
АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Т.В. Мокина, Е.А. Антипенко,
А.В. Густов

Кафедра неврологии, нейрохирургии и психиатрии
Нижегородская государственная медицинская академия
пл. Минина, 10/1, Нижний Новгород, Россия, 603005

Обследовано 130 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на предмет оценки распространенности и структуры астенического синдрома. Выявлена высокая распространенность астенического синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией (75%) с преобладанием физической утомляемости (85%) над умственной (65%). В рамках астении при хронической ишемии мозга выявляются следующие синдромы: синдром вегетативной дисфункции (у 95% пациентов), синдром когнитивных нарушений (86,92% пациентов с отсутствием или легким когнитивным дефицитом, 13,08% пациентов с умеренным когнитивным дефицитом), синдром инсомнии (86% случаев), синдром эмоционально-волевых нарушений (тревога в 57% случаев, депрессия в 42% случаев).

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, астенический синдром.

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения — один из наиболее частых клинических синдромов в неврологии. По данным профилактических осмотров населения, хроническая цереброваскулярная недостаточность выявляется у лиц трудоспособного возраста в 20—30% случаев и составляет не менее 700 на 100 000 населения. Хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) при закономерном течении патокинеза приводит к крайне тяжелым исходам — инсульту и сосудистой деменции, в связи с чем вопросы своевременной диагностики и адекватной терапии данной патологии являются крайне актуальными [8]. На начальных этапах развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) наиболее часто диагностируемым феноменом является астения. Астенический синдром (АС), или астения, — состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, нарушением сна. Астения усугубляет течение дисциркуляторной энцефалопатии, неврологическая патология определяет характер симптомов астении, зачастую маскируя их [1, 3]. Клиническая картина выявляемых астенических нарушений характеризуется большим полиморфизмом симптоматики, которая затрагивает различные сферы организма, ухудшая качество жизни и социальное функционирование пациентов. Для АС у больных ДЭ характерно волнообразное нарастание астенических симптомов. На начальной стадии ДЭ симптомы астении проявляются больше с утра, уменьшаются к середине дня и к вечеру [4, 5, 6, 7, 10]. Характерны возбудимость и вегетативная лабильность. По мере прогрессирования атеросклеротического поражения сосудов головного мозга больные становятся обидчивыми, слезливыми, неуверенными в себе, ворчливыми; наблюдается снижение памяти, затруднение усвоения новой информации. Клинические проявления не ограничиваются лишь слабостью, повышенной утом-

ляемостью и стойким снижением работоспособности [2, 8, 9]. При астении выделяют следующие дополнительные синдромы:

- 1) синдром эмоционально-волевых нарушений;
- 2) синдром когнитивных нарушений;
- 3) инсомния;
- 4) синдром вегетативной дисфункции.

Несмотря на несомненную значимость роли АС в клинической картине ДЭ, прогрессировании заболевания, вопросы частоты встречаемости и особенности структуры астении при ХИМ ранее не рассматривались.

