

Постінсультна депресія: епідеміологія, діагностика, фактори ризику та терапія

Постінсультна депресія (ПІД) – поширене ускладнення перенесеного інсульту, що чинить значний негативний вплив на пацієнтів. Якщо її не лікувати, стан хворого після інсульту може значно погіршитися. Переконавши доведено, що ранній початок антидепресивної терапії в осіб з інсультом без депресії корелює зі зниженим ризиком її розвитку та сприяє ефективній профілактиці. До вашої уваги представлений огляд статті S. Sangam, присвяченої різним аспектам ПІД (Journal of Neurological Disorders, 2018; 6 (6): 1-5).

Інсульт визначають як раптовий розвиток неврологічного дефіциту, спричиненого вогнищевою ішемією головного мозку (Smith et al., 2014). ПІД є досить поширеним станом у таких хворих і має багатофакторний генез (Flaster et al., 2013). Незважаючи на численні дослідження факторів ризику розвитку ПІД за останні десятиліття, їхніх підтверджень на клінічному рівні все ще бракує (Das, 2018).

Епідеміологія

Більшість досліджень показують, що близько третини пацієнтів після інсульту страждають на депресію (Paolucci, 2008). Поширеність і тяжкість депресії є найбільшими в період від шести місяців до двох років після перенесеного інсульту. За результатами деяких досліджень, частота розвитку депресії коливалася від 9 до 34% у перші 3-6 місяців та зростала до 30-50% до кінця першого року (Flaster et al., 2013).

Згідно з епідеміологічними даними, майже у 30% осіб розвивається депресія на ранній або пізній стадії після інсульту (Paolucci, 2008). У метааналізі, що включав 28 досліджень, було показано, що 31% пацієнтів, що перенесли інсульт, страждали на депресію впродовж певного часу до п'яти років після інсульту (Hackett, Pickles, 2014). За результатами іншого метааналізу, депресія мала місце у 29% хворих і лишалася стабільною впродовж перших 10 років після інсульту; крім того, сукупна захворюваність становила 39-52% протягом перших п'яти років після інсульту (Ayerbe et al., 2013).

Автор зазначає, що є повідомлення як про малу, так і про велику депресію у пацієнтів з інсультом, при цьому частота великих депресивних епізодів є вищою незабаром після інсульту (Robinson, Spalletta, 2010; Whyte, Mulsant, 2002). Поширеність великої депресії змінюється з часом: найвищі

показники спостерігаються впродовж 3-6 місяців після інсульту і надалі знижуються на 50% від початкових протягом року (Robinson et al., 1987). Поширеність малої депресії становить 22% через два та 8% – чотири місяці після інсульту (Burvill et al., 1995; Robinson, 2003). Дослідження демонструють, що лікарі мають бути пильними щодо вірогідного розвитку ПІД, навіть через кілька років, адже такі хворі входять до групи високого ризику депресії (Whyte et al., 2004). M. Altieri et al. (2012) зазначають, що ПІД часто розвивається навіть після малого інсульту.

На розвиток ПІД також впливають расові та етнічні відмінності. У представників європеїдної раси нелатиноамериканського походження частіше діагностують ПІД, ніж в інших групах, навіть після коригування потенційних факторів ризику (Jia et al., 2010). У пацієнтів латиноамериканського походження з інсультом вірогідність ПІД у ранній період (через місяць після інсульту) впововину менша, але в пізніший період (через 12 місяців) між ними не спостерігається суттєвої різниці щодо частоти ПІД (Goldmann et al., 2016). За даними Американської асоціації кардіологів (АНА), у США з 5 млн осіб, що перенесли інсульт, 2,4 млн можуть мати ПІД, а близько половини з них – страждати на велику депресію (Robinson, Spalletta, 2010).

