

Влияние информированности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения во время госпитализации о среде окружения на развитие постинсультной депрессии

М.Н.Мальцева¹⁻³, Е.В.Мельникова^{✉1,4}, А.А.Шмонин^{1,2,4}, И.А.Судникова³, А.В.Иванова³

¹ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова Минздрава России. 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8;

²СПб ГБУЗ Городская больница №26. 196247, Россия, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2;

³АНО Сообщество поддержки и развития канис-терапии. 197229, Россия, Санкт-Петербург, Ольгино, ул. Первомайская, д. 2;

⁴ФГБУ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова Минздрава России. 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

Постинсультная депрессия осложняет лечение и реабилитацию после острых нарушений мозгового кровообращения. Переживаемый пациентом стресс от отсутствия информации о среде окружения после госпитализации при полной зависимости от нее может быть фактором, утяжеляющим депрессию и провоцирующим риск ее развития. Своевременное информирование пациента о среде окружения, планирующихся манипуляциях и предоставлении ему возможности следить за течением времени снижают риск развития постинсультной депрессии.

Ключевые слова: депрессия, инсульт, острые нарушения мозгового кровообращения, постинсультная депрессия, стресс, дезадаптация, тревога, среда окружения.

✉ melnikovae2002@mail.ru

Для цитирования: Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. и др. Влияние информированности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения во время госпитализации о среде окружения на развитие постинсультной депрессии. Consilium Medicum. 2015; 17 (9): 63–65.

Influence of informing patients with stroke of environment during hospitalization for the disease post-stroke depression

M.N.Maltseva¹⁻³, E.V.Melnikova^{✉1,4}, A.A.Shmonin^{1,2,4}, I.A.Sudnikova³, A.V.Ivanova³

¹I.M.Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 197022, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. L'va Tolstogo, d. 6/8;

²St. Petersburg State Hospital № 26. 196247, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Kostiuszko, d. 2;

³ANO The Association of Support and Development Canis therapy. 197229, Russian Federation, Saint Petersburg, Ol'gino, ul. Pervomaiskaia, d. 2;

⁴V.A.Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology center. 197341, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Akkuratova, d. 2

Post-stroke depression complicates the treatment and rehabilitation after stroke. The patient is experiencing stress from lack of information about the environment surrounding after hospitalization, with total dependence on it can be a factor that exacerbates depression and provoking risk of its development. Timely information about planned manipulation of the patient and allowing him to follow the course of time reduce the risk of post-stroke depression.

Key words: depression, stroke, post-stroke depression, stroke of environment, stress, maladjustment, anxiety, environmental conditions.

✉ melnikovae2002@mail.ru

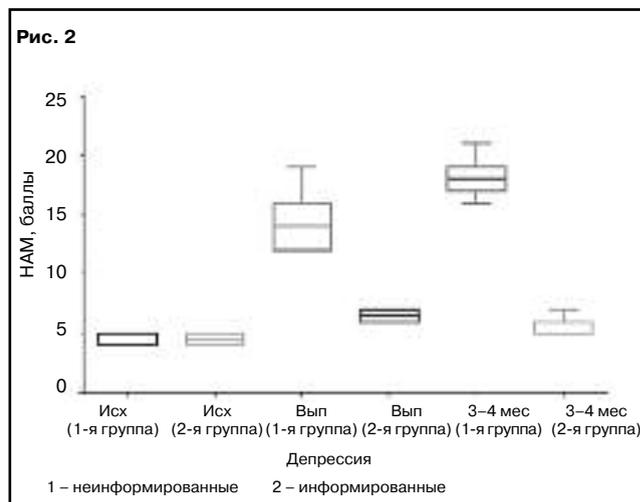
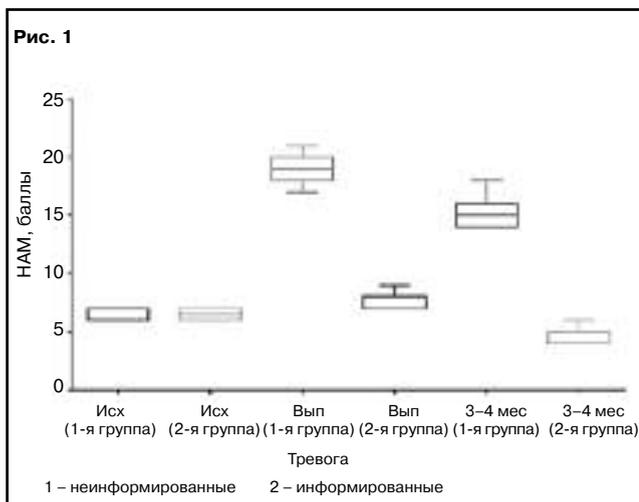
For citation: Maltseva M.N., Melnikova E.V., Shmonin A.A. et al. Influence of informing patients with stroke of environment during hospitalization for the disease post-stroke depression. Consilium Medicum. 2015; 17 (9): 63–65.

