

УДК 616.831-005.1:616.13-007.64

Показатели качества жизни у пациентов с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием в отдаленном периоде заболевания

Сон А.С., Герцев В.Н.

Одесский государственный медицинский университет

Изучены состояние эмоциональной сферы и показатели качества жизни, зависящие от состояния здоровья, у 51 пациента с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием без неврологических симптомов в отдаленном периоде заболевания с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии и опросника SF-36. Отмечены высокая частота тревожных и депрессивных нарушений, значительное снижение показателей качества жизни в сферах ролевого физического и ролевого эмоционального функционирования.

Ключевые слова: аневризматическое интракраниальное кровоизлияние, отдаленные последствия, качество жизни

Частота возникновения аневризматического интракраниального кровоизлияния составляет от 2 до 39 на 100 000 населения в год [2, 3, 12]. В последние годы основным методом лечения разорвавшейся интракраниальной артериальной аневризмы является ее выключение (прямое или эндоваскулярное) в остром периоде субарахноидального кровоизлияния (САК). Одним из основных показателей успешности хирургического вмешательства является послеоперационная летальность [5, 10]. Общепринят метод оценки результатов оперативного лечения в соответствии со Шкалой Исхода Глазго (Glasgow Outcome Scale — GOS) [13]. В то же время, эта шкала не определяет уровень социальной адаптации, не позволяет судить о качестве жизни и нарушениях функций центральной нервной системы, которые часто выявляют у таких больных. Так, авторы сообщают о высоком уровне тревоги и депрессии у пациентов при удовлетворительных неврологических результатах лечения [8]. Эти наблюдения подтверждают и другие исследователи [9, 14]. У пациентов с САК выявляют более выраженные нарушения настроения, незначительные когнитивные расстройства (преимущественно нарушение воспроизведения слов), ненормально низкую независимость и участие в социальной жизни; клинически выраженную тревогу наблюдают у 16% пациентов через 3 мес, у 17% — через 9 мес, депрессию — у 14% — через 3 мес, у 8,5% — через 9 мес от начала заболевания [15]. Качество жизни больных, связанное со здоровьем, существенно снижается в ролевых областях [11].

В исследовании, проведенном в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, показано, что исход в отдаленном периоде после оперативного лечения по поводу аневризматического САК отличается от непосредственных результатов хирургического лечения [1]. Эти

отличия касаются всех типов исхода. Восстановление функций головного мозга происходит в течение длительного времени. Число больных с выраженным неврологическим дефицитом в отдаленном периоде уменьшилось более чем в 3 раза по сравнению с таковым на момент выписки. Авторы полагают, что окончательную оценку исхода заболевания следует проводить не ранее чем через 6 мес после операции. Однако в этом исследовании не оценивали качество жизни больных, в том числе без неврологических нарушений, не изучено состояние их эмоциональной сферы.

Цель работы — улучшение зависимого от здоровья качества жизни пациентов с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием.

Материалы и методы исследования. Изучены отдаленные последствия аневризматического интракраниального кровоизлияния у 81 пациента, у которых в острой стадии заболевания осуществлено клипширование артериальной аневризмы передних отделов артериального круга большого мозга. В отдаленном периоде заболевания умерли 3 больных, в том числе 2 мужчин и 1 женщина, возраст больных 40, 45 и 58 лет. Причиной смерти 2 из них был острый инфаркт миокарда, причина смерти одной больной не установлена. У всех умерших больных обнаружена аневризма в области передних мозговых — передней соединительной артерии (ПМА — ПСА). Обследование 78 выживших пациентов проведено в сроки после 6 мес от начала заболевания, в среднем через 52 мес. Возраст выживших пациентов на момент начала заболевания составил в среднем от 19 до 72 лет ($46,6 \pm 10,6$) года. Мужчин было 40 (51,3%), женщин — 38 (48,7%).

Для определения показателей качества жизни отобран 51 пациент, которых считали

выздоровевшими (I степень в соответствии со шкалой GOS), без очаговых неврологических симптомов, в том числе афатических расстройств. Возраст пациентов этой подгруппы на момент возникновения заболевания составил от 19 до 72 лет, в среднем ($47,4 \pm 11,9$) года (рис. 1). Критерий Колмогорова-Смирнова составил 0,092 со значимостью 0,4457, что свидетельствовало о нормальности распределения. Мужчин было 26 (51%), женщин — 25 (49%).

Аневризма ПМА – ПСА обнаружена у 29 больных, у 11 — аневризма локализовалась в области средних мозговых артерий (СМА), у 8 — супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии (ВСА), у 1 — в области офтальмического сегмента ВСА. У 2 пациентов выявлены множественные аневризмы (ПМА слева, офтальмического сегмента ВСА слева; ПМА – ПСА, супраклиноидного отдела ВСА слева, бифуркации основной артерии).

