

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Чалая Е.Б., Будза В.Г.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург, e-mail: 261007@bk.ru

На основании комплексного анализа проведенных клиничко-психопатологических исследований: клиничко-психопатологического, клиничко-неврологического, клиничко-анамнестического, экспериментально-психологического 161 больного (109 мужчин, 52 женщины), уточнены особенности клиники и динамики неврозо- и психопатоподобных расстройств у больных без деменции в различные периоды (исключая ранний восстановительный) хронической фазы инсульта. Определена значимость психотравмирующего влияния двигательной депривации (в зависимости от степени нарушений двигательной функции) на синдромообразование пограничных расстройств в этой фазе инсульта. Констатировано нарастание частоты развития астено-депрессивного и психопатоподобного синдромов в прямой зависимости от давности начала развития инсульта и выраженности нарушений двигательных функций. Рассмотрено взаимовлияние органических и психогенных, а также других (возраст, преморбид) факторов в становлении пограничных расстройств у данной категории больных.

Ключевые слова: постинсультный период, неврозо- и психопатоподобные расстройства, двигательная депривация.

CHARACTERISTIC CLINICAL FEATURES OF BORDERLINE NEURO-MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH POSTIN-SOULTIME MOVEMENT DISORDERS

Chalaya E.B., Budza V.G.

Orenburg state medical University, Orenburg, e-mail: 261007@bk.ru

On the basis of a comprehensive analysis of clinical-psychopathological research studies: clinical-psychopathological, clinical-neurological, clinical and anamnestic, experimental psychological 161 patients (109 men, 52 women), clarify the specifics of the clinic and the dynamics of nevrozo – and psychopathic disorders in patients without dementia in different periods (excluding early recovery) chronic phase of stroke. Determined the significance of the traumatic impact of motor deprivation (depending on the extent of impaired motor function) on the edge sundramoorthy disorders in this phase of the stroke. A detected increase in the incidence of asthenic-depressive and psychopathic syndromes in direct proportion to the limitation of the onset of stroke and severity of disorders of motor functions. Considered the interaction of organic and psychogenic and other (age, premorbid) factors in the development of borderline disorders in this category of patients.

Keywords: post-stroke period, nevrozo- and psychopathic disorder, physical deprivation.

Актуальность совершенствования лечебно-реабилитационных мероприятий при церебральном инсульте обусловлена не только большой распространенностью этой патологии, но и высокой степенью инвалидизации больных [3,5,6]. Двигательные расстройства, возникающие вследствие инсульта, ограничивают адаптационные возможности организма. Несмотря на большое количество исследований клинических особенностей пограничных нервно-психических расстройств при сосудистой патологии головного мозга (ГМ) [1], в частности, при инсультном течении ее [3,5,6], недостаточно изучена роль степени двигательной депривации, являющейся выраженным психотравмирующим фактором в патогенезе психопатологических расстройств. Деадаптивно-характерологические расстройства, возникающие по мере течения болезни, приводят к формированию аномального (патологического и/или психосоматического)

развития личности [4]. В настоящее время регистр психосоматического «реагирования» расширился за счёт включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе и постинсультный период. Данное обстоятельство указывает на необходимость углубленного изучения динамики и зависимости пограничных расстройств от эффективности восстановления двигательных функций.

Цель исследования: изучение клинических разновидностей и динамики пограничных нервно-психических расстройств у больных в хроническую фазу ишемического инсульта (ИИ) в зависимости от давности начала заболевания и выраженности нарушений двигательной функции (НДФ).

