



Ю. И. ГУДАРЬЯН

Днепропетровская медицинская академия, Днепр

Качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов в восстановительный период полушарного ишемического инсульта

Цель — оценить эффективность базовой программы вторичной профилактики и усовершенствованной тактики вторичной профилактики относительно улучшения показателей качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с последствиями полушарного ишемического инсульта.

Материалы и методы. У 92 пациентов обоего пола в восстановительный период церебрального ишемического инсульта проведены исследования качества жизни, связанного со здоровьем, с использованием опросника MOS SF-36. Проведена оценка эффективности разных лечебных мероприятий с учетом динамических изменений качества жизни.

Результаты. Отмечено существенное снижение показателей качества жизни в восстановительный период церебрального ишемического инсульта, в частности физического и ролевого эмоционального функционирования, общего здоровья, а также наличие соматической боли. Это приводит к снижению социальной активности, ухудшению психического и эмоционального здоровья. Улучшению показателей опросника MOS SF-36 способствовали мероприятия усовершенствованной тактики вторичной профилактики. Эмоционально-психологические показатели следует учитывать при выборе методов восстановительного лечения пациентов, перенесших церебральный ишемический инсульт, так как от этого в значительной степени зависит не только улучшение качества жизни, связанного со здоровьем, но и успешность лечения в целом.

Выводы. Выявленные закономерности в изменении качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с последствиями полушарного ишемического инсульта открывают новые возможности для прогнозирования результатов использования методов восстановительного лечения.

Ключевые слова: ишемический инсульт, восстановительное лечение, качество жизни, связанное со здоровьем.

В настоящее время при оценке эффективности лечения любой патологии учитывают его влияние на качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем. Созданы и адаптированы опросники для количественной характеристики КЖ при ряде заболеваний, в том числе при ишемическом инсульте. Одним из наиболее часто применяемых в клинической практике опросников для оценки КЖ, связанного со здоровьем, является MOS SF-36 [2, 6, 8, 9]. Он универсален, надежен, чувствителен к клинически значимым изменениям состояния здоровья, тест (тест-ретест) простой в исполнении и краткий,

отличается от стандартных оценочных тестов параметров здоровья. Накоплено достаточное количество данных, позволяющих оценить и скорректировать программы лечения в течение восстановительного периода у пациентов с последствиями полушарного ишемического инсульта [5, 7, 10].

Актуальным является вопрос о терапии в рамках вторичной профилактики у пациентов в восстановительный период ишемического инсульта и о способах оптимизации лечебных мероприятий, позволяющих улучшить КЖ, связанное со здоровьем [1, 4].

Цель работы — оценить эффективность базовой программы вторичной профилактики и усовершенствованной тактики вторичной профилактики

© Ю. И. Гудар'ян, 2019

относительно улучшения показателей качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с последствиями полушарного ишемического инсульта.

Материалы и методы

В исследование включили 92 пациента, перенесших ишемический инсульт в возрасте от 51 до 64 лет. Среди обследованных было 40 (43,4%) женщин и 52 (56,6%) мужчины.

Больные на предварительном этапе проходили восстановительное лечение через 3—4 мес после острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне правой (66,3% случаев) или левой (33,7%) средней мозговой артерии.

В зависимости от медикаментозной терапии пациентов разделили на две группы: контрольную ($n = 44$) и основную ($n = 48$). Пациенты контрольной группы получали лечение согласно протоколу (базовую программу вторичной профилактики) и рекомендациям Американской ассоциации сердца/Американской ассоциации инсульта (AHA/ASA) [9], больные основной группы — усовершенствованную вторичную профилактику, предусматривающую, кроме базовой программы, коррекцию состояния артериального давления, гемостаза, холестерина обмена и уровня гликемии (строго индивидуализировано и по показаниям), а также индивидуальную коррекцию нейропсихологических и когнитивных нарушений психологом с использованием методики когнитивно-поведенческой терапии. Контроль эффективности коррекции

упомянутых факторов риска осуществляли специалисты соматического профиля.

