

Тревожно-депрессивное расстройство и прием антидепрессанта у больных, перенесших ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне

Г. Н. Бельская, Л.В. Лукьянчикова
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Резюме. В данном исследовании изучены особенности эмоционально-личностного статуса, когнитивных функций, а также качество жизни у пациентов, перенесших ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне. В случае развития тревожно-депрессивного расстройства больным было назначено комплексное лечение с использованием эсциталопрама, которое оказалось высокоэффективным.

Ключевые слова: ишемический инсульт в вертебро-базилярном бассейне, тревога, депрессия

Anxiety and depression in patients with ischemic stroke in the vertebral-basilar pool

G.N. Belskaya, L.V. Lukyancykova

Summary. The features of emotional and personal status, cognitive function have been carefully examined in this study as well as patients quality of life with ischemic stroke in vertebral-basilar system. A complex treatment was proscribed in case of anxiousness and depressive disorders with escitalopram with seems to be very effective.

Key words: ischemic stroke in vertebral-basilar system, anxiety, depression

По данным Всемирной Федерации неврологических обществ, ежегодно в мире регистрируется около 15 миллионов инсультов. В России заболеваемость инсультом остается одной из самых высоких в мире и составляет 3,4 на 1000 человек в год [2]. Установлено, что до 80% всех инсультов имеют ишемическую природу. И хотя только 30% ишемических инсультов (ИИ) происходит в вертебро-базилярном бассейне (ВББ), летальность от них в 3 раза выше, чем от инсультов в каротидном бассейне [10,14].

Высока частота развития постинсультной тревоги и депрессии — 26 – 60% случаев (по российским данным — более 40%), длительность составляет от 12 до 18 месяцев [3,11]. В общей популяции пациентов, перенесших инсульт, их диагностируют у 30-44% больных; в отделениях интенсивной терапии — у 35-47%; в отделениях реабилитации — у 35-72%. Пик возникновения тревожно-депрессивных расстройств приходится на первые 3-6 месяцев после перенесенного инсульта, причем, у 46% больных они развиваются в первые 2 месяца и у 12% — через год [3,12], негативно влияя на когнитивные функции, повседневную активность пациента, повышая риск смертности в первый год после инсульта [5]. Известно, что депрессия гораздо чаще (82%) возникает при инсульте в бассейне СМА, реже — в ВББ — в 20% случаев [3].

Не вызывает сомнения, что повышение комплаентности, уровня мотивации, ориентированности на выздоровление, эффективности реабилитации больных с инсультом возможно в случае регресса депрессии. В связи с этим, своевременное выявление и лечение постинсультной депрессии и тревоги является актуальным [11,15].

Цель исследования: проанализировать эффективность эсциталопрама (ленуксина) в купировании тревожно-депрессивных расстройств и повышении качества жизни у пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта, локализующегося в вертебро-базилярном бассейне.

Материалы и методы. Исследование проводилось в условиях неврологического отделения для больных с нарушениями мозгового кровообращения МУЗ ГКБ №3 г.Челябинска. Нами было обследовано 53 человека (28 мужчин и 25 женщин), в возрасте 56,37±9,23 года, в остром (10-17 день) и восстановительном периодах (3;6 и 12 месяцев) ИИ в ВББ, у которых причиной развития инсульта была гипертоническая болезнь. Выбор указанных сроков начала исследования обусловлен тем, что к этому времени общее состояние больных стабилизировалось, уменьшались или регрессировали признаки отека головного мозга.

Критериями исключения были: повторный инсульт, доинсультная деменция, соматическая патология в стадии декомпенсации.

Диагноз ИИ ставился на основании данных анамнеза, неврологического осмотра больного с учетом дополнительных методов исследования (ликворограмма, ЭхоЭГ, КТ, МРТ головного мозга, ЦАГ — по показаниям).

Для выявления тревожно-депрессивного расстройства в качестве скринингового теста использовалась шкала HADS.