Діагностичні критерії та інструменти

Як вважає автор, на сьогодні немає чіткого дискретного визначення ПІД. Відповідно до критеріїв Діагностичного та статистичного довідника із психічних розладів четвертого видання (DSM-IV), постінсультна депресія – це афективний розлад, пов'язаний з інсультом (APA, 2000). Також у DSM-IV вказано симптоматичні критерії ВДР (Robinson, Spalletta, 2010; Salter, 2007). Переглянутий DSM-IV визначає депресію як регулярну наявність більш ніж п'яти з дев'яти симптомів депресії протягом двотижневого періоду (De Man-van Ginkel et al., 2013). DSM-5 надає діагностичні критерії депресивного розладу, пов'язуючи його з іншими клінічними станами (APA, 2013).

Різні дослідники використовують DSM-IV як основний надійний інструмент діагностики ПІД із високою чутливістю та специфічністю (De Man-van Ginkel et al., 2012; Meader et al., 2014). На даний час не було проведено випробувань, у яких би вивчали чутливість і специфічність DSM-5 щодо діагностики депресії. При застосуванні критеріїв DSM важливо визначити, чи пов'язаний розлад настрою із загальним клінічним станом пацієнта (APA, 2013). У деяких дослідженнях при діагностуванні депресії також використовували клінічну модифікацію Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10-КМ), яка була частково розроблена Американською психіатричною асоціацією (APA) та класифікує депресію за кодом.

Вибір коду ґрунтується на ступені тяжкості та стані пацієнта.

Депресивний епізод може бути визначений залежно від кількості та виразності симптомів. Окрім того, стан пацієнтів аналізували за структурованим міжнародним діагностичним опитувальником (CIDI), керівництвом із проведення структурованої бесіди з пацієнтом при діагностованих за DSM-IV розладах (SCID-P, DSM-IV) або короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) (Robinson, Spalletta, 2010; De Man-van Ginkel et al., 2012, 2013; Spalletta et al., 2005).

Перш ніж визначити необхідність скринінгу ПІД, слід враховувати три ключові фактори:

- обґрунтованість та надійність інструментів для виявлення ПІД;
- чи зменшує лікування ПІД прояви симптомів депресії;
- чи сприяє скринінг ПІД поліпшенню клінічних результатів.

Загалом методики для виявлення депресії можна розділити на два типи: самозвітування та спостережна оцінка (Salter et al., 2007). Шкала визначення депресії за Беком (BDI), шкала Гамільтона для оцінки депресії (HRSD), шкала загального клінічного враження (CGI) корисні при скринінгу депресії, але вони не відрізняються значною мірою одна від одної. Візуальну аналогову шкалу настрою (VAMS) за постінсультної афазії застосовувати не рекомендовано (Berg et al., 2009). P.R. Roger et al. (2009) використовували DSM-IV для класифікації пацієнтів, що перенесли інсульт і мали велику чи малу депресію. Також доцільно застосовувати гериатричну шкалу депресії (GDS) завдяки простоті, надійності, потужній прогностичній цінності, високій специфічності й чутливості (Roger, Greene, 2009).

Опитувальникам про стан здоров'я пацієнтів (PHQ-9) та PHQ-2 часто віддають перевагу з метою раннього виявлення ПІД, оскільки вони прості у використанні (De Man-van Ginkel et al., 2012). За результатами метааналізу досліджень найбільш точного інструменту для діагностики ПІД, шкала Центру епідеміологічних досліджень депресії (CES-D), HRSD, PHQ-2 та PHQ-9 є перспективними варіантами, які слід застосовувати разом для всебічної клінічної оцінки стану пацієнтів (Meader et al., 2014). Крім того, J.M. de Man-van Ginkel et al. (2013) розробили шкалу прогнозування депресії після інсульту (DePreS), щоб дати можливість клініцистам оцінити ризик виникнення ПІД у перший тиждень після інсульту. Цей інструмент може поліпшити клінічну оцінку за умови дотримання адекватного лікування.

