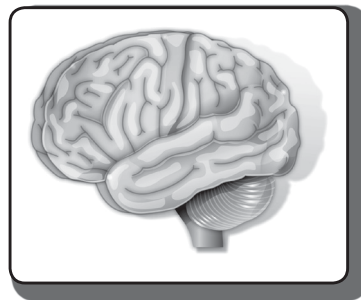




УДК 616-005.8:616.8-008.64-616-08-039.11

Е.Е. Молчанова

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

*Амурская государственная медицинская академия,
675000, ул. Горького, 95, тел. 8-(4162)-31-90-07, г. Благовещенск*

Резюме

Депрессивные расстройства с тревожными, фобическими нарушениями и снижением мотивации оказывают негативное влияние на процесс реабилитации инсультов. С целью изучения эффективности рефлексотерапии в коррекции психоэмоциональных нарушений проведено психологическое и психометрическое исследование в динамике 70 пациентов (31 мужчина и 39 женщин, средний возраст – $62,9 \pm 1,27$ года) в остром периоде ишемического инсульта (по шкалам Бека, Спилбергера, Тест-опросника «Мотивация успеха и мотивация боязни неудачи» (МУН)). Для оценки тяжести неврологического дефицита применялась шкала NIHSS, активности повседневной жизни больного после инсульта – Barthel index. Больным помимо стандартной терапии на протяжении 15 дней проводилась рефлексотерапия. Параллельно осуществлялся мониторинг состояния контрольной группы пациентов (30 человек), соответствующей исследуемой по полу, возрасту и тяжести неврологической симптоматики, которые получали только стандартную терапию. Выраженность депрессии и тревоги в основной группе достоверно уменьшилась (по шкале Бека в среднем на 4,9 балла (30 %), по шкале Спилбергера на 8,5 балла (22 %), $p < 0,001$), тогда как в контрольной группе достоверных различий показателей выявлено не было (1,8 балла (12 %) и 2,1 балла (6 %) соответственно). Анализ данных опросника МУН показал, что на фоне лечения у больных основной группы уровень мотивации достоверно повысился ($p < 0,001$), и пациенты были ориентированы на успех, тогда как в контрольной группе достоверного изменения уровня мотивации не произошло. Таким образом, включение рефлексотерапии в схемы комплексной ранней реабилитации инсультов продемонстрировало ее высокую эффективность в коррекции психоэмоциональных нарушений, что способствовало существенному ускорению восстановления утраченных функций и адаптации пациентов к повседневной жизни.

Ключевые слова: острый период ишемического инсульта, постинсультная депрессия (ПД), тревога, мотивация, рефлексотерапия.

E.E. Molchanova

POSSIBILITIES OF CORRECTION OF PSYCHO-EMOTICAL DISORDERS IN PATIENTS IN THE ACUTE PERIOD OF THE ISCHEMIC STROKE BY METHODS OF REFLEXOTHERAPY

Amur State Medical Academy, Blagoveshensk

Summary

Depressive disorder with anxiety, phobic and motivational disturbances have a negative impact on stroke rehabilitation process. To study the effectiveness of reflexotherapy in the correction of psycho-emotional disorders, a psychological and psychometric dynamical the authors studied 70 patients (31 men and 39 women, mean age $62,9 \pm 1,27$ years) with acute ischemic stroke (in accordance with BDI scores, Spielberger test, «The motivation for success and motivation for fear of failure» questionnaire (A. Rean's questionnaire)). Assessment of the severity of neurological deficit was carried out on the scale NIHSS, while Barthel ADL index was used to assess patients' daily life activities after a stroke. In addition to medical treatment, reflexotherapy had been carried out for 15 days. Monitoring of the status of the control group of patients (30 people), corresponding to the study group by sex, age and severity of neurological symptoms, was conducted simultaneously. Patients in this group received only standard therapy. The severity of depression and anxiety in the main group significantly decreased (by 4,9 points (30 %) on Beck scale, and 8,5 points (22 %) on Spielberger scale, $p < 0,001$), while in the control group significant differences in indexes were not detected (1,8 (12 %) and 2,1 points (6 %), respectively). A. Rean's questionnaire analysis showed that during treatment, motivational levels in the study group increased significantly ($p < 0,001$).

