

УДК: 616.89: 616-036.86: 616.831-005

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Н. И. Васильченко¹, В. Б. Смычек²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск

²ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», г. Минск

Резюме

Первым шагом в реализации программы восстановительного лечения пациентов с мозговым инсультом является комплексная оценка реабилитационного потенциала. Важным в определении интегрального уровня реабилитационного потенциала является оценка психологической составляющей. В статье освещены критерии оценки уровня психологической составляющей реабилитационного потенциала, определения тяжести отдельных категорий жизнедеятельности в зависимости от нарушений когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы.

Ключевые слова: ограничение жизнедеятельности, реабилитация, реабилитационный потенциал, мозговой инсульт, психологическая составляющая, когнитивные функции, эмоционально-волевая сфера.

Summary

The comprehensive assessment of rehabilitation potential is the first step in the implementation of the program of medical rehabilitation for patients with stroke. The assessment of psychological component is important in determining the integral level of rehabilitation potential. The article describes the assessment criteria in the level of psychological component of rehabilitation potential, the determination of severity in separate categories of vital activities according to cognitive deterioration and emotional-volitional system.

Keywords: Disability, rehabilitation, rehabilitation potential, stroke, psychological component, cognitive functions, emotional-volitional system.

Во многих странах мира, в том числе и в Республике Беларусь, наблюдается рост заболеваемости цереброваскулярной патологией и, в частности, самым тяжелым ее проявлением – нарушением мозгового кровообращения [1, 2, 3]. Проблема мозгового инсульта многолика, касается не только медицинских, но также экономических и социальных аспектов жизни индивида и общества.

Наиболее тяжелыми в социальном и медицинском аспекте последствиями инсульта являются двигательные дефекты, однако в некоторых ситуациях не менее важными становятся психологические, познавательные и социальные проблемы [4, 5]. В ряде случаев даже при легком неврологическом дефиците не удается добиться максимального эффекта реабилитационных мероприятий, достичь желаемого уровня независимости пациентов в повседневной активности и профессионально-трудовой деятельности. И это связано, прежде всего, с когнитивными и эмоциональными нарушениями.

В литературных источниках отечественных и зарубежных авторов последнего десятилетия подчеркивается, что процесс реабилитации малоэффективен без учета личности пациента. Отмечена роль нейропсихологической реабилитации в комплексном реабилитационном лечении пациентов, перенесших инсульт, т. е. восстановление нарушенных высших мозговых функций, основными из которых являются речь, гнозис, праксис [6, 7].

Таким образом, важной в определении интегрального уровня реабилитационного потенциала (РП) пациентов, перенесших мозговой инсульт, является оценка психологической составляющей. Благоприятные психологические предпосылки являются залогом успешного проведения реабилитации, требующей от больного значительных усилий на протяжении длительного времени.

При этом оценка уровня РП по психологической составляющей у пациентов, перенесших мозговой инсульт, учитывает оценку нарушений высших психических функций (когнитивной сферы) и эмоционально-волевой сферы.

Важность психологического обследования в процессе реабилитации определяется существенным влиянием особенностей психической деятельности человека и его личностных характеристик на степень возникающих при заболевании нарушений жизнедеятельности и на эффективность реабилитационной помощи [8].

У пациентов, перенесших мозговой инсульт, для оценки психологической составляющей РП мы использовали такой инструмент как «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», которая позволяет оценить и описать уровни функционирования пациентов, в том числе и в плане нарушения высших психических функций и нарушений эмоционально-волевой сферы [9]. У лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, мы

выбрали основные функции, характеризующие состояние когнитивной и эмоциональной сферы. Это функция внимания – код в140, функция памяти – код в144, функция эмоции – код в152.

Нами на этапе ранней стационарной медицинской реабилитации предложено для оценки психологической составляющей РП проводить диагностику наличия и выраженности степени нарушений по данным категориям. Именно сохранность или нарушения этих функций наиболее значимы в восстановительном периоде после инсульта, как для составления индивидуальной программы реабилитации (ИПР) пациента, так и для прогноза дальнейшего восстановления.

В настоящее время для исследования нарушений высших психических функций и эмоционально-волевой сферы предложено большое количество тестов [10, 11, 12].

Нами на основе обследования 187 пациентов в возрасте от 39 до 67 лет, проходивших стационарный этап реабилитации в ГУ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации» в раннем восстановительном периоде нарушения мозгового кровообращения, разработан алгоритм диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у данной категории пациентов, который предполагает определенную последовательность выполнения методик [13].

