



FEATURES OF COGNITIVE, PSYCHOEMOTIONAL DYSFUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

G. S. Rakhimbaeva

*Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan*

N. A. Mirkhaetova

*Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan*

ABOUT ARTICLE

Key words: Brain, cognitive, life, psychoemotional dysfunction.

Received: 21.01.23

Accepted: 23.01.23

Published: 25.01.23

Abstract: This article analyzed and discussed the characteristics of cognitive, psychoemotional dysfunction and quality of life in patients with chronic cerebral ischemia.

SURUNKALI MIYA YARIM ISHEMIYASI BO'LGAN BEMORLARDA KOGNITIV, PSIXOEMOTSIONAL DISFUNKTSIYA VA HAYOT SIFATINING XUSUSIYATLARI

G. S. Rahimboeva

*Toshkent tibbiyot akademiyasi
Toshkent, O'zbekiston*

N. A. Mirxaetova

*Toshkent tibbiyot akademiyasi
Toshkent, O'zbekiston*

MAQOLA HAQIDA

Kalit so'zlar: Miya, kognitiv, hayot, psixoemotsional disfunktsiya.

Annotatsiya: Ushbu maqolada surunkali miya yarim ishemiyasi bo'lgan bemorlarda kognitiv, psixoemotsional disfunktsiya va hayot sifatining xususiyatlari mavzusi tahlil va muhokama etildi.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Г. С. Рахимбаева

*Ташкентская Медицинская Академия
Ташкент, Узбекистан*

Н. А. Мирхаева

Ташкентская Медицинская Академия
Ташкент, Узбекистан

О СТАТЬЕ

Ключевые слова: Мозг, когнитивные функции, жизнь, психоэмоциональная дисфункция.

Аннотация: В данной статье проанализированы и обсуждены особенности когнитивной, психоэмоциональной дисфункции и качества жизни у больных с хронической ишемией головного мозга.

ВВЕДЕНИЕ

Сосудистые заболевания головного мозга представляют собой актуальную медико-социальную проблему, занимающую ведущее место в структуре заболеваемости и смертности в экономически развитых странах. В последние годы структура цереброваскулярных заболеваний меняется за счет нарастания ишемических форм. Это обусловлено повышением удельного веса артериальной гипертензии и атеросклероза как основной причины сосудистой патологии мозга [1, 3].

Хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) представляет собой единый патологический процесс, включающий в себя многообразные механизмы, которые возникают в результате несоответствия мозгового кровотока метаболическим потребностям мозговой ткани. Ведущую роль в этиологии данной патологии отводят артериальной гипертензии и атеросклерозу церебральных сосудов [2,4,5].

Несмотря на интенсивное изучение морфологического субстрата когнитивных функций (КН) при цереброваскулярных заболеваниях (ЦВЗ), патофизиологические механизмы их формирования остаются недостаточно изученными.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Изучить особенности когнитивной, психоэмоциональной дисфункции и качества жизни у больных с хронической ишемией мозга.

Обследовано 90 пациентов в возрасте от 56 до 84 лет с хронической ишемией мозга (средний возраст $64,7 \pm 8,1$ г.). Диагноз и стадии ХИМ устанавливали с использованием принятых в нашей стране критериев [3] по результатам клинико-неврологического, нейропсихологического и инструментального (дуплексное сканирование, магнитнорезонансная ангиография головного мозга) обследований пациентов. Длительность заболевания к началу обследования пациентов по данным анамнеза и анализа медицинской документации варьировала от 4 до 12 лет, составляя в среднем $5,7 \pm 0,8$ года.

Все обследуемые пациенты были разделены на 3 клинические группы: 1 группа – 30 пациентов с ХИМ 1 стадии (стадия компенсации), 2 группа - 30 пациентов с ХИМ 2 стадии

(стадия субкомпенсации), 3 группа – 30 больных с ХИМ 3 стадии (стадия декомпенсации). У всех пациентов изучался неврологический статус по общепринятой методике, проводилось нейропсихологическое тестирование для определения когнитивного статуса - с помощью общепринятой шкалы MMSE (Mini Mental State Examination) и Батареи лобной дисфункции (англ. «Frontal Assessment Battery» – FAB). Оценка тревоги и депрессии проводилась методом анкетирования пациентов, путем прямого опроса пациентов и самостоятельного заполнения ими бланков шкалы HADS. Исследование качества жизни (КЖ) больных с ХИМ проводилось с помощью Общего опросника здоровья SF-36.

Для анализа полученных данных использовался пакет программ Statistica использованием прикладных программ Statistica 8.0 и Excel. Производилась оценка распределения признаков на нормальность с использованием критерия Колмогорова-Смирнова (распределение нормальное). Для выявления различий между показателями у сравниваемых групп использовали критерий t-Стьюдента. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в исследовании принимали равным 0,05. При описании результатов исследования количественные данные представлены в виде $M(\pm\sigma)$, где M – среднее арифметическое, σ – стандартное отклонение, качественные данные представлены в виде абсолютных значений, процентов и долей.

