



Ангионеврологический пациент. Когнитивные и психоэмоциональные расстройства. Взаимосвязь и дополнение

Острые нарушения мозгового кровообращения и их осложнения по-прежнему остаются одними из основных причин смертности и инвалидизации в нашей стране. Актуальным принципам ранней реабилитации постинсультных пациентов и рациональной фармакотерапии постинсультных когнитивных нарушений и депрессии был посвящен симпозиум, организованный в рамках XX Междисциплинарной конференции с международным участием «Вейновские чтения».



Д.м.н., профессор
В.В. Ковальчук

Председатель Общества реабилитологов Санкт-Петербурга, руководитель многопрофильного Центра медицинской реабилитации, заведующий отделением реабилитации пациентов с нарушением функций центральной нервной системы Городской больницы № 38 им. Н.А. Семашко, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Виталий Владимирович КОВАЛЬЧУК в начале выступления перечислил принципы адекватного ведения и эффективной реабилитации пациентов после инсульта, к основным из которых относятся мультидисциплинарный принцип ведения пациентов; своевременное и раннее начало реабилитации; соблюдение правил постуральной коррекции и перемещения пациента; своевре-

Медицинская реабилитация на первом этапе. Принципы, преимущества и риски ранней реабилитации

менная и адекватная медикаментозная терапия; профилактика, выявление возможных осложнений инсульта и грамотное ведение пациентов с данными осложнениями; выявление Pull- и Push-синдромов.

РеабИТ – реабилитация в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) прежде всего направлена на сохранение преморбидного статуса социализированности пациента посредством профилактики синдрома последствий интенсивной терапии (ПИТС). Причинами ПИТС выступают иммобилизация, когнитивные и социально-бытовые ограничения. К синдромам и симптомам ПИТС можно отнести такие как инфекционно-трофические, вегетативно-метаболические, нейромышечные, эмоционально-когнитивные, а также ухудшение качества жизни, ведь ПИТС включает только те синдромы, которые не связаны с неотложным состоянием, послужившим поводом для госпитализации в ОРИТ.

Одним из ведущих мероприятий комплекса РеабИТ является ранняя мобилизация пациента,

основная задача которой состоит в поддержании и/или восстановлении максимального значения гравитационного градиента (ГГ). Гравитационный градиент – это максимальный угол вертикализации пациента, при котором не наступает развитие ортостатической недостаточности. Основным условием, обеспечивающим поддержание и увеличение ГГ, является ранняя вертикализация пациента¹.

Ранняя вертикализация считается залогом успеха в восстановлении больного после инсульта, но имеются определенные требования к состоянию пациента и абсолютные противопоказания к вертикализации. Важны также стратификация рисков пассивной вертикализации и знание факторов риска плохой переносимости процедуры вертикализации. Кроме того, встречаются так называемые стоп-сигналы, требующие прекращения процедуры.

Одним из основных факторов риска плохой переносимости процедуры вертикализации считается снижение резерва вазодилатации, который можно определить

¹ Алашеев А.М., Анисимова Н.Н., Белкин А.А. и др. Вертикализация пациентов в процессе реабилитации. Клинические рекомендации Союза реабилитологов России. М., 2014.

XX Междисциплинарная конференция с международным участием
«Вейновские чтения»

по коэффициенту овершута. Коэффициент овершута – это и показатель резерва вазодилатации, и критерий выбора режима вертикализации. Если коэффициент овершута менее 3%, то риск плохой переносимости процедуры вертикализации является высоким. В таком случае вертикализация в первые двое-трое суток не осуществляется.

К основным стоп-сигналам, требующим прекращения процедуры вертикализации, относят нарастание очаговой неврологической симптоматики, существенное снижение артериального давления (на 15 мм рт. ст. и более), выраженное ухудшение кровотока тканей головного мозга (уменьшение линейной скорости кровотока на 10% и более).

Выделяют несколько режимов двигательной реабилитации в ОРИТ: активный, активно-пассивный и пассивный, выбор которых зависит от состояния пациента и возможности установить с ним контакт.

Важно, что профилактика укорочения мышц и спастичности должна осуществляться уже на первом этапе реабилитации, для чего можно использовать такие методы, как постуральная коррекция, пассивная и активная кинезиотерапия.

