

Характеристика психоэмоционально-мнестических функций, вегетативных изменений и качества жизни при начальных стадиях дисциркуляторной энцефалопатии различного генеза

А.Г. Скрипченко

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев

Цель исследования: анализ состояния вегетативной нервной системы, функции внимания и качества жизни у пациентов среднего возраста с начальными формами цереброваскулярной патологии (ЦВП) различной этиологии; изучение распространенности тревожно-депрессивных расстройств с учетом гендерных особенностей.

Материалы и методы. Обследованы 217 пациентов в возрасте от 40 до 59 лет (средний возраст – $51,4 \pm 5,9$ года). По результатам комплексного обследования было выявлено 140 человек с начальной стадией дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), которые были разделены на 3 группы в зависимости от этиологического фактора развития заболевания (артериальной гипертензии, атеросклероза и их сочетания). Всем пациентам проведена оценка умственной работоспособности и активности внимания по тесту Мюнстерберга. Состояние качества жизни и вегетативной нервной системы оценивали по вопросам Лаборатории эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы НЦН РАМН – «Качество жизни», «Синдром вегетативной дистонии». Для выявления тревожно-депрессивных состояний была использована Модифицированная госпитальная шкала тревоги и депрессии (Modified Hospital Anxiety and Depression Scale – MHADS).

Результаты. Анализ полученных данных показал высокую распространенность тревожно-депрессивных расстройств у лиц среднего возраста. Субклинические и клинические проявления были отмечены в 56,9% случаях, с преобладанием у женщин ($p < 0,05$). При этом статистически значимо чаще среди женщин отмечали умеренное нарушение внимания, вегетативные нарушения (тяжелые и средней тяжести) и незначительное снижение качества жизни. У мужчин чаще определяли легкие нарушения внимания, отсутствие вегетативных расстройств и хорошее состояние качества жизни ($p < 0,05$).

Для пациентов с различными патогенетическими формами начальной ДЭ также характерна высокая распространенность тревожно-депрессивной симптоматики, субклинические и клинические проявления которой выявлены более чем у 50% больных, с некоторым преобладанием тревоги с начальной атеросклеротической ДЭ (АСДЭ) и тревожно-депрессивных состояний в группах пациентов с начальными гипертонической (ГДЭ) и сочетанной ДЭ (СДЭ). Отмечены некоторые межгрупповые различия по функции внимания и вегетативной дисфункции, однако разница в показателях не достигла уровня статистической значимости. При этом пациенты из группы с АДЭ чаще, по сравнению с пациентами из групп с ГДЭ и СДЭ, определяют качество своей жизни как хорошее ($p < 0,05$).

Заключение. Проведенное исследование показало высокую распространенность тревожно-депрессивных рас-

стройств среди лиц среднего возраста. Выявленные особенности состояния функции внимания, вегетативной нервной системы и качества жизни в группах пациентов с начальными формами дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) различного патогенеза, свидетельствуют о целесообразности определения степени их изменений для терапевтической коррекции в общей системе профилактики и лечения больных с начальными формами ДЭ различной этиологии.

Ключевые слова: средний возраст, дисциркуляторная энцефалопатия, тревога, депрессия, вегетативная дисфункция, качество жизни.

Широкая распространенность цереброваскулярных заболеваний обуславливает актуальность комплексного изучения патогенетических механизмов этих заболеваний и разработку эффективных методов терапии и профилактики [7].

В последние годы все больше внимания уделяется анализу изменения психоэмоциональных и мнестических функций на ранних этапах цереброваскулярных заболеваний [9].

Современные представления о функционально-анатомической и биохимической организации головного мозга свидетельствуют о том, что изменения в ассоциативных зонах церебральной коры, преимущественно обеспечивающих высшие мозговые функции, уже на начальных стадиях цереброваскулярной патологии (ЦВП) отмечают в виде нарушения когнитивных и психоэмоциональных функций [8].

Важным фактором возникновения и/или прогрессирования ЦВП как мультифакторного заболевания служит длительное психоэмоциональное напряжение [9].

На современном этапе развития общества состояние психосоциального и хронического «стресса», ведущее к повышению напряжения адаптационно-приспособительных механизмов организма, приобрело характер эпидемии, особенно в крупных мегаполисах [3]. При длительном адаптационном напряжении организма происходит гиперактивация стресс-инициирующих механизмов, в первую очередь симпатoadреналовой системы, на фоне которых происходит снижение потенциала стресс-лимитирующих систем (антиоксидантной, иммунной, гормональной и др.), а также отмечается появление стресс-повреждающих эффектов (ишемия и гипоксия тканей, нарушения в системе гемостаза, повышенная деструкция клеточных мембран и др.). На этом фоне возникают признаки невротизации, ведущие в дальнейшем к появлению тревожно-депрессивно-когнитивных расстройств [1].

