

4. Регулярно контролировать функцию почек, электролитный и углеводный обмен.

5. Необходим простой режим приема препаратов.

6. Индивидуальный подбор с учетом полиморбидности.

7. Целевой уровень АД у пожилых пациентов 140/90 мм рт.ст., однако в случаях длительно нелеченой, высокой ИСАГ достаточно снижение САД до 160 мм рт.ст. По мнению экспертов Национального комитета по выявлению, оценке и лечению гипертонии, САД в пожилом возрасте нужно снижать не менее чем на 10–15% и не более чем на 30% от исходного.

8. Необходимо следить и за уровнем ДАД, так как у лиц с ИСАГ снижение уровня ДАД менее 60 мм рт.ст. ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

9. Если АД обнаруживается в возрасте старше 80 лет, то вопрос о начале гипотензивной терапии решается индивидуально.

10. Учитывая снижение памяти и консерватизм мышления, схемы назначения антигипертензивных препаратов должны быть предельно просты, а число препаратов и кратность их приема сведены к минимуму. В частности, использовать антигипертензивные препараты длительного действия и доступные в настоящее время фиксированные комбинации препаратов [1–4].

Бұл мақала қарт жастағы адамдарда туындайтын артериалды қан қысымы мәселелеріне арналған. Қарт адамдардың ағзасында жүретін тамырлардағы, бүйректі, жүректі, мидағы құрылымды өзгерістер мен артериалды гипертония емінің негізгі қағидалары қарастырылады.

Present article is devoted a problem of an arterial hypertension at older persons. Questions of structural changes in vessels, kidneys, heart, a brain which occur in an organism of older persons and main principles of it arterial hypertension therapy are considered.

УДК 616.8-008.64-08

## ПРИМЕНЕНИЕ ФЛУВОКСАМИНА В ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Е.В. Есикова

*Больница скорой медицинской помощи, г. Семей*

В течение многих лет инсульт занимает лидирующие позиции среди причин заболеваемости, смертности и инвалидизации в мире. Депрессия является достаточно серьезным осложнением инсульта, связанным с эмоционально-волевой сферой, и играет огромную роль в течении и влиянии на прогноз цереброваскулярного заболевания. По данным разных авторов, частота развития постинсультной депрессии колеблется от 25 до 79%. Важно отметить, что ее развитие возможно как в ранние, так и в поздние сроки после инсульта, хотя максимальная частота депрессивных эпизодов регистрируется в восстановительном периоде инсульта. Длительность постинсультных депрессий варьирует в широких пределах от 2-3 месяцев до 1-2 лет.

Считается, что наиболее часто постинсультная депрессия развивается вследствие очагов поражения в левой лобной области или в прилежащих базальных ядрах, в других исследованиях показана роль подкорковых ганглиев правого полушария. В некоторых исследованиях обосновывается, что на развитие постинсультной депрессии влияют нарушения таламокортикальной и стриарной систем. В качестве одной из причин можно рассматривать и нарушение обмена нейромедиаторов, в частности серотонина и норадреналина, в базальных ганглиях и лобных долях.

В заключение хочется отметить, что ИСАГ у пожилых людей ведет к поражению многих органов-мишеней. Она не является лишь следствием старения организма, и ее лечение абсолютно необходимо. Задача врача – назначить эффективную терапию с учетом многих заболеваний, присущих пожилому возрасту, улучшить качество жизни пациентов, уменьшить или предотвратить поражение органов-мишеней, снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний и смерти.

### Литература:

1. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии. - <http://www.eshonline.org/> J Hypertens 2003; 21: 1011–53. Европейское общество по артериальной гипертонии Европейское общество кардиологов 2003.

2. Преображенский Д.В., Стеценко Т.М., Колпакова Е.В., Скавронская Т.В., Маренич А.В. Consilium medicum. Том 07/№ 12/2005. Артериальная гипертония у лиц пожилого возраста: распространенность, особенности патогенеза и лечения.

3. Жданова О.Н. Consilium medicum. том 8/№2 /2005. Изолированная систолическая артериальная гипертония у пожилых людей.

4. Голиков А.П. Consilium medicum. Артериальная гипертония. Том 10/№ 3/2004.

