

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ ИХ РАЗВИТИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Хутиева Л.С.¹, Кодзоева Т.И.¹, Евлоев Р.Ю.¹

¹ ГБОУ ВПО «Ингушский государственный университет», Магас, e-mail: leila-71@yandex.ru

Основной целью проведенного исследования явилось изучение клинических особенностей психоэмоциональных нарушений и факторов их развития у больных, перенесших ишемический инсульт. Работа была проведена на базе Ингушского республиканского сосудистого центра в условиях сосудистого отделения с палатами интенсивной терапии. В период с 2019 по 2020 г. были обследованы 136 пациентов с психоэмоциональными нарушениями. Выявлены эмоциональные нарушения, включающие фобии, тревожные и депрессивные расстройства, из них 72 (52,9%) женщины, 64 (47,1%) мужчины, средний возраст составил $63,9 \pm 7,3$ года. Тревожно-фобические расстройства в остром периоде ИИ диагностированы у 83 (61%) пациентов, средний возраст составил $52,6 \pm 4,3$ года. Депрессивные расстройства после ишемического инсульта наблюдались в 53 (38,9%) случаях, половых различий практически выявлено не было. Часто у больных отмечалось одновременное возникновение течение депрессии и тревоги. Если в остром периоде чаще встречались изолированные формы психоэмоциональных расстройств, то в раннем восстановительном периоде преобладали сочетанные формы. Исследование показало, что постинсультные эмоциональные расстройства различаются по факторам риска и особенностям развития. Выраженный двигательный дефицит с грубыми парезами или параличами сочетается с подавленным настроением пациента и страхом остаться полностью зависимым от окружающих. Психоэмоциональные расстройства в форме фобических, тревожных и депрессивных расстройств напрямую зависят от степени неврологического дефицита, что подтверждается высокой зависимостью тяжести постинсультных тревожно-депрессивных расстройств от выраженности неврологических нарушений. Отмечена связь с психосоциальными факторами, играющими важную роль в возникновении эмоциональных нарушений.

Ключевые слова: психоэмоциональные нарушения, тревожное расстройство, факторы риска, постинсультная депрессия.

PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS, CLINICAL FEATURES AND FACTORS OF THEIR DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Khutieva L.S.¹, Kodzoeva T.I.¹, Evloev R.Yu.¹

¹Ingush State University, Magas, e-mail: leila-71@yandex.ru

The main purpose of the study was the study of the clinical features of psycho-emotional disorders and the factors of their development in patients undergoing ischemic stroke. The work was carried out on the basis of the Ingush Republican Vascular Center under the conditions of a vascular separation with the chambers of intensive therapy. In the period from 2019-2020. 136 patients with psycho-emotional disorders were examined. Emotional disorders, including phobias, disturbing and depressive disorders, of which 72 (52.9%) are men, 64 (47.1%) of men, the middle age was 63.9 ± 7.3 years. Anxious-phobic disorders in the acute period of AI were diagnosed in 83 (61%) patients, the average age was 52.6 ± 4.3 years. Depressive disorders after ischemic stroke were observed in 53 (38.9%) cases, sexual differences were practically detected. Often the patients have a simultaneous course of depression and anxiety. If in the acute period, isolated forms of psycho-emotional disorders were more common, then in the early reducing period, combined forms prevailed. Study has shown that post-ply emotional disorders differ by risk factors and developmental features. A pronounced motor deficit with gross pareses or paralys is combined with the depressed mood of the patient and the fear remain completely dependent on others. Psycho-emotional disorders in the form of phobic, disturbing and depressive disorders depend directly on the degree of neurological deficit, which is confirmed by the high dependence of the severity of post-ply, depressive disorders from the severity of neurological disorders. There was a connection with psychosocial factors playing an important role in the emergence of emotional disorders.

Keywords: psychoemotional disorders, anxiety disorder, risk factors, post-stroke depression.