На думку автора, усі методики мають свої переваги й обмеження, їх слід використовувати після ретельного огляду пацієнта та відповідно до його індивідуальних особливостей. ПІД може важко піддаватися розпізнаванню та лікуванню, тож важливо провести детальне обстеження і діагностику, а також визначити ступінь тяжкості депресії.

ГОЛОВНІ ПОДІЇ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

IMF XI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ
ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

IX МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС
ВИРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ДОСЯГНЬ МЕДИЧНОЇ НАУКИ У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Конгрес виступить до Регістру «Головний конгрес», самостійно і науково-практичних конференцій, які проведуть у 2020 році, під егідою ІМФ та МОЗ України.
Учасники науково-практичних заходів Конгресу отримують СЕРТИФІКАТИ про віднесення кваліфікації

Зі спікринки: Комітет ЄР України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування; Міністерства охорони здоров'я України; Київська міська державна адміністрація; Організатори: LMT, EF, Canon; Генеральний партнер: ACCO

19–21 травня 2020 року

Виставковий центр ACCO International
Україна, м. Київ, пр-т Перемоги, 40-Б
ст. метро «Шулявська»

НОВЕ МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ФОРУМУ

ВСЬО СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ
ДЛЯ МЕДИЦИНИ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ
ВІД СВІТОВИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ

КРАЇН	25	40	НАУКОВИХ ЗАХОДІВ
ЕКСПОНЕНТІВ	250	500	ДОПОВІДАЧІВ
ВІДВІДУВАЧІВ	8 000	80	ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ
ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДНЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ

З питань участі у виставках: +380 (44) 206-10-16
med@lmt.kiev.ua

З питань участі у Конгресі: +380 (44) 206-10-99
info@medforum.in.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA

Фактори ризику

ПІД асоційована з різними характеристиками інсульту та факторами ризику, зокрема такими, як інсульт і депресія в анамнезі, жіноча стать, соціальна ізоляція тощо (Andersen et al., 1995). Проте P. Burvill et al. (1997) показали, що ПІД не корелювала з віком, статтю, соціальним класом, когнітивною дисфункцією або соматичними захворюваннями, що передували інсульту. Але в чоловіків виявлено потужний зв'язок ПІД із тяжкими функціональними порушеннями, проживанням у будинку престарілих, розлученням та вживанням значної кількості алкоголю перед інсультом. В осіб віком 25-54 років, які перенесли інсульт, симптоми депресії спостерігалися частіше порівняно з представниками вікової групи 55-64 роки (McCarthy et al., 2016).

Психосоціальні фактори

Ці чинники пов'язані з вірогідністю появи ПІД, а життєві події становлять значущий ризик розвитку депресії через півроку після інсульту (Bush, 1999). Тобто стрес, асоційований зі станом здоров'я, родину та фінансами, може свідчити про наявність ПІД на початковому етапі (McCarthy et al., 2016).

Генетична схильність

Показано, що поліморфізм генів рецепторів серотоніну та нейротрофічного фактора мозку асоційований зі ПІД. Також відомо про значущий зв'язок поліморфних варіантів 5-HT_{2A} 1438A/G і BDNF val66met з епізодами великої депресії після інсульту, а 5-HTTLPR і BDNF val66met – з ПІД будь-якого типу (Kim et al., 2012).

Васкулярні чинники ризику

Особливі з артеріальною гіпертензією (АГ), гіпергомоцистемією та іншими факторами, пов'язаними із цереброваскулярним захворюванням, більш схильні до розвитку ПІД (Chatterjee et al., 2010; Pavlovic et al., 2016). Деякі чинники ризику ураження дрібних судин головного мозку також можуть бути такими депресії у хронічній фазі після інсульту. АГ, імовірно, суттєвіше впливає на ПІД, ніж інші судинні фактори ризику (Tennen et al., 2011).

