

УДК 616.831-005.1:616.8954

*В.Н. Мищенко***ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: ишемический инсульт, депрессия, шкалы Рэнкина, Бека, Гамильтона.

В настоящее время депрессия рассматривается как один из важных факторов, влияющих на качество жизни больных, перенесших мозговую инсульт, а также ухаживающих за ними людей [1].

Депрессия является частым осложнением мозгового инсульта. По данным авторов [2-8] у 20 % - 60 % больных после инсульта развивается депрессивный синдром. Как показывают данные проведенных исследований, депрессия повышает риск развития летального исхода [2], а также оказывает негативное влияние на продолжительность и качество реабилитационных мероприятий у больных, перенесших мозговую инсульт [1,9].

Поэтому в последние годы интерес к проблеме постинсультной депрессии возрос. Прошло 24 года с тех пор как М. Labi и соавт. [10] описали депрессию как наиболее часто не распознаваемое осложнение инсульта. С того времени появились работы, посвященные вопросам эпидемиологии, факторам риска, механизмов развития, диагностике, лечению и профилактике постинсультной депрессии [1-10].

В течение многих лет постинсультная депрессия трактовалась как эмоциональная реакция больного на перенесенное заболевание. Однако

в дальнейшем было установлено, что в формировании депрессивной симптоматики принимают участие ряд других факторов – социальных, личностных [11,12], непосредственно связанных с локализацией очага поражения и других [13,14].

Однако, несмотря на проведенные исследования, многие вопросы в этой проблеме остаются противоречивыми. В первую очередь это касается реальных данных о распространенности постинсультной депрессии, частота которой варьирует по данным различных авторов от 10 до 60%. Это связано с тем, что исследовались больные с разной степенью тяжести, разного возраста и в разные временные интервалы от начала инсульта.

Мало описаны клинические особенности течения депрессивного синдрома у постинсультных больных. До конца не определены факторы, влияющие на развитие постинсультной депрессии. Именно эти вопросы стали предпосылкой для проведения настоящего исследования.

Целью работы явилось изучить распространенность депрессивного синдрома в динамике восстановительного периода ишемического инсульта, а также определить факторы, влияющие на развитие и тяжесть его течения.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели в работе были применены следующие методы исследования: клиничко-неврологическое исследование, КТ головного мозга. Для оценки функциональных возможностей больных использовали шкалу Рэнкина. Наличие депрессии устанавливалось согласно критериям МКБ-10 и DSM-4. Для оценки степени выраженности депрессии были использованы шкалы Гамильтона, Бека. С помощью специального опросника оценивалось качество жизни пациентов, в баллах: высокое – 5

баллов, максимально сниженное – 12 баллов.

Нами было обследовано в динамике 86 больных, перенесших ишемический инсульт. Возраст обследованных больных был от 52 до 75 лет. Средний возраст составил 60,6 лет. Из числа больных: 41 – мужчина, 45 – женщин. Обследования проводились через 1,3,6 и 12 месяцев от начала развития инсульта. Из 86 больных у 30 очаг поражения локализовался в системе правой, у 25 – левой внутренней сонной артерии и у 31 больного – в вертебро-базилярном бассейне.

Результаты исследования и их обсуждение

По шкале Рэнкина средний балл по группе обследованных нами больных составил два балла. 13 больных имели 0-2 балла, т.е. неврологический дефицит был незначительным, он не ограничивал активности больных, посторонняя помощь не требовалась. У 21 больного инсульт привел к значительному снижению функциональных возможностей, показатель шкалы у этих больных был в пределах 3-4. Эти больные были не в состоянии ходить без посторонней помощи, нуждались в уходе.

По данным шкал Гамильтона и Бека депрессивные явления были выявлены у 48 больных (55,8 %). У 38 больных (44,2 %) явления депрессии отсутствовали. 55,8% обследованных больных предъявляли жалобы на плаксивость, раздражительность, чувство постоянной усталости, нарушение ночного сна. У трети больных эти жалобы выявлялись при ответе на прямой вопрос. У 13 больных явления депрессии определялись невербальным способом, а именно в характере позы, выражением лица, поведением.

Практически все эти больные предъявляли жалобы на трудности засыпания, многократные пробуждения в течение всей ночи, беспокойный сон. У 40 больных отмечалось раннее пробуждение.

У подавляющего большинства больных с депрессией отмечались разной степени выраженности проявления тревоги. У 21 больного проявления тревоги были в виде сердечно-сосудистых, дыхательных, гастроинтестинальных нарушений, повышенного потоотделения.

Следует отметить, что у всех этих больных сохранялась критичность к своему состоянию. Большинство больных осознавали, что у них пониженное настроение из-за тяжелого заболевания. У них часто возникало ощущение собственной несостоятельности, чувство общей слабости. Почти 30% больных потеряли интерес к окружающему, они были апатичными и нерешительными. У 23 больных наблюдалось общее беспокойство, в том числе двигательное. Ни у одного пациента не было суицидальных мыслей и суицидальных попыток. У большинства больных отсутствовало чувство вины, и только 9 пациентов считали, что родственники страдают из-за их болезни. У 13 больных отмечалась излишняя озабоченность состоянием своего здоровья.

Следует отметить, что выраженность депрессивной симптоматики была различной, о чем свидетельствуют исследования с помощью шкал

Бека и Гамильтона. Через 1 месяц после инсульта 23 больных (28,7%) получили по шкале Бека больше 10 баллов и по шкале Гамильтона до 6 баллов, что соответствует наличию у них легких депрессивных проявлений. 17 больных (14,6%) получили по шкале Бека 16-19 баллов, а по шкале Гамильтона 7-15 баллов, что соответствовало наличию у них умеренной депрессии. У 8 больных (9,3%) явления депрессии были выраженными (больше 20 баллов по шкале Бека и больше 16 баллов по шкале Гамильтона).

