

Мурзалиев А.М., Рысалиева Н.Т.

**ИШЕМИЯЛЫК ИНСУЛЬТУ БАР ООРУЛУУЛАРДЫН КУРЧУП ТУРГАН
МЕЗГИЛДЕГИ КОГНИТИВДҮҮ ЖАНА АФФЕКТИВДҮҮ БУЗУЛУУЛАРЫ**

Мурзалиев А.М., Рысалиева Н.Т.

**КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С
ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**

A.M. Murzaliev, N.T. Rysaliev

**COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE
IN ACUTE PERIOD**

УДК: 616.831-005.4

Ишемиялык инсульту бар оорулуулардын курчуп турган мезгилдеги когнитивдүү жана аффективдүү бузулууларын изилдөөнүн жыйынтыктары берилген. 31 жаштан 75 жашка чейинки курактагы 100 бейтап текшерилген. Когнитивдүү функцияларга психикалык макалды баалоонун кыскача шкаласы, 10 сөздү эстеп калуу методикасы жана Шульте таблицасы боюнча сандарды издөө методикасы боюнча баа берилди. Аффективдүү функциялар Спилберг-Ханин жана Цунг тестти боюнча изилденди. Мээнин жогорку функцияларынын бузулуулары 23,9±0,5 упайга жеткен. Субдепрессиялык маанайдагы жана тынчсыздануусунун деңгээли жогору болгон оорулууларда когнитивдүү функциялар боюнча көбүнчө азыраак көрсөткүчтөр болгону аныкталды.

***Негизги сөздөр:** ишемиялык инсульт, когнитивдүү бузулуулар, тынчсызданган жана депрессивдүү бузулуулар*

Представлены результаты исследования когнитивных и аффективных нарушений у больных с ишемическим инсультом в остром периоде. Обследованы 100 пациентов в возрасте от 31 до 75 лет. Когнитивные функции оценивали с помощью краткой шкалы оценки психического статуса, методики запоминания 10 слов и отыскивания чисел по таблицам Шульте. Аффективные функции исследовали по тесту Спилберга-Ханина и Цунга. Расстройства высших мозговых функций достигали 23,9±0,5 баллов. Выявлено, что у больных с субдепрессивным состоянием и высоким уровнем тревожности отмечаются преимущественно низкие показатели по когнитивным функциям.

***Ключевые слова:** ишемический инсульт, когнитивные расстройства, тревожные и депрессивные расстройства.*

Results of the study of cognitive and affective disorders in patients with ischemic stroke in an acute period are presented. We examined 100 patients aged from 31 to 75 years. Cognitive functions were assessed using a Mini-Mental State Examination (MMSE), the test of reminding of 10 words and search of numbers on the Shulte's tables. The affective functions were examined according to the Spielberger-Khanin test and the Zung test. Disorders of cognitive functions reached 23,9±0,5 points. Patients with a subdepressive state and a high level of anxiety had mainly low values for cognitive functions.

***Key words:** ischemic stroke, cognitive disorders, anxious and depressive disorders.*

Введение

Наряду с двигательными и речевыми нарушениями, аффективные и когнитивные расстройства

негативно влияют на восстановление неврологических функций, снижают качество жизни и вызывают социальную дезадаптацию больных, перенесших ОНМК [1]. Исследования последних лет показали, что распространенность постинсультной депрессии (Пид) колеблется от 26 до 60% [2], а тревожных расстройств - от 24 до 30% [3,4]. Когнитивные расстройства в постинсультном периоде наблюдаются у 24- 39% пациентов [5,6]. При этом в одних исследованиях выявлено, что аффективные расстройства, преимущественно депрессия и в меньшей степени тревога, ухудшают функции высшей мозговой деятельности больных, перенесших инсульт [7,8]. Это обусловлено тем, что при депрессии наблюдаются специфические расстройства анализа и синтеза информации, связанные с негативными, тормозными установками. Однако в других работах подобное влияние не обнаружено [9]. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования в данном направлении.

