

**С.И. Штаньков<sup>1</sup>, Я.В. Аржаных<sup>1</sup>, Е.В. Харитонов<sup>2</sup>**  
**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И СТЕПЕНИ УТРАТЫ**  
**ТРУДОСПОСОБНОСТИ НА РАЗВИТИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ**  
**ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. психиатрии с наркологией;  
<sup>2</sup>КУЗ ВО "ВОКПНД", г. Воронеж

**Резюме.** Инсульт - одно из наиболее распространенных заболеваний нервной системы, которое часто осложняется развитием тревожно-депрессивных расстройств. Оценена частота встречаемости и особенности течения депрессивных расстройств у больных с ОНМК, а так же их связь с соматической отягощенностью. Был проведен ретроспективный анализ 40 историй болезней пациентов с ОНМК, анкетирование с использованием опросников: Госпитальная шкала тревоги депрессии (HADS), Торонтская алекситимическая шкала, TAS-26. Депрессивные нарушения различной степени выраженности были выявлены более чем у 70% обследованных больных пациентов с ОНМК. Лица женского пола больше привержены к развитию депрессии и тревоги. Среди пациентов, перенесших ишемический инсульт и острый инфаркт миокарда, доля лиц со средним и тяжелым уровнем депрессии была выше. Выявлено, чем моложе пациенты, перенесшие инсульт тем тяжелее они переносят факт заболевания и тем более выражено их депрессивное состояние. Тяжесть функционального дефицита после ОНМК напрямую влияет на риск развития постинсультных тревожно-депрессивных расстройств. Так, тревога и депрессии у пациентов, которые не способны выполнять работу, поэтому освобождается от трудовых обязанностей проявлялась клинически выраженными симптомами в 74,1 % случаев, что свидетельствует о значительной роли психологической реакции на болезнь.

**Ключевые слова:** инсульт; тревога; депрессия.

**Актуальность.** Инсульт - одно из наиболее распространенных заболеваний центральной нервной системы, которое может осложняться разнообразными эмоциональноаффективными расстройствами, такими как постинсультная депрессия, тревога, астения, апатия, патологическая утомляемость, негативизм [1, 2, 8]. Заболевание затрагивает не только эмоциональную, но и коммуникативную, поведенческую сферы личности, меняя привычное психологическое состояние, поведение и особенности межличностного взаимодействия больного с окружающим миром [3, 7]. Эмоционально-аффективные расстройства ухудшают качество жизни пациента и затрудняют проведение реабилитационно- восстановительных мероприятий [4, 5, 6].

Целью исследования явилось выявление корреляции между факторами риска ОНМК и степенью выраженности депрессивных расстройств. Для выполнения этой цели были поставлены следующие задачи: оценить вклад факторов риска в формирование постинсультной депрессии и тревожности; оценить частоту встречаемости и особенности течения депрессивных расстройств у больных с ОНМК, а так же их связь с соматической отягощенностью.

**Материал и методы исследования.** Данное исследование проводилось на базе нейрососудистого отделения БУЗ ВО ВГКБСМП №10 г. Воронеж в период с сентября 2020 года по январь 2021 года. В исследование включено 40 пациентов с ОНМК по ишемическому типу. Средний возраст обследуемых составил 62,35 (±8,4) года. Всем пациентам был проведен анализ эмоциональной сферы с использованием опросников:

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) - для скрининга и субъективной оценки тревоги и депрессии, Торонтская алекситимическая шкала, TAS-26 (для оценки алекситимии). Так же исследование включало себя клиническое наблюдение пациента с оценкой неврологического статуса и ретроспективный анализ 40 историй болезней пациентов с диагнозом ОНМК по ишемическому типу. Критерии включения: пациенты, поступившие в стационар в остром периоде церебрального ишемического инсульта. Критерии исключения: субарахноидальное кровоизлияние, тяжелые, угрожающие жизни соматические заболевания. Регистрация неврологического и психического статуса (методом анкетирования) проводилась на 14 сутки. Для статистического анализа использовался пакет MS EXCEL 2016, демоверсия программы IBM SPSS Statistics (были посчитаны средние значения, медиана, мода, ошибки среднего. Сравнение групп производилось с помощью t-критерия Стьюдента. В качестве критериальных статистик использовалась верхняя область 5% F-распределения).

