

Антидепрессанты в комплексной терапии депрессивных расстройств и нарушений сна в постинсультном периоде

Е. В. Костенко, д.м.н., вед. научный сотрудник, зав. филиалом № 7
М. А. Энеева, м.н.с., зав. неврологическим отделением филиала № 7
С. Н. Бобырева, зам. зав. филиалом № 7

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения г. Москвы

The effectiveness of the enhanced external counterpulsation in the treatment of depressive disorders in the early recovery period of ischemic stroke

E. V. Kostenko, M. A. Eneeva, S. N. Bobyрева

The Moscow Scientific and Practical Center for Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine, Moscow, Russia



Е. В. Костенко



М. А. Энеева



С. Н. Бобырева

Резюме

Данная статья подтверждает необходимость выявления и лечения коморбидных состояний, в частности, депрессии и нарушений сна у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта. Показана важность применения немедикаментозных методов лечения наряду со стандартной медикаментозной терапией. Ранняя диагностика и своевременная коррекция тревожно-депрессивных расстройств и нарушений сна увеличивают эффективность реабилитационных мероприятий, что приводит к улучшению качества жизни пациента.

Ключевые слова: коморбидность, ишемический инсульт, депрессия, нарушения сна, сертралин.

Summary

This article reiterates a need to recognize and treat comorbid conditions, specifically depression and sleep disorders in patients in the early recovery period of ischemic stroke. Shows importance of non-medication methods of treatment along with standard medical therapy. Analysed research data on use of enhanced external counterpulsation in patients in the early recovery period. Early diagnosis and timely correction of anxiety-depressive disorders increase effectiveness of rehabilitation activities, which leads to improvement in quality of life of a patient.

Key words: comorbidity, ischemic stroke, depression, sleep disorders, Sertralinum.

Широкая распространенность, высокая смертность, длительная и глубокая инвалидизация пациентов позволяют считать острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) одной из важнейших медико-социальных проблем в современном мире [1]. При ОНМК страдают не одна, а несколько функций. Это в значительной степени снижает реабилитационные возможности и значительно влияет на исход основного заболевания. Своевременность, адекватность и правильный подбор лечебно-восстановительных мероприятий с учетом коморбидной патологии, координация и согласованность деятельности врачей различных специальностей приводят к значительному повышению

эффективности реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт (ИИ).

Коморбидностью в настоящее время считают наличие у одного пациента двух и более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени независимо от активности каждого из них [2, 3]. В психиатрии концепция коморбидности имела применение преимущественно при анализе таких расстройств, как фобии, абюзусные состояния, расстройства настроения и личности, и считалось, что лишь сосуществующие психические состояния могут иметь общие симптомы, перекрывающие, усиливающие или ослабляющие друг друга [4, 5, 6].

Известно, что депрессия оказывает существенное влияние на течение

исхода инсульта и дальнейшее восстановление. В связи с высокой частотой встречаемости постинсультных депрессивных расстройств возникает необходимость изучения данной патологии. По разным источникам, распространенность постинсультной депрессии варьирует от 11 до 72% [7, 8]. Большое значение имеет знание основных факторов риска развития постинсультной депрессии: высшее образование, пожилой возраст, отсутствие семьи, женский пол, ранее перенесенный инсульт, тяжесть неврологического дефекта, эпизоды депрессии в анамнезе и локализация очага поражения. Показана достоверная обратная корреляция между тяжестью депрессии и расстоянием между очагом и полюсом лобной доли у больных с левополушарным

инсультом; при правополушарных поражениях подобная связь не выявлена [10, 11].

У больных с постинсультной депрессией в клинической картине выявляются аффективные расстройства, снижение настроения и трудоспособности, расстройства сна и тревога, что негативно влияет на реабилитационный прогноз пациентов и приводит к увеличению риска смертности, снижению восстановления нарушенных когнитивных и неврологических функций, увеличению продолжительности восстановительного периода [12, 13]. Ряд исследований показывают, что снижение настроения, депрессия, апатия у пациентов в раннем восстановительном периоде ИИ в значительной степени влияют на реабилитационный прогноз и качество жизни больного, продолжительность восстановительного периода и функциональной реабилитации. Повышение эффективности реабилитации у пациентов с постинсультной депрессией на фоне приема антидепрессантов подтверждает этот факт [10].

