

УДК 615.825:616.711

Д-р мед. наук, проф. К. В. АЙМЕДОВ,
канд. мед. наук Є. О. ГРИГОР'ЄВ,
канд. мед. наук С. П. ГОРИЩАК

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ НЕЙРОХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ

Одеський національний медичний університет

Розглянуто проблему медико-психологічної реабілітації хворих після нейрохірургічного втручання. Подано результати аналізу сучасних теоретичних та експериментальних досліджень у рамках медико-психологічного супроводу хворих, які перенесли нейрохірургічне втручання, вказано актуальні маркери їх реабілітації. Запропоновано концепцію моделі мультидисциплінарної допомоги цій категорії пацієнтів, яка базується на біопсихосоціальному підході до лікування.

Ключові слова: нейрохірургічне втручання, нейрохірургія, реабілітація, медико-психологічний супровід, медико-психологічна реабілітація, мультидисциплінарні бригади.

Комплекс наслідків нейрохірургічного втручання досі залишається неповністю висвітленою проблемою як в медицині, так і в психології. Медичні, психологічні й соціальні наслідки після нейрохірургічних операцій суттєво впливають на якість життя хворого, викликаючи психоемоційні переживання, зокрема, депресію, тривогу, гнів. Результати сучасних досліджень указують на підвищений ризик алкогольної залежності та суїцидів у цієї категорії осіб. Зазначені фактори відіграють важливу роль у процесі адаптації пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання, що вимагає застосування психотерапевтичної допомоги для підвищення ефективності їх відновлення. У зв'язку з активним розвитком реабілітації в Україні актуальною залишається проблема не тільки медичної, а й психологічної реабілітації пацієнтів. Це пов'язано з тим, що їх більшість становлять особи працездатного віку, 70–80% постраждалих молодше 40 років [7, 13, 15].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, число пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання і мають негативні наслідки, становить близько 30 на 100 тис. населення [3]. Статистичні дані у різних державах свідчать про

необхідність створення програм медико-психологічного супроводу цієї категорії хворих. Так, у Фінляндії щороку негативні психофізіологічні наслідки виникають у 60–70% таких хворих [14]. У США статистика ще вище, ніж в інших країнах, і становить близько 11 тис. нових випадків на рік [14–16]. У загальній структурі травматизму на порушення, що пов'язані з наслідками нейрохірургічного втручання, припадає від 4 до 15% [14–16]. Крім того, у світі відзначається чітка тенденція до зростання числа такого роду негативних наслідків, вони порушують нормальне життя та психосоціальну адаптацію цієї категорії хворих. Отже, їх лікування та реабілітація є складною загальнобіологічною, медичною та психосоціальною проблемою, вирішення якої передбачає впровадження біопсихосоціального підходу [5, 9].

Мета нашої роботи — виокремити основні маркери для формування моделі комплексної медико-психологічної допомоги у процесі психосоціальної реабілітації пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання.

У роботі було проведено аналіз та синтез науково-теоретичних надбань та результатів експериментальних досліджень із проблеми психологічного,

медичного та соціального супроводу пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання.

Медична реабілітація — це комплекс лікувальних і профілактичних заходів, спрямованих на максимальне можливе відновлення втрачених здібностей пацієнта після різних захворювань. Вона відіграє дуже важливу роль, особливо в галузі нейрохірургії, оскільки пацієнт після серйозних захворювань і травм втрачає найнагальніші навички та здібності. Реабілітація спрямована на відновлення м'язової сили пацієнта, а також на попередження повторного захворювання або виникнення ускладнень.

