

## ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Д.А. АХМЕДОВА, Д.М. БУРИЕВА, Ж.С. МАРДОНОВ, С.З. ХАКИМОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА  
Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## ТИКЛАНИШ ДАВРИДАГИ ИНСУЛЬТДАН КЕЙИНГИ ДЕПРЕССИЯ

Д.А. АХМЕДОВА, Д.М. БУРИЕВА, Ж.С. МАРДОНОВ, С.З. ХАКИМОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА  
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

## POST-STROKE DEPRESSION IN THE RECOVERY PERIOD

D.A. AKHMEDOVA, D.M. BURIEVA, J.S. MARDONOV, S.Z. KHAKIMOVA, A.T. DJURABEKOVA  
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Беморларда инсультдан кейинги депрессия ушбу депрессив ўзгаришларни коррекция қилишни талаб этади. Шуни таъкидлаш жоизки, инсульт билан касалланган беморлар - бу, кун давомида 3 турдан кам бўлмаган дори қабул қилувчилардир. Дори воситалари метаболизми тезлиги пасайган, турли хил соматик касалликлар билан касалланган қари ёшдаги беморлардир. Турли психопатологик депрессиялар зарарланиш ўчоқлари турлича бўлса ҳам деярли бир хил таксимланади. Инсульт ўтказган беморларда Стимулотон номедикаментоз чора-тадбирлар билан қўлланилганда, депрессив бузилишлар нормаллашди, психосоциал адаптация яхшиланди ва ўз навбатида ҳаёт сифати ошди.

**Калит сўзлар:** *инсульт, депрессия, Стимулотон.*

Undoubtedly correction of depressive disorders is essential in the outcomes of stroke in patients with depression. We should notice that patient with stroke is usually the elderly person burdened with various somatic diseases, with a reduced rate of metabolism of drugs and receives at least three types of medication a day. The lesions of different localization in the depressions with various psychopathological pictures are distributed almost evenly. Implementation of Stimuloton combined with non-drug measures is effective in the vast number of stroke patients for controlling the depressive disorders, for improving psychosocial adaptation, and thus for enhance the quality of life.

**Key words:** *stroke, depression, Stimuloton.*

**Актуальность темы.** Ишемические инсульты (ИИ) доминируют в структуре всех цереброваскулярных расстройств, являясь важнейшей медико-социальной проблемой. Ежегодно инсульт переносят около 450 тысяч человек, то есть каждый новый случай заболевания регистрируется 1,5 минуты. По данным систематического обзора, опубликованного в журнале Stroke в 2005 году, распространённость постинсультной депрессии (ПИД) в среднем составляет 33% среди выживших, после ишемического инсульта (ИИ). Депрессия после инсульта наносит ущерб физическому и социальному статусу больного, ухудшает качество жизни. Последними исследованиями доказано, что постинсультная депрессия (ПИД) ухудшает прогноз восстановления утраченных функций, повышает относительный риск смертности, влияет на когнитивный статус больных, а так же ухудшает качество жизни не только пациентов, но и их родственников. Данная патология остается до конца не изученной, что стало поводом для дальнейших научных изысканий.

Сосудистые заболевания головного мозга - важнейшая медицинская, социальная и экономическая проблема. Инсульт - это серьезный источник финансовой нагрузки во всем мире и ведущая причина инвалидности лиц старше 60 лет. Этот факт делает приоритетным профилактическое направление медицинской помощи при ОНМК.

Депрессия часто встречается у больных, перенесших инсульт, и относительно редко диагностируется; она развивается примерно у трети

пациентов. Признаки большого депрессивного расстройства определяются у 10-32% больных, однако легкое депрессивное расстройство отмечается почти у 40% [2].

Инсульт - независимый фактор риска возникновения депрессивного расстройства. Развитие инсульта в 6 раз повышает риск появления депрессии в ближайшие 2 года независимо от таких факторов депрессивного расстройства, как пол, возраст, наличие депрессии в анамнезе, высокий уровень образования, инвалидность [3]. У женщин постинсультное депрессивное (ПИД) расстройство встречается чаще, чем у мужчин, к факторам риска его развития относят психические расстройства в анамнезе, наличие когнитивных нарушений и исходно высокий уровень образования. У мужчин развитие большого депрессивного расстройства связано со степенью инвалидности и потерей социальной активности. Частота депрессии при инсульте варьирует в зависимости от периода обследования (ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, субарахноидальное кровоизлияние), степени инвалидности, возраста больного, а также используемых диагностических критериев депрессии [2]. В связи с этим частота ПИД колеблется от 17 до 52%, при этом она несколько выше у находящихся дома больных, чем у пациентов реабилитационных центров. Частота ПИД проанализирована по данным 51 исследования, проведенного в течение 25 лет, начиная с 1977 г. [4]. В течение первых 30 дней с момента развития инсульта депрессия отмечена в среднем у 30% больных, проходивших