Цель исследования. Изучить когнитивные функции при аффективных расстройствах у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

Задачи исследования.

1. Исследовать когнитивные функции у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.
2. Изучить влияние аффективных расстройств на когнитивные функции у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась на базе отделения ангионеврологии ГКБ №1, медицинского центра «Меди». Обследовано 100 больных, из них 53 мужчин и 47 женщин, с ишемическим инсультом в полушариях головного мозга, мозжечке и стволе. Возраст больных составил от 31 до 75 лет (в среднем 56,11±0,9 лет). Пациентам были проведены лабораторно-инструментальные методы обследования, неврологическая и нейропсихологическая оценка в остром периоде ишемического инсульта в течение 10 дней от начала заболевания.

Из исследования были исключены больные с грубыми интеллектуально-мнестическими нарушениями, расстройствами зрения и слуха, препятствующие нейропсихологическому обследованию.

У большей части обследованных диагностирована артериальная гипертензия - у 83, у 56

пациентов выявлен стеноз экстракраниальных артерий головы атеросклеротического генеза на 50% и более. Заболеваниями сердца, такими как мерцательная аритмия, стенокардия и др. страдали 23 пациента, сахарным диабетом - 15. На курение сигарет указали 39 больных. Первый эпизод ишемического инсульта перенесли 70 обследованных, а повторный - 30. Нарушение мозгового кровообращения в левом каротидном бассейне произошло у 43 больных, в правом каротидном бассейне - у 35 пациентов, и у 22 пациентов ОНМК возникло в вертебро-базилярной артериальной системе. По уровню образования пациенты были разделены на 4 группы: среднее неполное образование имели 12 обследованных, среднее полное - 41, высшее законченное - 25, среднее специальное - 22.

Компьютерная томография (КТ) – проведена 5 больным, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга – 62 больным. Кроме этого, инструментальные методы включали в себя УЗДГ сосудов брахиоцефального ствола и магистральных сосудов шеи, электрокардиографическое исследование (ЭКГ), ЭХО-КТ. МРТ исследование проводилось на магнитно-резонансном томографе “НІТАСНІ Echelon OVAL” со средней напряженностью 6W постоянного магнитного поля 1,5 Т в режимах FLAIR, T1-ВИ, T2-ВИ, DWI в сагиттальной, горизонтальной и фронтальной плоскостях; КТ на аппарате НІТАСНІ SCENARIA 64ch/ 128 slice.

Оценка неврологического статуса проводилась с использованием шкалы инсульта Национального института здоровья [10], шкалы оценки мышечной силы Британского совета медицинских исследований (HSMO, 1943): 5 баллов - норма, 4 балла - легкий гемипарез, 2-3 балла - умеренный гемипарез, 0-1 балл - глубокий гемипарез. Когнитивные функции исследованы с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС, англ. Mini-Mental State Examination). Тест заучивания 10 слов позволил оценить слухоречевую память, методики Шульте-объем внимания. Для оценки аффективного состояния использовали тест самооценки ситуативной (СТ) и реактивной тревожности (РТ) (тест Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным, 1969) и депрессии (шкала Zung V., адаптированная Т.Н. Балашовой, 1965). Интерпретация результатов по шкале Спилбергера-Ханина проводится следующим образом: до 30-низкая тревожность, 31-45- умеренная тревожность, 46 и более - высокая тревожность. Уровень суммарного балла по шкале Цунга меньше 50 указывает на отсутствие депрессии, 51-59- легкую депрессию, 60-69- субдепрессивное состояние, более 70- истинное депрессивное состояние [11,12].

Результаты исследования и их обсуждение.

