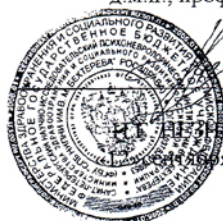


Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»  
Министерства здравоохранения и социального развития РФ

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.  
В.М. Бехтерева»  
Минздравсоцразвития России,  
д.м.н., профессор



## **Применение методов профилактики и ранней диагностики аффективных расстройств в раннем восстановительном периоде инсульта в первичной медицинской сети**

### **Методические рекомендации**

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту № К-16-НИР/46-1 от 7 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством ранней диагностики, профилактики и терапии аффективных расстройств в условиях первичной медицинской сети»

Санкт-Петербург

2012

## АННОТАЦИЯ

В пособии дано описание основных видов аффективных расстройств и их специфичность для больных в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта. Приведены основные критерии диагностики и дифференциальной диагностики аффективных нарушений. Рассматриваются методы ранней диагностики и профилактики в условиях первичной медицинской сети. Показана эффективность реабилитационных мероприятий в зависимости от психопатологической симптоматики.

Пособие предназначено для врачей неврологов, психиатров стационарной и амбулаторной сети, специалистов реабилитационных неврологических отделений, специализированных санаторно-курортных учреждений.

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева.

Авторы: ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук О.А. Балунов, старший научный сотрудник кандидат медицинских наук Л.В. Лукина, ведущий научный сотрудник кандидат медицинских наук Н.В. Семенова, психолог Л.И. Ситник.

## **ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ**

**МРТ** – магнитно-резонансная томография

**ЭПИ** - экспериментально-психологическое исследование

**МКБ-10** - Международная классификация болезней 10-го пересмотра

**НПР** – непсихотические психические расстройства

**ПД** – постинсультная депрессия

**СИОЗС** - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

**АОЗС** - активаторы обратного захвата серотонина

## ВВЕДЕНИЕ

Большая распространенность, высокая смертность и частая инвалидизация больных, нередко трудоспособного возраста, выдвигают проблему церебрального инсульта в число социально значимых и приоритетных направлений неврологии.

Один из наиболее распространенных видов церебрального инсульта – лакунарный инфаркт часто протекает бессимптомно и не приводит к выраженному неврологическому дефициту. Ведущим проявлением данной нозологической формы могут являться психические расстройства непсихотического характера. Частота развития психопатологической симптоматики в клинической картине восстановительного периода мозгового инсульта, сложность её ранней диагностики определяют всё возрастающий интерес специалистов к данной теме.

Актуальность проблемы постинсультной депрессии в раннем восстановительном периоде связана не только с ее высокой частотой, но и ролью в течении и влиянии на прогноз цереброваскулярного заболевания. Это влияние настолько велико, что она считается независимым фактором риска в патофизиологическом прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, эффективность восстановительного лечения напрямую зависит от регресса депрессивной симптоматики, что является особенно важным в первичной медицинской сети.

Сложность в диагностике могут представлять сочетания депрессии с эмоционально-лабильным и тревожным расстройствами, а также преморбидными особенностями личности, например, такими как истероидные черты характера.

Все вышесказанное определило цель настоящего исследования: изучить значение и влияние аффективных расстройств в восстановительном периоде церебрального инсульта на процесс реабилитации для профилактики, ранней диагностики и оптимизации лечебно-диагностического процесса в условиях первичной медицинской сети.

Нами были поставлены следующие задачи:

- выделить формы аффективных расстройств наиболее характерные для восстановительного периода церебрального инсульта;
- изучить влияние аффективных расстройств на клиническую картину, тип течения заболевания и эффективность реабилитационных мероприятий при мозговом инсульте;
- рассмотреть пути оптимизации профилактики и реабилитации после перенесённого нарушения мозгового кровообращения.

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

Понятие непсихотических психических расстройств используется для обозначения не резко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы. В их возникновении и течении значительную роль играют социально-психологические факторы, преморбидные особенности личности с типичными для каждого индивидуума способами совладания со стрессом. Выше сказанное с определенной долей условности позволяет характеризовать НПР как срыв психической адаптации.

Понимая, что процесс адаптации осуществляется комплексом взаимодействующих подсистем, следует считать, что поражение каждой из них может привести к нарушениям деятельности всей функциональной системы, т.е. к состоянию психической дезадаптации, которое может выражаться, в частности, различными непсихотическими нарушениями.

