

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Канд. мед. наук Т. Г. ВАЙХАНСКАЯ, Е. А. МОЗГОВА, Т. В. ОСМОЛОВСКАЯ

*РНПЦ «Кардиология», Минск, Республика Беларусь*

**Представлены результаты исследования когнитивной функции, качества жизни и уровня депрессии у пациентов с экстракраниальной сосудистой патологией. Выявлено значительное снижение уровня качества жизни и наиболее выраженный когнитивный дефицит и уровень депрессии при окклюзирующем поражении внутренних сонных артерий и мультифокальных экстракраниальных стенозах.**

*Ключевые слова: цереброваскулярная патология, когнитивные расстройства, депрессия, качество жизни.*

К концу XX — началу XXI столетия в экономически развитых странах сосудистые поражения мозга являются одной из ведущих причин смертности населения, составляя в ее структуре около 14% [1, 2]. Цереброваскулярные заболевания, в том числе мозговой инсульт — вторая по значимости причина деменции после болезни Альцгеймера. В целом, около 25% всех случаев деменции имеют сосудистое происхождение [3, 4].

Симптомы начальной стадии хронической недостаточности мозгового кровообращения (ХНМК) (головные боли и шум в ушах, головокружение, нарушение сна, метеотропность, утомляемость, ухудшение настроения) практически не изменяют социального статуса больных, однако выраженная стадия уже характеризуется клиникой снижения интеллекта и нарастающими проявлениями когнитивных расстройств [4, 5]. Так, ухудшение интеллектуальных функций (память, внимание, воспоминание, восприятие, воображение, понимание, постижение, планирование, рассуждение, мышление) влияет и на степень трудоспособности пациента, и на его моральный, материальный и социальный статус. Нередко возникают сложности не только в самообслуживании, но и в социальном взаимодействии, нарушается адаптация в обществе, что свидетельствует о снижении качества жизни индивидуума.

Цель исследования — изучить состояние экстракраниального кровообращения, качество жизни, когнитивные функции и уровень депрессии у больных ишемическими цереброваскулярными заболеваниями.

В исследование было включено 44 пациента с ишемическим поражением головного мозга при стенозирующем атеросклерозе экстракраниальных артерий (ЭА) и 16 здоровых добровольцев. Церебральная гемодинамика изучалась ультразвуковым дуплексным методом («Vivid-5» GE, USA) с определением уровней и степеней выраженности (в %) стенозирования диаметра ЭА. Критерием гемодинамической значимости

стеноза считалась степень сужения диаметра сосуда свыше 50%.

Психологическое исследование в виде тестирования выполнялось всем пациентам с использованием краткой шкалы оценки когнитивного дефицита Mimi Mental State Examination (MMSE), которая позволяет оценить внимание, краткосрочную и отсроченную слухоречевую память, счет, письмо, праксис, зрительно-пространственную ориентацию [3]. Максимальный уровень баллов, считающийся нормой, составляет 30, снижение до 24 баллов и ниже соответствует деменции.

Количественная оценка качества жизни и выраженности сердечной недостаточности пациентов проводилась с помощью модифицированного Миннесотского опросника (MLHFO). По самостоятельным вариантам ответов на 21 вопрос (по пятибалльной шкале) суммировались общие баллы — от 0 баллов (соответствующих наилучшему качеству жизни) до 105 баллов (соответствующих абсолютно низкому качеству жизни).

Уровень депрессии оценивался по шкале Монтгомери — Асберг (MADRS). Подсчитывались суммарные баллы по 10 ответам на вопросы, позволяющие оценить депрессивные эпизоды за последний месяц (от 0 до 59 баллов). Отсутствие депрессивного эпизода соответствовало оценке своего состояния больными от 0 до 15 баллов, при умеренном уровне депрессии — от 16 до 25 баллов, оценка психического статуса свыше 30 баллов свидетельствовала о выраженном депрессивном эпизоде.

Магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга выполнялась 19 пациентам для верификации неврологического диагноза и исключения несосудистого характера поражения мозга. Очаговые изменения в веществе мозга обнаружены у 9 больных, расширение ликворных пространств — у 9 и лейкоареоз (диффузное изменение белого вещества) — у 1 пациента.

У 30 больных с цереброваскулярной патологией (10 женщин, 20 мужчин, средний возраст

Таблица 1

**Показатели качества жизни больных при стенозирующих поражениях ЭА по оценочной шкале MLHFO**

Группа обследованных	Оценка, баллы
Пациенты со стенозами ЭА, $n = 44$	46,1±16,7*
Пациенты со стенозами СА без ОНМК, $n = 19$	26,3±4,71*
Больные со стенозами ЭА с ОНМК, $n = 25$	65,4±5,21*
Здоровые, без стенозов ЭА, $n = 16$	4,21±1,83

\*  $p < 0,001$  – достоверность межгрупповых различий.

