

Рекомендації щодо корекції нейропсихологічних порушень у хворих на розсіяний склероз

М. С. Шоробура*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

*Corresponding author: mshorob@mail.ru

Paper received 28.04.15; Accepted for publication 12.05.15.

Анотація. У статті наведені дані про діагностику, лікування нейропсихологічних порушень у хворих на розсіяний склероз. Розглянуті основні етапи психотерапевтичного лікування, в основі якого поєднується фармакотерапія й психотерапевтичні методики.

Ключові слова: розсіяний склероз, лікування, нейропсихологічні порушення

Розсіяний склероз (РС) – це хронічне, прогресуюче, запальне нейродегенеративне захворювання центральної нервової системи. За останні роки відзначена загальносвітова тенденція зростання захворюваності на РС та його поширеності. Сьогодні РС займає провідні позиції в структурі неврологічної патології й уражає приблизно 0,05–0,1% популяції дорослого населення. У світі близько 2,5 млн. осіб страждають від РС. У середньому поширеність РС становить 83 випадки на 100 000 населення. За даними ВООЗ, із-поміж усіх неврологічних захворювань основною причиною стійкої інвалідизації осіб молодого віку є саме РС. Однією з причин інвалідизації хворих на РС є когнітивні і психічні порушення, які зустрічаються у більшій половині хворих на початкових стадіях захворювання і практично у всіх на пізніх стадіях [2, 3, 9, 11, 16, 17]. Адаже відомо, що психоемоційний стрес може спровокувати дебют, а також загострення РС. Ось чому сучасна фармакологічна і психотерапевтична корекція нейропсихологічних порушень при РС має особливе значення [1, 4, 9, 15].

Проведення комплексу реабілітаційних заходів, які спрямовані на корекцію рухових, нейропсихологічних та інших порушень проводять у спеціалізованих реабілітаційних центрах. До складу реабілітаційного центру входять невролог, фізіотерапевт, логопед, терапевт, соціальний працівник, патронажна медсестра, нейропсихолог, психотерапевт, а при необхідності й інші спеціалісти: уролог, ендокринолог і т.д. Особливе значення відіграє допомога родичів пацієнта, які приймають участь у реабілітаційному процесі. Ефективність будь-якого реабілітаційного процесу залежить від того наскільки адекватно проведено лікування тривожно-депресивних синдромів, компенсованих когнітивних порушень. У реабілітаційних центрах пацієнти позбавляються від почуття самотності, безпорадності, ізоляції, знаходять підтримку один в одному. Збереження працездатності пацієнта, активної участі його у суспільно-корисному житті у відповідності до його можливостей, нова професійна орієнтація й трудова адаптація мають велике психотерапевтичне значення.

Результат ефективної психотерапевтичної корекції – це регрес психічних розладів, підвищення самооцінки хворого, засвоєння ним ефективних стратегій адаптації і подолання наявних розладів, і в цілому, покращення якості життя пацієнта.

Нейропсихологічні порушення при РС можуть бути безпосереднім проявом ураження головного мозку (дем'ялінізація, ураження аксонів), відображення психо-

логічної дезадаптації хворого до встановленого діагнозу, рухових, координаторних, чутливих розладів, наслідки проведеної терапії (використання кортикостероїдів, імуномодуляторів, протиспастичного лікування), а також поява супутнього психічного захворювання. З клінічної точки зору, важливо визначити, чи є психічні розлади відображенням загострення РС, реакцією на хронічне інвалідизуюче захворювання, поєднання цих змін чи самостійним психопатичним захворюванням [5, 6, 9, 14]. Серед нейропсихологічних розладів при РС, які потребують комплексної корекції, найбільше значення мають: депресія, біполярні розлади, постстресові розлади, порушення адаптації, тривожні стани, панічні атаки, obsesивно-компульсивні розлади, ейфорія, психотичні реакції, психоорганічні синдроми до деменції, епілептичні напади [7, 9, 10, 13].

Після встановлення діагнозу РС пацієнтові необхідно пояснити особливості перебігу цієї хвороби, обговорити подальше лікування. Якщо у пацієнта виникають сумніви щодо встановленого діагнозу, потрібно проінформувати, які існують додаткові діагностичні критерії РС (МРТ діагностика, виявлення олігоклональних антитіл у лікворі).