Когнитивные функции, исследованные с помощью КШОПС, составили в среднем $23,9 \pm 0,5$ баллов у больных с ишемическим инсультом в остром периоде. При этом кратковременная слухоречевая память и уровень внимания изучались отдельно. Так, пациенты воспроизвели в среднем $5,0 \pm 0,1$ из предъявленных 10 слов. А время, затраченное на поиск чисел по таблицам Шульте, составило в среднем $87,1 \pm 3,5$ сек.

Большая часть обследованных страдала реактивной или ситуационно обусловленной тревогой умеренной степени - 65, высокая РТ наблюдалась у 30 и низкая тревожность - у 5 пациентов. Возраст больных с легкой и умеренной РТ составил около 56, а с высокой РТ - $55,5 \pm 1,7$ лет. В группе больных с легкой и высокой степенью ситуационной тревожности неврологические расстройства, оцениваемые по шкале NINHS, составили около 6,0 баллов, а мышечная сила - приблизительно 3,3 балла. А у лиц с умеренной РТ неврологический дефицит по шкале NINHS приравнивался к 4,5 и 3,8 баллам по мышечной силе. Когнитивные расстройства у пациентов с легкой РТ оценивались в $25,4 \pm 1,3$, с умеренной - $24,2 \pm 0,6$, с высокой - $23,3 \pm 0,9$ баллов. Больные с легкой РТ воспроизвели $5,9 \pm 0,7$, с умеренно выраженной - $5,0 \pm 0,2$, а с высокой РТ - $4,9 \pm 0,2$ слова из ранее предъявленных 10. В группе больных с легкой РТ затрачено $68,4 \pm 3,8$ сек на поиск чисел по таблицам Шульте. Это же задание пациенты с умеренной ситуационно обусловленной тревогой выполнили за $89,1 \pm 4,6$, с высокой - $85,8 \pm 5,6$ сек (Табл.1).

Исследование личностной тревожности выявило, что у обследованных больных преобладала ЛТ высокой степени – у 52, а 36 имели умеренную и 12-низкую ЛТ. Возраст больных с легкой и высокой ЛТ составил около 56, а с умеренной - $54,8 \pm 1,6$ лет. Неврологические расстройства по шкале NINHS достигали $5,7 \pm 0,8$; $4,9 \pm 0,5$ и $5,0 \pm 0,4$ баллов соответственно у лиц с легкой, умеренной и выраженной ЛТ. Исследование когнитивных функций выявило, что у больных с высокой ЛТ результат по КШОПС составил $23,6 \pm 0,6$, с умеренной - $23,8 \pm 0,8$, и с легкой - $25,7 \pm 0,9$ баллов. Кроме этого, пациенты с высокой ЛТ повторили $4,8 \pm 0,2$, с умеренной - $5,0 \pm 0,3$, а с легкой - $5,6 \pm 0,3$ слова. Оценка способности к концентрации внимания показала, что при легкой степени ЛТ $91,9 \pm 5,0$ сек уходит на поиск чисел по таблицам, при умеренной - $85,2 \pm 4,7$, и при высокой - $87,3 \pm 4,8$ сек (Табл.1).

Таблица 1. Когнитивные и аффективные функции у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

Показатели	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	легкая, n=5	умеренная, n=65	высокая, n=30	легкая n=12	умеренная, n=36	высокая, n=52
Возраст, годы	56,2±4,7	56,3±1,1	55,5±1,7	56,5±1,9	54,8±1,6	56,8±1,3
Неврологический дефицит (NIHNS, баллы)	6,0±1,8	4,5±0,3	6,0±0,6	5,7±0,8	4,9±0,5	5,0±0,4
Мышечная сила (баллы)	3,3±0,7	3,8±0,2	3,4±0,3	3,6±0,5	3,6±0,3	3,7±0,2
Когнитивные функции (КШОПС, баллы)	25,4±1,3	24,2±0,6	23,3±0,9	25,7±0,9	23,8±0,8	23,6±0,6
Слухоречевая память (кол-во слов)	5,9±0,7	5,0±0,2	4,9±0,2	5,6±0,3	5,0±0,3	4,8±0,2
Внимание (сек)	68,4±3,8	89,1±4,6	85,8±5,6	91,9±5,0	85,2±4,7	87,3±4,8