По мнению профессора В.В. Ковальчука, деятельность эрготерапевта в ОРИТ необходима. Именно эрготерапевт должен решать задачи сенсорной стимуляции, профилактики сенсорной депривации и переключения пациента на доступную ему в данный момент продуктивную деятельность. Важным направлением комплекса мероприятий РеабИТ считается профилактика нутритивного

дефицита и дисфагии. Исследования показали, что адекватное потребление именно белка наиболее значимо для поддержания мышечной массы и снижения смертности в острой фазе инсульта, а потребление калорий ограничивается 60–80% от суточной нормы человека в обычных условиях^{2,3}.

Тихая аспирация как проявление нарушения глотания может стать грозным осложнением инсульта, поскольку создается иллюзия, что пациент беспрепятственно глотает. На самом деле происходит незаметная аспирация вследствие нарушения чувствительной части блуждающего нерва и соответственно подавления кашлевого рефлекса при аспирации, причиной чего может являться питье пациентом воды после удачной экстубации. Следует помнить, что в течение двух суток после экстубации пациента нельзя поить водой, возможно лишь применение загустителей.

Медикаментозная терапия пациентов после инсульта предусматривает применение нейротропных препаратов. Однако далеко не все из них эффективны при проведении медикаментозной нейрореабилитации. Для успешной терапии и реабилитации пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга необходимо обеспечение правильной нейропластичности, для чего необходимо в первую очередь оказывать влияние на восстановление и формирование адекватных межнейронных взаимодействий с помощью обеспечения структурных компонентов клеточных мембран.

В условиях сосудистых заболеваний головного мозга имеет место дефицит ацетилхолина. Пыта-

ясь его компенсировать, организм может черпать ацетилхолин из мембран клеток. Таким образом, дефицит ацетилхолина приводит к деструкции мембран для поддержания холинергической трансмиссии. Поэтому активация синтеза ацетилхолина является важным требованием, предъявляемым к нейротропному препарату.

Таким действием обладает Холитилин® (холина альфосцерат), оказывающий дозозависимое, стимулирующее действие на выделение ацетилхолина из пресинаптической щели. Данный препарат содержит 40,5% метаболитически защищенного холина, который не синтезируется в организме. Холин как донатор ацетилхолина восстанавливает связи между нейронами, оказывает побуждающий эффект, поэтому его можно активно применять на раннем этапе реабилитации с целью повышения уровня сознания.

Холитилин® демонстрирует полную биоэквивалентность оригинальному препарату. Препарат Холитилин® показан к применению при нарушениях мозгового кровообращения по ишемическому и геморрагическому типу, психорганическом синдроме на фоне дегенеративных заболеваний и инволютивных процессов головного мозга, при когнитивных расстройствах, мультиинфарктной деменции, а также нарушении поведения и аффективной сферы в пожилом возрасте.

Согласно обновленным клиническим рекомендациям 2023 г., Холитилин® является препаратом выбора в терапии когнитивных расстройств⁴.

Препарат произведен из европейской субстанции (Германия). Действующее вещество включено

² McClave S.A., Taylor B.E., Martindale R.G., et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J. Parenter. Enteral. Nutr. 2016; 40 (2): 159–211.

³ Zusman O., Theilla M., Cohen J., et al. Resting energy expenditure, calorie and protein consumption in critically ill patients: a retrospective cohort study. Crit Care. 2016; 20 (1): 367.

⁴ Сосудистые когнитивные расстройства, включая постинсультные нарушения. Алгоритмы диагностики и лечения. Терапия. 2023; 9 (45): 228–260.