Соціально-економічні фактори

Нижчий прибуток, погана соціальна підтримка та низька повсякденна активність є чинниками ризику виникнення ПІД (Jiang et al., 2014). A. Saxena та A. Suman (2015) пов'язували із депресією соціально-економічний статус хворого, як-от погіршення фінансового становища, бідність або відсутність особистих ресурсів. За даними M. Altieri et al. (2012), пацієнти із ПІД частіше виявлялися менш освіченими. Проте, за даними Y.Z. Shi et al. (2016), значного зв'язку між рівнем освіти та наслідками інсульту не встановлено.

Коморбідні захворювання

АГ, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця та інсульт в минулому не асоційовані з депресією (Saxena, Suman, 2015). Пацієнти з інсультом і депресією з більшою імовірністю мали в анамнезі АГ, цукровий діабет та захворювання серця, ніж представники інших груп (Ellis et al., 2010). Рецидив інсульту також був визнаний фактором ризику розвитку ПІД. Фібриляція передсердь, яка є незалежним чинником

ризиком виникнення інсульту, пов'язана з депресією та зниженням якості життя. Серед інших факторів ризику є особистісні характеристики пацієнта, як-то невротизм, плаксивість (Flaster et al., 2013).

Рентгенологічні фактори ризику

Фактором ризику розвитку ПІД може бути інсульт у лівій півкулі, хоча не всі дослідники з цим згодні. Так, в одному випробуванні ураження лобових часток або базальних гангліїв було пов'язане з вищим ризиком виникнення депресії протягом року після інсульту, а значної кореляції між локалізацією інсульту в лівій півкулі та ПІД не виявлено (Wichowicz et al., 2015). Водночас є дані про зв'язок між розвитком депресії та локалізацією інсульту в правій півкулі (Wei et al., 2015).

Своєю чергою D.H. Ahn et al. (2015) показали, що ураження лівої півкулі асоційовані з депресією, а ураження правої – з нижчою частотою депресії після інсульту. Ступінь порушення повсякденної активності після інсульту залежить від того, чи виникає у пацієнта ПІД (Brown et al., 2012). Рання та пізня поява симптомів депресії були асоційовані зі зростанням ризику інвалідності та зниженням якості життя через рік після малого інсульту (Shi et al., 2016).

Також метааналіз, в якому оцінювали предиктори ПІД, показав, що інвалідність після інсульту та анамнез депресії до нього пов'язані між собою. Інші предиктори включали когнітивні порушення, тяжкість інсульту, відсутність соціальної чи сімейної підтримки, тривожність тощо (Ayerbe et al., 2013). У дослідженні DEPRESS доведено, що жіноча стать, анамнез депресії, тяжкі фізичні вади, попередній епізод інсульту, нещодавня стресова подія та патологічна плаксивість є важливими предикторами ПІД, що виникають протягом шести місяців після ішемічного інсульту (Guiraud et al., 2016).

Біохімічні фактори

Відповідно до гіпотези про роль біоенних амінів, ішемічне ураження головного мозку перериває висхідні аксональні відростки, що з'єднують стовбур мозку з корою та містять біогенні аміни, як-от серотонін і дофамін. Це призводить до зниження біодоступності біоенних амінів у лімбічних структурах лобової та скроневої часток і базальних гангліїв, що надалі спричиняє розвиток нервово-психічних симптомів, зокрема депресії (Hackett et al., 2014). Зниження рівня біоенних амінів спостерігається у пацієнтів з інсультом та ПІД порівняно з такими без депресії (Feng et al., 2013).

Фармакологічна та нефармакологічна терапія

Автор зазначає, що якщо ПІД не лікувати, це може призводити до погіршення поширених після інсульту станів, як-от порушення харчування, нетримання сечі, біль, втомлюваність та проблеми зі сном (Shi et al., 2017). Доведено, що ранній початок застосування антидепресантів у пацієнтів після інсульту, що не супроводжується депресією, сприяє зниженню ризику її розвитку та ефективній профілактиці ПІД (Zerriaa et al., 2017). У сучасній клінічній практиці антидепресанти, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), часто є препаратами вибору

при ПІД, якщо симптоми депресії очевидні (Xu et al., 2016).