Депрессивные расстройства у пациентов после перенесенного ИИ в сочетании с когнитивными нарушениями и расстройствами сна приводят к усугублению сопутствующих соматических заболеваний: утяжеляют течение ишемической болезни сердца, повышают риск развития артериальной гипертензии, сахарного диабета и, как следствие, ведут к снижению качества жизни пациентов после перенесенного инсульта [14, 15].

По данным различных исследований, одной из ведущих причин, приводящих к снижению качества жизни, выявляемой приблизительно у 55% пациентов, является возникновение постинсультной депрессии и нарушений сна. Доказанным считается факт повышения смертности у пациентов, перенесших инсульты при наличии коморбидной тревоги и депрессии [16]. Развитие депрессивных состояний объясняется патогенетическими особенностями ИИ. Запуск «ишемического каскада» приводит к развитию оксидантного стресса, повышению активности глю-

таматергических, серотонинергических и норадренергических рецепторов. Высвобождаемые в результате нейромедиаторы являются основными катализаторами депрессивных реакций. Главная роль при этом принадлежит серотонинергическим структурам с гиперчувствительностью постсинаптических серотониновых рецепторов [9].

Кохрановской библиотекой был проведен анализ 52 исследований (4 059 пациентов) тревожно-депрессивного спектра и неврологического дефицита. Необходимость назначения специфической терапии антидепрессантами при постинсультной депрессии доказана в ряде исследований [11, 13].

Сертралин представляет собой современный антидепрессант из группы СИОЗС, мощный специфический ингибитор обратного захвата серотонина (5-НТ). Сертралин избирательно угнетает обратный захват серотонина пресинаптической мембраной нейронов головного мозга и тромбоцитами. Подавление активности обратного захвата серотонина повышает серотонинергическую передачу. Сертралин оказывает очень слабое влияние на обратный захват норадреналина и дофамина, не обладает сродством к мускариновым (холинергическим), серотониновым (5-НТ1А, 5-НТ1В, 5-НТ2), дофаминовым, гистаминовым, GABA (ГАМК), бензодиазепиновым и адренергическим рецепторам; не ингибирует MAO. При длительном применении приводит к снижению активности адренорецепторов головного мозга. Сертралин обладает сбалансированным механизмом действия, не вызывая как стимулирующего, так и седативного воздействия, и характеризуется низким риском развития кардиотоксических реакций. В отличие от трициклических антидепрессантов, при лечении депрессии или обсессивно-компульсивных расстройств (навязчивых состояний) не увеличивает массу тела; у некоторых пациентов она даже снижается. Начальный антидепрессивный эффект развивается в течение 7–14 дней регулярного приема препарата и достигает максимума

через шесть недель. Широкие исследования безопасности сертралина при его длительном применении у животных в дозах, в несколько раз превышавших терапевтические, показали его хорошую переносимость. Эффективность и безопасность сертралина у больных с постинсультной депрессией доказаны клиническими исследованиями [11, 13].

Таким образом, наличие депрессивных расстройств и нарушений сна у пациентов после перенесенного ОНМК может оказывать значимое влияние на течение основного заболевания, ограничивать проведение реабилитационных мероприятий, снижать качество их жизни и повседневную активность, что негативно влияет на эффективность восстановления нарушенных функций. В связи с этим представляется актуальным изучение особенностей аффективных нарушений у пациентов, перенесших ОНМК, с целью оптимизации индивидуализированных комплексных реабилитационных программ.

Целью настоящей работы явилось изучение особенности депрессивных расстройств и нарушений сна у пациентов в раннем восстановительном периоде ИИ и оценка эффективности комплексной реабилитационной программы, включающей применение сертралина (Серената®).

Материал и методы

В исследовании приняли участие 109 пациентов. Основную группу составили 79 человек, перенесших ИИ, в раннем восстановительном периоде в возрасте от 35 до 70 лет (средний $56,8 \pm 9,4$ года), из них 39 мужчин и 40 женщин. У 52 человек ИИ развился на фоне атеросклероза и артериальной гипертензии, у 12 на фоне СД второго типа и артериальной гипертензии, у 15 имело место сочетание атеросклероза и артериальной гипертензии и СД второго типа. Группу контроля составили 30 пациентов, сопоставимых по полу, возрасту и клиническим проявлениям с основной группой.