Любая болезнь в той или иной степени приводит к изменениям в жизни больных, которые могут носить как временный, так и, как зачастую происходит в неврологической практике, глобальный необратимый характер, кардинально меняющий весь существовавший ранее уклад жизни с нарушением социальных, профессиональных, семейных

связей заболевшего человека. Как правило, болезнь нарушает привычное взаимодействие человека с окружающей средой, ограничивает трудовую деятельность или делает невозможным ее продолжение, нередко лишает человека прежних реальных перспектив и вызывает необходимость перестройки всей личностной ориентации. Все это подвергает серьезным испытаниям систему адаптационной психической деятельности, повреждает барьер психической адаптации заболевшего человека. При этом затрагивается не только сенситивный, но и интеллектуальный уровень «внутренней картины болезни», включающий размышления самого больного о болезни, его самооценку и реакцию на возникшее состояние. В зависимости от особенностей личности больного реальный ущерб, принесенный болезнью в его жизнь, может им либо преуменьшаться, либо преувеличиваться.

Учет привнесенных инсультом изменений как в двигательной, чувствительной, так и в эмоционально-психологической сферах, имеет большое значение при постановке диагноза и при определении наиболее адекватного плана лечебных и социально-компенсирующих мероприятий.

Четкое формулирование диагноза предполагает вынесение на первое место основного заболевания и оценку сопутствующих расстройств (в том числе и психических) как второстепенных. Кроме установления правильного диагноза, необходимо четко формулировать его функциональную часть, включающую как физическую, так и психическую сферу, что имеет решающее значение для выработки терапевтической и медико-социальной стратегии. При этом основным принципом коррекции непсихотических психических нарушений в структуре церебрального инсульта является лечение соматического заболевания, повлекшего за собой сосудистую катастрофу. Психические расстройства в этих случаях обычно носят подчиненный характер

и редуцируются вслед за основным соматоневрологическим патологическим процессом.

Все вышесказанное позволяет связывать происхождение НПР, в первую очередь, не с психогенией (в ряде случаев реакция на возникновение заболевания может носить для человека особо значимый характер и переходить в стабильное невротическое, но не неврозоподобное состояние), а с физической астенизацией, травматическими, интоксикационными факторами, вегетативными дисфункциями и другими соматогенно (неврогенно) обусловленными неврозоподобными нарушениями.

### ***Органические аффективные расстройства***

Наиболее часто в амбулаторной практике непсихотические психические нарушения представлены расстройствами настроения (аффекта), проявляющиеся изменениями в эмоционально-волевой сфере.

К аффективным расстройствам в клинике постинсультных состояний относят расстройства, характеризующиеся изменением настроения, сопровождающимся изменением уровня общей активности. Критерием для включения таких расстройств в этот раздел является их предположительно прямая обусловленность церебральным заболеванием, наличие которого должно быть продемонстрировано независимым методом (например, путем адекватных соматических и лабораторных исследований) или на основании соответствующих анамнестических сведений. По МКБ-10 аффективные расстройства должны появляться вслед за развитием острого нарушения мозгового кровообращения. Такие изменения настроения не должны расцениваться как эмоциональный ответ больного на известие о болезни или как симптомы сопутствующего аффективным расстройствам заболевания мозга.

Для уточнения клинического расстройства необходимо использовать пятизначные коды, в которых указанные расстройства подразде-

ляются на расстройства психотического и непсихотического уровня, монополярные (депрессивные или маниакальные) и биполярные.

В последнее время принято выделять два типа депрессии при цереброваскулярной патологии: постинсультную и возникшую на фоне хронических нарушений мозгового кровообращения.

Частота развития депрессии у больных с хроническими формами нарушения мозгового кровообращения по данным разных авторов составляет от 38 до 70%. В этом случае возникновение депрессии связывают с диффузным билатеральным поражением белого вещества, возникающим при патологии мелких сосудов («микроангиопатическая депрессия») на фоне сосудистых факторов риска.

Наличие депрессии подчас затрудняет адекватную оценку неврологического статуса больного, оказывает отрицательное влияние на течение сосудистого заболевания, снижая эффективность лечения и темп функционального восстановления. Депрессия приводит к значительным нарушениям активности в повседневной жизни на бытовом, семейном и социальном уровнях, к существенному снижению коммуникативности, иногда к полной социальной изоляции больного, одиночеству и, нередко, суицидальным намерениям и действиям.

### ***Постинсультная депрессия***

Впервые развитие депрессии как одного из возможных осложнений инсульта было описано в 1980 г. Депрессия является достаточно серьезным осложнением ишемического инсульта, связанным с эмоционально-волевыми расстройствами, и представляет собой своеобразный «паралич душевной сферы». В настоящее время данная проблема вызывает все больший интерес, обусловленный, прежде всего, высокой частотой развития данного осложнения после инсульта и сложностью в диагностике.



Постинсультная депрессия рассматривается как осложнение инсульта в эмоционально-волевой сфере, существенно снижающее реабилитацию и качество жизни больных, и требующее медикаментозной коррекции, а также подключение на ранних этапах психотерапевтических и психокоррекционных способов лечения.

Частота развития постинсультной депрессии по данным различных авторов значительно варьирует (от 25 до 100%) и, по сути, не отражает реального масштаба распространения аффективных расстройств в популяции постинсультных больных. Вероятно, это связано со сложностью диагностики атипичных, стертых или соматизированных форм аффективных нарушений, наиболее характерных для больных, перенесших церебральный инсульт.