В развитии постинсультной депрессии огромное значение имеет психиатрический анамнез. Больные, имеющие в анамнезе указание на депрессивные эпизоды, достоверно чаще имеют депрессию после перенесенного инсульта. В группу риска развития постинсультной депрессии попадают и пациенты с нарушением речи, выраженным неврологическим дефицитом, индивидуальной предрасположенностью к депрессии. Отрицательную роль играют и неблагоприятные факторы, связанные с личной и социальной сферой жизни пациента: одиночество, развод, потеря работы, социальная изоляция и другие немедицинские факторы.

Главными диагностическими критериями депрессии, по определению DSM-IV, являются наличие 5 или более нижеследующих симптомов на протяжении последних 2 недель и более:

- \* депрессивное (пониженное) настроение большую часть дня;
- \* потеря интереса или удовольствия в жизни;
- \* потеря веса;
- \* бессонница или сонливость;
- \* психомоторное возбуждение или заторможенность;
- \* утомляемость;
- \* ощущение собственной "ничтожности" или чувство вины;
- \* ухудшение способности концентрировать свои мысли;

\* повторные мысли о смерти, суицидальные идеи (или попытки).

Часто постинсультная депрессия наблюдается не в чистом виде, а в составе комплексного психопатологического синдрома, который в целом можно охарактеризовать как астено-депрессивный синдром. Для больных с астено-депрессивным синдромом характерны снижение интереса к любому виду деятельности, включая реабилитационные мероприятия (занятия лечебной физкультурой, занятия с логопедом), потеря аппетита, нарушение сна, раздражительность, тревожность, снижение концентрации внимания, суицидальные мысли. Особенно выражены нарушения со стороны эмоционально-волевой сферы при локализации очага поражения в зрительном бугре.

Одним из основных принципов реабилитации больных после инсульта является активное участие самого пациента в реабилитационном процессе: в повторении в течение дня лечебно-гимнастических упражнений и упражнений по восстановлению речи, чтения и письма, в расширении навыков самообслуживания и т.д. Депрессия может усиливать когнитивные нарушения после перенесенного инсульта, включая проблемы с ориентацией в пространстве и времени, речью, зрительно-пространственными и моторными функциями.

Важными методами коррекции постинсультной депрессии являются:

•раннее начало реабилитационных мероприятий (кинезотерапия, физиотерапия, занятия по восстановлению речи);

•работа с родственниками больного по оптимизации психологического климата в семье;

•организация досуга, терапия занятостью;

•применение антидепрессантов;

•психотерапия.

Раннее назначение курсов кинезотерапии сопровождается расширением возможностей самообслуживания и самостоятельного передвижения, тогда как раннее начало занятий с логопедом увеличивает возможность коммуникации, что само по себе вселяет в больных надежду на выздоровление, повышает их активность и настроение. Как показала практика многих реабилитационных учреждений, сами по себе восстановительные мероприятия обладают мощным психотерапевтическим эффектом.

На сегодняшний день необходимость проведения специфической терапии при обнаружении депрессивных расстройств является доказанной. Несмотря на то, что трициклические антидепрессанты остаются эффективными препаратами при лечении тяжелых депрессий, применение их в неврологической практике ограничено из-за выраженного седативного и нейротоксического эффектов (сонливость, головокружение, атаксия и т.п.); эти препараты часто усиливают астению, а также противопоказаны при глаукоме и аденоме предстательной железы. Более того, при приеме трициклических антидепрессантов часто наблюдаются разнообразные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (артериальная гипотензия, тахикардия, отеки, нарушение сердечного ритма) и желудочно-кишечного тракта (запоры), аллергические реакции, а также увеличение веса тела, задержка мочи, изменение формулы крови. Учитывая преобладание среди постинсультных больных лиц пожилого возраста, страдающих соматическими заболеваниями (наиболее частыми из них являются ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия), аденомой предстательной железы, хронической сосудистой мозговой недостаточностью и др., применение трициклических ан-

тидепрессантов при постинсультной депрессии ограничено.

