

УДК 616.831.-005.1-036.868

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

¹Солонец И.Л., ²Ефремов В.В.¹ГБУ РО «Областная клиническая больница № 2», Ростов-на-Дону;²ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, e-mail: isolonec@bk.ru

Проведена оценка показателей качества жизни больных, перенесших церебральный инсульт, до и после курса реабилитационной терапии. Обследовано 30 пациентов в раннем восстановительном периоде инсульта, разделенных на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, исходным показателям двигательного дефицита, когнитивных и психо-эмоциональных нарушений. Пациенты основной группы получали курсы функциональной программируемой электростимуляции аппаратом «АКорД-Мультимиостим», динамической проприокоррекции с использованием устройства «Гравистат» и специальные комплексы лечебной физкультуры. Пациенты контрольной группы получали курсы специальной лечебной физкультуры с элементами методологии «Баланс-терапия». После проведенного комплекса реабилитации у больных основной группы улучшения регистрировались во всех сферах, определяющих качество жизни, включая когнитивную функцию, эмоционально-личностную сферу, устанавливались высокоадаптивные формы отношения к болезни. Сделан вывод о необходимом исследовании качества жизни постинсультных больных с целью оценки эффективности проводимых мероприятий.

Ключевые слова: церебральный инсульт, реабилитация, качество жизни

QUALITY OF LIFE – AS A PREDICTOR OF EFFICIENCY OF REHABILITATION POST-STROKE PATIENTS

¹Solonets I.L., ²Efremov V.V.¹BU RO «Regional hospital № 2», Rostov-on-Don;²GBOU VPO «Rostov State Medical University of the Ministry of Public Health of Russia»,
Rostov-on-Don? e-mail: isolonec@bk.ru

An assessment of the quality of life of patients after cerebral stroke, before and after the rehabilitation therapy. A total of 30 patients in the early recovery period of a stroke, divided into two groups matched for age, sex, baseline in motor deficits, cognitive and psycho-emotional disorders. Patients of the group received training function programmed electrical apparatus «Akordy – Multimioestim» dynamic propriokorreksii using the device «Gravistat» and special complexes of physical therapy. Patients in the control group received a special course of physiotherapy with the elements of the methodology of the «Balance – therapy». After a complex rehabilitation in the study group were recorded improvements in all areas of determining the quality of life, including cognitive, emotional and personal sphere, installed highly adaptive form of relationship to the disease. The conclusion of the necessary study of the quality of life of post-stroke patients to assess the effectiveness of interventions.

Keywords: cerebral stroke, rehabilitation, quality of life

Проблема сосудистых заболеваний головного мозга по-прежнему является одной из наиболее актуальных в современном мире, в первую очередь по причине высокой смертности и инвалидизации населения. По данным Национального регистра, заболеваемость инсультом составила 3,52 случая на 1000 населения в 2009 г. и 3,27 – в 2010 г., смертность – 1,19 и 0,96 на 1000 населения соответственно [5]. Инвалидизация после перенесенной церебральной катастрофы достигает 3 человек на 10000 населения (Н.В. Верещагин, Ю.Я. Вараксин, 2011). Несомненно, в последние годы достигнуты большие успехи лечения больных в острейшем и остром периодах инсульта, чем объясняется уменьшение смертности и рост выживаемости в первый месяц с момента заболевания. Однако вопросы реабилитации в раннем восстановительном периоде

по-прежнему требуют дальнейшего углубленного изучения [7; 8].

Выраженность постинсультных расстройств, прогноз определяются исходной тяжестью повреждения мозга и затрагивают физическую и психическую сферы деятельности человека, влияя на его качество жизни. Как правило, оценка эффективности реабилитационного процесса производится непосредственно врачом с использованием различных клинических показателей, тогда как мнение самого больного о результатах лечения практически не изучено [9]. В основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности ее лечения было положено понятие «качество жизни» (КЖ). КЖ – это интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [3].

