

УДК 616.831-005-053.9 (575.2) (04)

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ  
ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ I, II СТАДИИ**

*Е.В. Андрианова, С.Ю. Чумаков*

У больных дисциркуляторной энцефалопатией I, II стадии изучены особенности тревожно-депрессивных расстройств. Обнаружены отличительные особенности по характеру и выраженности аффективных расстройств в зависимости от стадии патологического процесса.

*Ключевые слова:* дисциркуляторная энцефалопатия; тревожно-депрессивные расстройства; неврологический статус.

В последнее время развитие психиатрии все больше приобретает социальную направленность [1, 2]. Особенно это важно в контексте стыковых, междисциплинарных нозологических форм. Так, в неврологии одной из наиболее распространенных проблем становится дисциркуляторная энцефалопатия, а в психиатрии – аффективные расстройства, в частности депрессия [3, 4]. Именно эти две актуальные проблемы инициировали настоящее исследование. Формирование аффективных расстройств при ДЭ происходит за счет морфологических изменений головного мозга и обозначается в МКБ-10 как “депрессивное расстройство органической природы” и “органическое тревожное расстройство” [5, 6]. Априорно, по своим механизмам данные варианты тревожно-депрессивных расстройств отличаются менее выраженным психологическим компонентом и большей вовлеченностью нейробиологических и биохимических механизмов. Это обуславливает определенные диагностические и терапевтические трудности при ведении пациентов ДЭ [7–12].

Цель исследования – изучение особенностей депрессивных расстройств у больных ДЭ в зависимости от стадии патологического процесса.

**Задача исследования** – определить степень выраженности и частоту встречаемости аффективных расстройств у больных дисциркуляторной энцефалопатией в зависимости от стадии патологического процесса.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 67 пациентов обоего пола с верифицированным диагнозом ДЭ I, II стадии [7].

Сформировано 2 группы: 1 группа – больные ДЭ I стадии (36 человек) и 2 группа – больные ДЭ II стадии (31 человек). Психиатрический диагноз – “органическое тревожно-депрессивное расстройство” устанавливался клинически (консультация психиатра) и проводилось эмоционально-психологическое обследование (ЭПО) по стандартным психологическим тестам (шкала реактивной/личностной тревоги Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Цунга (ШДЦ), оценочной шкалой Гамильтона (ШГ)), которые рассматривались как наиболее валидные и часто используемые в русскоязычных исследованиях. Для более детального изучения механизмов формирования органических эмоциональных расстройств и степени их выраженности проводился контент-анализ пунктов шкалы Гамильтона и опросника Цунга. Проведенный математический анализ показал высокую валидность использованных тестов: для шкалы Гамильтона (количество пунктов 21) коэффициент Кронбаха оказался равным 0,782.; для опросника Цунга (количество пунктов 20) Cronbach’s alpha – 0,763.

Статистическая обработка результатов проведена на ПК IBM Pentium4 с использованием пакетов прикладных статистических программ: “STATISTICA ver. 6.0”, “CATERPILLAR-1.0” и электронных таблиц Microsoft Excel-2003. Вычисляли и использовали следующие статистические показатели: простая средняя арифметическая (M), частота признака (P %), среднее квадратичное отклонение (G), средняя ошибка средней арифметической или частоты признака ( $\pm m$ ); оценивали достоверность различий

средних величин путем вычисления критерия Стьюдента (t) (результат считался достоверным при критерии вероятности  $P < 0,05$ ), проводился корреляционный анализ по методу Пирсона и Спирмана, с вычислением коэффициента парной корреляции (r). Различия сравниваемых величин и корреляции считали значимыми при  $P < 0,05$ .