При встановленні ремітуючо-рецидивуючого типу РС, хворому необхідно підкреслити про доброякісний перебіг цього захворювання, про ймовірність тривалої ремісії при адекватній терапії. Пояснити, що проблема РС активно вивчається у цілому світі, про існування нових препаратів, які не тільки подовжують ремісію, але й зменшують вогнища дем'ялінізації, а деякі з них і зовсім зникають. Під час розмови з пацієнтом потрібно уникати драматизації, а, навпаки, підкреслювати про поширеність цього захворювання в популяції, наводити приклади зі життя інших пацієнтів, які не тільки зберегли свою працездатність, але успішно створили сім'ю, народили дітей, зробили кар'єру.

Проінформувати про фактори, які можуть спровокувати загострення РС або прогресію основного захворювання, а саме не опалюватися на сонці, протипоказані: відвідування саун, прийом ванни, теплові процедури. Кожний фактор ризику потрібно обговорити і позитивно налаштувати хворого, що такі обмеження потрібні не тільки для нього, але й для більшості людей в цілому. Головне на цьому етапі знизити рівень тривоги, розсіяти страх, який пов'язаний з невідомістю. Важливе значення має також обговорити ряд побутових моментів, таких як дієтичне харчування, контроль ваги, режим тренування, кардіонавантаження, фізкультура, відпочинок. Пояснити пацієнтові, що не потрібно пра-

цювати через силу, необхідно слухати організм і давати йому час на відновлення, а саме на відпочинок. Проінформувати про соціальні та юридичні моменти пов'язані з інвалідністю. А саме про те, що хворі з РС мають можливість отримувати допомогу, пенсії. Роз'яснити до кого саме потрібно звертатися для більш детальної інформації. Це ще раз підтвердить те, що ніхто не залишить пацієнта сам на сам із хворобою.

Метою психотерапевтичного лікування афективних розладів у хворих на РС є: адаптація до рухових обмежень, допомога у виборі оптимальних стратегій подолання рухових дефектів та інвалідності, важливий тезис – «необхідно, щоб Ви контролювали свою хворобу, а не вона Вами», допомога в соціалізації – максимально повноцінна інтеграція в соціумі, допомога у встановленні і досягненні нових цілей і сенсу в житті [9].

Лікування поширених депресивних розладів при РС включає медикаментозні й немедикаментозні заходи [8, 9, 12]. Довела свою ефективність психотерапія, яку проводять як особисто, так і груповими заняттями [9, 12, 17]. Індивідуальна, групова психотерапія може проводитися з використанням методів когнітивної, раціональної, гештальттерапії, тілесно-орієнтованої психотерапії. Групова психотерапія посідає не останню ланку і має соціальне і психологічне значення в реабілітації хворих на РС. Вона допомагає подолати ізоляцію, дає можливість обговорювати актуальні психотравмуючі переживання, набути нових друзів, розвивати комунікабельність, коректувати тривожні, депресивні прояви [9,11]. Перспективним є створення шкіл для хворих з РС, де вони можуть отримувати знання про адаптаційні стратегії подолання рухових, координаторних, тазових розладів, подолання соціофобії. Ефективно використовувати гіпноз, нейролінгвістичне програмування, музикотерапію, метод біологічно зворотного зв'язку. Психотерапія у депресивних пацієнтів з обмеженими руховими можливостями будується на пошуку ресурсів для успішного функціонування (наприклад паралізовані ноги, але збережений інтелект, координація в руках – отже можна вчитися, працювати на комп'ютері, писати, вишивати, варити і т.д.) в тому числі терапія творчим самовираженням. На пізніх стадіях розвитку хвороби у тяжких хворих не втрачає свого значення підтримуюча психотерапія, коли співчуття, доброзичливе відношення, обговорення повсякденних проблем - дозволяє пацієнтові почувати себе соціально адаптованим. Під час роботи з родичами хворого на РС необхідно пояснити їм особливості психологічного стану пацієнта, попередити гіперопіку. Разом з пацієнтами необхідно шукати нові, доступні в руховому плані види діяльності, інтереси, стимулювати позитивне відношення до життя, навчитися по новому будувати взаємовідносини з людьми, не боятися приймати допомогу зі сторони. Важливо обговорити з хворими його актуальні емоційні переживання, використовувати позитивне переформування проблеми [6, 9, 16]. Для молодих пацієнтів важливе значення має допомога в соціалізації (обговорення проблеми спілкування з однолітками, пошук другої половинки або перспективне народження дитини і т.д.).

