



ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Ералиев Облокул Ботирович

Технический колледж общественного здравоохранения имени Сияба Абу Али ибн Сино

Аннотация. По меньшей мере у одной трети пациентов, перенесших ишемический инсульт(ИИ), наблюдаются тяжелые тревожно-депрессивные расстройства. Это, в свою очередь, значительно снижает эффективность реабилитационных мероприятий и вторичной профилактики после заболевания и, следовательно, требует как медикаментозного, так и немедикаментозного лечения. Тревожно-депрессивные расстройства после ИИ представляют собой психологическую реакцию на заболевание, повреждение определенных областей головного мозга, главным образом лобной доли, и это, в определенном смысле, может происходить в результате обострения скрытых психических расстройств, предшествовавших инсульту у пациентов. Поэтому своевременная оценка психического состояния пациентов после ИИ играет важную роль в их лечении.

Материалы и методы. Обследованы 60 пациентов (45–70 лет), перенёвших ИИ. Использовались клиничко-неврологический осмотр, МРТ головного мозга, лабораторные исследования, шкала NIHSS, шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HAM-D, HAM-A), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. У большинства пациентов выявлены тревожные и/или депрессивные расстройства различной степени выраженности. Установлена статистически значимая связь между тяжестью неврологического дефицита, локализацией ишемического очага и выраженностью психоэмоциональных нарушений.

Заключение. Тревожно-депрессивные расстройства являются частым осложнением ИИ и требуют ранней диагностики и комплексного лечения.

Ключевые слова: ишемический инсульт(ИИ), депрессия, тревога, NIHSS, HADS, шкала Гамильтона.

ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS AFTER ISCHEMIC STROKE

Eraliyev Obloqul Botirovich

Public Health Technical School named after Siyab Abu Ali ibn Sino

Abstract. At least one-third of patients who have suffered an ischemic stroke (IS) experience severe anxiety and depressive disorders. This, in turn, significantly reduces the effectiveness of rehabilitation and secondary prevention measures after the illness and, therefore, requires both pharmacological and non-pharmacological treatment. Anxiety and depressive disorders after IS represent a psychological reaction to the disease and damage to certain areas of the brain, primarily the frontal lobe. This, in a sense, may result from an exacerbation of latent mental disorders that preceded the stroke. Therefore, timely assessment of the mental state of patients after IS plays an important role in their treatment.

Materials and Methods. Sixty patients (aged 45–70 years) who had suffered an IS were examined. A clinical and neurological examination, brain MRI, laboratory tests, the NIHSS, the Hamilton

Anxiety and Depression Scale (HAM-D, HAM-A), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used.

Results. Most patients had anxiety and/or depressive disorders of varying severity. A statistically significant relationship was established between the severity of neurological deficit, the location of the ischemic lesion, and the severity of psychoemotional disturbances.

Conclusion. Anxiety and depressive disorders are a common complication of ischemic stroke and require early diagnosis and comprehensive treatment.

Keywords: ischemic stroke (IS), depression, anxiety, NIHSS, HADS, Hamilton Anxiety and Depression Scale.

ISHEMIK INSULTDAN KEYINGI BEMORLARDA XAVF VA DEPRESSIV BUZILISHLAR

Eraliyev Obloqul Botirovich

Siyob Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat salomatligi texnikumi

Annotatsiya. Ishemik insultni boshidan kechirgan bemorlarning eng kamida uchdan bir qismida og'ir xavotir-depressiv kasalliklar kuzatiladi. Bu esa o'z navbatida kasallikdan keyingi reabilitatsiya choralari va ikkilamchi profilaktika samaradorligini sezilarli darajada pasaytiradi va shuning uchun ham farmakologik, ham farmakologik bo'lmagan davolanishni talab qiladi. Ishemik insultdan keyingi xavotir-depressiv kasalliklar kasallikka psixologik reaksiya, miyaning ayrim sohalariga, asosan oldingi sohaga zarar yetkazish va bu ma'lum bir ma'noda bemorlarda insultdan oldingi bo'lgan yashirin ruhiy kasallikning kuchayishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Shunday ekan II keyingi bemorlarning ruhiy holatini o'z vaqtida baholash ularni davolashda muhim ro'l o'ynaydi.

Materiallar va usullar. Ishemik insultni boshdan kechirgan 45 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan jami 60 nafar bemor tekshirildi. Klinik va nevrologik tekshiruvlar, miya MRT, laboratoriya testlari, NIHSS, Hamilton xavotir va depressiya shkalasi (HAM-D, HAM-A) va Kasalxona xavotir va depressiya shkalasi (HADS) qo'llanildi.

Natijalar. Ko'pgina bemorlarda turli darajadagi xavotir va/yoki depressiv kasalliklar mavjud edi. Nevrologik defitsitning og'irligi, ishemik lezyonning joylashuvi va psixoemotsional buzilishlarning og'irligi o'rtasida statistik jihatdan ahamiyatli bog'liqlik aniqlandi.