Развитие ПД возможно как в ранние, так и в поздние сроки после инсульта, хотя максимальная частота депрессивных эпизодов регистрируется спустя 2-6 месяцев после инсульта ( $\approx 70\%$ ) и возможностью самопроизвольного излечения в течение первых двух лет заболевания при условии адекватной коррекции неврологического дефицита.

Факторами риска ПД являются, прежде всего, генетическая предрасположенность, депрессивные эпизоды в анамнезе, преморбидный функциональный фон, наличие артериальной гипертонии, ранее перенесенный инсульт.

Несмотря на высокие темпы развития методов нейровизуализации и возможности прижизненной морфологической оценки структур головного мозга, определить специфическую МРТ-семиотику для депрессивных расстройств в настоящее время не представляется возможной. Ряд отечественных и зарубежных исследователей полагают, что депрессия чаще развивается у больных с левополушарными поражениями, а на поздних этапах восстановительного периода через 3 года после инсульта – при поражении правого полушария.

Риск постинсультной депрессии выше у лиц с повторными инсультами в силу усиления или присоединения новых дефицитарных неврологических симптомов. Более чем у половины больных развитию ишемического инсульта предшествуют некоторые симптомы депрессии, наиболее часто – подавленная активность, нарушенный сон, плохой аппетит.

Не прослеживается и четкой зависимости развития постинсультной депрессии и демографических факторов (пол, возраст, образование, семейное положение). По некоторым данным риск развития постинсультной депрессии выше у женщин, лиц с высшим образованием за счет их большей осведомленности в ситуации и знаниях о возможных последствиях инсульта в профессиональной, социальной и семейной сферах. Диаметрально противоположные данные о различных факторах риска развития постинсультной депрессии говорят о том, что программа реабилитационного лечения должна составляться индивидуально для каждого конкретного пациента.

Несомненно, одним из значимых факторов является психиатрический анамнез. У больных с депрессивными эпизодами в анамнезе в 6 раз чаще развивается постинсультная депрессия. Кроме того, психические расстройства могут явиться следствием соматического заболевания и в силу психологической реакции на болезнь и связанных с ней ограничений деятельности, и в силу возможных метаболических изменений или интоксикации в результате лекарственной терапии при тяжелой соматической патологии.

Огромное значение постинсультной депрессии связано с её влиянием на прогноз цереброваскулярного заболевания. Депрессия прогностически неблагоприятно влияет на восстановление когнитивного и неврологического дефицита, увеличивает относительный риск развития повторных инсультов и оказывает негативное влияние на течение сопутствующих соматических заболеваний. Влияние депрессии настолько вели-

ко, что она считается независимым фактором риска в патофизиологическом прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний, а эффективность лечения и реабилитации напрямую зависит от регресса депрессивной симптоматики. Наличие депрессии увеличивает относительный риск развития повторного инсульта в 2,67 раза после исключения влияния таких факторов риска, как гипертония, диабет, гиперлипидемия, болезни сердца. Худшее восстановление функционального дефицита увеличивает продолжительность восстановительного периода и реабилитации и приводит к более значимым нарушениям активности повседневной жизни. Присоединение депрессивных расстройств оказывает негативное влияние на течение сопутствующих соматических заболеваний, являющихся сосудистыми факторами риска. Депрессия может способствовать развитию прогрессирования сосудистых заболеваний посредством таких механизмов, как активация гипоталамо-питуитарно-адренкортикальной оси, увеличение симпатoadrenalовой активности, сосудистого воспаления и гиперкоагуляции. Такое воздействие может приводить к увеличению риска повторного инсульта.

Одной из проблем является достаточно редкое выявление постинсультной депрессии в виду сложности диагностики. Депрессия у пожилых больных может маскироваться соматическими заболеваниями, медикаментозными средствами или алкоголем, когнитивными расстройствами, когда больные не могут правильно интерпретировать имеющиеся симптомы и рассказать о них врачу. Больные могут рассматривать депрессию как нормальное проявление процесса старения или реакции на возникшие неврологические нарушения. Это требует особого внимания врача при осмотре и выявлении данной патологии.

Для диагностики ПД необходимо использовать принятые диагностические критерии МКБ-10.

Постинсультная депрессия может возникать в раннем восстановительном периоде как реакция на болезнь (инсульт), а также в результате

органического поражения головного мозга после перенесенного нарушения мозгового кровообращения. При этом частота и выраженность депрессии значительно выше при поражении отделов мозга, расположенных в области таламуса, близких к лимбическо-ретикулярной формации. Кроме того, постинсультная депрессия может быть ответом на лекарственную терапию гипотензивными и кардиальными средствами, препаратами с антиконвульсантным действием (клоназепам, барбитураты), в результате длительного применения бензодиазепинов (тазепам, феназепам, реланиум), приема гормональных препаратов и антибиотиков.