Все пациенты заполняли стандартную версию опросника MOS SF-36, который использовали для сравнительной оценки влияния разных схем медикаментозной терапии на КЖ, связанное со здоровьем. Опросник позволяет получить структурированную балльную оценку КЖ пациентов до и после окончания курса восстановительного лечения через 1 и 3 мес (в катамнезе) после инсульта.

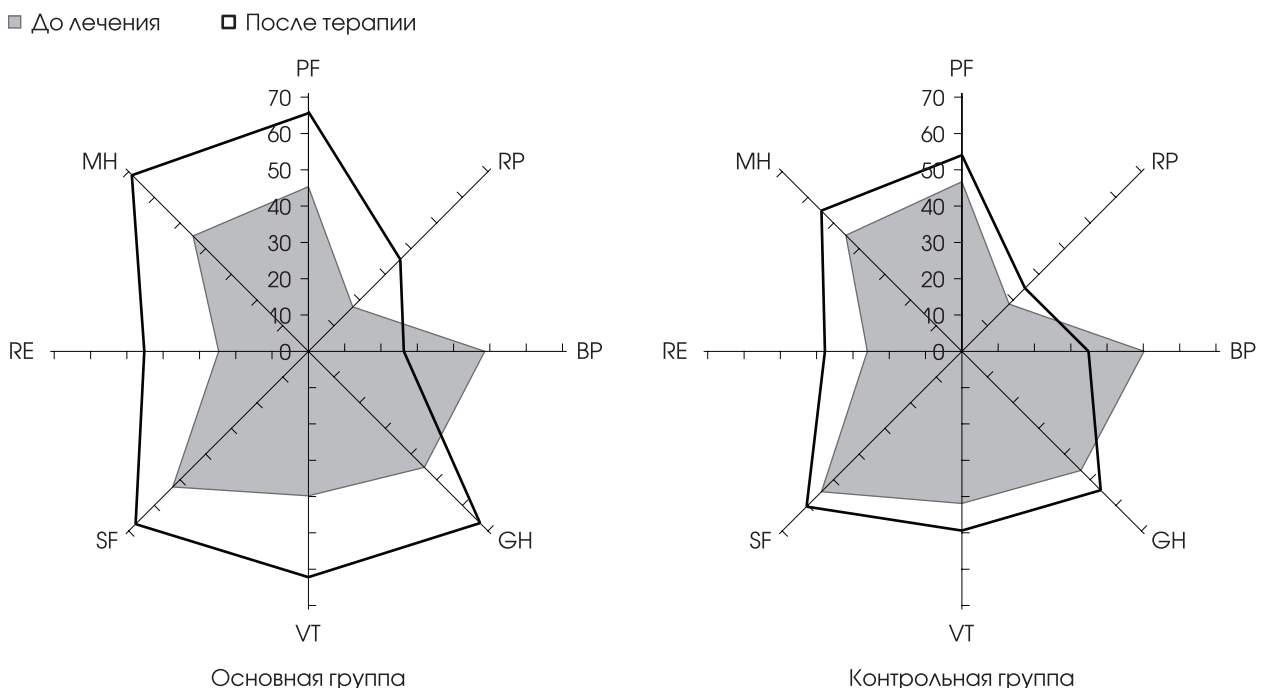
Анализировали данные следующих шкал опросника MOS SF-36: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием пакета программы Statistica 10.0. Вычисляли достоверность отличий средних значений с использованием t -критерия Стьюдента, U -критерия Манна—Уитни.

Результаты и обсуждение

Исследования КЖ у пациентов основной и контрольной групп, выполненные до соответствующих медикаментозных мероприятий, не выявили статистически значимых межгрупповых различий по всем показателям опросника MOS SF-36 (рис. 1).