57,8±6,83 лет) выявлены гемодинамически значимые стенозы ЭА. У 14 пациентов (1 женщина, 13 мужчин, средний возраст 58,5±9,02 лет) наблюдались окклюзии ЭА. В анамнезе 25 (56,8%) больных перенесли ишемический мозговой инсульт, 2 (4,55%) – транзиторную ишемическую мозговую атаку. У 32 (72,7%) пациентов преобладающая локализация стенозирующего поражения сосудов выявлена в проксимальных сегментах ЭА. Атеросклеротические стенозы проксимальных отделов в большинстве случаев располагались в приустьевых и устьевых сегментах внутренних сонных артерий (ВСА) и позвоночных артерий (ПА). Стенозирующее поражение сонных артерий (СА) выявлено у 35 пациентов, позвоночных – у 9 больных, мультифокальные критичные стенозы СА и ПА составили 18,2% (8 пациентов).

Из 16 здоровых добровольцев (12 женщин, 4 мужчин, средний возраст 32,2±8,52 лет) у 14 патологии ЭА не обнаружены, у 2 выявлена гемодинамически незначимая асимметрия кровотока по позвоночным артериям.

У больных с ХНМК снижение уровня качества жизни чаще наблюдалось при мультифокальном поражении ЭА с наличием в анамнезе ишемического инсульта. У пациентов после острой недостаточности мозгового кровообращения (ОНМК) происходило более выраженное снижение качества жизнедеятельности, связанное с возникающими сложностями не только в самообслуживании, но и в социальном взаимодействии, с дезадаптацией в обществе. Это подтверждается анализом качества жизни больных с ХНМК с перенесенным инсультом и без инсульта в анамнезе, показатели качества жизни которых по оценочной шкале MLHFO составили, соответственно, 65,4±5,21 против 26,3±4,71 балла (табл. 1)

У больных с билатеральным стенозированием СА достоверно более выражено снижались физическая, трудовая и социальная активность, а также общий уровень благополучия. Пациенты отмечали

ограничения при работе по дому, чувство слабости и вялости, немотивированное беспокойство, трудности при ходьбе. Эта категория больных также чаще предъявляла жалобы на нарушение ночного сна, необходимость в дополнительном дневном отдыхе, снижение заработка и неполноценность проведения свободного времени (табл. 2).

При анализе теста MMSE более выраженные нарушения высших мозговых функций отмечались у больных с ХНМК при стенозирующем поражении СА, у больных с изолированным поражением ПА выявлено незначительное снижение когнитивных функций. Когнитивный дефицит максимально проявлялся у больных при окклюзирующем поражении внутренних сонных артерий, средний уровень оценочного теста MMSE в этой группе больных составил 21,8±2,09 балла против 29,2±1,08 ( $p < 0,0001$ ) в группе стенозов ПА (табл. 3).

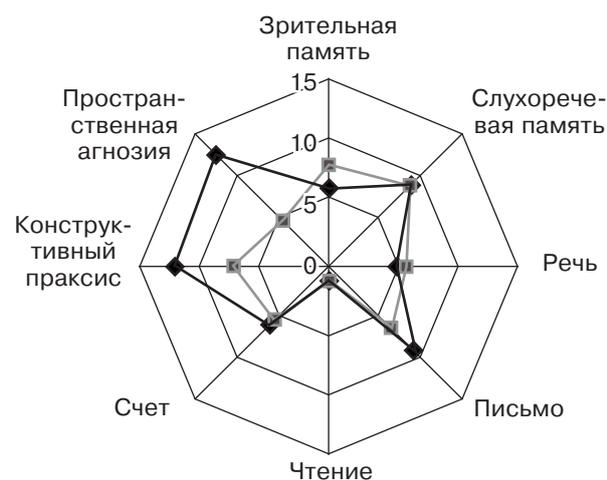
Результаты, полученные нами при анализе взаимосвязи латерализации одностороннего стенозирующего поражения в системе ВСА и структуры

Таблица 2

**Сравнительная характеристика параметров качества жизни больных при стенозирующих поражениях ЭА по оценочной шкале MLHFO**

Параметр качества жизни, баллы	Больные со стенозом СА, $n = 35$		Больные со стенозом ПА, $n = 9$	Здоровые, без стенозирования ЭА, $n = 16$
	односторонний, $n = 23$	двухсторонний, $n = 12$		
Физическая активность	9,11±2,42	12,3±3,12*	6,56±1,41	0
Трудовая деятельность	5,89±2,65	8,67±3,16*	4,21±1,49	0,21±0,49
Проведение свободного времени	4,33±0,71	5,21±0,99*	2,12±0,56	0
Социальная активность	6,78±1,78	8,76±0,99*	4,55±1,23	0
Домашние обязанности	3,22±1,09	3,47±1,15	3,03±0,18	1,03±0,18
Уровень благополучия	4,67±2,29	7,98±1,57*	4,37±1,78	1,37±1,78
Нарушение ночного сна	3,35±0,71	5,56±0,76*	2,08±0,78	0,32±0,33

\*  $p < 0,009$  – достоверность различий групп с моно- и билатеральным стенозированием СА.