Срок с момента развития заболевания до включения в иссле-

Таблица 1

Общая характеристика больных, включенных в исследование

Характеристики	Группы пациентов	
	Основная	Контрольная
Всего больных	79	30
Возраст (лет)	56,8 ± 9,4	57,2 ± 8,6
Пол (м / ж)	39 / 40	14 / 16
Давность инсульта (дней)	81,6 ± 15,6	82,7 ± 14,9
Гемипарез (абс. /%)	53 (67,2%)	17 (56,7%)
Расстройства чувствительности (абс. /%)	54 (68,3%)	19 (63,3%)
Нарушения координации (абс. /%)	52 (63,2%)	20 (66,7%)
Афазия	16 (20,3%)	5 (16,7%)
MMSE (средний балл)	28,3 ± 0,6	28,7 ± 0,5
Индекс Бартель (средний балл)	71,4 ± 6,5	73,2 ± 7,3
Средний показатель по EQ-5D	72 ± 3,7	76 ± 2,8
Шкала NIHSS (средний балл)	8,2 ± 3,7	7,8 ± 2,9

Таблица 2

Распределение пациентов основной группы, перенесших по выраженности депрессивных расстройств

Шкала HADS (баллы)	Средний балл	Тревога (абс. /%)	Депрессия (абс. /%)
Субклинически выраженные расстройства (8–10)	9,47 ± 1,8	51 (64,6%)	54 (68,4%)
Клинически выраженные расстройства (11 и выше)	13,52 ± 2,1	28 (35,4%)	25 (31,6%)

дования составил 58–115 дней (в среднем 81,6 ± 15,6 дня). У всех больных, включенных в настоящее исследование, имел место легкий и умеренно выраженный очаговый неврологический дефицит (средний балл по NIHSS 8,2 ± 3,7). В целом пациенты сохранили возможность самообслуживания (значения индекса Бартель составило не менее 65 баллов: средний балл 71,4 ± 6,5, что соответствует умеренной зависимости от окружающих). Рассматриваемая группа больных характеризовалась отсутствием существенного когнитивного снижения, препятствующего проведению реабилитационных мероприятий (значения по шкале MMSE составили не менее 25 баллов). Наличие очага инсульта, его локализация и характер были подтверждены результатами нейровизуализационного исследования (КТ или МРТ).

Группа контроля (30 пациентов) получала стандартную схему лечения, которая включала базовую медикаментозную терапию, ЛФК, ФЗТ, УНКП. Основную группу составили 79 пациентов, которые наряду со стандартной схемой лечения получали сертралин (Серената®) в дозе 50 мг в сутки в утренние часы. С последующим увеличением дозы до 100–150 мг в сутки с интервалом в неделю. Продолжительность наблюдения составила три месяца.

В исследовании использовали следующие полуколичественные шкалы и опросники:

- шкала инсульта Национального института здоровья NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale);
- оценка активности пациента в повседневной жизни (индекс Бартель);
- краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС);
- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS);
- шкала сонливости Эпворта;
- анкета балльной оценки субъективных характеристик сна А. М. Вейна;
- европейский опросник качества жизни EQ-5D; опросник состоит из двух частей: первая представлена как индекс здоровья, вторая имеет визуально-аналоговую шкалу — «термометр здоровья», который

оценивается от 0 до 100 баллов;

- балльная оценка переносимости и эффективности препарата (0–5 баллов);
- шкала Общего клинического впечатления (CGI, Clinical Global Impression Scale).

Результаты исследований заносились в индивидуальную регистрационную карту пациента и подвергались статистической обработке с использованием стандартизованных функций программы Microsoft Excel и пакета программ Statistica версии 7.0. Достоверность различий средних величин определяли с помощью параметрического метода (t-тест Стьюдента). Для выявления взаимосвязи двух признаков применялся непараметрический корреляционный анализ по Спирмену. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

При неврологическом осмотре у большинства больных основной

группы выявлялись координаторные — 52 пациента (63,2%), чувствительные — 54 пациента (68,3%) и двигательные — 53 пациента (67,2%) нарушения в виде правостороннего гемипареза у 26 (32,5%) пациентов, левостороннего гемипареза в 34,7% случаев. Реже встречались речевые расстройства: элементы моторной афазии у 16 пациентов (20,3%), сенсорной у пяти больных, смешанная афазия у трех человек. Анализ общей характеристики пациентов основной и контрольной групп, включенных в исследование, был сопоставим по всем критериям и оценочным шкалам (табл. 1).

