

Лікування постінсультної депресії у пацієнтів молодого віку

Інсульт, або порушення мозкового кровообігу – поширена причина смерті та тривалої втрати працездатності в усьому світі. Найчастіше інсульт трапляється в осіб похилого віку, але з'являється все більше даних щодо зростання захворюваності серед молодого покоління. Пацієнти, які перенесли інсульт, можуть мати не лише довгострокові фізичні та когнітивні порушення, але й психологічні проблеми, такі як постінсультна депресія (ПІД). Депресія є найчастішим психоневрологічним ускладненням інсульту, проте нерідко залишається поза увагою лікарів. Як наслідок, спостерігається підвищений рівень захворюваності та смертності серед молодих осіб із ПІД порівняно із представниками того ж віку без неї. Е.Н. На та R. Gantioque здійснили огляд наявних джерел, присвячених лікуванню ПІД у молодих пацієнтів, які перенесли інсульт, з метою допомогти клініцистам у веденні таких хворих та поліпшенні якості їхнього життя. Отримані результати розміщені у виданні Stroke Research & Therapy (2020; 4 (1): 1-4).

Інсульт визначається як раптове зниження функції мозку через порушення його кровопостачання, спричинене тромбом, емболом або крововиливом (Stroke, 2019). Завдяки розвитку технологій та зростанню обізнаності щодо раннього виявлення й лікування інсультів загальна частота госпіталізацій пацієнтів з інсультом знижується (Ramirez et al., 2016). Проте цей стан призводить до життєво небезпечних ускладнень та є однією з основних причин смерті серед населення (Benjamin et al., 2019). До того ж поширеність інсульту є високою не лише в літньому віці, останнім часом вона зросла серед осіб молодшого віку (Tibæk et al., 2016).

Модифіковані фактори ризику інсульту в молодих пацієнтів подібні до таких в осіб похилого віку. Найчастішими чинниками ризику серед літніх хворих є артеріальна гіпертензія, цукровий діабет та захворювання серця. Однак їх поширеність між даними віковими групами різниться.

Так, у Європі серед 3944 молодих осіб з інсультом найчастіше зустрічалися такі фактори ризику, як (Smajlovic, 2015; Fox, 2019):

- куріння (49%);
- дисліпідемія (46%);
- артеріальна гіпертензія (36%).

Стосовно того, що ж саме означає поняття «молодий інсульт», дані досліджень значно відрізняються, і конкретної дефініції немає. Проте більшість науковців вважають, що це інсульт у хворих працездатного віку – від 18 до 64 років (Ramirez et al., 2016; Ekker et al., 2018).

Інсульт молодшає: дані наявних досліджень

Ramirez et al. (2016) проаналізували результати дослідження National Inpatient Sample (найбільшої бази даних стаціонарної допомоги у США) щодо частоти госпіталізації, пов'язаної з інсультом, із 2000 по 2010 рр. Автори виявили, що рівень потрапляння до стаціонара із приводу інсульту знизився у пацієнтів віком від 65 до 84 років. Проте спостерігалось збільшення кількості госпіталізацій через інсульт серед хворих віком від 25 до 44 років (16-23 на 100 тис.) та від 45 до 64 років (149-156 на 100 тис.).

В іншому дослідженні, проведеному в Данії, також мало місце значне зростання частоти госпіталізацій серед молодих осіб після ішемічного інсульту (Tibæk et al., 2016). Внаслідок спостереження за 4156 пацієнтами віком від 15 до 30 років, що перенесли перший інсульт, у період із 1994 по 2012 рр. науковці виявили, що рівень госпіталізацій, пов'язаних з інсультом, підвищився з 11,97 до 16,77 на 100 тис. людино-років у 1994 та 2012 рр. відповідно.

Поширеність депресії у молодих осіб з інсультом

Наслідки інсульту можуть бути виснажливими для хворих і перешкоджати їм повернутися до способу життя, який був у них до недуги. Окрім зниження функціональних здатностей, інсульт може також серйозно впливати на емоційне та психологічне здоров'я, призводити до розвитку тривоги й депресії (Dag et al., 2017). Поширеність ПІД є вельми високою; зокрема, у молодих пацієнтів симптоми

депресії є майже втричі частішими, ніж в осіб літнього віку (Amaricaï, Roenagu, 2016; Karoog et al., 2019; Srivastava et al., 2010). У дослідженні за участю 50 пацієнтів, які перенесли інсульт, симптоми депресії серед осіб віком 27-36, 37-46, 47-56 і 57-66 років спостерігалися у 100, 50, 60 і 29,63% відповідно (Ibeneme et al., 2017).