Опрацювання актуального психотравмуючого конфлікту у пацієнтів з РС сприяє немедикаментозному усуненню тривожних, депресивних розладів. Психоте-

рапевт допомагає пацієнтові вибудовувати відношення в сім'ї, на роботі, з друзями, медичним персоналом. В деяких випадках необхідно проводити сімейну психотерапію, оскільки у хворих на РС можуть розвиватися сексуальні порушення, які сприяють пригніченню актуального психічного стану хворих, конфліктам між подружжям. Покращення взаєморозуміння між подружжям дозволяє хворим активно подолати руховий дефіцит, підвищує самооцінку [13].

Для тяжких пацієнтів виходом із стану емоційного пригнічення може стати образотворча терапія (живопис, музика, епістолярне мистецтво і т.д.). За останній час активно розвиваються спортивні змагання для інвалідів, які дозволяють компенсувати руховий дефект, отримувати соціальну підтримку і повагу, отримувати радість перемоги, а також сам факт участі у змаганнях. Для зменшення рівня тривоги показана релаксація, аутогенне тренування. Використання релаксаційних аутотренінгів у хворих на РС дозволяє знизити рівень тривоги і сприяти відновленню вегетативної регуляції, міорелаксації, зменшенню больових відчуттів, покращення сну, підвищення працездатності [4].

Під час проведення немедикаментозної терапії когнітивних порушень створюється індивідуальний план компенсації втрачених функцій за рахунок збережених. За спеціальними методиками потрібно проводити тренування пам'яті, уваги [4], так як і при інших вогнищевих неврологічних захворюваннях. Порушення пам'яті коригуються за допомогою компенсаторних методів, тренування, набуття нових навиків вибору більш корисної інформації і концентрації уваги [9]. Пацієнтам рекомендується вести щоденник і вписувати плани на день, мнемостичні плани і т.д. Також до комплексного лікування РС належить рефлексотерапія, яка, в деяких випадках, дозволяє зменшити вираженість тривоги, астенії, депресивних розладів [5].

Кінезотерапія, окрім покращення рухових можливостей хворих, сприяє виробленню ендогенних ендорфінів під час фізичних вправ і тим самим впливає на функціонування лімбіко-ретикулярного комплексу, дає стимулюючий і антидепресивний ефект. Після фізичних вправ у хворого підвищується настрій, зменшується астенія, підвищується самооцінка, а також надія на відновлення втрачених функцій [4,9].

В комплексній терапії психічних розладів при РС можна використовувати ароматерапію – метод, який дозволяє вплинути за допомогою ароматичних масел на нюхові рецептори, регулюючи тим самим активність лімбічної системи, яка відповідає за емоційний стан. Доцільно призначати масаж з використанням ефірних масел з лікувальних трав, які впливають на периферичні рецептори у шкірі, має сильний рефлексогенний ефект, модулюючи діяльність антиноцицептивної системи. Так, під час депресії використовують масла сандала, кориці, лаванди, ладану, рододендрону, під час тривоги – міри і ладану, при апатії – розмарину, сосни, під час порушення пам'яті – рози, жасмину, лотосу і т.д. [4, 9, 13].

Музикотерапія з використанням класичної і сучасної музики сприяють зменшенню психоемоційного навантаження, діє як міорелаксант, покращує сон, формує позитивний світогляд, а також має невербальну психотерапевтичну дію, сприяє нормалізації функціонування

лімбічних структур та інтегративної діяльності мозку. В залежності від провідного психопатологічного синдрому (з переважанням апатії, депресії або тривоги) музикотерапевт підбирає композиції релаксуючо-ліричні або навпаки бадьорого характеру [4].

Більшість хворих на РС скаржаться на загальну втому, зниження працездатності. Насамперед, потрібно виключити початок загострення РС. Якщо рецидив хвороби не підтвердився, і це не пов'язано із симптомами РС, тоді потрібно знайти причини цієї втоми. Серед поширених – ятрогенні причини (медикаменти), порушення сну, депресія, недостатність харчування, інші захворювання (включаючи інфекційні захворювання нирок та верхніх дихальних шляхів). Дуже важливо оцінити взаємодію препаратів, які використовуються для симптоматичної терапії, наприклад протиспазматичні, седативи, анальгетики, протисудомні, гіпотензивні, нестероїдні протизапальні препарати можуть посилювати симптом хронічної втоми, депресії [11]. Успішне лікування хронічної втоми неможливе без корекції порушення сну, вибору ортопедичного взуття та використання альтернативного засобу підтримки під час ходи. Оптимізація фізичного та психічного оточення на роботі та вдома дозволяє суттєво коригувати наявні порушення без використання медикаментів [9].