Необходимо сказать о том, что изолированно депрессивное расстройство в раннем восстановительном периоде инсульта встречается крайне редко. Для постинсультной депрессии характерны высокая коморбидность с тревогой, эмоционально-лабильным расстройством.

### ***Варианты постинсультной депрессии***

Согласно классификации депрессивных расстройств, предложенной О.П. Вертоградовой, постинсультная депрессия по особенностям психопатологической картины может быть разграничена на тревожные, тоскливые и апатические депрессии.

Тревожно-депрессивные расстройства характеризуются стойким снижением настроения и активности, интеллектуальной и двигательной заторможенностью. У больных с острой ишемией мозга ведущими являются тревожно-депрессивные симптомокомплексы. Американской психиатрической ассоциацией зафиксировано преобладание так называемой малой депрессии по сравнению с большим депрессивным эпизодом, в клинической картине которой на первый план выступает тревога и страх. Эти проявления связаны со сложными патогенетическими реакциями, возникающими при инсульте. Запуск «ишемического каскада» приводит к развитию оксидантного стресса, повышению активности глутаматэргических, серотонинэргических и норадренэргических рецеп-

торов. При этом высвобождается большое количество нейромедиаторов, являющихся основными катализаторами депрессивных реакций. Не все нейромедиаторы равнозначно влияют на развитие данной патологии. Ведущая роль принадлежит серотонинергическим структурам с гиперчувствительностью постсинаптических серотониновых рецепторов. Важно отметить, что независимо от особенностей воздействия на организм самых различных патогенетических факторов, включаются одни и те же механизмы эмоционального реагирования. Следовательно, при остром нарушении мозгового кровообращения у пациентов на первый план выступают расстройства эмоциональной сферы, затрудняющие проведение дальнейших реабилитационных мероприятий.

Тревожные депрессии у постинсультных больных обычно проявляются угнетенностью и преобладанием тревожных опасений о возможной утрате трудоспособности и способности к самообслуживанию, о возможной смерти, обеспокоенностью своей дальнейшей судьбой, будущим близких, исходом сложившейся ситуации. Симптомы депрессии наиболее отчетливо выражены в вечерние часы, когда тревожные мысли поглощают сознание больных, мешая засыпанию. Отмечаются и нарушения аппетита. Больные выглядят взволнованными, обеспокоенными, часто тревога выражается в перебирании пальцев рук, неусидчивости. Внешним выражением тревоги также являются и неоднократные обращения к врачам, повторные вопросы о риске ухудшения самочувствия, чрезмерно частое измерение уровня артериального давления.

Другим психопатологическим вариантом постинсультной депрессии являлись тоскливые депрессии. Симптоматика таких депрессий отличается преобладанием аффекта. В одних случаях аффект тоски воспринимается больным как мучительное физическое страдание, тяжесть, «щемление» за грудиной. Больные выглядят угнетенными, подавленными, несколько заторможенными. Также отмечаются сомато-

вегетативные расстройства (нарушения сна, аппетита, стула). Иногда у постинсультных больных можно наблюдать эпизоды усиления тоски (раптусы), которая становится трудно переносимой и сопровождается суицидальными мыслями. В других случаях преобладает подавленность с оттенком тоскливости, которая порой сопровождается внутренним беспокойством и соматовегетативными расстройствами. На протяжении депрессии иногда возникают кратковременные обострения, сопровождающиеся беспокойством и усилением тоски. Возможны идеи самообвинения, когда больные упрекают себя в халатном отношении к здоровью, в том, что не сделали все для предотвращения несчастья. Симптомы обычно подчиняются «классическому» суточному ритму депрессии с большей выраженностью по утрам.

В клинической картине апатической депрессии доминирует дефицит побуждений с падением жизненного тонуса. Иногда апатический аффект сопровождается общей угнетенностью, бедностью мимики, монотонностью речи, легкой заторможенностью. Такие депрессии часто манифестируют чувством безучастности ко всему окружающему и собственному положению. Из-за слабости больные отказываются от реабилитационных мероприятий. Симптомы подчиняются характерному для депрессии суточному ритму с большей выраженностью в утренние часы. Более часто депрессии этого типа характеризуются отсутствием заинтересованности в результатах деятельности, выполнение которой ранее приносило удовольствие. Апатия и адинамия может сочетаться с тоской.

Кроме того, существуют так называемые субсиндромальные депрессии, которые нельзя отнести к какому-либо из выделенных подвидов депрессии. Они проявляются, прежде всего, подавленностью с оттенком раздражительности и нарушениями сна.