Все пациенты, включенные в исследование, имели различной степени выраженности симптомы депрессивного круга: преобладали субклинически выраженные расстройства (тревога в 64,5% случаев и депрессия в 68,4%), нарушения сна, вегетативные изменения и выраженные снижением качества жизни. Средний

Таблица 3
Характеристика расстройств сна у обследованных пациентов

Шкалы (баллы)	Группы пациентов	
	Основная (n = 79)	Контрольная (n = 30)
Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (Вейн А.М., 2001)	8,0 ± 7,1	9,2 ± 6,1
Шкала сонливости Эпворта	10,9 ± 2,1	9,5 ± 4,9

Таблица 4
Сравнительная характеристика депрессивных расстройств и качества жизни обследованных пациентов

Шкалы		Субклинически выраженные расстройства (8-10)	Клинически выраженные расстройства (11 и выше)	p
Качество жизни (опросник EQ-5D)	Индекс здоровья (баллы)	0,59 ± 0,27	0,42 ± 0,15*	0,048
	Визуально-аналоговая шкала (мм)	72,1 ± 5,6	56,8 ± 8,1*	0,048
Достоверность различия для парных сравнений *p < 0,05				

уровень клинически выраженной депрессии составил $13,52 \pm 2,1$ балла по шкале HADS, что соответствует депрессии легкой степени выраженности (табл. 2).

Согласно полученным данным, большая часть пациентов после перенесенного инсульта в ранние сроки имеют субклинически выраженную тревогу и депрессию, что в свою очередь подтверждает необходимость специфической фармакотерапии и участия в реабилитационном процессе психотерапевтов и психологов. В результате проведенного анализа не было выявлено достоверных различий между частотой встречаемости тревожных и депрессивных расстройств.

Частота инсомнии как в первой, так и во второй группах составила в среднем 4,1 раза в неделю. Продолжительность инсомнии на момент исследования в обеих группах была в среднем равной и составила $1,5 \pm 0,8$ года. Исследование ночного сна с помощью анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна выявило у всех больных обеих групп выраженные нарушения засыпания (2,1 балла), снижение продолжительности сна (2,4 балла), частые ночные пробуждения (1,9 балла), ухудшение общего самочувствия после пробуждения утром (2,1 балла). В первой группе 90,5 % больных чаще жаловались на трудности за-

сыпания и 79,4 % на поверхностный сон. Во второй группе 94,8 % пациентов отмечали трудности засыпания; 74,3 % жаловались на поверхностный сон и трудности засыпания после раннего пробуждения, 84,6 % больных на раннее пробуждение (табл. 3).

Для оценки влияния тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт, был использован европейский опросник качества жизни EQ-5D. По результатам исследования, качество жизни было снижено по всем пунктам опросника у всех больных, участвовавших в исследовании (табл. 4).

Следует отметить, что повышенную депрессивность / тревожность по шкале EQ-5D самостоятельно отмечают относительно небольшое число больных основной группы — 25 (31,6 %).

При проведении корреляционного анализа отмечалась сильная корреляционная взаимосвязь между выраженностью депрессивных расстройств и наличием неврологического дефицита по шкале NIHSS ($R = 0,27$; $p = 0,024$). Установлена связь между выраженностью эмоциональных нарушений и наличием нарушений сна по показателям шкалы сонливости Эпворта и анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна ($R = 0,39$; $p = 0,027$). Обнаружена

корреляционная зависимость между уровнем депрессивных расстройств и оценкой качества жизни с помощью опросника EQ-5D ($R = 0,52$; $p = 0,018$).

Результаты и обсуждение

При оценке неврологического статуса в основной группе больных на фоне комплексной терапии, включающей применение сертралина, практически по всем исследованным показателям наблюдалась четкая положительная динамика (табл. 5).

