



Оценка уровня астенизации, аффективных нарушений и качества жизни у пациентов с цереброваскулярной патологией

А.И. Раевская✉, А.С. Лизунова, С.А. Титоренко, В.В. Титоренко, И.А. Вышлова, С.М. Карпов

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

✉nastya_raevskaya96@mail.ru

Аннотация

Астенизация и аффективные нарушения являются наиболее распространенными последствиями как острых, так и хронических цереброваскулярных заболеваний.

Цель. Оценить выраженность астении, аффективных нарушений и показатели качества жизни у пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью в зависимости от наличия или отсутствия в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы. В исследование включены 54 пациента с диагнозом «хроническая цереброваскулярная недостаточность». Использовались шкала депрессии Бека, шкала личностной и ситуационной тревоги Спилбергера–Ханина, шкала MFI-20, опросник SF-36. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.1.7.

Результаты. Пациенты с перенесенным ОНМК чаще страдали тяжелой формой депрессии (32,1%) и имели повышенный уровень личностной тревожности (71,4%), наблюдались более высокий уровень астении и физическое истощение, проявляющиеся снижением активности и мотивации. Физическая активность, социальное взаимодействие и эмоциональное самочувствие были значительно ниже по сравнению с пациентами без эпизодов ОНМК.

Заключение. Перенесенный инсульт негативно влияет на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов с хроническими цереброваскулярными заболеваниями. Необходимы ранний скрининг и комплексная реабилитация для улучшения прогноза и повышения эффективности лечения.

Ключевые слова: астения, тревога, депрессия, качество жизни, цереброваскулярные заболевания, инсульт.

Для цитирования: Раевская А.И., Лизунова А.С., Титоренко С.А., Титоренко В.В., Вышлова И.А., Карпов С.М. Оценка уровня астенизации, аффективных нарушений и качества жизни у пациентов с цереброваскулярной патологией. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (8): 12–15. DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00p4573

Assessment of the level of asthenization, affective disorders and quality of life in patients with cerebrovascular pathology

Anastasia I. Raevskaya✉, Alina S. Lizunova, Sofia A. Titorenko, Vladislav V. Titorenko, Irina A. Vyshlova, Sergey M. Karpov

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

✉nastya_raevskaya96@mail.ru

Abstract

Asthenia and affective disorders are the most common consequences of both acute and chronic cerebrovascular diseases.

Aim. To assess the severity of asthenia, affective disorders and quality of life indicators in patients with chronic cerebrovascular insufficiency depending on the presence or absence of a history of acute cerebrovascular accident.

Materials and methods. The study included 54 patients diagnosed with chronic cerebrovascular insufficiency. The following questionnaires were used: the Beck Depression Inventory, the Spielberger–Hanin Trait Anxiety Inventory, the MFI-20 scale, and the SF-36 questionnaire. Statistical analysis was performed using StatTech v. 4.1.7.

Results. Patients with a history of stroke more often suffered from severe depression (32.1%) and had an increased level of personal anxiety (71.4%), a higher level of asthenia and physical exhaustion, manifested by a decrease in activity and motivation, were observed; physical activity, social interaction and emotional well-being were significantly lower compared to patients without episodes of stroke.

Conclusion. Stroke negatively impacts the psychoemotional state and quality of life of patients with chronic cerebrovascular diseases. Early screening and comprehensive rehabilitation are essential to improve prognosis and enhance treatment effectiveness.

Keywords: asthenia, anxiety, depression, quality of life, cerebrovascular diseases, stroke.

For citation: Raevskaya A.I., Lizunova A.S., Titorenko S.A., Titorenko V.V., Vyshlova I.A., Karpov S.M. Assessment of the level of asthenization, affective disorders and quality of life in patients with cerebrovascular pathology. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (8): 12–15 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00p4573

Введение

Оценка уровня астенизации, аффективных нарушений и качества жизни (КЖ) является важным аспектом комплексного подхода к ведению пациентов с цереброваскулярной патологией (ЦВП) [1–3]. Эти состояния часто сопровождаются выраженными психоэмоциональными расстройствами, снижением рабо-

тоспособности и ухудшением общего самочувствия, что существенно влияет на повседневную активность и социальную адаптацию больных [1, 4, 5]. Несмотря на значительные достижения современной медицины в диагностике и лечении сосудистых заболеваний головного мозга, проблема комплексной оценки функционального статуса и психологического благо-

получия остается актуальной и требует дальнейшего изучения [6–8].