Таким образом, количественная оценка КЖ в процессе реабилитации постинсультных больных является прогностически значимой в оценке эффективности проводимых мероприятий и основополагающей в составлении индивидуального дифференцированного подхода к лечению.

Цель исследования – оценка качества жизни постинсультных больных в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта как интегрального показателя эффективности комплексной реабилитации.

Материалы и методы исследования

Обследованы 30 пациентов обоего пола в возрасте от 28 до 75 лет в раннем восстановительном периоде церебрального инсульта, разделенных на две группы – основную и контрольную. Средний срок развития сосудистой катастрофы составил $2,45 \pm 0,25$ мес. В основную группу вошли 15 больных (12 мужчин и 3 женщины), средний возраст которых составил $55,53 \pm 2,87$ лет. Нарушение мозгового кровообращения было верифицировано данными спиральной компьютерной томографии (СКТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии у 7 пациентов (47%), в бассейне правой средней мозговой артерии у 6 пациентов (40%), и у двух – в вертебро-базиллярном бассейне (13%). Пациенты данной группы в комплексном восстановительном лечении получали курсы функциональной программируемой электростимуляции (ФПЭС) аппаратом «АКорД» («Мультимиостим»), динамической проприокоррекции (ДПК) с использованием рефлекторно-нагрузочного устройства «Гравистат» и специальные комплексы лечебной физкультуры (ЛФК).

Контрольную группу составили 15 человек (11 мужчин и 4 женщины), средний возраст $54,6 \pm 3,78$, получавших курсы специальной ЛФК с элементами методологии «Баланс-терапия». В этой группе инсульт в бассейне левой СМА был визуализирован у 6 больных (40%), правой – у 7 пациентов (47%) и в ВББ – у 2 (13%).

Критериями исключения из исследования являлись выраженные когнитивные и психические нарушения, препятствующие проведению реабилитационных мероприятий; тяжелая декомпенсированная соматическая патология (сердечно-сосудистая, дыхательная, печеночно-почечная недостаточности); грубая ортопедическая патология.

Всем пациентам, включенным в программу, проводился неврологический осмотр с использованием 6-балльной шкалы оценки мышечной силы (Белова А.Н., 2000; Braddom R., 1996), КТ и/или МРТ-исследование головного мозга; ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных сосудов. Обследования проводились дважды: при включении в исследование и на 14-й день от начала лечения.

Для исследования КЖ использовался опросник SF-36, содержащий 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал: общее состояние здоровья, физическое функционирование, влияние физического состояния на ролевое функционирование, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, социальное функционирование, интенсивность боли, жизнеспособность, самооценка психи-

ческого здоровья [3; 4]. По каждой шкале показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов, при этом, чем большее значение показателя, тем выше оценка качества жизни по данной конкретной шкале. Кроме того, количественная оценка качества жизни оценивалась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Нейропсихологическое обследование проводилось с использованием шкалы реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга–Ю.Л. Ханина [1]; шкалы депрессии Бека [1]. Для оценки когнитивных функций применялась Монреальская когнитивная шкала (MoCA-тест) [6].

Также проводилась методика оценки типов отношения к болезни (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И. с соавт., 1987, 2005), позволяющая диагностировать паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе, одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит) [2].

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 6.0. Достоверность различий показателей определялась с помощью критерия Стьюдента, при этом различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе полученных данных обращает на себя внимание резкое снижение исходных данных по всем параметрам, определяющих КЖ по шкале SF-36 у пациентов обеих групп. Особенно низкие значения регистрировались по шкалам физического, ролевого физического и эмоционального функционирования. Динамика показателей КЖ в ходе проведения реабилитационных мероприятий представлена на рис. 1. Увеличение значений показателей соответствует улучшению качества жизни по отдельным критериям.