У данных лиц допустимо использование препаратов, обладающих минимальным холинолитическим и седативным действием. Для лиц пожилого возраста идеальный антидепрессант в дополнение к эффективности должен обладать минимальным числом побочных эффектов, безопасным профилем взаимодействия с другими медикаментозными средствами и алкоголем и приниматься 1-2 раза в день. Рекомендуется использовать ингибиторы обратного захвата серотонина ввиду меньшего числа побочных эффектов и высокой эффективности, не уступающей действию трициклических антидепрессантов. Ингибиторы обратного захвата серотонина имеют важное преимущество перед трициклическими антидепрессантами при лечении постинсультной депрессии, поскольку у них отсутствуют кардиотоксические побочные явления, гепатотоксичность, седативный эффект.

За период с января 2008 года по февраль 2010 года под наблюдением находились 27 больных в возрасте 52-68 лет с постинсультной депрессией различной степени выраженности, из них 22 больных перенесли ишемический инсульт в течение года, 5 – после внутримозгового кровоизлияния. Диагноз депрессии основывался на опросе больных, их родственников и медперсонала, наблюдении за больными. Определенные трудности представляла постановка диагноза депрессии при наличии выраженных речевых нарушений, что требовало более продолжительного периода наблюдения за больными и их эмоционально-волевыми и поведенческими реакциями.

При осмотре данных больных было выявлено обилие соматических и ипохондрических жалоб, однообразие и назойливость поведения - «жалующиеся», «ноющие» депрессии, сочетающиеся со вспышками тревожно-боязливого возбуждения. Результаты проведенного тестирования по опроснику тревоги Тейлора соответствовали высокому уровню тревожности у всех пациентов. Для уточнения степени выраженности психоневрологической симптоматики больным была предложена Госпитальная шкала тревоги и депрессии, средний суммарный показатель составил 20 баллов, что подтверждает наличие клинически выраженного тревожно-депрессивного состояния. Депрессия неблагоприятно отражалась на восстановлении функций у пациентов и их социальной адаптации.

Выбор антидепрессанта у данной группы пациентов определялся ведущими симптомами депрессии - наличие тревоги, беспокойства, раздражительности. В качестве базисного лечения был выбран антидепрессант из группы СИОЗС флувоксамин (Феварин®). Стартовая доза составила 25 мг утром во время еды, с постепенным увеличением дозы в течение 2-х недель до 100 мг в два приема. Положительная динамика отмечалась к концу второй недели в нормализации сна, уменьшении головных болей напряжения, улучшении общего психоэмоционального фона.

Механизм действия Феварина® связан с избирательным ингибированием обратного захвата серотонина нейронами головного мозга и характеризуется минимальным влиянием на норадренергическую передачу. Феварин® обладает невыраженной способностью связываться с а-адренергическими, b-адренергическими, гистаминергическими, мускариновыми холинергическими, дофаминергическими или серотонинергическими рецепторами.

Длительность лечения составила 6 месяцев. По истечению данного периода у 18 больных тревожно-

фобические явления купировались, у 9 больных тревожно-фобические явления уменьшились, больные стали более активными, жизнерадостными, улучшились отношения с родственниками, стали более продуктивными занятиями с инструкторами лечебной гимнастики, логопедами. При динамическом исследовании шкалы тревоги Тейлора и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии результаты составили в среднем 5 и 10 баллов соответственно. Все пациенты отметили хорошую переносимость препарата в указанной дозировке, выраженные побочные эффекты зарегистрированы не были.

Вывод: таким образом, применение флувоксамина (Феварина®) в сочетании с мероприятиями немедикаментозного характера является эффективным у подавляющего числа больных, перенесших инсульт, для контроля депрессивных расстройств, улучшения психо-социальной адаптации, а, следовательно, повышения качества жизни.

#### Литература:

1. Доброхотова Т.Д. Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга. М., 1974.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М., 2004. – 432 с.
3. Васюк Ю.А., Довженко Т.В. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания. – [М.]: [Моск. НИИ психиатрии Минздрава РФ]. – 2004. – 24 с.
4. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Пилипенко П. И. Депрессия и риск инсульта. Материалы IX

Всероссийского съезда неврологов. – Ярославль: 29 мая–2 июня 2006. 616 с.