Введение

Постинсультная депрессия была описана в 1980 г. M.Labi и соавт. [1] как одно из возможных осложнений инсульта. Игнорировать депрессию при лечении и реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) невозможно, так как она затрудняет оценку неврологического статуса больного в клинике, значительно ухудшает качество жизни пациентов с инсультом, снижает эффективность лечения и реабилитационных мероприятий [2, 3]. У значительного числа лиц, перенесших инсульт, отмечаются психологическая дезадаптация и снижение мотивации, не доходящие до уровня депрессии [4, 5]. Эти состояния в МКБ-10 описаны как «пониженное, печальное настроение с утратой интересов или чувства удовольствия». Также эти состояния характеризуются пассивностью, плаксивостью, раздражительностью, снижают комплаентность, приводят к отказам от лечебных и реабилитационных процедур, увеличивают нагрузку на персонал учреждений, ухудшают результат лечения и реабилитации. Имеются и сведения о снижении выживаемости больных с ОНМК при наличии депрессии [6–8]. Развитие депрессии у больных с инсультом отмечают множество исследователей, однако данные

разнятся от 30 до 59% [9]. По данным R.Ramasubbu и соавт. [10], в остром периоде инсульта депрессия была диагностирована у 25,6% (7–10-й день инсульта) и у 27% больных, по данным A.Berg и соавт. [11]. J.Kim и соавт. [12] приводят данные о возникновении депрессии у 18% больных через 2–4 мес после инсульта. T.Pohjasvaara и соавт. [13] выявили депрессию у 40% пациентов с инсультом через 3–4 мес после инсульта. На данный момент не выявлена связь между полом, возрастом, типом и тяжестью инсульта с вероятностью развития и тяжестью депрессии.

У большинства госпитализированных пациентов с ОНМК фиксируются тревожность, неуверенность в завтрашнем дне, элементы дезориентированности, эпизоды плаксивости или агрессивности, разные формы негативизма. Довольно часто недостаточная ориентированность больного во времени обусловлена отсутствием у него часов и календаря, сложность в ориентации на месте вызвана отсутствием информации об адресе больницы, расположении палаты и т.п. Отсутствие у больного подобной информации, а также сведений о продолжительности госпитализации, дальнейшем маршруте лечения и реабилитации в сочетании с когнитивными нарушениями и повышением тревожности могут быть фактором как провоцирующим



щим депрессию, так и утяжеляющим ее течение. Пациент, перемещенный на длительное время в незнакомую и непонятную ему среду окружения, зависящий полностью от непонятных для него действий незнакомых людей, испытывает сильный стресс, усугубляющий течение болезни, усиливающий тревожность и отрицательно влияющий на психические функции. Цель исследования заключалась в выявлении вероятности того, что больной, получивший более точную информацию о своем местоположении и состоянии, имеющий возможность самостоятельно отслеживать течение времени, будет менее тревожен и менее подвержен депрессии.

Материалы и методы

Исследование проводилось с участием 43 больных с ОНМК в период от госпитализации до выписки (21–32 дня) и далее в период реабилитации (2,5–3 мес). Пациенты – мужчины и женщины возраста 65–76 лет с ишемическими и геморрагическими инсультами, доступные вербальному и невербальному контакту. В исследование не включались пациенты старше 76 лет, пациенты в коме или с минимальным сознанием, пациенты с острой почечной недостаточностью, гепатитами, циррозом печени, диабетом любой формы, деменцией любого генеза, пациенты с ранее имевшимися эпизодами депрессии и аффективными расстройствами или имеющими депрессию на момент госпитализации. Также не включались больные, получающие антидепрессанты и препараты адеметионина, имеющие побочный антидепрессивный эффект. Все пациенты получали лечение в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при ОНМК. В группу контроля (1-я группа) был включен 21 пациент и 22 пациента составили основную группу (2-я группа). У всех пациентов имелся правосторонний или левосторонний гемипарез на момент выписки (по группам распределены равнозначно), сохраняющийся к 4 мес после ОНМК с ослаблением тяжести пареза.