Одной из основных причин длительной нетрудоспособности населения в мире является мозговой инсульт. Неспособными к самообслуживанию и нуждающимися в посторонней

помощи через год после инсульта являются почти половина больных с инсультом. Остальным пациентам тяжело вернуться к прежней привычной профессиональной деятельности, адаптироваться в общественной жизни, ощущать себя нужными и полезными в социуме [1]. В связи с этим широкое распространение последствий инсульта в мире заставляет пересмотреть существующие подходы к профилактике и лечению, а также обратить внимание как на факторы риска, так и на частые осложнения инсульта, обуславливающие его неблагоприятные медико-социальные аспекты [2]. Неврологическая очаговая симптоматика у пациентов, перенесших ишемический инсульт, в виде нарушений двигательной и речевой активности, когнитивных и чувствительных расстройств, часто осложняется психоэмоциональными нарушениями. У пациентов после инсульта нарастает подавленность, патологическая утомляемость, астения, смена настроения, эмоциональная лабильность, постоянное состояние тревоги [3]. Чувство зависимости от родных, медицинского персонала тяжело переживают многие пациенты. Учитывая, что до сосудистой катастрофы они были работоспособными, самостоятельными, независимыми людьми с чувством собственного достоинства, им тяжело смириться с тем, что после болезни они вынуждены быть на попечении близких и родственников. Усиливается страх и тревожность остаться беспомощными инвалидами. Были проведены многочисленные исследования в общей популяции, по результатам которых отмечено, что тревожное расстройство способствует развитию длительных сопутствующих депрессивных нарушений. Отмечается эмоциональная нестабильность больных и в первые дни мозгового инсульта. Часто на смену апатии приходит агрессивное состояние, появляется раздражительность при общении с родственниками, отсутствие радостных ощущений при встрече с близкими [4]. Распространенными неврологическими осложнениями восстановительного периода инсульта являются аффективные нарушения, среди которых преобладают тревожно-депрессивные расстройства [5; 6]. Тревожные расстройства, фобии, постинсультная депрессия (ПВД), деменция имели негативное влияние на процесс реабилитационных мероприятий, которые значительно ухудшали прогноз заболевания. На восстановление повседневной активности и качество жизни неблагоприятное влияние оказывали депрессивные нарушения, которые были самыми распространенными и отсроченными психоэмоциональными последствиями инсульта [1; 7]. По результатам многочисленных исследований выявлено, что депрессия распространена примерно у 1/3 пациентов после инсульта, а это приводит к значительному повышению риска негативных функциональных результатов, повторного инсульта и смерти пациентов [8]. Распространенность тревожных расстройств в постинсультный период, выявленных на основании интервью и скрининговых шкал, также высока и составляет 20-25%. Чаще всего у больных после инсульта встречаются такие формы тревожных расстройств, как

генерализованное тревожное расстройство (5%), агорафобия (4,5%), а также специфические фобии, такие как страх падений или повторного инсульта (около 4%) [9]. Состояние постинсультного двигательного дефицита является одним из рисков развития тревоги и депрессии, что свидетельствует о немаловажной роли эмоциональной психологической реакции на сосудистую катастрофу. Большие различия данных о распространенности депрессий после инсульта были получены по результатам многочисленных работ авторов мировой и отечественной литературы, что связано с наличием разных факторов. Была проведена оценка различных популяций постинсультных больных, которые находились как на стационарном лечении, так и в условиях амбулаторного приема. Психоэмоциональные нарушения у больных определялись авторами в разные сроки мозгового инсульта, результаты которых привели к не вполне адекватной сравнительной характеристике между данными группами пациентов [10]. Часто тяжелая степень неврологического дефицита может вызвать затруднения в диагностике тревожно-депрессивных расстройств у больных, перенесших ишемический инсульт. Выраженный двигательный дефицит, когнитивные нарушения, речевые расстройства могут маскировать проявления психоэмоциональных нарушений. На благополучный результат восстановительного лечения отрицательное влияние оказывают тревожные и депрессивные нарушения. Снижается желание пациента участвовать в реабилитации, данный контингент больных отказывается принимать активное участие в занятиях с инструкторами по лечебной физической культуре, не занимаются с логопедами, становятся безразличными к вторичной профилактике инсульта. Своевременное выявление у пациентов тревожно-депрессивных нарушений является важным моментом для дальнейшего прогноза заболевания и правильного выбора тактики лечения [11]. В связи с тем что в настоящее время нет достаточно разработанных оптимальных способов выявления тревоги и методов лечения тревожных нарушений у пациентов после перенесенного ишемического инсульта, особенно при наличии речевых нарушений (афазия, дизартрия) и других когнитивных расстройств, оптимальным является проведение скрининга как на депрессивные, так и на тревожные расстройства с использованием валидных шкал [12]. Впервые проведенное в регионе исследование направлено на развернутый анализ клинических особенностей психоэмоциональных расстройств и кажется весьма актуальным.

