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

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

Мальцева Мария Николаевна к.т.н., д.в.н., доцент кафедры психологии и педагогики ФПО[1,] психолог 3 неврологического отделения для больных с ОНМК[3,] Директор[4], nimmaria@mail.ru

Мельникова Елена Валентиновна д.м.н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии, кафедры физических методов лечения и спортивной медицины[1,] заместитель главного врача – руководитель регионального сосудистого центра [2], melnikovae2002@mail.ru

Шмонин Алексей Андреевич к.м.н., ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии с клиникой, доцент кафедры физических методов лечения и спортивной медицины[1,] младший научный сотрудник[2,] невролог реанимационного отделения для больных с ОНМК[3], langendorff@gmail.com

Судникова Инна Анатольевна психолог [4].,

Иванова Анна Владимировна психолог [4].

Maltseva M.N[1,3,4]., Melnikova E.V[1,2]., Shmonin A.A[1,2,3]., Sudnikova I.A[4]., Ivanova A.B[4].

1 -Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, 197022, С.Петербург, ул.Льва Толстого 6-8.

2 -Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации Санкт-Петербург, 197341, С.Петербург, ул.Аккуратова д.2.

3- СПб ГБУЗ "Городская Больница №26" С.Петербург, ул.Костюшко д.2

4 - АНО «Сообщество поддержки и развития канис-терапии» 197229, С.Петербург, Ольгино ул.Первомайская д.2

1 - First St. Petersburg Pavlov State Medical University., 197022, St. Petersburg, ul. Lev Tolstoy, 6-8,

2 – V.A. Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology center, 197341, St. Petersburg, ul. Akkuratova 2.

3 -. St. Petersburg State Hospital № 26, 197000 St. Petersburg, ul. Kostyshko 2

4 - ANO The Association of Support and Development Canis therapy, 197229, St. Petersburg? Olgino, ul.Pervomaiskaja 2

Аннотация:

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 манипуляций и предоставление ему возможности следить за течением времени снижают риск развития постинсультной депрессии.

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.

Ключевые слова :

Депрессия, инсульт, ОНМК, постинсультная депрессия, стресс, дезадаптация, тревога, среда окружения.

Depression, stroke, post-stroke depression, stress, maladjustment, anxiety, environmental conditions.

Введение

Постинсультная депрессия была описана в 1980 г. Labi et al.[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, отмечается психологическая дезадаптация и снижение мотивации, не доходящее 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, 7, [8]. Развитие депрессии у больных с инсультом отмечает множество исследователей, однако данные разнятся от 30 до 59% [9]. По данным Ramasubbu et al [10] в остром периоде инсульта депрессия была диагностирована у 25,6% (7-10 день инсульта, и у 27% больных по данным Berg et al. [11]. Kim et al [12] приводят данные о возникновении депрессии у 18% больных через 2-4 месяца после инсульта. Pohjasvaara et al [13] выявили депрессию у 40 % пациентов с инсультом через 3-4 месяца 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 фиксируется тревожность, неуверенность в завтрашнем дне, элементы дезориентированности, эпизоды плаксивости или агрессивности, различные формы негативизма. Достаточно 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, о дальнейшем маршруте лечения и реабилитации в сочетании с когнитивными нарушениями и повышением тревожности, может быть фактором, как провоцирующим 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 на 43 больных с ОНМК в период от госпитализации до выписки (21-32 дня) и далее в период реабилитации (2,5-3 месяца). 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 имеющие 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 (Группа 1) был включен 21 пациент и 22 пациента составили основную группу (Группа 2). У всех пациентов имелся правосторонний или левосторонний гемипарез на момент выписки (по группам распределены равнозначно), сохраняющийся к 4 месяцам после ОНМК с ослаблением тяжести пареза.