Для оценки состояния когнитивной сферы была выбрана краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE). Всем больным предлагалось оценить динамику своего состояния по общему опроснику качества жизни SF-36 Health Status Survey [4,6,9,13,15]. Нами были

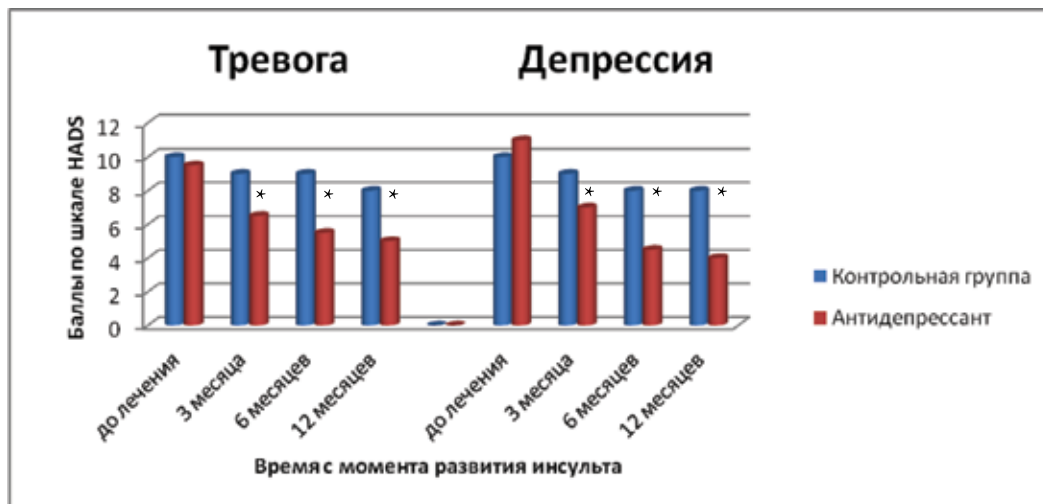


Рис. 1. Динамика тревоги и депрессии у больных в восстановительном периоде ишемического инсульта в вертебро-базилярном бассейне

Примечание: * — наличие достоверного отличия между группой больных, принимавших антидепрессант, и контрольной группой ($p < 0,05$).

выбраны наиболее часто используемые шкалы, построенные по типу опросников, позволяющие оценить функциональные последствия инсульта, которые обладают высокой специфичностью и чувствительностью. Выбранные опросники достаточно просты в заполнении, не отнимают много времени и могут быть применены у пациентов с различной тяжестью состояния [9,13,16].

Все больные ИИ получали лекарственную базисную терапию — максимально унифицированное лечение, направленное на нормализацию системной гемодинамики, гомеостаза. Использовались нейротропные, вазоактивные препараты (пирарцетам, винпоцетин). В стационаре также проводилась кинезотерапия (дозированная ходьба, ЛФК в группе и индивидуально с инструктором, массаж, механотерапия), эрготерапия, аппаратные физиопроцедуры (наведенная лазеротерапия), занятия с логопедом [1].

Для коррекции тревожно-депрессивных расстройств использовался эсциталопрам (ленуксин). В зависимости от того, принимали ли его больные, были сформированы группы: получающих антидепрессант (группа исследования) и отказавшихся от него (группа контроля).

Результаты исследования

С помощью шкалы HADS субклинически выраженная тревога и депрессия были выявлены у 21 пациента (12 женщин и 9 мужчин): тревога — 9 (8...11) баллов, депрессия — 10 (8...13) баллов. Всем больным, соответствующим критериям включения в исследование, был назначен антидепрессант (эсциталопрам — ленуксин), в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи больным инсультом [7]. 11 из указанных больных принимали препарат в дозе 10 мг в сутки в течение 8 недель (группа исследования), однако 10 пациентов отказались от его приема (группа

контроля). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, локализации, степени тяжести инсульта и др. показателям.

После выписки из стационара больные продолжали наблюдаться неврологом, для оценки динамики уровня тревоги и депрессии на протяжении года им проводилось повторное тестирование.