Цель – оценить и сравнить уровень астенизации, выраженность аффективных нарушений (тревоги и депрессии) и показатели КЖ у пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью в зависимости от наличия или отсутствия в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы

Проведен обзор литературных источников на русском и английском языках, использованы базы данных РИНЦ, PubMed. В клиническое исследование включены 54 пациента с диагнозом «хроническая цереброваскулярная недостаточность», женщин – 40 (74,1%), мужчин – 14 (25,9%), средний возраст $64,43 \pm 7,28$ года. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу ($n=28$) вошли пациенты, имеющие в анамнезе ОНМК, из них женщин 19 (67,9%), мужчин 9 (32,1%), средний возраст $63,14 \pm 7,25$ года. В 100% случаев пациенты перенесли ишемический инсульт в зоне кровоснабжения левой средней мозговой артерии. Среднее количество лет после перенесенного ишемического инсульта составило $4,82 \pm 2,04$. Вторая группа ($n=26$) – пациенты без ОНМК в анамнезе, женщин 21 (80,8%), мужчин 5 (19,2%), средний возраст $65,81 \pm 7,18$ года.

В каждой группе оценивали степень выраженности аффективных нарушений по шкале депрессии Бека и шкале личностной и ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина. Уровень астенизации оценивался по шкале MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory). Нарушение КЖ пациентов оценивалось с помощью опросника SF-36 (Short Form-36). Группы были сопоставимы по возрасту и полу, что позволило проводить их сравнительную оценку.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.1.7. Количественные показатели, выборочное распределение которых соответствовало нормальному, описывались с помощью средних арифметических величин (М) и стандартных отклонений (SD). Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Среди пациентов 1-й группы в 78,6% случаев ($n=22$) выявлено наличие депрессии, 2-й – в 57,7% ($n=15$), $p=0,119$. Не отмечено статистически значимых различий ($p=0,053$) выраженности депрессии по шкале Бека в исследуемых группах: средний балл в 1-й группе составил $22,50 \pm 15,80$, 2-й – $14,96 \pm 11,98$.

Структура депрессии у пациентов исследуемых групп представлена в табл. 1.

Из представленной таблицы можно сделать вывод о том, что у пациентов с ОНМК преобладала тяжелая депрессия – 32,1% (9 пациентов), тогда как у большинства пациентов без ОНМК депрессия отсутствовала – 42,3% (11 пациентов).

Таблица 1. Структура депрессии по шкале Бека в исследуемых группах
Table 1. Structure of depression according to the Beck scale in the examined groups

Категории	Группа 1	Группа 2
Отсутствие депрессии	6 (21,4%)	11 (42,3%)
Субдепрессия	7 (25,0%)	7 (26,9%)
Выраженная депрессия	6 (21,4%)	6 (23,1%)
Тяжелая депрессия	9 (32,1%)	2 (7,7%)

Таблица 2. Структура уровня тревожности по шкале Спилбергера–Ханина в исследуемых группах
Table 2. Structure of anxiety levels according to the Spielberger–Hanin scale in the examined groups

Показатель	Категория	Группа 1	Группа 2
СТ	Низкий уровень (20–30 баллов)	1 (3,6%)	2 (7,7%)
	Средний уровень (31–44 балла)	15 (53,6%)	13 (50,0%)
	Высокий уровень (более 45 баллов)	12 (42,9%)	11 (42,3%)
ЛТ	Низкий уровень (20–30 баллов)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Средний уровень (31–44 балла)	8 (28,6%)	12 (46,2%)
	Высокий уровень (более 45 баллов)	20 (71,4%)	14 (53,8%)

Средний балл ситуационной тревожности (СТ) в группе с ОНМК составил $42,00 \pm 5,88$ балла, в группе без ОНМК – $40,73 \pm 7,75$ балла ($p=0,499$). Аналогичная тенденция наблюдается для личностной тревожности (ЛТ): в группе с ОНМК средний балл достиг $47,43 \pm 8,20$, тогда как в группе без ОНМК – $44,54 \pm 7,99$ балла ($p=0,196$). Это позволяет сделать вывод об отсутствии статистически значимых различий в уровнях СТ и ЛТ между пациентами, перенесшими ОНМК, и пациентами без ОНМК в анамнезе.

Структура уровня тревожности по шкале Спилбергера–Ханина у пациентов исследуемых групп представлена в табл. 2.

В обеих группах преобладали пациенты с умеренным уровнем СТ (53,6% в группе с ОНМК и 50,0% без ОНМК), а также отмечалась сопоставимая доля лиц с высокой тревожностью (42,9 и 42,3% соответственно).