Материал и методы исследования. Обследован 161 пациент (109 мужчин, 52 женщины, средний возраст – 55 лет) в различные периоды последствий ИИ: от 2-х месяцев до 1-го года (поздний восстановительный этап) – 66 больных, от 1-го года до 3-х лет (ранний резидуальный этап) – 56 больных, более 3-х лет (поздний резидуальный этап) – 39 больных. У 48,5 % (78 больных) очаг деструкции локализовался в левом полушарии, у 51,5 % (83) – в правом. Основная группа включала 131 пациента с НДФ, 30 человек не имели их (контрольная группа). Диагноз ИИ основывался на клинических данных (быстрое развитие нейроваскулярного синдрома, наличие факторов риска инсульта) и данных рентгеновской компьютерной или магнитно-резонансной томографии ГМ. Оценка неврологического статуса проводилась по шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale), функционального состояния и восстановления – по шкалам Рэнкина и индексу Бартел. Состояние когнитивных функций и их выраженность оценивалось в соответствии с критериями Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA) и классификации Н.Н. Яхно [8]. Исследовались больные с легкими и умеренными когнитивными нарушениями. Диагноз психических расстройств устанавливался на основе клинического обследования психиатром, которое включало: анамнез, клинику психических расстройств, их характер, динамику, выраженность. В зависимости от преморбидных личностно-типологических особенностей (отклонения характера не достигали степени психопатии) все исследуемые больные подразделялись на лиц: с возбудимыми чертами характера (39 больных, 24,2 %), тревожно-мнительными (54 больных, 33,5 %), синтонными (68 больных, 42,3 %). В основной группе преобладали синтонные, в контрольной – тревожно-мнительные преморбидные особенности личности. Уровень астено-депрессивных состояний был объективизирован, наряду с психопатологическим методом, шкалой депрессии Гамильтона (HRDS) [9] с определённой коррекцией, поскольку некоторые симптомы, относящиеся по шкале к проявлениям депрессии (апатия, беспомощность), зависели от выраженности двигательных нарушений.

Статистическую обработку данных проводили с помощью метода парного сравнения групп пациентов. При нормальном распределении для сравнительного анализа между группами использовали критерии Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Рассчитывали среднее значение и стандартное отклонение, а также ошибку средних величин.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе клинической картины постинсультного периода у всех обследованных больных диагностированы нарушения непсихотического уровня в виде астенического (шифр по МКБ 10 F. 06.6), невротического (F. 06), астено-депрессивного (F. 06.3) и психопатоподобного (F. 07.0) синдромов.

В позднем восстановительном этапе у основного контингента больных приоритетным являлся невротический синдром (36,4 %), клинические проявления которого определялись облигатными для органического процесса церебральными и «функциональными», невротического характера расстройствами (возбудимость, раздражительность, тревожность, гипотимия), которые не носили постоянный характер, зависели от колебаний соматического состояния и психогенного влияния двигательной депривации. Установленная тенденция преимущественного развития невротического синдрома у лиц с возбудимым преморбидом (43,8 %) отражала заострение преморбидных черт личности вследствие органической патологии.

Астено-депрессивный синдром у больных занимал второе по частоте место (27,3 %) и обуславливался предрасполагающим к развитию депрессивных переживаний тревожно-мнительным преморбидом (58,3 %, $p < 0,05$), а также и психотравмирующим влиянием двигательных нарушений, поскольку наиболее тяжелые (тревожный и тоскливый) варианты депрессии, с большей выраженностью в баллах по шкале депрессии Гамильтона, выявлялись у больных с глубокими двигательными расстройствами. Роль органического процесса проявилась в виде различной выраженности астении, которая не имела эмоционального напряжения, в отличие от тревоги и тоски.

Астенический синдром (наименее тяжелый в ряду пограничных расстройств) установлен у 22,7 % больных преимущественно с синтонным преморбидом (60,0 %, $p < 0,05$) и левополушарным поражением (60,9 %, $p < 0,05$), что и определило особенности эмоциональных проявлений, выражающих активное стремление к компенсации «преодолительные способности» [2] и отсутствие явных невротических наслоений.

Психопатоподобный синдром установлен только у основного контингента больных (13,6 %). Становление данного синдрома было обусловлено как органическим процессом (преобладание лиц с синтонным преморбидом (50,0 %) свидетельствовало об «огрубении» преморбидных личностных черт вследствие прогрессивности сосудистой патологии), а

также и психотравмирующим воздействием двигательного дефекта, вызывающего психопатизацию личности.

