

Л. Г. Матвіць

**ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ М'ЯКИХ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ
ПРИ ПРОВЕДЕННІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УМОВАХ АМБУЛАТОРІЇ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

У похилому віці звичні ситуації часто перетворюються на проблемні, які викликають стрес, а пацієнт намагається їх перебороти. Переборювання направлене на пошук шляхів зміни взаємозв'язку між суб'єктом і стресовими умовами зовнішнього середовища або на зниження його емоційних переживань і дистресу; воно проявляється на когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях у формі різноманітних стратегій протидії стресогенним факторам або стресовим реакціям.

При надмірних довготривалих нервово-психічних навантаженнях у пацієнтів похилого віку розвиваються дезадаптивні стани. Досить часто пацієнти літнього віку скаржаться на слабкість, підвищену втомлюваність, дратівливість, нетерплячість, ослаблення або втрату здатності до фізичного або розумового напруження. Значне місце в клінічній картині порушень адаптації посідає біль. Пацієнти висловлюють скарги на головний біль, біль в хребті, кістках і суглобах, животі. Може спостерігатись, також, нестійкість настрою, тенденція до його зниження з сльозливістю, перебільшеною образливістю, важкість концентрації уваги, минущі явища мнестичної слабкості зі скаргами на забудькуватість, труднощі швидкого пригадування необхідного, що притаманно для астеничного стану.

Подібні скарги характерні і для цереброваскулярних захворювань, таких як дисциркуляторна енцефалопатія, гіпертонічна енцефалопатія, церебральний атеросклероз.

Нами було проведено вивчення думки та обсягу заходів, які проводять лікарі загальної практики-сімейні лікарі (ЗП-СЛ) з приводу психоемоційної діагностики та реабілітації у пацієнтів похилого віку з соматичною патологією. За результатами анкетування 649 лікарів ЗП-СЛ сільської місцевості і міських поселень, 18,57% лікарів психоемоційні порушення у пацієнтів похилого віку з соматичною патологією означають діагнозами порушень головного мозку судинного генезу. Традиційна для вітчизняної неврологічної практики і загальної практики слабка увага до емоційного стану пацієнта призвела до недостатньої компетенції в психодіагностиці у сімейних лікарів. Причини розглядаються як наслідок, тобто супутні і вторинні розлади, без надання спрямованої кваліфікованої медичної допомоги. Але вони є головним фактором порушення щоденного функціонування, особливо в похилому віці, і головним негативним наслідком для літнього пацієнта є втрата потенціалу самостійного існування в суспільстві.

Психоемоційний стрес є важливим серед факторів ризику розвитку ускладнень артеріальної гіпертонії (АГ), який активізує природжені фізіологічні механізми,

збільшує викид катехоламінів, звужує судини, підвищує рівень цукру, холестерину, артеріальний тиск, порушує обмін гормонів наднирників, впливає на гіпофіз, гіпоталамус.

Нами досліджувався нервово-психічний стан 251 пацієнтів похилого віку з соматичною патологією, які зверталися по медичну допомогу в амбулаторію загальної практики-сімейної медицини (АЗПСМ) за місцем проживання. За допомогою методики PSM-25 [Lemyr—Tessier—Fillion], що передбачала вимірювання стресу як природного стану психічної напруженості було виявлено 10,0% пацієнтів із високим рівнем стресу, 62,1% пацієнтів із середнім рівнем стресу, і третина пацієнтів (27,9%) були психоемоційно адаптованими.

Дослідження структури невротичного реагування пацієнтів за методикою К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича (1998) виявило у пацієнтів із високим рівнем стресу невротичну депресію, астенію, вегетативні порушення у всіх 100% обстежених; у пацієнтів із середнім рівнем стресу переважала невротична депресія (93,6%), астенія (85,9%); серед адаптованих у більшій половині пацієнтів (52,9%) виявлено астенію. Отже, астенія виявилась найбільш характерним типом невротичного реагування для всіх людей похилого віку.

У гериатричних пацієнтів з АГ невротичні прояви астенії виявлені у 100% пацієнтів із високим рівнем стресу, 90,8% – із середнім рівнем стресу і 86,5% пацієнтів проявляли ознаки астенії, залишаючись у межах психологічної адаптованості до робочих навантажень, компенсуючи зниженням психологічного функціонального оптимуму, тоді як у пацієнтів похилого віку з соматичною патологією без АГ з високим рівнем стресу астенія виявлена у 100%, з середнім рівнем – у 86,0%, а серед адаптованих – тільки у 15,2% пацієнтів. Встановлено високу кількість пацієнтів з астенією при I ст. АГ (83,9%) та достовірне зростання ($p < 0,05$) наявності астенії у пацієнтів із другою стадією АГ (95,9%) і стабілізацією показника в III стадії АГ (95,0%), що підтверджує формування астеничного стану на початку захворювання і його недостатнє корегування лікувальними-профілактичними заходами.

Для оптимізації медичної реабілітації пацієнтів похилого віку з АГ в поєднанні з іншою соматичною патологією розроблено модель медико-психологічного супроводу для застосування на практиці лікаря ЗП-СЛ, що включає алгоритм медико-психологічного консультування пацієнтів похилого віку з соматичною патологією; групову форму інтерактивного динамічного спілкування між пацієнтами з приводу їх проблем, що викликають

надмірне нервово-психічне напруження, в умовах АЗ-ПСМ; нагляд та психологічну підтримку сімейної медсестри за психологічним станом консультованого пацієнта в родині, серед оточення.

Оцінюючи ефективність застосування медико-психологічного супроводу встановлено регресію невротичних скарг, що кількісно визначалися за методикою А. І. Сердюка (1994), характерних для астенії ($\Delta=11,13 \pm 0,67$ – високий, $\Delta=10,05 \pm 0,69$ – середній рівень стресу) у пацієнтів похилого віку з соматичною патологією, поєднаною з АГ; зниження рівня нервово-психічного напруження (стресу)

пацієнтів із коефіцієнтом медичної ефективності 0,7, тоді як без застосування медико-психологічного супроводу у групі порівняння коефіцієнт медичної ефективності становив 0,07. За результатами дослідження зміни якості життя методикою Mezzich (Coher, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999) від застосування комплексної терапії з медико-психологічним супроводом встановлено покращення якості життя через два місяці після лікування у 2,16 рази, тоді як у групі порівняння – тільки в 1,14 разів, отже соціальна ефективність від застосування медико-психологічного супроводу зросла у 1,89 рази.