

<https://doi.org/10.29296/25877305-2022-09-08>

Психозмоциональный статус пациентов с гипертонической болезнью, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

Е.И. Харьковская,
Е.Ю. Есина, доктор медицинских наук, профессор,
Ю.А. Котова, кандидат медицинских наук, доцент
Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко Минздрава России
E-mail: elena.esina62@mail.ru

Артериальная гипертония является ведущим фактором риска, способствующим инвалидизации населения, так как представляет собой непосредственный источник сосудистых катастроф. Значительная доля постинсультных нарушений приходится на когнитивные нарушения (КН) и расстройства психозмоциональной сферы.

Цель. Изучить выраженность КН и психозмоциональных нарушений у амбулаторных пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу.

Материал и методы. В исследовании участвовали 36 пациентов с ГБ (средний возраст – 65,16±3,20 года), которые были разделены 2 группы: 1-я группа (n=12) – пациенты с ОНМК в анамнезе; 2-я группа (n=24) – пациенты без ОНМК в анамнезе.

Результаты. У пациентов 1-й группы выявлены недементные КН – 27,0 (27,0; 28,0) баллов по MMSE, у пациентов 2-й группы КН отсутствовали – 30,0 (29,0; 30,0) баллов по MMSE (p=0,000). Герiatricкая депрессия в исследуемых группах не выявлена. Суммарный балл по герiatricкой шкале депрессии у пациентов 1-й и 2-й групп составил 4,0 (3,0; 5,0) и 0,0 (0,0; 1,0) соответственно (p=0,000). Выявлены достоверные различия между группами по результатам оценки MMSE (t=0,800; p<0,05) и визуальной аналоговой шкалы (t=0,600; p<0,05). Также выявлены достоверные различия между группами по подшкалам MMSE: ориентировка во времени и месте (t=0,337; p<0,05); запоминание (t=0,337; p<0,05); концентрация внимания и счет (t=0,704; p<0,05); речевые функции (t=0,798; p<0,05); трехэтапная команда (t=0,337; p<0,05); конструктивный праксис (t=0,460; p<0,05). Корреляционная взаимосвязь между группами по герiatricкой шкале депрессии была достоверной отрицательной (r=-0,666; p<0,05).

Заключение. Внедрение скрининговых шкал для определения КН и депрессии у пациентов с ГБ в практику участковых врачей-терапевтов и врачей общей практики позволит своевременно диагностировать данные нарушения и поможет в составлении реабилитационных программ.

Ключевые слова: кардиология, неврология, гипертоническая болезнь, психозмоциональное состояние, когнитивные нарушения, пожилой возраст.

Для цитирования: Харьковская Е.И., Есина Е.Ю., Котова Ю.А. Психозмоциональный статус больных гипертонической болезнью, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Врач. 2022; 33 (9): 43–47. <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-09-08>

В структуре медико-социальных проблем одно из ведущих мест отводится сосудистым заболеваниям головного мозга. Артериальная гипертония (АГ) является преобладающим фактором риска, способствующим инвалидизации населения, и представляет собой непосредственный источник сосудистых катастроф [1]. Более 70% пациентов средней и старшей возрастных групп имеют в анамнезе гипертоническую болезнь (ГБ). Известно, что у пациентов с ГБ риск развития сосудистой катастрофы ежегодно увеличивается на >4,7% в сравнении с общей популяцией [2]. По данным литературы, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают лидирующее место в заболеваемости населения России. Ежегодно отмечается >450 тыс. новых случаев ОНМК, что делает актуальной проблемой здравоохранения как профилактику, так и реабилитацию этих пациентов [3]. Среди причин инвалидизации населения постинсультная инвалидизация занимает 1-е место (3,2 случая на 10 000 населения) [1]. Полное восстановление после ОНМК наиболее возможно у лиц молодого возраста при эффективном применении нейрореабилитационных программ, однако лишь каждый пятый пациент возвращается к полноценной жизни.