На 14-й день с момента начала восстановительной терапии положительная динамика наблюдалась в обеих группах. Однако у пациентов основной группы отмечалось достоверное улучшение показателей качества жизни по всем шкалам, определяющим физический и психологический компоненты здоровья. Наиболее демонстративными показателями, превысившими 60-балльный рубеж, оказались значения по шкалам – «общее здоровье» ($63,67 \pm 2,69$, $p < 0,05$), «жизнеспособность» ($61 \pm 2,68$, $p < 0,05$), «социальное функционирование» ($66,73 \pm 5,1$, $p < 0,05$) и «психическое здоровье» ($71,73 \pm 2,96$, $p < 0,05$). Тогда как у пациентов контрольной группы лишь по шкалам «общее и психическое здоровье» показатели достигли уровня $55,5 \pm 2,41$ и $57 \pm 6,71$, $p < 0,05$ соответственно. По остальным критериям значения не превышали 50 баллов.

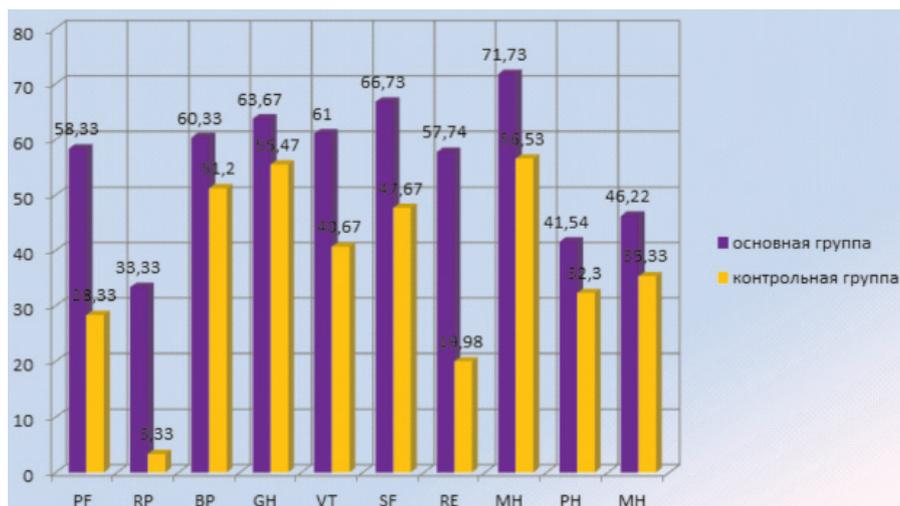


Рис. 1. Результаты исследования качества жизни пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта по методике SF-36 после лечения. Примечание: PF – физическое функционирование; RP – ролевое физическое функционирование; BP – боль; GH – общее здоровье; VT – жизнеспособность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое эмоциональное функционирование; MH – психическое здоровье; PH – физический компонент здоровья (PF, RP, BP, GH); MH – психологический компонент здоровья (VT, SF, RE; MH)

Таким образом, у пациентов, получавших в комплексном восстановительном лечении курсы ФПЭС аппаратом «АКорД» («Мультимиостим»), ДПК с использованием устройства «Гравистат» и специальные комплексы ЛФК, отмечается более заметное улучшение показателей КЖ. Лишь по шкале боли показатели во второй группе превышают таковые в основной, что в данной конкретной ситуации расценивается как положительная динамика.

Субъективная количественная оценка качества жизни по визуально-аналоговой шкале перед началом лечения у пациентов основной группы составляла $3,13 \pm 0,37$ баллов. У пациентов контрольной группы соответственно $3,6 \pm 0,25$ баллов. На фоне проводимой терапии больные, получавшие

лишь курсы специальной ЛФК с элементами методологии «Баланс-терапии», свое качество жизни оценили в $5,3 \pm 0,4$ балла, что оказалось значительно ниже оценки, данной пациентами основной группы, которая составила $7,13 \pm 0,72$. Данный показатель по шкале ВАШ тесно коррелировал со шкалой физического функционирования в обеих группах ($r_1 = 0,64$ и $r_2 = 0,97$ соответственно). Несколько меньшая корреляция в основной группе была прослежена в отношении шкал ролевого эмоционального функционирования ($r = 0,52$) и физического компонента здоровья ($r = 0,57$). Что касается корреляционной зависимости в контрольной группе – она также была выявлена в отношении физического компонента здоровья ($r = 0,74$) и жизнеспособности ($r = 0,53$).