В амбулаторной практике врачи могут столкнуться с так называемыми атипично протекающими, соматизированными (синонимы: мас-

кированная, ларвированная, латентная, скрытая, вегетативная, «улыбающаяся», депрессия без депрессии) депрессиями. При такой депрессии больной может не предъявлять собственно депрессивных жалоб, а постоянно испытывать стойкие соматические симптомы, чаще других – постоянное чувство усталости и хроническую боль или многочисленные вегетативные ощущения. Клинические проявления этой депрессии крайне разнообразны. Наиболее часто встречаются жалобы на расстройства сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Наблюдаются приступы болей в области сердца, желудка, кишечника, иррадиирующие в другие участки тела. Эти расстройства часто сопровождаются нарушениями сна и аппетита. Следует подчеркнуть частую встречаемость при маскированной депрессии ипохондрических, астенических и тревожных расстройств, которые нередко выходят на первый план, затмевая собственно депрессивные симптомы. Специфично сочетание тревоги и депрессии при хронических болевых синдромах и при панических атаках.

Отличительной особенностью клиники всех перечисленных подтипов ПД является их развитие на органическом фоне, который привносит в клиническую картину утомляемость, слабость, гиперестезию в виде повышенной чувствительности к громким звукам, ранимость, проявляющуюся в повышенной чувствительности в области межличностных отношений, элементы недержания аффекта с появлением слез в ответ на стимулы положительной или отрицательной эмоциональной окраски.

Характерной чертой большинства ПД является ипохондрическая фиксация со скрупулезным выполнением врачебных рекомендаций, «самоощажением», общим снижением уровня активности, тревожным вниманием к симптомам телесного неблагополучия – головным болям, головокружению. Иногда, напротив, больные могут быть вовлечены в деятельность, направленную на преодоление последствий инсульта:

тренировки памяти (разгадывание кроссвордов и т.д.), тщательное выполнение предписанной гимнастики, многочасовая ходьба в целях создания дополнительной физической нагрузки («преодолевающий стиль поведения»).

Несомненно важность своевременного распознавания депрессивного расстройства для проведения коррекции, в первую очередь медикаментозной, направленной на оптимизацию процесса реабилитации в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта. Однако врачу, не обладающему необходимым объемом знаниями, заподозрить или диагностировать данную патологию не просто. По некоторым данным, это удается лишь в 10% случаев. Ведущее место в диагностике постинсультной депрессии, оценке степени ее тяжести и, соответственно, рациональной коррекции занимают различные шкалы, опросники и тесты.

Трудности диагностики постинсультной депрессии определяют необходимость привлекать к процессу восстановительного лечения полифункциональные бригады, включающие не только терапевта и невролога, но и психиатра, медицинского психолога, нейропсихолога, начиная с самых первых дней после перенесенного инсульта.

### ***Профилактика аффективных расстройств в раннем восстановительном периоде после инсульта***

На сегодняшний день необходимость проведения профилактики и лечения аффективных расстройств в восстановительном периоде инсульта является доказанной. Даже существует мнение о проведении превентивного лечения антидепрессантами, начиная с ранних этапов реабилитации после острого нарушения мозгового кровообращения.

Медикаментозное лечение, психологическая коррекция, психотерапия должны проводиться на всех трех этапах профилактики аффективных расстройств в процессе реабилитации после мозгового инсульта.



Основная задача, которая ставится перед врачом амбулаторной сети, представляет собой максимальное восстановление социального, семейного функционирования пациента независимо от тяжести перенесенного инсульта.

Лечение аффективных расстройств должно быть:

- комплексным — включающим физические и психологические методы лечения наряду с социальными вмешательствами;
- многопрофильным — подключение врачей (психиатров, психотерапевтов, врачей лечебной физкультуры и физиотерапии), медицинских психологов, медицинских сестер, социальных работников и специалистов в области терапии занятостью, а также, в случае необходимости, диетологов, логопедов, ортопедов.
- своевременным и адекватным – то есть на максимально ранних сроках диагностики необходимо назначение антидепрессантов в адекватной (не минимальной!) терапевтической дозе, учитывая соответствие спектра действия антидепрессанта особенностям симптоматики депрессии

Помимо основного курса терапии, направленного на улучшение мозговой гемодинамики, улучшение мозгового метаболизма и на восстановление локального неврологического дефицита (улучшение движений, уменьшение спастичности, устранение болевых синдромов, расстройств чувствительности, высших корковых функций), необходимо проводить медикаментозную коррекцию психопатологических симптомов. Наряду с симптоматическими средствами (транквилизаторы, вегетостабилизирующие препараты) целесообразны повторные курсы сосудистых препаратов, ноотропов и других нейрометаболических средств, которые могут проводиться, например, в дневном стационаре.