Таблица 1

Частота психопатологических синдромов в зависимости от преморбидных особенностей личности в позднем восстановительном этапе последствий инсульта

Синдромы	Преморбидные особенности							
	синтонные		возбудимые		тревожно-мнительные		всего	
	основная группа							
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Аст.	6	3,33*	3	21,43	1	8,33	10	22,73
Невр.	6	33,33	7	50	3	25	16	36,36
Аст.Депр	3	16,67	2	14,28	7	58,34	12	27,27
Психоп.	3	16,67*	2	14,28	1	8,33	6	13,64
итого	18	100,0	14	100,0	12	100,0	44	100,0
	контрольная группа							
Аст.	6	75	0	0	7	58,33	13	59,09
Невр.	2	25	2	100,0	4	33,33*	8	36,36
Аст.Депр.	0	0	0	0	1	8,34	1	4,55
итого	8	100,0	2	100,0	12	100,0	22	100,0

* $p < 0,05$. Сокращения: Аст. – астенический, Невр. – неврозоподобный, Аст. Депр. – астено-депрессивный, Психоп. – психопатоподобный синдромы (в следующих таблицах условные сокращения те же).

На раннем резидуальном этапе хронической фазы инсульта астено-депрессивный синдром диагностировался чаще, чем остальные – 41,7 %. Преобладал вариант тоскливой депрессии, что более характерно для аффективного психогенного синдрома, нежели органического. Депрессивные переживания отражали психотравмирующую роль двигательной депривации и проецировались на будущее (утрата надежд на ликвидацию двигательного дефекта).

В развитии астенического синдрома (29,2 % больных) преимущественную роль играл сосудистый процесс, что определялось отсутствием у большинства больных преморбидных отклонений в характере (синтонные – 66,7 %, $p < 0,05$), соответствием его проявлений полушарной локализации очага (при левополушарном – гиперстенический вариант, правополушарной – гипостенический, что соответствовало литературным данным [2]). Однако более сложная структура синдрома, чем «чисто» органического, и сочетание с личностными реакциями эмоциональной неустойчивости, тревожности, слезливости именно у больных с двигательными нарушениями, указывала на определенное участие в развитии синдрома психогении (двигательной депривации).

Психопатоподобный синдром (16,7 % больных), несмотря на тенденцию связи его с возбудимым типом преморбиды (62,5 %), левополушарной локализацией очага поражения

($p < 0,05$), при котором нарушается произвольная регуляция эмоций [2], в силу констатации этого синдрома только в основном контингенте (при наличии длительно существующей психотравмирующей ситуации – двигательной депривации), обнаруживал признаки патохарактерологического (психосоматического) развития.

Неврозоподобный синдром (12,5 % больных) характеризовался преобладанием симптоматики невротического уровня (реакции раздражительной слабости, гипотимия с вегетативными проявлениями) над органической. Однако отнести этот синдром к «чисто» невротическому не представлялось возможным в связи с тенденцией связи его с левополушарной локализацией очага инсульта, которой свойственна подобная симптоматика [2].

Таблица 2

Распределение частоты психопатологических синдромов в зависимости от преморбидных характеристик личности в раннем резидуальном этапе последствий инсульта

Синдромы	Преморбидные особенности							
	синтонные		возбудимые		тревожно-мнительные		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Аст.	8	42,1*	2	30,77	4	30,77	12	25
Невр.	3	15,79	3	18,75	0	0	6	12,5
Аст.Депр.	6	31,58	6	37,5	8	61,54	20	41,67
Психоп.	2	10,53	5	31,25	1	7,69	8	16,67
итого	19	100,0	16	100,0	13	100,0	48	100,0

* $p < 0,05$.

Таблица 3

Сопоставление частоты психопатологических синдромов с полушарной локализацией очага в раннем резидуальном этапе последствий инсульта

Синдромы	Полушарная локализация					
	левое		правое		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Аст.	9	31,04	9	33,33	18	32,14
Невр.	6	20,69	2	7,41	8	14,29
Аст.Депр.	6	20,69	16	59,26*	22	39,29
Психоп.	8	27,58*	0	0	8	14,28
итого	29	100,0	27	100,0	56	100,0

* $p < 0,05$ при сравнении с левым полушарием.