and the patients were oriented to success. While in the control group, significant changes in the level of motivation did not happen. Thus, the inclusion of reflexotherapy in the process of a complex early stroke rehabilitation demonstrated its high effectiveness in the correction of psycho-emotional disorders, contributing to a substantial speeding up of the restoration of lost functions and patients adjustment to everyday life.

Key words: acute period of ischemic stroke, post-stroke depression, anxiety, motivation, reflexotherapy.

Проблема реабилитации инсультов продолжает оставаться одной из актуальнейших проблем современной медицины, так как их последствия ложатся тяжелым бременем как на общество в целом, так и на пациентов вследствие причинения интенсивных физических и эмоциональных страданий, существенно снижающих уровень социальной и трудовой адаптации. Определенный негативный вклад в реабилитационный процесс могут внести депрессивные расстройства в сочетании с тревожными, фобическими, obsessivными и др. нарушениями и снижением мотивации. Частота встречаемости ПД, по разным данным, колеблется от 30 до 60 % [1, 5, 8, 9]. Это осложнение ишемического инсульта, которое диагностируется далеко не во всех случаях, замедляет восстановление моторных функций, усугубляет когнитивные расстройства, повышает риск смерти, значительно снижает качество жизни и мотивацию пациентов к реабилитационной терапии [4, 5]. Можно предположить, что в остром периоде инсульта запускается «порочный круг»: ишемический инсульт – стресс – депрессия – затруднение восстановительных процессов в ЦНС и, как следствие, сложный процесс реабилитации [6]. С целью достижения благоприятных исходов заболевания важно проводить своевременную диагностику и

коррекцию психоэмоциональных нарушений в остром периоде ишемического инсульта. При этом быстрота и качество реабилитации пациентов, перенесших инсульт, напрямую зависят от начала коррекции постинсультной депрессии [3]. Следовательно, адекватное лечение ПД является одним из важных мероприятий в системе реабилитации, а нарастающая алергизация населения, опасность развития побочных эффектов большинства антидепрессантов делает применение немедикаментозных методов терапии всё более популярным и клинически оправданным.

Одним из перспективных направлений является разработка и совершенствование технологий применения рефлексотерапии, поскольку экспериментальные исследования и опыт практического применения иглотерапии в неврологической и психиатрической практике свидетельствуют, что по эффективности лечебного воздействия она сравнима с эффектом психотропных средств [7].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности включения рефлексотерапии в схемы реабилитации лиц в остром периоде ишемического инсульта для коррекции таких психоэмоциональных нарушений, как ПД и тревога, а также повышения уровня мотивации пациентов.

Материалы и методы

На базе неврологического отделения первичного сосудистого центра г. Благовещенска (ГАУЗ АО «БГКБ») проведено обследование и курс ранней реабилитации, оптимизированной включением комбинированных методов рефлексотерапии, 70 больных в остром периоде ишемического инсульта. В числе осмотренных оказалось 44 % мужчин (31 человек) и 56 % женщин (39 человек), возраст пациентов варьировал от 40 до 80 лет (средний возраст – $62,9 \pm 1,27$ года) (табл. 1). Диагноз инсульт был установлен на основании анамнеза, данных неврологического осмотра и подтвержден при КТ-исследовании. Параллельно проводился мониторинг состояния контрольной группы пациентов (30 человек), соответствующей исследуемой по полу, возрасту и тяжести неврологической симптоматики (табл. 1), которые так же, как и пациенты основной группы, получали традиционное медикаментозное лечение в сочетании с ЛФК и физиолечением, но без включения рефлексотерапии. Клиническое обследование дополнялось балльной оценкой неврологического дефицита по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale). Для оценки активности повседневной жизни больного после инсульта применялся индекс Barthel.