Исследована выраженность КН по шкале MMSE у больных с ХИМ в зависимости от стадии прогрессирования. Как видно из рисунка 1.

Из диаграммы видно, что в I группе отмечались незначительные отклонения от показателей шкал КГ по таким шкалам, как, MMSE, батарея лобной дисфункции, тест рисования часов. Из этого следует, что когнитивное тестирование у лиц с ХИМ должно проводиться на ранних стадиях заболевания, что позволит провести раннюю диагностику и своевременно начать лечение. Следовательно, в I группе когнитивный статус был в пределах отклонения стандартных возрастных показателей нормы, но, тем не менее, наблюдались латентные когнитивные нарушения (рис.1).

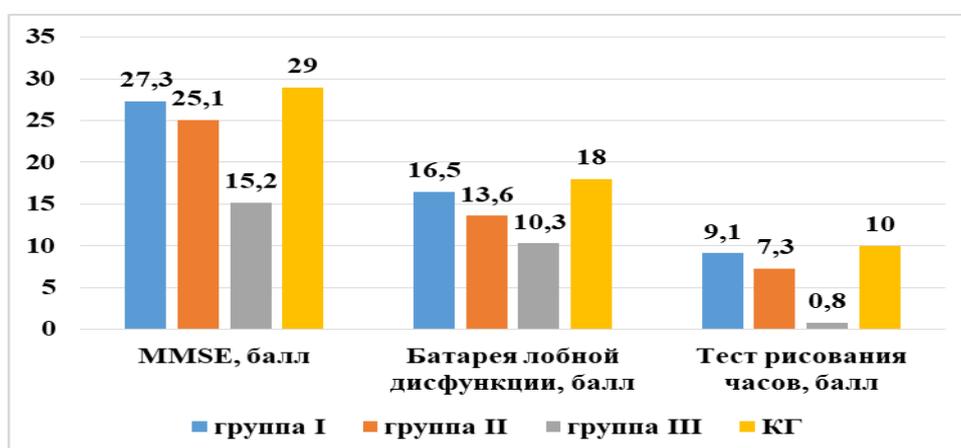


Рисунок 1. Результаты шкал пациентов с ХИМ, баллы

У пациентов II и III стадии были выявлены более значимые когнитивные нарушения. Батарея лобной дисфункции, а также шкала MMSE, показали, что у больных с ХИМ возникали трудности в счете, также сложности: с быстрой речью (были затруднения, связанные с воспроизведением из памяти за некоторое определенное время слов на букву «М») и воспроизвести за модератором цикл, который состоял из трех последовательных определенных движений (исследование динамического праксиса). Тест рисования часов во II группе показал неточности в расположении стрелок, в III группе пациенты не могли нарисовать окружность, стрелки и цифры. Тесты на выявление КН подтвердил наличие умеренных когнитивных нарушений во II группе и выраженных КН в III группе (рис.2).

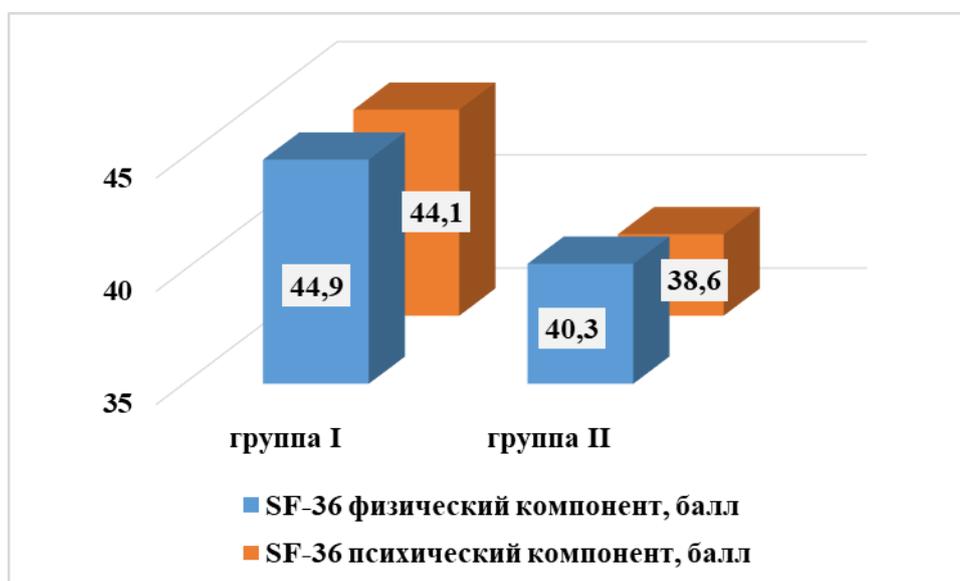


Рисунок 2. Опросник SF-36.