С пациентами основной группы (Группа 2) не позднее вторых суток от начала госпитализации психологом проводилась беседа. 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 от том, как их будут лечить, какие лекарства назначат, как долго продлится лечение и какие манипуляции с ними будут производить. В поле зрения больных помещался 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 три раза в неделю до выписки больного из отделения. Первая беседа занимала 20-30 минут, последующие 10-15 минут. При необходимости, больным показывался 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 (HAM-A, HAM-D 17 пунктов), Промежуточные точки контроля – на 1-2 сутки госпитализации и далее каждые 7 дней до выписки, в день выписки и далее 1 раз в месяц последующие 3-4 месяца. Для исследования взяты данные тестирования на 1-2 день госпитализации, данные дня выписки и данные тестирования через 3,5-4 месяца после ОНМК. Специалист проводивший оценку не имел информации о принадлежности пациента к той или иной группе. Для сравнения выборок использовался критерий Бонферрони. Значимым считалось $p<0,001$. Исходные данные в 1-2 сутки по тревоге и депрессии были одинаковыми в обеих группах ($p >0.05$) (Рис 1 и 2) и не доходили до уровня клинически значимой, которая могла бы быть выявлена с помощью Шкалы HAM. В группе 1, где пациенты не были проинформированы о среде к концу госпитализации и к 3 месяцам развились клинически значимая 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 группы 2 уровень тревоги к моменту выписки повысился незначительно 7 (7; 8) баллов, а через 4 мес. после ОНМК достиг в нормы 4 (4; 5) Депрессии у информированной группы 2 не выявлено при выписке - 6,5 (6; 7) баллов и через 3 месяца – 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. Различие между группами сохранилось и к 3-4 месяцам после ОНМК ($p<0,001$). Таким образом, в группе информируемых пациентов к 3-4 месяцу после ОНМК тревога снизилась до нормы, в группе не информируемых осталась на высоком уровне ($p<0,001$). По уровню депрессии также показаны существенные различия как на стадии выписки, так и через 3 месяца после ОНМК. В информированной группе депрессия не развилась даже до субклинического уровня ни на момент выписки ни через 3 месяца после ОНМК . В группе неинформированных пациентов к моменту выписки фиксировалась субклиническая депрессия, депрессия легкая и средней тяжести, в среднем по группе ($p<0,001$). К 3-4 месяцам после ОНМК в этой группе депрессия усугубилась, в среднем дойдя до уровня средней тяжести.[*рисунок таблица 1*], [*рисунок таблица 2*]