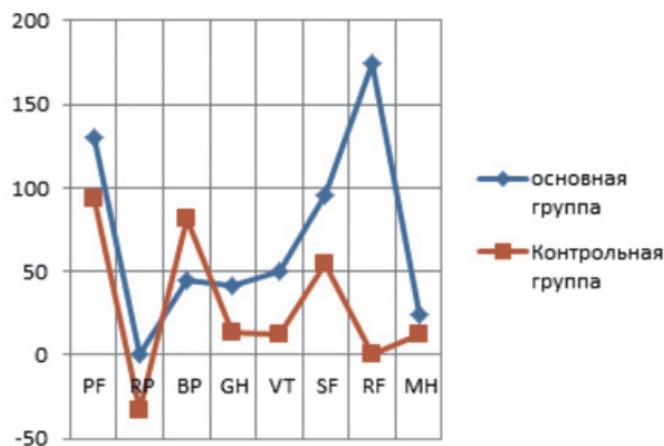


Рис. 2. Динамика прироста показателей КЖ в процессе лечения

У пациентов обеих групп до проведения реабилитационных мероприятий наблюдались расстройства в эмоционально-волевой сфере, проявляющиеся высокой тревожностью и депрессией. Причем исходный уровень данных расстройств в обеих группах был сопоставим. По опроснику Спилбергера–Ханина в большинстве случаев регистрировалась высокая ситуативная (у 67% больных) и личностная (60% случаев) тревожность. Средние значения показателей ситуативной тревожности у пациентов основной группы составили $46,93 \pm 2,07$, в контрольной группе – $47,733 \pm 1,13$; а личностной тревожности в основной и контрольной группах $46,4 \pm 1,87$ и $48,67 \pm 1,14$ соответственно. У 4-х больных (27%) в обеих группах по результатам опросника Бека были выявлены признаки легкой депрессии, средний балл которой в основной группе составил $6,93 \pm 0,86$, а в контрольной – $6,86 \pm 0,72$.

После окончания курсового лечения у пациентов основной группы отмечалось значительное улучшение психо-эмоционального состояния, проявляющееся улучшением общего фона настроения, положительными эмоциями и снижением уровня тревожности и депрессии, что коррелирует с возросшими показателями физического и психологического компонентов здоровья по шкале SF-36. У пациентов основной группы средние значения ситуативной и личностной тревожности снизились до $36,4 \pm 1,95$ и $41,73 \pm 1,81$ баллов соответственно. В контрольной группе в процессе реабилитации, представленной курсами специальной ЛФК, эти показатели составили лишь $44,33 \pm 1,05$ и $44,07 \pm 1,66$ балла соответственно. Ни у одного больного из основной группы депрессии в результате проведенных реабилитационных мероприятий выявлено не было, тогда как у 2 человек (13%) контрольной группы по-прежнему сохранялись признаки легкой депрессии.

К концу лечения общий балл оценки когнитивных функций по монреальской шкале возрос с $25,67 \pm 0,29$ до $28,53 \pm 0,31$ (при норме 26 баллов и выше) в основной группе и с $25,73 \pm 0,38$ до $26,13 \pm 0,31$ – в контрольной группе ($p < 0,05$). При детальном анализе данных МоСА-теста обращает на себя внимание значительное улучшение показателей ассоциативного мышления, заключающееся в увеличении количества приводимых пациентом ассоциаций (существительных) за 1 минуту в основной группе до $13,67 \pm 0,47$ слов (при инициальных показателях $9,53 \pm 0,4$). Тогда как больные контрольной группы после окончания курса лечения могли назвать до $10,47 \pm 0,41$ слов.

