

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.831-005.1-036.868-07:616.89-008.46/48

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Л. Ш. Амирахова

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера, г. Пермь, Россия

PATIENTS' QUALITY OF LIFE AND COGNITIVE STATUS DURING PERIOD OF REHABILITATION AFTER INSULT

L. Sh. Amirakbova

Perm State Academy of Medicine named after Academician E.A. Wagner, Perm, Russia

Цель. Изучить качество жизни и количественное содержание фактора роста нервов (ФРН) в периферической крови пациентов в восстановительном периоде первого ишемического инсульта.

Материалы и методы. Предпринято комплексное исследование качества жизни с помощью опросника MOS SF-36 и количественного содержания фактора роста нервов у 70 больных, перенесших первый ишемический инсульт (31 женщина и 39 мужчин) в возрасте 40–74 лет.

Результаты. У пациентов в восстановительном периоде первого ишемического инсульта определено статистически значимое снижение показателей когнитивного, эмоционального статуса, наличие физической и психической астении, что существенно снижает качество жизни и замедляет процесс реадaptации. Выявлено значительное снижение количественного содержания ФРН до $140,77 \pm 43,5$ нг/мл по сравнению с группой здоровых лиц ($1176,5 \pm 228,25$ нг/мл, $p < 0,01$).

Выводы. В процессе восстановительного лечения необходимо учитывать наличие у пациентов когнитивных и эмоциональных нарушений, значительно снижающих реабилитационный потенциал, и своевременно их корригировать.

Ключевые слова. Ишемический инсульт, качество жизни, фактор роста нервов.

Aim. To study the quality of life in patients during rehabilitation period after the first ischemic insult, to assess their physical abilities, psychological status using questionnaire MOS SF-36.

Materials and methods. Complex examination of 70 patients after the first ischemic insult (31 women and 39 men) aged 40-74 was carried out.

Results. Statistically significant decrease in cognitive and emotional status, presence of physical and mental asthenia in patients during rehabilitation period after the first ischemic insult was detected that essentially lowers quality of life and delays rehabilitation process.

Conclusion. During rehabilitation treatment, it is necessary to take into account presence of cognitive and emotional disorders significantly reducing rehabilitation potential and to correct them in time.

Key words. Ischemic insult, quality of life.

© Амирахова Л. Ш., 2013

e-mail: amirahova.larisa@yandex.ru

тел. 8 (3412) 90 96 54

[Амирахова Л. Ш. – аспирант кафедры неврологии лечебного факультета им. проф. В. П. Первухина, заведующая отделением неврологии].

ВВЕДЕНИЕ

В России церебральные инсульты занимают второе место (21,4%) в структуре общей смертности людей после ишемической болезни сердца (25,7%), причем показатель смертности от цереброваскулярных заболеваний в России постоянно увеличивается и является одним из самых высоких в мире. По данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом в Российской Федерации, постинсультная инвалидизация составляет в настоящее время 92%, 76% приходится на долю тяжелой инвалидизации [4, 5, 11]. Когнитивные и эмоциональные нарушения являются одним из наиболее частых проявлений сосудистых заболеваний головного мозга. Характерной особенностью сосудистых когнитивных нарушений является доминирование в их структуре нарушений регуляторных управляющих функций, обеспечиваемых взаимодействием корково-подкорковых структур [6, 9, 10]. Во время восстановительного периода инсульта в мозге одновременно происходят апоптотические и репаративные сдвиги. Механизмы апоптоза в нейронах инициируются многими сигнальными механизмами. Одновременно происходит образование эндогенных нейротрофических факторов – мозгового нейротрофического фактора (МНФ), фактора роста нервов (ФРН) (в англоязычной литературе: brain-derived neurotrophic factor (BDNF) и nerve growth factor (NGF)). Нейротрофины – регуляторные белки, которые синтезируются в нейронах и глии, действуют локально в месте высвобождения и обуславливают пластичность нейрональной ткани и восстановление нарушенных неврологических функций [2, 3, 14].

Патогенетическая основа формирования психоэмоциональных расстройств после инсульта не однозначна. Помимо поражения глубинных церебральных структур и возникновения феномена разобщения

с вторичной дисфункцией лобных отделов головного мозга в патогенезе эмоционально-когнитивных нарушений несомненную роль играют инфаркты мозга корковой локализации [1]. Наряду с биологическими предпосылками депрессии при лобной дисфункции несомненную роль играют также психогенные факторы. Безусловно, переживание своей нарастающей интеллектуальной и, как правило, двигательной неспособности вносит вклад в формирование депрессивных расстройств и снижение качества жизни пациентов после инсульта [13]. Качество жизни, как интегральный показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанный на его субъективной оценке, является важным инструментом, связанным с антропоцентрическим подходом в медицинской практике [8]. В последние годы изучение качества жизни все чаще становится предметом клинических исследований в силу более адекватной оценки состояния здоровья пациентов и эффективности применяемых методов лечения [7]. Задачи восстановления после инсульта ориентированы на улучшение качества жизни, в частности, физического состояния, психологической, социальной и бытовой реадaptации [12, 16].