Значительная доля постинсультных нарушений приходится на когнитивные нарушения (КН), которые проявляются в снижении внимания и памяти, что непосредственно влияет на интеллектуальные возможности личности [4]. Особая роль должна отводиться психологическому состоянию пациента, т.к. именно эмоциональный статус пациентов, перенесших инсульт, находится в наиболее лабильном состоянии [5]. Согласно данным литературы, депрессии и КН, как осложнения инсульта, уделяется мало внимания, однако именно эти состояния во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни (КЖ) пациентов, перенесших ОНМК [6]. Другая проблема современного общества – недементные КН. Доказано, что своевременное выявление недементных КН и их коррекция повышают возможности профилактики деменции [7]. В связи с этим нам представилось целесообразным изучить выраженность психозмоциональных нарушений у амбулаторных пациентов пожилого возраста, перенесших ОНМК по ишемическому типу.

Цель исследования – изучить выраженность КН и психозмоциональных нарушений у амбулаторных пациентов пожилого возраста с ГБ, перенесших ОНМК.

Задачи исследования:

- определить выраженность КН у пациентов с ГБ и ОНМК в анамнезе с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination – MMSE);
- изучить эмоциональное состояние пациентов с ГБ и ОНМК в анамнезе с помощью герiatricкой шкалы депрессии;
- оценить КЖ пациентов с ГБ и ОНМК в анамнезе с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ);
- изучить корреляционные взаимосвязи в исследуемых группах больных ГБ между показателями, характеризующими психозмоциональное состояние и КЖ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 36 пациентов с ГБ (18 мужчин и 18 женщин; средний возраст – 65,16±3,20 года), проходивших амбулаторное лечение в Воронежской городской поликлинике №10. Все участники исследования подписывали информированное согласие. Пациенты были разделены

на 2 группы: 1-я (n=12) – пациенты с ГБ (средний возраст – 65,16±3,23 года), перенесшие ОНМК по ишемическому типу, давность ОНМК составила ≤3 лет; 2-я (n=24) – пациенты с ГБ без ОНМК в анамнезе (средний возраст – 65,2±3,26 года). Группы были сопоставимы по возрасту (p=0,946). Длительность ГБ в обеих группах была ≥5 лет от момента установления диагноза. Протокол исследования одобрен этическим комитетом ФГБОУ ВО Воронежский государственный университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.

В исследовании применялись следующие методы: клинический осмотр больных, анализ амбулаторных карт. Психический статус изучали с помощью MMSE, депрессию – с помощью гериатрической шкалы депрессии, КЖ – при помощи ВАШ.

Интерпретация результатов по MMSE:

- 28–30 баллов – отсутствие КН;
- 25–27 баллов – недементные КН;
- 20–24 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11–19 баллов – умеренная деменция;
- 0–10 баллов – тяжелая деменция.

Интерпретация результатов по гериатрической шкале депрессии:

- ≤4 баллов – основания для диагностики депрессии отсутствуют;
- ≥5 баллов – вероятно наличие гериатрической депрессии.

Для определения удовлетворенности пациентов с ГБ своей жизнью использовали ВАШ:

- 0–2 балла – «я недоволен своей жизнью»;
- 3–4 балла – «чаще я испытываю неудовлетворенность своей жизнью»;
- 5–6 – «иногда я бываю доволен своей жизнью»;
- 7–8 – «большее часть времени, я доволен своей жизнью»;
- 9–10 – «я счастлив и доволен своей жизнью».

Для статистической обработки полученных результатов использовали программу Statistica 6.0. Различия между группами определялись с помощью критерия Манна–Уитни; различия считались достоверными при p<0,05. Признаки с распределением отличным от нормального описывались в виде Me (Q₂₅; Q₇₅), где Me – медиана, Q₂₅ и Q₇₅ – 25-й и 75-й квартили соответственно. С помощью критерия Спирмена (коэффициент корреляции считался значимым при p<0,05) анализировались корреляционные взаимосвязи между изучаемыми параметрами.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе изучали особенности течения ГБ в исследуемых группах. Различия по уровню систолического АД (САД) между группами были недостоверны (p=0,933): в 1-й группе – 130,0 (125,0; 130,0) мм рт. ст.; во 2-й – 130,0 (125,0; 135,0) мм рт. ст. Исследуемые группы также не отличались по уровню диастолического АД (ДАД) (p=0,568): в 1-й группе – 70,0 (70,0; 80,0) мм рт. ст.; во 2-й – (70,0; 80,0) мм рт. ст. Исследуемые группы не отличались по значению частоты сердечных сокращений (ЧСС) (p=0,268): в 1-й группе – 69,0 (67,0; 70,0) в минуту; во 2-й – 69,0 (67,0; 84,5) в минуту. Все пациенты получали лекарственную терапию ГБ в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и достигли целевых значений АД.

