

## ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ ЗАХОДІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ПОСТІНСУЛЬТНУ ДЕПРЕСІЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Наведено дані щодо ефективності впровадження розробленої системи заходів спеціалізованої психіатричної допомоги пацієнтам із постінсультною депресією. Зроблено висновок про більш високу ефективність запропонованих заходів, спрямованих на нівелювання клінічних проявів та відновлення соціального функціонування пацієнтів, порівняно зі стандартною терапією.**

*Ключові слова:* постінсультна депресія, спеціалізована психіатрична допомога, ефективність.

Необхідність своєчасного лікування депресії у хворих, які перенесли інсульт, пояснюється тим, що у пацієнтів із постінсультною депресією (ПІД) протягом 10 років після гострих порушень мозкового кровообігу спостерігається вища смертність порівняно з пацієнтами без депресії [1–4]; такі хворі частіше лікуються в стаціонарах і мають низький рівень життєвої активності. Таким чином, адекватне лікування депресії у пацієнтів, які перенесли інсульт, є одним із важливих заходів у системі постінсультної реабілітації, що значною мірою визначає прогноз хвороби, темп та обсяг відновлення втрачених функцій, виживання, якість життя (ЯЖ).

Основними методами корекції ПІД [5–8] є ранній початок реабілітації — кінезотерапія, психолого-корекційні та логопедичні заняття, психотерапія, оптимізація психологічного клімату в сім'ї та обов'язкове медикаментозне лікування — прийом антидепресантів.

На основі дослідження на базі відділення судинної патології Вінницької обласної психіатричної лікарні ім. акад. О. І. Ющенка протягом 2007–2010 рр. нами за допомогою клінічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та соціально-демографічного методів було обстежено 110 хворих, які перенесли ішемічний інсульт (ІІ) (давністю від 9 до 18 міс), в яких було діагностовано ПІД, нами розроблено систему заходів спеціалізованої психіатричної допомоги цьому контингенту пацієнтів, результати вивчення ефективності впровадження якої представлені в цій роботі.

Ефективність системи заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПІД здійснювалася за допомогою шкал Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії та оцінки тривоги [9], методики оцінки ЯЖ — SF-36 [10].

Отримані у процесі дослідження дані щодо впровадження системи заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПІД вивчалися із відокремленням провідних факторів (показників)

дезадаптації у соціальному функціонуванні та зниженні ЯЖ. Відокремлені фактори (показники) оцінювалися у кількісному та якісному вимірі (баловий та відсотковий коефіцієнт).

Згідно з дизайном дослідження, виходячи із його мети та завдань, із загальної сукупності обстежених пацієнтів, які страждали на ПІД ( $n = 110$ ), було сформовано групу оцінки ефективності (ГОЕ,  $n = 70$ ) та контрольну групу (КГ,  $n = 40$ ) (рис. 1).

