

В. Н. Абрамова



Т. А. Слюсарь

Тревожно-депрессивные и астенические нарушения у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет

В. Н. Абрамова, врач-невролог²

Т. А. Слюсарь, д.м.н., проф.¹

С. Л. Медведева, к.м.н., зав. неврологическим отделением²

¹Кафедра неврологии, реабилитации и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тверь

²ГБУЗ «Областная клиническая больница», г. Тверь

Anxiety-depressive and asthenic disorders in patients older than 75 years with chronic brain ischemia

V. N. Abramova, T. A. Slyusar, C. L. Medvedeva

Tver State Medical University, Tver State Regional Hospital; Tver, Russia

Резюме

Цель исследования. Изучить распространенность и выраженность депрессии, тревоги и астении у пациентов с хронической ишемией головного мозга (ХИГМ) старше 75 лет и их связь с соматической отягощенностью. **Материалы и методы.** Обследован 121 пациент с ХИГМ II и III стадии (57 человек с ишемическим инсультом в анамнезе, 64 — без инсульта) в возрасте от 75 до 95 лет. Использовали опросники Бэка для определения уровня депрессии, Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина для выявления тревоги, MFI-20 для оценки выраженности астении. Рассчитывали степень отягощенности соматической патологией — индекс полиморбидности. **Результаты.** Характерной особенностью пациентов с ХИГМ старше 75 лет являются высокая распространенность и выраженность эмоциональных нарушений (тревога и депрессия), а также астенического синдрома, высокие значения индекса полиморбидности, что целесообразно учитывать при планировании терапии ХИГМ.

Ключевые слова: хроническая ишемия головного мозга, старческий возраст, депрессия, тревога, астения.

Summary

Purpose of the study. To study the prevalence and severity of depression, anxiety and asthenia in patients older than 75 years with chronic brain ischemia (CBI) and their relationship with somatic burden. **Materials and methods.** 121 patients aged 75 to 95 years with CBI of two and three stage were examined (57 patients with ischemic stroke in anamnesis, 64 without stroke). We used the Beck's questionnaire to determine the level of depression, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) one for detecting anxiety, Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) one for assessing the severity of asthenia. The level of burden of somatic pathology was calculate by the polymorbidity index. **Results.** A characteristic feature of patients older than 75 years with CBI is the high prevalence and severity of emotional disturbances (anxiety and depression), as well as asthenic syndrome, high values of the polymorbidity index, which is advisable to take into account when planning CBI therapy.

Key words: chronic brain ischemia, senile age, depression, anxiety, asthenia.

Введение

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ), как одна из главных составляющих цереброваскулярной патологии, имеет широкую распространенность ввиду демографических изменений в популяции, ведущих к увеличению доли лиц пожилого и старческого возраста. Наряду с когнитивными и двигательными нарушениями одними из часто встречающихся проявлений ХИГМ являются нарушения эмоциональной сферы и астения. Актуальность изучения распространенности и особенностей данных нарушений у лиц старше 75 лет диктуется недостаточной курабельностью сочетаний соматических, тревожно-депрессивных и астенических расстройств, в результате чего может снижаться эффективность оказания ме-

дицинской помощи, способствующая возрастанию неудовлетворенности населения качеством здравоохранения [6].

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности и выраженности депрессии, тревоги и астении у пациентов с ХИГМ старше 75 лет и их связь с соматической отягощенностью.

Материалы и метод

Обследован 121 пациент (45 мужчин и 76 женщин) в возрасте от 75 до 95 лет, медиана возраста с интерквартильным интервалом составила 84 (78,4; 89,6) года. Все больные находились на лечении в стационаре неврологического профиля ГБУЗ «ОКБ» г. Твери и имели верифицированный диагноз ХИГМ II и III стадии. Средняя длительность за-

болевания составила $15,6 \pm 0,6$ года. Среди обследованных пациентов 57 человек имели в анамнезе ишемический инсульт, 64 были без инсульта. Всем пациентам проводилось исследование эмоциональной сферы с использованием опросника Бэка [10] для определения уровня депрессии, опросника Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) в модификации Ю. Л. Ханина [5] для выявления реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). Степень выраженности астении определяли с помощью опросника MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory) [13]. Рассчитывался индекс полиморбидности (ИПМ) [8] для оценки отягощенности соматической патологией.