По данным ВОЗ, в общей медицинской практике тревога встречается у 10% пациентов, при этом субклинически выраженная тревога может встречаться у 76%. Также не-

Распространенность тревожно-депрессивных расстройств и их гендерные различия, %

Показатель	Всего		Мужчины		Женщины	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Тревога	56	28,8	10	16,9	46	29,1*
Депрессия	15	6,9	5	8,5	10	6,3
Тревога-депрессия	46	21,2	10	16,9	36	22,8
Всего	117	56,9	25	42,3*	92	58,2

Примечание: * – статистически значимые отличия между мужчинами и женщинами, $p < 0,05$.

обходимо отметить, что тревога входит в структуру психопатологических проявлений депрессии более чем в 80% случаев [8].

Основным направлением профилактики сосудистых заболеваний является первичная и вторичная профилактика. Основное значение в снижении заболеваемости, смертности и инвалидизации принадлежит первичной профилактике, включающей коррекцию основных регулируемых факторов риска развития заболевания, в частности тревожно-депрессивных состояний [7].

Исходя из сложившейся социально-экономической ситуации в Украине, актуальным является проведение скрининга уровня тревоги и депрессии как весомого фактора риска развития ЦВП у населения, в частности в популяции лиц среднего возраста, проживающих в крупных мегаполисах. Особый интерес представляет распространенность тревожных и депрессивных расстройств, а также оценка состояния вегетативной нервной системы, когнитивного фона и состояния качества жизни в группах пациентов среднего возраста с начальными формами ЦВП различного генеза.

Цель исследования: анализ состояния вегетативной нервной системы, функции внимания и качества жизни у пациентов среднего возраста с начальными формами ЦВП различной этиологии, изучение распространенности тревожно-депрессивных расстройств с учетом гендерных особенностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводили на базе отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины» в рамках проекта «Многоцентровое популяционное исследование факторов риска, клиники и прогностической значимости начальных проявлений цереброваскулярных заболеваний с целью разработки системы профилактики нарушений мозгового кровообращения для лечебных учреждений первичного звена здравоохранения» (2011–2016 г.).

Из 1715 человек в возрасте от 40 до 59 лет, проживающих на нескольких терапевтических участках Шевченковского района г. Киева, методом случайной выборки было отобрано 600 пациентов, из которых обследованы 217 лиц (средний возраст – $51,4 \pm 5,9$ года). По результатам комплексного обследования пациентов было выявлено 140 человек с начальной стадией ДЭ, которые были разделены на 3 группы в зависимости от этиологического фактора развития заболевания.

В группу больных ($n=41$) с начальными проявлениями гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии (ГДЭ) вошли пациенты, у которых по данным анамнеза и клинико-инструментального обследования отмечалось повышение артериального давления (АД) до 140–150 мм рт.ст. в течение последних 3–5 лет и при проведении ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) брахиоцефальных сосудов не выявлено признаков церебрального атеросклероза.

В группу больных ($n=47$) с начальными стадиями атеросклеротической энцефалопатии (АСДЭ) вошли пациенты без стойкого повышения АД в анамнезе, у которых по данным УЗДС магистральных сосудов головы и шеи выявлены признаки развития церебрального атеросклероза (утолщение комплекса интима-медиа, наличие единичных атеросклеротических бляшек).

В третью группу вошли 52 больных с сочетанной патологией: атеросклерозом (по данным УЗДС) брахиоцефальных сосудов и повышенным АД в анамнезе (СДЭ).

Для оценки умственной работоспособности и активности внимания был использован тест Мюнстерберга, при проведении которого оценивается количество выделенных слов среди буквенного текста и количество пропущенных и неправильно выделенных слов, согласно заданию. Сумма баллов определяется по количеству правильно выделенных слов с вычитанием количества баллов по числу неправильно выделенных слов. Норма – выделение 25–23 слов, легкие нарушения – 22–20 слов, умеренные нарушения – 19–15, выраженные нарушения – 14 и менее слов (1 слово – 1 балл).

