

НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ
У ПІСЛЯІНСУЛЬТНОМУ ПЕРІОДІ

Ключові слова: інсульт, невротичні розлади, лікування.

Резюме. Вивчали клініку невротичних розладів у хворих в післяінсультному періоді: вплив віку, статі пацієнтів, локалізації вогнища, ступеня тяжкості інсульту на формування межової психопатології. Розробили комплексний диференційований підхід до лікування невротичних розладів у післяінсультному періоді.

Вступ

За останні десятиріччя інсульти виникають у більш ранньому віці, ніж у попередні роки [1, 5, 6]. Як найважче ускладнення захворювань серцево-судинної системи, вони, більш ніж у половині випадків, вражають людей працездатного віку – ризик їх виникнення різко збільшується після 40 років, а найбільша кількість інсультів виявлена в осіб віком 51 - 60 років [2, 4]. Звертає на себе увагу високий ступінь інвалідизації цих хворих: лише 20% з них повертається до праці, і ще 20% хворих потребує подальшого лікування і постійного догляду [4, 7]. Психічні розлади, які виникають після перенесеної мозкової катастрофи, зумовлені як безпосередньо судинним захворюванням, так і їх ускладненням – інсультом; обтяжують його перебіг, терміни перебування в лікарні та подальшої реабілітації [8-10].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити особливості формування та клінічні прояви невротичних розладів у постінсультному періоді, розробити комплексний диференційований підхід до терапії вищезазначеної патології.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

За допомогою клініко-психопатологічного, клініко-неврологічного, експериментально-психологічного методів проведено обстеження 110 осіб: 1 група - 80 хворих на невротичні розлади в період від 10 діб до 1 місяця після інсульту; 2 група - 30 хворих на невротичні розлади без інсульту в анамнезі. Хворі були віком від 45 до 61 років (середній вік хворих $51 \pm 1,9$). Серед 80 хворих 1 групи у 69 (86,25%) діагностовано ішемічний інсульт, геморагічний інсульт – у 11 (13,75%). У 64 (80,0%) осіб інсульт трапився вперше, у 16 (20,0%) – повторно. У 57 (71,25%) пацієнтів діагностовані порушення

рухової сфери різного ступеню. За статтю хворі 1 групи розподілилися таким чином: жінки – 50 (62,5%), чоловіки - 30 (37,5%). Розладів свідомості, праксису, гнозису чи деменції в обстежуваних хворих не спостерігалось.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У клініці невротичних розладів у досліджуваних хворих основної групи переважали астеничний – у 32 пацієнтів (40%), неврастеноподібний – у 32 (40%) синдроми. У 10 осіб діагностований тривожно-астеничний синдром (12,5%) (табл. 1). При інсульті, що розвинувся вперше, статистично вірогідно переважав астеничний синдром, а при повторному – неврастеноподібний.

У хворих контрольної групи переважали астеничний – у 12 пацієнтів (40,0%), неврастеничний – у 7 (23,3%) та тривожний – у 4 (13,3%) синдроми.

За Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду діагностовані психопатологічні синдроми відносилися до рубрик F06.6 – Органічні емоціонально лабільні (астеничні) розлади, F06.4 – Органічний тривожний розлад та F44.7 – Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади (у хворих групи порівняння).

При аналізі розвитку невротичних порушень у хворих контрольної групи була виявлена статистично вірогідна залежність від наявності психотравмуючої ситуації в анамнезі ($p < 0,001$) (що не спостерігалось у хворих основної групи).

У клініці астеничного синдрому у хворих 1 групи переважали скарги на головний біль, швидку втому, загальну слабкість, кволість, поганий сон переважно у вигляді порушення засинання. Під час розмови вони швидко виснажувалися, потребували відпочинку.

При неврастеноподібному синдромі переважали дратівливість, неперенесення гучної

Таблиця 1

Психопатологічні синдроми в обстежених групах пацієнтів

Синдроми	Основна група (n=80)		Група зіставлення (n=30)	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
Астенічний	32	40,0	12	40,0
Неврастеноподібний	32	40,0	7	23,3
Тривожний	4	5,0	4	13,3
Тривожно-астенічний	10	12,5	-	-
астено-субдепресивний	2	2,5	3	10,0
Іпохондричний	-	-	1	3,3
Істеричний	-	-	3	10,0

Таблиця 2

Зіставлення психопатологічних синдромів з локалізацією вогнища інсульту

Синдроми	Загальна кількість хворих	Басейн лівої середньо-мозкової артерії (n=17)	Басейн правої середньо-мозкової артерії (n=12)	Вертебро-базиллярний басейн (n=40)	Субарахноїдальний крововилив (n=6)	Паренхіматозний крововилив (n=5)
неврастеноподібний	32	6	7	18	1	-
тривожний	4	2	-	2	-	-
тривожно-астенічний	10	-	1	8	-	1
астенічний	32	9	2	12	5	4
астено-субдепресивний	2	-	2	-	-	-

