

# Афективні розлади у хворих похилого віку з хронічною ішемією мозку

**В.В. Яворський**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Установлено високу коморбідність депресії і тривожних розладів у хворих похилого віку з хронічною ішемією мозку. Найявніші афективні порушення відображалися на якості життя хворих з хронічною гіпертензивною енцефалопатією (ХГЕ). У хворих з ХГЕ похилого віку 66,7% усіх випадків депресії відзначено серед пацієнтів з високим рівнем особистісної тривожності. Ураховуючи незадовільну ефективність психотерапевтичних методик, для корекції наведених порушень додатково було призначено комплексне лікування (медикаментозна корекція і голкорексотерапія, курс лікування склав 6 тиж).

**Ключові слова:** гіпертензивна енцефалопатія, афективні порушення, коморбідність депресії і тривожних розладів.

З урахуванням сучасних тенденцій у медицині, економічного й демографічного положення найбільш перспективним напрямком у поліпшенні ситуації із хронічною ішемією мозку (ХІМ) є боротьба з артеріальною гіпертензією (АГ) як самим вагомим фактором ризику смерті від цереброваскулярних захворювань [1, 2]. Найявніший тільки одного такого фактора ризику збільшує в 3,5 рази смертність чоловіків у віці 50–69 років. Тривале підвищення артеріального тиску (АТ) може призвести до поразки органів-мішеней і розвитку низки ускладнень: інсульту, гіпертензивної енцефалопатії, гіпертрофії лівого шлуночка, серцевої, ниркової недостатності. АГ впливає на стан здоров'я, якість і тривалість життя літніх пацієнтів, оскільки захворюваність і смертність зростають паралельно підвищенню цифр діастолічного й, особливо, систолічного АТ [3, 4]. У той же час адекватні терапевтичні заходи здатні знизити цереброваскулярну й серцево-судинну захворюваність і смертність, поліпшити перебіг і прогноз АГ у цих хворих.

Серед багатьох клінічних досліджень, пов'язаних з вивченням ХІМ у хворих похилого віку, доведено зв'язок АГ із процесом старіння. Основним патогенетичним фактором є склероз аорти й великих артерій, що розвивається у результаті склерозу середньої оболонки та призводить до зниження їхньої еластичності. Багато гістологічних змін, що відбуваються з віком у стінках судин, схожі зі змінами внаслідок атеросклерозу [5, 6]. Проте питання про роль виключно атеросклерозу в патогенезі розвитку гіпертензивної енцефалопатії у хворих похилого віку є спірним.

Актуальність проблеми розвитку й прогресування гіпертензивної енцефалопатії у хворих похилого віку полягає в тому, що розвиток когнітивних порушень й високий АТ недооцінюють через відсутність хворобливих відчуттів. Основою розвитку є дисфункція систем, які регулюють мозковий кровоток, у тому числі – систему авторегуляції, яка значною мірою впливає на кровопостачання головного мозку [6, 7]. Це пояснює той факт, що у хворих із ХІМ стан мозкової гемодинаміки значною мірою залежить від стану й стабільності механізмів регуляції системної й церебральної гемодинаміки, зокрема, рівня системного АТ, регіонарного мозкового кровонаповнення, нормалізація яких на початкових етапах розвитку порушень запобігає появі важких ускладнень.

Усе це зумовлює необхідність розроблення обґрунтованих методів, що корегують засоби підтримки й підвищення індивідуальної стійкості органів і систем організму, у тому числі і церебральної гемодинаміки при різних умовах його функціонування, особливо у пацієнтів похилого віку. Таким чином, актуальність вивчення особливостей діагностики та профілактики хронічних форм цереброваскулярних захворювань, спрямованих на підтримку й підвищення індивідуальної стійкості систем головного мозку в різних умовах функціонування є актуальним.

**Мета дослідження:** оцінити вираженість афективних розладів у хворих похилого віку із ХІМ.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 77 хворих (46 жінок і 31 чоловіка) у віці від 60 до 74 років (середній вік – 66,1±5,7 року). Усі пацієнти були розділені на дві групи. Діагноз ХІМ встановлювали відповідно до МКБ-10.