При анализе ЛТ также не выявлено статистически значимых межгрупповых различий ($p=0,260$), однако наблюдалась клинически важная тенденция: в группе пациентов с перенесенным ОНМК достоверно преобладал высокий уровень ЛТ (71,4% против 53,8% в группе без ОНМК), тогда как в группе без ОНМК чаще встречался умеренный (46,2% против 28,6% в группе с ОНМК). Полученные данные свидетельствуют о том, что перенесенное ОНМК может способствовать формированию более стойких личностных тревожных характеристик, даже при отсутствии статистически значимых различий по текущей ситуативной тревоге.

Таблица 3. Показатели астении по данным MFI-20 в обследуемых группах (баллы)
Table 3. Asthenia indicators according to MFI-20 in the examined groups

Показатели	Группа 1, M±SD	Группа 2, M±SD
Общий балл	67,00±20,44	53,15±13,86
Общая астения	14,11±4,22*	11,31±3,41
Пониженная активность	14,07±3,89*	10,15±3,00
Снижение мотивации	13,39±4,26*	10,77±3,84
Физическая астения	12,39±4,95*	9,54±4,19
Психическая астения	13,32±4,85	11,38±3,19

* $p < 0,05$ – различия статистически значимы по сравнению с контрольной группой.

Таблица 4. Уровень КЖ по шкале SF-36 в обследуемых группах (баллы)
Table 4. Structure of quality-of-life impairment according to SF-36 data in the surveyed groups

Показатели, балл	Группа 1, M±SD	Группа 2, M±SD
Физическое функционирование	46,25±39,15*	76,15±28,30
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	26,79±33,97*	80,77±24,81
Интенсивность боли	48,36±26,49*	78,46±16,91
Общее состояние здоровья	42,57±21,35*	74,69±19,98
Жизненная активность	38,57±20,54*	70,77±17,42
Социальное функционирование	53,88±28,21*	90,91±18,51
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	28,57±38,23*	74,38±31,74
Психическое здоровье	43,00±20,53*	77,23±16,70

* $p < 0,05$ – различия статистически значимы по сравнению со 2-й группой.

Структура уровня астении по данным MFI-20 у пациентов обследуемых групп представлена в табл. 3.

Во всех доменах опросника MFI-20, за исключением психической астении, у пациентов с ОНМК отмечались достоверно более высокие баллы ($p < 0,05$). Наиболее выраженные различия выявлены в показателях пониженной активности (14,07±3,89 против 10,15±3,00; $p \leq 0,001$) и общего балла астении (67,00±20,44 против 53,15±13,86; $p = 0,006$). Кроме того, установлено, что у пациентов с ОНМК в анамнезе преобладает общая астения (14,11±4,22 балла), тогда как у пациентов без ОНМК в структуре астенических расстройств доминирует психическая астения (11,38±3,19 балла), хотя различия по последнему показателю не достигли статистической значимости ($p = 0,087$). Полученные данные свидетельствуют о тотальном характере астенических расстройств у пациентов, перенесших ОНМК, с максимальным воздействием на параметры общей активности и мотивации.

Структура уровня КЖ по шкале SF-36 у пациентов обследуемых групп представлена в табл. 4.

Согласно представленным данным, можно сделать вывод о наличии статистически значимых различий ($p < 0,001$) по всем показателям КЖ между группой па-

циентов, перенесших ОНМК, и группой пациентов без него. Наиболее выраженные различия наблюдались в сферах ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (26,79 против 80,77 балла), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (28,57 против 74,38 балла), а также социального функционирования (53,88 против 90,91 балла). Кроме того, выявлено, что наличие в анамнезе ОНМК ассоциировано с существенно более низкими оценками как физического компонента здоровья, включая общее состояние здоровья (42,57 против 74,69 балла) и жизненную активность (38,57 против 70,77 балла), так и психического компонента, в частности психического здоровья (43,00 против 77,23 балла). Полученные результаты свидетельствуют о комплексном негативном влиянии перенесенного ОНМК на все аспекты КЖ пациентов с ЦВП.

Обсуждение

Астенический синдром является одним из наиболее распространенных последствий ЦВП [7, 9, 10]. Выявлены статистически значимые различия в показателях астении между группами пациентов с ОНМК и без него. Особенно выраженные различия наблюдались в показателях пониженной активности (14,07±3,89 против 10,15±3,00; $p \leq 0,001$), что соответствует данным о преобладании физического компонента в структуре астении у пациентов после инсульта [6, 11].