в 12 стандартов по лечению пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Форма выпуска: капсулы 400 мг № 14, 28, 56. Рекомендуемая схема приема Холитилина – по одной капсуле три раза в день. Длительность приема определяется индивидуально. Разнообразие форм выпуска способствует индивидуальному подбору фасовки с учетом длительности курса терапии⁵. Важно, что курс лечения этим препаратом доступнее по сравнению с аналогами. Незаменимым предшественником фосфатидилхолина (лецитина) – основного фосфолипида нейрональных мембран считается препарат Цересил® Канон (цитиколин). Его уникальность заключается в способности корректировать метаболические и белоксинтетические процессы как в сосудистой стенке, так и в клетках, прежде всего мембранах. Действующее вещество препарата цитиколин служит донатором холина при биосинтезе ацетилхолина, а также увеличивает синтез дофамина – нейромедиатора, вовлеченного в обеспечение двигательных и когнитивных процессов, что крайне важно в восстановительном периоде инсульта и при хронической ишемии мозга⁶. Следовательно, применение препарата Цересил Канон способствует усилению образования ацетилхолина и дофамина. При проведении патогенетической терапии у пациентов с инсультом важно также учитывать развивающуюся при ишемии глутаматную эксайтотоксичность. Цитиколин (Цересил® Канон) за счет блокады выброса глутамата и ингибирования глутамат-индуцируемого апоптоза препятствует развитию эксайтотоксичности, а также снижает кон-

центрацию глутамата в синапсах при острой ишемии.

В рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) показано значимое улучшение функционального восстановления пациентов на фоне применения цитиколина к третьему месяцу после перенесенного ишемического инсульта⁴.

В ряде исследований продемонстрирована эффективность препарата Цересил® Канон у пациентов с хронической ишемией головного мозга, когнитивными расстройствами, инсультом.

В собственном исследовании докладчика изучалась эффективность медикаментозной реабилитации цитиколином у постинсультных пациентов⁷. Пациенты были разделены на равнозначные группы: группа терапии цитиколином (n = 525) и группа пациентов, не получавших данный препарат (n = 525). Цитиколин назначался в течение первых двух месяцев, пятого-шестого и 10–11-го месяцев инсульта по схеме: внутривенно по 1000–2000 мг № 10, затем перорально по 1000 мг один раз в день в течение двух месяцев.

Согласно результатам исследования, в группе терапии цитиколином высокий уровень адаптации отмечался у 81,5% пациентов по сравнению с 64,3% пациентов, не получавших цитиколин. Цитиколин благоприятно воздействовал на восстановление сексуальной активности (55,4 против 29,3%) и способность вождения автомобиля (21,1 против 10,7%). На фоне терапии цитиколином у пациентов значимо снижалась распространенность синдрома неглекта и Push-синдрома по сравнению с пациентами, не получавшими данный препарат

(32,1 и 25,2% против 58,4 и 45,4% соответственно).

В исследовании А.Н. Боголеповой и соавт. (2020) показано, что Цересил® Канон оказывает выраженное подавляющее влияние на постинсультную когнитивную недостаточность. На фоне терапии препаратом Цересил® Канон (цитиколин) улучшение когнитивных функций наблюдалось у 84,8% пациентов, полное восстановление когнитивных функций – у 39,4%⁸.

Показаниями к применению препарата Цересил® Канон (цитиколин) являются острый период ишемического инсульта (в составе комплексной терапии), восстановительный период ишемического и геморрагического инсультов, черепно-мозговая травма (ЧМТ) – острый и восстановительный период, когнитивные и поведенческие нарушения при дегенеративных и сосудистых заболеваниях головного мозга.

Препарат Цересил® Канон, содержащий японскую субстанцию, выпускается в ампулах для парентерального применения и в виде раствора для перорального приема, что дает возможность проводить ступенчатую терапию. Цересил® Канон назначают по одной ампуле (1000 мг) каждые 12 часов внутривенно капельно или внутримышечно с первых суток развития ишемического инсульта или ЧМТ, с пятого дня применяют препарат в форме раствора для приема внутрь по 500–2000 мг один-два раза в день. Курс лечения – не менее шести недель.

Чтобы повысить эффективность медикаментозной терапии у пациентов с нарушением мозгового кровообращения и одновременно снизить риск полипрагмазии, можно использовать препараты,

⁵ Инструкция по применению лекарственного препарата Холитилин капсулы. ЛРС-004850/10 от 28.05.2010. Дата переформулирования 29.11.2023.

⁶ Secades JJ. Citicoline: pharmacological and clinical review, 2010 update. Rev. Neurol. 2011; 52 Suppl 2: S1–S62.