Основным методом коррекции депрессивных расстройств в общесоматической практике является терапия антидепрессантами, однако в

неврологической практике, особенно у пациентов в остром периоде инсульта, до недавнего времени это лечение применялось недостаточно. Данный факт связан с особенностью механизмов действия и развитием побочных эффектов, имеющих на тот момент антидепрессантов. Использование психофармакологических препаратов у пациентов с сосудистой патологией требует учета не только фармакологических свойств лекарственного вещества, но и особенности интеракции с другими медикаментами, прежде всего, с ноотропными, вазоактивными и антигипертензивными. В последнее десятилетие широкое распространение получили селективные антидепрессанты, позволяющие применять различные терапевтические комбинации, например, антидепрессант-ноотроп-антиоксидант. Они более безопасны у больных с сосудистыми поражениями головного мозга. Рядом авторов наибольшее предпочтение отдается СИОЗС и АОЗС.

В последнее время произошел ряд изменений в стратегии терапии депрессий. Если ранее основное внимание уделялось собственно купированию депрессивной симптоматики, безопасности проводимой терапии и ряду фармакоэкономических аспектов, то сейчас основной задачей является восстановление исходного уровня социального функционирования, при этом особое внимание уделяется восстановлению и сохранению когнитивных функций. Для больных, перенесших ишемический инсульт и имеющих, в большей или меньшей степени, выраженные когнитивные нарушения, этот аспект является особенно важным. Допустимо только использование препаратов, обладающих минимальным холинолитическим и седативным действием. Для лиц пожилого возраста идеальный антидепрессант в дополнение к эффективности должен обладать минимальным числом побочных эффектов, безопасным профилем взаимодействия с другими медикаментозными средствами и алкоголем и приниматься 1 раз в день.

Сравнительное изучение действия различных антидепрессантов при лечении депрессий органического происхождения и тревожно-депрессивных расстройств у больных, перенесших инсульт, показало оптимальный эффект этой группы препаратов. Эти лекарственные средства устраняют тревожно-депрессивные состояния более чем у половины больных, у остальных пациентов также были достигнуты положительные результаты различной степени выраженности.

Современная классификация, используемых антидепрессантов представлена следующим образом:

1. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин, кломипрамин, тримипрамин).
2. Тетрациклические антидепрессанты (миансерин).
3. СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флувоксамин, пароксетин, флуоксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам, дулоксетин).
4. ИОЗСН – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин).
5. Норадренэргические и специфические серотонинэргические антидепрессанты (миртазапин).
6. Другие антидепрессанты (тианептин, тразодон).
7. Фитопрепараты с антидепрессивным действием (Доппельгерц Нервотоник, Доппельгерц Виталотоник).
8. Мелатонинэргические антидепрессанты (вальдоксан).

Трициклические антидепрессанты ингибируют обратный захват норадреналина, дофамина и серотонина пресинаптическими окончаниями с усилением постсинаптической импульсации. Они оказывают антидепрессивный, тимолептический, седативный, анксиолитический эффекты. Однако эти препараты обладают широким спектром соматических противопоказаний для постинсультных больных из-за выра-

женных холиноблокирующих и антигистаминных эффектов. Побочными эффектами традиционно применяемых антидепрессантов являются дезориентация, психомоторная заторможенность, расстройство походки, нарушение функций координации, экстрапирамидные расстройства. К другим противопоказаниям относится ортостатическая гипотензия, тахикардия, аритмия, повышение внутриглазного давления, запоры, задержка мочеиспускания. В связи с этим трициклические антидепрессанты (амитриптилин) больным пожилого возраста, соматически отягощенным, с выраженными двигательными дефектами следует назначать с осторожностью.

- Amitриптилин – применяется главным образом при тревожных депрессиях, смешанных аффективных расстройствах с нарушением поведения после перенесенного инсульта. С учетом вышеуказанных противопоказаний имеет ограниченное применение в ангиологии.

- Мелипрамин (имипрамин) – назначается при тяжелых депрессивных расстройствах сосудистого генеза. Следует учитывать, что в пожилом возрасте у больных с инсультом возможно усиление тревожно-фобического компонента депрессии.

- Кломипрамин – назначается при депрессивных состояниях с обсессивно-фобическим компонентом. Психостимулирующее действие выражено в меньшей степени, чем у имипрамина, а седативное – слабее, чем у амитриптилина.

- Леривон (миансерина гидрохлорид) – относится к антидепрессантам с седативным действием. У леривона отсутствует холинолитическое и кардиотоксическое действие трициклических антидепрессантов, ввиду чего его можно применять больным с соматическими осложнениями после инсульта. Его особенностью является анксиолитическое действие и позитивное влияние на сон.

- Флувоксамин – спектр антидепрессивного действия сопоставим с

ТЦА. Преимуществом является отсутствие выраженных побочных действий.