Анализ результатов тестирования в динамике в течение восстановительного периода инсульта свидетельствует о том, что у больных, принимавших эсциталопрам (ленуксин), наблюдалась редукция тревожно-депрессивных расстройств ($p < 0,05$). Положительный эффект пациенты отмечали уже через 5 дней проводимой терапии: уменьшалась плаксивость, подавленность, увеличивалась продолжительность сна, улучшалась трудоспособность, больные становились более активными. К концу курса лечения эсциталопрамом (через 3 месяца после перенесенного ишемического инсульта) показатели в основной группе составили по шкалам HADS (тревога) статистически значимое снижение до 6,5 (5...7,5) баллов, по HADS (депрессия) — до 7 (5...8) баллов, что соответствует значению «норма». В контрольной группе, где больные не получали антидепрессант, показатели тревоги и депрессии оставались на практически неизменном уровне в течение года (рис. 1).

Безусловно, купирование тревожно-депрессивных расстройств в течение столь непродолжительного периода является важным. Однако не менее интересным, на наш взгляд, представлялось оценить длительность, стойкость полученного эффекта. Для этого мы провели тестирование пациентов спустя 6 и 12 месяцев от начала заболевания. Был выявлен весьма интересный факт: даже через год показатели тревоги и депрессии в основной группе продолжали снижаться ($p < 0,05$), что наглядно иллюстрирует рис. 2.

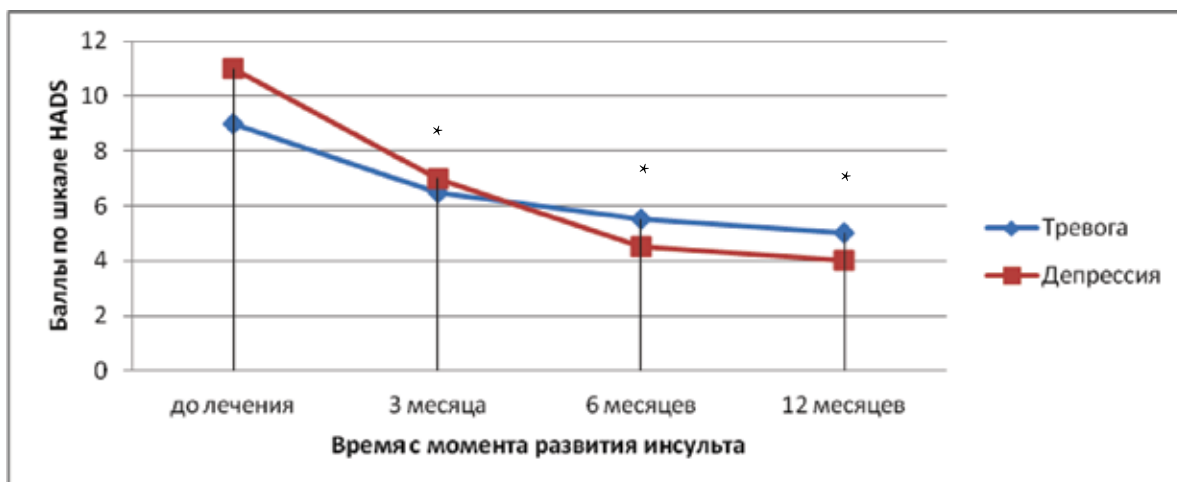


Рис. 2. Динамика показателей тревоги и депрессии в восстановительном периоде ишемического инсульта в вертебро-базиллярном бассейне в группе приема антидепрессанта

Примечание: * — наличие достоверного отличия, по сравнению с оценкой на начало терапии ($p < 0,05$).

