИА, 2007; 208 с.).

8. Smulevich A, ed. Depression and comorbid disorders. Moscow: Prosveshcheniye, 1997; 426 p. Russian (Депрессии и коморбидные расстройства / коллективная монография под ред. А.Б. Смулевича. М.: Просвещение, 1997; 426 с.).

9. Surzhko GV, Kutashov VA, Khabarova TB, Ulyanova OV. Psychocorrection of anxiety-depressive disorders in patients with stroke in the early recovery period. Voronezh, 2017; 170 p. Russian (Суржко Г.В., Куташов В.А., Хабарова Т.Б., Ульянова О.В. Психокоррекция тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с инсультом в раннем восстановительном периоде. Воронеж, 2017; 170 с.).

10. Shklovsky VM. The concept of neurorehabilitation of patients after a stroke. S. S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry. Suppl.: Stroke 2003; 8: 77–81 Russian (Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных после инсульта. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Приложение: Инсульт 2003; 8: 77–81).