

Гумерова Г.Г., Селезнева С.И., Кравцова Е.Ю.

## Аффективные и когнитивные расстройства пациентов в остром периоде ишемического инсульта (результаты анкетирования)

ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. Академика Е.А. Вагнера  
Минздрава России, г. Пермь

Gumerova G.G., Selezneva S.I., Kravtsova E.Yu.

### Affective and cognitive disorders of patients in the acute period of ischemic stroke (the results of the survey)

#### Резюме

Исследовали представленность когнитивных нарушений по Монреальской шкале оценки когнитивных функций и тревожно-депрессивных расстройств по гериатрической шкале оценки депрессии и тесте Спилберга-Ханина у 46 больных в остром периоде ишемического инсульта. Уровень когнитивных нарушений в среднем составил  $22,4 \pm 1,46$  баллов, признаки депрессии отмечались у 52,3% больных. У 37% больных обнаружен высокий уровень тревожности. У больных с атеротромботическим подтипом инсульта показатель депрессии статистически значимо выше, чем при кардиоэмболическом подтипе (соответственно показатели  $5,27 \pm 1,34$  и  $4,42 \pm 0,96$  баллов;  $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, когнитивный дефицит, тревожно-депрессивные расстройства

#### Summary

We studied the representation of cognitive impairment at the Montreal Cognitive Assessment Scale, and anxiety and depressive disorders in geriatric rating scale for depression and the test of Spielberg-Hanin in 46 patients in the acute period of ischemic stroke. The level of cognitive impairment averaged  $22.4 \pm 1.46$  points, signs of depression were observed in 52,3% of patients. 37% patients showed high level of anxiety. In patients with atherothrombotic stroke subtype indicator of depression was statistically significantly higher than in the cardioembolic subtype (respectively indicators  $5.27 \pm 1.34$  and  $4.42 \pm 0.96$  points;  $p < 0.05$ ).

**Key words:** ischemic stroke, cognitive deficits, anxiety and depressive disorders

#### Введение

Инсульт является третьей ведущей причиной смертности в развитых странах и ведущей причиной долговременной нетрудоспособности [1,2,3]. Последние исследования показывают, что тревожно-депрессивные расстройства встречаются более чем у 50% пациентов, перенесших инсульт [4], и негативно влияют на качество жизни больных [5,6]. В течение последних нескольких лет проявляется значительный интерес к установлению связи между когнитивными нарушениями и тревожно-депрессивными расстройствами в острый период заболевания. По данным ряда исследований вероятность развития депрессии достоверно выше у пациентов с когнитивными нарушениями [1,6,7].

Депрессия является наиболее частым психоэмоциональным осложнением при инсульте. В остром периоде инсульта, по данным R. Kamassubbu et al. [8], депрессия отмечается у 25,6-27% больных, а по результатам В.И. Скворцовой и соавт. [6] – в 48% случаев ИИ. Несмотря на высокую частоту и негативное влияние на восстановление неврологических расстройств [9,10] и когнитивных

функций, она зачастую не диагностируется врачами [10]. Факторами риска постинсультной депрессии являются, прежде всего, генетическая предрасположенность, ранее перенесенный ишемический инсульт (ИИ), локализация очагов в лобных отделах левого полушария головного мозга и субкортикальных отделах правого полушария [2,11, 12]. Тревожно-депрессивные расстройства затрудняют оценку неврологического статуса, снижают мотивацию пациентов к лечению и профилактике повторных нарушений. Реабилитация после инсульта напрямую связана с регрессом депрессии и тревожности [12].

Таким образом, изучение особенностей формирования и течения когнитивных нарушений и тревожно-депрессивных расстройств, с выделением определенных корреляций, специфичных для острого периода заболевания является важным и актуальным.

**Цель** - оценить динамику психоэмоционального и когнитивного статуса, выявив корреляции между тревожно-депрессивными расстройствами и когнитивным статусом больных в остром периоде заболевания.

Таблица 1. Основные подтипы ишемического инсульта (согласно критериям TOAST) у больных, включенных в исследование

Подтип инсульта	Количество пациентов (n=46)
Атеротромботический	36 (78,3%)
Кардиоэмболический	5 (10,8%)
Лакунарный	3 (6,5%)
Гемодинамический	1 (2,2%)
Криптогенный	1 (2,2%)

Таблица 2. Динамика средних показателей психоэмоционального и когнитивного статусов больных на 1-3 и 10 день пребывания в стационаре (M±m)

Характеристика	1-3 день пребывания	10 день пребывания
Когнитивный статус (МОСА)	22,4±1,46	24,9±1,42
Уровень депрессии (гериятрическая шкала)	4,95±0,87	3,8±1,13
Реактивная тревожность (тест Спилберга)	43,58±1,13	46,67±5,83
Личностная тревожность (тест Спилберга)	47,18±4,16	46,73±1,13