Оценка изменений КЖ непосредственно после лечения выявила существенные отличия терапев-



MH — психическое здоровье; RE — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; SF — социальное функционирование; VT — жизненная активность; GH — общее состояние здоровья; BP — интенсивность боли; RP — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; PF — физическое функционирование

Рис. 1. Показатели шкалы MOS SF-36 у пациентов с последствиями ишемического инсульта при использовании разной медикаментозной терапии, баллы

тического эффекта: позитивная динамика всех показателей опросника MOS SF-36 была более выражена в основной группе пациентов.

Физическое состояние пациента восстанавливалось гораздо эффективнее при использовании усовершенствованной тактики вторичной профилактики. Так, при почти одинаковых исходных значениях физического функционирования у пациентов обеих групп (соответственно $(46,72 \pm 2,10)$ и $(45,34 \pm 1,90)$ балла, $p < 0,05$) у лиц основной группы при использовании индивидуально подобранных схем вторичной профилактики этот показатель увеличивался до $(66,02 \pm 2,00)$ баллов и сохранялся длительное время на более высоком уровне ($(73,38 \pm 2,40)$ балла в катамнезе), тогда как у больных контрольной группы балльная оценка физического функционирования через 1 мес была в среднем $(54,08 \pm 2,30)$ балла, а через 3 мес — $(59,11 \pm 2,20)$ балла.

При анализе ролевого функционирования выявлена аналогичная закономерность изменений. У пациентов контрольной группы суммарное количество баллов до лечения составляло $(18,4 \pm 1,8)$ балла, после лечения — $(24,6 \pm 1,6)$ балла. Динамика значений ролевого функционирования при использовании усовершенствованной тактики вторичной профилактики оказалась статистически лучше: через 3 мес после лечения данный показатель в среднем повысился до $(35,8 \pm 1,4)$ балла по сравнению с исходным значением $(17,3 \pm 1,6)$ балла.

Учитывая то, что под ролевым функционированием понимают в основном работу по ведению домашнего хозяйства, можно утверждать, что усовершенствованная тактика вторичной профилактики в большей мере способствовала адаптации пациентов с последствиями ишемического инсульта к этому виду деятельности, чем базовая программа вторичной профилактики.

Наличие болевых ощущений ограничивает физическое и ролевое функционирование. Сравнительный анализ средних показателей боли по шкале MOS SF-36 выявил одинаковые однонаправленные изменения результатов данного теста, но динамика изменения интенсивности боли была более значимой у пациентов основной группы. Так, если до лечения показатель боли у пациентов контрольной и основной групп отличались незначительно (соответственно $(50,2 \pm 1,9)$ и $(48,6 \pm 1,7)$ балла), то в результате лечения этот показатель снизился до $(34,9 \pm 1,7)$ и $(26,3 \pm 1,4)$ балла.

Благодаря индивидуальной патогенетической направленности лечебный комплекс у пациентов основной группы оказывал более существенное влияние и на другие показатели КЖ, и в первую очередь на восстановление жизнедеятельности.

Известно, что общее здоровье является наиболее уязвимой субсферой КЖ, поскольку зависит не только от физического состояния, но и от эмоциональной составляющей и психологического окру-

жения пациента. При одинаковых значениях показателя общего здоровья до начала лечения ($(46,43 \pm 1,40)$ балла у пациентов контрольной группы и $(45,2 \pm 1,2)$ балла у больных основной группы ($p < 0,05$)) при использовании усовершенствованной тактики вторичной профилактики непосредственно по завершении лечения данный показатель повысился в среднем до $(66,9 \pm 1,1)$ балла, тогда как у пациентов, получавших традиционное лечение, — до $(54,1 \pm 1,4)$ балла ($p < 0,05$).

Таким образом, улучшение в субсфере КЖ «Общее здоровье» отмечено в обеих группах, но при использовании усовершенствованной тактики вторичной профилактики восстановление общего здоровья происходило намного эффективнее, чем в группе, получившей базовую программу вторичной профилактики.