Состояние качества жизни и вегетативной нервной системы оценивали по опросникам Лаборатории эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы НИЦН РАМН – «Качество жизни», «Синдром вегетативной дистонии» в баллах: «Качество жизни» (0–5 баллов – плохое, 6–9 – умеренное снижение, 10–16 баллов – удовлетворительное, 17–21 балл – показатель хорошего качества жизни); «Синдром вегетативной дистонии» (0–14 баллов – нет нарушений, 15–29 баллов – легкие нарушения, 30–59 баллов – нарушения средней тяжести, 60 и более баллов – выраженные нарушения).

Для выявления тревожно-депрессивных состояний была использована Модифицированная госпитальная шкала тревоги и депрессии (Modified Hospital Anxiety and Depression Scale – MHADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Оценку результатов исследования проводили по стандартизованной балльной системе: норма – 7 баллов и менее, субклиническое проявление тревоги или депрессии – 8–10 баллов, 11 баллов и выше – клиническое проявление.

Для оценки атеросклеротических изменений брахиоцефальных артерий проводили ультразвуковое дуплексное сканирование на приборе «Philips EnVisor» (Нидерланды) с использованием линейного датчика с частотой 7,5 МГц.

Для статистической обработки полученных данных были использованы пакеты прикладных программ «Microsoft® Excel 2010», «Statistica 6,0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты анализа психоэмоционального и мнестического состояния показали, что тревога (по данным опросника MHADS) в виде субклинических и клинических проявлениях (восемь и больше баллов) регистрировалась в 28,8%, депрессия – в 6,9% и тревожно-депрессивные расстройства – в

Таблица 2

Состояние внимания, %

Пациенты	Выраженные нарушения		Умеренные нарушения		Легкие нарушения		Норма	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Мужчины, n=59	5	8,5	12	20,3	25	42,4*	18	30,5
Женщины, n=158	19	12,0	52	32,9*	40	25,3	46	29,1
Всего	24	11,1	64	29,4	65	30,0	64	29,5

Примечание: * – статистически значимые отличия между мужчинами и женщинами, p<0,05.

Таблица 3

Показатели вегетативной дисфункции, %

Пациенты	Нет (0-14)		Легкие (15-29)		Нарушения средней тяжести (30-59)		Выраженные (60 и более)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Мужчины, n=59	17	28,8*	17	28,8	23	39,0	2	3,4
Женщины, n=158	9	5,7	31	19,6	91	57,6*	26	16,46*
Всего	26	12,0	48	22,1	115	53,0	28	12,9

Примечание: * – статистически значимые отличия между мужчинами и женщинами, p<0,05.

Таблица 4

Состояние качества жизни (%)

Пациенты	Плохое		Умеренное снижение		Легкое снижение		Хорошее	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Мужчины, n=59	2	3,4	2	3,4	29	49,2	27	45,8*
Женщины, n=158	3	1,9	10	6,3	111	70,3*	34	21,5
Всего	5	2,3	12	5,5	140	64,5	61	28,1

Примечание: * – статистически значимые отличия между мужчинами и женщинами, p<0,05.

21,2% случаев. В целом тревожно-депрессивные расстройства отмечены у 56,9% лиц среднего возраста (по данным опросника MHADS).

Данные гендерного распределения тревоги и/или депрессии свидетельствуют о том, что частота встречаемости тревоги у женщин статистически значимо выше, чем у мужчин (29,1% и 16,9% соответственно). Тревожно-депрессивная симптоматика выявлена у 22,8% женщин и 16,9% мужчин. Изолированные депрессивные состояния диагностированы у 8,5% мужчин и 6,3% женщин. При этом суммарный показатель частоты встречаемости тревожно-депрессивных расстройств статистически достоверно выше у женщин по сравнению с мужчинами – 42,3% и 58,2% соответственно (табл. 1).

Длительное нахождение в состоянии психоэмоционального напряжения приводит к сужению диапазона или срыву адаптационно-приспособительных механизмов [10]. Одними из наиболее ранних проявлений такого состояния являются нарушения в когнитивной сфере, в частности, страдают исполнительные функции, из которых наиболее чувствительной является состояние внимания.

Из 217 обследованных пациентов констатировали по шкале Мюнстерберга выраженное и умеренное нарушение внимания (11,1% и 29,4% соответственно). Легкие нарушения отмечены у 30%, норма – у 29,5% пациентов. У 8,5% мужчин и 12% женщин отмечены выраженные нарушения. Статистически достоверно чаще у женщин по сравнению с мужчинами, по данным вопросника, отмечены умеренные нарушения (32,9% и 20,3% соответственно), у мужчин в отличие от женщин – легкие нарушения (42,2% и 25,3% соответственно; p<0,05) (табл. 2).