***Полученные результаты и их обсуждение.*** В данном исследовании степень выраженность депрессии и тревожности оценивали в корреляции с такими факторами, как: пол, возраст, социальное и семейное положение, субъективная оценка возможности возврата к трудовой деятельности, балльная оценка возможности возврата к трудовой деятельности по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), наличие и степень выраженности алекситимии, локализация очага, степень выраженности двигательных нарушений, наличие в анамнезе гипертонической болезни (ГБ), сахарного диабета (СД), наиболее инвалидизирующих заболеваний - острый инфаркт миокарда (ОИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), факторы риска: курение, ожирение, стресс в течение последних 3 месяцев. Депрессивные нарушения различной степени выраженности были выявлены более чем у 70% обследованных больных пациентов с ОНМК.

При оценке депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии у 22,5% (9 человек) набрали свыше 11 баллов, что соответствует клинически выраженной депрессии; 30 % (12 человек) больных набрали от 7 до 10 баллов, что соответствует субклинически выраженной депрессии. У 47,5 % (19 человек) больных депрессии выявлено не было (менее 7 баллов по HADS). При оценке тревоги по HADS у 12,5% (5 человек) набрали свыше 11 баллов, что соответствует клинически выраженной тревоге; 52,5 % (21 человек) больных набрали от 7 до 10 баллов, что соответствует субклинически выраженной тревоге. У 35 % (14 человек) больных депрессии выявлено не было (менее 7 баллов по HADS).

В зависимости от возраста все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – от 40 года до 65 лет (6 человек -15%), 2 группа –от 66 лет до 80 лет (28 человек - 70%) и 3 группа – от 81 года и старше (6 человек -15%). В первой возрастной группе наиболее часто встречалась клинически выраженная тревога ( $12,5 \pm 1,5$ ;  $p < 0,05$ ) в 66,6%, во 2 возрастной группе ( $8,1 \pm 1,1$ ;  $p < 0,05$ ) и 3 возрастной группе ( $8,5 \pm 0,7$ ;  $p < 0,05$ ) доминировала субклинически выраженная тревога в 50% и 66,6% соответственно. Депрессия в первой возрастной группе ( $7,2 \pm 0,6$ ;  $p < 0,05$ ) отсутствовала, во 2 возрастной группе ( $9,5 \pm 1,2$ ,  $p > 0,05$ ) и в 3 группе ( $9,2 \pm 0,9$ ,  $p > 0,05$ ) была субклинически выражена.

В группах сравнения между первой, второй, третьей возрастной группой статистически значимых различий по степени выраженности тревоги и депрессии выявлено не было ( $\chi^2=2,0$ ,  $p>0,05$ ).