Цель настоящего исследования связана с анализом распространенности психоэмоциональных нарушений у пациентов, перенесших ишемический инсульт, их клинических особенностей, факторов их развития у пациентов в Республике Ингушетия.

Материалы и методы исследования. В Ингушском республиканском сосудистом центре в условиях сосудистого отделения с 2019 по 2020 г. под наблюдением находились 196 пациентов с верифицированным первичным ишемическим инсультом (ИИ) разной

локализации, поступивших на стационарное лечение: 104 (53%) женщины и 92 (47%) мужчины, средний возраст которых составил $65,1 \pm 5,8$ года. При обследовании у 136 (69%) пациентов выявлены психоэмоциональные нарушения: 72 (52,9%) пациента были женщины, 64 (47,1%) - мужчины, средний возраст – $63,9 \pm 7,3$ года. Психоэмоциональные нарушения не были отмечены у 60 (31%) больных с мозговым инсультом: 36 (60%) - женщин, 24 (40%) - мужчин. Для анализа была взята группа сравнения аналогичного возраста, состоящая из 60 человек с психоэмоциональными нарушениями, не перенесших ИИ: 32 (53%) - женщины, 28 (47%) - мужчин. Средний возраст группы сравнения составил $62,6 \pm 6,7$ года. Из исследования были исключены пациенты с когнитивными нарушениями, больные с расстройствами сознания и наличием крайне тяжелого неврологического дефицита по шкале NIHSS, а также пациенты, у которых до инсульта присутствовали выраженные психические нарушения. Для определения очагового неврологического дефицита и состояния в динамике, оценки тяжести состояния применялась шкала инсульта Американского национального института здоровья – NIHSS. Индекс Бартела и шкала Рэнкина использовались для определения индекса повседневной активности, способности к самообслуживанию. С помощью жалоб, анамнеза, клинического метода, шкалы Гамильтона (HAM-A, HAM-D), шкалы тревожности Спилбергера, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) проводили обследование и оценку психического состояния больных, нозологическую диагностику депрессии и тревожных расстройств в первые дни поступления пациента в сосудистое отделение (1-7-е сутки), на момент выписки и до 6 месяцев после выписки пациента из сосудистого центра. Оценка психического статуса и двигательного дефицита при повторном обследовании оценивалась аналогично первичному. При тяжелых формах депрессии и тревоги пациенты наблюдались совместно с психиатром. Для нейровизуализации проводились диагностические исследования (МРТ/КТ, МР-ангиография головного мозга). Для статистического анализа данных использовались программные средства Statistica 7.0 и Microsoft Office Excel 2010. Для качественных признаков была рассчитана частота встречаемости (%). Для количественных признаков рассчитывались среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (s) и ошибка среднего (m). Данные представлены в виде ($M \pm m$).

Результаты исследования и их обсуждение. У 136 пациентов с ИИ были выявлены психоэмоциональные нарушения, включающие тревожные и депрессивные расстройства, из них 72 (52,9%) - женщины, 64 (47,1%) - мужчины, средний возраст составил $63,9 \pm 7,3$ года. Тревожные расстройства проявлялись в виде тревожно-фобического невроза и носили генерализованный характер. Тревожно-фобические расстройства в остром периоде ИИ диагностированы у 83 (61%) пациентов, из них 47 (57,8%) женщин, мужчин – 36 (42,2%), средний возраст $52,6 \pm 4,3$ года. Проведенный сравнительный анализ показал, что тревожно-

фобические расстройства статистически значимо чаще встречались в основной группе у женщин, чем у мужчин ($p < 0,05$). Значимых различий по возрасту в обеих группах выявлено не было. Депрессивные расстройства у пациентов с ИИ в остром периоде наблюдались в 53 (38,9%) случаях: 27 (50,9%) - женщин, 26 (49,1%) – мужчин. Различия по полу статистически незначимы ($p > 0,05$). Средний возраст пациентов с депрессивными нарушениями составил $62,6 \pm 5,3$ года. Данные результаты сопоставимы с проведенными многочисленными исследованиями. На рисунке 1 указана частота симптомов у больных с постинсультной депрессией ($n=53$) в остром периоде ишемического инсульта и группы сравнения ($n=60$).