⁷ Ковальчук В.В. Организация и проведение восстановительного лечения пациентов с инсультами. Методические рекомендации. М.: Конти-Принт, 2012.

⁸ Боголепова А.Н., Бурд С.Г., Лебедева А.В., Коваленко Е.А. Опыт применения цитиколина у пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020; 12 (4): 43–48.



XX Междисциплинарная конференция с международным участием
«Вейновские чтения»

сочетающие в себе несколько активных компонентов. Например, препарат Мексигон® (этилметилгидроксипиридина сукцинат + пиридоксин). Уникальное сочетание компонентов в одном препарате и синергизм их действия

позволяют активировать обменные процессы, особенно при гипоксии, улучшить метаболизм и кровоснабжение тканей головного мозга, снизить агрегацию тромбоцитов, улучшить микроциркуляцию, а также потенци-

ровать анксиолитическое действие⁹. «С этой точки зрения мы активно используем Мексигон® на первом и последующих этапах реабилитации», – констатировал профессор В.В. Ковальчук в заключение.

Рациональная фармакотерапия постинсультных когнитивных нарушений

По данным мировой статистики, представленным профессором кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, руководителем отдела когнитивных нарушений Федерального центра мозга и нейротехнологий, д.м.н. Анной Николаевной БОГОЛЕПОВОЙ, инсульт считается второй по значимости причиной смертности и третьей по значимости причиной инвалидизации¹⁰.

Ежегодно в мире случается свыше 12 млн инсультов, по статистике – у каждого четвертого жителя планеты. Важно, что 63% инсультов возникают у пациентов в возрасте до 70 лет. По оценкам, 101 млн человек страдают от последствий инсульта, и за последние 30 лет этот показатель удвоился¹⁰. До 80% выживших после инсульта имеют двигательные расстройства, до 70% – когнитивные нарушения (КН).

Различают ранние и поздние постинсультные КН (ПИКН). Ранние ПИКН выявляются в первые три месяца после инсульта, поздние ПИКН – в более поздние сроки, но не позднее года после инсульта¹¹.

ПИКН могут проявляться в виде фокальных (многофункцио-

нальных) нарушений, связанных с очаговым поражением мозга и захватывающих только одну когнитивную функцию (афазия, амнезия, апраксия, агнозия), нередко в виде постинсультного умеренного когнитивного расстройства или постинсультной деменции (множественные КН, вызывающие нарушение социальной адаптации). Постинсультная деменция развивается у трети больных и увеличивает риск развития повторного инсульта, затрудняет восстановление повседневной активности, снижает приверженность терапии и приводит к социальной дезадаптации.

Постинсультные КН влекут за собой значительное снижение качества жизни больных и их близких, снижение приверженности проводимой терапии и профилактическим мероприятиям, затруднение реабилитационного процесса, повышение риска соматических осложнений, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний.

Важно помнить, что КН отличаются от других последствий инсульта неуклонным прогрессированием и служат независимым фактором риска развития повторного инсульта. Поэтому ключевое значение в подходах к терапии ПИКН имеет предупреждение дальнейшего повреждения мозга. Для этого применяется комплекс мер, включающий в себя адек-



Д.м.н., профессор
А.Н. Боголепова

ватную коррекцию сосудистых факторов риска, в частности артериальной гипертензии с помощью гипотензивных средств и антиагрегантов (антикоагулянтов). При выраженном когнитивном дефиците назначается противодементная терапия (ингибиторы холинэстеразы, мемантин). Особое значение придается медикаментозной и немедикаментозной реабилитации, направленной на восстановление двигательных, сенсорных и речевых функций после инсульта.

С учетом выраженности и высокого риска прогрессирования ПИКН целесообразным представляется использование препаратов с нейропротекторным действием. Одним из таких препаратов является цитиколин (Цересил® Канон), включенный в клинические рекомендации Минздрава России по лечению ишемического инсульта, транзиторной ишемической атаки (ТИА) у пациентов любых возрастных групп с целью улуч-

⁹ Громова О.А., Калачева А.Г., Торшин И.Ю. и др. Тройственный синергизм этилметилгидроксипиридина сукцината, магния и витамина В₆: молекулярные механизмы. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017; 9 (1): 42–49.

