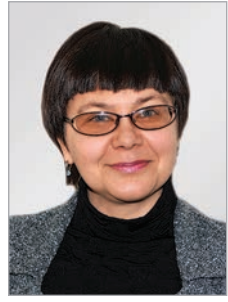




## Прихильність до лікування

Під час спостереження за 32361 пацієнтом після МІ протягом 4 років в Ізраїлі дослідники виявили, що низька прихильність до лікування АД з приводу ПІД асоціюється з підвищеним ризиком смерті з будь-якої причини. Зокрема, у пацієнтів із низькою комплаєнтністю ризик смерті був вищим на 25% (Krivoy et al, 2017).



Доповідь професорки кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., **Олени Олександрівни Хаустової** мала назву «**Курція пацієнта після інсульту: погляд психіатра**».

Нині зростає значущість проблеми медико-психологічної курції та реабілітації пацієнтів з ураженнями головного мозку через поєднання найважчих наслідків COVID-19 та впливу повномасштабної війни в Україні. Ці дві причини є підґрунтям для розвитку психічних порушень, що призводять до збільшення частоти МІ. У Програмі медичних гарантій (2022) за напрямом «Медична допомога за гострого мозкового інсульту в стаціонарних умовах» ідеться про важливість проведення консультації лікаря-психолога, лікаря-психотерапевта або психолога та потребу в забезпеченні такої консультації. Актуальним є надання послуг із реабілітації у сфері охорони здоров'я в гострий період МІ та скерування пацієнтів для отримання послуг із реабілітації у післягострий період інсульту.

## Життя після інсульту

Для швидкого усвідомлення адекватності поведінки пацієнта з досвідом інсульту слід застосовувати 3-етапну концептуальну структуру (Balakrishnan et al., 2017). На 1-й стадії досвіду інсульту та реакції на нього пацієнт має прийняти власний стан, а не уникає його. Під час 2-ї стадії – опанувати себе у цьому стані, тобто інтегруватися у суспільство, а не ізолюватися, а 3-тя стадія присвячена довготривалій адаптації.

## Афективні порушення

Близько тридцяти років тому встановлено зв'язок між частотою кортикальних уражень та тривожно-депресивними розладами, на відміну від уражень підкіркових структур, за яких частіше виникають розлади депресивного спектра (Stratstein et al., 1990; Castillo et al., 1995). Тривожно-депресивні розлади корелюють із кортикальним ураженням зліва, а тривога – лише з ураженнями правої півкулі (Aström, 1996). Часто ПІД пов'язана з інфарктом великих судин. Зазвичай симптоми виникають упродовж перших 3 міс. після МІ (депресія з раннім початком). Хоча можуть з'явитися в будь-який час (депресія з пізнім початком, для якої характерне порушення сну, наявність вегетативних симптомів і соціальної ізоляції). Судинна депресія асоційована з ішемією дрібних судин, ураженням білої речовини, старшим віком, більшими когнітивними порушеннями та фізичними вадами; меншою мірою вона пов'язана із сімейною та особистою історією депресії. Такі пацієнти погано реагують на лікування АД та більш схильні до хронізації та рецидиву клінічного перебігу.

## Скринінг на ПІД

Пацієнтам з інсультом рекомендовано виконувати скринінг на депресію: у гострий період, за стаціонарної реабілітації, в амбулаторних умовах (рівень доказовості В). Скринінг має виконувати кваліфікований фахівець із застосуванням перевіреного скринінгового інструменту (рівень доказовості В). Оцінювання МІ охоплює визначення чинників ризику депресії, особливо депресії в анамнезі (рівень доказовості С). Для пацієнтів із комунікативними проблемами слід застосовувати спеціальні тести для скринінгу на можливу депресію для адекватного виявлення, оцінювання та лікування (рівень доказовості С) (CSBPR, 2019). Яскравим прикладом такого тесту є Кола шкали інтенсивності депресії (DISCs) – шестибальна графічна шкала оцінювання когнітивних і комунікативних здібностей пацієнта (рис. 2) (Turner-Stokes et al., 2005). У разі небажання чи неможливості комунікації з пацієнтом можна використати опитувальник для афазичної ПІД (SADQ10) під час спілкування з медичним персоналом або родичем, який контактує з пацієнтом (Zeltzer, 2008). Особливістю перебігу ПІД є суїцидальна налаштованість, яка зумовлена функціональними порушеннями, перебуванням