Статистическая обработка выполнена с использованием программы IBM SPSS Statistics for Windows 22.0

(SPSS, США). Для определения соответствия выборки закону нормального распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова. При обработке данных для количественных признаков рассчитывались среднее арифметическое значение и стандартная ошибка среднего значения ($M \pm m$), для оценки влияния группирующего фактора на количественный признак использовался расчет критерия χ^2 Пирсона, при сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни. Связи показателей в группах оценивали с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Депрессивные нарушения различной степени выраженности были выявлены более чем у 90 % обследованных больных пациентов с ХИГМ старше 75 лет (табл. 1).

Среди пациентов, перенесших ишемический инсульт, доля лиц со средним и тяжелым уровнем депрессии была выше ($\chi^2 = 7,58$; $p < 0,01$). В группе пациентов без инсульта доминировали больные с легкой депрессией — 43,8 % ($\chi^2 = 9,61$; $p < 0,01$). Женщин с инсультом в анамнезе отличал более высокий уровень депрессии ($p < 0,05$). При анализе четырехпольных таблиц было установлено, что выраженная депрессия (средней степени и тяжелая) встречалась у пациентов с инсультом в анамнезе в четыре раза чаще по сравнению с пациентами без инсульта. Отношение шансов составило 4,4 (2,1; 9,6) при 95 % ДИ; $\chi^2 = 14,9$ ($p < 0,001$). Средний балл по результатам опросника Бэка соответствовал средней и тяжелой депрессии и был статистически значимо выше среди пациентов, перенесших инсульт ($p < 0,001$) (табл. 2).

По данным опросника Спилберга-Ханина, пациенты имели средний и высокий уровень тревожных нарушений, которые выявлялись у 100 % обследованных (см. рис.). Доля пациентов с выраженными тревожными нарушениями оказалась выше среди пациентов, перенесших инсульт, однако статистически значимые различия были выявлены только для РТ ($\chi^2 = 5,72$; $p < 0,05$). Среди пациентов без инсульта преобладал средний уровень

