ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНЭРГИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ НА МОЗГОВОЙ КРОВОТОК И БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Кузнецов В.В.*, Глушко С.Ф.

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф.Чеботарева НАМН Украины», Киев, Украина

В статье представлены данные о влиянии препарата Мелитора (агомелатина) на психо-эмоциональную деятельность, церебральную гемодинамику, биоэлектрическую активность головного мозга и их межсистемные взаимосвязи у больных с постинсультной депрессией. 30 пациентов с постинсультной депрессией принимали Мелитор в дозе 25 мг в сутки в течении 2-х месяцев. Установлено, что у больных с постинсультной депрессией Мелитор оказывает положительное влияние на психо-эмоциональную деятельность, улучшает церебральную гемодинамику, гармонизирует структуру биоэлектрической активности головного мозга. У больных с правополушарным инсультом более выражено влияние Мелитора на церебральную гемодинамику и биоэлектрическую активность головного мозга, чем у больных с левополушарным инсультом. Мультимодальное действие Мелитора оправдывает применение препарата при восстановительном лечении постинсультных больных для улучшения как функционального, так и психо-эмоционального состояния.

Ключевые слова: ишемический инсульт, постинсультная депрессия, церебральная гемодинамика, биоэлектрическая активность головного мозга, Мелитор.

Реабилитация больных перенесших инсульт, является важной медико-социальной проблемой. Инсульт вызывает нарушение в двигательной, чувствительной, психо-эмоциональной сфере, сужает диапазон социально-бытовой деятельности. Для восстановления ходьбы, самообслуживания бытовых навыков, статичности необходима длительная и систематическая реабилитация [3,15]. К числу факторов, отрицательно влияющих на реабилитацию больных с инсультом, относятся изменения в психо-эмоциональной сфере: депрессия и деменция [9,18]. Одним из основных механизмов отрицательного влияния депрессивных расстройств на эффективность восстановительного лечения является снижение мотивации пациента при участии в реабилитационных мероприятиях [2,13].

Распространенность постинсультной депрессии колеблется в пределах 40-50%, женщины более подвержены васкулярной депрессии, пик наблюдается в первые 3-6 месяцев после инсульта, однако риск появления депрессии остается высоким в течении первых двух лет [8,17]. Факторами риска постинсультной депрессии считают возраст, наличие подкорковой атрофии перед инсультом, семейный и личностный анамнез с указанием на психические нарушения в прошлом [12,20]. Установлено, что постинсультная депрессия имеет сильную корреляцию с когнитивными нарушениями, с пассивным восприя-

тием качества жизни и повышенной смертностью [7,11,22]. У больных с постинсультной депрессией по данным транскраниальной доплерографии отмечается снижение скорости мозгового кровотока [4]. Именно поэтому адекватная терапия постинсультной депрессии должна рассматриваться не только как возможность уменьшить выраженность депрессивных симптомов, но также и как способ улучшить качество жизни, усилить эффективность реабилитации и уменьшить степень выраженности физических нарушений у больных, перенесших инсульт [6,16]. В последние годы отмечают, что определенные группы антидепрессантов при применении в острый период инсульта повышают пластичность мозга, и тем самым, способствуют максимальному неврологическому восстановлению после инсульта [10].

Медикаментозная терапия депрессии рассматривается как составная часть процесса реабилитации у больных, перенесших инсульт [19]. Основным методом современного лечения депрессии является назначение антидепрессантов [23]. Совершенствование подходов к лечению постинсультной депрессии происходит в соответствии с развитием моноаминовой гипотезы депрессивных состояний, связанных с дефицитом серотонина и норадреналина в синаптической щели [14]. Наиболее часто при лечении постинсультной депрессии используются селективные ингибиторы обратного

*e-mail: stroke.rehabilitation@ukr.net

захвата серотонина (СИОЗС). Этот класс антидепрессантов вызывает меньшее число побочных эффектов, чем трициклические антидепрессанты, которые часто вызывают кардиотоксические реакции. Однако и применение СИОЗС также ограничено из-за наличия популяции больных с цереброваскулярной патологией рефрактерных к терапии СИОЗС [6,23].