Изначально диагностика когнитивных и психоэмоциональных нарушений базировалась на жалобах пациента, опросе его родственников. Затем проводилось нейропсихологическое тестирование. В соответствии с предложенным нами алгоритмом диагностики при оценке психологической составляющей РП в качестве первичного шага (скрининговый метод) проводили краткое исследование психического состояния (MMSE). Затем проводили диагностику по следующим методикам и тестам.

При оценке функции памяти (в 144) использовали методику запоминания 10 слов, отмечали нарушения кратковременной памяти, отсроченного воспроизведения. При этом предполагается реабилитантов с отсутствием нарушений и их легкой степенью выраженности отнести в группу с высоким РП по данному параметру, умеренные нарушения хотя бы по одному из показателей памяти (непосредственная, отсроченная) оценивать, как средний РП, а выраженные нарушения показателей памяти – низкий РП.

Нарушения внимания (в 140) также очень распространены у пациентов с мозговыми инсультами. В нашем исследовании предложено использование таблиц Шульте. При оценке РП с учетом показателей внимания отсутствие нарушений, а также легкие и умеренные нарушения соответствуют высокому РП, выраженные нарушения – среднему РП. Изолированные нарушения внимания не приводят к выраженному снижению уровня РП по психологической составляющей, т. е. низкому РП.

При исследовании эмоционально-волевой сферы (функция эмоции – в 152) особое внимание уделялось проявлениям депрессии и тревоги. Не-

редко их влияние на мотивацию в плане восстановления нарушенных функций и прохождения курса реабилитации затрудняет проведение плана лечения в полном объеме. Диагностика основывалась на жалобах пациентов и результатах по шкале Бека для оценки уровня депрессии. Пациенты с отсутствием депрессии и наличием легких симптомов отнесены в группу с высоким уровнем РП по психологической составляющей. И чем выше проявления депрессии, тем ниже РП, т. е. умеренная депрессия – средний уровень РП, выраженная депрессия – низкий уровень РП.

Немаловажное значение имеет степень выраженности тревоги, как ситуативной, так и личностной, у данного контингента пациентов. Доказано, что повышенный уровень тревожности создает неблагоприятный психоэмоциональный фон и препятствует проведению мероприятий медицинской реабилитации в полном объеме. Для оценки уровня тревоги использовали шкалу Спилбергера-Ханина. У пациентов с низкой и умеренной тревожностью РП по психологической составляющей расценивали как высокий, так как определенный уровень тревожности необходим как защитный саногенетический механизм у данной категории пациентов. И, соответственно, с нарастанием уровня тревожности минимизируется уровень РП до среднего и низкого.

Выбор именно этих методик и их сочетание базировались на необходимости создания инструментария не только для констатации нарушения функций, но и степени их выраженности. Удобство представляет и возможность применения этого алгоритма в плане его компактности и взаимодополняемости, учитывая быструю утомляемость данной категории пациентов.

В целом, при оценке высших психических функций и эмоционально-волевой сферы у пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения, изолированность нарушений наблюдается редко, чаще наблюдаем полиморфизм, как в плане их сочетаний, так и степени выраженности каждого из них.

В соответствии с общепризнанными данными [14], уровень оценки РП по психологическому статусу соответствует следующим критериям:

Высокий уровень – высокая толерантность к психоэмоциональным нагрузкам, эмоционально-волевая устойчивость, высокая мотивация достижения, эмоциональная адекватность, возможности ориентировки в новом, длительной концентрации внимания, навыки общения и взаимодействия с другими.

Средний уровень – выраженная истощаемость психических процессов, выраженное снижение высших психических функций и невозможность полной их компенсации, выраженная эмоциональная неустойчивость, выраженное нарушение процесса общения.

Низкий уровень – отсутствие мотиваций достижения успеха, значительно выраженный интеллектуальный дефект, значительно выраженный дефект эмоционально-мотивационной сферы, невозможность воспринимать и перерабатывать ин-

формацию, общаться, контролировать свое поведение.

В соответствии с этими критериями при оценке нарушений высших психических функций

и эмоционально-волевой сферы мы можем определить уровень РП по психологической составляющей (табл. 1).