У сучасній медицині для цих цілей застосовують новітні технології, досвід і майстерність фахівців, які врятовують найдорожче — життя людини. Зрозуміло, що правильно виконана операція — це ключ до одужання, але за відсутності належної реабілітації її результати можуть бути нижчі за очікувані. Травматичний вплив зовнішніх агентів (факторів) на організм людини триває частки секунди, а з його наслідками доводиться боротися тривалий час. Оперативне втручання або консервативна терапія становить велику частину комплексу заходів, спрямованих на повне одужання хворого. Але важливо розуміти, що навіть ювелірна робота хірурга не може повністю відновити колишній стан пацієнта, якщо він не отримає повноцінного курсу реабілітації. Доречно зазначити, що в нашій державі донедавна реабілітації не надавалося великого значення, цей етап у багатьох випадках був формальним, і навіть самі пацієнти не розраховували на його результати, покладаючи всю відповідальність на лікаря, який проводив початкове лікування. Проте за кордоном давно зрозуміли важливість етапу реабілітації, у якому бере участь ціла категорія лікарів.

Оскільки наслідки нейрохірургічного втручання мають доволі великий спектр і в повному обсязі дослідити їх доволі важко, визначимо основні сфери, на які вони безпосередньо впливають. Так, після нейрохірургічного втручання у пацієнтів найчастіше відбуваються різке звуження кола спілкування, втрата професійних навичок, втрата сімейної та сексуальної ролей, повна або часткова залежність від оточуючих у повсякденному житті. Ці зміни є стійкими і спричиняють потужний психологічний шок [8], в результаті якого може з'явитися цілий комплекс психоемоційних переживань: депресія, тривога, страх, розгубленість, гнів, що є наслідком втрати фізичних можливостей, а також безпосереднього зіткнення із залежністю від інших людей, відчуття втрати власної гідності тощо [7]. До 50% пацієнтів, які мають негативні наслідки після нейрохірургічного втручання, починають зловживати алкоголем [3]. В Україні

випадки самогубств серед даної когорти пацієнтів відбуваються у середньому у 3–5 разів частіше, ніж серед іншого населення [11, 13].

У сучасних дослідженнях все частіше наголошується на необхідності зосередження уваги і на психоемоційному стані пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання та мають негативні наслідки. Особливу увагу приділяють хворим із наслідками травми хребта як до чинника, що впливає на процес відновлення і пристосування до травми [3, 7, 12]. Психічне напруження, що виникає у цього контингенту пацієнтів, служить джерелом дезадаптації, вирішення питань психологічної допомоги може поліпшити життя, створити умови для позитивної оцінки якості життя і самооцінки здоров'я протягом 20–30 років після травми [14].

За даними досліджень, особи, які перенесли нейрохірургічне втручання, більше схильні до алкогольної залежності, ніж населення в цілому [1, 13, 16]. А під час реабілітаційного періоду зловживання алкоголем набуває вкрай негативного значення. Близько половини пацієнтів, які вживали алкоголь до події, повідомили про використання його й через 12 міс. Зловживання алкоголем після нейрохірургічного втручання ймовірно пов'язане з такими факторами, як біль, зниження якості життя, із незадовільним результатом реабілітації і повільним прогресом у ході відновного лікування [14–16]. Факторами ризику залежної поведінки вважають молодий вік, самотність, низький рівень освіти, а також такі особистісні особливості, як агресивність та ворожість. Незважаючи на те що зловживання алкоголем є важливим фактором, що впливає на ефективність реабілітації пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання, діагностику і лікування алкоголізму включено в програму відновлювального лікування лише в небагатьох реабілітаційних центрах [14–16].

Іншим маркером для формування програми комплексного медико-психологічного супроводу зазначених хворих, на наш погляд, є суїцидальна поведінка. Поширеність самогубств серед пацієнтів даної категорії в 2–6 разів вище, ніж у загальній популяції, на них припадає близько 6–9% причин смерті після травмуючої події [7]. Суїцидальний ризик значно підвищений для осіб молодше 25 років порівняно з їх однолітками серед населення України [11]. У структурі смертності пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання, самогубство посідає третє місце і частіше трапляється упродовж 1–5 років після травмуючої події [7, 11, 13]. Найбільший ризик суїциду виявлено в осіб із неповним пошкодженням спинного мозку і відносно хорошим фізичним станом, що суперечить поширеному переконанню про зв'язок тяжкості наслідків нейрохірургічного втручання

і психологічних порушень [12, 14–16]. Крім того, в літературі немає інформації про незавершені суїциди, пасивні суїциди і парасуїцид серед даної категорії пацієнтів. Це питання і нині вимагає подальшого вивчення. Як пасивний суїцид слід розглядати відмову пацієнта від лікування і турботи про себе. Деякі дослідники вважають, що частота пасивних суїцидів вище, ніж активних [7, 8].