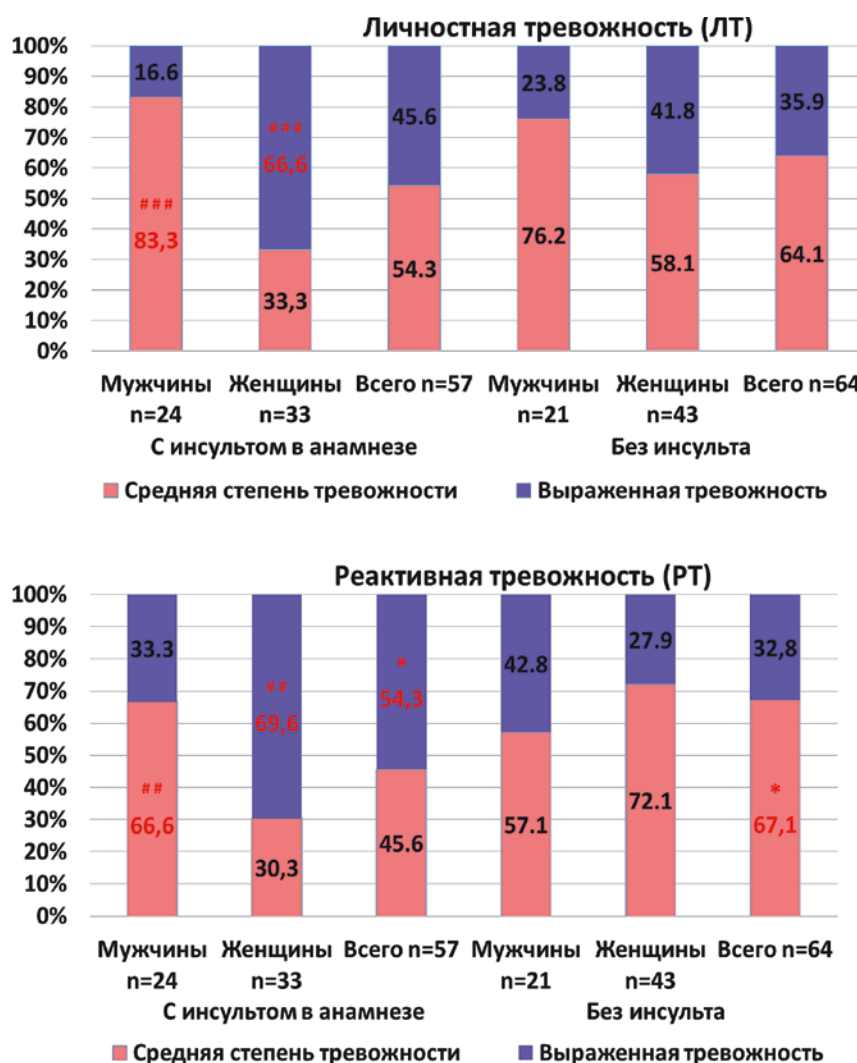


Рисунок. Реактивная и личностная тревожность у пациентов с ХИГМ старше 75 лет.

тревожности (табл. 2), значимые различия также были получены только для РТ ($\chi^2 = 5,72$; $p < 0,05$). У женщин с инсультом в анамнезе чаще выявлялась выраженная тревога (ЛТ = 66,6 %, РТ = 69,6 %) по сравнению с мужчинами (ЛТ = 16,6 %, РТ = 33,3 %), как личностная ($\chi^2 = 14,0$; $p < 0,001$), так и реактивная ($\chi^2 = 7,41$; $p < 0,01$). У пациентов, перенесших инсульт, выраженная тревожность встречалась примерно в два раза чаще: ОШ = 2,1 (1,02; 4,4) при 95 % ДИ; $\chi^2 = 4,1$ ($p < 0,05$).

При корреляционном анализе установлена связь между средним баллом опросника Бэка и средними значениями ИПМ ($r = 0,459$; $p < 0,01$); а также связь уровня РТ ($r = 0,456$; $p < 0,01$) и ЛТ ($r = 0,577$; $p < 0,01$) с ИПМ. Полученные данные свидетельствуют о более выраженном уровне депрессии и тревоги у пациентов с отягощенным

соматическим анамнезом (с высоким ИПМ), поскольку наличие соматического заболевания является стрессовым фактором, который может провоцировать формирование реактивного тревожно-депрессивного расстройства [4]. Выявленные корреляции между средним баллом РТ ($r = 0,84$; $p < 0,01$) и ЛТ ($r = 0,57$; $p < 0,01$) и результатами опросника Бэка свидетельствуют о тесной взаимосвязи между уровнем тревоги и депрессии (пациенты с более высоким уровнем депрессии имеют достоверно более выраженную тревожность), что объясняется единым механизмом нейротрансмиттерного дисбаланса [3].

Высокий уровень депрессивных нарушений в целом характерен для клинической картины ХИГМ и часто выявляется при сосудистых и дегенеративных деменциях [2]. Большая представленность депрессии и трево-

Таблица 1
Структура депрессии, по данным опросника Бэка, у пациентов с ХИГМ старше 75 лет (абс., %)

Уровень депрессии	Пациенты с ХИГМ старше 75 лет					
	С инсультом в анамнезе			Без инсульта		
	Мужчины (n = 24)	Женщины (n = 33)	Всего (n = 57)	Мужчины (n = 21)	Женщины (n = 43)	Всего (n = 64)
Отсутствие депрессии	2 (8,3)	2 (6,06)	4 (7,01)	0	3 (6,9)	3 (4,6)
Легкая депрессия	9 (37,5)###	1 (3,03)	10 (17,5)	7 (33,3)	21 (48,8)	28 (43,8)**
Умеренная депрессия	4 (16,6)	5 (15,1)	9 (15,8)	8 (38,1)	9 (20,9)	17 (26,5)
Депрессия средней степени тяжести	8 (33,3)	20 (60,6)#	28 (49,1)**	6 (28,5)	10 (23,2)	16 (25,0)
Тяжелая депрессия	1 (4,2)	5 (15,1)	6 (10,5)	0	0	0

Примечание. Здесь и в последующих таблицах: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$ — различия между группами; # — $p < 0,05$; ## — $p < 0,01$; ### — $p < 0,001$ — различия между мужчинами и женщинами.