## Материалы и методы

Обследовано 46 пациентов (29 мужчин и 17 женщин) в остром периоде левополушарного ишемического инсульта (ИИ), в возрасте от 54 до 86 лет (средний возраст 61,2±3,9 лет). Исследование проводилось на базе Регионального сосудистого центра ГАУЗ ПК ГKB №4. Диагноз устанавливали на основании клинической картины (данных соматического и неврологического статуса), результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, нейровизуализации. Согласно критериям TOAST, атеротромботический подтип ИИ диагностирован у 36 больных, кардиоэмболический – у 5, лакунарный – у 3, гемодинамический – у 1 пациента и криптогенный – у 1 (Табл.1). Всем больным было проведено нейропсихологическое исследование на первые-третьи и десятые сутки острого периода заболевания, которое включало в себя оценку когнитивных функций, депрессии, реактивной и личностной тревожности. Для оценки когнитивного статуса использовалась Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА). Оценка реактивной и личностной тревожности проводилась по тесту Ч.Д. Спилберга, адаптированного Ю.Л. Ханиным. Для оценки депрессии использовалась гериятрическая шкала самооценки уровня депрессии.

Критериями включения в исследование были: ишемический характер инсульта, острый период заболевания, средняя тяжесть состояния. Из исследования исключались пациенты с тяжелым инсультом, выраженной соматической патологией.

Результаты исследования обработаны с помощью непараметрических статистических методов. Использовались пакеты лицензионных программ Statistica 6.0. и Microsoft Excel 2007. О достоверности различий между группами судили по критерию Стьюдента, они признавались значимыми при  $p < 0,05$ . Корреляционный анализ проводили с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

## Результаты и обсуждение

В соответствии с Монреальской шкалой оценки когнитивных функций на 1-3 день от начала заболевания 10 (23,3%) пациентов не имели когнитивных нарушений. У 33 (76,7%) наблюдался когнитивный дефицит. Среднее значение показателей при этом составило 22,4 ± 1,46 баллов (Табл.2).

На 10 день исследования когнитивного статуса пациентов наблюдалась положительная динамика: среднее значение показателей выросло на 11,6% и составило 24,9 ± 1,42 баллов (Табл. 2). При этом когнитивный дефицит наблюдался у 66,7% пациентов.

По гериятрической шкале самооценки уровня депрессии, исследованной на 1-3 день заболевания, наличие депрессии отмечалось в 23 (52,3%) наблюдениях. Показатель депрессии в среднем по группе составил 4,95 ± 0,87 баллов. При этом легкая степень депрессии отмечена в 16 (36,4%) случаях, умеренная – 5 (11,4%), тяжелая – в 2 (4,6%).

Выявлено, что у больных с атеротромботическим подтипом инсульта показатель депрессии по гериятрической шкале статистически значимо выше, чем при кардиоэмболическом подтипе (соответственно показатели 5,27 ± 1,34 и 4,42 ± 0,96 баллов;  $p < 0,05$ ).

Симптомы депрессии к 10 дню острого периода заболевания регрессировали. Депрессия отмечалась у 37,5% пациентов, составив в среднем по группе 3,88 ± 1,13 балла (Табл. 2). Легкая степень депрессии выявлена в 29,2%, умеренная – в 4,2%, тяжелая – в 4,2% наблюдений. Уровень депрессии в среднем по группе в течение 10 дней снизился на 27,6%.

Средние значения показателей реактивной и личностной тревожности при поступлении оказались высокими. Реактивная тревожность составила 43,58 ± 1,13 балла, при этом в 8,6% наблюдений отмечался низкий уровень, 54,3% – умеренный и 37,1% – высокий.

Среднее значение личностной тревожности в первые три дня пребывания в стационаре составило

47,18±4,16 балла. В 3% наблюдений отмечался легкий уровень личностной тревожности, в 33,3% - умеренный и в 63,6% - высокой уровень тревожности.

Уровень личностной тревожности пациентов к десятому дню заболевания оставался либо на прежнем уровне, либо незначительно увеличился. Реактивная тревожность составила 46,67±5,83, личностная - 46,73 ±1,13 баллов (Табл. 2).

Был проведен корреляционный анализ показателей анкетирования когнитивного и психоэмоционального статусов пациентов. Выявлена обратная корреляция показателя когнитивного статуса по Монреальской шкале оценки когнитивных функций и уровня депрессии по геритрической шкале:  $R=-0,420$ ,  $p<0,05$ . Установлена прямая корреляция уровня депрессии и уровня реактивной тревожности по шкале Спилберга:  $R=0,353$ ,  $p<0,05$ .