Призначення антидепресантів при РС не тільки нормалізує емоційний стан хворих, але й сприяє зменшенню втоми та покращення когнітивних функцій [1, 8, 9].

Для лікування депресії при РС найчастіше використовують: 1) блокатори зворотного захоплення серотоніну – флуоксетин, сертралін, 2) стимулятори зворотного захоплення серотоніну (тіанептил або коаксил), 3) трициклічні антидепресанти (амітриптилін, доксерін, іміпрамін), 4) тетрациклічні антидепресанти (лерівон), 5) комбіновані препарати (аміксид, ремерон).

Для корекції тривожних станів, які виникають у пацієнтів зі щойно встановленим діагнозом, використовують альпрозолам, клоназепам, лоразепам. Під час проведення курсу лікування потрібно враховувати, що деякі препарати можуть посилювати вже наявні у хворого порушення сечовипускання, знижувати потенцію і пам'ять, посилювати координаторні розлади. При невиражених тривожно-депресивних порушеннях ефективно використовувати невеликі дози нейролептиків, наприклад сульперид (еглоніл), комбінації транквілізатора альпрозолама (ксанакса) з антидепресантами (прозак). Блокатори зворотного захоплення серотоніну також використовуються для лікування obsesивно-компульсивних розладів [15]. Для лікування когнітивних розладів і синдрому хронічної втоми при РС використовують метаболічні препарати – ноотропи, амінокислоти та вітаміни, їх поєднання або комбінація вазоактивних та метаболічних препаратів. Можна використовувати 4-амінопіридин та інші блокатори кальцієвих каналів, а також амантадин.

ЛІТЕРАТУРА

- [1] Александровский Ю.А., Барденштейн Л.М., Аведисова А.С. Психотерапия пограничных психических расстройств // М.: GEOTAR МЕДИЦИНА. – 2000.
- [2] Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе. // Ж. Невр. Псих. – 2000. – № 11. – 15-20 с.
- [3] Алексеева Т.Г., Еникополова Е.В., Садалская Е.В. Комплексный подход к оценке когнитивной и эмоционально-личностной сфер у больных рассеянным склерозом // Ж. Невр. Псих. – 2002. – Спецвыпуск «Рассеянный склероз». – 20-26 с.
- [4] Батышева Т.Т. Реабилитация больных с заболеваниями нервной системы в условиях специализированной поликлиники восстановительного лечения // Медицинская помощь. – 2003. № 6. – 22-25с.
- [5] Батышева Т.Т., Костенко Е.В., Маневич Т.М. Рефлексотерапии в комплексной реабилитации больных с рассеянным склерозом. В кн.:Современныетехнологии медицинской реабилитации больных инвалидов. М. – 2003. – 61-63 с.
- [6] Безносок Е.В., Соколова Е.Д., Механизмы психологической защиты // Ж. Невр. Псих. – 1997. – №2. – 44-49с.
- [7] Власов Я.В., Поверенова И.Е., Тельнова К.И. Реабилитационный процесс при рассеянном склерозе: комплексность, непрерывность и эффективность // Ж. Невр. Псих. – 2003, Спецвыпуск «Рассеянный склероз 2». – 98-110с.
- [8] Вознесенская Т.Г. Антидепрессанты в неврологической практике // Лечение нервных болезней. – 2000. – № 1. – С. 8-14.
- [9] Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. – М.: Миклош. – 2004. – 540 с.
- [10] Buijevac, D., Hop, W.C., Reederker, W. Self reported stressful life events and exacerbationsm multiple sclerosis: prospective study // BMJ. – 2003. – № 20. – P. 646-652.
- [11] Caceres, FJ. Neurorehabilitation of multiple scleroes // Rev-Neurol. – 2000. – № 31. – P. 477-481.
- [12] Egner A., Phillips V.L., Vora R. Depression, fatigue. and health-related quality of Ide among people with advanced multiple scleroes: results from an exploratory telerehabilitation study // Neurorehabilitation. – 2003. – № 18. – P. 125-133.
- [13] Feinstein, A. Feinstein, K. Depression associatedwith multiple sclerosis. Looking beyond dsagnoss to symptom expression // Affective Dis. – 2001. – № 66. – P.193-198.
- [14] Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combinaton for the treatment chronic depression // NEJM. – 2000. – № 342. – P. 1462-1470.
- [15] Kupp, L.B., Coyle, P.K., Doscher, C. Fatigue therapy in multiple sclerosis: resuts double-blind
- [16] Mayer, M., Bazaa, J., Muchova, B., Stranska, H. Rehabilitation of patients with multiple sclerosis // Cas Lek Cosk. – 2001. – № 140. – P. 118-121.
- [17] Thompson, A.J. The effectiveness of neurological rehabilitation in multiple sclerosis // J. Rehabil. Res. – 2000. – № 37. – P. 455-461.