Слід також зазначити, що тривожно-депресивні розлади після нейрохірургічного втручання мають свої особливості. Найчастіше трапляються депресія, тривога і відчуття безнадійності [4, 8, 13, 14]. Депресія виникає як реакція на власну безпорадність і практично постійну залежність від оточуючих. Особливостями її у даної категорії хворих є почуття провини перед близькими, сором з'являтися на людях, відчуття безсилля перед обличчям хвороби, зниження віри в одужання і сумніви в необхідності жити далі [6, 8–10]. Клінічні прояви депресії мають різний ступінь тяжкості — від незначних реакцій і порушень адаптації до великих депресивних епізодів. Стійкість депресії пов'язана з щоденними розчаруваннями, труднощами пересування, економічними і професійними обмеженнями, навантаженням на сімейні ролі і міжособистісні відносини. Раніше вважалося, що депресія є універсальною реакцією на такого роду травмуючу подію [4], але в теперішній час вона розглядається деякими клініцистами як стадія нормального процесу адаптації.

Сучасні дослідження показують, що психологічна відповідь на травму є індивідуальною. Крім того, автори наводять різну частоту виявлення й глибину депресії, проте в деяких дослідженнях встановлено її повну відсутність у пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання [4, 8, 9]. Цю неузгодженість результатів можна пояснити тим, що на адаптацію до травми впливає не тільки емоційний стан пацієнтів, а і комплекс таких факторів, як індивідуальні особливості подолання стресу, медичні наслідки, підтримка сім'ї, соціально-економічний статус хворого [1, 2].

Різноманітність даних про поширеність депресії у пацієнтів зі спинномозковою травмою може бути пов'язана з недостатньою підготовленістю фахівців та труднощами диференціальної діагностики симптомів депресії від симптомів загального захворювання або з некоректно сформованими групами дослідження. Нерідко спостерігається і гіпердіагностика депресії. На це може впливати емоційне ставлення до пацієнтів, яке формується у медичних працівників, що розцінюють їх більш депресивними, ніж вони є насправді [7, 11]. Відомо, що отриманий у процесі реабілітації результат багато в чому залежить від загальної активності пацієнта, його мотивації щодо відновного лікування

та психологічної адаптації. Розуміння того, які чинники позитивно або негативно впливають на реабілітаційний процес, є ключем до ефективного відновного лікування [1, 6, 9].

Слід пам'ятати, що у пацієнтів, які перенесли нейрохірургічне втручання, одним із актуальних завдань є налагодження міжособистісних відносин у сім'ї та найближчому оточенні, у них також з'являються проблеми, пов'язані з втратою і зміною соціальних ролей та дефіцитом соціальної підтримки. У процесі спілкування з іншими людьми відбувається інтеріоризація соціальних норм і відносин, у хворого змінюється самооцінка, формується ставлення до хвороби, до оточуючих тощо. Тому в процесі медико-психологічної реабілітації хворого при роботі з родичами треба більше уваги приділяти інформуванню та сімейному консультуванню. На нашу думку, доцільно доводити до рідних інформацію про особливості когнітивних порушень хворого, про його емоційний стан, реакції особистості на захворювання, роз'яснювати необхідність допомоги хворому з боку близьких осіб щодо відновлення порушених рухових і когнітивних функцій залежно від вираженості клінічних порушень; надавати консультації та залучати психологів до поліпшення взаємодії та співпраці пацієнта із сім'єю і найближчим оточенням.

Отже, на сьогодні медична реабілітація — це не просто призначення будь-яких вправ після виписки з лікарні або курс фізіотерапії наприкінці стаціонарного періоду, а комплекс заходів, які передбачають участь лікарів різних сфер: фізіотерапевтів, масажистів, психологів, логопедів та ін.