Препаратом первого выбора при терапии постинсультных депрессий у лиц пожилого возраста являются антидепрессанты нового поколения, в частности, мелатонинергические антидепрессанты [1]. Представителем данного класса является агомелатин (препарат «Мелитор» производства компании Servier). Мелитор - антидепрессант, способный восстанавливать циркадные ритмы, нарушенные у пациентов с депрессией. Мелитор является агонистом MT-1 и MT-2 мелатониновых рецепторов и антагонистом серотониновых 5-HT_{2c} рецепторов, которые находятся в супрахиазмальном ядре, регулирующем циркадные ритмы [21]. Влияние Мелитора на эти три типа рецепторов обеспечивает выраженный антидепрессивный и анксиолитический эффект. Терапевтический эффект Мелитора отмечают уже к концу 1-ой недели лечения, когда происходит нормализация суточного ритма пациента, улучшается его дневная активность и качество сна, на 2-3 неделе приема препарата улучшается настроение, когнитивные функции [1,5,13,14].

Цель работы: Провести комплексный анализ

влияния Мелитора на функциональное состояние ЦНС у больных, перенесших ишемический инсульт с постинсультной депрессией.

Материалы и методы. 30 больных пожилого возраста принимали препарат Мелитор в дозе 25 мг 1 раз в сутки на ночь в течение 2-х месяцев. До и после приема Мелитора проводилось комплексное обследование, включающее нейропсихологические исследования (геронтологическая шкала депрессивности, шкала Гамильтона), оценку уровня социально-бытовой активности (индекс Бартель), анализ состояния церебральной гемодинамики (прибор EnVisor, PHILIPS) и биоэлектрической активности головного мозга («Neurofax EEG - 1100K», NIHON KONDEN). Для обработки полученных данных был использован пакет прикладных программ для статистической обработки данных "Statistica for Windows 6,0". Наличие корреляционных связей между показателями церебральной гемодинамики и интенсивностью основных ритмов электроэнцефалографии (ЭЭГ) устанавливали путём определения коэффициента корреляции, при этом учитывали статистически достоверные сильные корреляционные связи ($r \geq 0,70$).

Результаты и их обсуждение. Анализ динамики субъективных жалоб у больных, перенесших ишемический инсульт с депрессией до и после 2-х месячного курса Мелитора, показал, что у больных препарат уменьшает количество и интенсивность жалоб (табл. 1)

Таблица 1

Динамика субъективных жалоб у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, %

Жалобы	Больные с локализацией ишемического очага в правом полушарии		Больные с локализацией ишемического очага в левом полушарии	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Плохой сон	46,7	16,7	43,3	20
Нарушение внимания	40	20	40	16,7
Нарушение аппетита	43,3	26,7	40	23,3
Внутреннее напряжение	50	16,7	46,7	20
Головные боли	50	20	43,3	23,3
Физическая утомляемость при ЛФК	50	20	46,7	16,7

Так, через 2 месяца после приема Мелитора у больных с право- и левополушарным инсультом

улучшается сон, уменьшается утомляемость при физических упражнениях, уменьшаются голов-

ные боли, раздражительность.

У больных, перенесших инсульт, под влияни-

ем Мелитора статистически достоверно снижается уровень депрессии, тревоги (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей шкалы депрессии Гамильтона и геронтологической шкалы у больных, перенесших ишемический инсульт, до и после курса Мелитора, баллы

Шкалы	Больные с локализацией ишемического очага в правом полушарии		Больные с локализацией ишемического очага в левом полушарии	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Геронтологическая	15,1±1,3	7,1±1,8*	11,2±1,2	4,3±1,2*
Гамильтона	21,0±1,5	8,2±1,05*	19,0±1,2	7,4±1,0*

По показателям Геронтологической шкалы депрессии у больных с правополушарным инсультом Мелитор вызывает несколько более выраженное снижение уровня депрессии, чем у больных с левополушарной локализацией инсульта. У больных с левополушарным инсультом статистически достоверно снижаются показатели конституционной тревоги по шкале Спилберга-Ханина (до лечения 46,7±2,1 после 38,1±1,8 баллов) и показатели реактивной тревожности (соответственно с 44,6±2,2 до 34,2±1,1 баллов). У больных с локализацией инсульта в правой гемисфере Мелитор также снижает уровень конституционной (с 51,5±2,0 до 41,4±2,31 балла) и реактивной (с 47,1±1,8 до 37,0±3,1 баллов) тревожности.