Таким образом, статистическая обработка показателей анкетирования пациентов в остром периоде левополушарного ишемического инсульта выявила развитие симптомокомплекса, включающего в себя когнитивные и аффективные расстройства. При этом на фоне когнитивного дефицита развиваются тревожно-депрессивные расстройства, которые наиболее выражены при меньшей степени когнитивных нарушений. Это расценивается нами, как реакция на развитие неврологической симптоматики, определенный страх перед будущим и не противоречит данным литературы [1,2,6]. Причины более выраженной депрессии при атеротромботическом инсульте требуют, по нашему мнению, дальнейшего пояснения.

## Заключение

Уровень тревожно-депрессивных расстройств при левополушарном ишемическом инсульте зависит от

когнитивного статуса пациентов. Результаты корреляционного анализа в остром периоде заболевания показали, что риск развития психоэмоциональных нарушений выше при наличии когнитивного дефицита. Депрессия достоверно чаще развивается при атеротромботическом подтипе ИИ.

Высокие показатели уровня депрессии, реактивной и личностной тревожности у больных с инсультом вероятно связаны с острым возникновением неврологического дефицита на фоне полного здоровья, самым фактом госпитализации, трудностью адаптации к утрате трудоспособности и функциональным нарушениям [2,7].

Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных и когнитивных расстройств имеет большое значение для дальнейшего прогноза течения заболевания и качества жизни пациентов.

Полученные результаты следует учитывать при планировании и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у больных в остром периоде ишемического инсульта.■

*Гумерова Г.Г., соискатель ученой степени кафедры неврологии ДПО ГБОУ ВПО ПГМУ им.а.к.Е.А.Вагнера Росздрава, г. Пермь. Селезнева С.И., аспирантка кафедры неврологии ДПО ГБОУ ВПО ПГМУ им.а.к.Е.А.Вагнера Росздрава, г. Пермь. Кравцова Е.Ю., д.м.н., профессор кафедры неврологии ДПО ГБОУ ВПО ПГМУ им.а.к.Е.А.Вагнера Росздрава, г.Пермь. Автор, ответственный за переписку - Гумерова Гульнара Газимулловна, 614025, г.Пермь, ул. Косьвинская-13, кв.89, тел. 89082681809, gumerova-91@mail.ru.*

## Литература:

1. Кулеш А.А., Шестаков В.В., Сыромятникова Л.И. и соавт. Характеристика ишемического инсульта по данным госпитального регистра: место нейрорепаративной терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2015; 7: 74-78.
2. Кравцова Е.Ю., Соснин Д.Ю., Мартынова Г.А. Окислительная модификация белков как биохимический маркер ишемического инсульта. *Медицинский альманах* 2012; 2: 95-97
3. Мякотных В.С., Кравцова Е.Ю., Мартынова Г.А. и соавт. Клинико-патогенетические особенности ишемического инсульта у представителей разного пола и возраста. *Успехи геронтологии* 2015; 3: 484-492
4. Елкина Т.А., Осетров А.С. Клинические характеристики ишемического инсульта у жителей республики Коми. *Известия Коми научного центра УрО РАН* 2014; 3(19): 89-92
5. Калинин П.П., Назаров В.В., Улитина М.Н. Тревожно-депрессивные расстройства в восстановительном периоде ишемического инсульта. *Неврология и ревматология* 2010; 2: 57
6. Скворцова В.И., Петрова Е.А., Брусов О.С. и соавт. Патогенетические особенности развития постинсультных аффективных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2010; 7 (110): 35-40
7. Скворцова В.И., Концевой В.А., Савина М.А. и соавт. Постинсультное генерализованное тревожное расстройство: соотношение с депрессией, факторы риска, влияние на восстановление утраченных функций, патогенез, лечение. *Журнал неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова* 2010; 10 (110): 4-7.
8. Ramassubu R., Robinson R.G., Flint A.J., Kosier T, Price T.R. Functional impairment associated with acute poststroke depression: the Stroke Data Bank Study. *J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci* 1998; 10(1): 26-33.
9. Савина М.А. Постинсультная депрессия. *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова* 2005; 7: 67-76

10. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Боголепова А.Н., Сорокина И.Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, приложение «Инсульт» 2001; 3: 28-31.
11. Скоромец, А.А., Л.В. Стаховская, А.А. Белкин, и соавт. Новые возможности нейропротекции в лечении ишемического инсульта. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, приложение «Инсульт» 2008; 22: 32-38.
12. Дамулин И.В. Постинсультные двигательные расстройства. Consilium-Medicum 2003; 2: 64