С пациентами основной группы (2-я) не позднее 2-х суток от начала госпитализации психолог проводил беседу. В процессе беседы пациенты получали информацию об адресе и местоположении больницы относительно их дома. Также больные получали информацию о том, как расположена палата, на каком этаже здания, где находится вход, санузел, коридор, лестница, лифт и т.п. Больным рассказывали о том, как их будут лечить, какие лекарства назначат, как долго продлится лечение и какие манипуляции с ними будут производить. В поле зрения больных помещались календарь и часы. После перевода из реанимации и при желании больной получал личный мобильный телефон. При необходимости информация повторялась и дополнялась в каждой беседе психолога. Беседы проводились через день в первую неделю госпитализации и далее

3 раза в неделю до выписки больного из отделения. Первая беседа занимала 20–30 мин, последующие – 10–15 мин. При необходимости больным показывались план палаты, здания и карта города. С больными, понимающими речь, но не имеющими возможности говорить либо говорить внятно, вырабатывалась система невербальных сигналов, соответствующих понятиям «Да», «Нет», «Не знаю», «Хочу», «Не хочу», «Понял», «Не понял». Психотерапевтические техники в данных беседах с больными не применялись. Больные тестировались по шкалам тревоги и депрессии Гамильтона (НАМ-А, НАМ-D 17 пунктов), Промежуточные точки контроля – на 1–2-е сутки госпитализации и далее каждые 7 дней до выписки, в день выписки и далее 1 раз в месяц последующие 3–4 мес. Для исследования взяты данные тестирования на 1–2-й день госпитализации, данные дня выписки и данные тестирования через 3,5–4 мес после ОНМК. Специалист, проводивший оценку, не имел информации о принадлежности пациента к той или иной группе. Для сравнения выборок использовался критерий Бонфферони. Значимым считалось $p < 0,001$. Исходные данные в 1–2-е сутки по тревоге и депрессии были одинаковыми в обеих группах ($p > 0,05$) (рис. 1, 2) и не доходили до уровня клинически значимых, которые могли бы быть выявлены с помощью шкалы НАМ. В 1-й группе, где пациенты не были проинформированы о среде к концу госпитализации, к 3 мес развились клинически значимые тревога и депрессия и составили для депрессии 14 (12; 16) и 18 (17; 19) баллов, а для тревоги – 19 (17; 21) и 15 (14; 16) баллов соответственно. У информированных пациентов из 2-й группы уровень тревоги к моменту выписки повысился незначительно – 7 (7; 8) баллов, а через 4 мес после ОНМК достиг нормы – 4 (4; 5). Депрессии у информированной 2-й группы не выявлено при выписке – 6,5 (6; 7) балла и через 3 мес – 5 (5; 6) баллов.

У пациентов, с которыми проводились информационные беседы, тревога, доходящая до возможности развития тревожного расстройства, диагностированная при госпитализации, незначительно повысилась к выписке. При этом уровень тревоги остался на нижней границе категории «возможно развитие тревожного расстройства». У пациентов, с которыми беседы не проводились, уровень тревоги вырос до выраженной. Различия между группами сохранилось и к 3–4-му месяцу после ОНМК ($p < 0,001$). Таким образом, в группе информируемых пациентов к 3–4-му месяцу после ОНМК тревога снизилась до нормы, в группе неинформируемых осталась на высоком уровне ($p < 0,001$). По уровню депрессии также показаны существенные различия как на стадии выписки, так и через 3 мес после ОНМК. В информированной группе депрессия не развилась даже до субклинического уровня ни на момент выписки, ни через 3 мес после ОНМК.

В группе неинформированных пациентов к моменту выписки фиксировались субклиническая депрессия, депрессия легкой и средней тяжести, в среднем по группе ($p < 0,001$). К 3–4 мес после ОНМК в этой группе депрессия усугубилась, в среднем дойдя до уровня средней тяжести.