Таким образом, у больных, перенесших ишемический инсульт, Мелитор оказывает анксиолитический эффект: уменьшает симптомы тревоги в рамках депрессивных расстройств. У всех обследуемых статистически достоверно снижается уровень как психической, так и соматической составляющей тревоги.

У больных, перенесших инсульт, под влиянием приема Мелитора увеличивается уровень социально-бытовой активности по шкале Бартелл с 78,3±2,4 до 91,5±1,8 баллов. Клинически это проявляется повышением двигательной активности и расширением диапазона бытового самообслуживания, улучшением координации.

Для оценки механизмов, определяющих влияние Мелитора на психо-эмоциональное состояние больных, перенесших ишемический инсульт, был проведен анализ функционального

состояние мозга (по показателям мозгового кровообращения и его биоэлектрической активности) до и после курсового лечения Мелитора. У больных перенесших инсульт, Мелитор улучшает церебральную гемодинамику, так как статистически достоверно увеличивается линейная систолическая скорость кровотока (ЛССК) в отдельных сосудах каротидного и вертебробазилярного бассейнов.

Однако, следует отметить, что влияние препарата на скоростные показатели мозгового кровотока имеет полушарные особенности (табл. 3). У больных, перенесших ишемический инсульт с его локализацией в правом полушарии, статистически достоверно увеличивается ЛССК в правой средней мозговой артерии (СМА), левой внутренней сонной артерии (ВСА), в двух позвоночных артериях (ПА), двух передних мозговых артериях (ПМА) и базилярной артерии (БА). У больных с левополушарными поражениями под влиянием приема Мелитора статистически достоверно увеличивается ЛССК только в БА.

У больных, перенесших ишемический инсульт, курсовой прием препарата Мелитор вызывает снижение индексов периферического сопротивления, преимущественно у больных с локализацией очага в левом полушарии. Так, у больных с правополушарными поражениями под влиянием Мелитора статистически достоверно снижается пульсаторный индекс в интактной СМА (до лечения 0,8±0,05, после – 0,7±0,02), тогда как при левополушарных - снижается пульсаторный индекс в пораженной ВСА

Таблица 3

Динамика линейной систолической скорости кровотока у больных, перенесших ишемический инсульт, под влиянием курсового приёма препарата Мелитор, см/с

Сосуды		Больные с локализацией ишемического очага в правом полушарии		Больные с локализацией ишемического очага в левом полушарии	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ОСА	Пораж.	61,9±4,3	64,2±4,5	74,5±4,5	72,1±3,2
	Интактн.	75,0±5,2	73,1±5,5	66,3±5,6	69,9±4,6
ВСА	Пораж.	75,5±2,5	70,7±2,3	72,2±7,6	73,7±5,5
	Интактн.	61,9±1,7	70,8±2,2*	63,8±2,8	65,6±2,6
ПА	Пораж.	36,1±1,5	42,7±1,9*	44,1±2,2	44,9±2,3
	Интактн.	38,2±1,9	45,7±2,3*	39,8±1,1	42,5±2,1
ПМА	Пораж.	80,8±2,2	87,0±2,5*	94,6±4,7	95,2±5,3
	Интактн.	75,2±2,0	87,7±2,1*	94,2±5,7	88,4±4,9
СМА	Пораж.	87,9±4,1	103,7±4,5*	92,7±5,2	94,5±5,5
	Интактн.	106,0±4,8	104,9±3,5	107,0±4,1	107,9±6,4
ЗМА	Пораж.	46,4±1,4	52,7±2,9*	52,5±2,2	52,8±3,1
	Интактн.	49,0±1,3	53,7±3,1	54,6±2,1	54,6±2,3
БА		53,2±2,4	61,0±3,4*	54,1±3,1	61,9±2,5*

Примеч.: * - статистически достоверные отличия между показателями до и после лечения. ОСА – общая сонная артерия, ЗМА – задняя мозговая артерия, остальные сокращения в тексте.

(0,9±0,04 и 0,8±0,03 соответственно) и интактной ПМА (0,8±0,02 и 0,7±0,03), а также индекс циркуляторного сопротивления в пораженной ПМА (до лечения – 0,5±0,02, после 0,4±0,03). Полученные данные свидетельствуют о несколько более выраженном положительном влиянии Мелитора на индексы периферического сопротивления у больных, перенесших инсульт с локализацией очага в левом полушарии.