У 2013 р. було проведено оцінку ПІД протягом шести місяців у 72 пацієнтів віком 29-59 років після інсульту, які відвідували реабілітаційне відділення лікарні. За отриманими даними, депресія мала місце у 67% хворих:

- у 14% – межовий рівень клінічних проявів депресії;
- у 34,7% – помірна депресія;
- у 15,2% – тяжка депресія;
- у 2,9% – дуже тяжка депресія.

Як показали результати дослідження, є значуща кореляція між депресією та погіршенням функціональних результатів (Amaricaï, Roenagu, 2016).

Молоді пацієнти, які перенесли інсульт, будують свою сім'ю, кар'єру та майбутнє, однак ПІД зупиняє ці життєво важливі процеси. ПІД пов'язана зі зниженням якості життя, когнітивної активності та функціональних наслідків (Dag et al., 2017; Ji-hua, 2018). Незважаючи на руйнівні ускладнення, ПІД, на жаль, часто не беруть до уваги, а у 80% випадків лікування є неналежним (Lokk, 2010).

Наслідки ПІД у молодих пацієнтів

Як зазначалося вище, наслідки інсульту в молодих пацієнтів є вельми значущими (Karoog et al., 2019). Заходи щодо їх усунення, на додаток до симптомів депресії, можуть призвести до підвищення рівня ускладнень та смертності серед хворих (Robinson, Jorge, 2016; Brigadeiro et al., 2017; Towfighi et al., 2017). В осіб із ПІД спостерігається вища частота функціональних порушень, соціальної ізоляції та когнітивних розладів порівняно із пацієнтами після інсульту, в яких немає депресії (Dag et al., 2017).

Також існує значна кореляція між фізичними й інтелектуальними обмеженнями внаслідок інсульту та труднощами при поверненні до роботи (Balasooriya-Smeekens et al., 2016). Фізичні функції мають велике значення для чоловіків і жінок працездатного віку, оскільки вони часто є основним джерелом фінансової підтримки для своїх сімей.

Депресія – один із найгірших наслідків інсульту, оскільки вона заважає молодим пацієнтам повернутися до самостійності та роботи (Karoog et al., 2019). Відновлення після перенесеного інсульту в молодому віці у деяких випадках може тривати все життя (Ekker, 2018). Тому клініцисти мають уважніше ставитися до виявлення молодих пацієнтів, які входять до групи ризику розвитку ПІД, а також запобігання й лікування депресії з метою уникнення розвитку подальших ускладнень.

Сучасне лікування ПІД: огляд джерел

Методи та пошук даних

Для зіставлення результатів щодо визначення проблеми та критеріїв терапії автори використали систему PICO, де P (Patient) означає пацієнт,

I (Intervention) – втручання, C (Comparison) – порівняння та O (Outcomes) – результати. Зокрема, було сформульоване запитання: «Якими є сучасні методи лікування постінсультної депресії у молодих осіб, що перенесли інсульт?». Для збору інформації були використані онлайн-бази даних MedLine, PubMed, база даних наукової літератури із сестринської справи та суміжних галузей охорони здоров'я (CINAHL) і Google Scholar; пошук проводили з вересня по грудень 2019 р.

Для пошуку статей в онлайн-базах даних ключовими термінами були обрані «молодий інсульт» та «депресія». Основну групу втручання, визначеного як поточне лікування, склали молоді пацієнти із ПІД, групу порівняння – молоді особи, які перенесли інсульт та не мали депресії. Результатом було визначено лікування ПІД у молодих хворих.

Для відбору літератури було використано блок-схему PRISMA (рисунок). Пошук виявив 46 статей, з яких були виключені: повторювані матеріали; статті не англійською мовою та опубліковані до 2010 р.; публікації з даними щодо пацієнтів з інсультом без симптомів депресії, а також щодо хворих віком до 18 або від 65 років. Нарешті, автори перевіряли, чи надано в остаточно відібраних статтях відповідь на ключове запитання дослідження. Згідно з результатами пошуку, не було виявлено жодної статті, присвяченої вивченню сучасних методів лікування ПІД у молодому віці.

Результати

ПІД поширена приблизно у 20-50% пацієнтів з інсультом і є основною причиною інвалідності та смертності (Brigadeiro et al., 2017). До значущих факторів ризику розвитку депресії після інсульту належать:

- жіноча стать;
- раніше виявлені розлади настрою;
- молодший вік;
- моторні чи когнітивні порушення;
- низька соціальна підтримка;
- самотність;
- невротизм;
- генетичні чинники.

За наявними даними, зменшення проявів депресії корелює із поліпшенням функціональних результатів, якості життя та відновлення протягом усього життя, а отже, із кращими шансами повернутися до роботи (Towfighi et al., 2017).