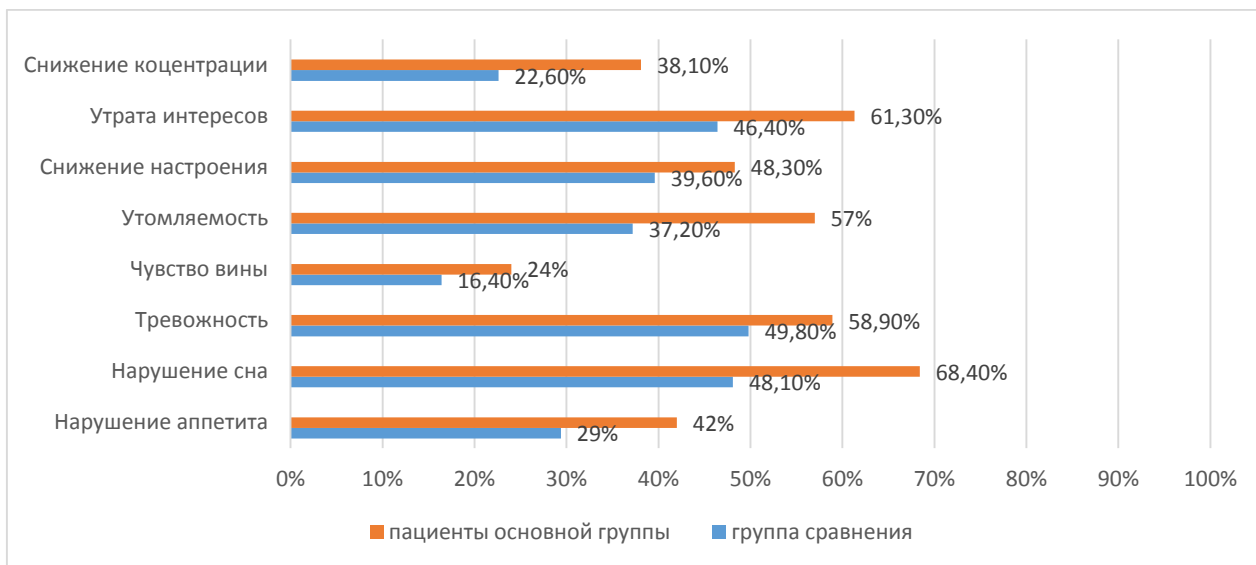


Рис. 1. Показатели частоты симптомов депрессии у больных основной группы и группы сравнения

По частоте депрессивных симптомов у больных, перенесших ИИ, по сравнению с группой сравнения, статистически значимо чаще встречались симптомы депрессии ($p < 0,05$). Отмечено, что у больных с депрессией в остром периоде инсульта характерна высокая выраженность тревоги. По результатам степени тяжести неврологического дефицита с использованием шкалы инсульта (NIHSS) психоэмоциональные нарушения в острый период были выявлены у 42 (31%) больных с неврологическими нарушениями умеренной степени тяжести, у 58 (43%) пациентов средней степени тяжести, у больных с тяжелым неврологическим дефицитом – 36 (26%). Было отмечено, что у пациентов с умеренной и средней степенью тяжести неврологического дефицита преобладали тревожные нарушения, утомляемость, снижение настроения, бессонница, беспокойные мысли, вегетативные проявления, ощущения опасности случившегося. В таблице 1 представлено влияние тяжести инсульта на степень развития у пациентов депрессивных и тревожных расстройств в остром

периоде ИИ.