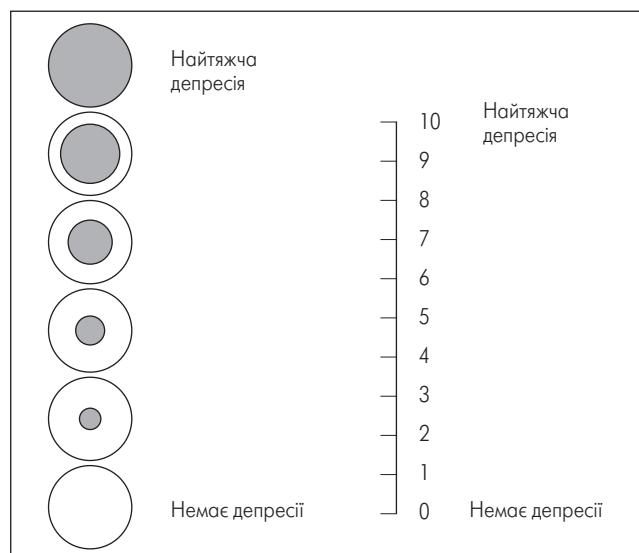


Рисунок 2. Кола шкали інтенсивності депресії (DISCs)

Адаптовано за L. Turner-Stokes et al., 2005.

у стаціонарі тощо. Для комплексного скринінгу пацієнта у нагоді стане застосування опитувальника PHQ-9 завдяки наявності в ньому запитань щодо суїцидальної налаштованості (JAD, 2022).

## Немедикаментозна терапія

Планово застосовують КПТ або міжособистісну терапію – у монотерапії, як один із методів лікування першої лінії (рівень доказовості В). Для пацієнтів у постінсультному стані з комунікативними та іншими когнітивними дефіцитами застосовують психотерапію в комбінації з АД (рівень доказовості А). Інші методи: музика, основана на усвідомленості когнітивна терапія (mindfulness), глибоке дихання, медитація; візуалізація; фізичні вправи; при важкій рефрактерній депресії – повторювана транскраніальна магнітна стимуляція (CSBPR, 2019).

## Фармакотерапія ПІД

Пацієнтам із легкою або клінічно незначною депресією рекомендовано спочатку «пильне очікування» (рівень доказовості В). Воно триває від 2 до 4 тиж.; паралельно слід застосовувати стратегії самопомогі та фізичні вправи. Почати фармакотерапію слід, якщо депресія зберігається / загострюється та перешкоджає досягненню клінічних цілей (рівень доказовості В). У разі підтверженого діагнозу депресивного розладу слід призначити АД (рівень доказовості А). Жоден препарат або клас АД не виявився кращим у лікуванні ПІД, але за профілем побічних ефектів деякі СІЗЗС є більш сприятливими (рівень доказовості А).

Вибір АД залежить від симптомів депресії, побічних ефектів, взаємодії препаратів з іншими ліками та основних захворювань. Також слід виконувати регулярний моніторинг тяжкості депресії, потенційних побічних ефектів та оновлення поточних планів терапії (рівень доказовості С). Якщо досягнуто хорошої відповіді, терапію слід продовжити до 6-12 міс. (рівень доказовості С). Без поліпшення стану через 2-4 тиж. після початку лікування необхідно оцінити дотримання режиму приймання ліків. Якщо є ефект – збільшити дозу, додати інші препарати, змінити АД (рівень доказовості В). Підтримувальну терапію призначають в індивідуальному порядку (зважаючи на попередній анамнез та чинники ризику рецидиву депресії) (рівень доказовості С). Припинення приймання АД здійснюють через низхідну титрацію впродовж 1-2 міс. (рівень доказовості С) (CSBPR, 2019).

## Моніторинг імовірного рецидиву депресії

За псевдобульбарного синдрому, тобто серйозної, стійкої або неприємної плаксивості, емоційного нетримання / лабільності слід призначити АД (рівень доказовості А). Перевагу за профілем побічних ефектів мають СІЗЗС. За постійного моніторингу необхідний зворотний зв'язок пацієнта, родини, доглядальників. Обов'язково є психоосвіта: інформування про можливий рецидив або рецидивні симптоми; ознаки, про які слід пам'ятати; важливість дотримання призначеного режиму приймання ліків та звернення до лікаря, якщо ці ознаки з'являються знову (CSBPR, 2019).