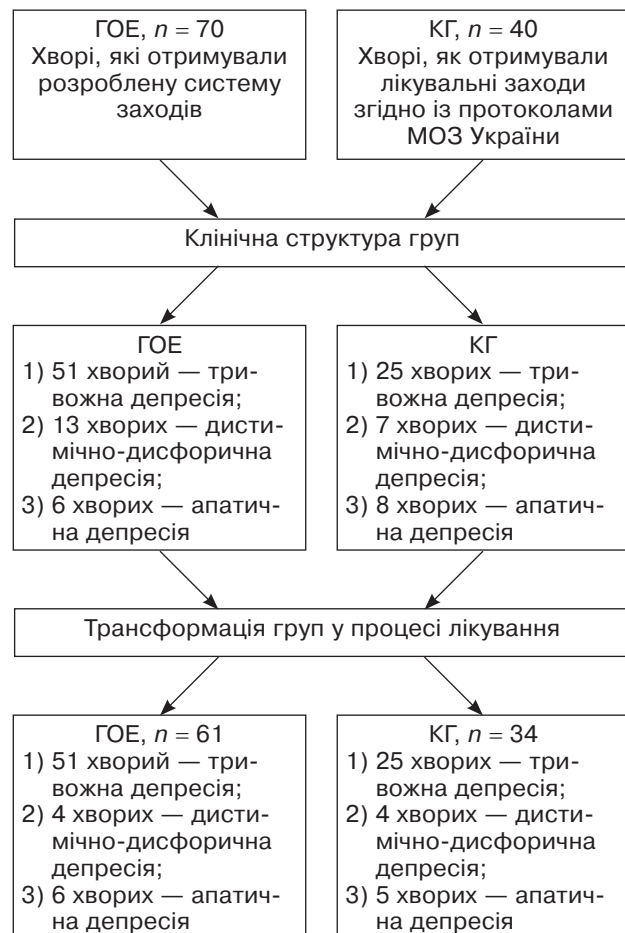


Рис. 1. Розподіл хворих за складом у лікувально-реабілітаційних групах

У процесі лікування внаслідок прояву особистісних рис характеру, а також об'єктивних причин, які не залежать від лікування (зміна місця проживання, закладу лікування), із групи ГОЕ вибуло 9 пацієнтів, із КГ — 6 хворих. Періодом оцінювання було обрано 6 та 12 міс (тимчасовий — з метою корекції заходів — 3 міс) від початку лікування ПД. Ці періоди обрано виходячи із того, що через 3 міс можливо фіксувати лише первинні нестабільні зміни, які можуть швидко руйнуватися, і найбільш доцільно проводити корекцію лікувального процесу. У свою чергу, у періодах 6 та 12 міс можливо фіксувати «стабільно закріплені» клінічні зміни та зміни у соціальному функціонуванні.

Першим кроком оцінки ефективності запропонованої системи заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПД стало оцінювання вираженості депресії за допомогою шкали Гамільтона HDRS (рис. 2).

У хворих ГОЕ показник рівня депресії за тяжкістю депресивного синдрому за об'єктивним критерієм оцінки виявився значно нижчим як у баловому, так й у відсотковому еквіваленті порівняно із пацієнтами КГ. Так, відсутність депресії у пацієнтів ГОЕ становила 70,5%, а у хворих КГ — 35,3% ( $p < 0,05$ ). Вираженість депресивних проявів на рівні малого депресивного епізоду відповідно 16,4% та 32,4% ( $p < 0,05$ ); середній бал за шкалою HDRS при малому депресивному епізоді 10 та 15 балів ( $p < 0,05$ ). Депресія на рівні важкого депресивного епізоду у пацієнтів ГОЕ була у 13,1%, у хворих КГ — у 32,4% ( $p < 0,05$ );

Структура, %

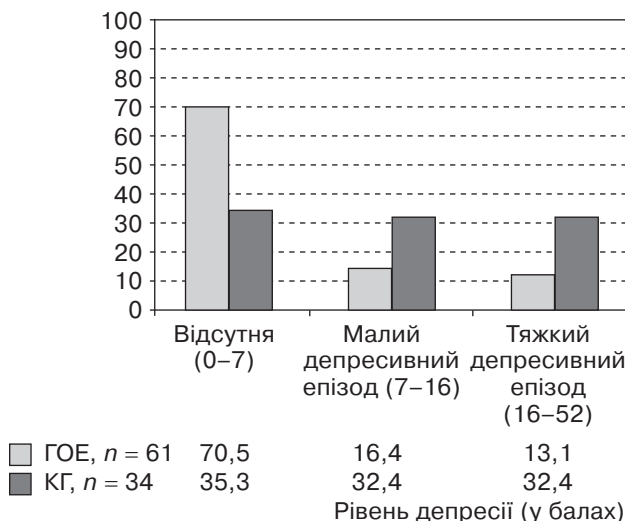


Рис. 2. Розподіл хворих ГОЕ та КГ за рівнем депресії (шкала HDRS) через 6 міс від початку лікування

Примітка. Достовірність розбіжностей показників у групах  $p \leq 0,05$ .

середній бал за шкалою HDRS при тяжкому депресивному епізоді становив у пацієнтів ГОЕ 18 балів, у хворих КГ — 34 бала ( $p < 0,05$ ).