Известно, что длительное воздействие стрессовых факторов, как экзо- так и эндогенного происхождения, включает адаптационно-приспособительные механизмы, мобилизуя защитные силы организма посредством повышенного напряжения соответствующих органов и систем. Основную интегративную роль в обеспечении процессов адаптации и поведения человека, а также поддержания церебрального гомеостаза выполняет вегетативная нервная система, изменение активности которой может свидетельствовать о ее перенапряжении или развитии патологического процесса [2].

Эпидемиологические исследования показывают, что те или иные вегетативные расстройства, которые клинически выявляют в виде вегетативной дисфункции различной степени, ощущают от 30% до 80% популяции [8]. Чаще всего наблюдают полисистемное проявление, в частности со стороны кардиоваскулярной, респираторной, мышечной, вестибулярной, терморегуляционной и потоотделительной систем, а также пищеварительного тракта [11].

Проведенный анализ распространенности вегетативных расстройств в изучаемой группе, по данным вопросника «Синдрома вегетативной дистонии» показал, что вегетативные нарушения средней тяжести характерны для 53,0% обследованных респондентов и статистически достоверно чаще встречаются среди женщин по сравнению с мужчинами 57,6% и 39,5% соответственно. Выраженные нарушения отмечаются у 12,9%, и достоверно чаще встречаются у женщин 16,46%. Для 22,1% характерны легкие нарушения, распространенность которых в женской популяции составила 19,6%, в мужской – 28,8%.

Одним из интегративных (объединяющих) показателей, отражающих общее состояние человека, является уровень

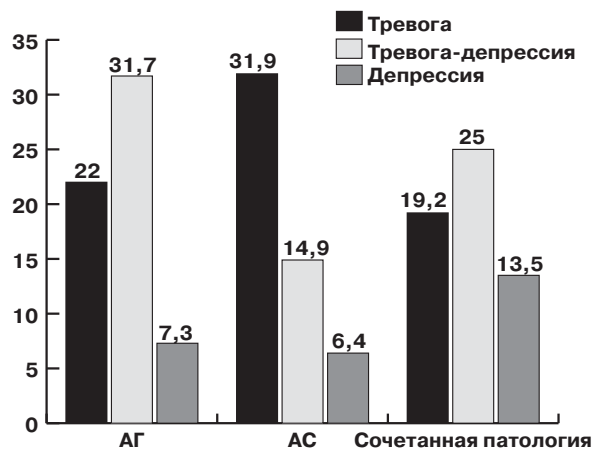


Рис. 1. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с начальными формами ДЭ разного генеза, %

его качества жизни [5]. Анализ данного показателя в изучаемой выборке показал, что чаще всего обследованные отмечали легкое снижение качество жизни в 64,5% случаев, при этом частота встречаемости среди женщин составила 70,3%, среди мужчин – 49,2% ($p < 0,05$). У 5,5% пациентов, по данным опросника «Качество жизни», было умеренное снижение и у 2,3% – плохое. Умеренное снижение качества жизни по частоте встречаемости среди мужчин и женщин составил 3,4% и 6,3%, соответственно. Плохое качество жизни среди мужчин встречается в 3,4% и среди женщин в 1,9% случаев соответственно. Статистически достоверно чаще мужчины отмечали качество своей жизни как хорошее по сравнению с женщинами 45,8% и 21,5% соответственно.

Как было отмечено выше, при проведении исследования было выделено три группы с начальными формами дисциркуляторной энцефалопатии различной этиологии (атеросклеротической, гипертонической и сочетанной). В этих группах был проведен анализ распространенности тревожно-депрессивных состояний, состояния функции внимания, вегетативной дисфункции и состояния качества жизни.

