

ID: 2021-03-23-A-19562

Краткое сообщение

Байрамкулова Д.А., Бекишиева А.Р., Биджиева А.И., Коркмазова А.П.

**Особенности эмоционального и когнитивного статуса у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями***ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Среди неврологических симптомов, развивающихся вследствие сосудистых поражений ГМ, особое место занимают нарушения когнитивных функций, тревожно-депрессивный и астенический синдромы, оказывающие выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов.

Цель исследования: изучить особенности нарушений в эмоционально-когнитивной сфере у пациентов с ЦВЗ и оценить наличие связи между формами ЦВЗ и нейропсихологической отягощенностью.

В ходе исследования было обследовано 60 пациентов на базе неврологического отделения для больных с ОНМК в составе Саратовской ГКБ №9 и в Центре адаптации и реабилитации «Парус надежды», с использованием тестов для комплексной оценки нейропсихологического статуса.

По результатам проведенной работы выявлено, что 100% пациентов с нарушением мозгового кровообращения имеют нейродинамические нарушения, которые наиболее выражены у пациентов с ХИГМ.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, хроническая ишемия головного мозга, когнитивные нарушения, тревожно-депрессивные расстройства, астения

**Введение**

Цереброваскулярные заболевания имеют высокую распространенность среди населения. Ежегодно в России регистрируется более 450 тысяч случаев инсульта (2,5-3,5 случая на 1000 населения в год)[1], а также более 3 млн. больных с хроническими цереброваскулярными болезнями, с тенденцией к увеличению частоты их встречаемости[2]. Перечисленные формы ЦВЗ проявляются комплексом неврологических и нейропсихологических расстройств, среди которых отмечаются двигательные и когнитивные нарушения, расстройства коммуникативно-эмоциональной сферы, а также астенией. Данные нарушения являются причиной инвалидизации и социальной дезадаптации пациентов с ЦВЗ, существенно снижая качество жизни больных.

Восстановление физических функций, утраченных вследствие различных форм цереброваскулярных заболеваний, подробно изучено. Также существуют доказательства высокой эффективности физической реабилитации больных, страдающих ЦВЗ[4]. Стратегии восстановления когнитивной дисфункции уделяется значительно меньше внимания, возможно, из-за преобладающих более значимых двигательных нарушений. Тем не менее, постинсультные когнитивные расстройства замедляют динамику восстановления больных, снижают мотивацию к длительному, часто пожизненному лечению, значительно ухудшают качество жизни пациента, уменьшают степень независимости индивида [5] и ассоциируются с долгосрочностью болезни и инвалидизацией [6].

**Цель исследования:** изучить особенности нарушений в эмоциональной и когнитивной сферах у пациентов с ЦВЗ с оценкой наличия связи между различными формами ЦВЗ и нейропсихологической отягощенностью.

**Задачи:**

1. Исследовать особенности неврологического статуса у пациентов с ЦВЗ.
2. Провести сравнительный анализ эмоционального и когнитивного статуса в выделенных группах пациентов.
3. Провести сравнительный анализ уровней депрессии и тревоги в выделенных группах пациентов.
4. Провести сравнительный анализ выраженности астенического синдрома в выделенных группах пациентов.
5. Установить взаимосвязи между изучаемыми показателями в выделенных группах пациентов и формами ЦВЗ.

**Материал и методы**

Данное исследование проводилось на базе неврологического отделения для больных с ОНМК в составе Саратовской городской клинической больницы №9 и в Центре адаптации и реабилитации инвалидов «Парус надежды». Было обследовано 60 пациентов в возрасте от 40 до 83. Распределение по гендерному признаку равномерно: 30 мужчин (50%) и 30 женщин (50%). Формирование групп для проведения анализа и сравнительных исследований производилось на основании характера поражения. Все респонденты были разделены на две группы. Первую группу составили 34 пациентов с диагнозом инфаркт головного мозга. Во вторую группу вошло 26 пациентов с ХИГМ.

В исследовании участвовали пациенты, которые соответствовали критериям выборочной группы.

Критерии включения:

- клинически верифицированный диагноз хроническая ишемия головного мозга или инфаркт головного мозга в раннем или позднем восстановительном периоде, подтвержденный методами нейровизуализации (КТ, МРТ);
- наличие информированного согласия на участие в исследовании;
- неврологический дефицит менее 5 баллов по NIHSS;
- индекс по шкале mRS (модифицированная шкала Rankin) менее 4 баллов.

Критерии исключения:

- наличие в анамнезе другой органической патологии головного мозга;
- нейроинфекции;
- злоупотребление алкоголем и наркотиков в настоящее время и в анамнезе;
- любые другие неврологические или психические расстройства в настоящее время или в анамнезе;

- беременность;
- соматическая патология в стадии декомпенсации;
- выраженные афатические нарушения, препятствующие продуктивному речевому контакту и сбору необходимой в исследовании информации.

Для комплексной оценки нейропсихологического статуса пациентов использовались следующие тесты: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-MentalStateExamination, MMSE), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), субъективная шкала оценки астении (MFI-20), тест рисования часов.