Другим кроком оцінки ефективності запропонованої системи заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПД стало оцінювання тривоги за допомогою шкали Гамільтона HARS (рис. 3).

У хворих ГОЕ показник рівня тривоги за вираженістю тривожної симптоматики був значно нижчим як у баловому, так й у відсотковому еквіваленті. Субклінічну тривогу у пацієнтів ГОЕ діагностовано у 63,9% осіб, у хворих КГ — у 14,7% ( $p < 0,05$ ). Тривожний стан, відповідно, виявлено у 21,3% та 50,0% ( $p < 0,05$ ), тривожний розлад — у 14,8% та 35,3% ( $p < 0,05$ ). Середній бал за шкалою HARS при діагностиці субклінічної тривоги склав у пацієнтів ГОЕ 4 бала, у хворих КГ — 7 балів ( $p < 0,05$ ), при тривожному стані, відповідно, — 10 та 18 балів ( $p < 0,05$ ), при тривожному розладі — 24 та 39 балів ( $p < 0,05$ ).

Аналізуючи отримані дані, можна стверджувати, що у хворих ГОЕ на відміну від пацієнтів КГ, у яких до проведення комплексу заходів діагностовано «приховування» симптомів тривоги, після лікування «приховування» симптомів не виявлено ( $p < 0,05$ ). Встановлено, що у пацієнтів ГОЕ нівелювання «психічних» та «соматичних» симптомів тривоги (тривожний настрій, напруга, страх, інсомнія) є «рівномірним». У хворих КГ це нівелювання було хаотичним та клінічно нестійким ( $p < 0,05$ ).

Структура, %

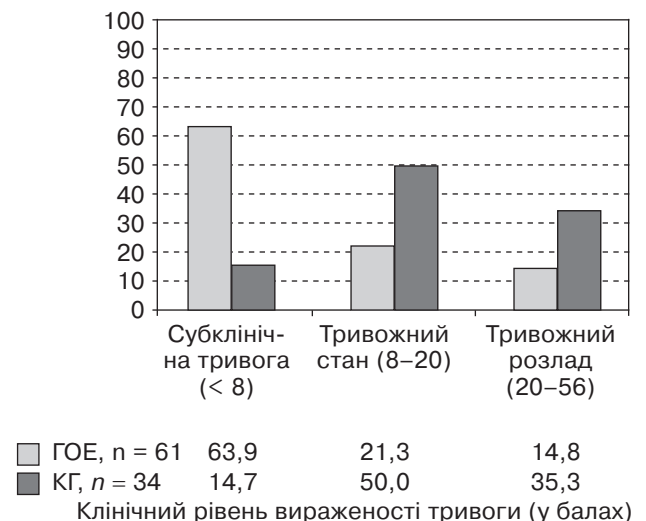


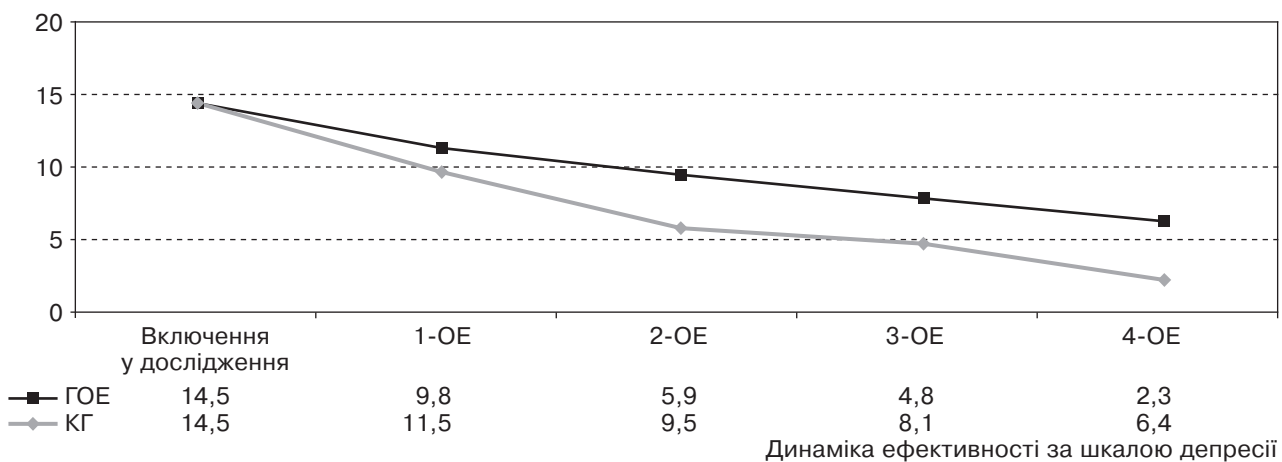
Рис. 3. Розподіл хворих ГОЕ та КГ за рівнем вираженості тривоги (шкала HARS) через 6 міс від початку лікування