#### Результаты собственных исследований

Во время осмотра лица с диагнозом ДЭ I стадии чаще всего предъявляли следующие жалобы: головные боли различного характера ( $33 \pm 6\%$ ) и головокружение ( $37 \pm 9\%$ ), снижение памяти ( $30 \pm 9\%$ ), шаткость при ходьбе ( $11 \pm 6\%$ ), шум в голове ( $7,4 \pm 5\%$ ), эмоциональная лабильность и плохой ночной сон ( $11 \pm 6\%$ ), а также общая слабость ( $15 \pm 7\%$ ). У всех больных ДЭ I стадии неврологический статус был представлен микроочаговой симптоматикой в виде: горизонтального нистагма у  $22 \pm 4,7\%$ , симптомами недостаточности VII пары ЧМН по центральному типу у  $17 \pm 4,1\%$ , нарушением функции глазодвигательных нервов у  $13 \pm 3,6\%$ , недостаточностью XII пары ЧМН у  $5 \pm 2,2\%$ , оживлением или ослаблением сухожильных рефлексов у  $12 \pm 3,5\%$ , анизорефлексией у  $8 \pm 1,7\%$ , патологическим кистевым рефлексом Россолимо у  $12 \pm 3,5\%$ , патологическим ладонно-подбородочным рефлексом у  $13 \pm 3,6\%$ , шаткостью походки у  $14 \pm 2\%$ , неустойчивостью в позе Ромберга у  $8 \pm 2,8\%$ .

Во II стадии ДЭ у больных преобладают следующие субъективные жалобы: нарушение памяти ( $96,7 \pm 3,3$ ), повышенная утомляемость и резкое снижение трудоспособности ( $90 \pm 5,5$ ), головокружение ( $75 \pm 7,2$ ), потемнение в глазах ( $55,6 \pm 8,3$ ), неустойчивость при ходьбе ( $61,1 \pm 8,1$ ), нарушение сна ( $50 \pm 9,1$ ), головная боль ( $41,7 \pm 8,2$ ), шум и тяжесть в голове ( $33,3 \pm 7,9$ ), и другие проявления астенического симптомокомплекса ( $90 \pm 5,5$ ). В неврологическом статусе у больных ДЭ II стадии определяется отчетливая очаговая неврологическая симптоматика и представлена каким-либо одним из синдромов [7]. При этом ведущим синдромом является вестибулоатактический  $90 \pm 5,5\%$  случаев, реже встречались синдромы мозжечковой и пирамидной недостаточности, амиостатический, цефалгический, бульбарный, эпилептического синдрома не было.

При сопоставлении полученных данных выявлена отчетливая корреляция уровня депрессии с ДЭ в обеих группах. ДЭ II стадии достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще коррелировала с умеренной депрессией у 70% пациентов. Сопоставление результатов со степенью ДЭ подтвердило прямую корреляционную взаимосвязь с выраженностью

депрессивной симптоматики, выявленную ранее по результатам ШГ.

С помощью проведенного контент-анализа пунктов методик ЭПО (ШГ и ШДЦ) выявлены параметры, предиктирующие депрессию, в представленных группах. Использование специальной статистической программы ANOVA позволило выделить отдельные пункты, по которым результаты достоверно различались в сравниваемых группах. По ШГ таких параметров было выделено 9, в ШДЦ – 6. Пункты по содержанию не перекрывали друг друга. Если ШГ они затрагивали как основные, так и дополнительные критерии депрессии, то в ШДЦ они были связаны с основными критериями (ангедония и анергия).

Полученные результаты по ШГ свидетельствуют о том, что группа 2 (больные ДЭ II стадии) отличалась по большинству выделенных параметров шкалы. Достоверно чаще отмечались основные признаки депрессии: сниженное настроение, чувство вины, суицидальные идеи, пре- и интрасомнические расстройства, двигательная заторможенность. Эти параметры обуславливали наиболее высокий индекс выраженности депрессии. К особенностям данной группы можно отнести более выраженную интрапунитивную (самообвинительную) позицию в ситуации развившейся депрессии, более сдержанную внешнюю манеру проявления аффекта, в отличие от больных ДЭ I стадии, где пациенты занимают чаще экстрапунитивную позицию (обвинение окружающих). Корреляционный анализ вновь подтвердил связь уровня депрессии со степенью выраженности дегенеративных изменений в головном мозгу. Выявленные корреляционные компоненты депрессии по методикам ШГ и ШДЦ со степенью ДЭ обнаружили наиболее значимые признаки: снижение настроения, нарушения сна, утомляемость, чувство вины, желудочно-кишечные проблемы.