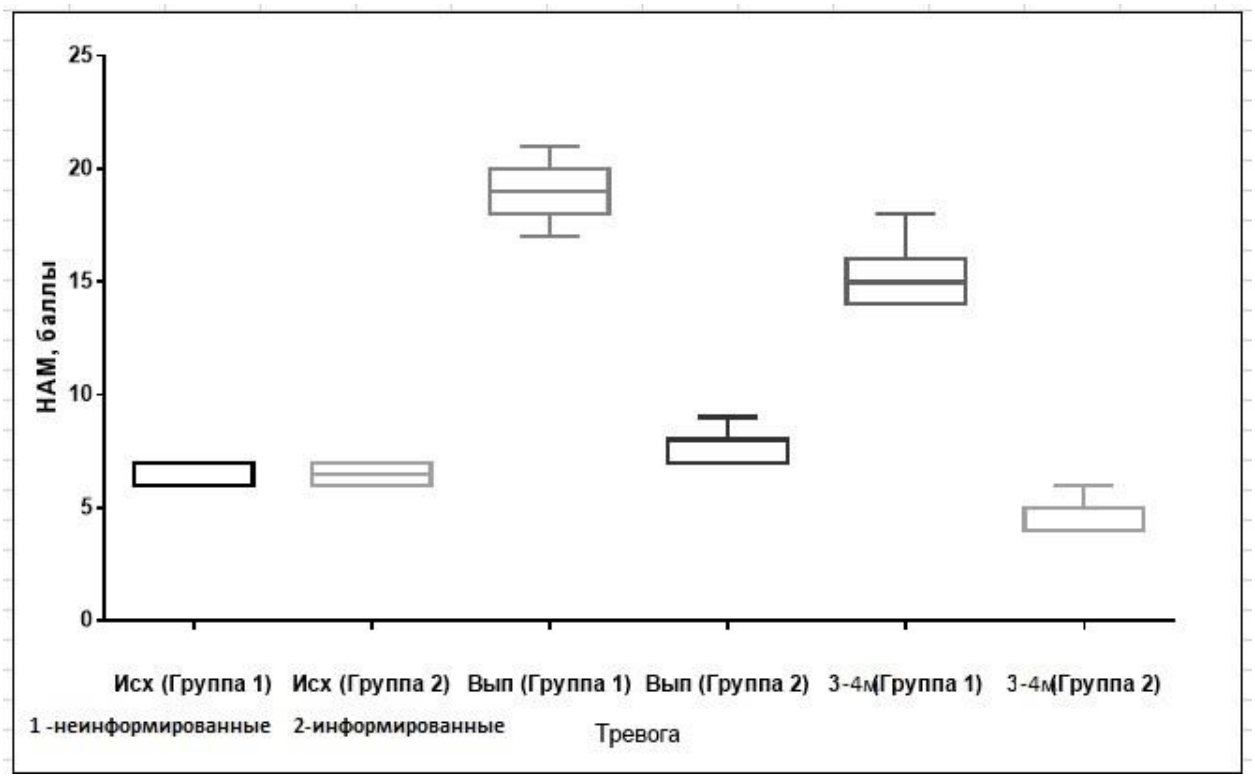
На основании полученных данных можно сделать выводы о том, что раннее и полное информирование пациента с ОНМК о его местоположении, планирующихся лечебных мероприятиях, предоставление возможности получать информацию о течении времени положительно влияет на снижение тревожности и тревоги, снижает риск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

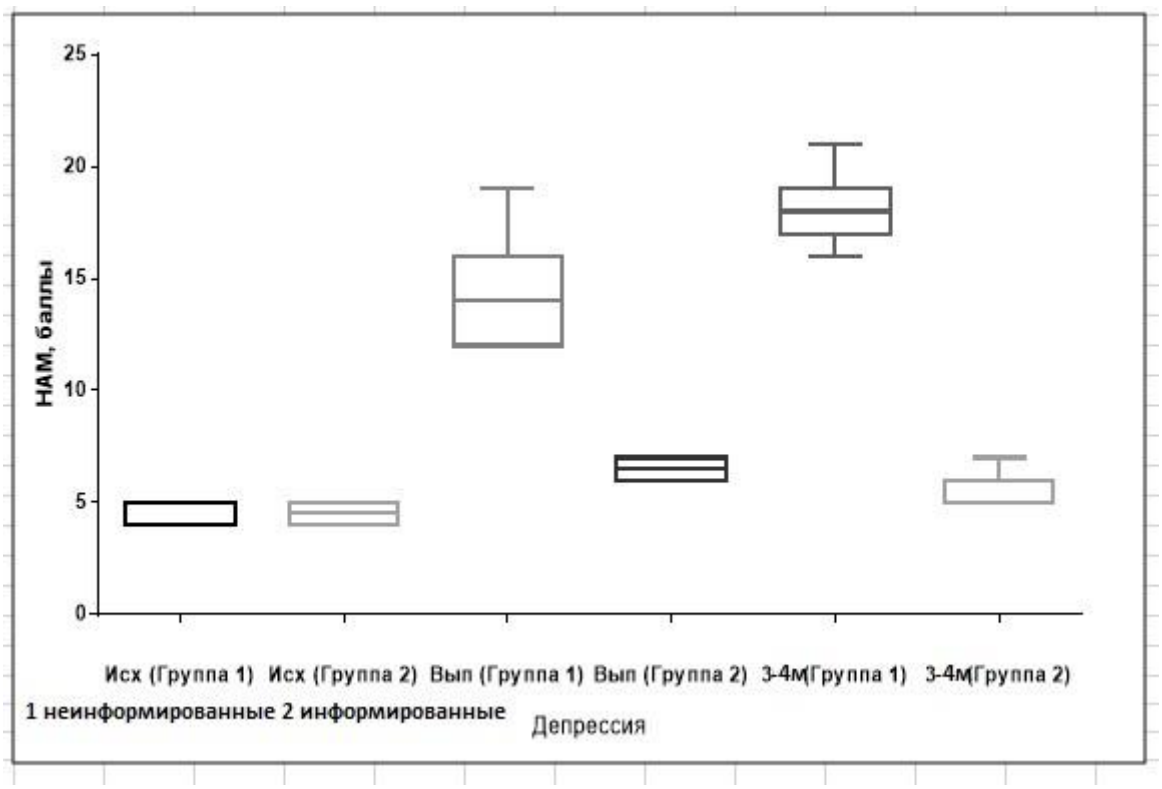
Исследование проведено на небольшой выборке пациентов, однако результат дает основания для планирования исследования с большей выборкой. В процессе проведения исследования выяснилось, что персонал общавшийся с информированными пациентами отмечал меньшее количество эмоционально напряженных ситуаций с 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 различной тяжестью инсульта по NIHSS, выявить влияние информирования на пациентов с различной 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 суток после госпитализации.