Третім кроком аналізу ефективності системи заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПІД стало оцінювання динаміки середніх показників тривоги та депресії в обстежених (рис. 4).

При включенні у дослідження середнє значення за шкалою HDRS у обох групах становило  $14,5 \pm 0,3$  бала, за шкалою HADS —  $13,7 \pm 0,7$  бала. Через 3 міс було зафіксовано зниження середніх показників по шкалі HADS в обох групах. Упродовж лікування у динаміці це зниження істотно відрізнялося у пацієнтів ГОЕ та КГ, а саме: за шкалою депресії у пацієнтів ГОЕ — з 9,8 до 5,9 бала, у хворих КГ — з 11,5 до 9,5 бала ( $p < 0,001$ ), за шкалою тривоги у пацієнтів ГОЕ — з 7,5 до 4,1 бала, у хворих КГ — з 12,5 до 9,0 бала ( $p < 0,01$ ). Через 6 міс від початку лікування зафіксовано статистично значуще зниження показників як за шкалою HDRS, так і за HADS ( $p < 0,001$ ).

В цілому встановлено, що на завершальному етапі оцінки ефективності у пацієнтів ГОЕ спостерігалось нівелювання таких симптомів: пригнічений настрій, почуття втоми, провини, безперспективності, дратівливості, безсоння, ангедонія, психомоторна загальмованість, тривожне порушення, метушливість, іпохондричні прояви. У пацієнтів КГ клінічне нівелювання цих синдромів було неповним та здійснювалось більш повільно. Можна зазначити, що, якщо до лікування у хворих ГОЕ та КГ переважали депресивні прояви у вигляді почуття провини, самозвинувачення, суїцидальних висловлювань, безсоння (неможливість заснути уночі, неспокійний сон упродовж ночі, ранкове пробудження), втрати інтересу до діяльності, апатії, загальмованості, то наприкінці терапії у пацієнтів ГОЕ, порівняно із хворими КГ, ступінь тяжкості симптомів знизився або ці симптоми не діагностувалися ( $p < 0,05$ ).