В раннем резидуальном этапе психогенное (переживания, связанные с утратой двигательной активности) и соматогенное (усиление депрессии, раздражительной слабости и психопатизации при ухудшении соматического состояния) выступали то в форме причины, то следствия, что соответствовало имеющимся представлениям о развитии психосоматозов

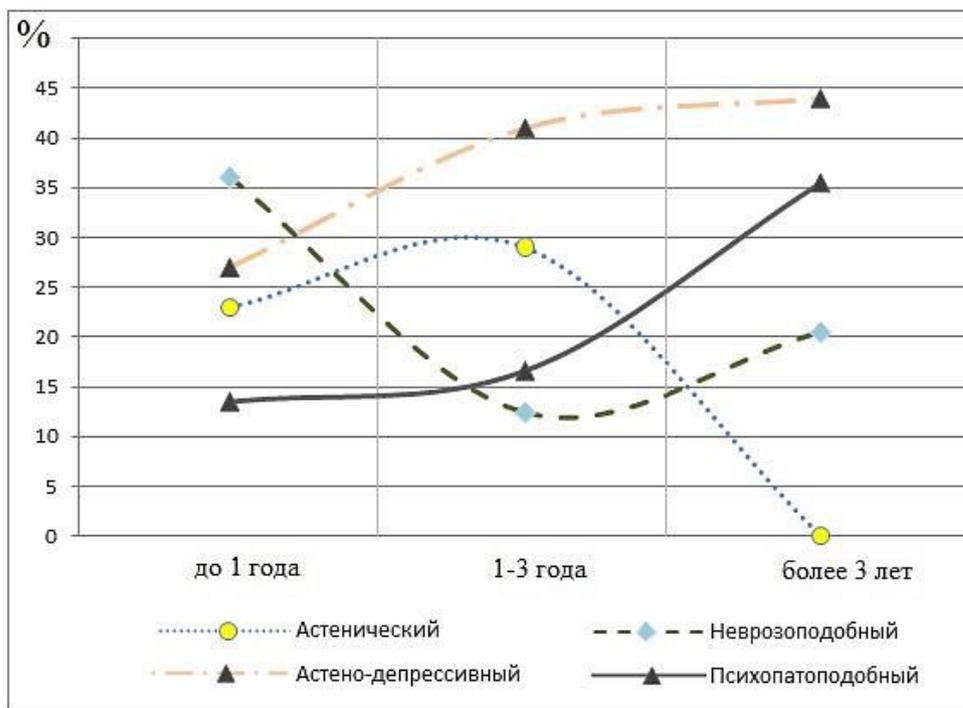
(этап психосоматических циклов) [4].

В позднем резидуальном этапе установлено нарастание не только частоты развития астено-депрессивного синдрома (43,6 % больных), но и большей выраженности интенсивности депрессии (в балльной оценке по шкале депрессии Гамильтона). Формирование этого синдрома преимущественно у лиц с синтонным преморбидом (52,9 %) свидетельствовало о психогенном влиянии двигательной депривации, отражающей «утрату надежд».

Нарастание удельного веса психопатоподобного синдрома (35,9 % больных) в два раза превышающее ранний резидуальный этап и в 2,5 – поздний восстановительный, преимущественное его формирования у лиц с синтонным преморбидом (57,1 %), свидетельствовали о значительном влиянии психотравмы на развитие не только депрессии, но и психосоматической психопатизации. Ведущая при сосудистых поражениях церебральной симптоматика у данных больных являлась фоновой. Деадаптация в семейной и социальной сферах, непосредственно связанная с двигательной депривацией, усложняла клиническую картину патохарактерологическими расстройствами [7].

Неврозоподобный синдром (20,5 % больных) ещё более, чем в раннем резидуальном этапе, приближался к невротическому, так как наряду со звучанием психотравмы (длительно существующей двигательной депривации), в переживаниях больных (и связанная с этим выраженность аффективных симптомов со стремлением личности к их переработке и преодолению), установлена корреляция неврозоподобного синдрома с тревожно-мнительным преморбидом (75,0 %, $p < 0,05$), что является, по общепринятому мнению, характерным для невроза. Сосудистый процесс обеспечивал благоприятную почву для становления неврозоподобного синдрома.