мови, стучу, емоційна лабільність, плаксивість, порушення сну у вигляді поганого засинання та неглибокого, поверхневого сну з частими пробудженнями, відчуття сонливості протягом дня, головні болі внаслідок хвилювання. Рідко спостерігалися порушення апетиту. У 18% хворих виникали рантгові лакрімальні реакції на подразник, який не мав значення – вони розпитували лікаря, чому в них так легко з'являються сльози на очах поза їх волею. На нашу думку, це може бути однією з перших ознак розвитку психоорганічного синдрому, так само, як і інші симптоми, виявлені в пацієнтів основної групи, - надмірна лабільність емоцій, слабодухість, нестійкість уваги, з подальшим порушенням запам'ятовування, зниженням інтелектуальної активності, звуженням кола інтересів.

Ізольований тривожний синдром проявлявся емоційною напругою, тривогою протягом 2-3 і більше тижнів, яку пацієнти характеризували як "немотивовану, внутрішню" і не пов'язували з виникненням інсульту. Порушення сну: засинання, частого пробудження серед ночі через страхітливі сновидіння.

За наявності на фоні тривожного стану виражених астенічних розладів діагностувався тривожно-астенічний синдром. У 2 (2,5%) хворих спостерігався астено-субдепресивний синдром. У них на фоні підвищеної втоми, кво-

лості, загальної слабкості відмічався знижений настрій, спостерігалися невіра у видужання, знижена комунікабельність та ін.

Нами зроблено спробу виявити залежність синдромуутворення психопатології від локалізації вогнища інсульту (табл. 2)

З таблиці видно, що спостерігається тенденція до переважання неврастеноподібного синдрому при локалізації вогнища у вертебро-базиллярному басейні (22,5% всіх випадків невротичних розладів) і астенічного синдрому при вогнищі інсульту у вертебро-базиллярному басейні (15,0%) та басейні лівої середньо-мозкової артерії (11,3%).

Зіставлення неспсихотичних психічних розладів зі ступенем тяжкості перенесеного інсульту представлено в таблиці 3.

Отже, при легкому ступені тяжкості мозкового інсульту в клініці невротичних розладів частота виникнення астенічного і неврастеноподібного синдромів суттєво не відрізнялась – астенічний синдром спостерігався у 11 (39,3%) хворих, неврастеноподібний – у 10 (35,7%). При середньому ступені тяжкості в клініці частіше спостерігався неврастеноподібний синдром – 21 (48,8%) пацієнт, астенічний синдром діагностовано у 14 (32,6%) хворих. При тяжкому інсульті є тенденція до переважання астенічного синдрому, однак це ствердження потребує додаткового вивчення, через недостатню

Таблиця 3

Зіставлення неспсихотичних психічних розладів зі ступенем тяжкості перенесеного інсульту* (абс., %)

Психопатологічні синдроми	Ступінь тяжкості					
	легкий (n=28)		середній (n=43)		тяжкий (n=9)	
неврастеноподібний	10	35,7	21	48,8	1	11,1
тривожний	1	3,6	3	7,0	-	-
тривожно-астенічний	4	14,3	5	11,6	1	11,1
астенічний	11	39,3	14	32,6	7	77,8
астено-субдепресивний	2	7,1	-	-	-	-

Примітка. * - ступінь тяжкості інсульту визначався згідно класифікації С.М.Віничука [3], що ґрунтується на оцінці клінічної картини, темпу формування і тривалості неврологічного дефіциту.

Таблиця 4

Синдромогенез залежно від віку та статі хворих (абс.; %)

Вік пацієнтів у роках	Психопатологічний синдром									
	астенічний (n=32)		астено-суб-депресивний (n=2)		тривожно-астенічний (n=10)		тривожний (n=4)		неврастено-подібний (n=32)	
	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж
41-50	5; 16,7	5; 10,0	-	-	1; 3,3	5; 10,0	3; 10,0	-	4; 13,3	10; 20,0
51-60	13; 43,3	9; 18,0	2; 6,7	-	-	4; 8,0	-	1; 2,0	2; 6,7	16; 32,0
Всього	18	14	2	-	1	9	3	1	6	26

кількість хворих з таким ступенем тяжкості гострого порушення мозкового кровооту.

Результати спроби зіставлення різновидів психопатологічних синдромів за віком та статтю обстежених хворих наведено у таблиці 4.