¹⁰ Feigin V.L., Brainin M., Norrving B., et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int. J. Stroke. 2022; 17 (1): 18–29.

¹¹ Левин О.Г. Современные подходы к диагностике и лечению постинсультных когнитивных нарушений. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2014; 1: 40–46.



шения функционального исхода к третьему месяцу инсульта. Эффективность цитиколина отмечалась при длительности терапии шесть недель. Однако предполагается, что более продолжительная терапия эффективнее¹².

Эффективность цитиколина (Цересил® Канон) в отношении КН обусловлена способностью стимулировать биосинтез фосфолипидов мембран нейронов, нормализовать энергетические процессы в митохондриях, улучшать холинергическую нейротрансмиссию. Препарат препятствует развитию глутаматергической эксайтотоксичности, блокируя вызванный ишемией выброс глутамата, увеличивает обратный захват глутамата, снижая его синаптическую концентрацию при острой ишемии. В фазе восстановления цитиколин увеличивает концентрацию глутамата, способствуя улучшению когнитивных функций. В отдельных РКИ сообщается о значимом улучшении функционального восстановления у пациентов, получавших цитиколин, к третьему месяцу ишемического инсульта⁴.

В исследовании М.В. Путилиной (2011) цитиколин применяли в течение 24 часов от момента появления симптомов инсульта с последующим непрерывным приемом на протяжении шести месяцев¹³. Исследование продемонстрировало безопасность и эффективность препарата в профилактике КН после инсульта по сравнению с плацебо при курсовом применении. Эффект сохранился и по окончании терапии.

В проведенном профессором А.Н. Боголеповой совместно с коллегами наблюдательном ис-

следовании оценивали эффективность и безопасность препарата Цересил® Канон у пациентов с постинсультными КН. Пациенты в течение трех месяцев получали питьевой раствор препарата Цересил® Канон в дозе 1000 мг/сут⁸. Результаты исследования продемонстрировали эффективность питьевого раствора препарата Цересил® Канон в терапии пациентов с постинсультными КН. После терапии препаратом Цересил® Канон улучшение когнитивных функций было зарегистрировано у 84,8% больных. При этом отрицательной динамики по Монреальской шкале когнитивных функций (MoCA) не выявлено. Полное восстановление когнитивных функций зарегистрировано у 39,4% пациентов. Количество больных с дементными расстройствами снизилось на 43% – до четырех человек. На фоне приема препарата Цересил® Канон увеличение баллов по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) зарегистрировано у 87,9% пациентов, у 12,1% больных когнитивные функции сохранились на прежнем уровне, без отрицательной динамики.

По результатам оценочных шкал (HADS), после курса терапии препаратом Цересил® Канон количество пациентов с тревогой и депрессией уменьшилось до 8 (24, 3%) и 6 (18,2%) соответственно. В целом отмечалась достоверная положительная динамика показателей по шкале HADS. На момент завершения исследования (через три месяца) 82% больных эффект от приема препарата Цересил® Канон назвали положительным. На фоне терапии Цересил® Канон наблюда-

лась выраженная положительная динамика показателя субъективной оценки пациентов общего самочувствия ($p < 0,001$).

Таким образом, Цересил® Канон, выпускаемый в виде раствора для приема внутрь, обладает хорошей переносимостью, оказывает положительное влияние на когнитивные функции и эмоциональные нарушения у постинсультных пациентов.

Наличие трех форм выпуска препарата Цересил® Канон способствует проведению ступенчатой терапии.

Усиленным ноотропом по праву считается препарат Винпотропил®, в состав которого входит уникальная комбинация винпоцетина и пирацетама, разработанная фармкомпанией «Канонфарма продакшн» совместно с Сеченовским университетом под руководством академика Н.Н. Яхно. Эффективность, безопасность и переносимость Винпотропила подтверждены клинически¹⁴. Широкая линейка форм выпуска препарата Винпотропил® обеспечивает индивидуальный подбор терапевтической дозы и длительности курсовой терапии^{15,16}.