Таблица 1

Уровень РП в зависимости от степени выраженности нарушений

Домен	Высокий уровень РП	Средний уровень РП	Низкий уровень РП	Крайне низкий уровень РП
Память (в 144)	Нет нарушений Легкие нарушения	Умеренные нарушения	Выраженные нарушения	Деменция
Внимание (в 140)	Нет нарушений Легкие нарушения Умеренные нарушения	Выраженные нарушения		
Тревога (в 152)	Низкая тревожность Умеренная тревожность	Высокая тревожность по одному из компонентов (ситуативная или личностная)	Высокая тревожность по двум компонентам (ситуативная и личностная)	Контакт ограничен Тесты не выполняет
Депрессия (в 152)	Отсутствие депрессивных симптомов Легкая депрессия	Умеренная депрессия	Выраженная и тяжелая депрессия	Контакт ограничен Тесты не выполняет

При комплексной оценке психологической составляющей РП у пациентов после мозгового инсульта с учетом исследования показателей памяти, внимания, депрессии и тревоги ориентировались на наиболее выраженные изменения. Так, к примеру, при умеренных нарушениях хотя бы по одному показателю памяти и легком нарушении внимания пациента относили в группу со средним РП. При сочетании легких нарушений памяти и/или внимания относим реабилитантов в группу с высоким РП.

Характеристика последствий болезни с точки зрения современных позиций экспертизы и реабилитации требует не только оценки нарушений, но и оценки выраженности ограничений жизнедеятельности вследствие имеющихся нарушений.

При нарушении ВПФ, включающих в себя функцию памяти (в 144), функцию внимания

(в 140) и эмоционально-волевою сферу, включающей функцию эмоций (в 152) при легких/незначительных нарушениях страдает, в первую очередь, способность к контролю поведения.

Умеренно выраженные нарушения психической сферы приводят к снижению способности к общению. А нарушения когнитивной и эмоционально-волевой сферы выраженного или резко выраженного характера приводят не только к нарушению контроля поведения и общения, но и утрате возможности самообслуживания, т. е. нарушение этой категории проявляется в далеко зашедших стадиях при более выраженных нарушениях памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы и позднее, чем ограничение таких категорий жизнедеятельности, как контроль поведения и общения (рис. 1)



Рис. 1. Ограничения жизнедеятельности при прогрессировании нарушений ВПФ эмоционально-волевой сферы

Мы предлагаем критерии определения тяжести отдельных категорий ограничений жизнедеятельности (контроля поведения, общения, самообслуживания) в зависимости от клинико-функциональной характеристики нарушений когнитив-

ных функций и эмоционально-волевой сферы при определении психологической составляющей реабилитационного потенциала, с учетом градации степени нарушений, рекомендованных «Междуна-

родной классификацией функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья».

Так при легких нарушениях высших психических функций (включающих легкое нарушение памяти, умеренное нарушение внимания) и эмоционально-волевой сферы (умеренная тревожность, легкая депрессия) констатируем легкое нарушение контроля поведения. При прогрессировании нарушений (умеренное нарушение памяти, выраженное нарушение внимания, выраженная тревожность,

умеренная или выраженная депрессия) ограничение жизнедеятельности контроля поведения достигает умеренной степени и дополнительно возможно развитие нарушения общения. При тяжелых нарушениях – мягкая или умеренная деменция, тяжелая депрессия помимо выраженного нарушения контроля поведения и умеренного или выраженного нарушения общения возникает и нарушение способности к самообслуживанию.

Таблица 2

Критерии определения ограничений жизнедеятельности (контроля поведения, общения, самообслуживания) у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения при оценке психологической составляющей РП

Критерии нарушения	Клинико-функциональная характеристика нарушений	Клинико-функциональная характеристика ограничений жизнедеятельности
Нет нарушений (0–4 %)	Нет нарушений памяти Легкое нарушение внимания, мышление Низкая тревожность Отсутствие депрессивных симптомов	Нет нарушений
Легкие нарушения (5–24 %)	Легкое нарушение памяти Умеренное нарушение внимания, мышление Умеренная тревожность Легкая депрессия	Легкое нарушение контроля поведения
Умеренные нарушения (25–49 %)	Умеренное нарушение памяти Выраженное нарушение внимания, мышление Выраженная тревожность Умеренная или выраженная депрессия	Умеренное нарушение контроля поведения Легкое нарушение общения
Тяжелые нарушения (50–95 %)	Мягкая или умеренная деменция Тяжелая депрессия	Выраженное нарушение контроля поведения Умеренное или выраженное нарушение общения Легкое или умеренное нарушение способности к самообслуживанию
Абсолютные нарушения (96–100 %)	Тяжелая деменция	Резко выраженное нарушение способности контроля поведения Резко выраженное нарушение способности к общению Резко выраженное нарушение способности к самообслуживанию

Таким образом, оценка ВПФ и эмоционально-волевой сферы у пациентов, перенесших мозговой инсульт, является важным компонентом при оценке РП (психологической составляющей) и формирования индивидуальной программы реабилитации. При этом необходима не только констатация нарушений и диагностика степени их выраженности, но и оценка наиболее значимых категорий жизнедеятельности (самообслуживания, общения, контроля поведения), которые страдают вследствие этих проблем. Это необходимо для составления программы реабилитации с учетом воздействия как на восстановление утраченных функций, так и возможности восстановления или компенсации бытовой и социальной активности.