З таблиці видно, що є певні відмінності у формуванні клінічних проявів невротичних розладів, які виникли після перенесеного інсульту, залежно від віку і статі. Так, у чоловіків частіше, ніж у жінок, спостерігався астенічний синдром, особливо у віковій категорії 51 – 60 років порівняно з віком 41-50 років (відповідно 43,3%; 18,0%; $p < 0,05$); тривожно-астенічний синдром частіше виявлявся у жінок, ніж у чоловіків (відповідно 10,0%; 3,3%; $p > 0,05$) з практично однаковою частотою у двох вікових групах. Неврастеноподібний синдром розвивався переважно у жінок у віковій групі 51 – 60 років (32,0%), у чоловіків - незначно переважав у пацієнтів віком 41 – 50 років порівняно з хворими 51 – 60 років (відповідно 13,3%; 6,7%; $p > 0,05$). Тривожний синдром частіше виявлявся у чоловіків, ніж у жінок у віковій категорії 41 – 50 років (відповідно 10,0%; 2,0%; $p > 0,05$). Астено-субдепресивний синдром спостерігався у чоловіків вікової категорії 51 – 60 років (6,7%).

Терапія обстежених хворих проводилась відповідно до єдиної думки науковців про те, що центральне місце в лікуванні невротичних розладів при церебральних судинних ураженнях повинен займати вплив на “основне” захворювання і викликані ним гемодинамічні порушення. При цьому, на фоні традиційної базисної терапії (при ішемічних інсультах – антикоагулянтна, антиагрегатна, антиоксидантна, дегідратаційна терапія, застосування препаратів, що покращують реологічні властивості крові, мікроциркуляцію, метаболізм мозку, гіпотензивних, спазмолітичних препаратів; при геморагічних інсультах – гемостатична, метаболічна, антиоксидантна, гіпотензивна та спазмолітична терапія) з метою усунення невротичних розладів нами була використана психофармакотерапія та психотерапія.

На підставі аналізу отриманих даних щодо соціального статусу хворих, віку, ступеня тяжкості інсульту, преморбідних особливостей особистості, клініки невротичних розладів, типу відношення до хвороби, ми розробили комплексний диференційований підхід до цілеспрямованого лікування межової психічної патології у хворих, що перенесли мозковий інсульт. Лікувальний комплекс включив раціональну

психотерапію та лікарські засоби, що мають психотропну активність, а також вітамінні препарати.

При виборі психофармакологічних засобів враховували синдромальну характеристику психічної патології з виділенням провідних симптомів, терапевтичну психофармакологічну активність і можливість побічної дії (міорелаксація, денна сонливість, атаксія, тахікардія, гіпотензія та ін.).

Результати дослідження показали найбільшу ефективність при межових станах психотропних засобів з групи транквілізаторів, які сприяли збалансованості порушених механізмів психічної адаптації. Вони мали достатньо універсальний вплив на різноманітні психопатологічні прояви: емоціональну збудливість і афективну насиченість переживань (включаючи тривогу і страх), підвищену дратівливість, підвищену виснаженість, депресивну симптоматику, сенесто-іпохондричні розлади, нав'язливість, психастенічні розлади. Крім цього, вони мали клінічні ефекти не пов'язані безпосередньо з психотропною дією, які значно доповнюють її – виражена нейровегетотропна направленість дії транквілізаторів: вплив на вегетативні розлади, розлади засинання, інтрасомнічні і постсомнічні розлади, міорелаксуюча дія. З урахуванням сомато-неврологічної обтяженості, переносимість хворими психотропних препаратів змінилася, на відміну від традиційної, в бік дещо активнішого реагування на них.

При неврастеноподібному, тривожному, астено-субдепресивному синдромах призначали транквілізатори бензодіазепінового ряду, відповідно: гідазепам в дозі 0,02 г вранці та на ніч, феназепам в дозі 0,00025 г вранці, в обід та 0,0005 г на ніч; феназепам в дозі 0,00025 вранці, 0,0005 в обід та 0,0005 на ніч впродовж 3 тижнів з поступовим зниженням дози після зменшення прояву симптомів.

При астено-субдепресивному синдромі разом із феназепамом використовували фітоантидепресант Депрім в дозі 4 табл. на добу протягом 3 – 4 місяців. Препарат увійшов в психіатричну практику як м'який та ефективний антидепресант з показами до лікування невротичних та соматизованих депресій, який має енергізуючий та тонізуючий вплив і на астенічні розлади.

На 4 - 5 добу після початку лікування у хворих зменшувалися прояви тривоги, емоційної напруги, дратівливої слабкості, емоційної лабільності; покращувалися сон, загальне самопочуття. Разом з покращанням психічного стану

спостерігали клінічне поліпшення неврологічного стану хворих, яке відмічалось у прискоренні темпу відновлення втрачених функцій.