Диагноз ПД устанавливался на основании анамнеза, клинического осмотра в соответствии с критериями МКБ-10 и подтверждался результатами, полученными при тестировании по шкале депрессии Бека, согласно которой, легкая депрессия (субдепрессия) диагностируется при наборе от 10 до 15 баллов, умеренная депрессия – 16-19 баллов, выраженная депрессия (сред-

ней тяжести) – 20-29 баллов и тяжелая депрессия – 30-63 балла. Оценка степени выраженности реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности проводилась по шкале тревоги Спилбергера (до 30 баллов – низкая, 31-45 – умеренная, 46 и более – высокая). Мотивация пациентов исследовалась при помощи опросника МУН, согласно которому, при значениях от 1 до 7 баллов диагностируется мотивация боязни неудачи, от 14 до 20 – мотивация успеха, от 8 до 13 – мотивационный полюс ярко не выражен.

Таблица 1

Характеристика групп пациентов

Признак	Основная группа (n=70)	Контрольная группа (n=30)	Достоверность различий между группами
Возраст, лет	$62,9 \pm 1,27$	$65,6 \pm 3,8$	$p > 0,05$
Пол муж/жен, %	44/56	43/57	$p > 0,05$
Частота депрессии	73 %	70 %	$p > 0,05$
Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS, баллы	$6,2 \pm 0,36$	$5,1 \pm 0,47$	$p > 0,05$
Bartel index	$65,9 \pm 2,65$	$67,1 \pm 3,70$	$p > 0,05$
Уровень мотивации по опроснику МУН, баллы	$12,8 \pm 0,26$	$12,6 \pm 0,58$	$p > 0,05$
Уровень депрессии по шкале Бека, баллы	$16,1 \pm 0,99$	$15,1 \pm 1,71$	$p > 0,05$
Уровень тревожности по шкале Спилбергера (РТ)	$37,8 \pm 1,23$	$34,8 \pm 1,69$	$p > 0,05$
Уровень тревожности по шкале Спилбергера (ЛТ)	$50,2 \pm 1,3$	$48,8 \pm 2,14$	$p > 0,05$

Рефлексотерапия подключалась к комплексной реабилитации не позднее 3-5-го дня с момента поступления пациентов в стационар. Применялись комбинированные методики рефлексотерапии, включающие классическую акупунктуру либо в сочетании с аурiculo- и скальп-терапией (40 человек), либо в сочетании с динамической электронной стимуляцией (30 человек) [2]. С учетом того, что психоэмоциональные расстройства, как правило, сопровождаются поражением каналов печени, сердца, перикарда, селезенки и почек, в рецептуру включались точки V (VII) 15 синь-шу, V (VII) 18 гань-шу, V (VII) 20 пи-шу, V (VII) 23 шэнь-шу, C (V) 7 шэнь-мэнь, MC (X) 6 нэй-гуань, RP (IV) 6 сань-инь-цзяо, F (XII) 3 тай-чун, F (XII) 2 син-цзянь, E (III) 36 цзу-сань-ли, E (III) 40 фэн-лун, VB (XI) 39 сюань-чжун, VG 24 шэнь-тин, VG 20 бай-хуэй

Результаты и обсуждение

Депрессия была выявлена примерно с одинаковой частотой в основной и контрольной группе (73 % и 70 % соответственно) (табл. 1). Среди числа пациентов с выявленными признаками депрессии в основной группе преобладали больные с легкой депрессией (38 %), у 20 % выявлена умеренная депрессия, у 36 % – выраженная и в 6 % случаев – тяжелая депрессия. В контрольной группе аналогичные показатели составили: 38 %, 14 %, 39 % и 9 % соответственно. Уровень РТ в основной и контрольной группах до начала лечения также достоверно не различался, и у 78 % пациентов в основной и у 71 % в контрольной группе превышал 30 баллов. Причем в 68 % случаев в основной и 59 % в группе контроля все описанные изменения зафиксированы на фоне высокой ЛТ (выше 46 баллов), что подтверждает значение преморбидных особенностей личности в развитии тревожно-депрессивных расстройств. При исследовании мотивации, согласно данным опросника МУН, было обнаружено, что в обеих группах мотивационный полюс ярко не был выражен и достоверно не различался (табл. 1).

