



УДК 616.831-005.1:616.89-008.434.5:616.89-008.454-07

М.А. КУТЛУБАЕВ¹, А.Ф. НАСРЕТДИНОВА², Л.К. ФАТКУЛЛИНА¹, В.А. ВОЕВОДИН¹, Л.Р. АХМАДЕЕВА²

¹Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132

²Башкирский государственный медицинский университет, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3

Депрессия у пациентов с постинсультной афазией: диагностика и клинические особенности

Кутлубаев Мансур Амирович — кандидат медицинских наук, врач-невролог неврологического отделения, тел. (347) 228-75-00, e-mail: mansur.kutlubayev@yahoo.com¹

Насретдинова Алия Фанутовна — врач-интерн кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики, тел. (347) 272-56-64, e-mail: omega2005_alia@mail.ru²

Фаткуллина Ленара Камилевна — логопед-афазиолог отделения восстановительной медицины и ранней нейрореабилитации, тел. (347) 273-46-24, e-mail: vladimir_v@mail.ru¹

Воеводин Владимир Александрович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением восстановительной медицины и ранней нейрореабилитации, тел. (347) 273-46-24, e-mail: vladimir_v@mail.ru¹

Ахмадеева Лейла Ринатовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики, тел. (347) 272-56-64, e-mail: la@ufaneuro.org²

Проведено исследование психометрических свойств русскоязычной версии госпитального варианта 10-компонентной инсультной афатической шкалы оценки депрессии (ИАШОД-10) у больных с выраженными постинсультными нарушениями речи, а также изучены клинические особенности депрессии у данной категории пациентов. Набирались больные в течение первого года после инсульта, страдающие выраженными нарушениями речи. Обследовано 48 человек. ИАШОД-10 показала хорошие психометрические свойства (альфа Кронбаха 0,8). Депрессия была выявлена у 63% пациентов (ИАШОД-10>6). Симптомы депрессии были более выражены у пациентов с комплексной моторной афазией, геморрагическими и повторными инсультами. Тяжесть депрессии коррелировала с выраженностью парезов в конечностях, тяжестью речевого дефицита. Госпитальный вариант ИАШОД-10 является перспективным психометрическим инструментом для диагностики депрессии у больных с афазией после инсульта. Риск развития депрессии у пациентов с постинсультной афазией связан с тяжестью как моторного, так и речевого дефицита.

Ключевые слова: инсульт, депрессия, афазия, диагностика, клинические особенности.

M.A. KUTLUBAYEV¹, A.F. NASRETDINOVA², L.K. FATKULLINA¹, V.A. VOYEVODIN¹, L.R. AKHMADEYEVA²

¹Republican Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov, 132 Dostoevskiy St., Ufa, Russian Federation 450005

²Bashkir State Medical University, 3 Lenin St., Ufa, Russian Federation 450000

Depression in patients with post-stroke aphasia: diagnosing and clinical features

Kutlubayev M.A. — Cand. Med. Sc., staff-neurologist, tel. (347) 228-75-00, e-mail: mansur.kutlubayev@yahoo.com¹

Nasretdinova A.F. — resident of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics, tel. (347) 272-56-64, e-mail: omega2005_alia@mail.ru²

Fatkullina L.K. — Speech Pathologist-aphasiology of the Department of Rehabilitation Medicine and Early Neurorehabilitation, tel. (347) 273-46-241, e-mail: vladimir_v@mail.ru¹

Voyevodin V.A. — Cand. Med. Sc., Head of the Department of Rehabilitation Medicine and Early Neurorehabilitation, tel. (347) 273-46-24, e-mail: vladimir_v@mail.ru¹

Akhmadeyeva L.R. — D. Med. Sc., Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics, tel. (347) 272-56-64, e-mail: la@ufaneuro.org²

We studied psychometric properties of the Russian version of Hospital variant of the 10-component Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10) in patients with prominent post-stroke speech disorders as well as clinical features of depression in this category of patients. The patients within 1 year after stroke were included. The total of 48 patients were investigated. SADQH-10 showed good psychometric properties (Cronbach-alpha 0,8). Depression was identified in 63% of patients (SADQH-10>6). Symptoms of depression were more prominent in patients with complex motor aphasia, hemorrhagic and recurrent strokes. The severity of depressive symptoms correlated with the degree of limb weakness and speech disorders. SADQH is a perspective tool for diagnosing depression in patients with post-stroke aphasia. The development of depression in stroke survivors with aphasia is associated with severity of both motor and speech deficits.

Key words: stroke, depression, aphasia, diagnosis, clinical features.

