

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

УДК 616.831-005./4:616.89-008.46]-053

*Е.В. Авсянкина, Е.А. Стафинова, В.С. Сохина***ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Резюме.** Таким осложнениям инсульта, как депрессия и когнитивные нарушения уделяется мало внимания, в то время как именно эти осложнения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента после мозговой катастрофы. Обследовано 80 больных в возрасте от 25 до 90 лет, с диагнозом ишемический инсульт, из них женщин было — 48 (60 %), мужчин — 32 (40 %). Все больные были разделены на 4 группы по 20 человек в зависимости от возраста. I группу составили пациенты молодого возраста (25–44 лет), II группу — пациенты среднего возраста (45–59 лет), III группу — пациенты пожилого возраста (60–74 лет), IV группу — пациенты старческого возраста (75–90 лет). Статистическая обработка данных с помощью коэффициента конкордации Кенделла доказывает, что между возрастом, депрессией и когнитивным дефицитом существует сильная (0,85) корреляционная зависимость, то есть с увеличением возраста увеличивается склонность к депрессии и степень выраженности когнитивного дефицита. Установлено, что у всех больных во II, III и IV группах в клинической картине имела место тревожно-депрессивная симптоматика и снижение когнитивных функций. Выявлено, что частота и тяжесть депрессивных нарушений зависит от возраста, чем старше больной, тем тяжелее депрессия. Также установлена связь между возрастом и когнитивными нарушениями, чем старше возраст, тем более выражена степень когнитивных нарушений. Для пациентов I группы нарушений психоэмоциональных и когнитивных функций не было характерно. Подобные изменения имели место лишь у 3 (15 %) пациентов, в то время как у пациентов во II, III и IV группах такие изменения наблюдались у всех больных.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, депрессия, когнитивные нарушения

**Вступление.** Таким осложнениям инсульта, как депрессия и когнитивные нарушения уделяется мало внимания, в то время как именно эти осложнения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента после мозговой катастрофы.

**Цель исследования.** Выявить психоэмоциональные и когнитивные особенности больных ишемическим инсультом (ИИ) в зависимости от возраста.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 80 больных в возрасте от 25 до 90 лет, с диагнозом ИИ, из них женщин было — 48 (60 %), мужчин — 32 (40 %). Все больные были разделены на 4 группы по 20 человек в зависимости от возраста. I группу составили пациенты молодого возраста (25–44 лет), II группу — пациенты среднего возраста (45–59 лет), III группу — пациенты пожилого возраста (60–74 лет), IV группу — пациенты старческого возраста (75–90 лет). Всех больных обследовали с помощью шкалы определения уровня тревожности Спилбергера-Ханина, госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, Монреальской когнитивной шкалы, краткой шкалы MMSE и клинической рейтинговой шкалы деменции CDR. Полученные данные статистически обрабатывались при помощи программы STATISTIKA 7.0.

**Результаты и обсуждение.** Клиническая картина большинства наблюдаемых пациентов во II, III и IV группах характеризовалась развернутой тревожно-депрессивной симптоматикой: трудность засыпания имела место у 48 (80 %) больных, частые ночные пробуждения у 44 (73 %), чувство страха у 51 (85 %), хроническая усталость наблюдалась у всех пациентов, повышенная раздражительность у 35 (58 %), снижение настроения у 54 (90 %), слезливость у 44 (73 %), апатия 39 (65 %), снижение памяти у 54 (90 %), в то время, как у пациентов I группы эти симптомы наблюдались лишь у небольшого 3 (15 %) количества пациентов. При обследовании всех пациентов с помощью шкалы определения уровня тревожности Спилбергера-Ханина, во II, III и IV группах у больных отмечались гипомимия лица, монотонно-приглушенный голос и тревожное беспокойство. Оценка результатов исследования производилась по опроснику к шкале Спилбергера-Ханина, затем подсчитывалось количество баллов, где в I группе 3 (15 %) больных

набрали до 30 баллов — низкий уровень тревожности, у 17 (85 %) имели место нормальные показатели, во II, III и IV группах 36 (60 %) больных набрали 31–45 баллов — средний уровень тревожности, и 24 (40 %) больных набрали 46 баллов и более — высокий уровень тревожности. Также всех пациентов мы обследовали с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, содержащей 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики. При интерпретации результатов нами учитывался суммарный показатель по каждой подшкале. Так 17 (85 %) больных в I группе набрали от 0–7 баллов, что свидетельствовало об отсутствии достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, и 3 (15 %) больных набрали 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога и депрессия. Во II, III и IV группах, 34 (57 %) больных набрали 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога и депрессия, 26 (44 %) больных набрали 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога и депрессия.