Литература

1. Авдей Г. М. Цереброваскулярная патология и инсульт (сообщение 1) / Г. М. Авдей,

С. Д. Кулеш, М. С. Шумскас // Медицинские новости. – 2008. – № 3. – С. 18–22.

2. Виленский Б. С. Инсульт – современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. – № 2. – С.

3. Виленский Б. С. Современное состояние проблемы инсульта / Б. С. Виленский, Н. Н. Яхно // Вестник РАМН. – 2006. – № 9–10. – С. 18–24.

4. Stroke: A Practical Guide to Management / Warlow C. P., Dennis M. S., van Gijn J. et al. // London, 1997.

5. Warlow C. P. Epidemiology of stroke // Lancet. – 1998. – Vol. 352. – P. 1–4.

6. Ковальчук В. В. Основные принципы реабилитации больных, перенесших инсульт / В. В. Ковальчук, А. А. Скоромец // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – № 4. – 2007.

7. Маркин С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С. П. Маркин // Журнал неврологии и психиатрии. – Вып. 2, № 12. – 2010.

8. Смычек В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В. Б. Смычек. – М.: Медицинская литература. – 2009. – 560 с.

9. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ, Женева, 2001.

10. Захаров В. В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения / В. В. Захаров. – Cons. med. – 2011. – № 13 (2). – С. 98–106.

11. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-ое издание. – СПб: Питер, 2008. – 496 с.

12. Евстигнеев В. В. Когнитивные нарушения в неврологической практике: научно-методическое пособие / В. В. Евстигнеев, О. В. Кистень, Е. А. Юршкевич и др.; под ред. проф. В. В. Евстигнеева. – Мн.: Белпринт, 2009. – 224 с.

13. Васильченко Н. И. Алгоритм диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов, перенесших мозговой инсульт / Н. И. Васильченко // Материалы 3-й научно-практической конференции «Здоровье для всех» (Пинск, 2011 г.). – С. 44–46.

14. Лаврова Д. И. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях / Д. И. Лаврова, М. М. Косичкин, О. С. Андреева и др. – Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – № 3. – 2004. – С. 10–14.



УДК 616.37-001, 616.37-089, 614.29

ПОКАЗНИКИ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В УКРАЇНІ

А. В. Косинський, Д. Л. Бузмаков

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

Резюме. В статті проведено аналіз структури, рівня первичної і накопленої інвалідності (НИ) і їх динаміка за 7 лет в результаті патології підшлункової залози (ПЖ) в Україні. Рівень первичної інвалідності (ПІ) внаслідок патології ПЖ склав 3 на 100 тис. трудоспособного населення і залишався незмінним в течение 7 останніх лет. К ПІ в 88,6 % випадків приводив хронічний панкреатит. У 30,1 % хворих інвалідизація настала в трудоспособному віці до 40 лет, у 30,0 % інвалідів визначалася тяжка інвалідність. При панкреатогенних кистах спостерігався найбільший серед усіх патологій ПЖ термін перебування на групі інвалідності (до 4 лет) і найнижчий показник повної реабілітації (1,2 %), а рівень НИ при даній патології погіршився за 7 лет в 2,4 рази. Удосконалення критеріїв визначення обмеження життєдіяльності і розробка нових ефективних способів реабілітації дозволить в подальшому знизити рівень інвалідизації при патології ПЖ.

Ключевые слова: патология поджелудочной железы, панкреатический свищ, киста поджелудочной железы, инвалидность.

Summary. The article analyzed the structure of primary and accumulated disability (AD) and their dynamics in 7 years due to pathology of the pancreas (PP) in Ukraine. The level of primary disability (PD) due to PP amounted to 3 in 100 thousand working population and remained unchanged over the last 7 years. By PD in 88,6 % of cases resulted in chronic pancreatitis. Disability occurred in patients with of working age to 40 years in 30,1 % of cases, 30,0 % was determined severe disability. The highest term of disability (4 years) and lowest index of complete rehabilitation (1,2 %) had pancreatic cysts among all the pathology of pancreatic, and the level of AD in this pathology worsened for 7 years by 2.4 times. Improving criteria for disability determine and development of new effective methods of rehabilitation will further reduce disability in the PP.

Keywords: pancreatic pathology, pancreatic fistula, pancreatic cyst, disability.