При тривожно-астенічному синдромі препаратом вибору став денний транквілізатор медазепам (0,01 г двічі на день), що має меншу міорелаксаційну дію, ніж феназепам, і не викликає сонливості, в'язлості у хворих.

У комплексному лікуванні астенічного синдрому використовували седативні фітопрепарати: фітосед – по 5 мл 3 рази на добу, або новопасіт – по 5 мл 3 рази на добу.

Усім хворим також призначали полівітамінні препарати, переважно групи В (В-комплекс Мультитабс, Нью-ВНС, Квадевіт).

Висновки

1. Невротичні розлади в післяінсультному періоді частіше виникають в осіб старше 50 років (57,5% хворих). У хворих жіночої статі частіше розвивається неврастеноподібний синдром (39,1% жінок з невротичними розладами), а у пацієнтів чоловічої статі – астенічний синдром (26,1% чоловіків з невротичними розладами). Спостерігається тенденція до переважання неврастеноподібного та астенічного синдромів при локалізації вогнища інсульту у вертебро-базиллярному басейні (відповідно 22,5% і 15,0% всіх випадків невротичних розладів) та астенічного синдрому при локалізації інсульту в басейні лівої середньо-мозкової артерії – в 11,3% випадків.

2. Застосування диференційованої терапії з урахуванням особистісних факторів та клінічних особливостей межової патології у хворих в післяінсультному періоді покращує ефективність комплексного лікування

Перспективи подальших досліджень

Будуть отримані нові дані, які дозволить вдосконалити диференційний підхід до лікування невротичних розладів у хворих у післяопераційному періоді.

Література. 1. Віничук С.М. Судинні захворювання головного та спинного мозку. – К.: Наукове видання, 1998. – 116 с. 2. Віничук С.М. Судинні захворювання нервової системи. – К.: Наукова думка, 1999. – 252 с. 3. Віничук С.М., Довбонос Т.А. Сучасна діагностика і лікування гострих ішемічних порушень мозкового кровообігу: (Методичні рекомендації). – К., 2000. – 28 с. 4. Григор'євських В.С. Распространенность, клинические варианты и течение нервно-психических расстройств при церебральном атеросклерозе: (клинико-эпидемиологический анализ). – Дисс. ... док. мед. наук. – Санкт-Петербург, 1992. – 302с. 5. Дзяк Л.А., Шульга А.Н. Клинические особенности течения острых церебральных ишемий, обусловленных окклюзионно-стенозическими поражениями сосудов головного мозга. // Укр. вісник психоневрології. – 1999. – Т.7, вип. 1(19). – С. 72-74. 6. Пашковський В.М. Інсульти мозку: особливості епідеміології та

відновлення пошкоджених неврологічних функцій, діагностика і лікування. — Харків, 1997. — 142 с. 7. *Передерий В.Г., Швец Н.И., Безюк Н.Н.* Первичная профилактика ишемического инсульта: Современные подходы к профилактике первичного инсульта // Укр. мед. часопис. — 2001. - № 2. — С. 5-15. 8. *Садов О.Г.* Психопатологические синдромы у больных, перенесших инсульт (особенности клиники, течения, реабилитации) // Ж. невропатол. и психиатрии. — 1988. - №12. — С. 53-57. 9. *Sandberg O., Franklin K. et al.* Sleep apnea, delirium, depressed mood, cognition, and ADL ability after stroke // J. Am. Geriatric Soc. — 2001. — Vol.49. — P.391-397. 10. *Jorgensen L., Engstad T., Jacobsen B.K.* Higher incidence of falls in long-term stroke survivors than in population controls: Depressive symptoms predict falls after stroke // Stroke. — 2002. — Vol.33. — P.542-547.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Т.И. Лазук-Бендас

Резюме. Изучали клинику невротических расстройств у больных в постинсультном периоде; влияние возраста, пола пациентов, локализации очага поражения,

степени тяжести инсульта на формирование пограничной психопатологии. Разработали комплексный дифференцированный подход к лечению невротических расстройств в постинсультном периоде.

Ключевые слова: инсульт, невротические расстройства, лечение.

NEUROTIC DISORDERS IN PATIENTS AT THE POST-STROKE PERIOD

T.I. Lazuk-Bendas

Abstract. A clinical picture of neurotic disorders in patients in a post-stroke period; the influence of age, sex of patients, insult localization, degrees of stroke severity on forming the neurotic disorders were studied. A multimodal differentiated approach to the treatment of neurotic disorders in the post-stroke period was developed.

Key words: stroke, neurotic disorders, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. — 2005. — Vol.4, №2. — P.54–58.

Надійшла до редакції 15.05.2005