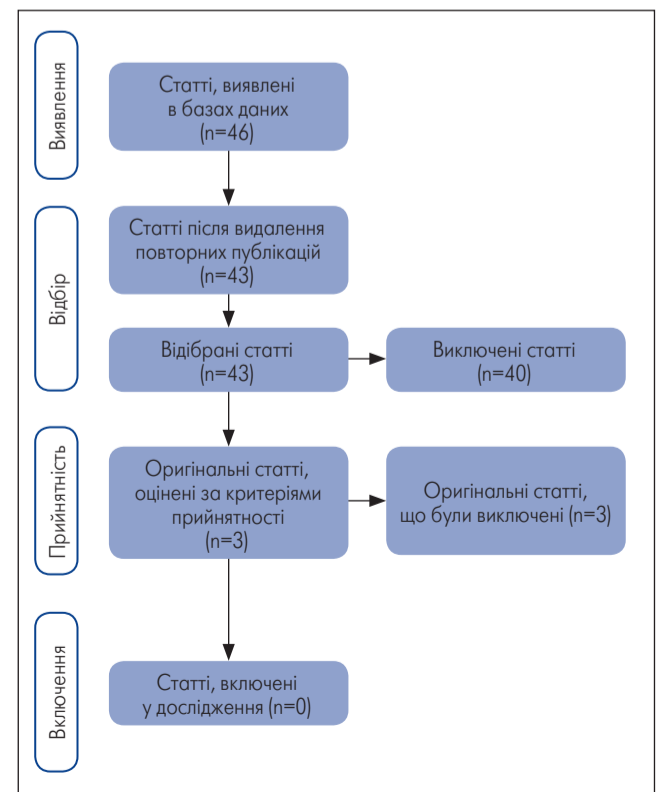


Рисунок. Блок-схема PRISMA

Адаптовано за Е.Н. На та R. Gantioque, 2020

Доступні дослідження показують, що найпоширенішими методами лікування ПІД є антидепресивні засоби, такі як селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) і трициклічні антидепресанти (ТЦА) (Dwyer Hollender, 2014; Pompili et al., 2015; Xu et al., 2016). СІЗЗС і ТЦА допомагають відновити як фізичні, так і когнітивні функції хворих після інсульту, зменшуючи інтенсивність пов'язаних із симптомами депресії запальних процесів та, внаслідок цього, сприяючи подовженню їх виживання до 10 років (Robinson, Jorge, 2016; Villa et al., 2018). Також відомо, що антидепресанти мають високу ефективність щодо зменшення потреби у сторонній допомозі, поліпшення неврологічного статусу та функціональних результатів (Mead et al., 2012).

У 26-тижневому випробуванні, проведеному в чотирьох інсультних центрах у Швеції, пацієнти із ПІД були розподілені на групи для отримання сертраліну, СІЗЗС або плацебо. До кінця 26-го тижня у хворих, які приймали сертралін, спостерігалися суттєве поліпшення якості життя та зменшення проявів соціальної ворожості порівняно із групою плацебо ($p < 0,05$) (Murray et al., 2005).

На додаток, X. Xu et al. (2016) здійснили огляд даних 11 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), у межах яких 740 осіб із ПІД застосовували лікування антидепресантами або плацебо. Було показано, що пацієнти, які приймали антидепресанти, мали значні переваги порівняно із групою плацебо.

У рандомізованому контрольованому випробуванні R.G. Robinson та R.E. Jorge (2016) вивчали ефективність ТЦА нортриптиліну і СІЗЗС флуоксетину в пацієнтів із та без депресії. За отриманими результатами, антидепресанти виявилися дієвими не тільки щодо проявів депресії, але й щодо функціональних результатів хворих, виміряних за модифікованою шкалою Ренкіна протягом одного року спостереження.

Окрім фармакологічної терапії, для успішного лікування ПІД також доступні нефармакологічні підходи. Вони включають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), електросудомну терапію (ЕСТ), екосистемно-орієнтовану терапію, точковий масаж, повторювану транскраніальну магнітну стимуляцію, фізичні вправи, музико- та світлотерапію тощо (Pompili et al., 2015; Murray et al., 2005; Nadidi et al., 2017; Shen et al., 2017). Застосування цих нефармакологічних методів також асоціювалося зі зменшенням проявів депресії у пацієнтів після інсульту.

X. Shen et al. (2017) провели систематичний огляд та метааналіз даних 22 РКД, які охоплювали 1764 пацієнтів. Автори дійшли висновку, що повторювана транскраніальна магнітна стимуляція пов'язана з позитивними результатами у пацієнтів із ПІД.

Огляд літератури E.H. На та R. Gantioque (2020) продемонстрував, що медикаментозна терапія СІЗЗС і ТЦА є дуже успішною і перевершує будь-які інші підходи до ведення осіб із ПІД. Проте досліджень, в яких би розглядали варіанти лікування пацієнтів молодого віку, не було виявлено.