ОНМК среди всех пациентов было диагностировано в 65% у женщин (26 человек) и в 35% у мужчин (14 человек). У мужчин тревога и депрессия в большинстве случаев находились в рамках нормальных значений ( $5,7\pm1,4$ ,  $p>0,05$ ) или были субклинически выражены ( $8,6\pm0,4$ ;  $p>0,05$ ) и были диагностированы в 84,4 % и 80,7% случаев соответственно. У женщин наиболее часто диагностировалась клинически выраженная тревога ( $12,9\pm1,1$ ;  $p>0,05$ ) и депрессия ( $12,6\pm2,6$ ;  $p>0,05$ ) в 85,6% и 57% соответственно. В группах сравнения между мужчинами и женщинами по степени выраженности тревоги и депрессии статистически значимых различий выявлено не было ( $\chi^2=2,0$ ;  $p>0,05$ ). Количество неработающих пациентов составило 90% (36 человек), работающих 10% (4 человека). У работающих пациентов наиболее выражена клиническая ( $13\pm2,8$ ,  $p>0,05$ ) и субклинически ( $9,5\pm1,2$ ;  $p>0,05$ ) выраженная тревога в 75% и 70% соответственно. У неработающих пациентов наиболее часто диагностировались нормальные значения ( $4,5\pm2,4$ ;  $p<0,05$ ) или были субклинически ( $8,9\pm0,2$ ;  $p>0,05$ ) выражены значения тревоги и депрессии в 95,5% и 66,5% соответственно. Количество пациентов, состоящих в браке составило 67,5% (27 человек), не состоящих в браке 33,5% (13 человек). Показатели тревоги и депрессии в обоих случаях находились в нормальных значениях ( $3,5\pm3,44$   $p<0,05$ ) или были субклинически выражены ( $8,8\pm0,1$ ;  $p>0,05$ ). В группах сравнения между группами пациентов, состоящих в браке и не состоящих в браке статистически значимых различий по степени выраженности тревоги и депрессии выявлено не было ( $\chi^2=6,0$ ;  $p>0,05$ ). По результатам субъективной оценки возможности возврата к трудовой деятельности 55% (22 человека) отметили ее полный возврат, в то время, как 45% (18 человек) считали, что не смогут вернуться к прежней трудовой деятельности. По результатам балльной шкалы возможности возвращения к трудовой деятельности с использованием шкалы реабилитационной маршрутизации: к трудовой деятельности в полном объеме, не сможет вернуться ни один пациент ( $p<0,05$ ), к легкому труду, не связанному с физической нагрузкой, контактом с химикатами, ядами смогут вернуться - 9 человек, ( $p>0,05$ ). Из них 6 человек (66,6%) по субъективной оценке считают, что могут возвратиться к трудовой деятельности в полном объеме, ( $p>0,05$ ). Полное освобождение от трудовой деятельности показано - 31 человеку (77,%). Их них 15 человек (48,3%) считают, что могут возвратиться к трудовой деятельности, но не в полном объеме. Тревога у пациентов с разрешенным легким трудом, не связанным с физической нагрузкой в рамках нормальных значений ( $3,4\pm3,3$ ;  $p>0,05$ ). диагностировалась в 66,6%, субклиническая тревога ( $8,2\pm0,7$ ;  $p>0,05$ ) в 33,3%. Депрессия у пациентов данной группы отсутствовала ( $2,5\pm3,3$ ;  $p<0,05$ ). Тревога и депрессии у пациентов, которые не способны выполнять работу, поэтому освобождается от трудовых обязанностей в большинстве случаев была субклинически ( $8,6\pm0,4$ ;  $p>0,05$ ) и клинически выражена ( $14\pm0,8$ ;  $p>0,05$ ) в 70,9% и 74,1 % соответственно. Количество пациентов с наличием очага в доминантном полушарии составило 55% (22 человека), в субдоминантном полушарии 45% (18 человек) при