реабилитацию, у 33% пациентов, находившихся дома, и у 36% - в больнице. С 1- го по 6-й месяц после развития инсульта частота депрессии была несколько выше (36%) у пациентов, получавших лечение в реабилитационном центре; через 6 мес. этот показатель не различался у больных разных групп. В структуре ПИД чаще (77% случаев) встречается депрессия легкой степени тяжести, реже (20%) - средней степени тяжести и только в отдельных наблюдениях (не более 3%) - тяжелая депрессия. При этом примерно у половины больных депрессия длится более полугода [6].

**Цель исследования:** Оценить клинические особенности постинсультной депрессии в раннем восстановительном и позднем восстановительном периодах ишемического инсульта с целью оптимизации диагностического процесса и определения подходов к лечению.

**Материалы и методы исследования:** В основу работы положен анализ собственных клинических исследований проведенных у 65 больных с постинсультной депрессии в раннем восстановительном и позднем восстановительном периодах ишемического инсульта. Больные 1 группы - раннего восстановительного периода ишемического инсульта (период до 6 месяцев) составили - 34 человека, 2 группу позднего восстановительного периода ишемического инсульта (период от 6 до 12 месяцев) составили 31 человек. Распределение пациентов по полу и возрасту, было, следующим:

мужчины составили - 30, женщины - 35 человек. Возраст пациентов колебался от 50 до 75 лет. Полное клиническое неврологическое обследование пациентов дополнялось балльной оценкой тяжести депрессивного состояния, которая основывалась на показателях шкалы HADS (Госпитальной шкалы уровня депрессии и тревоги), а также шкала Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности.

**Результаты исследования:** госпитальной шкалы уровня депрессии и тревоги. При оценке уровня депрессии по шкале HADS в 1 группе больных раннего восстановительного периода выявлена субклинически выраженная депрессия у 15 пациентов (44,1%), клинически выраженная депрессия у 19(55,9%) пациентов. Уровень тревоги по шкале HADS среди пациентов составил: субклинически выраженная тревога у 13 пациентов (38,2%), клинически выраженная тревога у 21 пациентов (61,8%).

При оценке уровня депрессии по шкале HADS во 2 группе больных в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта выявлена субклинически выраженная депрессия у 17 пациентов (54,8%), клинически выраженная депрессия у 14 пациентов (45,1%). Уровень тревоги по шкале HADS среди пациентов составил: субклинически выраженная тревога у 12 пациентов (38,7%), клинически выраженная тревога у 19 пациентов (61,3%).

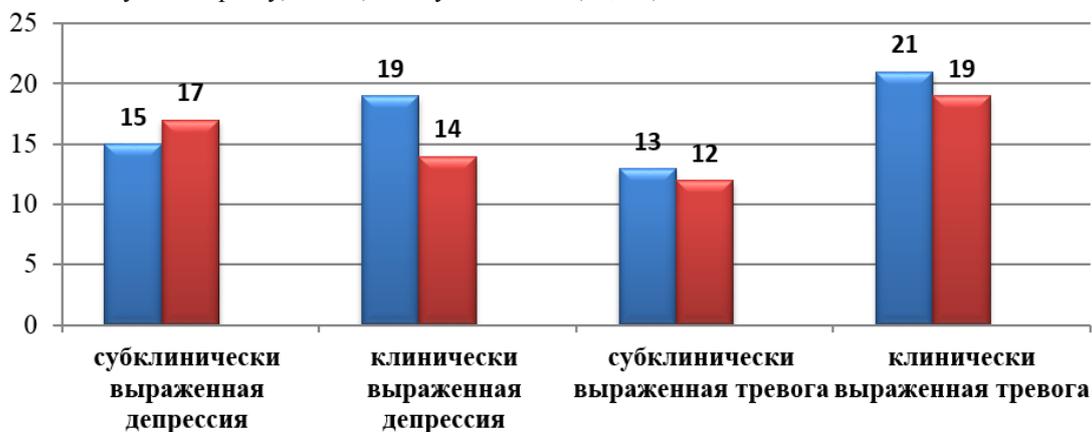


Рис. 1. Оценке уровня депрессии по шкале HADS в обеих группах больных



Рис. 2. Оценка степени тревожности по Шкале Спилберга

Таким образом, у всех больных диагностированы как депрессивные, так и тревожные расстройства, потому их можно оценить как тревожно-депрессивные, которые характеризовались стойким снижением настроения и активности, интеллектуальной и двигательной заторможенностью.