Таблица 2
Выраженность тревоги и депрессии у пациентов с ХИГМ старше 75 лет ($M \pm m$)

Показатель (средний балл)	Пациенты с ХИГМ старше 75 лет					
	С инсультом в анамнезе			Без инсульта		
	Мужчины (n = 24)	Женщины (n = 33)	Всего (n = 57)	Мужчины (n = 21)	Женщины (n = 43)	Всего (n = 64)
Опросник Бэка	17,4 ± 1,4	23,06 ± 1,08##	20,7 ± 0,9***	17,2 ± 1,1	15,7 ± 0,7	16,2 ± 0,6
Опросник Спилберга:						
- реактивная тревожность	42,4 ± 1,7	49,9 ± 1,4##	46,7 ± 1,2*	43,4 ± 1,6	43,5 ± 1,01	43,5 ± 0,8
- личностная тревожность	39,2 ± 1,3	48,5 ± 1,1###	44,6 ± 1,04	40,6 ± 1,3	44,0 ± 0,9#	42,8 ± 0,8

ги у пациентов с инсультом в анамнезе связана с наличием более грубых нейродинамических и нейрхимических расстройств в головном мозге, а также непосредственным влиянием постинсультных изменений в депрессогенных зонах [9, 12]. Немаловажную роль играет переживание пациентом своего неврологического дефицита, формирующегося после перенесенной сосудистой катастрофы [7].

Астения — еще одна немаловажная составляющая клинической картины ХИГМ у пациентов старше 75 лет. Астенические нарушения выявлялись у 100% обследованных нами пациентов с ХИГМ старше 75 лет (табл. 3). Уровень астении, по данным MFI-20 (U-критерий = 1268,5; $p < 0,01$), был статистически значимо выше среди пациентов, перенесших инсульт. По-

казатели субшкал пониженной активности (U-критерий = 1311,0; $p < 0,01$), психической (U-критерий = 1233,5; $p < 0,01$) и физической астении (U-критерий = 1414,0; $p < 0,05$) были также выше в группе больных с ХИГМ, имеющих инсульт в анамнезе. У мужчин и женщин проявления астении были выражены в равной степени, за исключением общей астении в группе пациентов с ХИГМ, перенесших инсульт (U-критерий = 255,0; $p < 0,05$), которая была выше у женщин. Выраженность астении коррелировала с уровнем депрессии ($r = 0,661$; $p < 0,01$), тревоги ($r = 0,31-0,455$; $p < 0,01$), увеличивалась с возрастом ($r = 0,514$; $p < 0,05$) и имела более высокие показатели у пациентов с отягощенным соматическим анамнезом ($r = 0,425$; $p < 0,05$).

Высокая представленность астенических расстройств среди пациентов с ХИГМ старше 75 лет объясняется наличием у них синдрома старческой астении, основными звеньями патогенеза которого являются четыре тесно связанных возраст-зависимых состояния: синдром недостаточности питания (мальнутриции), саркопения, снижение метаболического индекса и физической активности [14, 11]. Высокий уровень астении у пациентов с инсультом в анамнезе связан с наличием постинсультных изменений в структурах, участвующих в процессах физической и психической активности, в результате чего формируются функциональная недостаточность и нейротрансмиттерный дисбаланс [1].