условии, что все пациенты оказались правшами. Тревожность с субклиническим проявлением ( $9,9 \pm 0,2$ ;  $p < 0,05$ ) у пациентов с наличием очага в доминантном полушарии составила 90,9%. Тревожность в субдоминантном полушарии в большинстве случаев была с субклиническим проявлением ( $8,2 \pm 0,1$ ;  $p > 0,05$ ) и составила 72,1 %. Структура в зависимости от степени выраженности двигательных нарушений (парез/плегия): двигательных нарушений не отмечено (20 человек - 50%); монопарез в руке 4 степени (4 человека - 10%): левосторонний 2 человека (50%), правосторонний 2 человека (50%). Правосторонний гемипарез 4 степени (2 человека - 5%); гемипарез 3 степени (10 человек - 25%): левосторонний 4 человека (40%), правосторонний 6 человек (60%); левосторонний гемипарез 2 степени (2 человека - 5%); гемиплегия (2 человека - 5%). Тревога и депрессия при отсутствии двигательных нарушений, левостороннем монопарезе руки, левостороннем гемипарезе 2 степени в большинстве случаев отсутствовала ( $7,2 \pm 0,6$ ;  $p < 0,05$ ) или имела субклиническое проявление ( $8,5 \pm 0,7$ ;  $p < 0,05$ ). Тревога и депрессия при левостороннем гемипарезе 3 степени в 75% (3 человека) имела субклиническое проявления ( $9,6 \pm 1,4$ ;  $p > 0,05$ ) и в 25% (1 человек) случаев клиническое проявление ( $12 \pm 1,7$ ;  $p > 0,05$ ). Тревоги и депрессия при правостороннем парезе руки в 50% случаев (1 человек) имела субклиническое проявление ( $9,7 \pm 0,4$ ;  $p > 0,05$ ) и в 50% имела клиническое проявление ( $11,9 \pm 0,7$ ;  $p > 0,05$ ). Тревога и депрессия при правостороннем гемипарезе 3 степени встречалась при всех возможных проявлениях в одинаковом количестве в 33,3%. Тревога и депрессия при правостороннем гемипарезе 4 степени проявлялась субклиническими и клиническими проявлениями в равных количествах в 50%. Тревога и депрессия при левосторонней гемиплегии в 100% (2 пациента) имела клинически выраженное проявление ( $12,6 \pm 2,2$ ;  $p < 0,05$ ). При оценке факторов риска, таких, как ГБ, СД, ожирение, курение, наличие стресса в течение последних 3 месяцев, было установлено, что у всех пациентов диагностирована ГБ III стадии, АГ 3 степени - 100%,  $p < 0,05$ . СД 2 типа был диагностирован в 37,5% (15 человек),  $p > 0,05$ . Тревога у пациентов с СД в большинстве случаев была субклинически выраженной ( $9,5 \pm 1,2$ ,  $p < 0,05$ ) в 90%. Ожирение было диагностировано в 70% (28 человек). Курение в анамнезе у 32,5% (13 человек).

Стресс в течение последних 3 месяцев подтвердили 7,5% (3 человека). Основные причины: смерть мужа, мамы, близкого человека. Структура депрессии и тревоги в зависимости от наиболее инвалидирующих сопутствующих заболеваниях: у пациентов с перенесенным ОИМ в течение последних 10 лет в большей степени отмечается субклинически выраженная тревога ( $8,5 \pm 0,2$ ;  $p > 0,05$ ) в 50% и клинически выраженная ( $13,2 \pm 1,7$ ;  $p > 0,05$ ) в 37,5% случаев, в то время, как наличие в анамнезе ОНМК значительно увеличивает долю клинически выраженной тревоги и депрессии,  $p < 0,05$ .

Все пациенты были протестированы по шкале TAS-26. 22,5% (9 человек) набрали свыше 74 баллов, что соответствует критерию выраженной алекситимии; 35 % (14 человек) больных набрали от 62 до 74 баллов, что соответствует пограничному уровню. У 42,5 % (17 человек) больных алекситимии выявлено не было (менее 62 баллов по TAS). Алекситимия была выявлена в 63% (7 человек) у пациентов с поражением правого

полушария и в 36% (4 человека) у пациентов с поражением левого полушария. Группу риска по развитию алекситимии составили 11 человек (27,5%). Среднее значение выраженности алекситимии среди обследованных пациентов составило  $65,47 \pm 7,6$ . У мужчин этот показатель был несколько выше, чем в группе в среднем ( $67,64 \pm 8,4$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, в группах сравнения между мужчинами и женщинами по степени выраженности тревоги и депрессии статистически значимых различий выявлено не было ( $\chi^2 = 4,0$ ,  $p > 0,05$ ).

Клинически выраженная тревога и депрессия наиболее часто наблюдалась у пациентов, состоящих в браке. В группах сравнения между группами пациентов, состоящих в браке и не состоящих в браке статистически значимых различий по степени выраженности тревоги и депрессии выявлено не было ( $\chi^2 = 6,0$ ;  $p > 0,05$ ).