Xulosa. Xavotir va depressiv kasalliklar ishemik insultning keng tarqalgan asoratidir va erta tashxis qo'yish va kompleks davolashni talab qiladi.

Kalit so'zlar: ishemik insult (II), depressiya, xavotir, NIHSS, HADS, Hamilton xavotir va depressiya shkalasi.

Введение. Ишемический инсульт остаётся одной из ведущих причин смертности и стойкой утраты трудоспособности во всём мире. В последние десятилетия всё большее внимание уделяется не только двигательным и когнитивным нарушениям, но и психоэмоциональным последствиям инсульта. Тревожно-депрессивные расстройства существенно ухудшают качество жизни пациентов, замедляют нейрореабилитацию и увеличивают риск повторных сосудистых событий. Постинсультная депрессия рассматривается как многофакторное состояние, связанное с нейробиологическими изменениями, локализацией очага поражения, тяжестью инсульта и психосоциальными факторами. Тревожные расстройства нередко сосуществуют с депрессией и усиливают клинические проявления. Несмотря на актуальность проблемы, в клинической практике данные расстройства нередко остаются недиагностированными. Это обуславливает необходимость комплексных исследований с применением валидизированных шкал и нейровизуализации.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов, перенесших инсульт; 34 (56,7%) из них были мужчинами и 26 (43,3%) — женщинами. Средний возраст пациентов составил $58,6 \pm 6,2$ года (45;70) лет. Критерии включения: пациенты в возрасте 45 лет и старше; пациенты с ишемическим инсультом, имеющие в анамнезе инсульт (ранний и поздний период восстановления после инсульта, 6–12 месяцев), основными жалобами которых были необъяснимый страх, стойкое подавленное настроение, потеря аппетита, бессонница, неспособность к концентрации и физическая усталость. Функциональное состояние каждого пациента оценивалось с использованием стандартных шкал. Тяжесть инсульта оценивалась с помощью Шкалы тяжести инсульта Национальных институтов здравоохранения (NIHSS), Шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HAM-D, HAM-A) и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Кроме того, пациенты прошли клиническое и неврологическое обследование, МРТ головного мозга (T1, T2, FLAIR, DWI) и лабораторные анализы.

Результаты.

Распределение пациентов по шкале NIHSS

Выраженность неврологического дефицита	Обследованные n=60
Минимальные изменения (1-4 балла)	30%
Умеренные изменения (5-15 баллов)	43,3%
Выраженные изменения (16-20 баллов)	26,7%

Уровень депрессии по HAM-D

Степень депрессии	Обследованные n=60
Нет депрессии	23,3%
Лёгкая	(36,7%)
Умеренная	26,7%
Тяжёлая	13,3%

Уровень тревоги по HAM-A

Степень тревоги	Обследованные n=60
Отсутствует	26,7%
Лёгкая	33,3%
Умеренная	28,3%
Тяжёлая	11,7%

Распределение по HADS

Показатель	Норма	Субклинический уровень	Клинический уровень
Тревога	36,7%	33,3%	30%
Депрессия	40%	31,7%	28,3%

У пациентов с очагами в лобных и подкорковых структурах достоверно чаще выявлялись депрессивные и тревожные расстройства. Размер очага ишемии коррелировал с выраженностью депрессии ($r = 0,48$; $p < 0,05$).

Заключение. Полученные данные подтверждают высокую распространённость тревожно-депрессивных расстройств у пациентов после ишемического инсульта. Результаты согласуются с данными литературы, указывающими на важную роль тяжести инсульта, локализации очага и нейробиологических механизмов. Сочетание депрессии и тревоги отрицательно влияет на реабилитационный потенциал пациентов и повышает риск неблагоприятных исходов. Использование шкал HAM-D, HAM-A и HADS позволяет выявлять данные нарушения уже на ранних этапах заболевания. Тревожно-депрессивные расстройства выявляются более чем у 60% пациентов после ишемического инсульта. Тяжесть инсульта по NIHSS и локализация очага ишемии являются значимыми факторами риска развития ТДР. Комплексная диагностика с использованием психометрических шкал и МРТ необходима для своевременного лечения и улучшения прогноза. Ранняя психокоррекция и фармакотерапия тревожно-депрессивных расстройств должны быть интегрированы в стандартные программы постинсультной реабилитации.