Целью нашего исследования стало изучение качества жизни и количественного содержания фактора роста нервов в периферической крови пациентов, оценка их физических возможностей, психологического состояния в восстановительном периоде первого ишемического инсульта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследовано 70 больных, перенесших первый ишемический инсульт (31 женщина и 39 мужчин) в возрасте 40–74 лет (средний возраст – 59 лет). У 29 человек (41,4%) имела место левополушарная,

а у 41 (58,5%) – правополушарная локализация инсульта. В группу контроля вошли 18 практически здоровых лиц без инсульта. Группы сопоставимы по полу и возрасту.

Методы исследования включали оценку клинично-неврологического статуса. Для объективизации степени тяжести больного были использованы: шкала NIH-HINDS (оценка выраженности неврологического дефицита и динамики заболеваемости), шкала Darthell для оценки повседневного обслуживания. При нейропсихологическом исследовании применялись следующие методики: шкала Бека; тест Спилбергера–Ханина; батарея лобной дисфункции (FAB); краткая шкала оценки психического статуса; оценка уровня общей, физической и психической астении (MFI-20); тест VAS-A для оценки физического и психического состояния. Количественная оценка качества жизни, связанного со здоровьем, проводилась по опроснику Medical Outcomes Study Short Form–36 (MOS SF-36). Количественное содержание ФРН определяли методом высокоточного твердофазного анализа.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 с использованием описательной статистики (определение выборочного среднего (M) и ошибки среднего (σ), непараметрических методов (сопоставление независимых групп с использованием критерия Манна–Уитни)). При $p < 0,05$ различия считались достоверными.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средние баллы функциональной оценки неврологического дефицита по шкалам NIHSS и Barthell в группе больных составили $6,64 \pm 0,26$ и $91,86 \pm 1,31$. Исследование нейропсихологической сферы у больных, перенесших первый ишемический инсульт, выявило статистически значимые различия ($p < 0,001$) по отношению к здоровым по

данным батареи лобной дисфункции ($12,86 \pm 0,39$); краткой шкале оценки психического статуса ($25,87 \pm 0,35$); шкале депрессии Бека ($14,86 \pm 0,90$). Средние значения показателей реактивной тревоги ($35,17 \pm 0,62$) и личностной ($40,59 \pm 0,64$) по шкале Спилбергера не выявили статистической значимости различий по сравнению с группой здоровых и соответствовали умеренной степени тревожности (таблица).

Качество жизни пациентов, перенесших первый ишемический инсульт (см. таблицу), практически по всем его составляющим существенно ниже, чем в группе здоровых. Более значимые различия ($p < 0,001$) выявлены по данным ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP); ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE). Статистическая значимость различий ($p < 0,05$) установлена по шкале физического функционирования (PF) – $49,64 \pm 2,75$ (у здоровых $66,11 \pm 5,28$), социального функционирования (SF) – $55,70 \pm 2,27$ (у здоровых $69,36 \pm 4,20$), жизненной активности (VT) – $45,21 \pm 1,83$ (у здоровых $54,44 \pm 3,33$), общего состояния здоровья (GH) – $45,44 \pm 1,95$ (у здоровых $53,33 \pm 3,24$). Показатели качества жизни по шкалам интенсивности боли (BP) и психического здоровья (MH) не имели значимых различий с группой здоровых лиц.

Степень изменения общей ($14,90 \pm 0,39$) и психической ($15,50 \pm 0,46$) астении по опроснику MFI-20 имеет статистически более значимые различия с группой здоровых: $11,28 \pm 0,76$ и $11,39 \pm 0,95$ соответственно ($p < 0,001$). При оценке уровня физической астении ($12,47 \pm 0,62$) выявлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) с группой здоровых ($8,61 \pm 0,79$). Также обнаружена достоверная разница при определении средних показателей физической слабости (в группе больных $6,09 \pm 0,25$, в группе здоровых $4,00 \pm 0,57$) и психического истощения ($5,94 \pm 0,27$ и $4,00 \pm 0,64$ соответственно) по ВАШ.

Сравнительная характеристика показателей нейропсихологического статуса, качества жизни и фактора роста нервов больных в восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта

Показатель	Группа пациентов (n=70)	Группа здоровых (n=18)	Значимость различий p^{**}
Шкала Бека, балл	14,86±0,90	8,28±1,25	0,002
Шкала тревоги Спилбергера, балл	35,17±0,62	35,06±1,24	
Реактивная тревога (личностная тревога), балл	40,59±0,64	40,61±1,46	
Индекс по шкале Barthell, балл	91,86±1,31	97,50±0,83	0,052
Батарея лобной дисфункции (FAB), балл	12,86±0,39	16,83±0,20	<0,001
Краткая шкала оценки психического статуса, балл	25,87±0,35	28,67±0,21	<0,001
Физическое функционирование (PF)	49,64±2,75	66,11±5,28	0,008
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	17,86±3,91	58,33±8,33	<0,001
Интенсивность боли (BP)	48,73±3,14	50,22±5,29	
Общее состояние здоровья (GH)	45,44±1,95	53,33±3,24	0,033
Жизненная активность (VT)	45,21±1,83	54,44±3,33	0,011
Социальное функционирование (SF)	55,70±2,27	69,36±4,20	0,014
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	21,77±3,69	64,22±7,87	<0,001
Психическое здоровье (MH)	53,09±1,93	60,00±3,05	
Фактор роста нервов, нг/мл	140,77±43,5	1176,5±228,25	0,033