Принимая во внимание, что компьютерная ЭЭГ позволяет количественно оценить степень и структуру функциональных изменений головного мозга и их динамику, что может служить объективным критерием оценки механизмов действия препаратов у больных инсультом. Также был проведен анализ биоэлектрической активности головного мозга у больных с постинсультной депрессией под влиянием курсового приёма Мелитора. Установлено, что структура реорганизации интенсивности основных ритмов ЭЭГ под влиянием Мелитора у больных, перенесших инсульт, имеет определенные полушарные особенности.

У больных с правополушарным инсультом Мелитор снижает во всех областях двух полушарий интенсивность в диапазоне дельта- (максимум в лобной области пораженного полушария: до лечения 1,2±0,01, после 0,8±0,07 мкВ) и тета-ритма (максимум в центральной области пораженного полушария: до лечения 1,2±0,01, после – 0,9±0,01 мкВ) на фоне повышения интенсивности α -1-ритма (максимум в центральной области пораженного полушария: 0,9±0,02 и 1,6±0,03 мкВ соответственно) и частоты α -ритма (максимум в центральной области интактного полушария: до лечения 9,8±0,03, после – 10,5±0,02 Гц) – см. рис. 1.

У больных с левополушарным инсультом под влиянием Мелитора статистически достоверно повышается интенсивность только в диапазоне α -1 (максимум в лобной области интактного полушария: до лечения 1,1±0,01, после – 1,5±0,01 мкВ) и α -2-ритма (максимум центральной области пораженного полушария: 0,6±0,01 и 1,5±0,04 мкВ соответственно) в двух полушариях (рис. 1).

Рис. 1. Статистически достоверные изменения интенсивности основных ритмов ЭЭГ у больных, перенесших ишемический инсульт, с локализацией очага в правом (А) и левом (Б) полушарии под влиянием Мелитора

Под влиянием Мелитора у больных с постинсультной депрессией происходит реорганизация и межсистемных взаимоотношений между церебральной гемодинамикой и структурой биоэлектрической активности головного мозга. Тип реорганизации имеет выраженные полушарные особенности.

Структура корреляционных связей между интенсивностью основных ритмов ЭЭГ и показателями мозгового кровотока до и после приема препарата Мелитор у больных с правополушарным инсультом количественно и качественно отличается от структуры корреляционных связей у больных с левополушарным инсультом.

У больных с депрессией с правополушарным инсультом Мелитор увеличивает количество корреляционных связей между интенсивностью в диапазоне дельта- и тета-ритмов с 3 до 9 и между интенсивностью в диапазоне α -1 и α -2 ритма с 3 до 11 (рис. 2).

У больных с депрессией с левополушарным инсультом сужается диапазон взаимосвязей интенсивности основных ритмов ЭЭГ с показателями церебральной гемодинамики. До приема Мелитора отмечается 7 статистически достоверных корреляционных связей между интенсив-

ностью медленных ритмов (дельта-, тета-) и ЛССК в сосудах каротидного бассейна, после приема констатируется только одна статистически достоверная корреляционная связь. У больных с левополушарным инсультом фоновое количество корреляционных связей между интенсивностью в диапазоне альфа α -1 и α -2 ритма с ЛССК в сосудах каротидного и вертебро-базиллярного бассейнов - 16, связей после приема Мелитора корреляционные связи нивелируются.

Таким образом, у больных, перенесших ишемический инсульт, под влиянием Мелитора снижается уровень тревоги и депрессии, расширяется диапазон функциональной активности, улучшается церебральная гемодинамика и функционально-метаболические процессы в структурах, генерирующих биоэлектрическую активность головного мозга, а также происходит реорганизация межсистемных взаимосвязей между его церебральной гемодинамикой и показателями биоэлектрической активности. Более выраженное влияние Мелитора на психо-эмоциональную деятельность, церебральную гемодинамику и биоэлектрическую активность головного мозга выражается у больных с постинсультной депрессией с локализацией ишемического очага в правом полушарии.

Рис. 2. Структура изменений статистически достоверных сильных корреляционных связей ($r \geq 0,7$) между ЛССК в сосудах каротидного и вертебро-базиллярного бассейнов и интенсивностью основных ритмов ЭЭГ у больных с депрессией с левополушарным (А) и правополушарным (Б) инсультом под влиянием Мелитора

Выводы.

