ID: 2012-09-23-A-1651 Оригинальная статья

Сосницкая Д.М., Байдина Т.В.

Особенности депрессивного синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера Минздравсоцразвития России», кафедра неврологии лечебного факультета имени профессора В.П. Первушина

Sosnitskaya D.M., Baidina T.V.

Peculiarities of depression in elderly patients with cerebrovascular disorders

Perm State Medical Academy n.a. E.A. Vagner, Perm, Russia

Резюме

Целью работы явилось изучение особенностей депрессивного синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) старческого возраста. **Материалы**: Обследовано 72 пациента старческого возраста (75 – 90 лет) с диагнозом ДЭ. Проведено клиническое и психометрическое обследование. Диагноз депрессии установлен согласно критериям депрессивного расстройства МКБ-10. Проведено тестирование больных по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД), выполнен тест жизненных событий Холмса-Рея (ТЖС). Оценено качество жизни по опроснику SF-36. **Результаты:** Депрессия непсихотического уровня выявлена у 56 пациентов – основная группа. Жалобы больных в основной группе носили ипохондрический и тревожный характер. В 38 случаях преобладала тревожная симптоматика. ТЖС не кореллирует с выраженностью эмоциональных нарушений. Получена корреляция между уровнем когнитивного дефекта и аффективными нарушениями. Качество жизни больных в основной группе было хуже как по показателю психического, так и физического функционирования. **Заключение:** 1) депрессивный синдром характерен для больных ДЭ старческого возраста; 2) депрессивные жалобы маскируются соматическими и когнитивными; 3) для эмоциональных нарушений у больных ДЭ старческого возраста характерно сочетание тревожной и депрессивной симптоматики; 4) тревожно-депрессивные расстройства у больных ДЭ старческого возраста носят преимущественно органический характер и коррелируют с выраженностью когнитивного дефекта; 5) депрессия при ДЭ в старческом возрасте значительно ухудшает качество жизни больных.

Ключевые слова: старческий возраст, депрессия, качество жизни.

Abstract

Objective: This study aims to assess peculiarities of depression in elderly patients with cerebrovascular disorder. **Methods:** We conducted a prospective study on patients 75 – 90 years old with cerebrovascular disorder. Patients were tested for depression using the Hospital anxiety and depression scale (HADS) and interviewed. Cognitive impairment was assessed with MMSE and FABS, life quality – with SF-36. **Results:** Seventy-two patients were included. Depression was found in 56 patients. **Conclusions:** The results support the idea that depression is associated with cerebrovascular disorder. The depressive symptoms have somatic or anxiety pattern. Cognitive impairment correlates with emotional disorder. Depression decreases life quality.

Key words: elderly, depression, life quality.

Введение

Депрессия (от лат. depressio – подавление, угнетение) – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Распространенность депрессий в населении старших возрастных групп составляет, по данным разных исследователей, от 9 до 30%. При этом важно, что легкие и умеренно выраженные депрессивные расстройства имеют место почти в 10 раз чаще, чем тяжелые депрессивные состояния, требующие стационарного лечения в гериатрических отделениях психиатрических больниц. Поздний возраст рассматривается как пиковый в отношении частоты депрессивных расстройств у пациентов общесоматической практики. Этот показатель колеблется у разных авторов от 15 до 75%. Известно, что пожилые люди особенно редко пользуются психиатрической помощью не только потому, что сами избегают посещения таких специалистов. Нередко это происходит вследствие бытующего «эйджиизма» во взглядах части медицинских работников, которые привычно относят психические симптомы к проявлениям либо необратимых возрастных изменений, либо соматических заболеваний. Понятно, что нераспознанными при этом остаются именно нетяжелые формы депрессий, возможно, наиболее курабельные и прогностически благоприятные. Депрессивные расстройства могут возникать при длительно текущей соматической патологии как реакция на болезнь, в тоже время усугубляя течение имеющегося заболевания. Депрессию может вызывать прием некоторых лекарственных средств, прежде всего гипотензивных средств, глюкокортикоидов, резерпина, нестероидных противовоспалительных препаратов, сердечных гликозидов, транквилизаторов, противоэпилептических препаратов, противопаркинсонических средств. Немаловажную роль играют и социальные факторы, такие как утрата близких, смена привычного образа жизни и.т.д. Депрессивная симптоматика негативно влияет на социальную адаптацию и качество жизни [1].

Депрессия является основным дезадаптирующим фактором у пациентов с цереброваскулярной патологией. Депрессивное изменение настроения наряду с искажением когнитивных процессов сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями. Сосудистая депрессия была впервые описана с G.S. Alexopoulos с соавт. (1997 г.) [2]. К критериям сосудистой депрессии относятся:

1. Позднее начало депрессии.
2. Клинические и/или радиологические признаки сосудистого поражения субкортикального белого вещества обоих полушарий.
3. Наличие болезни малых сосудов и/или хронических цереброваскулярных факторов риска (артериальная гипертензия, диабет, стеноз сонной артерии, фибрилляция предсердий и гиперлипидемия).