Кроме того, показатели памяти, внимания, концептуализации в основной группе оказались значимо выше таковых в контрольной группе. Так при задании на запоминание и отсроченное воспроизведение 5 слов на 14-й день проводимых реабилитационных мероприятий пациенты основной группы называли все слова в 100% случаев, а количество слов, воспроизведенных больными контрольной группы, составило $4,07 \pm 0,21$ ($p < 0,05$). Исходные показатели в обеих группах были сопоставимы ($3,86 \pm 0,19$ – в основной и $3,8 \pm 0,2$ – в контрольной).

Исследуя картину болезни по методике ТООБЛ, до лечения в основной группе в преобладающем большинстве были выявлены тревожный (15%), неврастенический (21%) и эргопатический (21%) типы реагирования на болезнь. В контрольной группе – тревожный (19%), неврастенический (12,5%), ипохондрический (19%), эргопатический (6%) типы соответственно. После завершения проводимых реабилитационных мероприятий в основной группе у 22% больных устанавливался гармоничный тип отношения к болезни и в 39% случаев – эргопатический тип. В то время как в контрольной группе преобладающими вариантами реагирования пациентов на болезнь и лечение явились: тревожный (38%) и анозогностический (19%) типы, эргопатический тип был диагностирован у 14% больных (рис. 3).

Таким образом, у пациентов основной группы в процессе комплексной реабилитации отмечено преобладание высокоадаптивных форм психологического реагирования на саму болезнь и лечебный процесс, проявляющихся активным стремлением больного преодолеть болезнь и вернуться на прежний уровень социальной активности, что в свою очередь является залогом успешной реабилитации. Тогда как в контрольной группе диагностированы преимущественно низкоадаптивные формы, свидетельствующие о тотальном снижении адаптационного потенциала вследствие сочетания интра- и интерпсихических мишеней, снижающих реабилитационный потенциал и отрицательно сказывающихся на качестве жизни в целом.

Заключение и выводы

После проведенного курса комплексной восстановительной терапии у больных основной группы улучшения регистрировались во всех сферах, определяющих качество жизни, включая когнитивную функцию, эмоционально-личностную сферу, устанавливались высокоадаптивные формы отношения к болезни. По данным катамнеза,

было установлено, что 64% пациентов основной группы из числа работающих до развития инсульта вернулись к профессии в прежней занимаемой должности. Тогда как всего 1 человек из контрольной группы смог вернуться к труду. Таким образом, становится очевидным, что оценка КЖ скла-

дывается из ряда критериев, определяющих в итоге независимость в повседневной жизни и возвращение в социально-полезную среду общества. Оценка данных параметров и их динамика должна являться основополагающей в верификации эффективности проводимых мероприятий.

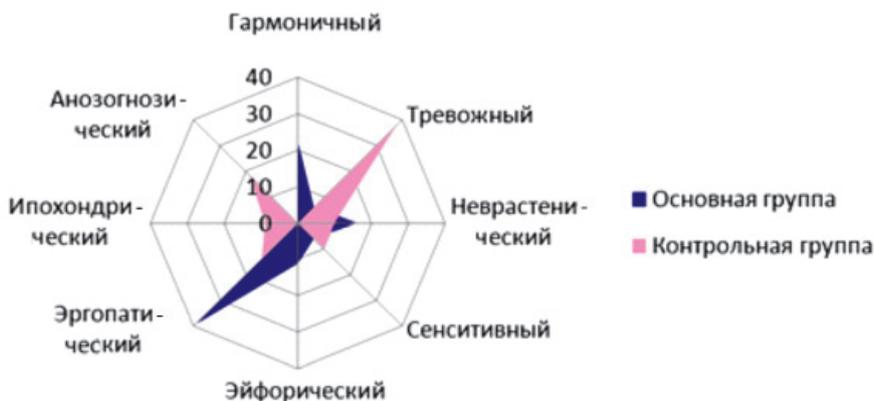


Рис. 3. Распределение больных после восстановительного лечения по типу отношения к болезни и лечению – % от общего числа обследованных в каждой группе (n = 15)