Выявлено, чем моложе пациенты, перенесшие инсульт, тем тяжелее они переносят факт заболевания и тем более выражено их депрессивное состояние ( $p < 0,05$ ).

В группах сравнения по возрастному параметру статистически значимых различий по степени выраженности тревоги и депрессии выявлено не было ( $\chi^2 = 2,0$ ;  $p > 0,05$ ).

Установлена связь между тяжестью неврологического дефицита и выраженностью депрессии: при более выраженных двигательных нарушениях тяжесть депрессии нарастает. При развитии депрессии при неврологическом заболевании развивается порочный круг: неврологическая симптоматика ведет к ограничению функциональных возможностей и приводит к реакции в виде развития симптомов депрессии. С другой стороны, депрессия усугубляет неврологическую симптоматику.

Тяжесть функционального дефицита после ОНМК напрямую влияет на риск развития постинсультных тревожно-депрессивных расстройств. Так, тревога и депрессии у пациентов, которые не способны выполнять работу, поэтому освобождается от трудовых обязанностей проявлялась клинически выраженными симптомами в 74,1 % случаев, что свидетельствует о значительной роли психологической реакции на болезнь.

**Выводы.** Среди пациентов, перенесших ишемический инсульт и острый инфаркт миокарда, доля лиц со средним и тяжелым уровнем депрессии была выше. В группе пациентов без инсульта и острого инфаркта миокарда доминировали больные с легкой депрессией — 43,8%. Это говорит о более выраженном уровне депрессии и тревоги у пациентов с отягощенным соматическим анамнезом, поскольку наличие соматического заболевания является стрессовым фактором, который может провоцировать формирование реактивного тревожно-депрессивного расстройства.

Имеется зависимость локализации очага инсульта и наличия алекситимии: у больных с правополушарным инсультом алекситимия выявляется чаще, чем у больных с повреждением в левом полушарии ( $p < 0,05$ ).

Инсульт – это сложная психологическая и социальная проблема. Постинсультные тревожно-депрессивные расстройства негативным образом влияют на темпы

восстановления неврологических функций пациентов и достоверно снижают выживаемость пациентов, перенесших ОНМК. Все, это определяют необходимость в разработке реабилитационных программ для пациентов, перенесших ОНМК, с учетом тяжести их состояния.

#### *Литература.*

1. Кутько И. И., Панченко О. А., Линева А. Н. Депрессии (актуальные проблемы синдромологической и нозологической диагностики, лечения, реабилитации и профилактики на современном этапе). *Новости медицины и фармации*. 2015. № 8 (539). С. 20–23.
2. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность. *Consilium medicum*. 2005. № 12 (7). С. 993–996.
3. Максимова М.Ю. Постинсультная депрессия как частая медико-социальная проблема // Максимова М.Ю., Хохлова Т.Ю., Суанова Е.Т. / *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016. Т. 116. № 3. С. 96-103.
4. Повышение эффективности психофармакотерапии поздних депрессий: оптимизация длительности терапии / Иванец Н. Н., Кинкулькина М. А., Авдеева Т.И. и др. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. - 2016. - № 4. - С.16-27.
5. Старчина Ю.А. Когнитивные нарушения после инсульта // *Медицинский совет*. – 2017. № 1S. – С. 27–32.
6. Hankey Graeme J. Population impact of potentially modifiable risk factors for stroke. *Stroke* 2020; 51: 719–728. DOI: 10.1161/STROKEAHA.119.024154.
7. Воробьева, О.В. Хроническая ишемия головного мозга: от патогенеза к терапии (рекомендации неврологу амбулаторного звена) / О.В. Воробьева // *РМЖ. Неврология*. – 2018. – № 5. – С. 26–31
8. Захаров, В.В. Депрессия при сосудистых заболеваниях головного мозга // В.В. Захаров // *Эффективная фармакотерапия. Неврология*. – 2019. [Электронный ресурс] URL: 93 [http://umedp.ru/articles/depressiya\\_pri\\_sosudistykh\\_zabolevaniyakh\\_golovnogo\\_mozga.html](http://umedp.ru/articles/depressiya_pri_sosudistykh_zabolevaniyakh_golovnogo_mozga.html)