При госпитализации у 8 пациентов тяжесть состояния оценена как I степени (по классификации Hunt-Hess), у 22 — II степени, у 20 — III степени, у 1 — IV степени. Перед выпиской у 39 пациентов установлена I степень в соответствии со шкалой GOS, у 12 — II степень, т.е. у них отмечена умеренная инвалидизация. Через 6 мес у всех пациентов констатировано хорошее восстановление (I степень в соответствии со шкалой GOS).

Для выявления и определения выраженности тревожных и депрессивных расстройств у пациентов использовали русскоязычную версию Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS), разработанной A.Zigmond и R.Snaith в 1983 г. [7, 18]. Данная шкала является валидной и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии. Шкала включает 14 утверждений, при этом нечетные пункты (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) составляют субшкалу тревоги, четные (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) — субшкалу депрессии. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта отве-

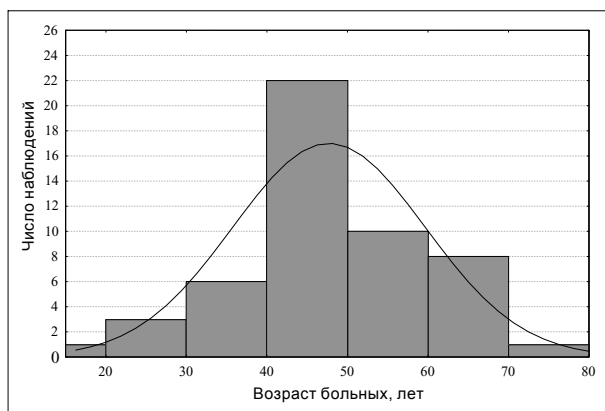


Рис. 1. Гистограмма распределения пациентов по возрасту на момент возникновения заболевания.

тов, которые отражают градацию выраженности признака и кодируются по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 3 баллов (максимальная выраженность). Итоговую сумму баллов подсчитывают отдельно для субшкал тревоги и депрессии. Выделяют следующие области значений суммарного балла по каждой субшкале: 0–7 баллов — норма; 8–10 — субклинически выраженная тревога и/или депрессия; 11 баллов и более — клинически выраженная тревога и/или депрессия.

Для оценки качества жизни пациентов использовали короткую версию опросника здоровья (MOS 36-Item Short-Form Health Survey — MOS SF-36) [16]. Использовали русскоязычную версию опросника SF-36, созданную российскими исследователями Межнародного центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. [4, 6]. Опросник включает 11 пунктов, некоторые из которых содержат от трех до десяти подпунктов, общее число вопросов — 36 (отсюда название опросника). Вопросы отражают общую самооценку здоровья в динамике за последний год, а также 8 сфер (субшкал) здоровья: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психологическое здоровье (ПЗ). Данные по каждой субшкале подсчитывают с использованием специального ключа, защищенного Международным авторским правом [17].

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием русского лицензионного статистического пакета STADIA 6.3 (лицензия №1362).

Результаты и их обсуждение. Тревожные и/или депрессивные расстройства различной выраженности выявлены у 35 (68,6%) больных, у 19 (37,3%) из них нарушения были клинически выражены.

При исследовании показателей качества жизни, поскольку в Украине не проводили популяционные исследования, для сравнения взяты данные, полученные МЦИКЖ при обследовании 2114 жителей Санкт-Петербурга [6]. Полученные в результате исследования данные представлены в таблице.

При сравнении показателей качества жизни в общей популяции и у больных с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием (I степень в соответствии со шкалой GOS) в отдаленном периоде заболевания установлено их снижение по всем субшкалам опросника, наиболее существенное — в областях РФФ и РЭФ (рис. 2).

У 24 (47%) пациентов показатели РФФ составили 0 баллов, у 23 (45%) — показатели

Средние значения показателей качества жизни больных с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием по сравнению с показателями в общей популяции (в скобках указано стандартное отклонение показателей)

Показатели качества жизни	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	РЭФ	ПЗ
Общая популяция (n=2114)	79,6 (22,0)	64,9 (37,0)	66,4 (25,0)	54,1 (19,4)	56,2 (18,2)	68,0 (22,1)	66,5 (36,7)	58,0 (16,4)
Больные с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием (n=51)	64,5 (24,0)	22,4 (34,3)	53,6 (22,6)	46,9 (18,7)	40,3 (20,2)	59,2 (23,9)	22,8 (35,2)	47,2 (17,7)

РЭФ составили 0. Число баллов по шкале РФФ у больных составило 34,5% показателей в общей популяции, РЭФ — 34,3%.