и др. в различных сочетаниях в зависимости от диагностированного основного клинического синдрома.

Критерии включения: отсутствие выраженной афазии, грубых интеллектуально-мнестических нарушений, психозов, соматических заболеваний в стадии декомпенсации, отсутствие приема антидепрессантов.

Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Microsoft Office 2013 (Excel) и Statistica 6.0. Для данных с нормальным распределением вычисляли выборочное среднее (М), среднеквадратичное отклонение и стандартную ошибку выборочного среднего (m). При сравнении выборочных средних для двух групп данных с нормальным распределением использован критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

На 15-й день от начала рефлексотерапии пациенты отмечали субъективное улучшение состояния: нормализовался сон, уменьшилась раздражительность, слезливость, физическая и психическая истощаемость. Также больные стали охотнее вступать в контакт, повысилась двигательная активность. Выраженность ПД и РТ в основной группе достоверно уменьшились ($p < 0,001$) (по шкале Бека в среднем на 4,9 балла (30 %), по шкале Спилбергера на 8,5 балла (22 %)), тогда как в контрольной группе достоверных различий показателей выявлено не было (1,8 балла (12 %) и 2,1 балла (6 %) соответственно) (табл. 2). Показатели ЛТ в обеих группах сохранялись на высоком уровне, однако в основной группе пациентов отмечена тенденция к их снижению. Уровень мотивации на фоне лечения у больных основной группы достоверно ($p < 0,001$) повысился (на 2,3 балла, 18 %), и пациенты были ориентированы уже на успех, в то время как в контрольной группе достоверного изменения уровня мотивации не произошло (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей депрессии, тревоги, мотивации, очагового неврологического дефицита и активности повседневной жизни на фоне рефлексотерапии и в контрольной группе

	Основная группа (n=70)		P1	Контрольная группа (n=30)		P2
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения	
Шкала NIHSS	6,2±0,36	1,9±0,21	$p < 0,001$	5,1±0,47	2,9±0,51	$p < 0,05$
Bartel index	65,9±2,7	92,5±1,4	$p < 0,001$	67,1±3,7	85,0±2,3	$p < 0,001$
Шкала Бека	16,1±1,0	11,2±0,8	$p < 0,001$	15,1±1,7	13,3±1,5	$p > 0,05$
Шкала Спилбергера (РТ)	37,8±1,2	29,3±1,1	$p < 0,001$	34,8±1,7	32,7±1,5	$p > 0,05$
Шкала Спилбергера (ЛТ)	50,2±1,3	46,9±1,1	$p = 0,052$	48,8±2,1	47,2±1,8	$p = 0,557$
Опросник МУН	12,8±0,3	15,1±0,3	$p < 0,001$	12,6±0,6	13,2±0,4	$p = 0,458$

Примечание. P1 – достоверность различий между исходными данными и через 15 дней внутри основной группы; P2 – достоверность различий между исходными данными и через 15 дней внутри контрольной группы.

В ходе лечения на 15-й день у пациентов основной группы суммарный неврологический дефицит по шкале NIHSS снизился в среднем на 4,3 балла (69 %), индекс Бартеля увеличился в среднем на 26,6 балла (40 %) ($p < 0,001$). В контрольной группе наблюдался более медленный регресс неврологического дефицита

– в среднем на 2,2 балла (43 %, $p < 0,05$), индекс Бартеля по сравнению с начальным уровнем активности пациентов увеличился на 17,9 балла (27 %, $p < 0,001$) (табл. 2). Достоверных различий по всем шкалам в зависимости от применяемой методики рефлексотерапии получено не было.