Список литературы

1. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – Руководство для врачей. – М.: Медкнига, 2004. – 456 с.
2. Вассерман Л.И. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / Л.И. Вассерман, В.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: 2001. – 33 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 314 с.
4. Ассоциация терапевтов Иркутской области [Электронный ресурс] // Оценка качества жизни: опросник SF-36. – URL: <http://atio-irk.ru/oprosnik-sf-36.html> (дата обращения: 20.01.2013).
5. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2010) / Л.В. Стаховская и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 5. – С. 4–10.
6. Лечение недементных когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией и церебральным атеросклерозом (По данным российского мультицентрового исследования «ФУЭТЕ») / Н.Н. Яхно и др. // Неврологический журнал. – 2012. – № 4. – С. 49–55.
7. Bruno A.A. Motor recovery in stroke. In: Physical Medicine and Rehabilitation. M.J. Klein et al. Medicine 2002.
8. De Hart M., Geurts A.C., Huidkoper S.C. et al. Recovery of standing balance in postacute stroke patients: a rehabilitation cohort study. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85: 6: 886–895.
9. Hackett M.L., Duncan J.R., Anderson C.S. et al. Health-related quality of life among longterm survivors of stroke: results from the Auckland Stroke Study. Stroke 2000; 31: 440–447.

References

1. Belova, A.N. Shkaly, testy i oprosniki v nevrologii i neyroxirurgii. Rukovodstvo dlya vrachej. M: Medkniga, 2004. 456 p.
2. Vasserman L.I. Metodika dlya psixologicheskoj diagnostiki tipovotno sheniya k bolezni: Metodicheskie rekomendacii /

Vasserman L.I., Iovlev V.V., Karpova E'.B., VuksA.Ya. SPb.: 2001. 33 p.

3. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine. 2-e izdanie / Pod red.akad. RAMN Yu.L. Shevchenko. M.: OLMA Media Grupp, 2007. 314 p.

4. Associaciya terapevtov Irkutskoj oblasti [E'lektronnyj resurs] // Ocenkakachestvazhizni: oprosnik SF-36. URL: <http://atio-irk.ru/oprosnik-sf-36.html> (data obrashneniya: 20.01.2013).

5. Staxovskaya L.V. [i dr.] E'pidemiologiya insul'ta v Rossii po rezul'tatam territorial'no-populyacionnogo registra (2009–2010) // Zhurnalnevrologii i psixiatrii. S.S. Korsakova. 2013. no. 5. pp. 4–10.

6. Yaxno N.N. [i dr.] Lechenie nedementnyx kognitivnyx narushenij u pacientov s arterial'noj gipertenziej i cerebral'nyx aterosklerozom (Po dannym rossijskogo mul'ticentrovogo issledovaniya «FUE'TE») // Nevrologicheskij zhurnal. 2012. no. 4. pp. 49–55.

7. Bruno A.A. Motor recovery in stroke. In: Physical Medicine and Rehabilitation. M.J. Klein et al. Medicine 2002.

8. De Hart M., Geurts A.C., Huidkoper S.C. et al. Recovery of standing balance in postacute stroke patients: a rehabilitation cohort study. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85: 6: 886–895.

9. Hackett M.L., Duncan J.R., Anderson C.S. et al. Health-related quality of life among longterm survivors of stroke: results from the Auckland Stroke Study. Stroke 2000; 31: 440–447.

Рецензенты:

Балязин В.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии, ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону;

Мартиросян В.В., д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии, ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону.

Работа поступила в редакцию 30.11.2013.