Применение препарата Винпотропил® достоверно улучшает и восстанавливает когнитивные функции. Эффект синергизма действий комбинации винпоцетина и пирацетама позволяет влиять на кальциевые сигнальные пути и регулировать дофаминергический синапсис, что крайне важно при когнитивных расстройствах. Это дает возможность достаточно широко его использовать в лечении когнитивных нарушений, в том числе после инсульта.

¹² Инструкция по медицинскому применению препарата Цересил Канон раствор для внутривенного и внутримышечного введения ЛП-004473 от 25.09.2017.

¹³ Путилина М.В. Цитиколин в коррекции сосудистых когнитивных нарушений и профилактике сосудистой деменции после инсульта. Лечащий врач. 2011; 11.

¹⁴ Яхно Н.Н., Захаров В.В. Применение Винпотропила при дисциркуляторной энцефалопатии с недементными когнитивными нарушениями. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010; 11: 13–16.

¹⁵ Инструкция по медицинскому применению препарата Винпотропил капсулы. Р № 002632/01 от 15.05.2009. Дата переоформления 20.02.2018.

¹⁶ Инструкция по медицинскому применению препарата Винпотропил таблетки, покрытые оболочкой. ЛП-001935 от 15.05.2009. Дата переоформления 11.03.2023.



Причины и следствия постинсультной депрессии. Возможности терапии антидепрессантами

По словам профессора кафедры нервных болезней, руководителя отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.И. Сеченова, д.м.н. Гюзяли Рафкатовны ТАБЕЕВОЙ, проблема постинсультной депрессии (ПИД), несмотря на наличие четкого определения и критериев, по-прежнему остается дискуссионной. Весомый вклад в развитие ПИД вносит сложно диагностируемая прединсультная депрессия.

По оценкам, частота ПИД у постинсультных больных составляет порядка 33%, между тем в 50–80% случаев ПИД остается недиагностированной. Стойкая депрессия не только увеличивает заболеваемость, но также вызывает нарушение социального функционирования и увеличивает риск самоубийств. Это состояние способно отрицательно влиять на когнитивную функцию, функциональное восстановление и выживание пациентов в постинсультном периоде¹⁷.

В исследовании Y. Yang и соавт. (2016) с пятилетним наблюдением (n = 2324) оценивали факторы дезадаптации после перенесенного ишемического инсульта. Установлено, что наибольший относительный риск (ОР) демонстрируют повторный инсульт (ОР 4,1), КН (ОР 2,7) и депрессия (ОР 1,8). Именно эти три фактора вносят наибольший вклад в дезадаптацию пациентов после инсульта¹⁸.

С одной стороны, депрессия – независимый фактор риска развития инсульта, с другой – фактор риска

формирования заболеваний, повышающих риск развития инсульта. Так, депрессия в 2 раза и более увеличивает заболеваемость артериальной гипертензией, сахарным диабетом, ТИА, фибрилляцией предсердий.

Временные характеристики возникновения постинсультной депрессии у пациентов различны. У определенного процента больных ПИД может манифестировать в первые три дня после перенесенного инсульта. Однако в 46% случаев депрессия развивается в первые два месяца после инсульта, а в 12% случаев – через год. Длительность депрессии в среднем составляет 12–18 месяцев. В исследовании С. Kang и соавт. (2021) показано, что большая часть выборки (67%) имеют траекторию устойчивой депрессии, которая характеризуется низким уровнем депрессивных симптомов¹⁹.

Большая и малая ПИД имеют разные исходы: у большинства пациентов с большой депрессией ее проявления в течение года улучшаются, а у пациентов с малой депрессией в большинстве случаев отмечается персистирование симптомов при двухлетнем наблюдении²⁰.

В клинической картине ПИД по сравнению с депрессией в популяции наблюдаются меньшая тяжесть и распространенность ангедонии, более слабая связь тревоги с депрессией, меньшая представленность нарушений аппетита. Для клинической картины постинсультной депрессии характерны психомоторная заторможенность и аффективная лабильность.



Д.м.н., профессор
Г.Р. Табеева

Прединсультная депрессия может быть важным фактором ПИД, однако ее эпидемиология плохо изучена. Согласно систематическому обзору и метаанализу междисциплинарных баз данных с момента их создания и до июля 2017 г., общая распространенность депрессии перед инсультом составила 11,6%. Распространенность прединсультной депрессии варьировалась в зависимости от метода оценки, при этом клиническое интервью предполагает более высокую распространенность прединсультной депрессии (17%)²¹.