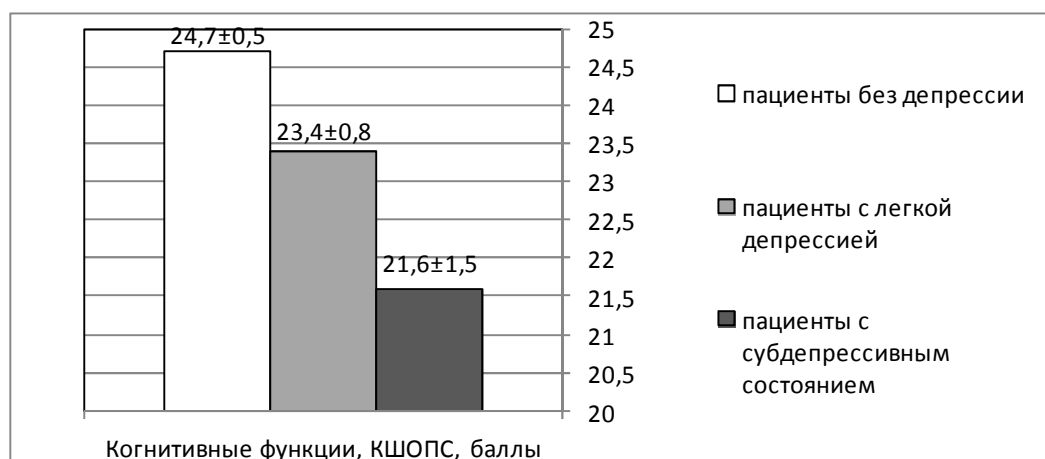
Несмотря на частую встречаемость РТ и ЛТ, депрессия у основной части больных не отмечалась: 57 пациентов не страдали депрессией, у 31 обследованного выявлена легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, у 12 – субдепрессивное состояние. Возраст пациентов, не страдающих депрессией, составил в среднем 56,0±1,2, с легкой депрессией- 55,7±1,7, и с субдепрессивным состоянием- 57,5±2,1 лет. Показатели NIHNS у больных без депрессивных расстройств оценивались в 4,74±0,3, с легкой депрессией- 5,55±0,6, и с субдепрессивным состоянием - 5,17±0,6 баллов. Мышечная сила у обследованных снижена до 3,23±0,3- 3,86±0,2баллов (Табл. 2).

Таблица 2. Неврологические расстройства и депрессивные нарушения у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

Показатели	Депрессия		
	Отсутствует, n=57	Легкая, n=31	Субдепрессивное состояние, n=12
Возраст	56,0±1,2	55,7±1,7	57,5±2,1
Неврологический дефицит (NIHNS, баллы)	4,74±0,3	5,55±0,6	5,17±0,6
Мышечная сила (баллы)	3,86±0,2	3,23±0,3	3,6±0,4