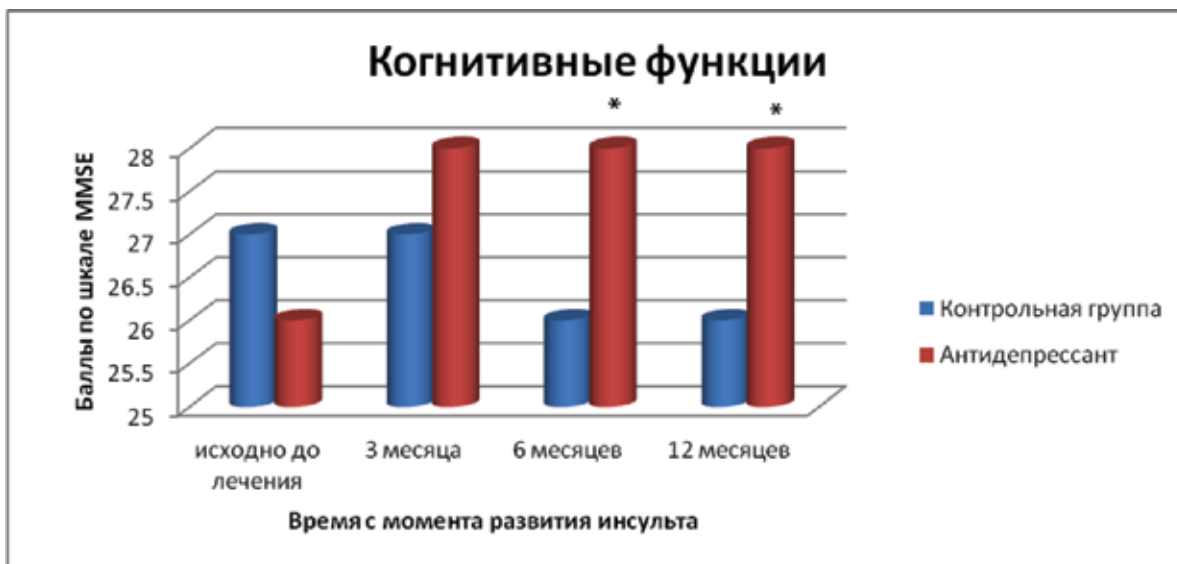


Рис. 3. Динамика когнитивных нарушений по шкале MMSE у больных постинсультной депрессией на фоне терапии эсциталопрамом (ленуксином)

Примечание: * — наличие достоверного отличия между основной (прием антидепрессанта) и контрольной группами ($p < 0,05$)

Эсциталопрам (ленуксин) переносился удовлетворительно большинством наблюдаемых нами больных. Побочные эффекты выявлены лишь у одного пациента в виде общей слабости и тошноты в начале приема препарата с дальнейшим постепенным регрессом. Эти побочные эффекты были выражены незначительно и не требовали прекращения терапии.

По окончании курса лечения отмена препарата проводилась у больных постепенно, доза снижалась в течение 2 недель. Симптомов отмены зарегистрировано не было.

Проводя исследование, мы предположили, что редукция тревожно-депрессивного синдрома должна благоприятно влиять на процесс восста-

новления утраченных навыков, когнитивный статус, повышая мотивацию больных на выздоровление. Для подтверждения нашей рабочей гипотезы мы протестировали наблюдаемых нами больных с помощью шкал MMSE и Бартела. При оценке когнитивного статуса по шкале MMSE у больных в остром периоде ИИ в ВББ мы определили снижение его уровня: до 26 баллов (25...27) в основной группе и 27 (25...28) баллов — в группе контроля. Полученные нами данные соответствуют современным представлениям об острых нарушениях мозгового кровообращения, поскольку известно, что инсульт приводит к дезорганизации высшей руководящей роли коры головного мозга в отношении всех функций организма (в той или

