

Ю. Н. Нерянова

## Эффективность рациональной психотерапии в комплексном лечении больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** инсульт, реабилитация, депрессивные расстройства, психотерапия.

С целью оптимизации лечения больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта путем включения психотерапии в структуру комплексных реабилитационных мероприятий проведено комплексное динамическое клинико-параclinical исследование 62 пациентов. Установлено, что применение рациональной психотерапии в комплексном лечении больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта обеспечивает снижение уровня депрессии по шкале Бека ( $\Delta\% - 33,3$ ,  $p < 0,01$ ) и реактивной тревожности по шкале Спилбергер-Ханина ( $\Delta\% - 21,9$ ,  $p < 0,01$ ). Показано, что редукция депрессивно-тревожных нарушений на фоне применения рациональной психотерапии в комплексном лечении больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта сопровождается более существенным снижением неврологического дефицита по шкале инсульта NIH в сочетании с более выраженным повышением степени функциональной независимости по индексу Бартела и качества жизни по шкале EQ-5D (EuroQoL).

### Ефективність раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих у ранньому відновному періоді мозкового ішемічного півкульового інсульту

Ю. М. Нерянова

З метою оптимізації лікування хворих у ранньому відновному періоді мозкового ішемічного півкульового інсульту шляхом включення психотерапії у структуру комплексних реабілітаційних заходів здійснили комплексне динамічне клініко-параclinical дослідження 62 пацієнтів. Встановили, що застосування раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих у ранньому відновному періоді мозкового ішемічного півкульового інсульту забезпечує зниження рівня депресії за шкалою Бека ( $\Delta\% - 33,3$ ,  $p < 0,01$ ) та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна ( $\Delta\% - 21,9$ ,  $p < 0,01$ ). Показали, що редукція депресивно-тревожних порушень на тлі застосування раціональної психотерапії в комплексному лікуванні хворих у ранньому відновному періоді мозкового ішемічного півкульового інсульту супроводжується більш істотним зниженням неврологічного дефіциту за шкалою інсульту NIH у поєднанні з більш вираженим підвищенням ступеня функціональної незалежності за індексом Бартела та якості життя за шкалою EQ-5D (EuroQoL).

**Ключові слова:** інсульт, реабілітація, депресивні порушення, психотерапія.*Патологія.* – 2014. – №3 (32). – С. 64–67

### Effectiveness of rational psychotherapy in complex treatment of patients in early reparative period of the brain ischemic hemispheric stroke

Y. N. Neryanova

**Aim.** The results of the research of 62 patients in early reparative period of the brain ischemic hemispheric stroke against the background of therapy are written in the article.

**Methods and results.** It was detected that administration of the rational psychotherapy in the complex treatment of patients in early recovery period of the brain ischemic hemispheric stroke provides decrease of the depression level on Beck inventory ( $\Delta\% - 33,3$ ,  $p < 0,01$ ) and reactive anxiety level on Spilberger-Hanin scale ( $\Delta\% - 21,9$ ,  $p < 0,01$ ).

**Conclusion.** It was shown that reduction of depressive-anxious disturbances during administering of rational psychotherapy in the complex treatment of patients in early recovery period of the brain ischemic hemispheric stroke is accompanied by essential decrease of neurological deficiency on NIH scale in combination with more evident increasing of functional independence degree according to Barthel index and quality of life on EQ-5D (EuroQoL) questionnaire.

**Key words:** Stroke, Rehabilitation, Depressive Disorder, Psychotherapy.*Pathologia.* 2014; №3 (32): 64–67

Острые цереброваскулярные заболевания и их наиболее распространенная форма – мозговой ишемический инсульт – занимают первое место среди причин стойкой инвалидизации взрослого населения большинства стран мира, что обосновывает актуальность дальнейших исследований, направленных на повышение эффективности реабилитационных мероприятий у данного контингента больных [8].

Значительный социально-экономический ущерб вследствие мозгового ишемического инсульта обу-

словлен не только двигательными, но и немоторными нарушениями, среди которых следует отметить постинсультную деменцию и постинсультную депрессию [5].

Сегодня доказано: постинсультная депрессия повышает риск развития повторного инсульта, инфаркта миокарда и самоубийства [1,7,9], увеличивает период госпитализации, ухудшает когнитивные функции и качество жизни как самих пациентов, так и членов их семьи и ухаживающих за ними лиц [4], затрудняет восстановление нарушенных функций, снижает соци-

альную активность и усугубляет инвалидность [2,3,6], что в совокупности ухудшает исход восстановительного периода мозгового ишемического инсульта и диктует необходимость своевременного выявления лиц с высоким риском развития постинсультной депрессии, а также поиска новых методов ее коррекции для повышения эффективности комплексных реабилитационных мероприятий у данного контингента больных.