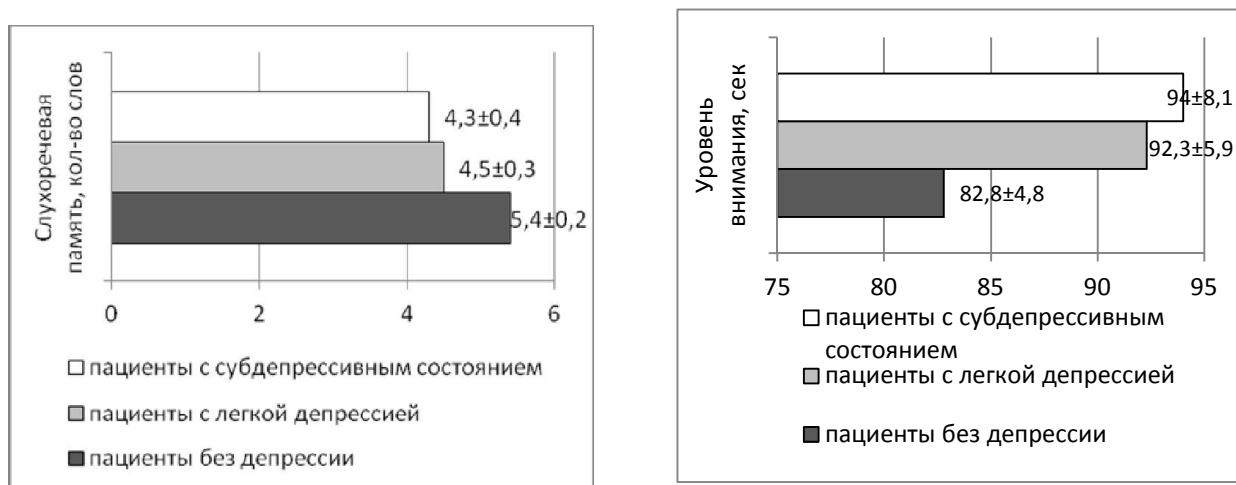
Среди пациентов, не страдавших депрессивным расстройством, показатели по КШОПС составили в среднем 24,7±0,5 баллов, с легкой депрессией ситуативного или невротического характера- 23,4±0,8. В то время, как у больных с субдепрессивным состоянием результаты составили 21,6±1,5 баллов (Диаграмма 1).

Диаграмма 1. Показатели когнитивных функций и депрессии у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.



В группе больных без депрессии было воспроизведено 5,4±0,2 слова из ранее представленных 10. Больные с легкой депрессией и субдепрессивным состоянием повторили соответственно 4,5±0,3 и 4,3±0,4 слова. Больные без депрессии затратили 82,8±4,8 сек на поиск чисел по таблицам Шульте, с легкой депрессией- 92,3±5,9 и с субдепрессивным состоянием- 94,0±8,1 сек (Диаграмма 2).

Диаграмма 2. Показатели слухоречевой памяти, внимания и депрессии у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.



Таким образом, у обследованных больных показатели по КШОПС составили в среднем $23,9 \pm 0,5$ баллов, что свидетельствует о выраженных нарушениях когнитивных функций. При исследовании мнестической деятельности пациенты повторили в среднем $5,0 \pm 0,1$ слов. Кроме этого, уровень внимания у больных снижен, так было затрачено $87,1 \pm 3,5$ сек на поиск чисел по таблицам Шульте.

Обследованные больные страдали преимущественно реактивной тревожностью умеренной степени, при этом в основном пациенты более молодого возраста ($55,5 \pm 1,7$ лет) остро отреагировали на заболевание. Вероятно, это обусловлено страхом потери трудоспособности, самостоятельности вследствие ОНМК. Выявлено, что выраженность РТ оказывала влияние на когнитивные функции. Так у больных с высокими значениями РТ отмечены наиболее низкие показатели по КШОПС- $23,3 \pm 0,9$ баллов. Также данная группа больных повторила $4,9 \pm 0,2$ из 10 слов. Однако, способность к концентрации внимания наиболее пострадала у пациентов с умеренной РТ, которые затратили $89,1 \pm 4,6$ сек на поиск 25 чисел.

Личностная тревожность высокой степени преобладала у обследованных больных и встречалась в 52 случаях. При этом у более молодых пациентов отмечалась умеренная степень ее выраженности. Когнитивные расстройства, выявленные по КШОПС, преобладали у лиц с высокой ЛТ, составив $23,6 \pm 0,6$ баллов. Кроме этого, показатели по тесту запоминания 10 слов были наиболее низкими у больных с высокой ЛТ и составили в среднем $4,8 \pm 0,2$ слова. Однако, пациенты с легкой ЛТ затратили наибольшее время на поиск чисел- $91,9 \pm 5,0$ сек. Вероятно, это связано с расслабленным состоянием и отношением данной группы больных к заданию.