Хочется отметить, что у больных в возрастной группе 40-45 лет зафиксировано преобладание, так называемой, малой депрессии по сравнению с большим депрессивным эпизодом, в клинической картине которой на первый план выступает тревога и страх.

В группе исследуемых больных была также оценена степень тревожности по шкале Спилберга (рис. 2.).

Как видно из рисунка 2, больные 1 группы с умеренной тревожностью составили 55,5%, низкая степень тревожности наблюдалась у 26% пациентов и высокая степень тревожности у 18,5% больных. Во второй группе эти данные составили 29%, 48,3% и 22,7% соответственно. Хочется отметить, что выраженная степень тревожности зачастую сочеталась с фобиями в возрастной группе больных 40-55 лет, т.е. у больных трудоспособного возраста.

Важным аспектом анализа взаимосвязи аффективных и органических расстройств является исследование вопроса о влиянии локализации и размера очага на частоту, клиническую картину и течение депрессии. Поражения головного мозга различной локализации в группах с отсутствием депрессий, с эндореактивными и реактивными депрессиями распределялись в группах примерно равномерно.

Достоверного увеличения частоты депрессий при какой-либо локализации поражения выявлено не было, что согласуется с некоторыми данными литературы (N. Herrmann с соавт., 2008 М. Kotila с соавт., 2012, P.W. Burvill с соавт., 2012). Можно отметить некоторое преобладание поражения базальных ядер при реактивной депрессии. Относительно меньшее количество случаев поражения левой височной доли можно объяснить особенностью выборки с исключением больных с афазией.

Поражения различной локализации при депрессиях разной психопатологической картины были распределены практически равномерно. Статистически значимых различий в частоте определенной локализации очагов найдено не было.

На сегодняшний день необходимость проведения специфической терапии при обнаружении депрессивных расстройств является доказанной. Выбор антидепрессанта у данной группы пациентов определялся ведущими симптомами депрессии - наличие тревоги, беспокойства, раздражительности. В качестве базисного лечения был выбран антидепрессант Стимулотон.

Всеми больными до лечения при нейропсихологическом тестировании отмечалось чередование периодов выраженной заторможенности, нежелания выполнять тестовые задания. После регрессо-депрессивных нарушений при применении антидепрессанта "пессимистическая" оценка своего состояния и нежелание выполнять тестовые задания сменились на более адекватное поведение. Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что к концу пребывания в стационаре в основной группе уровень нарушения высших психических функций уменьшился на 25% по сравнению с фоном, а в контроле - на 5%. Анализируя способности пациентов к запоминанию, воспроизведению вербального материала, показателей степени и качества концентрации внимания, следует отметить увеличение значений на 15%, в контрольной группе - на 5%.

Однако эти изменения были статистически недостоверными. По-видимому, это связано с отсутствием у Стимулотона выраженной нейропротекторной функции. Полученные данные убедительно подтверждают факт о прогностическом характере выраженности депрессии и степени восстановления утраченных функций. У пациентов в остром периоде ишемического инсульта, принимавших Стимулотон, к концу 3-й недели все компоненты, составляющие депрессивный симптомокомплекс, продолжали редуцировать, а уровень социальной компетенции и показатели качества жизни улучшились. При этом применение антидепрессанта выявило следующую тенденцию: если до начала лечения больные "неохотно" принимали препарат, то после появилась устойчивая мотивация к приему препарата. Вероятно, это обусловлено нейрорецептивной активностью Стимулотона, напрямую связанной с улучшением показателей психологической сферы, а также высокой сочетаемостью с другими препаратами и отсутствием побочных эффектов и осложнений. Эффективность лечения депрессивных расстройств у пациентов с ишемическим инсультом составила 70%.

Таблица 1.

Динамика средних показателей клинического состояния больных до и после лечения Стимулотоном

Показатель, баллы	1 - группа		2 - группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Уровень депрессии (HADS)	14,1±0,2	12,3±0,8*	14,3±0,4	6,9±0,1*
Оценка личностной тревоги (тест Спилберга)	47,9±0,2	45,3±0,4*	48,3±0,4	42,4±0,9*
Оценка реактивной тревоги (тест Спилберга)	44,1±0,5	37,3±0,1*	43,5±0,7	22,1±0,1*

\*p<0,05.