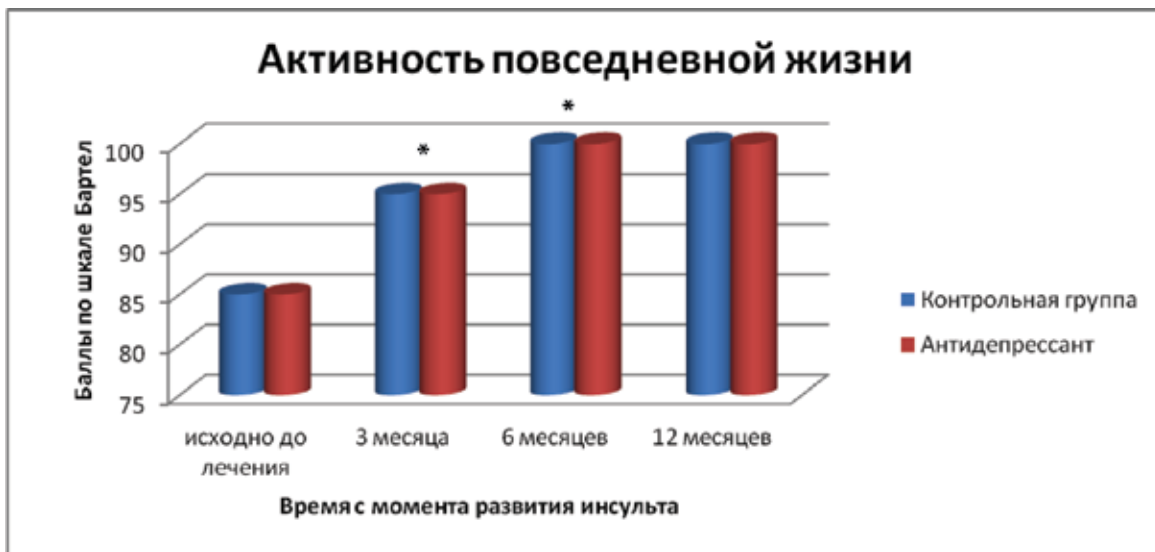


Рис. 4. Динамика активности повседневной жизни по шкале Бартел у больных постинсультной депрессией на фоне терапии эсциталопрамом

Примечание: * — наличие достоверного отличия по сравнению с оценкой на начало терапии ($p < 0,05$)

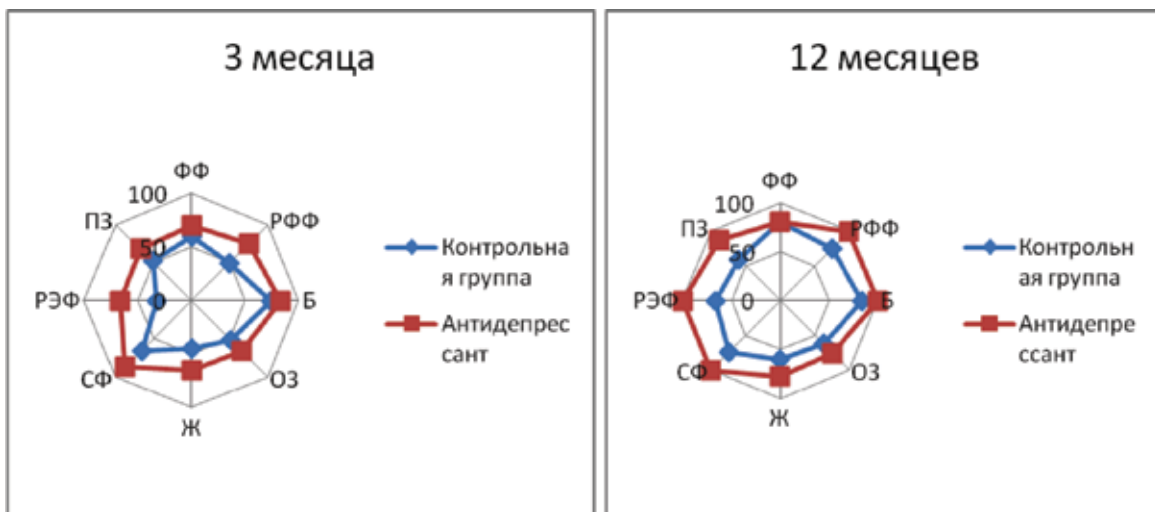


Рис. 5. Динамика качества жизни у больных постинсультной депрессией на фоне терапии эсциталопрамом

Примечание: * — наличие достоверного отличия между основной (прием антидепрессанта) и контрольной группами ($p < 0,05$)
 ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

иной степени), вызывает когнитивные расстройства, ухудшая распознавание, запоминание и мыслительную деятельность, связанную с принятием решения [1,4,15]. Выявленный нами когнитивный дефицит, тем не менее, был негрубым и не препятствовал оценке качества жизни у наблюдаемых нами больных.