Ефективність, бали



Ефективність, бали

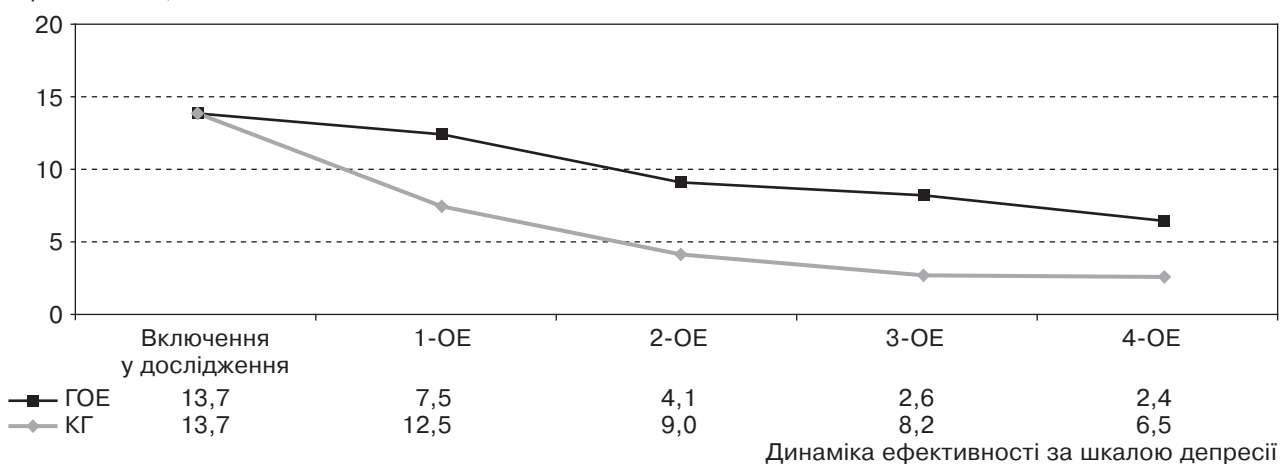


Рис. 4. Динаміка середніх показників за госпітальними шкалами HDRS та HARS у процесі терапії

Примітка. Достовірність розбіжностей показників у групах  $p \leq 0,001$ ; ОЕ — етап оцінювання ефективності.

У 65,0% пацієнтів ГОЕ позитивна динаміка була відзначена у повсякденній життєвій активності. Так, при аналізі їхніх скарг встановлено, що через 3 міс від початку лікування статистично значуще зменшилися запаморочення й головний біль ( $p < 0,01$ ), загальна слабкість ( $p < 0,05$ ), через 6 міс зберігалася тенденція до зменшення числа скарг на тривожність ( $p < 0,05$ ), запаморочення ( $p < 0,01$ ), загальмованість рухів та мислення ( $p < 0,05$ ), а наприкінці терапії значуще зменшилися запаморочення ( $p < 0,05$ ), загальна слабкість ( $p < 0,01$ ), дратівливість ( $p < 0,05$ ), тривожність ( $p < 0,05$ ), знижений настрій ( $p < 0,05$ ), загальмованість мислення та рухів ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів КГ позитивна динаміка у повсякденній життєвій активності фіксувалася лише у 34,0% осіб, а динаміка нівелювання клінічної картини була повільною та неповною.

Четвертим кроком аналізу ефективності системи заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПІД було оцінювання зміни показників соціального функціонування (оцінка ЯЖ за шкалою SF-36).

Розподіл хворих за психологічними аспектами соціального функціонування відображено у таблиці, з даних якої видно, що показник фізичного функціонування, який відображає рівень, в якому фізичний стан організму обмежує виконання фізичних навантажень у обстежених пацієнтів, становив: ГОЕ — 87,7 бала, КГ — 63,4 бала. Показник рольового функціонування, що обумовлюється фізичним станом і відображає його вплив на повсякденну рольову діяльність, у обстежених пацієнтів становив: ГОЕ — 86,2 бала, КГ — 57,6 бала.

#### Розподіл пацієнтів ГОЕ та КГ за параметрами соціального функціонування (шкала SF-36)

Показник	Середній бал	
	ГОЕ	КГ
Фізичний компонент здоров'я		
Фізичне функціонування (PF)	87,7	63,4
Рольове функціонування (RP)	86,2	57,6
Біль (P)	81,5	48,9
Загальне здоров'я (GH)	89,6	56,4
Фізичний компонент ЯЖ	86,2	56,5
Психічний компонент здоров'я		
Життєздатність (VT)	70,3	55,7
Соціальне функціонування (SF)	72,0	44,4
Емоційне функціонування (RE)	73,3	53,5
Психічне здоров'я (MH)	70,8	59,0
Психічний компонент ЯЖ	71,6	53,1

Показник інтенсивності болю і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включно із хатньою роботою, в обстежених пацієнтів становив: ГОЕ — 81,5 бала, КГ — 48,9 бала.

Показник загального стану здоров'я, що відображає стан здоров'я на момент обстеження, у досліджених пацієнтів був, відповідно, 89,6 та 56,4 бала.