Аналогичные изменения установлены и в отношении других показателей КЖ в процессе реабилитации пациентов с постишемическими последствиями. Так, в субсфере «Жизненная активность» до лечения результаты у пациентов контрольной и основной групп практически не отличались (соответственно $(41,93 \pm 1,90)$ и $(39,8 \pm 1,4)$ балла ($p < 0,05$)). Наибольшие изменения в данной субсфере выявлены у пациентов основной группы: суммарное количество баллов увеличилось у них почти в два раза — $(62,2 \pm 1,8)$ балла, тогда как в контрольной группе — лишь в 1,2 раза — в среднем до $(49,38 \pm 2,20)$ балла.

Одним из важнейших показателей КЖ является социальное функционирование. Данный показатель обычно проявляется в 4 сферах: семейное положение, контакты с родственниками, друзьями и знакомыми, отношения с социальными организациями и работа (или основные занятия для неработающих). Более высокая оценка в этой субсфере свидетельствует о субъективной удовлетворенности.

До начала медикаментозных мероприятий установлено уменьшение среднего уровня социального функционирования у пациентов обеих групп без межгруппового отличия — $(54,69 \pm 1,6)$ и $(52,84 \pm 1,2)$ балла ($p < 0,05$).

У пациентов контрольной группы показатели субсферы «Социальное функционирование» существенно не изменились как непосредственно после лечения, так и в отдаленные сроки наблюдения — соответственно $(60,5 \pm 1,4)$ и $(67,3 \pm 1,4)$ балла. В основной группе восстановление данной субсферы происходило гораздо эффективнее: средний балл после завершения лечебных мероприятий увеличился в 1,3 раза ($(67,91 \pm 1,4)$ балла), в катамнезе — в 1,4 раза ($(72,2 \pm 1,4)$ балла).

Положительная динамика изменений социального функционирования в большей мере зависит от степени восстановления под действием усовершенствованной тактики вторичной профилактики, чем в других субсферах КЖ (физическое и ролевое функционирование, общее состояние здоровья и др.).

Ролевое эмоциональное функционирование предполагает оценку степени эмоционального состояния, которое выражается реакцией пациента на происходящие повседневно действия и его активность (большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.).

Существенное отрицательное влияние на эмоциональное благополучие оказывает невозможность выполнять повседневную работу в объеме и со скоростью в соответствии с полом, возрастом и культурными обычаями пациента. Низкие показатели субсферы «Эмоциональное функционирование» интерпретируют как ограничение выполнения повседневной жизнедеятельности, обусловленной ухудшением эмоционального состояния.

До проведения соответствующих медикаментозных мероприятий у пациентов обеих групп обнаружены изменения однонаправленного характера, не имеющие статистически значимого отличия. У пациентов контрольной группы исходное суммарное количество баллов составило $(26,03 \pm 3,20)$, а у пациентов основной группы — $(24,71 \pm 2,80)$ баллов ($p < 0,05$). После лечения отмечено достоверное улучшение эмоционального статуса у пациентов обеих групп: соответственно $(37,72 \pm 2,80)$ и $(45,2 \pm 2,1)$ балла. Ролевое эмоциональное функционирование сохранялось на достигнутом уровне в катамнезе. Количество баллов, характеризующее уровень данной субсферы КЖ, через 6—12 мес не имело статистически значимых отличий от полученных ранее данных: $(38,06 \pm 2,9)$ и $(37,72 \pm 2,8)$ балла у пациентов контрольной группы и $(46,0 \pm 2,1)$ и $(45,2 \pm 2,1)$ балла у лиц основной группы. В целом эмоциональное функционирование у пациентов основной группы улучшалось гораздо эффективнее, чем у лиц контрольной группы.

Результаты наших исследований подтвердили, что физическое состояние, соматическая боль и общее здоровье влияют на остальные субсферы КЖ. Осознание своего физического неблагополучия приводило к ухудшению психического состояния у большинства пациентов, перенесших ишемический инсульт. Так, при исследовании психического здоровья до проведения соответствующих медикаментозных мероприятий выявлено снижение средних показателей в одинаковой степени у пациентов контрольной и основной групп — соответственно $(45,21 \pm 1,60)$ и $(44,92 \pm 1,20)$ балла ($p < 0,05$). По результатам повторного исследования психоэмоционального состояния после лечения установлено его улучшение у всех обследованных. Суммарное количество баллов у пациентов контрольной группы составляло $(54,21 \pm 1,60)$ балла, что в 1,2 раза превышало исходные данные. У пациентов основной группы получены статистически более значимые результаты: средний балл психического здоровья увеличился в 1,48 раза $(68,8 \pm 1,4)$ балла).