Несмотря на то, что в настоящее время эксперты едины во мнении о пользе от применения немедикаментозных средств для коррекции эмоционального фона у больных, перенесших мозговой ишемический инсульт (I класс рекомендаций, уровень доказательности А) [5], методологические аспекты реализации указанных подходов не конкретизированы. В доступной литературе не выявлено исследований, посвященных использованию рациональной психотерапии в комплексном лечении больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта.

### **Цель работы**

Оптимизация лечения больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта путем включения психотерапии в структуру комплексных реабилитационных мероприятий.

Провести сравнительный анализ динамики уровня депрессии и реактивной тревожности у больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта в зависимости от наличия/отсутствия в структуре комплексных реабилитационных мероприятий рациональной психотерапии.

Изучить динамику уровня неврологического дефицита, функциональной независимости и инвалидизации у больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта на фоне применения рациональной психотерапии в структуре комплексных реабилитационных мероприятий в сравнении с пациентами, у которых рациональная психотерапия не была использована.

Оценить эффективность и обосновать целесообразность применения рациональной психотерапии в структуре комплексных реабилитационных мероприятий у больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта.

### **Пациенты и методы исследования**

Для достижения цели в клинике нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета на базе Запорожского ангионеврологического центра проведено комплексное динамическое клинко-параклиническое исследование 62 пациентов (28 мужчин и 34 женщины, средний возраст – 58,0±0,7 лет) в раннем восстановительном периоде левополушарного (23) и правополушарного (29 пациентов) ишемического супратенториального инсульта, которые находились на лечении в отделении нейрореабилитации 6 городской клинической больницы г. Запорожья. Диагноз мозгового ишемического полушарного инсульта устанавливали на основании клинко-неврологического исследования и

результатов компьютерной томографии головного мозга с использованием компьютерного томографа Siemens Somatom Spirit (ФРГ).

Критерии включения в исследование:

1. Мужчины или женщины в возрасте от 40 до 70 лет с впервые возникшим мозговым ишемическим инсультом в каротидном бассейне, подтвержденным по результатам клинко-компьютерно-томографического исследования;
2. Подписанная форма информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения:

1. Наличие в анамнезе острых нарушений мозгового кровообращения;
2. Декомпенсированная соматическая патология.
3. Онкологическая патология;
4. Афатические нарушения, препятствующие нейропсихологическому тестированию;
5. Преддементные и дементные когнитивные нарушения;
6. Значение >3 баллов по модифицированной шкале Рэнкина на 10 сутки заболевания.

У всех больных на 10 и 30 сутки оценивали уровень неврологического дефицита по шкале инсульта Национального института здоровья США, функциональной независимости по индексу Бартела, инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, депрессии по шкале Бека, реактивной тревожности по шкале самооценки Спилбергера-Ханина и качества жизни по шкале EQ-5D (EuroQoL).

У всех пациентов в структуре комплексных реабилитационных мероприятий присутствовали физиотерапия, массаж, кинезотерапия, лечебная физкультура и медикаментозная терапия, которая включала ноотропные и нейротрофические препараты, а также средства вторичной профилактики (антиагреганты, гиполипидемические и гипотензивные препараты).

Основную клиническую группу составили 32 пациента (15 мужчин и 17 женщин, средний возраст – 57,9±1,0 года), которым в составе комплексных реабилитационных мероприятий проведены 15 сеансов рациональной психотерапии по специально разработанному протоколу. Занятия проводил психолог в группе из 5–6 пациентов. Продолжительность каждого занятия – 60 минут. Перед психологом были поставлены следующие задачи:

- Установление эмоционально позитивной атмосферы, которая способствует развитию групповой сплоченности, а также раскрытию своего творческого потенциала;
- Формирование адекватного восприятия собственных возможностей и потенциала для реализации цели;
- Формирование адекватного самовосприятия, а также развитие умения видеть собственные положительные и отрицательные качества;
- Формирование представления о конструктивном построении жизненной позиции и расширение представлений о функции цели в процессе деятельности;
- Формирование умения конструировать планы на будущее;

**Уровни депрессии, реактивной тревожности, качества жизни, неврологического дефицита, функциональной независимости и инвалидизации у обследованных больных в динамике лечебных мероприятий с учетом наличия/отсутствия в их структуре рациональной психотерапии**