Причем сами пациенты оценили назначение антидепрессантной терапии более высоко: хорошо - 92%, удовлетворительно - 8%.

Стартовая доза составила 25 мг утром во время еды, с постепенным увеличением дозы в течение 2-х недель до 100 мг в два приема. Положительная динамика отмечалась к концу второй недели в улучшении общего психоэмоционального фона.

Длительность лечения составила 6 месяцев. По истечению данного периода у 18 больных тревожно-фобические явления купировались, у 9 больных тревожно-фобические явления уменьшились, больные стали более активными, жизнерадостными, улучшились отношения с родственниками, стали более продуктивными занятия с инструкторами лечебной гимнастики, логопедами (табл. 1).

Уже через 2 нед. приема стимулятора отмечалось выраженное улучшение самочувствия больных в обеих группах. Нормализовались настроение и сон (как процесс засыпания, так и продолжительность сна), постепенно регрессировали излишняя раздражительность, тревожность или, наоборот, заторможенность. Улучшение становилось все более выраженным по мере продолжения лечения, но наиболее заметным было после 2 нед. терапии.

**Выводы:** Депрессия, выявленная в остром периоде инсульта, характеризуется преобладанием соматических «масок», утренних колебаний настроения, поздней бессонницы. Для депрессии в раннем восстановительном периоде инсульта характерны высокая коморбидность с тревогой ( $p < 0,0001$ ), преобладание идей виновности ( $p < 0,001$ ), тенденция к ранней бессоннице.

В неврологическом статусе пациентов в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта без выраженного двигательного дефицита, деменции и афазии выявлены депрессивные расстройства различной степени выраженности с коморбидными тревожно - фобическими проявлениями, астенией и вегетативной дезадаптацией. Применение Стимулятора у пациентов, перенесших инсульт, актуально и патогенетически обосновано в сочетании с мероприятиями немедикаментозного характера. Значительный регресс депрессивной симптоматики, обусловленный сбалансированным действием препарата, включающим умеренный анксиолитический и выраженный активирующий эффекты, явился важным прогностическим фактором для восстановления утраченных функций и социальной адаптации.

#### Литература:

1. Маркин С.П. Депрессивные расстройства в клинической картине мозгового инсульта. 10.08.2015г. том-23, №16.

2. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение. Журнал неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012г, №4, с.84-88.

3. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. М.: МИА, 2012 с.312.

4. Петрова Е.А., Савина М.А., Георгиевская Н.А., Шаклунова Н.В., Скворцова В.И. Постинсультные аффективные расстройства. Журнал неврологии и психиатрии Корсакова 2011; 111, №10, с.12-17.

5. Петрова Е.А., Савина М.А., Концева В.А., Скворцова В.И. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств. Журнал неврологии и психиатрии Корсакова 2012; 112, №9, с.12-16.

6. Путилина М.В. Тревожно-депрессивные расстройства и инсульт. Возможные этиологические и патогенетические корреляции. Журнал неврологии и психиатрии Корсакова 2014; №6, с.86-92.

7. Скворцова В.И., Концевой В.А., Савина М.А., Петрова Е.А., Серпуховитина И.А., Шанина Т.В. Постинсультное генерализованное тревожное расстройство: соотношение с депрессией, факторы риска, влияние на восстановление утраченных функций, патогенез, лечение. Журнал неврологии и психиатрии Корсакова 2010; 110, №10, с.4-7.

#### ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Д.А. АХМЕДОВА, Д.М. БУРИЕВА,  
Ж.С. МАРДОНОВ, С.З. ХАКИМОВА,  
А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский Государственный Медицинский  
Институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**Резюме.** Исходы инсульта у больных с депрессией не вызывают сомнений в том, что необходима коррекция депрессивных нарушений. Необходимо учитывать, что пациент с инсультом - это, как правило, пожилой пациент, обремененный различной соматической патологией, со сниженной скоростью метаболизма лекарственных препаратов, принимающий не менее трех видов медикаментов в день. Поражения различной локализации при депрессиях разной психопатологической картины распределяются практически равномерно. Применение Стимулотона в сочетании с мероприятиями немедикаментозного характера являются эффективным у подавляющего числа больных, перенесших инсульт, для контроля депрессивных расстройств, улучшения психосоциальной адаптации, а, следовательно, повышения качества жизни.

**Ключевые слова:** инсульт, депрессия, Стимулотон.