Цель настоящего исследования — изучение частоты встречаемости и структуры астенического синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией I—II стадией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе неврологической клиники Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Обследовали 130 пациентов (27 мужчин и 103 женщины, в возрасте от 40 до 65 лет, средний возраст $50,84 \pm 8,3$ года). Этиологическими факторами дисциркуляторной энцефалопатии I и II стадии среди обследованных пациентов являлись атеросклероз сосудов головного мозга в 22%, гипертоническая болезнь в 31% и их сочетание в 47%. Диагноз формулировался в соответствии с отечественной классификацией сосудистых поражений головного мозга и подтверждался данными инструментального и лабораторного исследования (исследования глазного дна, КТ головного мозга, липидный профиль, фибриноген, протромбиновый индекс). В неврологическом статусе выявлялась типичная для I и II стадии дисциркуляторной энцефалопатии симптоматика: синдром когнитивных нарушений, рефлекс орального автоматизма, вестибулоатактический синдром, легкая пирамидная недостаточность в виде анизорефлексии или двустороннего повышения сухожильных рефлексов. На момент включения в исследование основными жалобами у всех пациентов были повышенная утомляемость, снижение работоспособности, нарушение сна, головная боль, головокружение, снижение памяти на текущие события, раздражительность, тревожность. Для оценки частоты встречаемости и структуры АС применялись следующие шкалы и тесты: общая астения изучалась по Визуальной аналоговой шкале астении (ВАШ астении), физическая и умственная утомляемость по шкале *Fatigue Score*. Эмоционально-волевые нарушения оценивались при помощи Госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS) [A.S. Zigmond и R.P. Snaithe, 1983]. Синдром когнитивных нарушений изучался при помощи Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). Для определения выраженности синдрома инсомнии применялась Анкета оценки сна. Для оценки выраженности вегетативной дисфункции применялся опросник А.М. Вейна, рассчитывался вегетативный индекс Кердо (ВИК) по формуле $\text{ВИК} = (1 - \text{АД диастолическое} / \text{ЧСС}) \times 100\%$ [2].

Статистическая обработка материала проводилась в программе «Биостат» методом дисперсионного анализа, рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимыми признавались различия при уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Визуальная аналоговая шкала отражает уровень общей астении. АС по данной шкале оценивается от 0 до 10 баллов. 0—3 балла расценивается как отсутствие астении или незначительно выраженная астения, 4—6 баллов — умеренно выраженная астения, 7—10 баллов — выраженная астения. Подсчитывалось количество пациентов в каждой подгруппе данной шкалы и рассчитывался процент больных, имеющих астению той или иной степени выраженности. Физическая и умственная утомляемость оценивались при помощи шкалы Fatigue Score. По данным этой шкалы пациенты были разделены на две подгруппы. Физическая утомляемость, оцененная в 0—4 балла, свидетельствовала об отсутствии астении или незначительно выраженной астении, 5—10 баллов — умеренно выраженной астении, 11—16 баллов — выраженной астении. Умственная утомляемость от 0 до 3 баллов расценивалась как отсутствие астении или незначительно выраженная астения, 4—6 баллов — умеренно выраженная астения, 7—10 баллов — выраженная астения.

На рис. 1 представлена частота встречаемости АС различной степени выраженности при ХИМ по данным ВАШ и шкалы Fatigue Score.

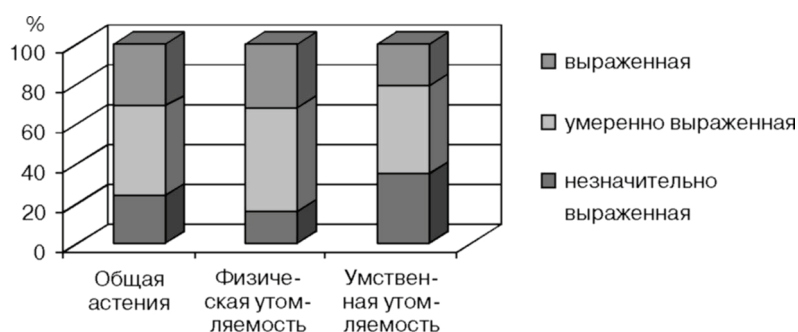


Рис. 1. Частота встречаемости АС различной степени выраженности у больных ДЭ (ВАШ астении, Fatigue Score)

В результате проведенного исследования получены следующие данные: 75% больных начальной стадией ДЭ имеют умеренно или значительно выраженную общую астенизацию, лишь около 25% пациентов не имеют астении. Необходимо отметить, что в структуре астении на первый план выступает физическая утомляемость умеренно и значительно выраженная, которая составляет практически 85% среди всех обследованных больных. Умственная утомляемость встречается примерно в 65% случаев.