У пациентов 1-й группы (перенесшие ОНМК по ишемическому типу) выявлены недементные КН – 27,0 (27,0; 28,0) баллов по MMSE. У пациентов 2-й группы (без ОНМК в анамнезе) КН отсутствовали – 30,0 (29,0; 30,0) баллов по MMSE (p=0,000).

Нам представилось интересным проанализировать баллы в исследуемых группах по каждой их подшкале MMSE: ориентировка во времени и месте (максимальное число баллов – 5), запоминание (максимальное число баллов – 3), концентрация внимания и счет (максимальное число баллов – 5), память (максимальное число баллов – 3), речевые функции (максимальное число баллов – 2), трехэтапная команда (максимальное число баллов – 3), конструктивный праксис (максимальное число баллов – 1) (табл. 1).

Обращают на себя внимание значимые различия между группами по подшкалам концентрация внимания и счет (p=0,0006) и речевые функции (p=0,001). Согласно данным литературы, КН оказывают отрицательное влияние на реабилитационный потенциал пациентов, перенесших ОНМК [7]. Недементные КН, выявленные нами и затрагивающие области концентрации внимания, счета и речевых функций, могут затруднить и увеличивать время реабилитации пациентов. По данным литературы, распространенность сосудистой деменции, отсроченной деменции после ОНМК и сосудистых КН составляет в настоящее время 2–3, 10–20 и 30–40% соответственно и будет расти в связи с увеличением в мире числа лиц пожилого и старческого возраста [8].

На следующем этапе в 1-й группе мы определяли баллы по MMSE и ее подшкалам, выраженность депрессии и КЖ с учетом полового признака. Число мужчин и женщин в 1-й группе было равным – 6 (50%) мужчин и 6 (50%) женщин.

В 1-й группе у мужчин были выявлены недементные КН, у женщин данной группы КН отсутствовали (табл. 2). У мужчин 1-й группы по сравнению с женщинами был ниже балл по таким подшкалам MMSE как речевые функции, память, концентрация внимания и счет, однако данные результаты не были достоверными (см. табл. 2).

У пациентов обеих групп гериатрической депрессии не выявлено: в 1-й группе – 4,0 (3,0; 5,0) балла; во 2-й – 0,0 (0,0; 1,0) (p=0,000) (рис. 1).

КН и эмоциональные нарушения, возникшие после перенесенного инсульта, являются значимым фактором, влияющим на эффективность восстановления пациентов [9]. Характер КН, раз-

Таблица 1
Результаты по каждой из подшкал MMSE в исследуемых группах; баллы: Me (Q₂₅; Q₇₅)

Table 1
Results for each of their MMSE subscales in the examined groups; scores: Me (Q₂₅; Q₇₅)

Подшкала MMSE	1-я группа (n=12)	2-я группа (n=24)	p
Ориентировка во времени и месте	5,0 (5,0; 5,0)	5,0 (5,0; 5,0)	1,000
Запоминание	3,0 (3,0; 3,0)	3,0 (3,0; 3,0)	1,000
Концентрация внимания и счет	4,0 (4,0; 4,0)	5,0 (4,0; 5,0)	0,0006
Память	2,0 (2,0; 3,0)	3,0 (2,0; 3,0)	0,227
Речевые функции	2,0 (2,0; 3,0)	3,0 (2,0; 3,0)	0,001
Трехэтапная команда	3,0 (3,0; 3,0)	3,0 (3,0; 3,0)	1,000
Конструктивный праксис	1,0 (1,0; 1,0)	1,0 (1,0; 1,0)	0,420

живающихся у пациентов, перенесших инсульт, как правило, смешанный в результате очагового поражения головного мозга и диффузного поражения мозговой ткани вследствие цереброваскулярной патологии и дегенеративного процесса [9, 10]. Доказано, что эмоциональные расстройства и апатия наравне с когнитивным дефицитом значительно снижают реабилитационные возможности больных [10, 11]. В нашем исследовании в группе пациентов с ГБ, перенесших ОНМК по ишемическому типу, не выявлено гериатрической депрессии, однако суммарный балл по данной шкале достоверно отличался от такового у пациентов, не имевших ОНМК в анамнезе, и находился в области верхнего значения референтного интервала.