Деякі лікарі-практики уникають застосування СІЗЗС або ТЦА через їх несприятливі ефекти. Проте, за наявними даними, вони переважно зустрічаються у хворих похилого віку. Відповідно, необхідні додаткові дослідження для визначення впливу антидепресантів на ПІД саме у молодих пацієнтів.

Обговорення

Основними цілями лікування має бути не лише зменшення проявів депресії, але й поліпшення якості життя пацієнтів та відновлення функціональної здатності, що дозволить їм продовжувати будувати кар'єру, сім'ю та майбутнє. Успішним результатом для літніх хворих може бути позбавлення потреби у сторонній допомозі в повсякденній діяльності. Своєю чергою метою пацієнтів працездатного віку є повернення до роботи та продовження планування свого життя. Тому для молодих пацієнтів слід застосовувати агресивніші підходи до лікування депресії.

При визначенні стратегії лікування для хворих клініцисти переважно зосереджуються на фізичних

аспектах наслідків інсульту. Однак, окрім призначення фізіо-, трудотерапії та логопедії, вони мають визнавати, що фармакологічне лікування депресії є не менш, якщо не більш, важливим для пацієнтів молодого віку з інсультом. Тож, на додачу до зазначених методик, раннє виявлення та медикаментозна лікування надзвичайно важливі як частина тактики терапії інсульту в молодих пацієнтів із ПІД.

Є певні розходження думок щодо того, що є найкращим варіантом лікування ПІД у загальній популяції осіб з інсультом. За даними більшості досліджень науковці дійшли висновку, що СІЗЗС і ТЦА є основною терапією ПІД.

E.H. На та R. Gantioque (2020) мали на меті проаналізувати сучасні знання стосовно лікування ПІД у молодих пацієнтів. Проте досліджень, у котрих увагу було б сфокусовано на цій конкретній темі, вони не виявили. Своєю чергою отримані результати роботи свідчать, що клініцисти, медсестри, терапевти тощо повинні бути чутливішими до психологічних потреб молодих пацієнтів, які перенесли інсульт.

Враховуючи суттєвий негативний вплив ПІД на одужання, хворі після інсульту мають проходити скринінг на наявність симптомів депресії, починаючи з гострої фази розладу. Особливу увагу слід

приділяти молодим пацієнтам, якомога швидше запроваджуючи терапію антидепресантами або інші альтернативні методи лікування. У поєднанні з медикаментозним лікуванням психологічні підходи також повинні бути пріоритетом у веденні осіб з інсультом під час гострої фази.

Висновки

Неврологи й медсестри відіграють вирішальну роль у наданні допомоги молодим пацієнтам з інсультом у видужанні, відновленні й поверненні до попереднього життя. Завдяки приділенню належної уваги молодим хворим та обізнаності в лікуванні ПІД клініцисти можуть допомагати їм у відновленні фізичної форми, соціального функціонування та психологічного стану.

Нині, на жаль, бракує рекомендацій щодо лікування, сфокусованих на ПІД у молодих пацієнтів, що перенесли інсульт. Незважаючи на те, що наразі доступні кілька варіантів терапії ПІД, необхідні подальші дослідження для оцінки ефектів поточних лікувальних методик депресії, спеціально націлених на молоду популяцію осіб з інсультом.

Підготувала **Олена Коробка**



Переваги Стимулотону® в лікуванні депресії та тривожних розладів:

- Сертралін — препарат першого вибору для лікування депресії за співвідношенням ефективності та переносимості¹
- Стимулотон має показання до застосування у дітей, віком від 6-ти років²
- Зручний режим дозування — один раз на добу²
- Крайній вибір з СІЗЗС при кардіоваскулярній патології³
- Сертралін — оптимальний препарат для лікування перинатальної депресії
- Доведена біоеквівалентність оригінальному сертраліну⁴
- Володар Премії за Інновацію 2004 року
- Єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах 50 мг і 100 мг

1. Cipriani A et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009 Feb 28;373(9665):746-58. 2. Інструкція для медичного застосування препарату Стимулотон. 3. Hillel W Cohen et al. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. *The American Journal of Medicine*, 2000, vol.108, Issue 1, Pages 2-8. 4. Clinical Expert Report on Stimuloton® film-coated tablets (2000).

Склад та форма випуску: табл. в/о 50 мг білістер, № 30; табл. в/о 100 мг білістер, № 28. Показання. Великі депресивні епізоди; запобігання рецидиву великих депресивних епізодів; панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії; обесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих та дітей віком 6-17 років; соціальний тривожний розлад; посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин; одночасне застосування з інгібіторами МАО. Побічні реакції. Фарингіт, анорексія, збільшення апетиту, безсоння, неспокій, збудження, нервозність, запаморочення, головний біль, сонливість, шум у вухах, серцебиття, припливи, діарея, сухість у роті, нудота. Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. Р.П. № UA/3195/01/01-02.

Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для лікарів та фармацевтів.

Контакти представника виробника в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