Полученные результаты подтверждают данные других исследователей, установивших существенное снижение качества жизни больных в ролевых областях, а также высокий уровень тревожных и депрессивных расстройств у этих больных [8, 9, 11, 14, 15].

Выводы. 1. У пациентов с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием, (I степень в соответствии со шкалой GOS), в отдаленном периоде заболевания отмечено существенное снижение показателей качества жизни в областях РФФ и РЭФ, у большинства (68,6%) из них выявлены тревожные или депрессивные расстройства различной выраженности либо их сочетание.

2. Необходимо проведение скринингового исследования показателей качества жизни у больных с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием, а также выявление у них тревожных и депрессивных расстройств.

3. При обнаружении таких расстройств в целях улучшения социальной адаптации и качества жизни пациентам рекомендуют наблюдение психиатра и/или психолога.

Список литературы

1. Белоусова О.Б., Филатов Ю.М., Буклина С.Б. и др. Катамнез больных, оперированных в острой стадии разрыва артериальных аневризм // *Вопр. нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко*. — 2003. — №3. — С.8–14.
2. Голік В.А. Церебральна гемодинаміка у хворих з аневризматичними субарахноїдальними крововидами // *Укр. вісн. психоневрології*. — 2003. — Т.11, вип. 1 (34).
3. Крылов В.В. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние // *Неврол. журн.* — 1999. — №4. — С.4–10.
4. Кудряшова И.В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни: *Метод. рекомендации*. — Смоленск: СГМА, 2003. — С.8–14.
5. Лебедев В.В., Крылов В.В., Шелковский В.В. Хирургия аневризм головного мозга в остром периоде кровоизлияния. — М.: Медицина, 1996. — С.62–74.

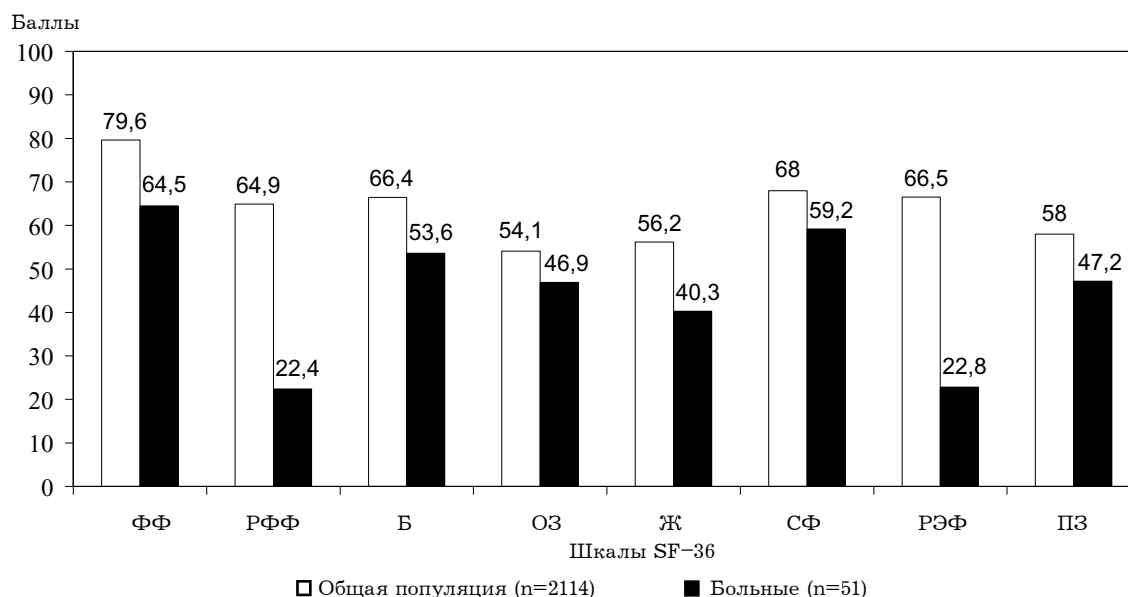


Рис 2. Показатели качества жизни больных с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием (I степень в соответствии со шкалой GOS) в отдаленном периоде заболевания по сравнению с показателями в общей популяции (опросник SF-36)