5. Гехт А.Б., Сорокина И.Б., Гудкова А.А., Кудухова К.И. Частота развития и возможности терапии депрессивных расстройств у больных, перенесших ишемический инсульт. Материалы IX Всероссийского съезда неврологов – Ярославль: 29 мая–2 июня 2006. – 616 с.

6. Дамулин И.В. Особенности депрессии при неврологических заболеваниях // Фарматека.– 2005.– № 17. – С. 25–34.

7. Дамулин И.В. Постинсультные двигательные расстройства // Consilium-medicum.– 2003. – Т. 5, № 2. – С. 64–70.

8. Лапин И.П., Анналова Н.А. Сердечно-сосудистые заболевания и депрессия // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – № 3. – С.71–75.

9. Одинак М.М и соавт. Ишемия мозга. Нейропротективная терапия. Дифференцированный подход. – СПб. – 2002. – 77 с.

10. Парфёнов В.А. Лечение и реабилитация пациентов, перенесших ишемическое нарушение мозгового кровообращения // Атмосфера. Нервные болезни. – 2006. – №1. – С. 8–11.

11. Путилина М.В., Федин А.И. Постинсультная депрессия. Возможности терапии у больных в остром периоде инсульта. // Атмосфера. Нервные болезни. – 2005. – № 1. – С. 6–9.

#### Инсульттан кейінгі күйзелісті емдеуге Флувоксаминды қолдану

Көптеген жылдар бойы инсульт басқа ауруларға карағанда алдынгы орында, әлем бойынша бұл өлімге және мүгедектікке апарып соқтырады.

Күйзелістік инсультты қатерлі асқынға апаратын, эмоциялық жігерлігі ауруға ықпалын тигізеді. Әр түрлі авторлардың мәліметі бойынша, инсультқа күйзелістің мүдіріуінің жиілігі 25% - дан 79% -ға дейін. Осы мақалада (Феварин R) флувоксамин тобындағы базалық терапиядағы антидепрессантты сипаттап тағайындау. Яғни өзінің тиімділігінің жоғары екенін және осы топтағы емделушілер профилдің қатерсіз қажетті екенін көрсетті.

УДК 615.382-08

### ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНАХ УМЕРШИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

А.А. Дюсупова, Г.С. Томпакова, Б.Г. Самеков

Государственный медицинский университет города Семей

Инфузионно - трансфузионная терапия (ИТТ) является важнейшей составляющей в лечении больных в критическом состоянии. От адекватности проводимой терапии зависит жизнь пострадавших [1-4].

Одним из критериев адекватности ИТТ, согласно литературным данным является показатель центрального венозного давления. Центральное венозное давление (ЦВД) – давление крови в верхней или нижней полых венах [2-4].

Цель работы – изучить состояние центральной (ЦВД) и легочной гемодинамики (среднее давление в легочной артерии (ДЛАср.) и общее легочное сосудистое сопротивление (ОЛСС)) во взаимосвязи с данными морфологического исследования внутренних органов умерших больных.

Материалом исследования явились 72 и 81 больных групп сравнения и исследования, которым проводилось ЭхоКГ при проведении ИТТ и морфологическое исследование (морфометрия по Автандилову) внутренних органов умерших больных основной группы, получавших при жизни ИТТ (в том числе и больные группы

сравнения (ЭхоКГ)) и группы контроля, интенсивную терапию не получавших.

Нами проведена оценка центральной и легочной гемодинамики в соответствии с уровнем ЦВД путем эхокардиографического исследования сердца и сосудов при проведении ИТТ у больных групп сравнения (72) и исследования (81). ЭхоКГ проводилось при разных уровнях ЦВД, в зависимости от величины этого параметра, для того, чтобы изучить корреляционные связи показателей ЦВД и легочного кровообращения (ДЛАср. и ОЛСС) с целью прогнозирования формирования отека легких при проведении ИТТ.

Проведение ЭхоКГ большим групп сравнения (72) и исследования (81) показало, что при показателях ЦВД на уровне  $5,8 \pm 0,6$  мм вод.ст. и  $6,1 \pm 0,8$  мм вод.ст. соответственно группам сравнения и исследования зарегистрирована нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы.

При проведении ИТТ и соответственно при увеличении уровня ЦВД, гемодинамическая картина изменилась. Так у больных группы исследования при показа-