За середнім значенням показників фізичного компоненту здоров'я значно переважали пацієнти ГОЕ. Так, фізичний компонент ЯЖ, що включає показники фізичного функціонування, рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, інтенсивністю болю і загальним станом здоров'я, в обстежених пацієнтів становив, відповідно, 86,2 та 56,5 бала.

Дослідження психічного компоненту здоров'я виявило, що показник життєвої активності, який демонструє відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим, становив: ГОЕ — 70,3 бала, КГ — 55,7 бала.

Показник соціального функціонування, що визначає рівень, у якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність, у обстежених пацієнтів був, відповідно, 72,0 та 44,4 бала.

Показник рольового функціонування, обумовлений емоційним станом і ступенем, у якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, становив: ГОЕ — 73,3 бала, КГ — 53,5 бала.

Показник психічного здоров'я, що характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, позитивних емоцій, становив: ГОЕ — 70,8 бала, КГ — 59,0 бала.

Інтегральна характеристика «Психічний компонент ЯЖ», що включає показники життєвої активності, соціального функціонування, рольового функціонування, обумовленого емоційним станом, психічним здоров'ям, у обстежених пацієнтів становила, відповідно, 71,6 та 53,1 бала.

Таким чином, можна зазначити, що в обстежених пацієнтів ГОЕ показники соціального функціонування виявились відновленими у більш повному обсязі порівняно із пацієнтами КГ.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що розроблена система заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПІД довела свою ефективність порівняно зі стандартними регламентованими лікувальними заходами.

#### Література

1. Quantification of the risk of post stroke depression: the Italian multicenter observational study DESTRO / S. Paolucci, C. Gandolfo, L. Provinciali et al. (on

- behalf of DESTRO Study Group) // Acta Psychiatr. Scand.— 2005.— Vol. 112.— P. 272–278.
2. Вознесенская Т. Г. Депрессия в неврологической практике и ее лечение // Неврологич. журн.— 2006.— № 6.— С. 4–11.
  3. Савина М. А. Постинсультная депрессия // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2005.— № 7.— С. 67–76.
  4. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях.— М.: МИА, 2007.— 425 с.
  5. Психические нарушения у лиц с острыми расстройствами мозгового кровообращения / С. Е. Казакова, О. А. Топоркова; под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка.— Харьков, 1994.— Т. 1.— С. 38–39.
  6. Реабилитация в неврологии / Е. И. Гусев, А. Б. Гехт, В. Б. Гаптов, Е. В. Тихопой.— М., 2000.— 52 с.
  7. Психотерапия в общесоматической медицине: клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев; под общ. ред. Б. В. Михайлова.— Харьков: Прапор, 2002.— 128 с.
  8. Дамулин И. В. Принципы реабилитации пациентов, перенесших инсульт // Справочник практического врача.— 2003.— № 2.— С. 21–24.
  9. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.
  10. Ware J., Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International anality of Life Assessment (JQOLA) // Projekt J. Clin. Epidemiology.— 1998.— Vol. 11.— P. 903–912.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ МЕРОПРИЯТИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

М. И. ДЕМЧЕНКО

**Приведены данные об эффективности внедрения разработанной системы мероприятий специализированной психиатрической помощи пациентам с постинсультной депрессией. Сделан вывод о более высокой эффективности предложенных мер, направленных на нивелирование клинических проявлений и восстановление социального функционирования пациентов, по сравнению со стандартной терапией.**

*Ключевые слова: постинсультная депрессия, специализированная психиатрическая помощь, эффективность.*

### THE EFFICACY OF THE SYSTEM OF MEASURES OF SPECIALIZED PSYCHIATRIC AID TO THE PATIENTS WITH POST-STROKE DEPRESSION

M. I. DEMCHENKO

**The data about the efficacy of the original system of measures of specialized psychiatric aid to the patients with post-stroke depression are reported. The author concludes about a higher efficacy of the suggested measures aimed at control of clinical manifestations and restoration of social functioning of the patients when compared with the traditional therapy.**

*Key words: post-stroke depression, specialized psychiatric aid, efficacy.*

Надійшла 05.10.2011