Отмечалось наличие легкой депрессии ситуативного или невротического генеза у 31 и субдепрессивного состояния у 12 больных. Лица более старшего возраста ($57,5 \pm 2,1$) страдали преимущественно субдепрессивным состоянием, что может быть связано с длительно протекающими сопутствующими заболеваниями. Также как и ЛТ и РТ депрессивные расстройства приводили к снижению результатов по КШОПС, которые составили $23,4 \pm 0,8$ баллов у больных с легкой депрессией и $21,6 \pm 1,5$ - с субдепрессивным состоянием. Слухоречевая память и способность к концентрации внимания в наибольшей степени страдали у больных с субдепрессивным состоянием и составили $4,3 \pm 0,4$ слова и $94,0 \pm 8,1$ сек соответственно. Полученные результаты сопоставимы с данными литературы, показывающими, что аффективные расстройства негативно влияют на когнитивные функции больных, перенесших инсульт [7].

В данной статье не учитывалось влияние таких параметров, как пол, уровень образования, локализация очага поражения. Необходимо дальнейшее более детальное изучение когнитивных функций у постинсультных больных с аффективными расстройствами.

Выводы.

1. Больные в остром периоде ишемического инсульта страдают выраженными когнитивными расстройствами, включая нарушение памяти и способности к концентрации внимания.
2. Наиболее низкие показатели по КШОПС и тесту на слухоречевую память выявлены у больных, страдающих выраженной реактивной и личностной тревожностью.
3. Постинсультные когнитивные расстройства встречались преимущественно у больных с субдепрессивным состоянием.

Литература:

1. Chemerinski E., Robinson R.G., Kosier J.T. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of poststroke depression. Stroke 2001, Jan.-№ 32 (1).- P.113-7.

2. Гусев Е.И. Депрессивные расстройства у пациентов с церебро- васкулярными заболеваниями / Е.И.Гусев, А.Н.Боголепова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 208 с.
3. Castillo C.S., Starkstein S.E., Fedoroff J.P. et al. Generalized anxiety disorder after stroke. *J Nerv Ment Dis* 1993.-№181(2).- P.100—106.
4. Kuptniratsaikul V., Kovindha A., Dajpratham P., Piravej K. Main outcomes of stroke rehabilitation: a multi-centre study in Thailand. *J Rehabil Med* 2009.-№41(1).- P.54—58.
5. Дамулин И.В. Сосудистая деменция // Неврологический журнал.- 1999.-№4.- С.4-11;
6. Douiri A., Rudd A.G., Wolfe C.D. Prevalence of poststroke cognitive impairment:South London Stroke Register 1995-2010 //Stroke. 2013 Vol. 44(1). P.138-145
7. Луканин А.Н. Аффективные и когнитивные расстройства в позднем восстановительном периоде ишемического инсульта. Возможности терапии. Луканин А.Н. Автореф. дисс на соиск уч.степ. канд. мед. наук. Пермь 2009.22с
8. Downhill J.E., Robinson R.G. Longitudinal assessment of depression and cognitive impairment following stroke // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1994.-V. 182. № 8. P. 425–431
9. Kauhanen M. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits/ M. Kauhanen, P. Hiltunen, E. Brusin, H. Mononen, et al. // *Stroke.*-1999.- №30.- P.1875-1880
10. Brott T., Adams H.P., Olinger C.P., et al. Measurements of acute cerebral infarction—a clinical examination scale// *Stroke.*1989.- Vol. 20.- P.864–870.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство)-М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010.- 224с.
12. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2010.- 272с.

Рецензент: к.м.н., доцент Мусабекова Т.О.