Шкала	Группа, время оценки, Ме [Q1-Q3]			
	Основная группа (n=32)		Контрольная группа (n=30)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Шкала депрессии Бека	21 [17,75-24]	14 [10,75-17] §	20 [17-22]	19 [16-21] *§
Шкала реактивной тревожности Спилбергера-Ханина	32 [28,75-34,25]	25 [21-28] §	31,5 [28,25-34]	29 [26-31,75] *§
EQ-5D (EuroQoL)	34 [27-41]	71,5 [62,75-80,25] §	32 [25-40]	48,5 [39,5-57,5] *§
Шкала инсульта NIH	6,5 [6-7]	4 [4-5] §	6,5 [6-7]	5,5 [5-6] *§
Индекс Бартела	70 [70-80]	90 [88,75-95] §	72,5 [65-80]	85 [80-95] *§
Модифицированная шкала Рэнкина	3 [2-3]	2 [2-3] §	3 [2-3]	2 [2-3] §

*Примечания:* \* – достоверность различий с параметрами основной группы на основании коэффициента Манна-Уитни  $p < 0,01$ ; § – достоверность различий с параметрами до лечения на основании коэффициента Вилкоксона  $p < 0,01$ ; NIH – National Institute of Health; Ме – медиана; Q1 – нижний квартиль; Q3 – верхний квартиль.

- Формирование представления об эффективной стратегии достижения цели.

Контрольную группу составили 30 пациентов (13 мужчин и 17 женщин, средний возраст –  $56,5 \pm 0,9$  года), которым реабилитационные мероприятия проводили без использования психотерапии. Группы достоверно не отличались по возрасту, гендерной структуре, исходным уровням неврологического дефицита, депрессии, реактивной тревожности, качества жизни, функционального самообслуживания и инвалидизации.

Результаты исследования статистически обрабатывали при помощи программы SPSS 21.0. Для проверки нормальности распределения изучаемых величин проводили тест Шапиро-Уилка, в зависимости от результатов которого описательную статистику показали как  $M \pm m$ , где  $M$  – средняя арифметическая величина,  $m$  – средняя ошибка средней арифметической величины, или  $Me [Q1-Q3]$ , где  $Me$  – медиана,  $Q1$  – нижний квартиль,  $Q3$  – верхний квартиль. Для установления межгрупповых различий применяли критерий Манна-Уитни (для двух несвязанных выборок) или критерий Вилкоксона (для двух связанных выборок). Нулевую гипотезу об отсутствии межгрупповых различий отклоняли при уровне значимости указанных критериев  $p < 0,05$ .

#### Результаты и их обсуждение

В основной группе на фоне проводимых комплексных реабилитационных мероприятий с включением психотерапии зарегистрировано статистически значимое уменьшение уровня депрессии по шкале Бека ( $\Delta\% - 33,3$ ,  $p < 0,01$ ) и реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина ( $\Delta\% - 21,9$ ,  $p < 0,01$ ) (табл. 1).

В группе контроля изменения по шкале Бека ( $\Delta\% - 5,0$ ) и шкале реактивной тревожности Спилбергера-Ханина ( $\Delta\% - 7,9$ ) носили недостоверный характер. Медианы суммарного балла по указанным шкалам в основной группе после лечения составили 14 [10,75–17] и 25 [21–28], что было ниже аналогичных показателей контрольной группы в 1,4 ( $p < 0,01$ ) и 1,2 раза ( $p < 0,01$ ) соответственно.

Снижение уровня депрессии и реактивной тревожности сопровождалось более выраженной редукцией неврологического дефицита по шкале инсульта NIH ( $\Delta\% - 38,5$  ( $p < 0,01$ ) в основной группе против  $\Delta\% - 15,4$  ( $p < 0,01$ ) – в контрольной), а также более существенным повышением функциональной независимости по индексу Бартела ( $\Delta\% + 28,6$  ( $p < 0,01$ ) в основной группе против  $\Delta\% + 17,2$  ( $p < 0,01$ ) – в контрольной) и качества жизни по шкале EQ-5D (EuroQoL) ( $\Delta\% + 110,3$  ( $p < 0,01$ ) в основной группе против  $\Delta\% + 51,6$  ( $p < 0,01$ ) – в контрольной). Медианы суммарного балла по указанным шкалам после лечения составили 3 [2–3], 90 [88,75–95] и 71,5 [62,75–80,25], что в сравнении с аналогичными показателями контрольной группы было ниже в 1,8 ( $p < 0,01$ ), а также выше в 1,1 раза ( $p < 0,01$ ) и 1,5 ( $p < 0,01$ ) соответственно. В обеих группах зарегистрировано статистически значимое снижение уровня инвалидизации по шкале Рэнкина на 33,3% ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, в основной группе выраженность редукции неврологического дефицита по шкале инсульта NIH, элевации функциональной независимости по индексу Бартела и повышения качества жизни по шкале EQ-5D (EuroQoL) была соответственно в 2,5, 1,7 и 2,1 раза выше в сравнении с контрольной группой. Полученные результаты, по нашему мнению, могут быть обусловлены аддитивным повышением мотивационных установок за счет снижения уровня депрессии и реактивной тревожности в группе больных, у которых в структуре комплексных реабилитационных мероприятий была использована рациональная психотерапия.