REFERENCES

- [1] Alexander, Y.A., Bardenshteyn L.M., Avedisova A.C. Psycho-pharmacotherapy borderline mental disorders // М.: GEOTAR medicine. – 2000.
- [2] Alekseev, T.G., Boiko, E.I., Gusev Range of neuropsychological changes in multiple sclerosis. // J. N. P. – 2000. – № 11. – P. 15-20.
- [3] Alekseev, T.G., Enikopolova E.V., Sadalsky E.B. An integrated approach to the assessment of cognitive and emotional-personal sphere in patients with multiple sclerosis // J. N. P. – 2002. – Special Issue "Multiple Sclerosis". – P. 20-26.

- [4] Batysheva, T.T. Rehabilitation of patients with diseases of the nervous system in a special clinic treatment // Medical help. – 2003. №6. – P. 22-25.
- [5] Batysheva, T.T., Kostenko E.V., Manevitch E.M. Reflexology in complex rehabilitation of patients with multiple sclerosis. In the book. Modern technologies of medical rehabilitation of persons with disabilities. M. – 2003 – P. 61-63.
- [6] Beznosyuk, E.V., Sokolova E.D. Mechanisms of psychological protection // J.N.P. – 1997. –№2. – P. 44-49.
- [7] Vlasov, Y.V., Poverennova I.E., Telnova K. I. Rehabilitation process in multiple sclerosis: an integrated, continuous and effesivnost // J. N.P. – 2003, Special Issue "Multiple Sclerosis 2". – P. 98-110.
- [8] Voznesenska, T.G. Antidepressants in neurological practice // Treatment of Nervous Diseases. – 2000. –№ 1. – P. 8-14.
- [9] Gysev, E.I., Zavalishin I.A., Boiko A.N. Multiple sclerosis and other demyelinating diseases. – M.: Miklos. – 2004. –P. 540.
- [10] Buijjevac, D., Hop, W.C., Reedeker, W. Self reported stressful life events and exacerbationsm multiple sclerosis: prospective study // BMJ. – 2003. – № 20. – P. 646-652.
- [11] Caceres, FJ. Neurorehabilitation of multiple scleroes // Rev-Neurol. – 2000. – № 31. – P. 477-481.
- [12] Egner A., Phillips V.L., Vora R. Depression, fatigue. and health-related quality of Ide among people with advanced multiple scleroes: results from an exploratory telerehabilitation study // Neurorehabilitation. – 2003. – № 18. – P. 125-133.
- [13] Feinstein, A. Feinstein, K. Depression associatedwith multiple sclerosis. Looking beyong dsagnoss to symptom expression // Affective Dis. – 2001. – № 66. – P.193-198.
- [14] Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combinaton for the treatment chronic depression // NEJM. – 2000. – № 342. – P. 1462-1470.
- [15] Kupp, L.B., Coyle, P.K., Doscher, C. Fatigue therapy in multiple sclerosis: resuts double-blind
- [16] Mayer, M., Bazaa, J., Muchova, B., Stranska, H. Rehabilitation of patients with multiple sclerosis // Cas Lek Cosk. – 2001. – № 140. – P. 118-121.
- [17] Thompson, A.J. The effectivenesss of neurological rehabilitation in multiple sclerosis // J. Rehabil. Res. – 2000. – № 37. – P. 455-461.

Recommendations for correction of neuropsychological disorders in patients with multiple sclerosis

M. S. Shorobura

Abstract. The article presents data on the diagnosis and treatment of neuropsychological disorders in patients with multiple sclerosis. The main stages of psychotherapeutic treatment, based on combined pharmacotherapy and psychotherapy techniques.

Keywords: *multiple sclerosis, treatment, neuropsychological disorders*