Удовлетворенность пациентов исследуемых групп своей жизнью находилась в пределах одного референтного интервала и составила в 1-й группе – 6,0 (5,0; 6,0) баллов, во 2-й – 6,5 (6,0; 7,0) балла, что свидетельствовало о том, что пациенты исследуемых групп периодически испытывали неудовлетворенность своей жизнью, при этом различия между группами были достоверны ($p=0,001$) (рис. 2).

Выявлены достоверные различия между группами по следующим подшкалам MMSE: ориентировка во времени и месте ($r=0,337$; $p<0,05$); запоминание ($r=0,337$; $p<0,05$); концентрация внимания и счет ($r=0,704$; $p<0,05$); речевые функции ($r=0,786$; $p<0,05$); трехэтапная команда ($r=0,337$; $p<0,05$); конструктивный праксис ($r=0,460$; $p<0,05$). Также достоверные различия между группами наблюдались в результатах MMSE ($r=0,800$; $p<0,05$) и ВАШ ($r=0,600$; $p<0,05$). Корреляционная взаимосвязь между группами по гериатрической шкале депрессии была достоверной отрицательной ($r=-0,666$; $p<0,05$).

КЖ пациентов исследуемых групп зависело от уровня концентрации внимания и счета (прямая умеренная корреляционная взаимосвязь: $r=0,591$; $p<0,05$), речевых функций (прямая умеренная корреляционная взаимосвязь: $r=0,481$; $p<0,05$), конструктивного праксиса (прямая умеренная корреляционная взаимосвязь: $r=0,480$; $p<0,05$), памяти (прямая умеренная корреляционная взаимосвязь: $r=0,403$; $p<0,05$), баллов по MMSE (прямая умеренная корреляционная взаимосвязь: $r=0,642$; $p<0,05$).

Известно, что АГ поражает $\frac{1}{3}$ людей в возрасте старше 60 лет и значительно увеличивает риск развития как сосудистых КН, так и болезни Альцгеймера [12]. В нашем исследовании пациенты с ГБ в результате лечения достигли целевых уровней АД, однако пациенты, перенесшие инсульт, имели недементные КН. Направление пациента к специалисту-неврологу, который сможет уточнить клинические особенности КН, позволит своевременно провести топическую и нозологическую диагностику заболевания [13–15]. Необходимо помнить о многостороннем влиянии постинсультной депрессии на пациента. Ученые отмечают, что депрессия поражает около 30% выживших после

Некоторые показатели психоэмоционального статуса у пациентов 1-й группы с учетом гендерных различий; баллы; Me [Q₂₅; Q₇₅]

Таблица 2

Some indicators of the psychoemotional status in Group 1 patients in terms of gender differences; scores; Me [Q₂₅; Q₇₅]

Table 2

Показатели психоэмоционального статуса	1-я группа (n=12)		p
	мужчины (n=6)	женщины (n=6)	
MMSE	26,5 (26,0; 27,0)	28,0 (27,0; 28,0)	0,041
Подшкалы MMSE:			
память	2,0 (2,0; 3,0)	2,5 (2,0; 3,0)	0,630
речевые функции	2,0 (2,0; 2,0)	2,5 (2,0; 3,0)	0,336
Гериатрическая депрессия	4,5 (3,0; 5,0)	3,5 (3,0; 5,0)	0,471

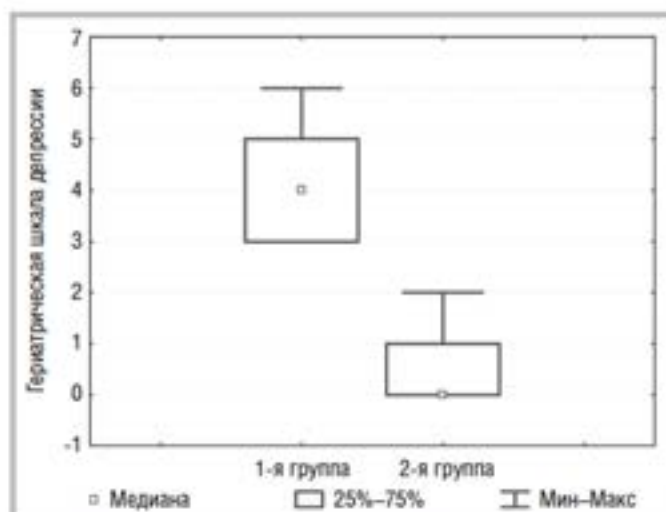


Рис. 1. Результаты по шкале гериатрической депрессии у пациентов исследуемых групп