Депрессия — одно из наиболее частых последствий церебрального инсульта. В среднем у трети пациентов, перенесших инсульт, отмечаются клинически значимые симптомы депрессии [1]. По данным систематического обзора M.L. Hackett и C. Andersen, основными факторами риска по развитию постинсультной депрессии являются выраженность неврологического дефицита, степень физической инвалидизации и когнитивных нарушений [2]. Примечательно, что во всех исследованиях, которые были включены в упомянутый обзор, постинсультная афазия являлась критерием исключения [2]. Другими словами, приведенные данные актуальны для пациентов без речевых нарушений. В то же время афазия наблюдается у 20-38% пациентов после инсульта и может стать основной причиной развития депрессии [1]. Она ухудшает функциональные исходы, а также снижает качество жизни и повышает смертность после инсульта [2].

Диагностика депрессии основывается на данных, полученных в ходе беседы с пациентом. Для скрининга на наличие депрессии широко применяются специальные шкалы [3]. Однако их использование невозможно у пациентов с нарушениями речи [4]. Одним из методов оценки настроения у пациентов с афазией является применение наблюдательных шкал. При их использовании психологическое состояние пациента оценивают его близкие по различным косвенным признакам [4]. Оригинальная (англоязычная) версия госпитального варианта инсультной афатической шкалы оценки депрессии — 10 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10, ИАШОД-10) является чувствительным (100%) и специфичным (78%) методом скрининга на наличие депрессии у больных после инсульта [4]. В настоящее время существует ограниченное число подобных методик на русском языке.

Коррекция депрессивных нарушений проводится с помощью антидепрессантов, а также психотерапии и является важным аспектом реабилитации больных после инсультов. В настоящее время активно исследуется вопрос о роли антидепрессантов в восстановлении постинсультного двигательного и когнитивного дефицита [5].

Цель исследования — оценка психометрических свойств русскоязычной версии госпитального варианта ИАШОД-10 у больных с выраженными постинсультными нарушениями речи и изучение клинических особенностей депрессии у данной категории пациентов.

Методы

Работа проводилась на базе отделения нейрореабилитации многопрофильной больницы города Уфы. Набирались пациенты в течение года после церебрального инсульта с выраженными нарушени-

ями речи, которые препятствовали контакту с пациентом. Критерии исключения: субарахноидальное кровоизлияние без формирования внутримозговой гематомы, отсутствие ухаживающих, которые могли бы дать информацию о пациенте.

Для выявления депрессии использовалась русскоязычная версия госпитального варианта ИАШОД-10 [5]. Проведена стандартная процедура [6] прямого и обратного перевода данного опросника. В итоге была разработана финальная версия, которая включала формулировки вопросов, в наибольшей степени соответствующих оригиналу.

Госпитальный вариант ИАШОД-10 состоит из 10 вопросов (табл. 1), на которые предлагается один из четырех вариантов ответа, относительно частоты встречаемости симптомов: Никогда, Редко (1-4 дня в неделю), Иногда (5 дней в неделю), Часто (каждый день). Максимальное значение — 30 баллов; чем выше балл, тем выше вероятность депрессии. О наличии симптомов депрессии говорили при значении по госпитальному варианту ИАШОД-10 более 6 баллов. Оценка депрессии у пациентов проводилась с помощью их ухаживающих (как правило, близких родственников) [5, 7].

Тип и степень нарушений речи оценивались логопедом-афазиологом. Дополнительно регистрировались демографические данные пациентов, оценивалась степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина (mRs) и сила в паретичных конечностях по стандартной 5-балльной шкале (от 0 — плегия до 5 — нормальная сила).

Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 21. В связи с небольшим числом пациентов в выборке использовались методы непараметрической статистики. Данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха. Надежность опросника оценивалась с помощью альфы Кронбаха, значение которой отражает внутреннюю согласованность психометрического инструмента [8]. Для выявления внутренней структуры методики был проведен разведочный факторный анализ. Для определения числа факторов использовался критерий собственных значений (критерий Кайзера). Отбирались только факторы с собственными значениями равными или большими 1. Это означает, что если фактор не выделял дисперсию, эквивалентную, по крайней мере, дисперсии одной переменной, то он опускался. Возможную взаимосвязь между тяжестью депрессии и клиническими данными оценивали с помощью корреляционный анализ Спирмена [9].