В исследовании с 25-летним периодом наблюдения совокупная доля тех, кто когда-либо вспоминал, что у них была депрессия на протяжении всей жизни, составила 13,6%. К концу исследования на последнем интервью только 4,5% респондентов вспомнили о депрессии, случившейся когда-либо в жизни. Таким образом, люди склонны забывать предшествующие эпизоды депрессии.

У людей, страдающих депрессией, меньше шансов дожить до старости. В результате меньшая доля пожилых людей страдает депрессией. Одна из трех женщин и один из пяти мужчин имеют депрессию к 65-летнему возрасту.

¹⁷ Liu L., Xu M., Marshall I.J., et al. Prevalence and natural history of depression after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Med.* 2023; 20 (3): e1004200.

¹⁸ Yang Y., Shi Y.-Z., Zhang N., et al. The disability rate of 5-year post-stroke and its correlation factors: a national survey in China. *PLoS One.* 2016; 11 (11): e0165341.

¹⁹ Kang C., You Y., Park J.S., et al. Utilization of biomarkers for the prognostic prediction of cardiac arrest survivors using a multi-modal approach. *World J. Emerg. Med.* 2024; 15 (2): 131–134.

²⁰ Robinson R.G., Bolduc P.L., Price T.R. Two-year longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two years. *Stroke.* 1987; 18 (5): 837–843.

²¹ Taylor-Rowan M., Momoh O., Ayerbe L., et al. Prevalence of pre-stroke depression and its association with post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2019; 49 (4): 685–696.



У пациентов с постинсультной депрессией смертность в течение года после инсульта на 50% выше, чем у пациентов без депрессии. Постинсультная депрессия считается важным предиктором плохого восстановления повседневной активности и снижения качества жизни. Показано, что десятилетняя выживаемость пациентов без депрессии выше по сравнению с пациентами с постинсультной депрессией – 59% выживших против 30% выживших²².

Важно, что постинсультная депрессия является фактором риска развития повторного инсульта. Число повторных инсультов у пациентов с ПИД на 56% выше, чем у пациентов без депрессии.

Постинсультной депрессии зачастую сопутствуют когнитивные дефекты и функциональные нарушения. Оценка психического статуса (MMSE) больных после инсульта показала наличие когнитивного дефекта у 49% пациентов с малой ПИД и у 59% пациентов с большой ПИД. Существует прямая связь между нарушением физического функционирования и тяжестью постинсультного депрессивного синдрома. Не случайно в исследованиях продемонстрировано благоприятное влияние достижения ремиссии ПИД на показатели повседневного функционирования при лечении антидепрессантами.

В лечении и профилактике ПИД наиболее патогенетически оправданным является назначение антидепрессантов, что доказано во многих плацебо-контролируемых исследованиях²³. Сообщается также, что многим больным, перенесшим инсульт, не рекомендуется назначать

трициклические антидепрессанты из-за их потенциальных побочных эффектов. Поэтому при ПИД чаще используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Среди СИОЗС наилучшей переносимостью характеризуются сертралин и эсциталопрам.

Сертралин Канон (сертралин) – антидепрессант селективного действия с выраженным противотревожным эффектом. Показаниями к применению Сертралина Канон являются большие депрессивные эпизоды, обсессивно-компульсивные расстройства у взрослых и детей в возрасте шести лет и старше, панические расстройства (с агорафобией и без), посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), социальная фобия. Препарат Сертралин Канон включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Сертралин Канон (сертралин) – мощный специфический ингибитор обратного захвата серотонина. В ингибировании обратного захвата серотонина (5HT) сертралин в 100–200 раз превосходит амитриптилин, в 9 раз – флувоксамин, в 5 раз – флуоксетин, в 2 раза – кломипрамин. Сертралин селективно угнетает обратный захват серотонина пресинаптической мембраной нейронов головного мозга и тромбоцитами.

Хорошая переносимость препарата Сертралин Канон обусловлена незначительным влиянием на обратный захват норадреналина и дофамина, он не обладает средством к мускариновым (холинергическим), гистаминовым, гамма-аминомасляным, бензодиазепиновым и адренергическим рецепторам.

