

УДК 616. 831. 005.1-06:616.89-008

DOI: 10.21802/2304-7437-2019-5(57)-52-58

ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АНЕВРИЗМАЛЬНИЙ СУБАРАХНОЇДАЛЬНИЙ КРОВОВИЛИВ

Х. В. Дуве

*Тернопільський державний медичний університет імені
І. Я. Горбачевського; 46001, м. Тернопіль, майдан Воли;
e-mail: duve.khrystyna@gmail.com*

Аналіз даних низки наукових джерел свідчить, що навіть при сприятливому виході пацієнтів, які перенесли аневризмальний субарахноїдальний крововилив (аСАК), часто спостерігають зниження якості життя (ЯЖ), як на фізичному, так і на психо-соціальному рівні. Дискутабельним залишається наявність впливу функціональної залежності на якість життя пацієнта, адже серед хворих, що здатні самі себе обслуговувати, є частка тих, які не можуть повернутися до попереднього способу життя, роду діяльності, мають труднощі у взаємовідносинах та емоційні порушення.

***Мета** дослідження – оцінити якість життя у хворих у відновному та резидуальному періодах аСАК.*

***Матеріал та методи.** Обстежено 114 пацієнтів, з них 64,91 % – чоловіки та 35,09 % – жінки. Якість життя пацієнтів вивчали за допомогою опитувальника SF-36. Контрольну групу склали 20 практично здорових людей, відповідно за віком та статтю.*

***Результати.** Достовірне зниження ЯЖ у обстежуваних спостерігалось у всіх підшкалах, окрім фізичного функціонування, життєвої активності та соціального функціонування. Варто відмітити, що показник рубрики “психічне здоров’я корелював із рівнем тривожності ($r=-0,55$) та депресії ($r=-0,61$). У вікових групах показники ЯЖ життя виявились практично ідентичними, за винятком складової “фізичне функціонування”, адже пацієнти старшої вікової групи отримали нижчу кількість балів за цю підшкалу ($p<0,01$). Хворі з помірним ступенем залежності від сторонньої допомоги відмітили зниження якості життя в усіх категоріях шкали SF-36. Пацієнти, які були абсолютно незалежні від сторонньої допомоги, мали достовірне зниження якості життя по всіх складових шкали, за винятком фізичного функціонування.*

***Висновки.** При відновному та резидуальному періодах аСАК у пацієнтів спостерігали зниження якості життя, яке не залежить від ступеня функціональної залежності пацієнта. Встановлено, вплив тривожності ($r=-0,55$) та депресії ($r=-0,61$) на рубрику “психічне здоров’я.*

***Ключові слова:** субарахноїдальний крововилив, аневризма, якість життя.*

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень. Перше місце в структурі неврологічних захворювань займає церебро-васкулярна патологія, що становить актуальну медико-соціальну проблему. Субарахноїдальний крововилив (САК) – варіант геморагічного інсульту, для якого характерне потрапляння крові у субарахноїдальний простір. Найчастіша причина розвитку САК – розрив внутрішньочерепної аневризми, що може бути як вродженою, так і набутою, і за статистичними даними, частіше зустрічається у жінок (12 на 100 тис. населення) [3; 4; 6; 10]. Характерними для аневризмального субарахноїдального крововиливу (аСАК) є висока летальність, значний ризик неврологічних ускладнень, подальша інвалідизація пацієнтів, а також суттєве зниження їх якості життя [1]. Деякі зарубіжні автори вважають, що у більшості пацієнтів можна досягти відмінних результатів лікування (0-1 балів за шкалою Ренкіна), особливо у разі хорошого клінічного стану після реанімаційних заходів, відсутності крововиливу у паренхіму та ішемічних ускладнень [8]. Проте, за даними інших науковців, навіть при сприятливому виході, пацієнти часто мають зниження якості життя, як на фізичному, так і на психосоціальному рівні [5; 11; 12].

Ряд дослідників встановили, що настрої, в тому та когнітивні проблеми тісно пов'язані з усіма доменами шкали SSQOL, яку використовують для оцінки якості життя [13]. Дискутабельним залишається вплив функціональної залежності на якість життя пацієнта, адже багато хворих, що здатні самі себе обслуговувати, не можуть повернутися до попереднього способу життя, роду діяльності, мають труднощі у взаємовідносинах, емоційні порушення [2]. У дослідженні Persson H. S., et al (2018) у хворих через 5 років після перенесеного аСАК встановлено зниження якості життя, емоційного здоров'я, повсякденної активності та небажання їх повертатися до роботи, при чому 64% пацієнтів були незалежними у повсякденному житті [9]. Тому, з метою системної оцінки стану пацієнта, слід застосовувати не лише шкали, що оцінюють його функціональну активність та неврологічний дефіцит, але й шкали, що дозволяють оцінити якість життя [7; 14].