Нейропсихологический профиль больных со стенозами ВСА:

—◆— при левостороннем стенозировании ВСА;  
—■— при правостороннем стенозировании ВСА

нейропсихологического синдрома, указывают на наличие более выраженных речевых нарушений и расстройств зрительной и слухоречевой памяти при левосторонней локализации процесса. При правосторонней латерализации сосудистого поражения у больных с ХНМК при MMSE-тестировании чаще встречались элементы пространственной агнозии и расстройства конструктивного праксиса (табл. 4)

Частыми симптомами у больных с гемодинамически значимыми стенозами и окклюзиями ВСА были мнестические расстройства различной степени выраженности и ошибки в арифметическом счете. Нарушение конструктивного праксиса проявлялось ошибками при рисовании фигур. Элементы пространственной агнозии и расстройств конструктивного праксиса чаще отмечались у больных со стенозированием (окклюзией) правой ВСА (рисунок).

Таблица 3

### Показатели теста MMSE у больных при стенозировании ЭА

Группа обследованных	Оценка, баллы
Больные со стенозированием ЭА, $n = 44$	$25,1 \pm 4,27^*$
Больные с окклюзиями СА, $n = 14$	$21,8 \pm 2,09^{**}$
Больные со стенозами ПА, $n = 9$	$29,2 \pm 1,08^*$
Здоровые, без стенозов ЭА, $n = 16$	$29,7 \pm 0,33$

Примечание. \*  $p < 0,007$  — достоверность межгрупповых различий; \*\*  $p < 0,0001$  — достоверность различий группы с окклюзиями СА и группы со стенозами ПА.

Наиболее выраженные нарушения когнитивных функций наблюдались в группе больных со стенозами ЭА после перенесенного инсульта. Когнитивный дефицит проявлялся как в виде умеренных когнитивных расстройств, так и в виде деменции. Так, в группе больных, перенесших инсульт в одном из каротидных бассейнов, при тестировании через 3 мес после мозгового удара в 52% случаев выявлены постинсультные когнитивные нарушения в стадии деменции (табл. 5).

При анализе тестов Монтгомери — Асберг выявлено, что у 28 (63,6%) пациентов с поражением ЭА депрессивные эпизоды на момент тестирования отсутствовали. Уровень депрессии по шкале MADRS в среднем по группе со стенозами ЭА составил  $12,6 \pm 7,71$ . У 15 больных (14 с окклюзией ВСА) отмечался малый депрессивный эпизод. Из 15 пациентов с ХНМК и выявленными малыми эпизодами депрессии в прошлом

Таблица 4

### Связь латерализации стенозов ВСА у больных с ХНМК со структурой нейропсихологических изменений при MMSE-тестировании

Нарушение функций у больных ХНМК	Больные с левосторонними стенозами СА, $n = 11$	Больные с правосторонними стенозами СА, $n = 12$	Больные с билатеральным стенозированием СА, $n = 12$
Зрительная память	8 (72,7%)	6 (50,0%)	12 (100%)
Слухоречевая память	9 (81,8%)	8 (66,7%)	12 (100%)
Речь	7 (63,6%)	4 (33,3%)	6 (50,0%)
Письмо	6 (54,4%)	9 (75,0%)	12 (100%)
Чтение	1 (9,09%)	2 (16,7%)	8 (66,7%)
Акалькулия (нарушение счета)	5 (45,5%)	3 (25,0%)	6 (50,0%)
Конструктивный праксис	7 (63,6%)	12 (100%)	12 (100%)
Элементы пространственной агнозии	4 (36,4%)	12 (100%)	12 (100%)

Таблица 5

## Сравнительные показатели MMSE у больных при стенозах ЭА

Группа обследованных	Оценка, баллы
Больные со стенозами ЭА без ОНМК в анамнезе, $n = 19$	29,2±1,02*
Больные со стенозами ЭА после ОНМК различной степени давности, $n = 25$	24,4±2,11*
Больные со стенозами СА через 3 мес после инсульта, $n = 13$	12,7±2,09*
Здоровые, без стенозов ЭА, $n = 16$	29,7±0,33

\*  $p < 0,001$  — достоверность межгрупповых различий у пациентов со стенозами ЭА и группы со стенозами ПА.