Таблица 3
Уровень астении у пациентов с ХИГМ старше 75 лет ($M \pm m$)

Уровень астении (средний балл)	Пациенты с ХИГМ старше 75 лет					
	С инсультом в анамнезе			Без инсульта		
	Мужчины (n = 24)	Женщины (n = 33)	Всего (n = 57)	Мужчины (n = 21)	Женщины (n = 43)	Всего (n = 64)
MFI-20, общий балл	76,1 ± 3,0	80,6 ± 2,3	78,7 ± 1,8**	73,7 ± 2,2	71,4 ± 2,1	72,2 ± 1,6
MFI-20, снижение мотивации	13,6 ± 0,6	14,3 ± 0,4	14,02 ± 0,3	13,5 ± 0,5	12,6 ± 0,4	12,9 ± 0,3
MFI-20, пониженная активность	15,04 ± 0,7	16,0 ± 0,6	15,6 ± 0,4**	14,1 ± 0,5	13,7 ± 0,5	13,8 ± 0,4
MFI-20, психическая астения	14,2 ± 0,8	14,5 ± 0,8	14,4 ± 0,5**	12,2 ± 0,8	12,05 ± 0,6	12,1 ± 0,5
MFI-20, физическая астения	16,7 ± 0,6	17,7 ± 0,5	17,3 ± 0,4*	16,6 ± 0,6	16,09 ± 0,4	16,2 ± 0,3
MFI-20, общая астения	16,7 ± 0,5	18,2 ± 0,4#	17,6 ± 0,3	17,5 ± 0,4	16,9 ± 0,4	17,1 ± 0,3

Заключение

Для клинической картины ХИГМ у пациентов старше 75 лет характерна высокая распространенность и выраженность эмоциональных нарушений (тревога и депрессия), а также наличие выраженного астенического синдрома. Одновременная представленность тревоги и депрессии у одного пациента является характерной чертой старческого возраста и может рассматриваться в рамках смешанного тревожно-депрессивного расстройства (рубрика F41.2 МКБ-10). В целом различия по уровню эмоциональных нарушений в зависимости от пола сглажены, что можно объяснить изменениями гормонального фона в данном возрасте, однако женщин все же отличает большая эмоциональность по ряду показателей.

Характерной особенностью пациентов с ХИГМ старше 75 лет являются высокие значения индекса полиморбидности, которые влияют на уровень депрессии, тревоги и астении.

Таким образом, тревога, депрессия и проявления астенического синдрома занимают значимое место в клинической картине ХИГМ и играют немаловажную роль в выборе тактики ведения пациентов старше 75 лет, кроме того, они могут оказывать значимое влияние на качество жизни пациента. При обследовании больных данной возрастной группы целесообразно использовать методики для оценки уровня эмоциональных расстройств и астении, а также учитывать значимость данных нарушений при планировании терапии ХИГМ.

Список литературы

1. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. М.: МИА, 1998. 752 с.
2. Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 2. С. 9–13.
3. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий. Русский медицинский журнал. 2006. № 9 (14). С. 694–697.
4. Воробьева О.В. Стресс-индуцированные психовегетативные реакции. Русский медицинский журнал. 2005. № 12 (13). С. 798–801.
5. Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.А. Ханин). Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. Санкт-Петербург: Речь, 2002. 171 с.
6. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы. Социальная и клиническая психиатрия. № 4 (23). 2013. Стр. 5–13.
7. Кутько И.И., Панченко О.А., Линева А.Н. Депрессии (актуальные проблемы синдромологической и нозологической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики на современном этапе). Новости медицины и фармации. 2015. № 8 (539). С. 20–23.
8. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность. Consilium medicum. 2005. № 12 (7). С. 993–996.
9. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях. Вопросы диагностики и лечения. Нервные болезни. 2015. № 3. С. 29–35.
10. Beck A.T. et al. An inventory for measuring depression. Arch. Gen Psychiatr. 1961. Vol. 5. P. 561–571.
11. Rockwood K., Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. Clinics in Geriatric Medicine. 2011. Vol. 27 (1). P. 17–26.
12. Román G.C. et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology. 1993. Feb. Vol. 43 (2). P. 250–260.
13. Smets E.M. et al. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. Journal of Psychosomatic Research. 1995. Apr. Vol. 39 (3). P. 315–325.
14. Vlachakis D. et al. Insights into the molecular mechanisms of stress and inflammation in ageing and frailty of the elderly. J Mol Biochem. 2017. Vol. 6. P. 41–44.

Для цитирования. 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. Серия «Неврология и психиатрия». — 2019. — Т. 4. — 39 (414). — С. 40–43.