Провідними механізмами реабілітації залишаються відновлення порушених функцій і компенсація, у тому числі за рахунок пристосування за допомогою різних засобів (біологічних, ортопедичних, допомоги персоналу і родичів). Два цих процеси доповнюють один одного і сприяють адаптації хворого до навколишнього середовища [10].

У свою чергу, етапи психологічної реабілітації хворого відображаються в динаміці суб'єктивних змін системи відносин особистості хворого (до самого себе, до захворювання і лікування, до мікро- і макросоціуму) [6].

Таким чином, робота медичного персоналу (лікарів, медсестер, методистів ЛФК, масажистів та інших), який залучений до процесу медико-психологічної реабілітації хворих, що перенесли нейрохірургічне втручання, повинна бути орієнтована на емоційну підтримку і формування у пацієнта позитивної лікувальної перспективи, установок здорового способу життя, оптимістичної життєвої перспективи.

Отже, у процесі медико-психологічної реабілітації цієї категорії хворих програми

індивідуально-психологічного супроводу слід конструювати на принципах біопсихосоціального підходу. Систему заходів із формування терапевтичного середовища треба формувати на взаємодії, взаємопідтримці та обізнаності усіх членів терапевтичної групи: родичів та найближчого оточення хворого, усіх членів мультидисциплінарної бригади, робота якої спрямована на реабілітацію та адаптацію пацієнта. Така орієнтація всіх членів терапевтичного середовища хворого сприятиме підвищенню його власної відповідальності за результат лікування.

У цілому саме комплексна реабілітація дає змогу пацієнтові одужати повністю, а не частково. Успіх лікування залежить як від правильно встановленого діагнозу, так і від оптимально підбраного й проведеного лікування, а також правильної та своєчасної реабілітації пацієнта.