Конфликта интересов нет.

Исследование не получало финансовой поддержки от государственной, общественной или коммерческой организации.

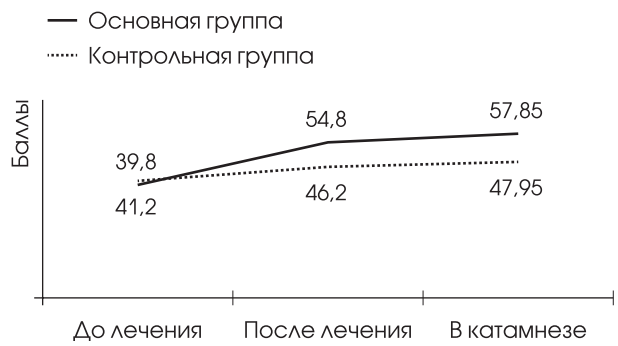


Рис. 2. Динаміка якості життя пацієнтів з постінсультними наслідками під впливом відновлювального лікування (усереднений балл по опроснику MOS SF-36)

Таким образом, проведенные медикаментозные мероприятия способствовали улучшению психического здоровья в восстановительный период у пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Результаты влияния на КЖ базовой программы вторичной профилактики и усовершенствованной тактики вторичной профилактики с учетом всех субсфер опросника MOS SF-36 представлены на рис. 2.

На основании результатов детального анализа динамики изменения КЖ по показателям опросника MOS SF-36 установлено преимущество использования усовершенствованной тактики вторичной профилактики по сравнению с базовой программой. Так, усредненный балл у пациентов основной группы после соответствующих медикаментозных мероприятий повысился на 40,5 %, а у пациентов контрольной группы — на 12 %, в катамнезе — соответственно на 45,4 и 16,3 %.

Выводы

Снижение качества жизни у пациентов, перенесших полушарный ишемический инсульт, обусловлено постинсультными нарушениями в психоэмоциональной и социальной сферах на фоне изменения физического функционирования, соматической боли и ухудшения общего здоровья.

Анализ эффективности воздействия на качество жизни и жизнедеятельность пациентов с последствиями инсульта тактики вторичной профилактики с использованием мероприятий, направленных на индивидуальную коррекцию нейропсихологических и когнитивных нарушений, и базовой программы вторичной профилактики выявил бóльшую эффективность усовершенствованной тактики.

Оценка качества жизни пациентов с постинсультными последствиями в восстановительный период позволяет проводить мониторинг эффективности лечения по изменению показателей качества жизни, в частности психического и эмоционального здоровья.