Наблюдалось уменьшение выраженности эмоциональной лабильности, тревоги и депрессивных реакций, утомляемости, шума в голове, нарушений сна. Значительно сократилось число пациентов, предъявлявших жалобы на подавленное настроение и апатию. Уровень депрессии у пациентов по шкале HADS с $13,52 \pm 2,1$ баллов достоверно снизился через три месяца лечения до $8,7 \pm 1,01$ балла, приближаясь к субклиническому уровню депрессии. Первоначально доля больных с клинически выраженными расстройствами составляла 35,4 %, у большинства пациентов наблюдались субклинически выраженные расстройства. К окончанию периода лечения доля пациентов с клинически выраженными расстройствами сократилась до 22,0 %. Позитивная динамика по шкале HADS прослеживалась как в отношении когнитивной (аутопсихический уровень нарушений), так и соматической (соматопсихический уровень нарушений) составляющих депрессии вне зависимости от степени тяжести симптоматики. К моменту окончания терапии у пациентов отмечалось улучшение общего самочувствия, что сопровождалось уменьшением лабильности настроения, внутреннего напряжения, тревожности, проявлений психомоторного беспокойства, а также частичной редукцией соматовегетативной симптоматики (улучшался процесс засыпания, уменьшилась выраженность головной боли, головокружения, астении). Пациенты становились активнее, реже высказывали идеи малоценности, что

проявлялось в улучшении контакта не только с врачом, но и с другими лицами из их семейного или профессионального окружения.

На фоне терапии сертралином достоверно повысилась активность больных в сфере повседневной жизнедеятельности: индекс Бартель ($p < 0,05$). До начала лечения легкая зависимость от окружающих наблюдалась в 55 %, а умеренная в 25 % случаев. Через три месяца эти показатели составили 70 и 12,5 % соответственно. Средний балл к моменту окончания исследования составил $82,6 \pm 3,5$ (табл. 5). При исследовании тяжести инсульта по шкале GCI (табл. 5) выявлен регресс объективных признаков когнитивных и очаговых нарушений: суммарный балл повысился с уровня умеренно выраженного дефицита до легкого, но отличие не достигло статистически достоверно уровня.

К моменту завершения исследования различной степени выраженности терапевтический эффект наблюдали у всех пациентов основной группы (100 %): в том числе очень хороший терапевтический эффект у 10 (33,3 %) пациентов, хороший у 16 (53,3 %) больных и удовлетворительный у 4 человек (13,4 %).

При оценке нарушений сна по результатам полуколичественных шкал и опросников на фоне комплексной терапии с применением сертралина выявлено, что уже через месяц после начала терапии прослеживалась положительная динамика в виде улучшения субъективных характеристик сна и уменьшения дневной сонливости. К концу семинедельного курса данные изменения достигали степени статистической значимости по следующим характеристикам: уменьшение времени засыпания (3,7 балла), увеличение продолжительности ночного сна (3,6 балла), снижение частоты ночных пробуждений (4,4 балла), улучшение самочувствия после утреннего пробуждения (4,3 балла), появления более ярких и эмоционально насыщенных сновидений, уменьшение дневной сонливости ($p < 0,05$; табл. 6).

Исходно, до лечения все пациенты имели проблемы со здоровьем

Таблица 5
Динамика неврологических и нейропсихологических нарушений на фоне терапии сертралином у пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	1-й визит	2-й визит	1-й визит	2-й визит
Выраженность пареза	$4,34 \pm 0,9$	$4,56 \pm 0,78$	$4,28 \pm 0,79$	$4,36 \pm 0,62$
Шкала HADS	$13,52 \pm 2,1$	$8,7 \pm 1,01^*$	$13,41 \pm 1,2$	$11,6 \pm 1,09$
Шкала Бартель (средний балл)	$71,4 \pm 6,5$	$82,6 \pm 3,5^*$	$71,1 \pm 4,2$	$76,6 \pm 3,7$
Тяжесть инсульта по шкале GCI	$4,11 \pm 0,58$	$3,38 \pm 0,65$	$4,02 \pm 0,36$	$3,86 \pm 0,34$
Шкала NIHSS (средний балл)	$8,2 \pm 3,7$	$6,8 \pm 2,55^*$	$8,5 \pm 2,8$	$7,9 \pm 2,6$

Примечание: * — $p < 0,05$.

Таблица 6
Динамика характеристик сна на фоне комплексной терапии с применением сертралина

Группы пациентов	Оценка нарушений сна (баллы)	
	Исходно	Через 3 месяца
Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (Вейн А. М., 2001)		
1 (n = 79)	$8,0 \pm 7,1$	$14,8 \pm 2,1^*$
2 (n = 30)	$10,9 \pm 2,1$	$12,2 \pm 2,8$
Шкала сонливости Эпворта		
1 (n = 70)	$10,9 \pm 2,1$	$8,7 \pm 2,1^*$
2 (n = 30)	$9,9 \pm 2,2$	$8,9 \pm 3,0$

Примечание: * — $p < 0,05$.