Обстеження проводили на базі кафедри неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика Київської клінічної міської лікарні №8 (неврологічне відділення).

Методи дослідження включали: клініко-неврологічне оцінювання стану за стандартною методикою; інструментальні дослідження (добове моніторування АТ, електрокардіографію, доплерографію інтракраніальних судин головного мозку, комп'ютерну (КТ) та/або магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку. Психологічне тестування: шкала самооцінки депресії Центру епідеміологічних досліджень США (CES-D), де 19 балів – наявність значущих депресивних симптомів, 26 або вище – важких депресивних симптомів; шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера (C.D. Spielberger), адаптована у 1978 році Ю.Л. Ханіним (Ханін Ю.Л., 1976; Михайлов Б.В. и соавт., 2002), де оцінка до 30 балів – низька тривожність, від 31 до 45 балів – помірна тривожність, 46 балів і вище – високий рівень тривожності; визначення когнітивної сфери (Mini-Mental State Examination – MMSE), де кращий показник – 30 балів.

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили з використанням програми SPSS 17.0. Для опису кількісних ознак, що мають нормальний розподіл, наведені середні ознаки, середнє квадратичне відхилення ( $M \pm m$ ). Для оцінювання достовірності показників, що мають безперервні значення, використовували параметричний t-критерій Стьюдента (відмінності вважали достовірно значущими при  $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У період стаціонарного лікування у 38 (49,3%) з 77 хворих реєстрували високий рівень особистісної тривожності, а у 24 (31,2%) – реактивної тривожності, тоді як депресія діагностована у 21 (27,3%) пацієнтів, з них у 8 (38,1%) – виражена депресія. Відзначена достовірно більша частота розвитку депресії у жінок порівняно з чоловіками. У чоловіків діагностовано 2 випадки вираженої депресії (6,2% від загальної

кількості чоловіків) і 7 випадків легкої депресії – у 22,3%. Серед жінок виражену депресію відзначали у 8 (17,9%) пацієнток, депресію легкого ступеня – у 18 (39,1%). Установлено високу коморбідність депресії і тривожних розладів. У хворих з ХГЕ похилого віку 66,7% (14 пацієнтів) усіх випадків депресії відзначено серед пацієнтів з високим рівнем особистісної тривожності. При проведенні кореляційного аналізу встановлено взаємозв'язок ступеня тяжкості депресії з рівнем реактивної тривожності ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ) і особистісної тривожності ( $r=0,41$ ;  $p<0,01$ ). Значущих відмінностей між числом пацієнтів з легкими розладами депресивного спектра в групах не виявлено. Достовірно збільшувалася кількість хворих з високою реактивною і особистісною тривожністю у міру обмеження фізичної активності.

Наявність афективних порушень відображалася на якості життя хворих із хронічною гіпертензивною енцефалопатією (ХГЕ). Відбувалося зниження повсякденної активності у результаті як стомлюваності і слабкості, зумовлених пригніченим станом, так і внаслідок достовірного збільшення скарг на запаморочення, загальну слабкість, головний біль, перебої в роботі серця. Унаслідок цього у хворих з ХГЕ з тривожно-депресивними порушеннями відзначали зниження темпів фізичної та психологічної реабілітації в період стаціонарного лікування порівняно з пацієнтами без афективних розладів. У період лікування пацієнтам проводили індивідуальне психологічне консультування в поєднанні з медикаментозним впливом.

Критеріями ефективності були: зниження на 50% і більше від вихідних значень середнього бала за шкалою реактивної та особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна, шкалою самооцінки депресії CESD. Через 2 міс після виписки зі стаціонару, незважаючи на зменшення симптомів ХГЕ, афективні розлади зберігалися у 36 (58,1%) пацієнтів. Ураховуючи незадовільну ефективність психотерапевтичних методик, для корекції наведених порушень пацієнтам додат-