Статистическая обработка проведена с использованием программы IBM SPSS StatisticsBase.

### Результаты и обсуждение

Анализируя фоновые заболевания пациентов, было выявлено, что в обеих исследуемых группах наиболее частым встречающимся фоновым заболеванием является артериальная гипертензия (данные таблицы 1). Следовательно, АГ является мощным фактором риска развития как инфаркта мозга, так и хронической ишемии.

Для оценки состояния когнитивной сферы нами была использована краткая шкала оценки психического статуса. По результатам опроса в 1 группе у 29,4 % пациентов были отмечены когнитивные нарушения. Из них: 17,6% имели преддементные нарушения, 5,9% — деменцию легкой степени, 5,9% — деменцию умеренной степени выраженности.

Оценка состояния когнитивной сферы у 2 группы выявила нарушения когнитивных функций у 38,5%, среди которых — 30,8% имели преддементные когнитивные нарушения, а 7,7% — деменция легкой степени. (Рисунок 1)

Также для выявления когнитивного дефицита нами использовался «Тест рисования часов». Тест позволяет выявить преддементные нарушения и деменцию. Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур (когда страдает самостоятельное рисование), так и при Альцгеймеровской деменции (когда имеет место нарушение как самостоятельного рисования, так и способности расположения стрелок на уже готовом циферблате.). Интерпретация полученных данных выявляет преимущественно деменцию по Альцгеймеровскому типу в обеих исследуемых группах (в 1 группе — 82,3%, во 2 группе — 76,9%). (Рисунок 2)

Для выявления тревожно-депрессивного расстройства в качестве скринингового теста использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Достоверные выраженные признаки тревоги отсутствуют у большинства пациентов обеих групп. Клинически выраженная тревога выявлена у 23,5% пациентов 1 группы. Среди пациентов 2 группы с выявленными симптомами тревоги преимущественно обнаруживалась субклиническая тревога (23,1%) (Рисунок 3.а).

Исходя из результатов опроса, мы предполагаем, что тревога после инсульта носит реактивный (психологический) характер, то есть развивается в рамках реакции на приобретённый неврологический дефицит (даже минимально выраженный) и следующие за этим ограничения в повседневной жизни. В свою очередь, тревога при ХИГМ обусловлена необходимостью адаптироваться к новым, обусловленным болезнью, условиям жизни в течение длительного времени.

Зачастую, проявлениям тревоги сопутствуют депрессивные расстройства. Они выявились в результате исследования у большей части пациентов с ХИГМ: примерно у половины исследуемых (46,2%) имеется субклинически выраженная депрессия, а у 15,4% — клинически выраженная. Также отметим, что постинсультная депрессия развивается у трети пациентов (в субклинической 23,5% и клинической 5,9% формах) (Рисунок 3.б).

Таблица 1. Фоновые заболевания пациентов

Фоновое заболевание	Диагноз	
	ИМ	ХИГМ
Артериальная гипертензия	77%	92%
Атеросклероз мозговых артерий	28,4%	61,5%
Ожирение	35,3%	38,5%

Примечание.  $t_{\text{Mn}} = 0.8$ ;  $t_{\text{Kp}}: p \leq 0.05 - 2.78$ ;  $p \leq 0.01 - 4.6$ .