Так, в группе с начальной ГДЭ самую высокую частоту встречаемости по данным опросника МНADS составили тревожно-депрессивные расстройства – 31,7%, тревога отмечена у 22,0% и депрессивная симптоматика – у 7,3% пациентов. У

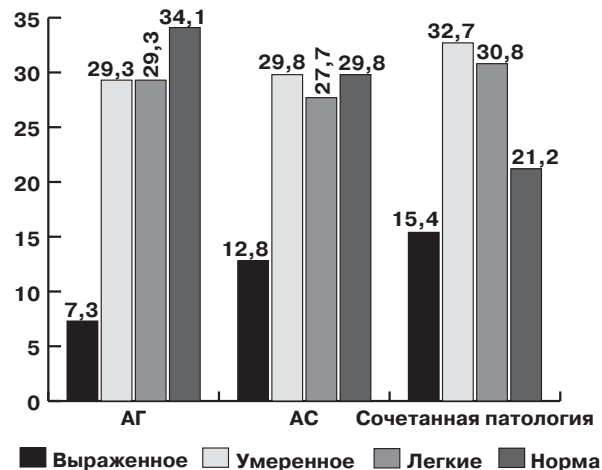


Рис. 2. Показатели состояние внимания у пациентов с начальными формами ДЭ разного патогенеза, %

больных с начальной АСДЭ тревога встречается в 31,9% случаев, тревожно-депрессивная и депрессивная симптоматика отмечена у 14,9 и 6,4% пациентов соответственно. В группе с СДЭ распространенность тревожно-депрессивной симптоматики выглядит следующим образом: депрессия – 13,5%, тревога – 19,2% и тревога-депрессия – 25,0% (рис. 1).

По данным теста Мюнстерберга, отражающим состояние внимания, как одной из наиболее чувствительных когнитивных функций, нарушающихся при сосудистой патологии, отмечено, что выраженное снижение внимания встречается в группе с СДЭ в 15,4% случаев, в группах с начальной ГДЭ и АСДЭ у 7,3% и 12,8% обследованных соответственно. Умеренное снижение функции внимания в группах с начальными ГДЭ, АСДЭ и СДЭ отмечено у 29,3%, 29,8% и 32,7% пациентов соответственно. Снижение внимания легкой степени характерно для 29,3% обследованных из группы с начальной ГДЭ, 27,7% и 29,3% в группах с начальными АСДЭ и СДЭ соответственно. Нормальные показатели внимания отмечаются у 29,8% с начальными АСДЭ, 21,2% СДЭ и 34,1% ГДЭ (рис. 2).

Вегетативная дисфункция является одним из первых признаков перенапряжения или патологии нервной, а также поражении какой-либо другой системы организма [4]. При этом больные чаще всего жалуются на сердцебиение, боль в области сердца, головную боль, потливость, метеозависи-

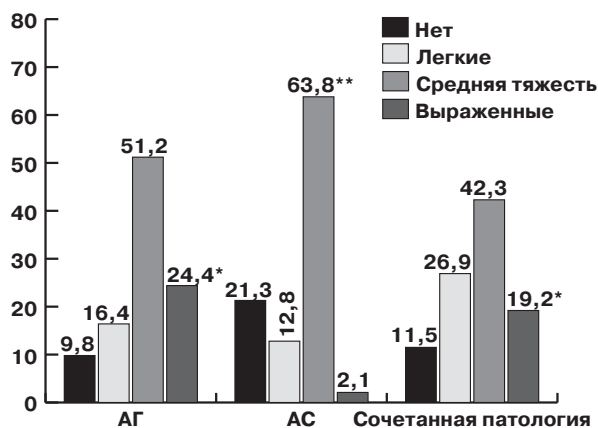


Рис. 3. Показатели вегетативной дисфункции у пациентов с начальными формами ДЭ разного патогенеза, %:

* – статистически значимые отличия по сравнению с группой АС, $p < 0,05$;
** – статистически значимые различия между группами АСДЭ и СДЭ, $p < 0,05$.

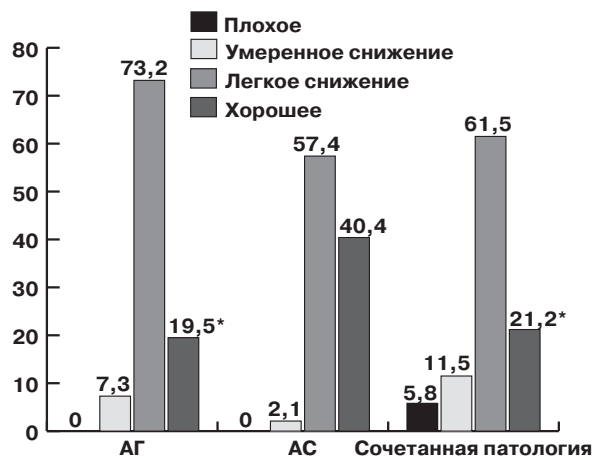


Рис. 4. Состояние качества жизни у пациентов с начальными формами ДЭ разного генеза, %

* – статистически значимые отличия по сравнению с группой АС, $p < 0,05$.