Динамические наблюдения за пациентами показали, что через 3 месяца от начала инсульта процент больных с легкими проявлениями депрессии возрос до 30 больных (34,8%). Через 6 месяцев явления депрессии выявлялись у 27 больных (31,4%), а через год - у 22 больных (25,7%). У большинства депрессивных больных (67%) симптоматика, которая возникла через месяц от заболевания, сохранялась в течение года. У остальных больных явления депрессии возникли на 3-6 месяце восстановительного периода ишемического инсульта.

Качество жизни обследованных больных было существенно нарушено и достоверно коррелировало с клинико-психологическими показателями.

Нами проведен анализ факторов, влияющих на развитие и тяжесть депрессивного синдрома у постинсультных больных. Установлено, что у больных с инсультом в вертебро-базиллярном бассейне отмечалась более высокая активность и личностная тревога, меньше снижалось качество жизни. Была отмечена зависимость между развитием и тяжестью депрессии и функциональным состоянием больного. У больных с 3-4 баллами по шкале Рэнкина были более выраженные депрессивные проявления, когнитивные расстройства и более низкое качество жизни. Более выраженная степень депрессивных проявлений чаще наблюдалась у больных при правополушарной локализации очага.

Чаще депрессивная симптоматика развивалась у одиноких пациентов, а также у пациентов, которые из-за инвалидизации потеряли работу. У последних наблюдалось ограничение привычных социальных контактов, снижение уверенности в собственных силах, утрата чувства независимости.

Таким образом, наши исследования показали, что частым осложнением ишемического инсульта является развитие депрессивного синдрома. По нашим данным, распространенность

этого синдрома составляет 25,7%, что согласуется с данными других исследователей. Депрессивная симптоматика, развившаяся через месяц от начала заболевания, у большинства пациентов сохраняется в течение года. У трети пациентов депрессивный синдром развивается через 3-6 месяцев от начала инсульта. Постинсультная депрессия отличается легкой и умеренной степенью выраженности симптомов. В структуре такой депрессии преобладают соматовегетативные наруше-

ния, сохраняется критичность пациентов к своему состоянию. Выявлена зависимость степени выраженности депрессивного синдрома от локализации инсульта, тяжести неврологического дефицита и социального фактора. Депрессия снижает качество жизни постинсультных больных. Своевременная диагностика и лечение депрессивного синдрома у постинсультных больных позволяет повысить качество жизни и продолжительность реабилитационных мероприятий.

В.М. Міщенко

ПІСЛЯІНСУЛЬТНІ ДЕПРЕСІЇ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Було обстежено в динаміці 86 хворих через 1,3,6 та 12 місяців після ішемічного інсульту. Прояви депресії були виявлені у 26% обстежених хворих. У більшості хворих депресивний синдром зберігався протягом року. Виявлена залежність тяжкості депресивного синдрому від локалізації інсульту, неврологічного дефіциту та соціального статусу хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.81-83)

V.M. Mishchenko

POST-STROKE DEPRESSIONS

Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology of the AMS of Ukraine

86 patients at 1, 3, 6, and 12 months after ischemic stroke were examined in dynamics. In 26% of the patients it was registered depressive signs. Peculiarities of the course of depressive syndrome in post-stroke patients were described. A more manifested depression occurred in patients with a right hemispheric localization of the nidus. A dependence of depressive syndrome development from stroke severity and social status of the patients was shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.81-83)

Литература

1. Neau J-P, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier M-P, Couderq C, Alvarez A, Gil R. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis.* 1998;8:296-302.
2. Astrom M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study. *Stroke.* 1993; 24:976-982
3. Kauhanen M-L, Korpelainen JT, Hiltunen P, Brusin E, Mononen H. et al. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke.* 1999; 30:1875-1880
4. Pohjasvaara T, Leppavuori A, Siira I. et al. Frequency and clinical of poststroke depression. *Stroke.* 1998; 29:2311-2317
5. Burvill PW, Johnson GA, Jamrozik RD. et al. Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study. *Br J Psychiatry.* 1995;166:320-327.
6. House A, Dennis M, Mogridge L. et al. Mood disorders in the year after first stroke. *Br J Psychiatry.* 1991;158:83-92
7. Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Wariow C. Emotional outcomes after stroke: factors associated with poor outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2000;68:47-52.
8. Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, Rao K, Price TR. Mood changes in stroke patients: relationship to lesion location. *Compr*

Psychiatry. 1983; 24:555-566.

9. Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M, Lonnqvist J, Kaste M. Poststroke depression in acute phase after stroke. *Cerebrovasc Dis.* 2001; 12:14-20.

10. Labi M.L.C., Phillips T.F., Gresham G.E. Psychosocial disability in physically restored long-term stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil* 1980; 61:561-565.

11. Andersen G, Vestergaard K, Ingemann-Nielsen M, Lauritzen L. Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;92:193-198.

12. Филатова Е.Г., Добровольская Л.Е., Посохов С.И., Шаряпова Р.Б. К вопросу о патогенезе постинсультной депрессии. //Ж. неврология и психиатрия им. С.С.Корсакова, приложение Инсульт, 7, 2002. — С.22-27.

13. House A, Dennis M, Wariow C, Hawton K, Molyneux A. Mood disorders after stroke and their relation to lesion location. *Brain.* 1990; 113: 1113-1129.

14. MacHale SM, O'Rourke SJ, Wardlaw JM, Dennis MS. Depression and its relation to lesion location after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1998;64:371-374.

Поступила в редакцию 8.06.2004