Таблица 1

Показатели влияния тяжести инсульта на выраженность депрессивных и тревожных расстройств в остром периоде ИИ

Степень тяжести ИИ (баллы по NIHSS)	Шкала Гамильтона (баллы)	Шкала Спилбергера (баллы)	
		Тревожность личностная	Тревожность реактивная
Легкая степень инсульта (0-6 баллов)	12,8±4,3	33,9±1,3	42,9±1,4
Инсульт средней степени тяжести (7-12 баллов)	18,8±4,7	35,9±1,6	43,9±1,7
Инсульт тяжелой степени (14 и выше баллов)	24,1±5,1	41,9±1,8	46,4±1,1

По результатам исследования с помощью оценочных шкал тревоги и депрессии была выявлена прямая зависимость тревожных и депрессивных расстройств от степени тяжести ишемического инсульта. Высокие показатели депрессивных и тревожных нарушений были статистически значимо выше ($p < 0,05$) у пациентов с инсультом тяжелой степени, чем у больных с легкой и умеренной степени тяжести неврологического дефицита. В раннем восстановительном периоде часто встречались сочетанные формы психоэмоциональных расстройств. На рисунке 2 представлен сравнительный анализ психоэмоциональных нарушений у пациентов в остром и раннем восстановительном периодах инсульта.



Рис. 2. Показатели частоты психоэмоциональных нарушений у пациентов в остром и раннем восстановительном периодах

Психоэмоциональные нарушения статистически значимо чаще ($p < 0,05$) встречались у больных в раннем восстановительном периоде инсульта по сравнению с больными ИИ в

остром периоде, носили сочетанный характер, где наряду с симптомами депрессии и тревоги у пациентов была отмечена высокая выраженность фобий: страх повторного инсульта (67,4%), страх падения (57,7%), страх оказаться беспомощным (41,8%). Выраженный двигательный дефицит с грубыми парезами или плегией сочетался с подавленным настроением пациента и страхом остаться полностью зависимым от окружающих. 26% пациентов нуждались в посторонней помощи и имели полную зависимость от родственников и медперсонала, у 25% – выраженная зависимость по индексу Бартела. 38% пациентов с грубым неврологическим дефицитом из-за депрессивных переживаний обесценивали значимость реабилитационных мероприятий, теряли интерес к выполнению различных физических занятий, отказывались от активизации, ссылаясь на различные соматические жалобы. Данное расстройство часто было выражено у лиц пожилого возраста, средний возраст которых составил $64,6 \pm 3,3$ года, чаще у женщин (56%), чем у мужчин (44%). В таблице 2 указана связь между оценкой повседневной двигательной активности пациента и психоэмоциональными нарушениями (таблица 2).

Таблица 2

Показатели влияния повседневной двигательной активности больного на выраженность депрессивных и тревожных расстройств в раннем восстановительном периоде

Оценка повседневной двигательной активности жизни (индекс Бартела) (баллы)	Шкала Гамильтона (баллы)	Шкала Спилберга (баллы)	
		Тревожность личностная	Тревожность реактивная
Легкая зависимость (91-99 баллов)	$10,2 \pm 2,3$	$30,1 \pm 1,8$	$36,7 \pm 1,6$
Умеренная зависимость (61-90 баллов)	$14,1 \pm 2,2$	$31,4 \pm 1,4$	$38,1 \pm 1,1$
Выраженная зависимость (21-60 баллов)	$20,7 \pm 2,6$	$34,9 \pm 1,3$	$44,4 \pm 1,2$
Полная зависимость (0-20 баллов)	$23,1 \pm 2,7$	$38,2 \pm 1,8$	$46,1 \pm 1,4$

Высокие показатели депрессивных и тревожных расстройств были статистически значимо выше ($p < 0,05$) у пациентов с выраженной и полной зависимостью повседневной двигательной активности, чем у больных с легкой и умеренной зависимостью. Наличие очагов поражений в правом и левом полушариях не выявило достоверной связи с развитием тревожности и депрессивных расстройств. Но была отмечена тенденция к развитию ангедонии, снижению мотиваций, апатии, повышенной утомляемости, тревожности, безучастности при левополушарных очагах (таблица 3).