Результаты

Обследованы 48 пациентов с левополушарными инсультами, возраст — медиана 58 лет (межквартильный размах 46-65), мужчин — 38, женщин — 10, с ишемическими инсультами — 40, с геморра-



Таблица 1.
Русскоязычная версия госпитального варианта инсультной афатической шкалы оценки депрессии — 10

Вопрос	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1. Бывают ли у него/нее приступы громкого плача?	3	2	1	0
2. Бывают ли у него/нее беспокойные ночи?	3	2	1	0
3. Избегает ли он/она зрительного контакта во время разговора?	3	2	1	0
4. Может ли он/она неожиданно расплакаться?	3	2	1	0
5. Указывал ли он/она на то, что его/ее беспокоят боли?	3	2	1	0
6. Бывало ли так, что он/она начинает сердиться?	3	2	1	0
7. Отказывался ли он/она от участия в различных общественных мероприятиях?	3	2	1	0
8. Бывало ли, что он/она сидит без дела?	3	2	1	0
9. Находит ли он/она для себя занятия в течение дня?	3	2	1	0
10. Бывало ли, что он/она становился(ась) беспокойным(ой) и суетливым(ой)?	3	2	1	0

гическими — 8 человек, степень инвалидизации по mRs — 3 (2-4) балла, депрессия по ИАШОД-10 — 19 (10,5-23) баллов. У пациентов наблюдались следующие типы нарушений речи: 42% — комплексная моторная афазия, 23% — афферентная или эфферентная моторная афазия, 22,5% — сочетание комплексной моторной и сенсорной афазии, 8% — акустико-мнестическая афазия, 4,5% — сенсорная афазия.

Надежность опросника оценивалась по показателю его внутренней согласованности — «альфа Кронбаха», значение которого составило 0,8. Психометрические свойства опросника считаются хорошими при альфе Кронбаха 0,7-1 (максимальное значение — 1) [8].

В структуре опросника было выявлено четыре главных компонента, собственные значения (критерий Кайзера) которых были ≥ 1 и составили 3,4; 1,7; 1,2 и 1,0 соответственно. Другими словами, данный опросник оценивал 4 аспекта депрессии. Они вместе объясняли 72% вариабельности (т.е. разброса данных) по опроснику. По наличию наиболее сильной корреляции с каждым фактором все вопросы были разделены на 4 группы соответственно. Первый фактор объяснял 33,8% вариабельности и коррелировал с пятью вопросами (1, 2, 4, 8, 10). Этот фактор был связан с эмоциональной лабильностью и симптомами повышенной тревожности. Второй фактор объяснял 16,3% вариабельности и был связан с болью и избеганием зрительного контакта. Он коррелировал с 3 вопросами (3, 5, 6). Третий фактор объяснял 11,8% вариабельности и был связан с апатией. Он коррелировал с вопросом 9. Четвертый фактор объяснял 10,3% вариабельности и коррелировал с вопросом 7. Он был связан с социальной изоляцией.

С помощью госпитального варианта ИАШОД-10 депрессия была выявлена у 30 больных (63%). У мужчин депрессивные симптомы были более выражены, чем у женщин (18,5 (2,5-23) и 3 (2-9); $p=0,006$). Симптомы депрессии также были более выражены у пациентов с геморрагическими инсультами (18,5 (18-20,5)), чем у пациентов с ишемиче-

скими инсультами (11 (3-21); $p=0,017$), у пациентов с повторными инсультами (18,5 (3-19)) по сравнению с пациентами с первыми инсультами (9,5 (11-24,75); $p=0,029$). Симптомы депрессии были наиболее выражены у пациентов с комплексной моторной афазией (13,5 (3,75-21,75)), в меньшей степени — у пациентов с афферентной или эфферентной моторной афазией (7 (2,25-18,5)) и сенсорной афазией (1 (0,5-6); $p=0,015$). Выраженность депрессии по госпитальному варианту ИАШОД-10 не отличалась у пациентов с различным семейным положением ($p=0,38$).

С помощью корреляционного анализа мы выявили умеренно сильную прямую связь между выраженностью депрессии и степенью пареза в руке ($r=0,6$; $p=0,008$) и в ноге ($r=0,5$; $p=0,007$), а также слабую прямую связь с тяжестью речевого дефицита ($r=0,3$; $p=0,05$).

Обсуждение

По нашим данным, русскоязычная версия госпитального варианта ИАШОД-10 обладает хорошими психометрическими свойствами (альфа Кронбаха 0,8) и после дополнительной апробации на большей выборке пациентов может быть рекомендована для рутинного применения в клинической практике. Использование данного опросника занимает не более 5-6 минут и подразумевает общение с близким пациента.

С помощью госпитального варианта ИАШОД-10 депрессия была выявлена у 30 (63%) из 48 пациентов с постинсультной афазией. Этот показатель соответствует данным зарубежных авторов, в частности в исследовании M.L. Kauhanen и соавт. частота депрессии у пациентов с афазией через 3 месяца после инсульта достигала 70% [10].

Симптомы депрессии были более выражены у мужчин, чем у женщин, что можно объяснить преобладанием в нашей выборке мужчин. Симптомы депрессии были более значимы у пациентов с повторными и геморрагическими инсультами. Это, вероятно, связано с тем, что названные формы острых нарушений мозгового кровообращения, как прави-

ло, протекают тяжелее, чем первые и ишемические инсульты. Выраженность симптомов депрессии была связана со степенью парезов конечностей. Это указывает на возможно реактивный характер развития постинсультной депрессии — в ответ на ограничение функциональных возможностей. Наши результаты согласуются с ранее опубликованными данными о взаимосвязи между развитием постинсультной депрессии и тяжестью неврологического дефицита у пациентов без выраженных речевых нарушений [2].