Fig. 1. Geriatric depression scale scores in the examined patient groups

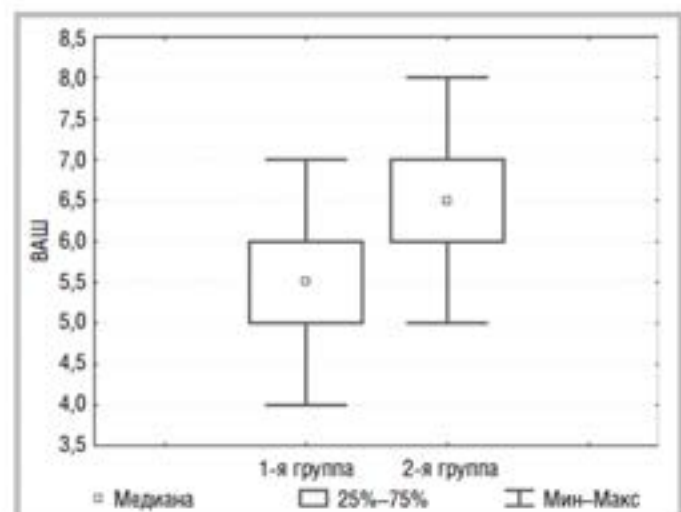


Рис. 2. Результаты по ВАШ у пациентов исследуемых групп

Fig. 2. VAS scores in the examined patient groups

инсульта в течение 5 лет, а ее своевременная диагностика и лечение способствуют восстановлению моторики и повышению независимости от посторонней помощи в повседневной жизни [16–18]. С другой стороны, постинсультная депрессия влияет на мотивацию к реабилитации и увеличивает семейную и социальную нагрузку [17, 19]. Большинство авторов отмечают, что значительные различия по уровню депрессии у мужчин и женщин в постинсультный период отсутствуют [20–22].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, необходимо своевременно выявлять КН и эмоциональные нарушения у пациентов с ГБ, перенесших ОНМК, в том числе на амбулаторном этапе практического здравоохранения. Внедрение в практическую деятельность участкового врача-терапевта и врача общей практики скрининговых шкал для определения КН и депрессии позволит своевременно диагностировать данные нарушения и поможет в составлении реабилитационных программ.

Улучшение когнитивного и эмоционального состояния пациентов, перенесших ОНМК, будет способствовать снижению инвалидизации, повышению КЖ пациентов и их родственников и благоприятно влиять на исход восстановительного периода инсульта [15, 23–25].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело финансовой поддержки.