В РКИ сертралин продемонстрировал наибольшую эффективность, переносимость и наименьшую частоту случаев досрочного прекращения терапии. В настоящее время он включен в 23 стандарта по лечению больных психоневрологического профиля²⁴.

Препарат Эсциталопрам Канон (эсциталопрам) – антидепрессант выбора в терапии тревожно-аффективных расстройств. Это наиболее эффективный антидепрессант для предупреждения постинсультной депрессии и восстановления когнитивных функций^{25–27}.

Эффективность эсциталопрама в профилактике постинсультной депрессии изучали К. Mikami и соавт. (2011)²⁸. Согласно полученным данным, у пациентов, принимавших эсциталопрам, улучшались показатели нейропсихологических тестов (отсроченная память, непосредственное запоминание).

В исследовании R.E. Jorge и соавт. (2010)²⁹ отмечалось положительное влияние эсциталопрама на когнитивные функции постинсультных больных, обусловленное усилением выработки нейротрофических факторов, пролиферацией нервной и глиальной тканей, увеличением аксонального спрутинга, формированием новых синапсов.

Эсциталопрам Канон показан к применению при депрессивных расстройствах, паническом расстройстве с агорафобией и без нее, обсессивно-компульсивных расстройствах. Наличие трех форм выпуска препарата Эсциталопрам Канон обеспечивает индивидуальный подбор терапевтической дозы. *

²² Morris P.L., Robinson R.G., Andrzejewski P, et al. Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am. J. Psychiatry.* 1993; 150 (1): 124–129.

²³ Mortensen J.K., Andersen G. Pharmacological management of post-stroke depression: an update of the evidence and clinical guidance. *Expert Opin. Pharmacother.* 2021; 22 (9): 1157–1166.

²⁴ Филагова Е.Г. Постинсультная депрессия. *Медицинский совет.* 2017; 1S: 47–51.

²⁵ Инструкция по медицинскому применению препарата Эсциталопрам Канон капсулы, ЛП-003471 от 26.02.2016. Дата переоформления 02.03.2021.

²⁶ Громова Л.А., Чайка Л.А., Гомон О.Н., Меркулова Ю.В. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: современное положение в терапии депрессий. *Рациональная фармакотерапия.* 2008; 3 (8).

²⁷ Костюченко С.И. Применение эсциталопрама у больных после ишемического инсульта. *Практикующему неврологу.* 2012; 7 (53): 95–97.

²⁸ Mikami K., Jorge R.E., Moser D.J., et al. Increased frequency of first episode poststroke depression following discontinuation of escitalopram. *Stroke.* 2011; 42 (11): 3281–3283.

²⁹ Jorge R.E., Acion L., Moser D., et al. Escitalopram and enhancement of cognitive recovery following stroke. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2010; 67 (2): 187–196.

ХОЛИТИЛИН®

холина альфосцерат



МЫСЛИТЬ ЯСНО

Препарат выбора
для лечения сосудистых
когнитивных расстройств
различного генеза¹

Старческая псевдо-

МЕ Л А Н Х О Л И Я

Эмоциональная

Л А Б И Л Ь Н О С Т Ь

К О Г Н И Т И В Н Ы Е

Повышенная

Р А З Д Р А Ж И Т Е Л Ь Н О С Т Ь

Мультиинфарктная

Д Е М Е Н Ц И Я ²

1. Сосудистые когнитивные расстройства, включая постинсультные нарушения. Алгоритмы диагностики и лечения. Терапия. 2023; 9(4S): 228–260. Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.4suppl.228-260>

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Холитилин® капсулы, ЛСР-004850/10 от 23.06.2010 г.



КАНОНФАРМА
ПРОДАКШН

www.canonpharma.ru

Доступен в аптеках города и на интернет-площадках:

[здравсити♥ру](#) [apteka.ru](#) [Ютека](#) [ЕАПТЕКА](#)

141100, г.о. Щёлково, г. Щёлково, ул. Заречная, д. 105 Тел.: +7 (495) 797-99-54, +7 (495) 797-96-63

Реклама



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