мость, плохой сон, раздражительность, дискинезию пищеварительного тракта, непереносимость больших умственных, эмоциональных и физических нагрузок.

Анализ полученных данных по опроснику «Синдром вегетативной дистонии» показал, что в группе с начальной ГДЭ вегетативные нарушения средней тяжести отмечены у 51,2%, тяжелые у – 24,4% пациентов. В группах с начальными АСДЭ и СДЭ нарушения средней тяжести и тяжелые встречаются в 63,8% случаях: в 2,1%, 42,3% и 19,2% соответственно. Легкие вегетативные нарушения отмечаются в группах с начальными: ГДЭ – у 16,4%, АСДЭ – у 12,8% и СДЭ – у 26,9% обследованных, отсутствуют у 9,8%, 21,3% и 11,5% пациентов соответственно (рис. 3).

Результаты тестирования по опроснику «Качество жизни» показали, что плохое качество жизни встречается только в группе с СДЭ в 5,8% случаев, ниже среднего – в группах с начальными ГДЭ, АСДЭ и сочетанной ДЭ у 7,3%, 2,1% и 11,5% обследованных соответственно. Показатели удовлетворительного качества жизни отмечены у 73,2% обследованных из группы с начальной ГДЭ, 57,4% и 61,5% – в группах с начальными АСДЭ и СДЭ соответственно. Хорошим считают качество своей жизни 40,4% пациентов с начальными АСДЭ, 21,2% – с СДЭ и 19,5% – с ГДЭ (рис. 4).

Показатели распространенности тревожно-депрессивных состояний в виде субклинических и клинических проявлений в исследуемой возрастной группе составил 56,9%, с более высокой частотой встречаемости среди женщин по сравнению с мужчинами (58,2% против 42,3% соответственно; $p < 0,05$). Отмечено, что у женщин суммарно показатели состояния активности внимания (выраженные и умеренные нарушения), по данным теста Мюнстерберга, статистически достоверно выше, чем у мужчин – 44,9% и 28,8% соответственно, на фоне более высокой распространенности вегетативной дисфункции (средней степени тяжести и выраженной) 74,1% и 42,4%, соответственно. При этом суммарные показатели (плохое и ниже среднего) по опроснику «Качество жизни» статистически не различаются между мужчинами и женщинами. Мужчины при этом статистически достоверно чаще определяют качество своей жизни как хорошее, а женщины чаще отмечают легкое снижение ($p < 0,05$).

Характеристика психоемоційно-мнестичних функцій, вегетативних змін та якості життя при початкових стадіях дисциркуляторної енцефалопатії різного генезу О.Г. Скрипченко

Мета дослідження: аналіз стану вегетативної нервової системи, функцій уваги та якості життя у пацієнтів середнього віку з початковими формами цереброваскулярної патології (ЦВП) різної етіології; вивчення поширеності тривожно-депресивних розладів з урахуванням гендерних особливостей.

Матеріали та методи. Обстежені 217 пацієнтів віком від 40 до 59 років (середній вік – $51,4 \pm 5,9$ року). За результатами комплексного обстеження було виявлено 140 осіб з початковою стадією дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ), які були розподілені на 3 групи залежно від етіологічного фактора розвитку захворювання (артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та їхнього поєднання). Усім пацієнтам проведено оцінювання розумової працездатності і активності уваги за тестом Мюнстерберга. Стан якості життя і вегетативної нервової системи оцінювали за опитувальниками Лабораторії епідеміології та профілактики захворювань нервової системи НЦН РАМН – «Якість життя», «Синдром вегетативної дистонії». Для виявлення тривожно-депресивних станів була використана Модифікована госпітальна шкала тривоги і депресії (Modified Hospital Anxiety and Depression Scale – MHADS).

Результати. Аналіз отриманих даних свідчить про високу поширеність тривожно-депресивних розладів в осіб середнього віку. Субклінічні і клінічні прояви були відзначені у 56,9% випадках, з

Анализ полученных данных у пациентов с различными патогенетическими формами начальной ДЭ показал, что у пациентов с начальными ГДЭ, АСДЭ и СДЭ тревожно-депрессивная симптоматика встречается в 61,0%, 53,2% и 57,7% случаях соответственно. С преобладанием изолированных тревожных состояний в группе с АСДЭ и тревожно-депрессивных в группах с начальными ГДЭ и СДЭ.