Литература

- Гуреева И.Л., Гомзикова Н.А., Селькин М.Д. и др. Нейропсихологическая изменчивость у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2017; 10 (4): 28–36. DOI: 10.14529/jpsy170403
- Климов А.В., Денисов Е.Н., Иванова О.В. Артериальная гипертензия и ее распространенность среди населения. Молодой ученый. 2018; 50 (236): 86–90
- Ткаченко Е.А., Плещиков Б.С., Раевская А.И. и др. Современные эпидемиологические особенности факторов риска острого нарушения мозгового кровообращения у лиц различных возрастов. Врач. 2021; 32 (12): 63–8. DOI: 10.29296/25877305-2021-12-10
- Дамулина А.И., Коновалов Р.Н., Кадьков А.С. Постинсультные когнитивные нарушения. Неврологический журнал. 2015; 20 (1): 12–9.
- Кадьков А.С., Шахтаронова Н.В., Белопасова А.В. и др. Нейропластичность и восстановление нарушенных функций после инсульта. Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2019; 1 (2): 32–6. DOI: 10.36425/2658-6843-19184
- Асанкина Е. В., Статникова Е.А., Сокина В.С. Психосоциальные и когнитивные особенности больных ишемическим инсультом в зависимости от возраста. Университетская клиника. 2016; 12 (1): 9–11.
- Коберская Н.Н., Ясюн Н.Н., Грдин В.Н. и др. Влияние сердечно-сосудистых факторов риска на доинсультное когнитивное снижение в среднем и пожилом возрасте. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021; 13 (1): 13–7. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-13-17
- Akiyemi R.O., Owolabi M.O., Ihara M. et al. Stroke, cerebrovascular diseases and vascular cognitive impairment in Africa. Brain Res Bull. 2019; 145: 97–108. DOI: 10.1016/j.brainresbull.2018.05.018
- Антителко Е.А., Ерохина М.Н., Фаткина Д.А. Когнитивные и эмоциональные нарушения после инсульта: возможности медикаментозной коррекции. Нервные болезни. 2020; 4: 58–63. DOI: 10.24412/2226-0757-2020-12246
- Воронцов С., Макарова И., Шумкина М. Артериальная гипертензия и хроническая болезнь почек – факторы повышенного риска формирования когнитивных нарушений. Врач. 2016; 12: 15–7.
- Важина Н.В. Диагностика и лечение когнитивных нарушений после инсульта. Эффективная фармакотерапия. 2019; 15 (34): 10–8. DOI: 10.33978/2307-3586-2019-15-34-10-18
- Ungvari Z., Toth P., Tarantini S. et al. Hypertension-induced cognitive impairment: from pathophysiology to public health. Nat Rev Nephrol. 2021; 17 (10): 639–54. DOI: 10.1038/s41581-021-00430-6
- Визило Т.Л., Визило А.Д. Недемментные когнитивные расстройства: клинические аспекты. Лечащий врач. 2019; 5: 10.
- Богданова Т.А., Турушева А.В., Фролова Е.В. и др. Пожилые пациенты с когнитивными расстройствами на амбулаторном приеме. Российский семейный врач. 2021; 25 (2): 19–27. DOI: 10.17816/RFD70198
- Костенко Е.В., Кравченко В.Г., Горшков Д.В. Прогностическая значимость сопутствующих заболеваний для функционального исхода после инсульта. Российский медицинский журнал. 2019; 25 (2): 76–81. DOI: 10.18821/0869-2106-2019-25-2-76-81
- Dajpratham P., Pukritiyakamee P., Absariyasing W. et al. The validity and reliability of the PHQ-9 in screening for post-stroke depression. BMC Psychiatry. 2020; 20 (1): 291. DOI: 10.1186/s12888-020-02699-6
- Lin F.H., Yeh D.N., Shih F.M. et al. Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. Medicine (Baltimore). 2019; 98 (44): e17667. DOI: 10.1097/MD.00000000000017667
- Ezema C.I., Akusoba P.C., Nweke M.C. et al. Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. Ethiop J Health Sci. 2019; 29 (1): 841–6. DOI: 10.4314/ejhs.v29i1.5
- Rabi-Zikic T., Zvanovic Z., Djajic V. et al. Predictors of early-onset depression after first-ever stroke. Acta Clin Croat. 2020; 59 (1): 81–90. DOI: 10.20471/acc.2020.59.01.10
- Dong L., Sanchez B.N., Skolarus L.E. et al. Sex difference in prevalence of depression after stroke. Neurology. 2020; 94 (19): e1973–e1983. DOI: 10.1212/WNL.00000000000059394
- Schottke H., Gerke L., Dusing R. et al. Post-stroke depression and functional impairments – A 3-year prospective study. Compr Psychiatry. 2020; 99: 152171. DOI: 10.1016/j.comppsy.2020.152171
- Bucciarelli V., Caterino A.L., Bianco F. et al. Depression and cardiovascular disease: The deep blue sea of women's heart. Trends Cardiovasc Med. 2020; 30 (3): 170–6. DOI: 10.1016/j.tcm.2019.05.001
- Есенин Е.Ю., Зуйкова А.А., Остроушко Н.М. Распространенность недемментных когнитивных расстройств у больных терапевтического профиля. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2020; 82: 42–4.
- Wu Q.E., Zhou A.M., Han Y.P. et al. Poststroke depression and risk of recurrent stroke: A meta-analysis of prospective studies. Medicine (Baltimore). 2019; 98 (42): e17235. DOI: 10.1097/MD.00000000000017235
- Dong L., Williams L.S., Brown D.L. et al. Prevalence and Course of Depression During the First Year After Mild to Moderate Stroke. J Am Heart Assoc. 2021; 10 (13): e020494. DOI: 10.1161/JAHA.120.020494