Следует отметить, что у 62 (77,5 %) больных из всех обследуемых имел место когнитивный дефицит различной степени выраженности. При обследовании с помощью психометрических шкал, нами был выявлен когнитивный дефицит у 2 (10 %) пациентов в I группе и у всех пациентов во II, III и IV группах.

При детальном обследовании когнитивных сфер во II, III и IV группах, с помощью Монреальской когнитивной шкалы, краткой шкалы MMSE и клинической рейтинговой шкалы деменции CDR, только у 6 (10 %) пациентов наблюдались легкие когнитивные нарушения. При этом показатели психометрических шкал оставались в пределах возрастной нормы или незначительно отклонялись от нее, и не вызывали каких-либо затруднений в повседневной жизни, однако больные осознавали снижение когнитивных способностей по сравнению с предшествующим уровнем. У 34 (57 %) пациентов были выявлены умеренные когнитивные нарушения, которые характеризовались снижением памяти, концентрации внимания, повышенной утомляемостью при выполнении умственной работы, но не вызывающие дезадаптации в повседневной жизни. У 20 (33 %) пациентов нами были выявлены выраженные когнитивные нарушения, при которых больные теряли бытовые навыки, интерес к внешнему миру, нуждались в постоянном постороннем уходе.

Согласно широко распространенной точке зрения, по мере прогрессирования деменции склонность к развитию депрессии уменьшается, так как снижается критика пациентов к свое-

му состоянию. Так по мнению Robinson R., 2006, депрессия развивается только у 8 % пациентов, перенесших инсульт, если оценка по MMSE у них оказывается ниже 23 баллов, и в два раза чаще у пациентов с оценкой выше 23 баллов. Однако, наши результаты свидетельствуют об обратной тенденции. Статистическая обработка данных с помощью коэффициента конкордации Кенделла доказывает, что между возрастом, депрессией и когнитивным дефицитом существует сильная (0,85) корреляционная зависимость, то есть с увеличением возраста увеличивается склонность к депрессии и степень выраженности когнитивного дефицита.

Аналогичные результаты получены у Apostolova и Cummings, 2007, которые показали, что на стадии легкой деменции депрессия отмечается у 10 % пациентов, на стадии умеренной деменции — у 40 % пациентов и на стадии тяжелой деменции — у 60 % пациентов. Данные цифры указывают на увеличение распространенности депрессии, однако, заболеваемость депрессией, отражающая появление новых ее случаев, остается примерно одинаковой на протяжении всего заболевания.

Повышенный риск развития депрессии у больных с прогрессирующей деменцией, по нашему мнению, связанный с психологической реакцией на когнитивные нарушения и нарастающую беспомощность, а отражает «экспансию» органического поражения головного мозга, захватывающего структуры, критические для развития депрессии. Неслучайно, что при наличии у пациента депрессии деменция прогрессирует более быстро и сопровождается более выраженным функциональным дефицитом.

**Выводы.** Установлено, что у всех больных II, III и IV группах в клинической картине имела место тревожно-депрессивная симптоматика и снижение когнитивных функций. Выявлено, что частота и тяжесть депрессивных нарушений зависит от возраста, чем старше больной, тем тяжелее депрессия. Также установлена связь между возрастом и когнитивными нарушениями, чем старше возраст, тем более выражена степень когнитивных нарушений. Для пациентов I группы нарушений психоэмоциональных и когнитивных функций не было характерно. Подобные изменения имели место лишь у 3 (15 %) пациентов, в то время как у пациентов во II, III и IV группах такие изменения наблюдались у всех больных.