той или иной степени выраженности. Все пациенты указывали на физический и эмоциональный дискомфорт. Большинство пациентов по всем компонентам качества жизни имели проблемы средней (умеренной) степени выраженности. При оценке динамики качества жизни с помощью опросника EQ-5D выявлено изменение состояния здоровья по компоненту «подвижность», через три месяца улучшилось у 62 пациентов (78,5 %). По второму компоненту, отражающему самообслуживание (уход за собой) через три месяца не имели проблем 55 пациентов (69,6 %). Привычная повседневная деятельность улучшилась у 58 пациентов (73,4 %). Пациенты оценили состояние тревоги / депрессии следующим образом: через три месяца исчезла выраженная тревога у 12 (15,4 %) пациентов. По шкале EQ5D к концу исследования отмечен достоверный положительный эффект

по субшкалам, которые оценивают привычную повседневную деятельность, тревогу и депрессию ($p < 0,05$), появилась тенденция к увеличению общего уровня качества жизни. При оценке динамики качества жизни с помощью опросника EQ5D выявлено, что у большинства пациентов отсутствовала оценка своего состояния как «тяжелое» по категориям «уход за собой», «привычная повседневная деятельность» и «тревога / депрессия». Показатель качества жизни, определенный по визуально-аналоговой шкале опросника EQ5D, достоверно увеличился на фоне комплексной терапии: с $56,8 \pm 8,1$ исходно до $80,5 \pm 7,7$ единицы через три месяца ($p < 0,001$ по сравнению с исходными значениями).

Наличие и выраженность побочных эффектов регистрировались с помощью шкалы общего клинического впечатления (GCI). Побочное действие проявилось в субъективном

ощущении сухости во рту и тошноты в течение первой недели у одного больного и головокружения у двух больных в течение четырех дней, в последующем полностью регрессировавшие. Побочные эффекты легко переносились и не потребовали отмены препарата.

Полученные в данном исследовании результаты свидетельствуют, что проведенное комплексное восстановительное лечение оказывает положительное влияние на состояние физического и психологического компонентов качества жизни у больных. У всех пациентов повышалось качество жизни в целом при значительном улучшении по всем пяти компонентам здоровья.

Таким образом, показана эффективность комплексной терапии с применением сертралина у пациентов с депрессивными расстройствами и нарушениями сна в раннем восстановительном периоде инсульта. По окончании курса лечения у всех больных отмечались общее улучшение самочувствия и настроения, повышение повседневной активности. Зафиксировано уменьшение выраженности астенических проявлений, повышение аффективного тонуса, улучшение концентрации внимания, появление бодрости, повышение самооценки и уверенности в себе, за счет чего субъективно улучшалось настроение. Пациенты были положительно настроены на поддерживающее лечение и дальнейшее сотрудничество с врачами, отмечали улучшение сна и аппетита.

Выводы

Данное исследование показывает, что наличие депрессии и тревоги у пациентов после ИИ значительно влияет на качество жизни и, как следствие, ухудшает течение и исход заболевания, зачастую препятствуя реабилитации больного. Оценка коморбидности, основанная на результатах детального опроса пациентов о сопутствующих заболеваниях, анамнеза и данных объективного осмотра, специальных методов исследований, способствует своевременному выявлению и лечению сопутствующей патологии, что приводит к повыше-

нию качества жизни больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Следовательно, особое место в реабилитационном процессе у пациентов, перенесших ИИ, должны занимать выявление коморбидности тревоги и депрессии, ранняя диагностика и лечение тревожно-депрессивных расстройств.

Таким образом, включение в реабилитационную программу пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, адекватной психотерапии с назначением антидепрессантов в комплексе с немедикаментозными методами лечения приводит к значительному улучшению реабилитационного прогноза и качества жизни пациента.