## Профілактика ПІД

Профілактична фармакотерапія запобігає появі депресивних симптомів після МІ (рівень доказовості А), вплив АД на функціонування менш чіткий. Не рекомендовано регулярне використання профілактичного лікування АД для всіх осіб, які перенесли МІ, оскільки співвідношення ризик-користь не чітко встановлено (рівень доказовості В). Терапія розв'язання проблем (КПТ) – ефективна для профілактики ПІД (рівень доказовості В) (CSBPR, 2019).

## Постінсультна втома

Втома після МІ – почуття раннього виснаження з втомою, під час якого бракує енергії, є відраза до зусиль щодо фізичної або розумової діяльності та яке зазвичай не зменшується під час відпочинку. Серед ознак: переважна втома та брак енергії для виконання повсякденних справ; аномальна потреба в дрімоті, відпочинку або тривалому сні; швидша втомлюваність щоденними справами, ніж до МІ; непередбачуване відчуття втоми без видимих причин. Для ведення пацієнтів із постінсультною втомою застосовують стратегії енергозбереження, які враховують оптимізацію щоденних функцій у високопріоритетних видах діяльності (рівень доказовості С) (CSBPR, 2019). Для осіб із легкою або клінічно незначною депресією, тривогою, апатією спочатку слід застосовувати «пильне очікування» від 2 до 4 тиж. (рівень доказовості В).

Разом із психологічним втручанням та психосоціальною підтримкою доцільно використовувати комплексні натуропатичні засоби, як-от **Сафрон®** (компанії «Асіно Україна»), що містить (в одній капсулі): екстракт шафрану – 28 мг; екстракт кореня куркуми – 50 мг; магній у формі карбонату магнію – 50 мг; вітамін В<sub>6</sub> – 5,4 мг. Його перевагами є підвищена стресостійкість, поліпшення сну, зменшення тривожно-депресивних симптомів і позитивний вплив на реабілітацію.

## Реабілітація пацієнтів із ПІД

Рання мобілізація має велике значення для відновлення функціональності та незалежності після МІ. В експерименті на тваринній моделі виявлено, що нейропластичність та реорганізація кори, які сприяють функціональному поліпшенню, сягають піку через 7-14 днів після МІ і тривають до місяця. За даними клінічного дослідження фази III AVERT, дуже рання реабілітація (<24 год після МІ) із частими та тривалими реабілітаційними сесіями призводила до зниження сприятливого результату. Проте короткі та часті мобілізації можуть бути корисними в ранній період після гострого інсульту, тоді як тривалі сесії «поза ліжком» зменшують шанси на хороший результат (Heppich et al., 2020).

UA-ESCI-PUB-022023-029

Підготував **Денис Соколовський**

**acino**

Віднови свою  
ГАРМОНІЮ



**САФФРОН®**  
шафран, куркума, Mg,  
вітамін В<sub>6</sub>

- ◆ Сафрон® – баланс настрою та швидке позбавлення від стресу та тривоги<sup>1</sup>
- ◆ Сафрон® – нормалізація глибини та якості сну<sup>2</sup>
- ◆ Зручність прийому – 1 раз на добу<sup>3</sup>

UA-SAFF-IMI-102022-017

Листок-вкладиш до харчового продукту для дієтичної добавки «Сафрон®». Не є лікарським засобом. Додаток No 2 до звіту No 3/28-A-1645-20-68793E від 20.07.2020. Не слід застосовувати як заміну повноцінного раціону харчування. Має застереження до застосування. Зберігати у місцях, недоступних для дітей. Інформація надана скорочено. Перед застосуванням ознайомтеся з повним текстом листка-вкладиша. Виробник SENSILAB Polska Sp. z o.o. – S.K.A., ul. Gen. Mariana Langiewicza 58, 95-050 Konstantynów Łódzki, Польща на замовлення ТОВ «АСІНО УКРАЇНА», Україна, 03124, м. Київ, бульвар Вацлава Гавела, 8, тел.: +38 (044) 281-23-33.

1. Shahmansouri N, Farakhnia M, Abbasi SH, et al. A randomized, double-blind, clinical trial comparing the efficacy and safety of Crocus sativus L. with fluoxetine for improving mild to moderate depression in post percutaneous coronary intervention patients. J Affect Disord. 2014 Feb;155:216-22.  
2. Graham Kell, Amanda Rao, Gavin Beccaria, et al. affron® a novel saffron extract (Crocus sativus L.) improves mood and sleep quality in healthy adults over 4 weeks in a double-blind, parallel, randomized, placebo-controlled clinical trial. Complementary Therapies in Medicine 2017 Aug;33:58-64.  
3. Функціональні властивості дієтичної добавки «Сафрон®»

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна  
www.acino.ua