

Міщенко Т.С., Здесенко І.В., Міщенко В.М., Дмитрієва О.В.
*ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України",
м. Харків,
Харківський національний університеті ім. В.Н.Каразіна, м. Харків.*

ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНИМИ ПСИХОЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМ

Серцево-судинні захворювання залишаються однією з найважливіших проблем клінічної медицини, що зумовлено великою поширеністю і значною смертністю від цієї патології. Із хворих, які вижили після гострих судинних катастроф, лише 20 % повертаються до праці, а значна більшість стає інвалідами і потребує сторонньої допомоги. Економічні витрати, зумовлені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю і смертністю при гострих судинних катастрофах, а також витрати на лікування цієї патології є набагато вищими, ніж при будь-якого іншого захворювання [1, 2, 3].

За даними різних авторів у 30–60 % хворих, які перенесли мозковий інсульт (МІ), відзначається формування різних психоемоційних розладів, які утруднюють перебіг, призводять до неухильного прогресування захворювання, негативно впливають на відновлювально-реабілітаційні процеси, знижують якість життя, дають високу і важку інвалідність [1, 2, 3]. Корекція цих порушень є складовою частиною реабілітаційних програм у постінсультних хворих.

Мета дослідження: вивчити особливості формування психоемоційних розладів у хворих, що перенесли МІ, та розробити систему їх корекції.

Методи дослідження. Проводилося клініко-неврологічне, психодіагностичне (шкала Гамільтона, шкала Бека, шкала Спілбергера – Ханіна, шкала MiniMental (MMSE)) обстеження, статистична обробка, оцінювалася також "Якість життя" пацієнтів.

Об'єкт дослідження. Під спостереженням знаходилося 60 хворих, які перенесли МІ. З них – 34 чоловіків, 26 жінок. Середній вік хворих склав 60,8 років.

Результати і обговорення. У дослідження включалися хворі через 1–3 місяці після перенесеного МІ, не включалися пацієнти з грубими афатичними порушеннями і вираженою інвалідизацією (4 і більше балів за шкалою Ренкіна).

У 24 осіб вогнище ураження локалізувався в басейні правої, у 22 – лівої внутрішньої сонної артерії, у 14 – у вертебро-базиллярному басейні.

В гострому періоді МІ у всіх хворих первинним був синдром порушеної свідомості (від обнобуляції до коми), у подальшому приєднувалися когнітивні (у 83 % хворих) та астенічні (у 66 % хворих) порушення.

У відновному періоді (через 1-3 місяці) вираженість когнітивних порушень знижувалася, на перше місце виходили психоемоційні розлади. Пацієнти характеризувалися помірним неврологічним дефіцитом. У більшості хворих (80 %) відзначалися різного ступеня рухові порушення, геміпарез, спастичність, гемігіпестезія. У 60,9 % виявлявся атактичний синдром; у 50,4% – порушення чутливості і поразка окремих черепно-мозкових нервів; у 30 % були ознаки сенсорної та моторної афазії.

У більшості хворих в клінічній картині переважали соматовегетативні порушення: підвищена стомлюваність у 100 % пацієнтів, порушення сну – у 100 %, запаморочення – у 90 %, різні больові феномени (головний біль напруги, біль в епігастрії, кардіалгії та ін.) – у 90 %, порушення апетиту (зниження або підвищення) – у 70%. При психодіагностичному дослідженні загальний показник за шкалою MMSE складав ($25,2 \pm 0,2$) балів з 30 можливих), відповідав помірно вираженим когнітивним порушенням. У всіх хворих на фоні виражених астенічних розладів виявлялись депресивні (33,3 %), тривожні (16,7 %), іпохондричні (10,0 %), істероформні (6,7 %) порушення. Рівень депресії за шкалою Бека складав ($17,7 \pm 0,3$) балів, за шкалою Гамільтона – ($17,5 \pm 2,5$) балів, що відповідало, переважно, помірній депресії. Показники реактивної тривоги (середній бал $30,2 \pm 3,2$) у пацієнтів були нижчими від показників особистісної тривожності (середній бал $32,5 \pm 3,4$). У всіх хворих відмічалось значне зниження якості життя – ($91,9 \pm 6,5$) балів.

Розроблено програму реабілітації хворих з постінсультними психоемоційними розладами. На фоні проведення базисної терапії (антигіпертензивні, вазоактивні препарати, антиагреганти, статини) запропоновано ранній початок реабілітаційних заходів (методи фізичної реабілітації і логопедичні заняття, що розширюють можливості самообслуговування, психотерапія; робота з родичами хворого по оптимізації клімату в сім'ї; організація вільного часу пацієнтів, терапія зайнятістю, при необхідності включення антидепресантів). Важливу роль в реабілітації цих хворих відіграє психотерапія, яка може проводитися у формі індивідуальної, групової або сімейної. При призначенні антидепресантів перевага віддавалася групі селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), перевагою яких є відсутність кардіотоксичності та ортостатичної дії, відсутність седативного ефекту та зниження когнітивних функцій, наявність самостійної психостимулюючої дії.

Висновки. В результаті проведених реабілітаційних заходів вдалося зменшити симптоми психоемоційних розладів у 90 % хворих, що дозволило поліпшити самопочуття, настрій, якість життя хворих.

Бібліографія.

1. Міщенко Т.С. Стан неврологічної служби в Україні в 2016 році /Т.С. Міщенко //Брошура.-2017.-27с.
1. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні /Н.О. Марута //Нейро News психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №5 (24). – С. 83-90.
2. Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи /Б.В. Михайлов //Український вісник психоневрології. – 2010. – Т 18. – В 3 (64). – С. 137-138.
4. Мищенко Т.С. Клинические шкалы и психодиагностические тесты в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга /Т.С. Мищенко, Л.Ф. Шестопалова //Новости медицины и фармации. - 2009. № 277. - С. 62—74.