Опросник SF-36 выявил значительное отклонение от нормы вследствие различных клинических проявлений хронической ишемии головного мозга. Преимущественно частыми первопричинами невысокого показателя качества жизни у обследованных пациентов были головная боль, головокружение и шум в голове, которые мешали их нормальной жизнедеятельности. Одним из важных факторов клинических проявлений хронической ишемии головного мозга является психическое состояние, которое проявляется на момент исследования, в виде, умиротворенности, спокойствия, наличие удовлетворенности собственным самочувствием. Анализ полученных данных показал, что выявленные изменения по степени выраженности были сопоставимы между исследуемыми группами. На рисунке 2 представлены результаты шкале SF-36 показатель качества жизни.

При использовании шкалы Гамильтона (HDRS) было выявлено, что среди пациентов I группы выявлялись лёгкие депрессии (36,7%), нет депрессии у 63,3% пациентов. Во группе наблюдается достоверное повышение относительного количества больных с

депрессией по сравнению с I группой - в 53,3% наблюдений диагностировалась лёгкая депрессия, и появляется доля пациентов со средней степенью депрессии по субшкале HDRS - 30,0%. (рис.3.)

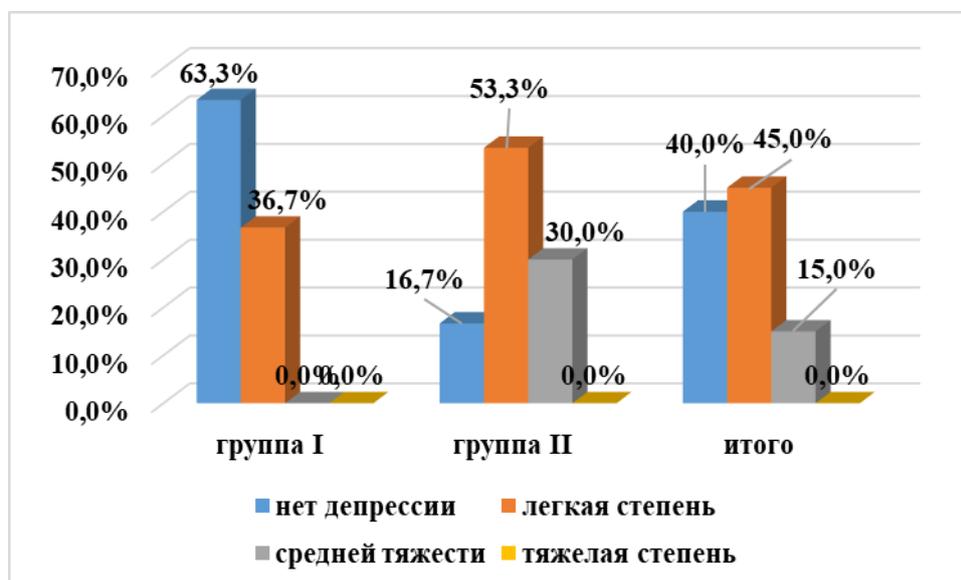


Рисунок 3. Сравнительная оценка выраженности депрессии в баллах по шкале HDRS у пациентов с ХИМ.

С помощью U-критерия Манна — Уитни была проведена сравнительная оценка степени выраженности депрессии в группах больных с (Таблица 1).

Из таблицы 1 видно, что депрессивные и тревожные нарушения статистически значимо менее выражены среди лиц I группы по сравнению со II группой ($p_{1-2} < 0,001$; $p_{1-2} < 0,05$ соответственно).

Таблица 1.

Сравнительная оценка выраженности депрессии и тревоге в баллах по шкале HADS у пациентов с ХИМ.

шкал Гамильтона (HADS)	группа I	группа II	итого	Критерий Манна- Уитни		
	1	2	3	p1-2	p1-3	p2-3
Выраженность депрессии (HDRS, баллы)	8,6	15,9	12,4	<0,001	<0,005	<0,003
Выраженность тревоги (HARS, баллы)	9,1	18,4	15,2	<0,05	<0,001	<0,001

Таким образом, у пациентов с ХИМ II стадией по сравнению с лицами с ХИМ I стадии обнаруживались наиболее тяжёлые депрессивные нарушения. Также можно отметить, что при ХИМ II стадии невротические, связанные со стрессом, и соматоформные нарушения диагностировались статистически значимо чаще ($p < 0,001$).