Мета дослідження – оцінити якість життя (ЯЖ) у хворих при відновному та резидуальному періодах аСАК.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 114 пацієнтів, з них 64,91 % – чоловіки та 35,09 % – жінки. Середній вік становив $(46,04 \pm 0,78)$ років. Пацієнтів було поділено за віком: молодий вік (18–44 роки) – 37,72 % хворих, середній (45–59 років) – 62,28 %. Відповідно до клініко-анатомічної форми крововиливу виділяли: субарахноїдальний крововилив (САК) – у 45,61 % пацієнтів, субарахноїдально-паренхіматозний (СП) – у 26,32 %, субарахноїдально-вентрикулярний (СВ) – у 18,42 %, субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний (СПВ) – у 9,65 %. Камнез хворих був наступним: до 1 року – 25,44 %, 1–5 років – 32,46 %, 6–10 років – 27,19 % та більше 10 років – 14,91 % пацієнтів. Ступінь тяж-

кості крововиливу в гострому періоді визначали за шкалою Hunt-Hess: I ступінь тяжкості – у 8,77 %, II ступінь – у 57,90 %, III – у 25,44 %, IV – у 2,63 %, V – у 5,26 % хворих. Контрольну групу склали 20 практично здорових людей співставлених за віком та статтю.

Проводили комплексне неврологічне обстеження, визначали ступінь функціонального відновлення та інвалідизації згідно модифікованої шкали Ренкіна. Для оцінки активності повсякденної життєдіяльності використовувався індекс Бартел. Структуру психо-емоційних розладів визначали використовуючи Госпітальну шкалу тривожності і депресії (HADS). Значення індексу Бартел було на рівні $(94,73 \pm 1,10)$ балів, що відповідало легкому ступеню залежності, а шкали Ренкіна – $(1,87 \pm 0,07)$ балів, що також можна порівнювати до легкого ступеня інвалідизації. Рівень тривожності становив $(9,50 \pm 0,36)$ балів, депресії – $(8,38 \pm 0,36)$ балів і відповідав субклінічним проявам для даних психо-емоційних порушень.

Якість життя пацієнтів вивчали за допомогою опитувальника SF-36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey), який було розроблено J.E. Ware та співавторами в 1988 році. Опитувальник включає 36 пунктів, об'єднаних у 8 шкал: фізичне функціонування (PF), рольове фізичне функціонування (RP), фізичний біль (BP), загальне здоров'я (GH), життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове емоційне функціонування (RE), психічне здоров'я (MH). Шкали згруповані у два показники: фізичний компонент здоров'я, куди входять чотири перші шкали, та психологічний компонент здоров'я, який складається з наступних чотирьох шкал. Оцінка проводиться за 100-бальною шкалою в умовних одиницях таким чином, що найбільша оцінка відповідає найвищому рівню ЯЖ, а 50 балів і більше вважається нормою. Обробка результатів дослідження проводилась за допомогою програми Microsoft Excel 2011 та комп'ютерної системи статистичного аналізу та обробки даних Statistica 10.

Результати. Детальний аналіз карт SF-36 дозволив нам отримати такі результати по підшкалах: за рубрику фізичне функціонування (PF) хворі отримали $(53,30 \pm 2,23)$ бали проти $(68,00 \pm 3,68)$ балів у групі контролю ($p > 0,05$), за фізичну складову рольового функціонування (RP) – $(16,25 \pm 2,51)$ бали проти $(72,75 \pm 4,87)$ балів ($p < 0,01$), за інтенсивність болю (BP) – $(48,26 \pm 1,75)$ бали проти $(72,20 \pm 4,40)$ балів ($p < 0,05$), за загальне здоров'я (GH) – $(42,91 \pm 1,39)$ бали проти $(75,90 \pm 2,69)$ балів ($p < 0,05$), за життєву активність (VT) – $(41,49 \pm 1,68)$ бали проти $(67,50 \pm 2,44)$ балів ($p > 0,05$), за соціальне функціонування (SF) – $(60,32 \pm 1,90)$ бали проти $(80,12 \pm 3,84)$ балів ($p > 0,05$), за емоційну складову рольового функціонування (RE) – $(24,91 \pm 3,06)$ балів проти $(80,00 \pm 7,41)$ балів ($p < 0,05$), за психічне здоров'я (MH) – $(52,59 \pm 1,57)$ бали проти $(62,45 \pm 2,67)$ балів ($p < 0,05$). Отже, достовірне зниження якості життя у обстежуваних спостерігалось у всіх підшкалах, окрім фізичного функціонування, життєвої активності та соціального функціонування. Варто відмітити, що показник рубрики “психічне здоров'я” корелював із рівнем тривожності ($r = -0,55$) та депресії ($r = -0,61$).

У вікових групах показники якості життя виявились практично ідентичними, за винятком складової “фізичне функціонування”, адже пацієнти старшої вікової групи отримали достовірно нижчу кількість балів за цю підшкалу ($p < 0,01$) (табл. 1).