На основании полученных данных можно сделать выводы о том, что раннее и полное информирование пациента с ОНМК о его местоположении, планирующихся лечебных мероприятиях, предоставление возможности получать информацию о течении времени положительно влияет на снижение тревожности и тревоги, снижает риск возникновения постинсультной депрессии.

Исследование проведено на небольшой выборке пациентов, однако результат дает основания для планирования исследования с большей выборкой. В процессе проведения исследования выяснилось, что персонал, общавшийся с информированными пациентами, отмечал меньшее количество эмоционально напряженных ситуаций с больными и их родственниками и в конечном итоге меньше уставал в процессе работы. Запланировано в дальнейших исследованиях оценить уровень эмоциональной нагрузки на персонал клиник. Также запланировано провести сравнение подгрупп пациентов с разной тяжестью инсульта по NIHSS, выявить влияние информирования на пациентов с разной тяжестью нарушений жизнедеятельности по индексу Бартел, так как малая выборка данного исследования не позволяет провести полноценную статистическую обработку подгрупп. Однако даже на этом этапе можно рекомендовать внедрение практики расширенного информирования пациентов с ОНМК в первые 2 сут после госпитализации.

Литература/References

1. Labi MLC, Phillips TF, Gresham GE. Psychosocial disability in physically restored long-term stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil* 1980; 61: 561–5.
2. Varga D. Neuropsychiatric complications after stroke. *Ideggyogy Sz* 2002; 55 (3–4): 128–36.
3. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Cote R et al. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83 (8): 1035–42.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева*. 2006; 3 (4)./ Vasserman LI, Trifonova EA. Metodologiya issledovaniia kachestva zhizni v kontekste psikhosomaticheskikh i somatopsikhicheskikh sootnoshenii. *Obzrenie psikhiatricii i meditsinskoj psikhologii im. V.M.Bekhtereva*. 2006; 3 (4). [in Russian]
5. House A, Dennis M, Mogridge L et al. Mood disorders in the year after first stroke. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 83–92.
6. Whyte E, Mulsant B. Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biol Psychiatry* 2002; 52 (3): 2.
7. Charles E. Mortality and Poststroke Depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1506.
8. Williams LS, Ghose SS, Swinde RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (6): 1090–5.
9. Fedoroff JP, Lipsey JR, Starkstein SE et al. Phenomenological comparisons of major depression following stroke, myocardial infarction or spinal cord lesions. *J Affect Disord* 1991; 22 (1–2): 83–9.
10. Ramasubbu R, Tobias R, Buchan AM, Bech-Hansen NT. Serotonin transporter gene promoter region polymorphism associated with poststroke major depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2006; 18 (1): 96–9.
11. Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M et al. Poststroke depression in acute phase after stroke. *Cerebrovasc Dis* 2001; 12 (1): 14–20.
12. Kim JS, Choi-Kwon S. Poststroke depression and emotional incontinence: correlation with lesion location. *Neurology* 2000; 54 (9): 1805–10.
13. Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I et al. Frequency and clinical determinants of poststroke depression. *Stroke* 1998; 29 (11): 2311–7.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мальцева Мария Николаевна – канд. тех. наук, д-р вет. наук, доц. каф. психологии и педагогики ФПО ГБОУ ВПО Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, психолог 3-го неврологического отделения для больных с ОНМК СПб ГБУЗ ГБ №26, дир. АНО Сообщество поддержки и развития канис-терапии

Мельникова Елена Валентиновна – д-р мед. наук, проф. каф. неврологии и нейрохирургии, каф. физических методов лечения и спортивной медицины ГБОУ ВПО Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, зам. глав. врача – рук. регионального сосудистого центра ФГБУ СЗФМИЦ. E-mail: melnikovae2002@mail.ru

Шмонин Алексей Андреевич – канд. мед. наук, ассистент каф. неврологии и нейрохирургии с клиникой, доц. каф. физических методов лечения и спортивной медицины ГБОУ ВПО Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, мл. науч. сотр. ФГБУ СЗФМИЦ, невролог реанимационного отделения для больных с ОНМК СПб ГБУЗ ГБ №26

Судникова Инна Анатольевна – психолог АНО Сообщество поддержки и развития канис-терапии

Иванова Анна Владимировна – психолог АНО Сообщество поддержки и развития канис-терапии