Полученные данные о нарастании в позднем резидуальном этапе депрессивных расстройств, психопатизации (по типу психосоматического развития), приближение неврозоподобного синдрома к невротическому, свидетельствуют о значительном и, вероятно, ведущем (по сравнению с органическим процессом) участии психогении, обусловленной осознанием необратимости двигательного дефекта с выраженной социальной дезадаптацией, в происхождении пограничных психических расстройств (рисунок).



Динамика частоты психопатологических синдромов в восстановительном и резидуальном периодах последствий инсульта

У больных контрольного контингента преимущественно формировались менее тяжелые в ряду пограничных расстройств психопатологические синдромы – астенический и неврозоподобный. Психопатоподобный синдром не диагностирован. Астено-депрессивный, выявлялся лишь у трех из 30 больных контрольной группы. Такая распространенность психопатологических расстройств, вероятно, объяснялась сохранностью двигательных функций, достаточной социально-бытовой активностью больных.

Заключение. У больных, перенесших ИИ с НДФ, на всех этапах хронической фазы инсульта в структуре пограничных психических расстройств выявляются неврозоподобный, астено-депрессивный и психопатоподобный синдромы. Хронический психоэмоциональный стресс (двигательная депривация) отражается в структуре всех пограничных синдромов развитием выраженного невротического радикала, нарастающего по мере длительности стрессового воздействия к позднему резидуальному этапу, вызывает нивелирование и инверсию роли преморбида в развитии синдромов. Выраженность сосудистой психоорганической симптоматики в виде заострения и «огрубения» преморбидных личностных черт, церебралитических расстройств, сопровождающих выделенные пограничные синдромы, нивелировка полушарной асимметрии при различной локализации очага инсульта, стойкость пограничной симптоматики обусловили необходимость отнесения выявленных пограничных состояний к неврозоподобным, несмотря на значительную роль психогении в их формировании. В течение постинсультного периода выделены этапы,

характерные для развития психосоматозов: реактивной депрессии, психосоматических циклов, патохарактерологического (психосоматического) развития личности [4], что позволяет отнести его к психосоматическому заболеванию. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию становления, динамики, психопатологических особенностей клинической картины пограничных нервно-психических расстройств у больных, перенесших инсульт, в хронической его фазе. Изученные особенности психопатологической симптоматики на адаптацию и процесс реабилитации постинсультных больных с различными степенями двигательных нарушений могут быть использованы в качестве метода дифференцированного подхода к проведению реабилитационных мероприятий на различных этапах отдаленного периода инсульта.

Список литературы

1. Авербух Е.С. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте / Е.С. Авербух, М.Э. Телешевская. – М.: Медицина, 1976. – 160 с.
2. Брагина И.Н. Функциональная асимметрия человека / И.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1988. – 201 с.
3. Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях / Т.Г. Вознесенская // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. – 2009. – № 1 (2). – С. 9–12.
4. Коркина М.В., Марилов В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний/ М.В. Коркина, В.В. Марилов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 11. – С. 30–32.
5. Кутлубаев М.А. Симптомы патологической усталости, апатии и депрессии у пациентов после церебрального инсульта / М.А. Кутлубаев, Л.Р. Ахмадеева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – №7 (2). – С. 16–21.
6. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение/ В.А.Парфенов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 4 (4). – С. 84–88.
7. Чалая Е.Б. Психосоматические взаимосвязи в постинсультный период / Е.Б. Чалая, В.А. Чалый, И.В. Чалая // Альманах молодой науки. – 2012. – № 3. – С. 95-96.
8. Яхно Н.Н. Нейрохимические маркеры нейродегенерации в ранней диагностике болезни Альцгеймера, сосудистой и смешанной деменции / Н.Н. Яхно, Н.Н. Белушкина, О.В. Успенская // Журн. Неврология и психиатрия. – 2010. – № 8. – С. 36-40.
9. Hamilton M. Standardized assessment and recording of depressive symptoms / M. Hamilton // Psychiatr. Neural. Neurochir. – 1969. – № 72. – P. 201-205.