References

- Gureeva I.L., Gomzyakova N.A., Sel'kin M.D. et al. Neuropsychological Changes in Patients with Acute Cerebrovascular Accident. Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology. 2017; 10 (4): 28–36 (in Russ.). DOI: 10.14529/jpsy170403
- Klimov A.V., Denisov E.N., Ivanova O.V. Arterial'naya gipertenziya i ee rasprostranennost' sredi naseleniya. Molodoi uchenyi. 2018; 50 (236): 86–90 (in Russ.).
- Tkachenko E., Plechikov B., Raevskaya A. et al. Current epidemiological features of risk factors for acute cerebrovascular accident in people of different ages. Врач. 2021; 32 (12): 63–68 (in Russ.). DOI: 10.29296/25877305-2021-12-10
- Damulina A.I., Kononov R.N., Kadykov A.S. Poststroke cognitive impairments. The Neurological Journal. 2015; 20 (1): 12–9 (in Russ.).
- Kadykov A.S., Shakharonova N.V., Belopasova A.V. et al. A neuroplasticity and functional restoration after stroke. Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation. 2019; 1 (2): 32–6 (in Russ.). DOI: 10.36425/2658-6843-19184
- Avsyankina E.V., Statnikova E.A., Sokhina V.S. Psycho-emotional and cognitive features of patients with brains stroke, depending on age. Universitetskaya klinika. 2016; 12 (1): 9–11 (in Russ.).
- Koberskaya N.N., Yashko N.N., Grdin V.N. et al. Influence of cardiovascular risk factors on pre-mild cognitive decline at middle and old age. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2021; 13 (1): 13–7 (in Russ.). DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-13-17
- Akiyemi R.O., Owolabi M.O., Ihara M. et al. Stroke, cerebrovascular diseases and vascular cognitive impairment in Africa. Brain Res Bull. 2019; 145: 97–108. DOI: 10.1016/j.brainresbull.2018.05.018
- Antitelko E.A., Erokhina M.N., Fatkina D.A. Post-stroke cognitive and emotional impairment: therapeutic management options. Nervous Diseases. 2020; 4: 58–63 (in Russ.). DOI: 10.24412/2226-0757-2020-12246
- Voronov S., Makarova E., Shumkina M. Hypertension and chronic kidney disease are higher risk factors for cognitive disorders. Врач. 2016; 12: 15–7 (in Russ.).
- Vakhina N.V. Diagnosis and treatment of cognitive impairment after stroke. Effektivnaya farmakoterapiya. 2019; 15 (34): 10–8 (in Russ.). DOI: 10.33978/2307-3586-2019-15-34-10-18
- Ungvari Z., Toth P., Tarantini S. et al. Hypertension-induced cognitive impairment: from pathophysiology to public health. Nat Rev Nephrol. 2021; 17 (10): 639–54. DOI: 10.1038/s41581-021-00430-6
- Vizilo T.L., Vizilo A.D. Non-dementia cognitive disorders: clinical aspects. Luchaschi. 2019; 5(5): 10 (in Russ.).
- Bogdanova T.A., Turusheva A.V., Frolova E.V. et al. Elderly patients with cognitive impairments on an ambulance care. Russian Family Doctor. 2021; 25 (2): 19–27 (in Russ.). DOI: 10.17816/RFD70198
- Kostenko E.V., Kravchenko V.G., Gorshkov D.V. Prognostic significance of comorbidities for functional outcome after stroke. Medical Journal of the Russian Federation. 2019; 25 (2): 76–81 (in Russ.). DOI: 10.18821/0869-2106-2019-25-2-76-81
- Dajpratham P., Pukritiyakamee P., Absariyasing W. et al. The validity and reliability of the PHQ-9 in screening for post-stroke depression. BMC Psychiatry. 2020; 20 (1): 291. DOI: 10.1186/s12888-020-02699-6