1. У больных, перенесших инсульт, курсовой прием (2 месяца) Мелитора в дозе 25 мг в сутки, улучшает общее самочувствие, сон, уменьшает

частоту и интенсивность головных болей, снижает уровень тревоги и депрессивности, расширяет диапазон социально-бытовой активности.

2. Влияние Мелитора на биоэлектрическую

активность головного мозга у больных, перенесших атеротромботический инсульт в правой и левой гемисфере характеризуется снижением интенсивности в диапазоне медленных ритмов на фоне увеличения интенсивности и частоты α -ритма.

3. Мелитор улучшает церебральную гемодинамику у больных, перенесших ишемический инсульт. При локализации ишемического очага в правой гемисфере увеличивается скоростные показатели мозгового кровообращения в отдельных сосудах каротидного (СМА, ПМА, ВСА) и вертебро-базиллярного (ПА) бассейнов. У больных с левополушарным инсультом под влиянием Мелитора статистически достоверно увеличивается ЛССК только в сосудах вертебробазиллярного бассейна (ВББ) – основной артерии (ОА).

ЛИТЕРАТУРА– REFERENCES – ӘДӘБИҢҢАТ

1. Анисимов В.Н. Мелатонин: роль в организме, применение в клинике. СПб.: Система, 2007; 40 с.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение), М.: Медицинское информационное агентство, 2007; 198 с.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. - М.: Медицина, 2001. - 250 с.
4. Кузнецов В.В., Глушко С.Ф. Состояние церебральной гемодинамики у больных с постинсультной депрессией // Психічне здоров'я, 2013; №2: с. 11-17
5. Кузнецова С.М., Глушко С.Ф. Терапия постинсультной депрессии: мелатонинергические антидепрессанты // Медична газета «Здоров'я України», Березень, 2012; с. 2-3
6. Мосолов С.Н. Место традиционных антидепрессантов в современной терапии депрессивных и тревожных расстройств, М., 2005; 28 с.
7. Савина М.А. Клиника постинсультных депрессий // Психические расстройства в общей медицине, 2006; №2: с. 45-50.
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М.: Медицинское информационное агентство, 2007; 425 с.
9. Фокин В. Ф., Боголепова И. Н., Гутник Б. и др. Руководство по функциональной межполушарной асимметрии. М.: Научный мир, 2009; 836 с.
10. Annoni J.M., Staub F., Bruggimann L. et al. Emotional disturbances after stroke // Clin. Exp. Hypertens., 2006; Vol. 28(3-4): p. 243-249.
11. Bartoli F, Lillia N, Lax A, et al. Depression after Stroke and Risk of Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis // Stroke Research and Treatment, 2013;P. 862-978.
12. Emerski E., Robinson R. The neuropsychiatry of stroke // Psychosomatics, 2000; Vol. 41: p. 5-14.

4. У больных с локализацией ишемического очага в правом полушарии более выражено, чем у больных с левополушарным инсультом влияние Мелитора на церебральную гемодинамику и биоэлектрическую активность головного мозга.

5. Под влиянием курсового приема Мелитора у больных, перенесших ишемический инсульт в левом полушарии, в 7 раз уменьшается диапазон корреляционных взаимосвязей между ЛССК и интенсивностью отдельных ритмов ЭЭГ, у больных с правополушарным инсультом увеличиваются в 4 раза, что свидетельствует о полушарных особенностях реорганизации взаимосвязей между церебральной гемодинамикой и биоэлектрической активностью головного мозга у больных, перенесших ишемический инсульт.