Таким образом, проведенное исследование выявило высокую частоту проявления депрессивных и тревожных расстройств у пациентов в остром периоде ишемического инсульта на фоне общего снижения уровня мотивации. Включение рефлексотерапии в схемы комплексной ранней реабилитации инсультов продемонстрировало ее высокую эффективность в коррекции психоэмоциональных нарушений, а также

благоприятное влияние на один из ведущих симптомов в структуре депрессивного синдрома, а именно на повышение уровня мотивации больных. Улучшение психоэмоционального состояния пациентов способствовало существенному ускорению восстановления утраченных функций и адаптации пациентов к повседневной жизни.

Литература

1. Гумерова Г.Г., Селезнева С.И., Кравцова Е.Ю. Аффективные и когнитивные расстройства пациентов в остром периоде ишемического инсульта (результаты анкетирования) // Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 4 (137). – С. 76-79.
2. Молчанова Е.Е. Опыт сочетанного применения динамической электростимуляции и акупунктуры в остром периоде ишемического инсульта // Consilium medicum. – 2017. – № 21. – С. 82-85.
3. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 4. – С. 84-88.
4. Скворцова В.И., Концевой В.А., Петрова Е.А., Савина М.А. Депрессии и парадепрессивные расстройства при церебральном инсульте: вопросы клинической оценки, диагностики и коррекции // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 109 (9). – С. 4-11.

5. Старчина Ю.А. Постинсультная депрессия: научно обоснованные подходы к выбору терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – Т. 4, № 1. – С. 116-120.
6. Чарикова И.А., Ахтямов Н.Н., Волкова Л.И. Эмоциональные нарушения у больных в остром периоде ишемического инсульта // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 3. – С. 36-40.
7. Юрьев Е.Б. Если это депрессия... – Днепропетровск: Полиграфист, 1998. – 100 с.
8. Gaete J.M.1, Bogousslavsky J. Post-stroke depression // Expert Rev Neurother. – 2008. – Jan. 8 (1). – P. 75-92.
9. Paolucci S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression // Neuropsychiatr Dis Treat. – 2008 Feb. – № 4 (1). – P. 145-154.

Literature

1. Gumerova G.G., Selezneva S.I., Kravtsova E.Yu. Affective and cognitive disorders of patients in the acute period of ischemic stroke (results of questioning) // Ural Medical Journal. – 2016. – № 4 (137). – P. 76-79.
2. Molchanova E.E. The experience of combined application of dynamic electrostimulation and acupuncture in the acute period of ischemic stroke // Consilium Medicum. – 2017. – № 21. – P. 82-85.
3. Parfenov V.A. Poststroke depression: prevalence, pathogenesis, diagnosis and treatment // Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. – 2012. – № 4. – P. 84-88.
4. Skvortsova V.I., Kontsevov V.A., Petrova E.A., Savina M.A. Depression and par depressive disorders in cerebral stroke: issues of clinical assessment, diagnostics and treatment // S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. – 2009. – № 109 (9). – P. 4-11.

5. Starchina Yu.A. Poststroke depression: scientifically substantiated approaches to choosing therapy // Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. – 2012. – Vol. 4, № 1. – P. 116-120.
6. Charikova I.A., Akhtyamov N.N., Volkova L.I. Emotional disorders in patients with acute ischemic stroke // Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. – 2013. – № 3. – P. 36-40.
7. Yuryev E.B. If it is depression ... – Dnepropetrovsk: Polygraphist, 1998. – 100 p.
8. Gaete JM1, Bogousslavsky J. Post-stroke depression // Expert Rev Neurother. – 2008. – Jan; 8 (1). – P. 75-92.
9. Paolucci S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression // Neuropsychiatr Dis Treat. – 2008 Feb. – № 4 (1). – P. 145-154.

Координаты для связи с авторами: Молчанова Елена Евгеньевна – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии АмГМА, тел. +7-914-538-30-21, e-mail: helendok@mail.ru.