ково було призначено комплексне лікування (медикаментозна корекція і голкорексфлексотерапія, курс лікування склав 6 тиж). Результати продемонстрували хороший антидепресивний ефект комплексного лікування (зниження сумарного бала за опитувальником CES-D на 50% і більше від вихідного рівня) у 33 (91,2%) хворих. Середні значення за даною шкалою після лікування склали  $21,1\pm 2,5$  бала. Додатково відзначалося зниження сумарних значень за шкалою особистісної та реактивної тривожності Спілбергера до  $23,1\pm 1,3$  і  $27,2\pm 1,8$  бала відповідно ( $p<0,001$ ). Крім стабілізації психологічного статусу (поліпшення настрою, нормалізація сну, поліпшення апетиту, зменшення почуття неспокою, страху), пацієнти відзначали редукцію соматичних скарг, у тому числі скарг на головний біль, запаморочення або порушення уваги і пам'яті. На тлі комплексного лікування спостерігалася позитивна динаміка показників якості життя хворих за даними опитувальників SF-36 ( $49,38\pm 2,03$  бала – психологічний компонент і  $46,17\pm 1,99$  бала – фізичний компонент здоров'я).

### ВИСНОВКИ

Установлено високу коморбідність депресії і тривожних розладів. У хворих з ХГЕ похилого віку 66,7% всіх випадків депресії відзначено серед пацієнтів високим рівнем особистісної тривожності. Під час проведення кореляційного аналізу встановлено взаємозв'язок ступеня тяжкості депресії з рівнем реактивної тривожності ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ) і особистісної тривожності ( $r=0,41$ ;  $p<0,01$ ). Значущих відмінностей між числом пацієнтів з легкими розладами депресивного спектра в групах не виявлено. Достовірно збільшувалася кількість хворих з високою реактивною і особистісною тривожністю у міру обмеження фізичної активності. На тлі комплексного лікування спостерігали позитивну динаміку показників якості життя хворих за даними опитувальників.

### Аффективные расстройства у больных пожилого возраста с хронической ишемией мозга В.В. Яворский

Установлена высокая коморбидность депрессии и тревожных расстройств. Наличие аффективных нарушений отражалось на качестве жизни больных с хронической гипертензивной энцефалопатией (ХГЕ). У больных с ХГЕ пожилого возраста в 66,7% всех случаев депрессии отмечен высокий уровень личностной тревожности. Учитывая неудовлетворительную эффективность психотерапевтических методик, для коррекции приведенных нарушений дополнительно было назначено комплексное лечение (медикаментозная коррекция и иглорефлексотерапия, курс лечения составил 6 недель).

**Ключевые слова:** гипертензивная энцефалопатия, аффективные нарушения, коморбидность депрессии и тревожных расстройств.

### Highly emotional disorders in the patients of superannuated with the chronic ischemia of brain V.V. Yavorsky

The high comorbidity of depression and anxiety disorders. The presence of affective disorders was reflected in the quality of life of patients with chronic hypertensive encephalopathy (HGE). Patients with HGE elderly in 66,7% of all cases of depression marked by a high level of personal anxiety. Given the unsatisfactory efficacy of psychotherapeutic techniques for the correction of these violations was additionally appointed complex treatment (drug correction and acupuncture, treatment was 6 weeks).

**Key words:** hypertensive encephalopathy, affective disorders, comorbidity of depression and anxiety disorders.

### Сведения об авторе

Яворский Вадим Васильевич – кафедра неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Баггоутовская, 1.; тел.: (099) 285-89-08

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Коваленко В.М. Региональні особливості рівня здоров'я народу України / Коваленко В.М., Корнацький В.М. – К.: Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», 2011. – 165 с.
- Lloyd-Jones D., Adams R.J., Brown T.M. et al: Heart disease and stroke statistics – 2010 update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2010; 121:e46.
- ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // *J. Hypertension*. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105–1187.
- Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М., 2004. – 111 с.
- Петрова Е.А., Георгиевская Н.А., Кичук И.В. и др. // *Журн. неврол. и психиатр.* – 2010. – Т. 110, № 6. – С. 77–85.
- Собенников В.С., Прокопьева М.Л., Собенникова В.В. К проблеме соматизированной депрессии (обзор литературы) // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2013. – № 2. – С. 18–21.
- Вельтишев Д.Ю. Генерализованное тревожное расстройство: эпидемиология, патогенез, диагностика и фармакотерапия (обзор литературы) // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2011. – № 1. – С. 56–64.

Статья поступила в редакцию 25.09.2014