13. Gainotti G, Antonucci G, Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy and functional recovery // J.Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 2001. - Vol. 71. - P. 258-261.
14. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies // Stroke. - 2005. - 36 (5). - P. 1098-1103.
15. James D. Geyer, Camilo R. Gomez Stroke. A practical approach. - Lippicott Williams&Wilkins, 2009; 361 p.
16. Jeong Y-J, Kim W-C, Kim Y-S, Choi K-W, Son S-Y, Jeong Y-G. The Relationship between Rehabilitation and Changes in Depression in Stroke Patients // Journal of Physical Therapy Science, 2014; 26(8); p. 1263-1266.
17. Kasper S., Hale A., Lemoine P. Depression after stroke // The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, Vol. 19 (Suppl. 3): p. S412.
18. Kevin D., Niedens M., Wilson J. Treatment outcomes of a crisis intervention program for dementia with severe psychiatric complications: the Kansas bridge project // The gerontologist, 2013; Vol. 53, № 1: p. 102-112
19. Kim JS. Post-stroke Mood and Emotional Disturbances: Pharmacological Therapy Based on Mechanisms // Journal of Stroke, 2016; Vol. 18(3): p. 244-255.
20. Pankaj Sharma, Meschia James F. Stroke Genetics // Springer International Publishing - 2013. - 431 P.
21. Robinson RG, Spalletta G. Poststroke Depression: A Review // Canadian journal of psychiatry, 2010; Vol. 55(6): p. 341-349.
22. Verdelho A., Henon H., Lebert F. et al. Depressive symptoms after stroke and relationship with dementia. A three-year follow-up study // Neurology, 2004; Vol. 62: p. 905-911.
23. Whyte E.M., Mulsant B.H., Rovner B.W. et al. Preventing depression after stroke // Int. Rev. Psychiatr., 2006; Vol. 18(5): p. 471-481.

XÜLASƏ

İNSULTLU XƏSTƏLƏRDƏ MELATONİNERGİK ANTİDEPRESSANTLARIN BAŞ BEYİNİN QAN AXININA VƏ BİOELEKTRİK AKTİVLİYİNƏ TƏSİRİ

Kuznetsov V.V., Qluşko S.F.

Ukrayna MTEA-nın D.F.Çebotarev adına Herontologiya İnstitutu, Kiyev, Ukrayna

Təqdim edilmiş məqalədə postinsult depressiyası olan xəstələrdə Melitor (aqomelatin) preparatının psixoemosional fəaliyyətə, serebral hemodinamikaya, baş beyin bioelektrik aktivliyinə və onların sistemlərarası qarşılıqlı əlaqəsinə təsiri barədə nəticələr təqdim edilmişdir. 2 ay müddətinə sutkada 25 mq dozada Melitor preparatı postinsult depressiyası olan 30 pasiyentə təyin edilmişdir. Aydın olmuşdur ki, postinsult depressiyası olan xəstələrdə Melitor psixoemosional fəaliyyətə müsbət təsir göstərir, serebral hemodinamikanı yaxşılaşdırır, baş beyin bioelektrik aktivliyinin strukturunu normallaşdırır. Sağ beyin yarımkürəsində insult keçirmiş xəstələrdə Melitor preparatının serebral hemodinamikaya və baş beyin bioelektrik aktivliyinə təsiri, sol beyin yarımkürəsində insultlarla müqayisədə daha qabarıq olmuşdur. Melitorun multimodal təsiri bu preparatın postinsult xəstələrin bərpaedici müalicəsi zamanı həm funksional, həm də psixoemosional vəziyyətin yaxşılaşdırılması üçün təyiniini doğruldur.

Açar sözlər: işemik insult, postinsult depressiya, serebral hemodinamika, baş beyin bioelektrik aktivliyi, Melitor.

SUMMARY

EFFECTS OF MELATONINERGIC ANTIDEPRESSANT ON THE CEREBRAL HEMODYNAMIC AND BIOELECTRICAL ACTIVITY OF THE BRAIN IN POST-STROKE PATIENTS

Kuznetsov V.V., Glushko S.F.

*D.F.Chebotaev State Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences
(NAMS) of Ukraine, Kiev*

This study focused on the Melitor (agomelatine) effects on the psychic-emotional activity, cerebral hemodynamic and bioelectrical activity of the brain in the patients with post-stroke depression. Thirty patients with post-stroke depression were treated with Melitor in the dose of 25 mg daily during two months. Treated with Melitor, the study patients suffering from post-stroke depression showed positive drug effect on the psycho-emotional activity, improvement of cerebral hemodynamic and harmonization of the brain bioelectric activity. In the patients with right-versus left-hemispheric stroke, Melitor had more pronounced effect on the cerebral hemodynamic bioelectric activity of the brain. Owing to its multimodal action, the Melitor is recommended for the patients during their recovery after stroke in the sense of improving their functional and psychic-emotional state.

Keywords: ischemic stroke, post-stroke depression, cerebral hemodynamic, bioelectrical activity of the brain, Melitor.

Redaksiyaya daxil olub: 21.05.2018

Çapa tövsiyə olunub: 18.06.2018

Rəyçi: t.ü.e.d. Həsənov R.L.