6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб; М.: Изд. Дом «Нева»; «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. — 320 с.
7. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Астапов Ю.Н., Иванцова Г.В. Ранняя диагностика и лечение депрессии в общей медицинской практике (Гелариум-тест). — К., 2003.
8. Berinstain X., Gaviria M., Dujony M. et al. Evaluation of outcome after intracranial aneurysm surgery: the neuropsychiatric approach // Surg. Neurol. — 1996. — V.45, N5. — P.422–429.
9. Buchanan K.M., Elias L.J., Goplen G.B. Differing perspectives on outcome after subarachnoid haemorrhage: the patient, the relative, the neurosurgeon // Neurosurgery. — 2000. — V.46, N4. — P.831–838.
10. Chiang V., Claus E., Awad I. Toward more rational prediction of outcome in patients with high-grade subarachnoid hemorrhage // Neurosurgery. — 2000. — V.46, N1. — P.28–36.
11. Hackett M.L., Anderson C.S. Health outcomes 1 year after subarachnoid hemorrhage // Neurology. — 2000. — V.55, N5. — P.658–662.
12. Ingall T., Asplund K., Mähönen M., Bonita R. A multinational comparison of subarachnoid hemorrhage epidemiology in the WHO MONICA Stroke Study // Stroke. — 2000. — V.31. — P.1054–1061.
13. Jennett B., Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage // Lancet. — 1975. — V.1. — P.480–484.
14. Mangold R., Wallenfang T. Posttraumatic neuropsychological and psychiatric disorders after subarachnoid haemorrhage // Nervenheilkunde. — 2000. — Bd.9. — S.32–37.
15. Powell J., Kitchen N., Heslin J., Greenwood R. Psychosocial outcomes at three and nine months after good neurological recovery from aneurysmal subarachnoid haemorrhage: predictors and prognosis // JNNP. — 2002. — V.72, N6. — P.772–781.
16. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection // Med. Care. — 1992. — V.30, N6. — P.473–483.
17. Ware J.E., Kosinski M., Gandek B. SF-36® Health Survey: Manual & Interpretation Guide. — Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2005. — 312 p.
18. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatr. Scand. — 1983. — V.67, N6. — P.361–370.

Показники якості життя у пацієнтів з аневризматичним інтракраниальним крововиливом у віддаленому періоді захворювання

Сон А.С., Герцев В.М.

Досліджено стан емоційної сфери та показників якості життя, залежних від стану здоров'я, у 51 пацієнта з аневризматичним інтракраниальним крововиливом без неврологічних симптомів у віддаленому періоді захворювання з використанням Госпітальної шкали тривоги та депресії та опитувальника SF-36. Виявлені висока частота тривожних і депресивних розладів, суттєве зниження показників якості життя в ділянках рольового фізичного та рольового емоційного функціонування.

The parameters of life quality in patients with intracranial aneurysms rupture in the long-term period

Son A.S., Hertsev V.N.

The mood and the life quality in patients with intracranial aneurysms rupture in the long-term period was assessed by using Hospital Anxiety and Depression Scale and the SF-36 questionnaire. The high rates of depression and anxiety disorders were revealed. The quality of life was significantly decreased in the role of physical functioning domain and emotional functioning domain.

Коментар

до статті Сона А.С., Герцева В.Н. «Показатели качества жизни пациентов с аневризматическим интракраниальным кровоизлиянием в отдаленном периоде заболевания»

Хірургія розривів артеріальної аневризми (АА) головного мозку активно впроваджується та розвивається в Україні протягом останніх десятиліть. Досягнуті значні успіхи та позитивні результати при використанні як транскраниальної, так і ендovasкулярної методик хірургічного лікування АА, про що свідчать відносно невисокі показники післяопераційної летальності та глибокої інвалідизації пацієнтів, оперованих у гострому періоді захворювання. Проте, сьогодні, відсутні дані про віддалені результати лікування хворих, у яких виник субарахноїдальний крововилив, оперованих з приводу розриву АА. Автори спробували оцінити результати хірургічного лікування АА у віддаленому періоді захворювання. Визначено самооцінку здоров'я на основі психологічного тестування.

Робота є позитивним моментом з точки зору впровадження в медичну практику, а саме в нейрохірургію способів оцінки психологічного здоров'я пацієнта. Не є секретом практично повна відсутність психологічної допомоги в нейрохірургічних відділеннях, закладах. З нашої точки зору, робота психолога має починатись біля ліжка хворого під час його лікування у нейрохірургічному стаціонарі. Слід проводити психологічне тестування перед виписуванням і у віддаленому періоді, що дасть змогу чітко визначити та порівняти рівень психічного, психологічного здоров'я пацієнтів.

Результати, наведені авторами, не можна вважати абсолютно достовірними, зважаючи на відсутність даних популярних досліджень показників якості життя в Україні, а порівняння їх з даними іншої країни не зовсім коректне. Наведені авторами дані свідчать про вкрай низький рівень надання психологічної допомоги хворим, яким здійснене хірургічне втручання з приводу розриву АА.

Отже, робота актуальна, присвячена невирішеним аспектам надання психологічної допомоги пацієнтам, оперованим з приводу розриву АА, свідчить про необхідність проведення скринінгових досліджень як здорового контингенту населення України, так і пацієнтів нейрохірургічних стаціонарів.

*О.А. Цімейко, д.м.н., професор,
зав. клінікою судинної нейрохірургії
Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України*