Список используемой литературы:

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., 2002; Varga D. Neuropsychiatric complications after stroke. Ideggyogy Sz 2002 Mar 20; 55(3-4): 128-36
3. Mayo N.E., Wood-Dauphinee S., 2002 Mayo NE, WoodDauphinee S, Cote R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. Arch Phys Med Rehabil 2002 Aug; 83(8): 1035-42.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. Том 03, № 4.
5. House A., Dennis M.,Mogridge L., et al. Mood disorders in the year after fist strouke. Br.J. Psychiatry 1991; 158:83-92.
6. Whyte E., Mulsanth, 2002, Whyte E, Mulsant B. Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. Biol Psychiatry 2002 Aug 1; 52(3): 2
7. Charles E. Mortality and Poststroke Depression Am J Psychiatry 161:1506, August 2004
8. Williams L.S., Ghose S.S., Swinde R.W. Depression and other mental health diaognoses increase mortality riskafter ischemic stroke. Am J Psychiatry. 2004, Jun, 161(6): 1090-5
9. Fedoroff J.P., Lipsey J.R., Starkstein S.E., Forrester A., Price T.R., Robinson R.G. Phenomenological comparisons of major depression following stroke, myocardial infarction or spinal cord lesions. J Affect Disord. 1991 May-Jun; 22(1-2): P.83-89.
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 Winter;18(1):96-9
11. Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M, Lonnqvist J, Kaste M. Poststroke depression in acute phase after stroke. Cerebrovasc Dis 2001; 12(1): 14-20.9
12. Kim JS, Choi-Kwon S. Poststroke depression and emotional incontinence: correlation with lesion location. Neurology 2000 May 9; 54(9): 1805-10
13. Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I, Vataja R, Kaste M, Erkinjuntti T. Frequency and clinical determinants of poststroke depression. Stroke 1998 Nov; 29(11): 2311-7


25
20
15
10
5
0
НАМ, баллы
Исх (Группа 1)
Исх (Группа 2)
Вып (Группа 1)
Вып (Группа 2)
3-4м(Группа 1)
3-4м(Группа 2)
1 -неинформированные
2-информированные
Тревога



Контакное лицо:

Мельникова Елена Валентиновна:

эл. почта melnikovae2002@mail.ru

Ссылка:
Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. Судникова И.А., Иванова А.В. Влияние информированности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения во время госпитализации о среде окружения на развитие постинсультной депрессии//Consilium Medicum №09 2015 стр. 63-65 (РИНЦ 0,580)