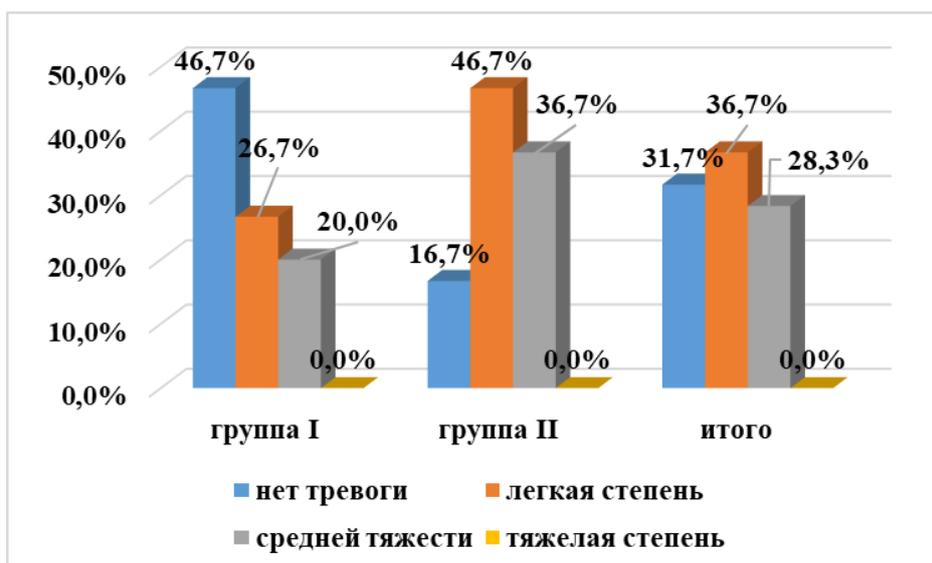


Рисунок 4. Сравнительная оценка выраженности тревоги в баллах по шкале HARS у пациентов с ХИМ.

С помощью шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS) было выявлено, что в I группе у 26,7% лиц не было тревоги, у 26,7% лиц была тревога легкой степени, у 20,0% лиц была тревога средней тяжести, во II группе наблюдался рост относительного числа больных с тревогой легкой и средней степени тяжести – 46,7% и 36,7% соответственно, что достоверно выше по сравнению с I группой (рис.4).

Также с помощью U-критерий Манна — Уитни проводилась сравнительная оценка выраженности тревоги по шкале HARS у пациентов с ХИМ (Таблица 1). Из таблицы 1 видно, что депрессивные и тревожные нарушения статистически значимо менее выражены среди лиц I группы по сравнению со II группой ($p_{1-2} < 0,001$; $p_{1-2} < 0,05$ соответственно). Тяжелых форм депрессии и тревожных расстройств у пациентов с ХИМ, которые вошли в данное исследование не наблюдалось. Пациенты III группы не участвовали в исследовании, где нужно было заполнять таблицы определенной шкалы из-за выраженных когнитивных расстройств и снижения критики.

Также были проведен анализ общей когерентности, который выявил статистически значимо низкую балльную выраженность по когнитивным тестам (т.е. более выраженные когнитивные нарушения) когерентности у пациентов, имеющих более выраженные с депрессивные и тревожные расстройства (табл. 2).

Таблица 2.

Коэффициенты корреляции Спирмена когнитивного функционирования и когерентности депрессии и тревоги у пациентов ХИМ

Когерентность	Шкалы (баллы)	
	MMSE	БЛД
	ошибки	ошибки
Выраженность депрессии (баллы)	(-) 0,2734; p=0,031	(-) 0,2571; p=0,048
Выраженность тревоги (баллы)	(-) 0,2367; p=0,043	(-) 0,1846; p=0,165

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, приведенные данные убедительно показывают, что при ХИМ депрессивные и тревожные расстройства очень тесно связаны с изменениями когнитивного статуса больных. Эти нарушения, очевидно, отражают изменения нейроанатомических структур на фоне системного сосудистого процесса, в результате нарушения физиологических начинают формироваться депрессивные и тревожные расстройства. Эти показатели могут быть использованы для мониторингования течения, прогноза и лечения депрессивных и тревожных расстройств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: 2001; 328.
2. Котов С.В., Исакова Е.В., Козьякин В.В. и др. К вопросу о профилактике церебрального инсульта. Русский медицинский журнал 2014; 22(22): 1582–1585.
3. Сулина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. М.: МЕДпресс-информ; 2015; 356.
4. Nazarova J.A. Cerebral hemodynamics in patients with cerebral venous dysfunction. // European science review. -Austria, 2018. -№ 1–2. Volume 2. -pp. 172–175. (14.00.00; №19).
5. Van Popele NM, Grobbee DE, Bots ML, et al. Association between arterial stiffness and atherosclerosis: the Rotterdam Study. Stroke. 2001; 32 (2): 454-460.