Гетероциклічні антидепресанти, як-от нортриптилін, іміпрамін, міансерин, та СІЗЗС – циталопрам, флуоксетин, сертралін, ефективні при лікуванні ПІД (Paolucci, 2017; Deng et al., 2018). Користь селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну при ПІД, зокрема, венлафаксину та дулоксетину, не перевіряли в рандомізованих контрольованих випробуваннях, проте одногрупні дослідження показали їхню дієвість у зменшенні проявів ПІД (Teasell et al., 2003). Найвні помірні докази на користь того, що терапія антидепресантами пов'язана з поліпшенням довготривалого виживання (Schmid et al., 2011). Проте, незважаючи на зменшення проявів симптомів депресії при використанні антидепресантів, досі не визначено ні оптимального препарату, ні загальної тривалості лікування при ПІД.

Нефармакологічна терапія, приміром постійний індивідуальний контакт та підтримка за допомогою різних моделей надання медичної допомоги, асоційовані з меншим погіршенням настрою та/або стану психічного здоров'я після інсульту (Teasell et al., 2003). Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) позитивно впливає на симптоми депресії внаслідок інсульту, є менш затратною та ефективною з погляду суспільства й менш затратною і дещо більш ефективною щодо якості життя (Zerriaa et al., 2017; Wang et al., 2018).

Щільна черепна електроakupунктурна стимуляція (DCEAS) може бути ефективною для зменшення симптомів

депресії у пацієнтів з інсультом (Man et al., 2014). Неінвазивна черепна електроakupунктура (n-CEA), ймовірно, корисна для поліпшення рухової активності після інсульту. Поєднання DCEAS та голковколуювання можна розглядати як варіант лікування нервово-психічних наслідків інсульту. Показано, що використання повторної транскраніальної магнітної стимуляції пов'язане з полегшенням симптомів депресії (Duan et al., 2018). Психосоціальні втручання на додаток до застосування антидепресантів можуть бути ефективними при лікуванні ПІД (Teasell et al., 2003).

Висновки

Автор зауважує, що нині існує нагальна потреба у розробці та детальному вивченні методів лікування ПІД. Необхідне проведення подальших досліджень для визначення ефективності інструментів скринінгу в клінічних умовах. Науковці мають зосередитися на з'ясуванні механізмів ПІД для встановлення конкретних оптимальних втручань для кожного пацієнта після інсульту, в котрого розвинулася депресія.

Терапія ПІД є надзвичайно важливою. Рандомізовані клінічні випробування мають бути спрямовані на вивчення оптимальної терапії антидепресантами та оцінювати її ефективність і переносимість на підставі доказових даних. Таким чином, ПІД потребує особливої уваги і досягнення консенсусу щодо лікування.

Підготувала **Олена Коробка**



ЕМОТОН

СЕРТРАЛІН

“ЗОЛОТИЙ” СТАНДАРТ
В ЛІКУВАННІ
ДЕПРЕСИВНИХ, ТРИВОЖНИХ
ТА ПАНІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Антидепресивна та протитривожна дія;
- Доведена терапевтична ефективність;
- Висока безпека застосування



Реєстраційне посвідчення UA 15643/01/01 від 01.12.16 р.

ersel
pharma

Склад, діюча речовина: sertraline; 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить сертраліну (гідрохлориду) 50 мг. Фармакотерапевтична група: антидепресанти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. Код АТХ N06A B06. Виробник: Атлантия Фарма - Продусоеш Фармасеутікаш, С.А., Португалія. Заявник: ТОВ «Ерсель Фарма Україна». Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для фахівців сфери медицини та фармації.