В ряде работ показана тесная взаимосвязь астении и эмоционально-волевых нарушений [2, 8]. В результате проведенного исследования выявлено, что субклинически и клинически выраженную тревогу имеют около 57% пациентов. Депрессия встречается практически у 42% больных ДЭ (табл. 1). По нашим данным, наиболее тесно коррелируют между собой показатели общей астении и тревоги, а также показатели общей астении и депрессии. Коэффициент корреляции Спирмена составляет 0,403 и 0,463 соответственно. Корреляция статистически

значима $p = 0$. Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что тревожно-депрессивные расстройства способствуют усугублению астенических проявлений при ХИМ.

Таблица 1

Частота встречаемости тревоги и депрессии у больных ДЭ

Показатель	Отсутствие тревоги / депрессии, %	Субклинически выраженная, %	Клинически выраженная, %
Тревога	43,08	27,69	29,23
Депрессия	57,69	23,08	19,23

Известно, что когнитивные нарушения являются наиболее чувствительным показателем, отражающим функциональное состояние головного мозга при ДЭ [4, 5, 6, 9]. Степень когнитивных нарушений оценивалась при помощи шкалы MMSE. 113 из 130 пациентов имели от 28 до 30 баллов, остальные пациенты имели от 25 до 27 баллов по данной шкале, т.е. у 86,92% отсутствуют или имеются легкие когнитивные нарушения, у 13,08% имеется умеренный когнитивный дефицит. В данном исследовании коэффициент корреляции Спирмена между когнитивными нарушениями и астенией составил $-0,052$. Однако мы не получили статистически достоверной корреляционной связи между показателем шкалы MMSE и астенией, $p = 0,559$.

Пре-, интра- и постсомнические нарушения дополняют и усугубляют проявления астении. Для определения выраженности синдрома инсомнии применялась Анкета оценки сна. Частота встречаемости инсомнических расстройств у обследованных больных выглядит следующим образом: у 13,85% — отсутствуют нарушения сна, 50% пациентов имеют пограничные, близкие к нарушению сна значения, 36,15% больных имеют выраженные нарушения сна. Тесная корреляция выявлена между показателями общей астении и инсомническими расстройствами. Коэффициент корреляции Спирмена между когнитивными нарушениями и астенией составляет $-0,351$, $p = 0$. Полученные данные подтверждают, что нарушения цикла сон—бодрствование является важной составляющей развития и прогрессирования АС.

Синдром **вегетативной дисфункции** является наиболее распространенным в практике невролога [2]. По результатам опросника А.М. Вейна, вегетативная дисфункция выявлена у 123 пациентов из 130. При подсчете ВИК обнаружено преобладание парасимпатикотонии в более чем половине случаев, симпатикотония выявлена у одной пятой пациентов, состояние вегетативного равновесия имеется менее, чем у 10% пациентов (рис. 2, 3). При изучении корреляции астении и вегетативной дисфункции получены следующие результаты: наиболее тесно коррелируют между собой показатели общей астении и показатели по данным опросника А.М. Вейна (см. рис. 2). Коэффициент корреляции Спирмена составляет $0,328$. Корреляция статистически значима $p = 0$. Полученные данные позволяют предположить, что вегетативный дисбаланс является органической основой АС.