Известно, что депрессия может возникать после острых нарушений мозгового кровообращения [3,4]. Симптомы сосудистой депрессии зачастую являются первым признаком дисциркуляторной энцефалопатии и включают в себя нарушения настроения,

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2012. Volume 2. Issue 9

нейропсихологические изменения с нарушением исполнительных функций, большую склонность к психомоторной заторможенности, трудности постижения сути, понимания ситуации в целом (insight), снижение повседневной активности [5]. Зачастую головокружение, головная боль, нарушения сна, утомляемость, снижение работоспособности, неопределенное чувство дискомфорта ошибочно трактуются как проявление непосредственно дисциркуляторной энцефалопатии. Вместе с тем, за этими симптомами могут скрываться эмоционально-аффективные нарушения, требующие коррекции.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей депрессивного синдрома у больных ДЭ старческого возраста.

Материал и методы

Нами было обследовано 72 пациента (47 женщин и 25 мужчин) старческого возраста (75 – 90 лет), находившихся на стационарном лечении в Пермском краевом госпитале для ветеранов воин по поводу ДЭ. Критериями включения являлись: верифицированный диагноз ДЭ, возраст от 75 до 90 лет, способность к самообслуживанию. Критериями исключения были соматическая, неврологическая, ортопедическая патология в стадии декомпенсации и выраженные когнитивные нарушения. Диагноз ДЭ был установлен в соответствии с общепринятыми критериями, выделенными Н.Н. Яхно, И.В. Дамулиным и соавторами в 2003 году [7].

Наряду с клиническим обследованием было проведено психометрическое с использованием стандартизованных оценочных шкал. Выраженность когнитивного расстройства оценивалась при помощи батареи лобной дисфункции (БЛД) и краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС). Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД). Тест жизненных событий Холмса-Рея (ТЖС) был применён для оценки стрессогенных событий в жизни больных за последний год. Для детальной квалификации состояния пациентов проводился тщательный опрос и изучение истории болезни. Окончательный диагноз депрессии устанавливался согласно критериям депрессивного расстройства МКБ-10.

Качество жизни пациентов оценивалось при помощи русскоязычной версии опросника SF-36 (компания Эвиденс – Клинико-фармакологические исследования) по восьми шкалам: физическое функционирование (PF), ролевое (физическое) функционирование (RF), боль (P), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE) и психологическое здоровье (MH). Результаты представлены в виде оценок в баллах между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Статистическая обработка данных производилась при помощи пакета программ STATISTICA v. 6.0 (StatSoft-Russia, 1999). Распределение изучаемых признаков оценивалось на основании критерия Шапиро-Уилка. Так как распределение каждого исследуемого признака отличалось от нормального, для анализа были использованы непараметрические методы. Количественные признаки охарактеризованы медианой, верхней и нижней квартилью. Для сравнения двух независимых признаков использован критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Корреляционный анализ выполнен по Спирману.

Результаты

Депрессивная симптоматика была выявлена у 56 обследованных. Тяжесть депрессии соответствовала лёгкой и умеренной степени по критериям МКБ-10. У 38 пациентов преобладала тревожная симптоматика. Результаты ГШТД соответствовали данным клинического осмотра - у 56 больных были выявлены субклинически и клинически выраженные депрессивные и тревожно-депрессивные нарушения (подшкала тревоги – 10(6;12) баллов, подшкала депрессии – 10 (7;13) баллов). Эти пациенты вошли в основную группу. Группу сравнения составили 16 пациентов без признаков тревоги и депрессии (подшкала тревоги – 5 (4;5,5) баллов, подшкала депрессии – 5(3,5;6) баллов).

Группы достоверно не различались по возрасту (основная группа – 81(77; 83) лет, группа сравнения – 79 (76; 81) лет; p=0,139), выраженности когнитивного расстройства по БЛД (основная группа – 14 (12;15) баллов; группа сравнения – 15 (12;18) баллов; p=0,385) и краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) (основная группа – 25 (25;27) баллов; группа сравнения – 27 (25;28) баллов; p=0,061) – умеренно выраженные когнитивные нарушения.

Пациенты основной группы предъявляли от 10 до 15 жалоб, из них такие характерные для тревоги и депрессии как нарушение сна (98,3%), неспецифические лёгочно-сердечные (98,3%) и желудочно-кишечные (89,2%) симптомы, трудности концентрации внимания (76,7%), раздражительность (94,6%), упадок сил (87,5%), характерные для депрессии -боли различной локализации (100%), характерные для тревоги – головокружение (100%), тремор, дрожь (67,8%), потливость (12,5%). Окончательный диагноз больных данной группы насчитывал от 10 до 16 нозологических форм. Пациенты группы сравнения предъявляли от 7 до 9 жалоб. Из них характерные для тревоги и депрессии - нарушение сна (93,7%), трудности концентрации внимания (56,2%), характерные для депрессии - боли различной локализации (93,7%), характерные для тревоги - головокружение (100%). Окончательный диагноз данной группы больных насчитывал от 8 до 13 нозологических форм.