Симптомы депрессии были наиболее выражены у пациентов с комплексной моторной афазией, в меньшей степени — при изолированной эфферентной или афферентной моторной афазии, а в еще меньшей степени — при сенсорной афазии. Вероятно, это объясняется тем, что комплексная моторная афазия представляет собой наиболее тяжелую из форм, при которых сохранено понимание речи, но нарушена способность общаться с помощью речи. Эти данные подтверждаются результатами корреляционного анализа, согласно которым тяжесть речевых нарушений связана с выраженностью симптомов депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скворцова В.И., Концевой В.А., Петрова Е.А., Савина М.А. Депрессия и парадепрессивные расстройства при церебральном инсульте: эпидемиология, патогенез и факторы риска // Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — № 109. — С. 4-10.
2. Hackett M.L., Anderson C.S. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies // Stroke. — 2005. — 36. — P. 2296-301.
3. Meader N., Moe-Byrne T., Llewellyn A., Mitchell A.J. Screening for poststroke major depression: a meta-analysis of diagnostic validity studies // J Neurol Neurosurg Psychiatry. — 2014 — Vol. 85. — P. 198-206.
4. Copley C.S., Thomas S.A., Lincoln N.B., Walker M.F. The assessment of low mood in stroke patients with aphasia: reliability and validity of the 10-item Hospital version of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10) // Clin Rehabil. — 2012. — Vol. 26. — P. 372-81.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что пациенты с тяжелым неврологическим дефицитом (речевым и моторным) находятся в группе наибольшего риска по развитию депрессии и должны проходить прицельный скрининг на наличие аффективных расстройств. У данной категории пациентов также будет наиболее оправдано использование методов профилактики депрессии после инсульта, которые в настоящее время находятся на стадии разработки [11].

Выводы

Таким образом, русскоязычная версия госпитального варианта ИАШОД-10 является перспективным психометрическим инструментом для диагностики депрессии у больных с афазией после инсульта. Риск развития депрессии у пациентов с постинсультными афазиями связан с тяжестью как моторного, так и речевого дефицита. Своевременное выявление и коррекция депрессивных расстройств у больных, перенесших инсульт и страдающих афазией, являются важным условием для успешной реабилитации данной категории больных.

5. Mead G.E., Hsieh C.-F., Lee R. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for stroke recovery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.:CD009286. DOI: 10.1002/14651858.CD009286.
6. Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures // Spine. — 2000. — Vol. 25. — P. 3186-91.
7. Hacker V.L., Stark D., Thomas S. Validation of the stroke aphasic depression questionnaire using the brief assessment schedule depression cards in an acute stroke sample // Br J Clin Psychol. — 2010. — Vol. 49 (Pt 1). — P. 123-7.
8. Cronbach L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests // Psychometrika. — 1951. — Vol. 16. — P. 297-334.
9. Орлов А. И. Прикладная статистика. Учебник. — М.: Экзамен, 2006. — 671 с.
10. Kauhanen M.L., Korpelainen J.T., Hiltunen et al. Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke // Cerebrovasc Dis. — 2000. — Vol. 10. — P. 455-61.
11. Ramasubbu R. Therapy for prevention of post-stroke depression // Expert Opin Pharmacother. — 2011. — Vol. 12. — P. 2177-87.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

АНАЛИЗ СПЕРМЫ ПОМОЖЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ РАК ПРОСТАТЫ

Присутствие определенных молекул в семенной жидкости может помочь в диагностике рака простаты и оценке тяжести опухолевого процесса, пришли к выводу ученые в своем новом исследовании, опубликованном в журнале *Endocrine-Related Cancer*. Рак предстательной железы диагностируется с помощью теста простатического специфического антигена (ПСА). Однако тест очень чувствителен и не является высокоспецифичным для рака простаты, что может привести к неточному диагнозу и ненужным процедурам.

В своей работе команда специалистов из Университета Аделаиды в Австралии изучала образцы семенной жидкости 60 мужчин. В результате было установлено, что повышенные уровни малых молекул, часто называемых микро-РНК, могли точно выявить рак простаты и даже определить класс опухоли. При этом некоторые виды этих микро-РНК были патогномичными признаками рака простаты.

Присутствие микро-РНК позволило более точно дифференцировать злокачественные формы рака от доброкачественных опухолей простаты. Более того, удалось выяснить, что уровень биомаркера микроРНК-200b определяет степень тяжести опухолевого процесса.

Источник: Medlinks.ru