17. Lin F.H., Yih D.N., Shih F.M. et al. Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98 (44): e17667. DOI: 10.1097/MD.00000000000017667
18. Ezema C.I., Akusoba P.C., Nweke M.C. et al. Influence of Post-Stroke Depression on Functional Independence in Activities of Daily Living. *Ethiop J Health Sci*. 2019; 29 (1): 841–8. DOI: 10.4314/ejhs.v29i1.5
19. Rabi-Zikić T., Živanović Z., Đajić V. et al. Predictors of early-onset depression after first-ever stroke. *Acta Clin Croat*. 2020; 59 (1): 81–90. DOI: 10.20471/acc.2020.59.01.10
20. Dong L., Sánchez B.N., Skolarus L.E. et al. Sex difference in prevalence of depression after stroke. *Neurology*. 2020; 94 (19): e1973–e1983. DOI: 10.1212/WNL.00000000000009394
21. Schottke H., Gerke L., Dasing R. et al. Post-stroke depression and functional impairments – A 3-year prospective study. *Compr Psychiatry*. 2020; 99: 152171. DOI: 10.1016/j.comppsy.2020.152171
22. Bucciarelli V., Caterini A.L., Bianco F. et al. Depression and cardiovascular disease: The deep blue sea of women's heart. *Trends Cardiovasc Med*. 2020; 30 (3): 170–8. DOI: 10.1016/j.tcm.2019.05.001
23. Esina E.Y., Zulkova A.A., Ostroushko N.I. et al. Prevalence of non-dementative cognitive disorders in patients with a therapeutic profile. *Medical Scientific Bulletin of Central Chernozemnye*. 2020; 82: 42–4 (in Russ.).
24. Wu Q.E., Zhou A.M., Han Y.P. et al. Poststroke depression and risk of recurrent stroke: A meta-analysis of prospective studies. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98 (42): e17235. DOI: 10.1097/MD.00000000000017235
25. Dong L., Williams L.S., Brown D.L. et al. Prevalence and Course of Depression During the First Year After Mild to Moderate Stroke. *J Am Heart Assoc*. 2021; 10 (13): e020494. DOI: 10.1161/JAHA.120.020494

THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF HYPERTENSIVE PATIENTS WHO HAVE EXPERIENCED ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT

E. Kharkovskaya; Professor E. Esina, MD; Associate Professor Yu. Kotova, Candidate of Medical Sciences

N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Ministry of Health of Russia

Hypertension is a leading risk factor that contributes to disability in the population, for it is a direct source of vascular accidents. A high proportion of poststroke disorders are accounted for by cognitive impairment (CI) and psychoemotional sphere disorders.

Objective. To study the magnitude of CI and psychoemotional disorders in hypertensive outpatients who have undergone acute ischemic cerebrovascular accident (CVA).

Subjects and methods. The study involved 36 hypertensive patients (mean age 65.16±3.2 years), who were divided into 2 groups: 1) 12 patients with a history of acute CVA; 2) 24 patients without a history of acute CVA.

Results. Group 1 patients were found to have CI no dementia with a Mini-Mental State Examination (MMSE) score of 27.0 (27.0; 28.0); Group 2 patients did not have CI with a MMSE score of 30.0 (29.0; 30.0) ($p=0.000$). Geriatric depression was not detected in the examined groups. In Groups 1 and 2 patients, the geriatric depression scale total score was 4.0 (3.0; 5.0) and 0.0 (0.0; 1.0), respectively ($p=0.000$). Significant differences were found between the groups according to the scores of MMSE ($r=0.800$; $p<0.05$) and VAS ($r=0.600$; $p<0.05$). There were also significant differences between the groups on MMSE subscales, such as orientation in time and place ($r=0.337$; $p<0.05$), memorization ($r=0.337$; $p<0.05$), attention focusing and counting ($r=0.704$; $p<0.05$), speech functions ($r=0.786$; $p<0.05$), three-step command ($r=0.337$; $p<0.05$), and constructive praxis ($r=0.460$; $p<0.05$). The correlation between the groups on the geriatric depression scale was significantly negative ($r=-0.666$; $p<0.05$).

Conclusion. The introduction of screening scales for the identification of CI and depression in hypertensive patients in the practice of local physicians and general practitioners will be able to timely diagnose these disorders and to assist in drawing up rehabilitation programs.

Key words: cardiology, neurology, hypertension, psychoemotional state, cognitive impairment, elderly age.

For citation: Kharkovskaya E., Esina E., Kotova Yu. The psychoemotional status of hypertensive patients who have experienced acute cerebrovascular accident.

Vrach. 2022; 33 (9): 43–47. <https://doi.org/10.29296/25877305-2022-09-08>

Об авторах/About the authors: Esina E.Yu. ORCID: 0000-0001-7048-9428;

Kotova Yu.A. ORCID: 0000-0003-0236-2411