*E.V. Avsyankina, E.A. Statinova, V.S. Sokhina*

#### **PSYCHO-EMOTIONAL AND COGNITIVE FEATURES OF PATIENTS WITH BRAINS TROKE, DEPENDING ON AGE**

**Resume.** Thus complications of stroke, depression and cognitive impairment has received little attention, while these complications are largely determining the

*outcome of rehabilitation and quality of life after brain catastrophe. A total of 80 patients aged from 25 to 90 years, diagnosed with ischemic stroke, of which women were — 48 (60 %), men — 32 (40 %). All patients were divided into 4 groups of 20 people, depending on age. Group I consisted of patients younger (25–44), II group of patients are middle-aged (45–59), III group of older patients (60–74), IV patients senile age group (75–90). Statistical analysis is using the Kendall concordance coefficients how is that between age, depression and cognitive deficits there is a strong (0.85) correlation, that is, within creasing age increases the tendency to depression and the severity of cognitive deficits. It was found that all patients II, III and IV groups in the clinical picture occurred anxiety and depressive symptoms and cognitive decline. It was found that the frequency and severity of depressive disorders depends on the age, the older the patient, the more severe the depression. It is also a link between age and cognitive impairment, the older the age, the more pronounced the degree of cognitive impairment. For patients in group I of psycho-emotional disorders, and cognitive function was not typical. Such changes only occurred in 3 (15 %) patients, while patients in II, III and IV groups such changes were observed in all patients.*

**Keywords:** brain stroke, depression, cognitive impairment

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики нарушений мозгового кровообращения / Варакин Ю.Я. // Атмосфера. Нервные болезни.– 2005. № 2. – С. 4-10
2. Верещагин Н.В. Принципы диагностики и лечения больных с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения / Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А // Атмосфера. Нервные болезни. — 2002. – № 1. – С. 8-14
3. Виберс Д.О. Инсульт: клин. рук. / Д.О. Виберс, В.Л. Фейгин, Р.Д. Браун; пер. с англ. В.Л. Фейгина. М.: Бинном; СПб.: Диалект, 2005. – С. 425-468
4. Виленский Б.С. Европейская «Инсульт-инициатива» — рекомендации по ведению больных 2003 (по материалам журнала «Cerebrovascular Disaeses» (2003; 16, р. 311-317) / Б.С. Виленский, А.Н. Кузнецов // Неврол. журн. – 2004. – Т. 9, № 3. – С. 55-61
4. Головкин В.И., Жулев Н.М. Общность в развитии нормального старения и прогрессивных заболеваний мозга. Клинические и экспериментальные аспекты нейрогеронтологии / В.И. Головкин. СПб.: РИФ «Роза мира», 2009. – С. 3-10
5. Горбачева Ф.Е. Таламический лакунарный инфаркт с грубыми мнестическими нарушениями / Горбачева Ф.Е. и др. // Неврол. журн. 2004. – Т. 9, № 3. – С. 15-18
6. Доронин Б.М. Клинико-конституциональные характеристики ишемического инсульта у мужчин пожилого возраста / Б.М. Доронин, О.А. Денисова, Е.А. Васькина // IX Всероссийский съезд неврологов: тез. докл. – Ярославль, 2006. – 401 с.
7. Сажина О.А. Сравнительные особенности клинического течения, семиотики и исходов ишемических инсультов у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. канд. мед. наук : спец. 14.00.13 2002
8. Adams H.P.Jr. Guide lines for the early management of patients with ischemic stroke: a scientific statement from the Stoke Council of the American Stroke Association / Adams H.P.Jr. etal. // Ibid. 2003. – Vol. 34. – P. 1056-1083
9. Adams H.P.Jr. Guide lines for the early management of patients with ischemic stroke: a scientific statement from the stroke council of the American Stroke Association / Adams H.P.Jr. etal. // Stroke. 2003 – Vol. 34. – P. 1056-1083
10. Albers G.W. Intravenous tissue – type plasminogen activator for treatment of acute stroke : the Standard Treatment with Alteplase to Reverse Stroke (STARS) study / Albers G.W. etal. // JAMA. 2000. – Vol. 283. – P. 1145-1150
11. Arboix A. Lacunar infarcts in patients aged 85 years and older / Arboix A. etal. // Acta Neurol. Scand. 2000. – Vol. 101. – P. 25-29