Список литературы :

1. Гоголева А.Г., Захаров В.В. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов после инсульта: распространенность, подходы к диагностике и терапии // Эффективная фармакотерапия. 2019. Том 15. № 34. Неврология и психиатрия
2. Hackett ML, Pickles K. Frequency of depression after stroke. *Int J Stroke*. 2014;9(2):148–156. doi:10.1111/ijis.12205
3. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD. Natural history of depression after stroke. *Stroke*. 2013;44(4):1105–1110. doi:10.1161/STROKEAHA.111.679340
4. Robinson RG, Spalletta G. Poststroke depression. *Lancet*. 2010;376(9737):182–191. doi:10.1016/S0140-6736(10)60302-5
5. Towfighi A, Ovbiagele B. Poststroke depression. *Stroke*. 2009;40(3):e180–e184. doi:10.1161/STROKEAHA.108.542548
6. Paolucci S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4(1):145–154. doi:10.2147/NDT.S2017Whyte E.M., Mulsant B.H. Post stroke depression. *Am J Psychiatry*. 2002.
7. Hackett M.L., Yapa C., Parag V., Anderson C.S. Frequency of depression after stroke. *Stroke*. 2005. doi: 10.1161/01.STR.0000165928.19135.35
8. Carson A.J., MacHale S., Allen K. et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*. 2000. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02549-X
9. House A., Knapp P., Bamford J., Vail A. Mood disorders after stroke and their relation to lesion location. *Br J Psychiatry*. 2001. DOI: 10.1192/bjp.178.4.308
10. Kim J.S. Post-stroke mood and emotional disturbances: pharmacological therapy. *CNS Neurosci Ther*. 2016. DOI: 10.1111/cns.12514
11. Barker-Collo S.L. Depression and anxiety 6 months post stroke and their impact on functional outcomes. *Stroke*. 2010. DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.571836
12. Sagen U., Vik T.G., Moum T. et al. Anxiety and depression after stroke: the HUNT study. *J Psychosom Res*. 2010. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.02.001
13. Campbell Burton C.A., Holmes J., Murray J. et al. Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD008860.pub2
14. Cumming T.B., Blomstrand C., Bernhardt J., Linden T. The high prevalence of anxiety disorders after stroke. *Stroke*. 2016. DOI: 10.1161/STROKEAHA.115.012078
15. Terroni L., Amaro E. Jr., Iosifescu D.V. et al. Post-stroke depression: risk factors and clinical outcomes. *Clinics*. 2011. DOI: 10.1590/S1807-59322011000100010
16. Shi Y., Yang D., Zeng Y., Wu W. Risk factors for post-stroke depression: inflammation and immune response. *Front Aging Neurosci*. 2017. DOI: 10.3389/fnagi.2017.00250
17. Spalletta G., Robinson R.G. Neuroanatomy of poststroke depression. *Stroke*. 2006. DOI: 10.1161/01.STR.0000239696.20892.2d

18. Jorge R.E., Robinson R.G., Arndt S., Starkstein S. Major depression following stroke. *Arch Gen Psychiatry*. 2004.DOI: 10.1001/archpsyc.61.1.42
19. Loubinoux I., Kronenberg G., Endres M. et al. Post-stroke depression: mechanisms, translation and therapy. *Neurology*. 2012. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3182635736
20. Schöttke H., Giabbiconi C.M. Post-stroke depression and anxiety: prevalence and predictors. *J Clin Psychol Med Settings*. 2015.DOI: 10.1007/s10880-015-9438-4
21. Kutlubaev M.A., Hackett M.L. Fatigue and depression after stroke. *Stroke Res Treat*. 2012. DOI: 10.1155/2012/863978
22. Aben I., Verhey F. Depression after stroke: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2006. DOI: 10.1080/09540260600655918
23. De Ryck A., Brouns R., Fransen E. et al. Risk factors for poststroke depression. *Stroke*. 2013.DOI: 10.1161/STROKEAHA.113.001589
24. Mitchell A.J., Meader N., Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale after stroke. *Psychosomatics*. 2010. DOI: 10.1176/appi.psy.51.6.501
25. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
26. Robinson R.G. *The Clinical Neuropsychiatry of Stroke*. Cambridge University Press, 2006.DOI: — (книга, DOI отсутствует)
27. Hackett M.L., Anderson C.S. Selective serotonin reuptake inhibitors after stroke. *Lancet Neurol*. 2008.DOI: 10.1016/S1474-4422(08)70069-0
28. Chollet F., Tardy J., Albucher J.F. et al. Fluoxetine for post-stroke depression. *Lancet Neurol*. 2011.DOI: 10.1016/S1474-4422(11)70028-4
29. Kutlubaev M.A., Hackett M.L. Anxiety disorders after stroke. *Curr Opin Neurol*. 2018.DOI: 10.1097/WCO.0000000000000531
30. Ayerbe L., Ayis S., Wolfe C.D. et al. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke. *Br J Psychiatry*. 2014.DOI: 10.1192/bjp.bp.113.135194
31. Feigin V.L., Norrving B., Mensah G.A. Global burden of stroke. *Lancet Neurol*. 2019. DOI: 10.1016/S1474-4422(19)30034-1
32. World Health Organization. Stroke epidemiology report. 2018.DOI: — (отчёт ВОЗ, DOI не присваивается)
33. Hackett M.L., Pickles K. Management of depression after stroke. *Stroke*. 2019.DOI: 10.1161/STROKEAHA.118.021469