В отношении аффективных нарушений литературные данные свидетельствуют о высокой распространенности депрессии после инсульта – около 30% случаев [8, 12, 13]. В исследовании депрессия выявлена у 90% пациентов с ОНМК в анамнезе, причем тяжелая депрессия преобладала (32,1% против 7,7% в группе без ОНМК). Это расхождение может быть объяснено особенностями выборки и методами оценки депрессивной симптоматики [1, 3, 14].

Интересно отметить, что в нашем исследовании не выявлено статистически значимых различий в уровнях СТ и ЛТ между группами, что несколько противоречит данным Н. Naess и соавт. (2017), которые указывали на высокую коморбидность тревожных расстройств и астении у постинсультных пациентов [4, 9, 15]. Однако выявленная нами тенденция к преобладанию высокого уровня ЛТ в группе с ОНМК (71,4% против 53,8%) согласуется с представлением о формировании стойких тревожных расстройств после перенесенного ОНМК [16, 17].

Особого внимания заслуживает выявленное снижение КЖ по всем доменам опросника SF-36 у пациентов с перенесенным ОНМК. Наиболее выраженные нарушения отмечались в сферах ролевого функционирования, что соответствует данным о значительном ухудшении социальной адаптации после инсульта [18]. Полученные результаты по шкалам влияния физического состояния на ролевое функционирование (26,79 против 80,77 балла) и влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование (28,57 против 74,38 балла) демонстрируют более выраженное снижение КЖ по

сравнению с данными, представленными в литературе [16].

Выявленная в исследовании тесная взаимосвязь между перенесенным ОНМК и развитием выраженных астенических и аффективных нарушений подчеркивает необходимость комплексного подхода к реабилитации таких пациентов, включающего не только восстановление двигательного дефицита, но и коррекцию психоэмоционального состояния.

Таким образом, результаты исследования согласуются с современными представлениями о высокой распространенности астении и аффективных нарушений у пациентов с ЦВП, но также выявляют некоторые особенности, требующие дальнейшего изучения и учета при разработке реабилитационных программ.

Заключение

Перенесенный ОНМК ассоциирован с более тяжелыми проявлениями астении, депрессии и значительным снижением КЖ по сравнению с хронической церебро-

васкулярной недостаточностью без острых цереброваскулярных событий в анамнезе. Полученные данные подчеркивают необходимость включения оценки психоэмоционального статуса и КЖ в комплексные программы ведения и реабилитации данной категории пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Финансирование. Исследование выполнено без финансовой поддержки.

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Этическое утверждение. Авторское исследование проводилось при добровольном информированном согласии пациента.

Ethics approval. The author's study was conducted with the voluntary informed consent of the patient.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Раевская Анастасия Игоревна – ассистентка каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СтавроГМУ. E-mail: nastya_raevskaya96@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4084-3307

Лизунова Алина Сергеевна – студентка ФГБОУ ВО СтавроГМУ. E-mail: alya00-03@mail.ru; ORCID: 0009-0000-4158-5277

Титоренко Софья Алексеевна – студентка ФГБОУ ВО СтавроГМУ. E-mail: ivanisova2002@inbox.ru; ORCID: 0009-0007-9029-3853

Титоренко Владислав Владимирович – студент ФГБОУ ВО СтавроГМУ. E-mail: vladtitorenko2@gmail.com; ORCID: 0009-0008-1902-2900

Вышлова Ирина Андреевна – д-р мед. наук, проф. каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СтавроГМУ. E-mail: irisha2801@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-9187-8481

Карпов Сергей Михайлович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СтавроГМУ. E-mail: karpov25@rambler.ru; ORCID: 0000-0003-1472-6024

Поступила в редакцию: 28.01.2026

Поступила после рецензирования: 11.02.2026

Принята к публикации: 26.02.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Anastasia I. Raevskaya – Assistant, Stavropol State Medical University. E-mail: nastya_raevskaya96@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4084-3307

Alina S. Lizunova – Student, Stavropol State Medical University. E-mail: alya00-03@mail.ru; ORCID: 0009-0000-4158-5277

Sofia A. Titorenko – Student, Stavropol State Medical University. E-mail: ivanisova2002@inbox.ru; ORCID: 0009-0007-9029-3853

Vladislav V. Titorenko – Student, Stavropol State Medical University. E-mail: vladtitorenko2@gmail.com; ORCID: 0009-0008-1902-2900

Irina A. Vyshlova – Dr. Sci. (Med.), Professor, Stavropol State Medical University. E-mail: irisha2801@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-9187-8481

Sergey M. Karpov – Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department, Stavropol State Medical University. E-mail: karpov25@rambler.ru; ORCID: 0000-0003-1472-6024

Received: 28.01.2026

Revised: 11.02.2026

Accepted: 26.02.2026