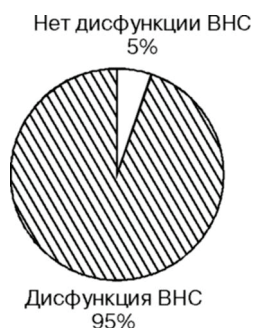


Рис. 2. Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна

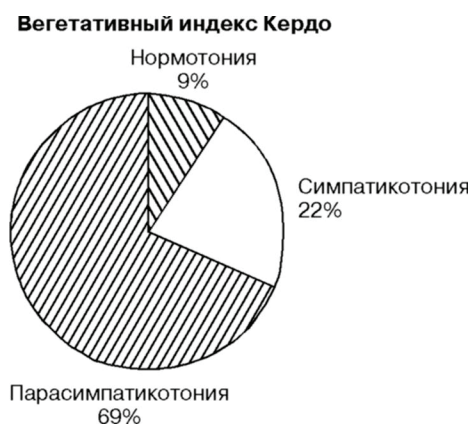


Рис. 3. Частота встречаемости вегетативных расстройств у больных ДЭ

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой распространенности астенического синдрома при дисциркуляторной энцефалопатии I—II стадии (75% пациентов). При этом физическая утомляемость (85% пациентов) преобладает над умственной (65% пациентов). В рамках астении при хронической ишемии мозга выявляются следующие синдромы: синдром вегетативной дисфункции (у 95% пациентов), синдром когнитивных нарушений (86,92% пациентов с отсутствием или легким когнитивным дефицитом, 13,08% пациентов с умеренным когнитивным дефицитом), синдром инсомнии (86% случаев), синдром эмоционально-волевых нарушений (тревога в 57% случаев, депрессия в 42% случаев). Выявленные особенности структуры астенического синдрома необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий при хронической ишемии мозга.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бамдас Б.С. Астенические состояния. — М.: Медгиз, 1961. — 162 с.
- [2] Вейн А.М. Вегетативные расстройства. — М., 2000. — 256 с.
- [3] Густов А.В., Мокина Т.В. Астенический синдром // Ремедиум Приволжье. — 2007. — № 9 (59). — С. 19—24.

- [4] Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения // *Consilium medicum*. — 2004. — Т. 6. — № 2. — С. 149—53.
- [5] Дамулин И.В., Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные нарушения: дифференциальная диагностика и методы лечения. Методические рекомендации. — М., 2000. — 44 с.
- [6] Захаров В.В. Возрастные когнитивные нарушения / Под ред. Н.Н. Яхно. — М., 2004. — 12 с.
- [7] Скоромец А.А., Чернышева Е.М. Диагностика глубины астении, эмоциональных и психопатологических расстройств при астено-вегетативном синдроме разной этиологии // *Неврологический вестник: журнал им. В.М. Бехтерева*. — Казань: Б.и., 2000. — Т. 32. — № 1/2. — С. 21—28.
- [8] Яхно Н.Н. Дисциркуляторная энцефалопатия. Методические рекомендации. — М.: РКИ Соверо пресс, 2005. — 32 с.
- [9] Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-Mental State: a practical guide for grading the mental state of patient for the clinical // *J Psych Res*. — 1975. — P. 123—125.
- [10] Fulcher K.Y., White P.D. Strength and physiological response to exercise in patients with chronic fatigue syndrome // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 2000. — 69. — P. 302—307.

CHRONIC FATIGUE SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

T.V. Mokina, E.A. Antipenko, A.V. Gustov

Department of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry
Nizhny Novgorod Medical State Academy
Minina sq., 10/1, Nizhny Novgorod, Russia, 603005

Chronic fatigue syndrome is characterized by polymorphism of symptoms, including the following syndromes: cognitive disorders, vegetative dysfunction, insomnia, anxiety and depression. The frequency and the structure of chronic fatigue syndrome in patients with chronic cerebral ischemia were the object of this study. 130 patients with chronic cerebral ischemia were estimated to determine the frequency and the structure of chronic fatigue syndrome. The following scales and questionnaires were applied: Visual Analog Scale of fatigue syndrome, Fatigue Score, Mini-Mental State Examination, A.M. Wayne's questionnaire to determine vegetative dysfunction, HADS, the Questionnaire of Dream Estimation, and Vegetative Index Cerdo. High frequencies of chronic fatigue syndrome in patients with chronic cerebral ischemia (75%) with prevalence of physical fatigue (85%) upon mental fatigue (65%) were revealed. High frequency of all syndromes that was studied in this research revealed: cognitive disorders (86,92 — light cognitive disorders, 13,08 — absence or moderate cognitive disorders), vegetative dysfunction (95%), insomnia (86%), anxiety (57%) and depression (42%). The revealed peculiarities of structure of chronic fatigue syndrome must be reviewed in treatment of patients with chronic cerebral ischemia.

Key words: chronic cerebral ischemia, chronic fatigue syndrome.