- Пароксетин – антидепрессант сбалансированного действия, купирует навязчивые компульсивные состояния, панические атаки.
- Сертралин – антидепрессант сбалансированного действия.
- Флуоксетин – антидепрессант со стимулирующим эффектом.
- Циталопрам – назначается при депрессивных, астено- и тревожно-депрессивных состояниях.
- Эсциталопрам (ципралекс) – назначается при депрессивных эпизодах различной степени тяжести, панических расстройствах с/без агорафобии.
- Дулокетин (симбалта) – сбалансированный антидепрессант, не увеличивает риск суицидных попыток.
- Венлафаксин (велаксин) – используется для лечения депрессивных и тревожно-депрессивных состояний, в том числе для профилактики рецидивов. Следует применять эффективную дозу. Поддерживающая терапия может продолжаться до 6 мес. Препарат противопоказан при тяжелых нарушениях функции печени и почек.
- Миртазапин (ремерон) – является антидепрессантом двойного действия. Принцип его действия отличается от всех известных антидепрессантов. Помимо быстрого развития антидепрессивного эффекта, ремерон обладает выраженным противотревожным действием, развивающимся уже в первые дни после приема препарата, и собственно тимоаналептическим эффектом. Ремерон позитивно влияет на процессы внимания и памяти, снижает суицидальную активность депрессивных больных. Высокая клиническая эффективность достигается без выраженных побочных эффектов.
- Триттико (тразодон) – антидепрессант широкого спектра действия с

преимущественно анксиолитическим и седативным эффектом; не вызывает привыкания при длительном применении. В неврологической клинике применяется для лечения тревожно-депрессивных состояний сосудистого генеза. Благодаря отсутствию антихолинергического эффекта, возможно назначение препарата в пожилом возрасте. Препарат не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО. Побочные явления (повышенная утомляемость, сонливость, нарушения сна, головные боли) возникают относительно редко и проходят при уменьшении дозы.

- Коаксил (тианептин) – является антидепрессантом сбалансированного влияния, обладающим серотонинергическими свойствами и, в отличие от большинства антидепрессантов, стимулирует обратный захват серотонина. Благодаря уникальному спектру действия он влияет на депрессию, астению и тревогу, не вызывая седативного эффекта – сонливости, психической и двигательной заторможенности, нарушений внимания и пр. Коаксил обладает активирующим действием. Наряду с улучшением настроения он уменьшает выраженность вегетативных нарушений. Не менее важно и то, что коаксил хорошо переносится больными. Обладая широким спектром клинических эффектов: сочетание антидепрессивного, противотревожного (анксиолитического), антистрессового и релаксизирующего (противоастенического) действия, коаксил является препаратом выбора для лечения нервно-психических расстройств у постинсультных больных. В неврологической практике коаксил применяется для лечения тревожно-депрессивных и астено-депрессивных состояний у больных по истечении 3 недель после ишемического инсульта. Успешно устраняется коаксилом фобический синдром (страх падения при ходьбе), часто развивающийся после инсульта. Основной курс лечения проводится ежедневно в течение 6 недель с последующей постепенной отменой антидепрессанта в течение 1,5 месяцев. Полное исчезновение аффективных

нарушений наблюдается после 12-недельного курса лечения.

- Вальдоксан (агомелатин) – первый мелатонинэргический антидепрессант, применяется при депрессивных расстройствах различной степени тяжести, оказывая быстрый и стойкий антидепрессивный эффект с первой недели терапии. Значительно улучшает самочувствие, активность в дневное время, качество сна, что является клиническим проявлением нормализации циркадных ритмов. Препарат хорошо переносится и практически не имеет противопоказаний у пациентов с сосудисто-церебральной патологией.

Широкое применение в неврологии при лечении нервно-психических расстройств у постинсультных больных получили транквилизаторы – группа препаратов, оказывающая транквилизирующий (успокаивающий), анксиолитический (противотревожный), миорелаксирующий (расслабляющий), противосудорожный, гипнотический (снотворный) эффекты, вегетативно стабилизирующее действие. Большинство использованных нами транквилизаторов являются производными бензодиазепинов и взаимодействуют с бензодиазепиновыми рецепторами, расположенными на клеточной мембране нейронов лимбико-ретикулярной формации. Они также усиливают тормозное влияние ГАМК-эргической системы, угнетают адрено- и холинэргические системы. Также используют и производные дифенилметана (гидроксизин, атаракс). При выборе анксиолитиков для клинического применения необходимо учитывать различия в спектре действия препаратов. По преобладающему эффекту транквилизаторы условно можно разделить на 4 группы:

1. Транквилизаторы универсального действия (реланиум, седуксен, диазепам, сибазон, феназепам).
2. Транквилизаторы с преимущественным стимулирующим эффектом (тофизопам, лоразепам, медазепам, алпразолам).
3. Транквилизаторы с преобладающим седативным эффектом

(дикалий хлоразепат, гидроксизин, алпрозолам).

4. Транквилизаторы с преобладающим гипнотическим (снотворным) эффектом (нитразепам, темазепам, клоназепам, оксазепам).