Также отмечено, что суммарно показатели состояния активности внимания по данным теста Мюнстерберга (выраженное и умеренное снижение) в группах с СДЭ составили 48,1%, с АСДЭ – 42,6% и с ГДЭ – 36,6%. Вегетативная дисфункция средней степени тяжести и выраженная (по данным опросника ВСД) встречается у пациентов с начальными ГДЭ и СДЭ в 75,6% и 61,5% случаев соответственно, при АСДЭ – у 66,0% пациентов ($p > 0,05$). При этом пациенты с АСДЭ статистически достоверно чаще, по сравнению с группами ГДЭ и СДЭ, считают качество своей жизни хорошим ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

В результате проведенного комплексного обследования психоэмоционально-мнестического состояния, вегетативных функций и оценки качества жизни при анализе состояния пациентов с начальными формами дисциркуляторной энцефалопатии различного генеза отмечена высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств, изменение вегетативных и снижение мнестических функций (внимание), и как следствие – снижение качества жизни. Также отмечена высокая распространенность тревожно-депрессивных состояний в виде субклинических и клинических проявлений в изучаемой выборке лиц среднего возраста с преобладанием в женской популяции.

Таким образом, целесообразным является изучение качества жизни больных, психоэмоционального, когнитивного, вегетативного статуса, а также их изменений, что позволило бы повысить эффективность программ первичной профилактики цереброваскулярной патологии. А своевременное выявление и коррекция изменений позволит более полно компенсировать состояние пациентов и снизить показатели заболеваемости.

переважанням у жінок ($p < 0,05$). Також статистично значущо частіше серед жінок відзначали помірне порушення уваги, вегетативні порушення (важкі і середньої тяжкості) і легке зниження якості життя. У чоловіків частіше визначалися легкі порушення уваги, а також відсутність вегетативних розладів і хороший стан якості життя ($p < 0,05$).

Для пацієнтів з різними патогенетичними формами початкової ДЕ також характерна висока поширеність тривожно-депресивної симптоматики – субклінічні і клінічні прояви якої було виявлено більш ніж у 50%, з деякою перевагою тривоги у хворих з початковою атеросклеротичною ДЕ (АДЕ) і тривожно-депресивних станів у групах пацієнтів з початковими гіпертонічною (ГДЕ) і поєднаною ДЕ. Відзначені деякі міжгрупові відмінності щодо функцій уваги і вегетативної дисфункції, проте різниці у показниках не мали рівня статистичної значущості. При цьому пацієнти з групи АДЕ частіше, у порівнянні з пацієнтами з груп ГДЕ та поєднаної ДЕ, визначають якість свого життя як добру ($p < 0,05$).

Заключення. Проведене дослідження показало високу поширеність тривожно-депресивних розладів серед осіб середнього віку. Виявлені особливості стану функцій уваги, вегетативної нервової системи та якості життя у групах пацієнтів з початковими формами дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) різного патогенезу свідчать про доцільність визначення ступеня їхніх змін для терапевтичної корекції у загальній системі профілактики і лікування пацієнтів з початковими формами ДЕ різної етіології.

Ключові слова: середній вік, дисциркуляторна енцефалопатія, тривога, депресія, вегетативна дисфункція, якість життя.

Characteristics of the psycho-emotional-mnestic functions, vegetative changes and quality of life at the initial stages of discirculatory encephalopathy of the various genesis
A.G. Skripchenko

The objective: to analyze the conditions of the autonomic nervous system, the function of attention and quality of life in middle-aged people with the initial forms of CVP of different etiology. To conduct an analysis of the prevalence of anxiety-depressive disorders, taking into account gender characteristics.

Patients and methods. 217 persons aged from 40 to 59 years (mean age 51,4±5,9 years) were examined. According to the results of the complex examination, 140 people with an initial stage of DE were identified, which were divided into 3 groups depending on the etiologic factor of the development of the disease (arterial hypertension, atherosclerosis and their combination). All patients were assessed for mental performance and attention activity in the Munsterberg test. The state of the quality of life and the autonomic nervous system was assessed by the questionnaires of the Laboratory of Epidemiology and Prevention of Nervous System Diseases of the SCN of RAMS – «Quality of Life», «Syndrome of the vegetative dystonia». To identify anxiety-depressive conditions, the Modified Hospital Anxiety and Depression Scale (MHADS) was used.