Корреляции между ТЖС и уровнем тревожных и депрессивных нарушений выявлено не было. Результаты ТЖС не были достоверно выше ни в одной из групп.

Была получена умеренная корреляция между значениями ГШТД и КШОПС (R=-0,26; p=0,045).

В группе больных с тревожно-депрессивными нарушениями достоверно хуже были такие показатели качества жизни как физическое функционирование (основная группа – 42,36±25,67; группа сравнения – 60,50±15,75; p=0,032), ролевое физическое функционирование (основная группа – 9,21±17,09; группа сравнения – 46,25±35,37; p=0,005), жизнеспособность (основная группа – 41,05±19,04; группа сравнения – 58,00±20,02; p=0,023), социальное функционирование (основная группа – 55,26±27,42; группа сравнения – 83,75±16,71; p=0,008), эмоциональное функционирование (основная группа – 17,54±30,16; группа сравнения – 56,60±47,27; p=0,034), и психологическое здоровье (основная группа – 40,84±17,41; группа сравнения – 64,80±14,82; p=0,09).

Достоверной разницы в таких показателях качества жизни как боль и общее здоровье выявлено не было.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2012

Обсуждение

Наряду с когнитивными нарушениями депрессия является одним из основных и часто встречающихся синдромов у пациентов с цереброваскулярной патологией. У 77,8% из обследованных нами пациентов была выявлена депрессивная симптоматика.

Многие практикующие врачи ошибочно рассматривают депрессию у пациентов с цереброваскулярной патологией как реакцию на наличие хронического заболевания. Наши группы достоверно не различались по количеству соматических заболеваний, что косвенно подтверждает роль других патогенетических механизмов в развитии депрессии у больных ДЭ старческого возраста. К развитию сосудистой депрессии приводит именно органический дефект. Нами не было выявлено связи между стрессогенными событиями в жизни больного и развитием у него депрессивного состояния, в то же время получена корреляция между уровнем когнитивного дефекта и выраженностью тревожно-депрессивной симптоматики.

Жалобы больных в основной группе имели ипохондрические черты и были представлены в основном соматическими (нарушение сна, аппетита, боль различной локализации и.т.п.) и когнитивными (снижение концентрации внимания, замедленность мышления) симптомами

Тяжесть депрессивных симптомов зависела от выраженности неврологических нарушений. Определенную роль здесь играют психогенные факторы: переживание своей нарастающей интеллектуальной и, как правило, двигательной неспособности вносит свой вклад в формирование депрессивных расстройств на уровне умеренных когнитивных нарушений при отсутствии выраженного снижения критики. В жалобах всех больных отмечалась тревожная симптоматика, у 38 больных она преобладала над депрессивной.

Результаты оценки качества жизни показали, что депрессия при ДЭ ухудшает как психическое, так и физическое функционирование.

Заключение

1) Депрессивный синдром характерен для больных ДЭ старческого возраста.
2) Депрессивные жалобы маскируются соматическими и когнитивными.
3) Для эмоциональных нарушений у больных ДЭ старческого возраста характерно сочетание тревожной и депрессивной симптоматики.
4) Тревожно-депрессивные расстройства у больных ДЭ старческого возраста носят преимущественно органический характер и коррелируют с выраженностью когнитивного дефекта.
5) Депрессия при ДЭ в старческом возрасте значительно ухудшает качество жизни больных.

Литература

1. Гаврилова С.И. Руководство по гериатрической психиатрии. М.: Пульс, 2011. – 201 с.
2. Alexopoulos, G.S. The 'Vascular Depression' Hypothesis /Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C., Campbell, S., Sibersweig, D., Charlson, M.// Arch. Gen. Psych. – 1997 –vol.54.– P. 915-922.
3. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология: Справочник практического врача. М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 783 с.
4. Байдина Т.В. Динамика постинсультной астении в процессе восстановительного лечения /Т.В.Байдина, Н.В.Исакова, О.Н.Невоструева // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2004.– № 6. – С.15-17.
5. Байдина Т.В. Постинсультная депрессия в процессе восстановительного лечения в условиях нейрососудистого отделения курорта /Т.В.Байдина, Н.В.Исакова, О.Н.Невоструева //Пермский медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 30-34.
6. Мякотных В.С., Боровкова Т.А. Атеросклеротические поражения у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих нейропсихическими расстройствами. ГОУ ВПО УГМА, 2009.
7. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: руководство для врачей. М.: Медицина, 2005. – 452 с.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2012.