#### Выводы

1. Применение рациональной психотерапии в комплексном лечении больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта обеспечивает снижение уровня депрессии по шкале Бека ( $\Delta\% - 33,3$ ,  $p < 0,01$ ) и реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина ( $\Delta\% - 21,9$ ,  $p < 0,01$ ).

2. Редукция депрессивно-тревожных нарушений на фоне применения рациональной психотерапии в ком-

плексном лечении больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта сопровождается более существенным снижением неврологического дефицита по шкале инсульта NIH в сочетании с более выраженным повышением степени функциональной независимости по индексу Бартела и

качества жизни по шкале EQ-5D (EuroQoL).

3. Целесообразно включение рациональной психотерапии в комплексное лечение больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта для повышения эффективности реабилитационных мероприятий.

#### Список литературы

1. Capaldi V. Emerging strategies in the treatment of post-stroke depression and psychiatric distress in patients / V. Capaldi, I. Wynn // *Psychol Res Behav Manag.* – 2010. – Vol. 3. – P. 109–118.
2. Early depressed mood after stroke predicts long-term disability. The Northern Manhattan stroke study (NOMASS) / J.Z. Willey, N. Disla, Y.P. Moon et al. // *Stroke.* – 2010. – Vol. 41. – P. 1896–1900.
3. Frequency depression after stroke: a systematical review of observational studies / M.L. Hackett, C. Yapa, V. Parag et al. // *Stroke.* – 2005. – Vol. 36. – P. 1330–1340.
4. Gaete J.M. Post-stroke depression / J.M. Gaete, J. Bogousslavsky // *Exp Rev Neurother.* – 2008. – Vol. 8. – P. 75–92.
5. Gilhus N.E. *European Handbook of Neurological Management: Volume 1, 2nd Edition* / N.E. Gilhus, M.R. Barnes, M. Brainin. – Blackwell Publishing Ltd, 2011. – 672 p.
6. Interventions for Preventing Depression After Stroke / M.L. Hackett, C.S. Anderson, A.O. House et al. // *Stroke.* – 2009. – Vol. 40. – P. 485–486.
7. Kanner A.M. *Depression in neurological disorders* / A.M. Kanner. – Lundbeck Inst., 2005. – 161 p.
8. Mukherjee D. Epidemiology and the global burden of stroke / D. Mukherjee, C.G. Patil // *World Neurosurg.* – 2011. – Vol. 76(6). – P. 85–90.
9. Williams L.S. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke / L.S. Williams, S. Shoma Ghose, R.W. Swindle // *Am J Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – P. 1090–1095.

#### References

1. Capaldi, V., & Wynn, I (2010). Emerging strategies in the treatment of post-stroke depression and psychiatric distress in patients. *Psychol Res Behav Manag*, 3, 109–118. doi: 10.2147/PRBM.S10035.
2. Willey, J., Disla, N., Moon, Y., Paik, M., Sacco, R., Boden-Albala, B., Wright, C. (2010). Early Depressed Mood After Stroke Predicts Long-Term Disability: The Northern Manhattan Stroke Study (NOMASS). *Stroke*, 41, 1896–1900. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.583997.
3. Hackett, M. L., Yapa, C., Parag V., et al. (2005). Frequency depression after stroke: a systematical review of observational studies. *Stroke*, 36, 1330–1340. doi: 10.1161/01.STR.0000165928.19135.35.
4. Gaete, J. M., & Bogousslavsky, J. (2008). Post-stroke depression. *Exp Rev Neurother*, 8, 75–92.
5. Gilhus, N. E., Barnes, M. R., Brainin, M. (2011). *European Handbook of Neurological Management: Volume 1, 2nd Edition*. Blackwell Publishing Ltd.
6. Hackett, M. L., Anderson, C. S., House, A. O., & Halteh, C. (2009). Interventions for Preventing Depression After Stroke. *Stroke*, 40, 485–486. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.547042.
7. Kanner, A. M. (2005). *Depression in neurological disorders*. Lundbeck Inst.
8. Mukherjee, D., & Patil, C. G. (2011). Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurg.*, 76(6), 85–90. doi: 10.1016/j.wneu.2011.07.023.
9. Williams, L.S., Shoma Ghose, S., & Swindle, R. W. (2004). Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry.*, 161, 1090–1095. doi: 10.1176/appi.ajp.161.6.1090.

#### Сведения об авторе:

Нерянова Ю. Н., к. мед. н., доцент каф. нервных болезней, Запорожский государственный медицинский университет, E-mail: neryanova@gmail.com.

Надійшла в редакцію 14.10. 2014 р.