К концу курса лечения ни в одном случае не было отмечено ухудшения когнитивных функций. Значимое улучшение этого показателя по шкале MMSE (28 баллов — в группе пациентов, принимавших антидепрессант, 26 баллов — в контрольной группе) мы отметили в группе больных, принимавших эсциталопрам (рис. 3) на сроках 6 и 12 месяцев от первоначального тестирования

($p < 0,05$). Некоторое ухудшение когнитивных характеристик в контрольной группе через год мы связали с развитием депрессивной псевдодеменции, которая приводит к затруднениям повседневной деятельности. Однако возможен регресс когнитивных нарушений при нормализации настроения [3,4].

Анализируя активность в повседневной жизни, для оценки таких сторон жизнедеятельности, как самообслуживание и потребность в посторонней помощи, мы применяли индекс Бартел.

У всех больных в остром периоде ИИ в ВББ получены относительно высокие баллы по шкале Бартел — 85 (80...90), т.к. эта шкала оценивает только основные виды ежедневной деятельности

(прием пищи, перемещение, умывание, одевание, контролирование мочеиспускания и дефекации). За время терапии и в течение последующих 12 месяцев достоверных изменений между группами не было, однако общий балл постепенно увеличивался ($p < 0,05$), что свидетельствовало об успешности восстановительных процессов после инсульта (рис.4).

Проводя объективную оценку состояния больных ИИ, мы задались вопросом: как же сами больные его оценивают? Для определения самооценки состояния пациента мы выбрали опросник качества жизни SF-36, который детально описывает физический и психический компоненты здоровья [8]. Полученные нами результаты при анкетировании больных в остром периоде ИИ по этому опроснику, были достоверно ниже, по сравнению с пациентами группы с артериальной гипертонией, практически по всем шкалам опросника ($p < 0,05$). Исключение составлял показатель выраженности болевых ощущений, который был аналогичным у пациентов двух групп.

Использование в комплексной терапии эсциталопрама привело к достоверному ($p < 0,05$) улучшению психического компонента здоровья (по опроснику SF-36) к концу курса лечения через 3 месяца от перенесенного инсульта (рис. 5). Пациенты отмечали повышение жизнеспособности, снижались эмоциональные проблемы, которые понижают трудовую деятельность, улучшалось общение с родственниками, друзьями, знакомыми. Показатели физического функционирования были выше в основной группе, хотя и не достигли уровня статистической значимости ($p = 0,386$).

К концу года от перенесенного инсульта достоверное улучшение по подшкалам опросника SF-36, составляющим психический компонент здоровья, а также общее здоровье и ролевое физическое функционирование было отмечено в группе больных, принимающих эсциталопрам (ленуксин). Больные основной группы охотнее выполняли комплекс реабилитационных программ и отмечали более высокую физическую активность.

Это вполне объяснимо, т.к. тревожно-депрессивные расстройства, когнитивный статус и уровень качества жизни взаимосвязаны, что подтверждено нашим исследованием. Так, возникновение депрессии в остром периоде ИИ в ВББ у наших больных не имело связи с показателями в баллах по шкале MMSE, выявлена средняя обратная связь с показателями в баллах по шкале Бартел ($r^* = -0,38$) ($p < 0,05$) и с показателем суммарного психического компонента здоровья по шкале SF-36 ($r^* = -0,35$) ($p < 0,05$). При диагностировании депрессии через 3, 6 и 12 месяцев от развития ИИ в ВББ у этих пациентов имело среднюю обратную связь с показателями в баллах по шкале MMSE ($r^* = -0,36$; $-0,45$; $-0,55$) ($p < 0,05$), среднюю обратную связь с показателями в баллах по шкале Бартел ($r^* = -0,55$; $-0,64$; $-0,53$) ($p < 0,05$) и сильную обратную связь с показателем суммарного психического компонента здоровья по шкале SF-36 ($r^* = -0,62$; $-0,72$; $-0,74$) ($p < 0,05$).