У пациентов в восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта нами определено значительное снижение количественного содержания ФРН до 140,77±43,5 нг/мл по сравнению с группой здоровых лиц (1176,5±228,25 нг/мл, $p<0,01$). При проведении корреляционного анализа получена достоверная прямая связь между количественным содержанием ФРН и значениями краткой шкалы оценки психического статуса ($r=0,298564$).

Выводы

У больных в восстановительном периоде после перенесенного первого ишемического инсульта имеет место статистически значимое снижение цифровых данных уровня ФРН периферической крови и показателей, характеризующих физическую, когнитивную и эмоциональную сферы пациента. Количественное содержание одного из нейротрофинов – фактора роста нервов – в восстановительном периоде ишемии мозга

снижено и определяется выраженностью когнитивных нарушений. Вероятно, это обусловлено тем, что ФРН влияет на выделение медиаторов (ацетилхолина, глутамата и др.) в нервно-мышечных синапсах и синапсоматах гиппокампа [15]. Огромное значение в развитии процессов ишемического повреждения ткани мозга имеет недостаточность трофического обеспечения, уровень которого влияет на механизмы некротических и репаративных процессов [4]. По результатам нашей работы можно сделать предположительный вывод о том, что активный метаболизм ФРН в остром периоде ишемического инсульта критически истощил его запасы в гуморальном звене периферической крови.

Наличие существенной физической и психической астении является видимой причиной ухудшения таких показателей качества жизни, как рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием, рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, физическое

функционирование, социальное функционирование, жизненная активность, общее состояние здоровья. В процессе восстановительного лечения необходимо учитывать наличие у пациентов когнитивных и эмоциональных нарушений, значительно снижающих реабилитационный потенциал, и своевременно их корригировать. По мнению Е. И. Гусева, В. И. Скворцовой (2001), развитие представлений о причинах и механизмах повреждения ткани мозга в восстановительном периоде ишемии мозга определяет основные стратегические направления терапии ишемического инсульта [4].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Гехт А. Б., Боголепова А. Н., Сорокина И. Б.* Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт. *Инсульт* 2001; 2: 35–39.
2. *Гомазков О. А.* Плейотропные эффекты нейротрофинов. М.: КДМ 2010.
3. *Громова О. А.* Нейротрофическая система мозга: нейропептиды, макро- и микроэлементы, нейротрофические препараты. Лекция. *Международный неврологический журнал* 2007; 2(12): 94–106.
4. *Гусев Е. И., Скворцова В. И.* Ишемия головного мозга. М.: Медицина 2001; 328.
5. *Гусев Е. И.* Проблемы инсульта в России. *Журнал неврологии и психиатрии* 2003; 9: 3–7.
6. *Дамулин И. В.* Постинсультная деменция. Справочник поликлинического врача 2005; 5: 13–17.
7. *Каракулова Ю. В., Селянина Н. В., Ерошина О. А.* Качество жизни больных в остром периоде черепно-мозговой травмы под влиянием нейротрофической терапии. *Бюллетень сибирской медицины* 2011; 10 (2): 122–126.
8. *Новик А. А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Олма-Пресс Звездный мир, Нева 2002; 320.
9. *Петрова О. А.* Комплексная реабилитация больных в раннем восстановительном периоде ишемического мозгового инсульта в амбулаторно-поликлинических условиях: дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург 2005; 166.
10. *Преображенская И. С., Яхно Н. Н.* Сосудистые когнитивные нарушения: клинические проявления, диагностика, лечение. *Неврологический журнал* 2007; 12 (5): 45–50.
11. *Яхно Н. Н., Захаров В. В.* Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. *Российский медицинский журнал* 2002; 10 (12–13): 28–37.
12. *Clarc M. S., Smith D. S.* Knowledge of stroke in rehabilitation and community samples. *J Disabil. Rehabil* 1998; 20 (3): 90–96.
13. *Elbert T., Rockstroh B., Bulach D., Meinzer M., Taub E.* New developments in stroke rehabilitation based on behavioural and neuroscientific principles: constraint-induced therapy. *Nervenarzt* 2003; 47 (4): 334–342.
14. *Muresanu D. F.* Neuroprotection and neuroplasticity – a holistic approach and perspective *Journal of the Neurological Sciences* 2007; 257: 38–43.
15. *Tyler W. J., Perrett S., Pozzo-Miller L. D.* The role of neurotrophins in neurotransmitter release. *Neuroscientist* 2002; 8: 524–531.
16. *Wyller T. B., Holmen J., Laake P., Laake K.* Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke* 1998; 29: 363–367.

Материал поступил в редакцию 20.12.2012