Основными показаниями к применению транквилизаторов являются: тревожные и фобические состояния, раздражительность и повышенная возбудимость, нарушения сна (нарушения засыпания, поверхностный сон), психосоматические расстройства, вегетативно-сосудистые нарушения, мышечные спазмы, судорожные синдромы. Кроме того, транквилизаторы усиливают и пролонгируют действие анальгетиков, уменьшая психовегетативные компоненты болевого синдрома, снижая психическое и мышечное напряжение, усиливают действие нейролептиков, седативных и снотворных средств.

Такие препараты как феназепам, хлордиазепоксид (элениум), диазепам (седуксен, сибазон, реланиум), обладают широким спектром действия, характеризуются выраженным анксиолитическим, седативным, расслабляющим и снотворным эффектами.

- Феназепам показан при тяжелых тревожно-фобических расстройствах органической природы, сопровождающихся страхом, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью, при вегетативных дисфункциях и расстройствах сна; однако в пожилом возрасте назначать его следует с особой осторожностью ввиду миорелаксирующего действия и частого развития ортостатических коллапсов и, как следствие, падения и травмирования больных.

- Сибазон (седуксен, реланиум, диазепам), хлордиазепоксид – успешно используются для купирования тревоги, судорожных припадков и дисфории, оказывает регулирующее влияние на нейровегетативную дисфункцию;

- Грандаксин (тофизопам) – вызывает анксиолитический эффект, не сопровождающийся выраженным седативным, миорелаксирующим, противосудорожным действием. В связи с этим препарат более удобен



при применении в дневные часы – «дневной транквилизатор». Является психоvegetативным регулятором, обладает умеренной стимулирующей активностью;

- Лоразепам – транквилизатор с выраженным анксиолитическим эффектом, применяется при невротоподобных состояниях с обсессивно-компульсивным компонентом;

- Алпразолам – транквилизатор с выраженным анксиолитическим эффектом, показан при панических атаках, тревожно-фобических расстройствах. Наряду с анксиолитическим обладает умеренными антидепрессивными свойствами;

- Транксен – является высокоэффективным препаратом длительного действия с выраженным анксиолитическим действием. Кроме того, транксен оказывает седативное, снотворное, противосудорожное и миорелаксирующее действие. Транксен успешно применяется при лечении тревожно-депрессивных состояний, быстро нормализует сон и почти не обладает побочными эффектами;

- Гидроксизин – оказывает умеренное анксиолитическое, седативное, противорвотное, антигистаминное действие. Оказывает положительное влияние на когнитивные способности, улучшает память и внимание. При длительном применении не отмечено симптомов отмены;

- Нитразепам (эуноктин, радедорм) – оказывает выраженное снотворное действие, обладая также миорелаксирующей, анксиолитической и противосудорожной активностью. Препарат эффективно и быстро увеличивает глубину и продолжительность сна: сон обычно наступает через 20-40 минут и длится 6-8 часов;

- Темазепам – транквилизатор с выраженным снотворным эффектом;

- Клоназепам (антелепсин) – относится к группе транквилизаторов с выраженным противосудорожным действием. Используется для купирования различных пароксизмальных состояний, вегетативно-сосудистых кризов, эпилептических приступов, диэнцефальных кри-

зов, бессонницы, психомоторного возбуждения;

- Нозепам (оксазепам) – наиболее мягко действующий транквилизатор с анксиолитическим, противосудорожным и миорелаксирующим действием. Он показан при невротических и невротических расстройствах, состояниях беспокойства, страха, напряженности, нарушениях сна, психовегетативных расстройствах, не вызывает пристрастия при длительном использовании.

Побочные действия транквилизаторов обусловлены легкими нарушениями когнитивных функций, замедлением психомоторных реакций, апатией, вялостью, сонливостью, нарушением памяти, внимания, снижением двигательной активности, мышечной слабостью, нарушением походки, что в определенной степени ограничивает их назначение пациентам с двигательными постинсультными нарушениями. Холинолитическое действие обуславливает повышение внутриглазного давления, сухость слизистых оболочек, возможно появление диспепсии, головокружения, головной боли. Иногда развиваются парадоксальные реакции с усилением двигательного беспокойства, нарушением сна. Развитие привыкания требует их назначения короткими курсами.

Несмотря на то, что основным методом профилактики аффективных нарушений является назначение лекарственных препаратов, трудно переоценить вклад психокоррекционных форм работы с пациентами и его ближайшим семейным окружением. Необходимо как можно раньше включать в реабилитационную бригаду медицинского психолога на стационарном этапе и, особенно, в амбулаторной сети. Проведение пато- и нейропсихологического обследования позволяет проводить раннюю диагностику, как аффективных нарушений, так и когнитивного дефицита, что влияет на своевременное распознавание и адекватную медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию этих нарушений. Для этих целей необходимо расширение штатного расписания поликлиник с вве-

дением ставок медицинских психологов, психотерапевтов.