Список литературы

1. Никифоров А. С., Гусев Е. И. Общая неврология.—ГЭОТАР Медиа; 2007. [Nikiforov AS, Gusev EI. Obshchaya nevrologiya. Moscow: GEOTAR-Media; 2007. (In Russ.)]
2. Белялов Ф. И. Двенадцать тезисов коморбидности. // Клиническая медицина.—2009.— № 12.— С. 69–71. [Belyalov FI. Dvenadtsat' tezisov komorbidnosti. Klinicheskaya meditsina. 2009; (12): 69–71.]
3. Вёрткин А. Л., Зайратьянц О. В., Вовк Е. И. Окончательный диагноз.— М.: ГЭОТАР; 2008. [Vyortkin AL, Zairatjants OV, Vovk EI. Okonchatel'nyy diagnoz. Moscow: GEOTAR; 2008. (In Russ.)]
4. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессии в неврологической практике.— Медицинское информационное агентство; 2007. [Vein AM, Voznesenskaya TG, Golubev VL, D'ukova GM. Depressii v nevrologicheskoy praktike. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentsvo; 2007. (In Russ.)]
5. Смулевич А. Б. Депрессии и коморбидные расстройства.— М; 1997. [Smulevich AB. Depressii i komorbidnye rasstroistva. Moscow: 1997. (In Russ.)]
6. Pasnau R. O., Bystritsky A. Handbook of depression and anxiety: a biological approach. NY: Marcel Dekker; 1994.
7. Боголепова А. Н. Постинсультная депрессия и основные подходы к ее терапии. // Справочник поликлинического врача.— 2006.— № 10.— С. 64–68. [Bogolepova AN. Postinsultnaya depressiya i osnovnye podhody k eyo terapii. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2006; (10): 64–68.]
8. Гусев Е. И., Гехт А. Б., Боголепова А. Н., Сорокина И. Б. Нейропсихологические исследования в клинической неврологии. // Лечебное дело. 2003. № 1. С. 47–51. [Gusev EI, Geht AB, Bogolepova AN, Sorokina IB. Neiropsihologicheskiye issledovaniya v klinicheskoi nevrologii. Lechebnoye delo. 2003; (1): 47–51.]
9. Гусев Е. И., Гехт А. Б., Боголепова А. Н., Сорокина И. Б. Особенности депрессив-

ного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт. // Журнал неврологии и психиатрии, приложение «Инсульт».— 2001.— № 3.— С. 28–31. [Gusev EI, Geht AB, Bogolepova AN, Sorokina IB. Osobennosti depressivnogo sindroma u bolnyh, perenessih ishemichekoy insult. Zhurnal nevrologii i psikiatrii, prilozheniye «Insult». 2001; (3): 28–31.]

10. Narushima K., Kosier J. T., Robinson R. G. A reappraisal of poststroke de-pression, intra- and inter-hemispheric lesion location using meta-analysis. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 2003; (15): 422–430.
11. Whyte E. M., Mulsant B. H., Vanderbilt J. et al. Depression after stroke: a pro-spective epidemiology study. Journal of the American Geriatrics Society. 2004; (52):774–778.
12. Lo R. S. K., Cheng J. O. Y., Wong E. M. C. et al. Handicap and its determinants of change in stroke survivors one-year follow-up study. Stroke. 2008; (39): 148–153.
13. Pan J. H., Song X. Y., Lee S. Y. et al. Longitudinal analysis of quality of life for stroke survivors using latent curve models. Stroke 2008; (39): 2795–2802.
14. Haacke C., Althaus A., Spottke A. et al. Long-term outcome after stroke evaluating Health-Related Quality of Life using utility measurements. Stroke. 2006; (37): 193–198.
15. Musselman D. L., Betan E., Larsen H., Phillips L. S. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology, and treatment. Biological Psychiatry. 2003; (54): 317–329.
16. Dijkhuizen R. M., Ren J.—M., Mandeville J. et al. Funkcional magnetic resonance imaging of reorganization in rat brain after stroke. Proceedings of the National Academy of Sciences USA. 2001; (98): 12766–12771.
17. Батышева Т. Т., Камчатнов П. Р., Пивоварчик Е. М., Зайцев К. А. и др. Применение наружной контрпульсации для восстановительного лечения больных, перенесших ишемический инсульт. //Методические рекомендации.— Москва; 2013. [Batyshева TT, Kamchatnov PR, Pivovarchik EM, Zaicev KA i dr. Primeneniye naruzhnoy kontrpulsatsii dlya vosstanovitel'nogo lecheniya bolnyh, perenessih ishemichekoy insult. Metodicheskie rekomendacii. Moscow; 2013 (In Russ.)]