Следовательно, депрессия отчетливо коррелирует с ДЭ вне зависимости от национальности, материального или образовательного статуса. Депрессия различной степени регистрировалась у 74% больных ДЭ I стадии и у 81% во II стадии. В то же время отчетливой связи тревоги с ДЭ обнаружено не было. Основными компонентами депрессии являлись нарушения сна, неспособность выполнять повседневные виды деятельности, у пациентов ДЭ II стадии достоверно чаще регистрировались: снижение настроения, идеи виновности, заторможенность и интрасомнические расстройства, а уровень депрессии был

более высоким, чем у больных ДЭ I стадии. Возраст достоверно коррелировал с выраженностью ДЭ (прямая зависимость) во всех сравниваемых группах. Возможно, более традиционный характер семейных отношений может рассматриваться как протективный фактор в отношении депрессии среди обследуемых. Наличие высшего образования отрицательно коррелировало с выраженностью депрессии.

Таким образом, проведенное исследование выявило высокую конкордантность ДЭ и депрессивной симптоматики. Полученные данные могут послужить основой для разработки психокоррекционных и реабилитационных программ для пациентов ДЭ в I и II стадии.

#### Выводы

Выявлена отчетливая корреляция уровня депрессии ДЭ как в I стадии, так и во II. Так, частота встречаемости и уровень депрессии растут от I ко II стадии ДЭ.

У больных ДЭ II стадии более выражена интрапунитивная (самообвинительная) позиция в ситуации развившейся депрессии и более сдержанная внешняя манера проявления аффекта, а у больных ДЭ I стадии – экстрапунитивная позиция (обвинение окружающих). При этом отчетливой связи тревоги с ДЭ обнаружено не было.

#### Литература

1. Сосудистые заболевания нервной системы / Под ред. Е.В. Шмидта. М.: Медицина, 1975.
2. Gobert A, DiCara B, Cistarely L, Millan MJ. Piribedil enhances frontocortical and hippocampal release of acetylcholine in freely moving rats by blockade of  $\alpha 2A$ -adrenoreceptors. 2009.
3. Court J.A., Perry E.K., Kalaria R.N. Neurotransmitter changes in vascular dementia. J.O'Brien et al (eds). Cerebrovascular disease, cognitive impairment and dementia. London. Martin Dunitz, 2004. P. 133–152.

4. Alexopoulos G. The depression-executive dysfunction syndrome of late life // Am J Geriatr Psychiatry. 2001. V. 9. P. 22–29.
5. Локишина А.Б., Захаров В.В., Яхно Н.Н. Легкие и умеренные когнитивные расстройства у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией. IX Всероссийский съезд неврологов. Ярославль, 2006. С. 69.
6. Яхно Н.Н., Левин О.С., Дамулин И.В. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Когнитивные нарушения // Неврол. журн. 2001. Т. 3. С. 10–18.
7. Левин О.С., Сагова М.М., Голубева Л.В. Факторы, влияющие на факторы жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с умеренным когнитивным расстройством // Рос. мед. журн. 2006. Т. 2.
8. Дамулин И.В., Брызжахина В.Г., Яхно Н.Н. Нарушения ходьбы и равновесия при дисциркуляторной энцефалопатии. Клинико-нейропсихологическое и МРТ сопоставление // Неврол. журн. 2004. Т. 4. С. 13–8.
9. Захаров В.В., Локишина А.Б. Применение препарата пирибедил (пирибедил) при легких когнитивных расстройствах у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией // Неврол. журн. 2004. Т. 2. С. 30–35.
10. Левин О.С., Голубева Л.В. Гетерогенность умеренного когнитивного расстройства: диагностические и терапевтические аспекты. Консилиум. 2006. Т. 12. С. 106–110.
11. Nagaraja D., Jayaashree S. Randomized study of the dopamine receptor agonist piribedil in the treatment of mild cognitive impairment // Am J Psychiatry 2001. V. 158. P. 1517–1519.
12. Scholing W.E. A double-blind study using psychometric tests trivastal versus a reference compound. Tempo Medical 1982. P. 114b.