Results. The analysis of the obtained data showed a high prevalence of anxiety-depressive disorders in middle-aged people. Subclinical and clinical manifestations were noted in 56,9%, with a predominance in

women ($p<0,05$). Also, among women, there was a statistically significantly more frequent mild violation of attention, autonomic disorders (severe and moderate severity), and a slight decrease in the quality of life. Men were more likely to have slight attention disorders, as well as a lack of vegetative disorders and a good quality of life condition ($p<0,05$).

Patients with different pathogenetic forms of the initial DE also have a high prevalence of anxiety and depressive symptoms – subclinical and clinical manifestations of which have been detected in more than 50%, with a certain predominance of anxiety in patients with initial ADE and anxiety-depressive states in groups of patients with initial hypertensive and combined DE. Some intergroup differences in the function of attention and autonomic dysfunction were noted, but the difference in the indices did not reach the level of statistical significance. In this case, patients from the ADE group often, as compared to patients from the groups with HDE and CDE, determine their quality of life as good ($p<0,05$).

Conclusion. The study showed a high prevalence of anxiety-depressive disorders, among middle-aged people. The revealed features of the state of attention function, autonomic nervous system and quality of life in groups of patients with initial forms of DE of different pathogenesis testify to the advisability of determining the degree of their changes for therapeutic correction in the general system of prevention and treatment of patients with initial forms of DE of different etiology.

Key words: mean age, discirculatory encephalopathy, anxiety, depression, autonomic dysfunction, quality of life.

Сведения об авторе

Скрипченко Александр Георгиевич – Отдел сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», 04114, г. Киев, ул. Вышгородская, 67; тел.: (044) 254-15-47, (098) 874-21-10. E-mail: dinastijamed@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бурчинский С.Г. Тревожные расстройства в ангионеврологии: возможности анксиолитиков нового поколения // Украинский вестник психоневрологии. – 2008. – Т. 16, № 4 (57). – С. 78–80.
- Вейн А.М. и соавт. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
- Гавриш А.С. Проатерогенные свойства хронического стресса // Материалы XVII Национального конгрессу кардіологів України (Київ, 21–23 вересня 2016 р.): Укр. Кардіологічний журнал. Додаток 3/2016. – С. 209–215.
- Гоженко Е.А. Соматоформная вегетативная дисфункция у лиц молодого возраста в свете современных представлений об этиопатогенезе, диагностике и методах восстановительного лечения // Медична гідрологія та реабілітація. – 2008. – Т. 6, № 2. – С. 12–33.
- Корнацкий В.М., Мороз Д.М. Вплив тривоги та депресії на якість життя пацієнтів із серцево-судинною патологією // Буковинський медичний вісник. – 2015. – Т. 19, № 4 (76). – С. 84–88.
- Морозова О.Г. Роль анксиолитиков в комплексном лечении хронических церебральных ишемий. Ярошевский А.А., Липинская Я.В. // Международный неврологический журнал. – 2011. – № 7 (45). – С. 30–34.
- Серцево-судинна захворюваність в Україні та рекомендації щодо покращання здоров'я в сучасних умовах / Корнацький В.М., Дорогой А.П., Манойленко Т.С. та співав. // Аналітично-статистичний посібник. – К., 2012. – 117 с.
- Слоняева М.К. Скрининг уровня тревоги и депрессии у пациентов первичного звена здравоохранения. Цатурова К.Н., Колесниченко Е.В., Бюллетень медицинских интернет-конференций (ISSN 2224-6150). – 2016. – Т. 6, № 5. ID: 2016-05-1212-A-6912
- Стрес і хвороби системи кровообігу: посібник / В.М. Корнацький, Т.С. Манойленко, А.Г. Кириченко [та ін.]; під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького; Національний науковий центр «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска». – К.: Колімоцін В.Ю., 2015. – 352 с.
- Теряева Н.Б. Стресс: метаболические основы адаптации и патология сердечно-сосудистой системы // Креативная кардиология. – 2008 – № 1. – С. 24–30.
- Samosyuk N.I., Samosyuk I.Z., Fedorov S.N., Chuhraeva E.N., Zukow W. Vegetative-vascular dystonia: diagnosis and treatment with the inclusion of modern methods of physiotherapy. Journal of Education, Health and Sport. 2015; 5(7):117-152. ISSN 2391-8306. DOI 10.5281/zenodo.19327

Статья поступила в редакцию 08.06.17