Таким образом, на основании результатов исследования нами было установлено, что регресс тревожно-депрессивных расстройств и улучшение когнитивных функций на фоне назначения антидепрессанта свидетельствует о вторичном характере нарушений высших мозговых функций по отношению к депрессии. Включение эсциталопрама (ленуксина) в комплекс реабилитационных программ повышает показатели качества жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт в вертебро-базиллярном бассейне.

Вывод

Своевременно начатое лечение депрессии достоверно снижает выраженность тревожно-депрессивных расстройств, не оказывает негативного воздействия на активность повседневной жизни, достоверно улучшает показатели качества жизни, достоверно улучшает когнитивные функции пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в вертебро-базиллярном бассейне ($p < 0,05$), а также увеличивает социальную активность в обществе и семье.

Литература

1. Бельская, Г.Н. Восстановление нарушенных функций у больных ишемическим инсультом, прошедших санаторное долечивание / Г.Н. Бельская, С.Б. Степанова // *Неврологический журнал*. - 2009. - № 3. — С.33-36.
2. *Болезни нервной системы. Руководство для врачей*. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р.Штульмана, П.В.Мельничука. — М.: Медицина. — 2010. — С.122-156.
3. Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. — М. — 2009. — № 2. — С. 9-12.
4. Кулешов К.А., Розгулов А.Г. и соавт. Качество жизни больных перенесших ишемический инсульт // *Русский медицинский журнал*. — М. — 2007. — Т. 15, № 26. — С. 8 — 9.
5. С.П. Маркин. Депрессивные расстройства клинической картине мозгового инсульта. — *Рос. мед. журнал*. — 2008. — Т.16. — С. 1753-1757.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. — Москва: Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД». — 2004. — С. 10-11, 182-183.
7. *Протокол ведения больных. Инсульт* // *Национальный стандарт Российской Федерации*. — М.: Стандартинформ. — 2009. — С. 50-51.
8. Самойлова О.Б., Лукьянчикова Л.В., Бельская Г.Н. Анализ факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения и оценка качества жизни пациентов, перенесших инсульт в г. Челябинске // *Вестник Уральской Медицинской Академической Науки*. — 2008. — № 3 (21) — С. 94-96.

9. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации // под. ред. А.Н. Беловой, О.Н.Щепетовой. – М.: Антидор. – 2002. – С. 15-17, 80-83, 126-129.
10. Янушко В.А, Турлюк Д.В, Исачкин Д.В, Михневич В.Б. Вертебробазилярная недостаточность: клиника и диагностика //РНИЦ «Кардиология» – Минск, Беларусь. – 2010. – № 3. – С4-5.
11. Camões Barbosa A, Sequeira Medeiros L, Duarte N, Meneses C. Predictors of poststroke depression: a retrospective study in a rehabilitation unit. *Acta Med Port.* 2011. – Vol. 24. – P. 175-80. Epub 2011 Dec 31.
12. Herrmann N., Black S.E., Lawrence J., Szekely C., Szalai J.P. The Sunnybrook Stroke Study: a prospective study of depressive symptoms and functional outcome // *Stroke.* – 1998. – Vol. 29. – P. 618-624.
13. Kong K H, Yang S Y. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. – *Original Article Singapore Med J.* – 2006. – Vol. 47(3). – P. 213
14. Pickett CA, Jackson JL, Hemann BA, Atwood JE. Carotid bruits and cerebrovascular disease risk: a meta-analysis. – *Stroke.* – 2010. – Vol. 41(10). – P.2295-302. Epub 2010 Aug 19.
15. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RA, Gilligan AK, Srikanth V, Thrift AG. Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). – *Stroke.* – 2004 – Vol. 35. – P. 2340-2345.
16. Vranken JH, Hollmann MW, van der Vegt MH, Kruis MR, Heesen M, Vos K, Pijl AJ, Dijkgraaf MG. Duloxetine in patients with central neuropathic pain caused by spinal cord injury or stroke: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. – *Pain.* – 2011. – Vol.152(2). – P.2 67-73.