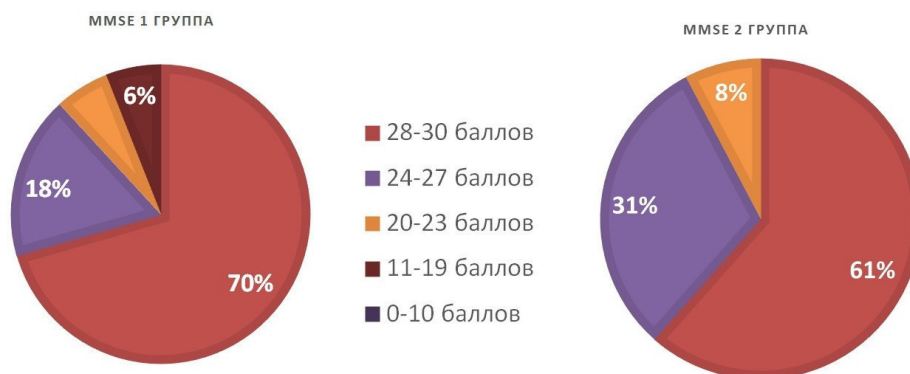


Рисунок 1. MMSE тест



Рисунок 2. Тест рисования часов

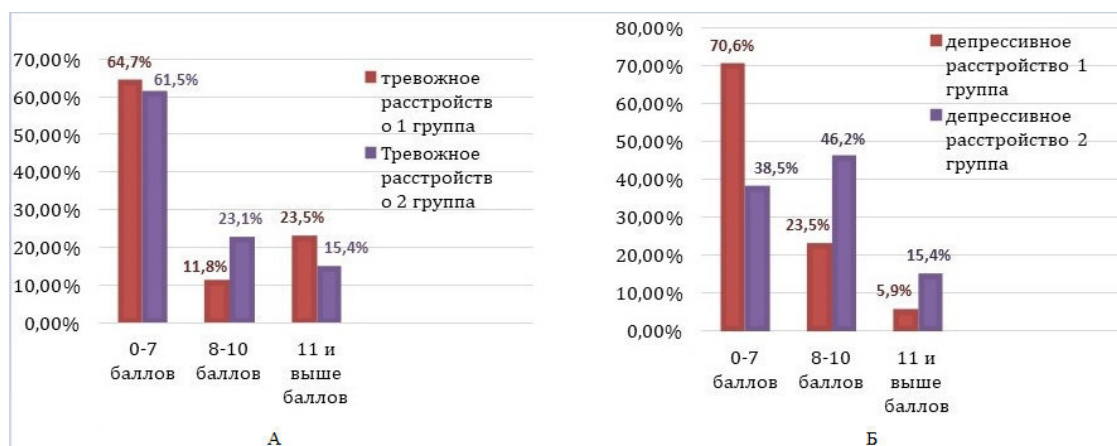


Рисунок 3. Тест на тревогу и депрессию. А) Тревожное расстройство; Б) Депрессивное расстройство

Таблица 2. Результаты по шкале субъективной оценки астении

Уровень астении	Пациенты	
	С ишемическим инсультом	С хронической ишемией головного мозга
Снижение мотивации	0%	23.1%
Пониженная активность	52.9%	76.9%
Психическая астения	23.5%	23.1%
Физическая астения	52.9%	46.2%
Общая астения	52.9%	76.9%

Примечание.  $t_{Эмп} = 0.8$ ;  $t_{Кр}$ :  $p \leq 0.05 - 2.31$ ;  $p \leq 0.01 - 3.36$ .

Полученные данные свидетельствуют о более выраженном уровне депрессии у пациентов с ХИГМ, что скорее связано либо с изменениями в депрессогенных зонах [4,5], либо долговременным переживанием пациента своего неврологического дефекта [6].

Для диагностики степени выраженности астении у исследуемых пациентов мы использовали Шкалу субъективной оценки астении (MFI-20), показатели астении в которой оценивались по 5 субшкалам (в каждой субшкале норма до 12 баллов): общая астения, физическая астения, снижение активности, снижение мотивации, психическая астения.

По результатам исследования в 1-ой исследуемой группе доля пациентов с общей астенией составила 52,9%, во 2-ой 76,9%. Анализ субшкал астении показал близкие показатели физической астении (в 1-й группе — 52,9%, во 2-й — 46,2%); психической астении (1-ой-группе 23,5%, во 2-ой — 23,1%), и только по показателям сниженной активности (76,9% против 52,9% в 1-ой группе) и сниженной мотивации больший процент был во 2-й группе (23,31% против 0% в 1-ой группе) (Таблица 2).

Таким образом, среди всех субшкал на первый план выступает снижение активности в обеих группах, а также физическая астения, которая практически равномерно выражена в обследуемых группах.

### Заключение

Данное исследование подтвердило, что одним из доминирующих проявлений поражений головного мозга является нарушение когнитивных функций и эмоционального статуса, приводящее к социальной дезадаптации больных.

Полученные нами сведения показывают, что у 100% пациентов с ЦВЗ выявляются нейродинамические нарушения разной степени выраженности в виде эмоционально-аффективных расстройств: депрессия, тревога, астения, патологическая утомляемость, снижение памяти, раздражительность и эмоциональная лабильность, которые существенно снижают качество

жизни и затрудняют проведение реабилитационных мероприятий. При более углубленном исследовании было выявлено, что данные нарушения более выражены у пациентов с ХИГМ, что, возможно, связано с хронизацией процесса. Когнитивные же расстройства не имеют достоверной разницы по степени выраженности при различных формах ЦВЗ.

Таким образом, в реабилитации пациентов с ЦВЗ нельзя оставлять без внимания эмоциональное и когнитивное состояние пациентов.

Целесообразным является ранний скрининг когнитивных расстройств у пациентов с ЦВЗ с помощью простых нейропсихологических методик и раннее начало реабилитации с целью их восстановления.

#### Литература

1. URL:<http://mpmo.ru/archives/12249>
2. URL:<https://gkob1.ru/news/hronicheskaja-ishemija-golovnogogo-mozga-jetiologija-patogenez-diagnostika-i-lechenie/>
3. Абрамова В.Н., Слюсарь Т.А., Медведева С.Л. Тревожно-депрессивные и астенические нарушения у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет // Медицинский алфавит.- 2019.- №39 том 4.- 40-43 с.
4. Шапаронова Н. В., Кадыков А. С. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях. Вопросы диагностики и лечения // Нервные болезни. - 2015. - № 3. - 29–35 с.
5. RománG. C. et al. Сосудистая деменция: диагностические критерии для научных исследований // Отчет Международный семинар NINDS-AIREN. Неврология.- 1993.- 43 (2).- 250–260 с.
6. Кутько И. И., Панченко О. А., Линев А. Н. Депрессии (актуальные проблемы синдромологической и нозологической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики на современном этапе) // Новости медицины и фармации. - 2015.- № 8 (539). 20–23 с.