#### *Abstract.*

*S.I. Shtankov, Y.V. Arzhanykh, E. V. Kharitonov*

### ***THE INFLUENCE OF RISK FACTORS AND THE DEGREE OF LOSS OF EMPLOYMENT ON THE DEVELOPMENT OF POST-STROKE DEPRESSION AND ANXIETY IN PATIENTS WITH CVA***

*Voronezh State Medical University*

Stroke is one of the most common diseases of the nervous system, which is often complicated by the development of anxiety-depressive disorders. The frequency of occurrence and features of the course of depressive disorders in patients with stroke, as well as their relationship with somatic burden, were assessed. A retrospective analysis of 40 case histories of patients with stroke was carried out, a questionnaire survey using questionnaires: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Toronto Alexithymic Scale, TAS-26. Depressive disorders of varying severity were detected in more than 70% of the examined patients with stroke. Females are more likely to develop depression and anxiety. Among patients after ischemic stroke and acute myocardial infarction, the proportion of people with moderate and severe depression was higher. It was revealed that the younger the patients who have suffered a stroke, the harder they tolerate the fact of the disease and the more pronounced their depressive state. The severity of functional deficit after stroke directly affects the risk of developing post-stroke anxiety-depressive disorders. Thus, anxiety and depression in patients who are not able to perform work, therefore, released from work duties was manifested by clinically pronounced symptoms in 74.1% of cases, which indicates a significant role of the psychological reaction to the disease.

**Keywords:** stroke; anxiety; depression.

#### **References.**

1. Kutko I. I., Panchenko O. A., Linev A. N. Depression (actual problems of syndromological and nosological diagnostics, treatment, rehabilitation and prevention at the present stage). *News of medicine and pharmacy*. 2015. No. 8 (539). S. 20–23.
2. Lazebnik L.B. Aging and polymorbidity. *Consilium medicum*. 2005. No. 12 (7). S. 993–996.
3. Maksimova M.Yu. Post-stroke depression as a common medical and social problem // Maksimova

M.Yu., Khokhlova T.Yu., Suanova E.T. / Journal of Neurology and Psychiatry. C.C. Korsakov. 2016.Vol. 116.No. 3.P. 96-103.

4. Increasing the effectiveness of psychopharmacotherapy of late depression: optimization of the duration of therapy / Ivanets NN, Kinkulkina MA, Avdeeva TI. et al. // Journal of Neurology and Psychiatry. C.C. Korsakov. - 2016. - No. 4. - P.16-27.

5. Starchina Yu.A. Cognitive impairment after stroke // Medical Council. - 2017. No. 1S. - S. 27–32.

6. Hankey Graeme J. Population impact of potentially modifiable risk factors for stroke. Stroke 2020; 51: 719-728. DOI: 10.1161 / STROKEAHA.119.024154.

7. Vorobieva, O. V. Chronic cerebral ischemia: from pathogenesis to therapy (recommendations to an outpatient neurologist) / O.V. Vorobyov // RMJ. Neurology. - 2018. - No. 5. - P. 26–31

8. Zakharov, V.V. Depression in vascular diseases of the brain // V.V. Zakharov // Effective pharmacotherapy. Neurology. - 2019. [Electronic resource] URL: 93 http://umedp.ru/articles/depressiya\_pri\_sosudistykh\_zabolevaniyakh\_golovnogo\_mozga.html

**Сведения об авторах:** Штаньков Сергей Иванович – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии с наркологией ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, [psinar2015@mail.ru](mailto:psinar2015@mail.ru); Аржанных Яна Вячеславовна - студентка ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Харитонов Евгений Вячеславович - врач психиатр, психотерапевт КУЗ ВО "ВОКПНД".