Список літератури

1. *Гафарова В. В.* Программа ВОЗ «MONICA психосоциальная»: риск возникновения инсульта и психосоциальные факторы (эпидемиологическое исследование) / В. В. Гафарова // Инсульт. Прил. к «Журн. неврологии и психиатрии».— 2014.— С. 40–45.
2. *Гев'як О. М.* Особливості фізичної реабілітації хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу / О. М. Гев'як, В. В. Рокочевська, М. С. Білобрин // Актуальні питання та організація медичної допомоги людям похилого віку: зб. ст. наук.-практ. конф. з нагоди 25-річчя Київського міського шпиталю інвалідів Великої Вітчизняної війни.— К., 2014.— С. 40–42.
3. *DeVivo M. J.* Suicide following spinal cord injury / M. J. DeVivo // Paraplegia.— 1991.— Vol. 29, № 9.— P. 620–627.
4. *Jensen M.* Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review / M. Jensen // Arch. Phys. Med. Rehabil.— 2011.— Vol. 92, № 1.— P. 146–160.
5. *Ja Hyeon Ku.* Health-related quality of life in patients with spinal cord injury: review of the short form 36-health questionnaire survey / Ku Ja Hyeon // Yonsei Med. J.— 2007.— Vol. 48, № 3.— P. 360–370.
6. *Pendlebury S. T.* Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis / S. T. Pendlebury // Lancet Neurology.— 2009.— Vol. 8 (1).— P. 1006–1018.
7. Focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment / W. J. Powers, C. P. Derdeyn, J. Biller [et al.] // Stroke.— 2015.— № 46 (10).— P. 152.
8. *Lee S.* The effects of cognitive exercise therapy on chronic stroke patients upper limb functions, activities of daily living and quality of life / S. Lee // J. of Physical Therapy Science.— 2015.— № 27 (9).— P. 2787–2791. doi: 10.1589/jpts.27.2787
9. The epidemiology of traumatic cervical spine fractures: a prospective population study from Norway / H. Fredo [et al.] // Scandinavian J. of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.— 2012.— Mode of access: <http://www.sjtrem.com/content/20/1/85>.— Date of access: 14.07.2013
10. CNS immune responses following experimental stroke / D. Zierath, M. Thullberg, J. Hadwin [et al.] // Neurocrit. Care.— 2010.— № 12 (2).— P. 274–284.
11. *Віничук С. М.* Динаміка неврологічних функцій у хворих з ішемічним інсультом та ФНП-альфа: клініко-імунохімічні кореляції / С. М. Віничук, Т. М. Черенько, О. Л. Маркулан // Наук. вісн. національного медичного ун-ту ім. О. О. Богомольця.— 2013.— № 2–3.— С. 48–52.
12. *Гусев Е. И.* Современные патогенетические аспекты формирования хронической ишемии мозга / Е. И. Гусев, А. С. Чуканова // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2015.— № 3.— С. 4–9.
13. *Корсакова Н. К.* Клиническая нейропсихология / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте.— М.: Академия, 2003.— 246 с.
14. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия.— М.: Академия, 2002.— 448 с.
15. *Алфеева В. В.* Визначення стадії відновлення хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу як основний компонент реабілітаційного обстеження / В. В. Алфеева // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту.— Л., 2007.— Т. 2, вип. 11.— С. 13–16.
16. *Булюбаш И. Д.* Эмоциональное состояние и особенности мотивации в восстановительном лечении пациентов с последствиями спинальной травмы / И. Д. Булюбаш // Паллиативная медицина и реабилитация: науч.-практич. журн.— 2012.— № 4.— С. 51–56.
17. *Кокоткина Л. В.* Современные подходы к медико-психологической реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга / Л. В. Кокоткина.— 2008.— № 2.— С. 21–25.
18. *Напреенко О. К.* Депресія та тривога. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: посіб. для поліпшення якості роботи лікарів; за ред. проф. І. П. Смірної / О. К. Напреенко.— К.: Здоров'я, 1999.— 165 с.
19. *Погорелов О. В.* Нейропсихологічна характеристика міжкульових порушень при транзиторних ішемічних подіях у хворих на церебральний атеросклероз / О. В. Погорелов // Архів клінічної та експериментальної медицини.— 2013.— Т. 18, № 2.— С. 192–196.
20. *Цветков А. А.* Оптимизация восстановительных

мероприятий при позвоночно-спинномозговой травме в позднем периоде: дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.00.51 / А. А. Цветков.— Воронеж, 2006.— 207 с.

21. *Марута Н. А.* Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // *НейроNEWS*.— 2013.— № 8.— С. 16–19.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

К. В. АЙМЕДОВ, Е. А. ГРИГОРЬЕВ, С. П. ГОРИЩАК

Рассмотрена проблема медико-психологической реабилитации больных после нейрохирургического вмешательства. Представлены результаты анализа современных теоретических и экспериментальных исследований в рамках медико-психологического сопровождения больных, перенесших нейрохирургическое вмешательство, указаны актуальные маркеры их реабилитации. Предложена концепция модели мультидисциплинарной помощи данной категории пациентов, основанная на биопсихосоциальном подходе к лечению.

Ключевые слова: нейрохирургическое вмешательство, нейрохирургия, реабилитация, медико-психологическое сопровождение, медико-психологическая реабилитация, мультидисциплинарные бригады.

THE PECULIARITIES OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH THE HISTORY OF NEUROSURGICAL INTERVENTION

K. V. AIMEDOV, Ye. O. HRYHORIEV, S. P. HORYSHCHAK

The authors raise the problem of medical and psychological rehabilitation of patients after neurosurgical intervention. The results of the analysis of modern theoretical and experimental studies in the framework of medical and psychological support of patients who underwent neurosurgical intervention are presented. The proper markers of their rehabilitation are shown. The authors propose the concept of a model of multidisciplinary care in this category of patients, based on a biopsychosocial approach to the treatment.

Key words: neurosurgical intervention, neurosurgery, rehabilitation, medical and psychological support, medical and psychological rehabilitation, multidisciplinary teams.

Надійшла 05.10.2017