перенесли мозговой ишемический инсульт 14 (93,3%). У 1 пациента с окклюзией ВСА и мозговым инсультом в анамнезе сумма баллов при тестировании соответствовала большому депрессивному эпизоду с навязчивыми суицидальными мыслями. Уровень депрессии у пациентов после перенесенного ОНМК достоверно отличался (табл. 6) от результатов теста MADRS в группе с поражением ЭА без инсульта (17,1±2,31 против 5,8±2,12 балла,  $p < 0,0001$ ).

По нашим оценкам, депрессия после ОНМК развилась у 60% пациентов, перенесших инсульт. Среди пациентов молодого возраста (средний возраст 40,1±3,21 года) постинсультная депрессия встречалась у 91,7%.

Симптомокомплексы выявленной при тестировании депрессии наиболее ярко проявлялись у больных после перенесенного ишемического инсульта в виде негативной аффективности (тоска, болезненное бесчувствие, апатия, дисфория, идеи вины, чувство безнадежности, суицидальные мысли) и в виде тревожного расстройства личности. Клиническая картина депрессий чаще всего определялась тревожной или ипохондрической симптоматикой (симптомы подавленности, тревоги, обостренного самонаблюдения, чувство беспомощности перед заболеванием). Доминировали мрачные представления о неизлечимости болезни,

## Литература

1. Яхно Н., Захаров В. В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // Рус. мед. журн.— 2002.— № 12—13.— С. 539–542.
2. МКБ-10. ВОЗ.— Женева: Медицина.— Т. 1.— С. 315–316.
3. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive

Таблица 6  
Показатели теста Монтомгери — Асберг у больных при стенозирующих поражениях ЭА

Группа обследованных	Оценка, баллы
Больные со стенозами ЭА, $n = 44$	12,6±7,71*
Больные со стенозами ЭА без ОНМК в анамнезе, $n = 19$	5,8±2,12*
Больные со стенозами ЭА с ОНМК в анамнезе, $n = 25$	17,1±2,31*
Здоровые, без стенозов ЭА, $n = 16$	3,12±1,21*

\*  $p < 0,006$  — достоверность межгрупповых различий.

бесперспективности лечения, необратимости нарушенных функций организма, неминуемой полной утрате трудоспособности.

Таким образом, в большей степени снижение уровня качества жизни и наиболее выраженный когнитивный дефицит наблюдался у больных с ХНМК при окклюдующем поражении ВСА и при мультифокальном стенозирующем поражении ЭА. При тестировании больных, перенесших инсульт в одном из каротидных бассейнов, в 52% случаев выявлены постинсультные когнитивные нарушения в стадии деменции. Проведенный нами анализ взаимосвязи латерализации одностороннего стенозирующего поражения в системе ВСА и структуры нейропсихологического синдрома выявил наличие более выраженных речевых нарушений и расстройств зрительной и слухоречевой памяти при левосторонней локализации процесса, а при правостороннем сосудистом поражении у больных с ХНМК чаще встречались элементы пространственной агнозии и расстройства конструктивного праксиса.

Депрессивные эпизоды в виде тревожного расстройства личности и негативной аффективности диагностированы у 60% больных после перенесенного ишемического инсульта вследствие стенозирующего (или окклюдующего) поражения ЭА.

- state of patients for the clinician // J. Psychiatr. Res.— 1975.— Vol. 12.— P. 189–198.
4. De la Torre J. C. Alzheimer disease as a vascular disorder. Nosological evidence // Stroke.— 2002.— Vol. 33.— P. 1152–1162.
5. Dementia after first stroke / B. Corsari, O. Manara, C. Agostinis et al. // Stroke.— 1996.— Vol. 27.— P. 1205–1210.

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ, КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ТА РІВЕНЬ ДЕПРЕСІЇ  
У ХВОРИХ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Т. Г. ВАЙХАНСЬКА, О. О. МОЗГОВА, Т. В. ОСМОЛОВСЬКА

Представлено результати дослідження когнітивної функції, якості життя та рівня депресії у пацієнтів з екстракраніальною судинною патологією. Виявлено значне зниження рівня якості життя і найбільш виражений когнітивний дефіцит та рівень депресії при оклюзуючому ураженні внутрішніх сонних артерій і мультифокальних екстракраніальних стенозах.

*Ключові слова: цереброваскулярна патологія, когнітивні розлади, депресія, якість життя.*

**LIFE QUALITY, COGNITIVE FUNCTIONS AND DEPRESSION LEVEL  
IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY**

T. G. VAIKHANSKAYA, E. A. MOZGOVA, T. V. OSMOLOVSKAYA

The findings of investigation of cognitive function, life quality and depression level in patients with extracranial vascular pathology are reported. Considerable decrease in the level of the life quality as well as most pronounced cognitive deficiency and depression level were revealed at occlusive lesions of internal carotid arteries as well as at multifocal extracranial stenoses.

*Key words: cerebrovascular diseases, cognitive dissonance, depression, quality of life.*

Поступила 25.10.2010