Литература

1. Грищенко Ю. С., Дудин И. И. Терапия постинсультной депрессии как фактор улучшения качества жизни пациентов на реабилитационном этапе // Якут. мед. журн. — 2013. — № 3. — С. 46—49.
2. Медведкова С. А. Динамика показателей качества жизни пациентов в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта // Междунар. неврол. журн. — 2013. — № 4(58). — С. 15—22.
3. Скворцова В. И. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта // Качество жизни. Медицина. — 2004. — № 4. — С. 10—12.
4. Скворцова В. И., Иванова Г. Е., Стаховская Л. В. Возможности расширения реабилитационного потенциала пациентов с церебральным инсультом // Рус. мед. журн. Неврология. Психиатрия. — 2011. — № 9. — С. 579—583.
5. Солонец И. Л., Ефремов В. В. Качество жизни пациентов, перенесших церебральный инсульт, в процессе комплексной реабилитации // Клин. мед. — 2015. — № 4. — С. 47—52.
6. Чистякова В. А., Катаева Н. Г. Динамика моторных и эмоциональных нарушений, качества жизни в восстановительном периоде инсульта // Бюл. Сиб. мед. — 2011. — № 2. — С. 98—104.
7. Abubakar S. A., Isezuo S. A. Health related quality of life of stroke survivors: experience of a stroke unit // Int. J. Biomed. Sci. — 2012. — N 8(3). — P. 183—187.
8. Hagen S., Bugge C., Alexander H. Psychometric properties of the SF-36 in the early post-stroke phase // J. Adv. Nurs. — 2003. — N 44(5). — P. 461—468. PMID: 14651694.
9. Kernan W. N., Ovbiagele B., Black H. R. et al., on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association // Stroke. — 2014. — N 45. — P. 2160—2236.
10. Naess H., Nyland H. Poor health-related quality of life is associated with long-term mortality in young adults with cerebral infarction // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. — 2013. — N 22(7). — P. 79—83.

Ю. І. ГУДАР'ЯН

Дніпропетровська медична академія, Дніпро

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, у пацієнтів у відновний період півкульного ішемічного інсульту

Мета — оцінити ефективність базової програми вторинної профілактики та вдосконаленої тактики вторинної профілактики щодо поліпшення показників якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у пацієнтів із наслідками півкульного ішемічного інсульту.

Матеріали і методи. За участю 92 пацієнтів обох статей у відновний період ішемічного інсульту проведено дослідження якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, з використанням опитувальника MOS SF-36. Здійснено оцінку ефективності різних лікувальних заходів з урахуванням динаміки змін показників якості життя.

Результати. Відзначено істотне зниження показників якості життя у відновний період церебрального ішемічного інсульту, зокрема фізичного і рольового емоційного функціонування, загального здоров'я, а також наявність соматичного болю. Це призводить до зниження соціальної активності, погіршення психічного та емоційного здоров'я. Поліпшенню показників опитувальника MOS SF-36 сприяли заходи вдосконаленої тактики вторинної профілактики. Емоційно-психологічні показники слід урахувувати при виборі методів відновного лікування пацієнтів, які перенесли церебральний ішемічний інсульт, оскільки від цього значною мірою залежить не лише поліпшення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, а й успішність лікування загалом.

Висновки. Виявлені закономірності в зміні якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у пацієнтів із наслідками півкульного ішемічного інсульту відкривають нові можливості для прогнозування результатів використання методів відновного лікування.

Ключові слова: ішемічний інсульт, відновне лікування, якість життя, пов'язана зі здоров'ям.

Yu. I. GUDARIAN

SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine»

Health related quality of life in patients in recovery period of hemispheric ischemic stroke

Objective — to estimate effectiveness of basic programme for secondary prophylaxis in comparison with advanced secondary prophylaxis tactics on health related quality of life outcomes in patients with hemispheric ischemic stroke.

Methods and subjects. Investigation of health related quality of life in recovery period of ischemic stroke was performed in 92 patients of both sexes. MOS SF-36 questionnaire was used. A comparative assessment of the effectiveness of medical interventions was conducted taking into account the dynamic changes in health related quality of life.

Results. Significant decrease in health related quality of life indicators in poststroke recovery period is observed. Quality of life in this contingent of patients significantly deteriorates due to decreased physical functioning, role-play emotional functioning, general health, the presence of somatic pain. In such conditions, there is a decline in social activity, deteriorating mental and emotional health. Better results on improvement of the MOS SF-36 scores were obtained with application of advanced secondary prophylaxis tactics. Received results ensure that emotional and mental indices should be considered upon selection of individual approach to restorative treatment of patients after cerebral ischemic stroke, since this will greatly depend on both improving health related quality of life and treatment success generally.

Conclusions. Patterns of changes, revealed in health related quality of life in patients with hemispheric ischemic stroke consequences disclose new approaches for prognosing results of restorative treatment used.

Key words: ischemic stroke, restorative treatment, health related quality of life.