Таблица 3

Показатели выраженности депрессивных и тревожных расстройств в зависимости от сосудистого бассейна у больных с ИИ

Очаг поражения (локализация)	Частота поражений (%)	HDRS (баллы)	Личностная тревожность	Реактивная тревожность
------------------------------	-----------------------	--------------	------------------------	------------------------

			(баллы)	(баллы)
Бассейн ЛВСА	51,6	21,7±4,2	34,6±1,4	38,7±1,8
Бассейн ПВСА	31,5	20,1±3,8	32,6±1,1	36,2±1,4
Бассейн ВВС	16,9	21,2±3,1	33,6±1,8	36,7±1,3

В процессе исследования у больных с тревожно-депрессивным расстройством были определены социально-демографические характеристики. Количество пациентов с высшим образованием составило 52 (38%) больных, лиц умственного труда – 69 (51%). Большинство пациентов 110 (81%) проживали в семье и состояли в браке. В представленной группе нетрудоустроенных лиц на момент исследования или потерявших работу по различным причинам составило 84 (62%) пациента.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что у больных, перенесших инсульт, наряду с двигательными, чувствительными, речевыми и когнитивными нарушениями, возникают психоэмоциональные нарушения, приводящие к существенной дезадаптации в остром и раннем восстановительном периодах. Часто встречаются у лиц старшего возраста, достоверно чаще у женщин. Психоэмоциональные расстройства в форме фобических, тревожных и депрессивных расстройств напрямую зависят от степени неврологического дефицита. Выявлена взаимосвязь между тревожно-депрессивным расстройством, функциональными нарушениями и зависимостью от окружающих в повседневной деятельности после инсульта. Личностные преморбидные невротические расстройства, нетрудоспособность и изменение статуса в обществе и семье после перенесенного ИИ, неблагоприятные жизненные события, неуверенность в себе и в своих возможностях, социальная изоляция, инвалидизация - являются психосоциальными проблемами, усугубляющими тревожно-депрессивную симптоматику у больных. В связи с этим необходимо проводить своевременную диагностику и коррекцию психоэмоциональных нарушений для качественного проведения реабилитационных мероприятий с целью достижения благоприятных исходов заболевания в постинсультный период.

Список литературы

1. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю., Моргунов В.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 536 с.
2. Feigin V.L., Norrving B., George M.G., Foltz J.L., Roth G.A., Mensah G.A. Prevention of stroke: a strategic global imperative. Nat Rev Neurol. 2016. Vol. 12 (9). P. 501-12.
3. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Гришина Д.А. Постинсультная депрессия. Взгляд

невролога // Атмосфера. Нервные болезни. 2009. № 4. С. 41-42.

4. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. № 4. С. 84–88.

5. Campbell Burton C.A., Murray J., Holmes J., Astin F., Greenwood D., Knapp P. Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and metaanalysis of observational studies. Int J. Stroke. 2013. Vol. 8 (7). P. 545-559.

6. Cumming T.B., Blomstrand C., Skoog I., Linden T. The High Prevalence of Anxiety Disorders After Stroke. Am J. Geriatr Psychiatry. 2016. Vol. 24 (2). P. 154–160.

7. Суслина З.А., Максимова М.Ю., Синева Н.А., Водопьянов Н.П., Хохлова Т.Ю. Частная неврология. М.: Практика, 2012. 272 с.

8. Towfighi A., Ovbiagele B., ElHusseini N., Hackett M.L., Jorge R.E., Kissela B.M. American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2017. Vol. 48 (2). P. e30-e43.

9. Campbell Burton C.A., Murray J., Holmes J., Astin F., Greenwood D., Knapp P. Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and metaanalysis of observational studies. Int J. Stroke. 2013. Vol. 8 (7). P. 545-559.

10. Домашенко М.А., Максимова М.Ю., Орлов С.В., Щукина Е.П., Гончарова Е.М. Постинсультная депрессия // Фарматека. 2011. № 19. С. 15-19.

11. Гоголева А.Г., Захаров В.В. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов после инсульта: распространенность, подходы к диагностике и терапии // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 34. С. 36–44.

12. Ляшенко Е.А. Аспекты терапии тревожных расстройств у постинсультных больных // Русский медицинский журнал. 2011. № 9. С. 584.