Таблиця 1. Якість життя у групах пацієнтів різного віку, бали

Категорії шкали SF-36	Контрольна група (n=20)	Молодий вік (n=43)	Середній вік (n=71)
PF	68,00±3,68	61,19±3,01 $P_{M-C} < 0,01$	48,51±2,95*
RP	72,75±4,87	18,16±3,96*	15,08±3,26*
BP	72,20±4,40	50,30±3,00*	47,01±2,14*
GH	75,90±2,69	45,94±2,09*	41,07±1,82*
VT	67,50±2,44	42,48±3,21*	40,89±1,90*
SF	80,12±3,84	60,99±3,24**	59,90±2,35*
RE	80,00±7,41	26,87±4,83*	23,72±3,97*
MH	62,45±2,67	51,83±2,98	53,04±1,77

Примітка. *-показники достовірні по відношенню до значень КГ ($p < 0,01$)
**--показники достовірні по відношенню до значень КГ ($p < 0,05$)

З метою глибшого розуміння змін якості життя у пацієнтів, що перенесли аСАК, нами було проаналізовано результати шкали SF-36 у групах з різною оцінкою активності повсякденної життєдіяльності (за індексом Бартел) (табл. 2). Результат двох пацієнтів, що мали виражену залежність за індексом Бартел ми не приймали до уваги, у зв'язку з малою чисельністю пацієнтів у даній групі.

Таблиця 2. Якість життя пацієнтів з різною оцінкою активності повсякденної життєдіяльності за індексом Бартел, бали

Категорії шкали SF-36	Контрольна група (n=20)	Абсолютна незалежність (n=80)	Легка залежність (n=7)	Помірна залежність (n=25)
		I	II	III
PF	68,00±3,68	55,20±2,59	57,85±6,97	46,40±4,73**
RP	72,75±4,87	17,53±3,10*	25,00±9,44*	7,00±3,39* $P_{I-III} < 0,01$
BP	72,20±4,40	48,84±1,86*	64,71±7,81	44,00±4,10*
GH	75,90±2,69	42,74±1,54*	53,85±7,02	42,20±3,14*
VT	67,50±2,44	41,25±1,81**	52,14±8,58	40,00±4,32* $P_{I-III} < 0,05$
SF	80,12±3,84	59,48±1,98** $P_{I-II} < 0,05$	69,64±8,98	62,20±4,77*
RE	80,00±7,41	25,08±3,51*	38,09±16,94**	18,65±6,10*
MH	62,45±2,67	52,12±1,66	60,00±8,37	53,32±4,13

Примітка. *-показники достовірні по відношенню до значень КГ ($p < 0,01$)
**--показники достовірні по відношенню до значень КГ ($p < 0,05$)

Пацієнти, що мали помірну залежність, відмічали зниження якості життя у найбільшій кількості категорій SF-36, порівняно із групою легко залежних та абсолютно незалежних від сторонньої допомоги хворих. Достовірною ця різниця була відмічена у фізичній складовій рольового функціонування ($p < 0,01$) порівняно із групою незалежних пацієнтів. Слід відзначити, що зміни саме у цій підшкалі є закономірними, адже шкала Бартел відображає об'єктивний рівень фізичної залежності пацієнта від сторонньої допомоги.

Варто відмітити, що навіть у пацієнтів, які були абсолютно незалежними від сторонньої допомоги відмічалось достовірне зниження якості життя по всіх складових шкали SF-36, за винятком фізичного функціонування.

Висновки

1. У відновному та резидуальному періодах аСАК у хворих встановлено достовірне зниження якості життя у всіх підшкалах, окрім фізичного функціонування, життєвої активності та соціального функціонування.

2. Встановлено залежність рубрики “психічне здоров'я” із рівнем тривожності ($r = -0,55$) та депресії ($r = -0,61$).

3. Хворі з помірним ступенем залежності від сторонньої допомоги, відмітили зниження якості життя в усіх категоріях шкали SF-36.

4. Пацієнти, які були абсолютно незалежними від сторонньої допомоги, мали достовірне зниження якості життя по всіх складових шкали, за винятком фізичного функціонування.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому слід вивчити вплив когнітивних порушень на якість життя пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аСАК, що дозволить розкрити ключові фактори, які мають інвалідизуючий вплив на повсякденну активність пацієнта, а разом з тим оптимізує діагностику і сприятиме більш раціональному лікуванню даної категорії хворих.

Література

1. Дзяк Л.А., Цуркаленко О.С. Структурно-функціональні особливості перебігу субарахноїдальних крововиливів, зумовлених повторним розривом артеріальних аневризм // Одеський мед. ж-л. – 2005. – №3. – С. 47.
2. Al-Khindi T., Macdonald R.L., Schweizer T.A. Cognitive and functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage // Stroke. – 2010. – Т. 41. – №. 8. – С. e519-e536.
3. Bederson J.B. et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage a statement for healthcare professionals from a special Writing Group of the Stroke Council, American Heart Association // Stroke. – 2009. – V. 40. – №. 3. – P. 994–1025.

4. Grasso G., Alafaci C., Macdonald R.L. Management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: State of the art and future perspectives. *Surgical Neurology International*. 2017;8:11. doi:10.4103/2152-7806.198738.
5. Hop J.W. et al. Quality of life in patients and partners after aneurysmal subarachnoid hemorrhage // *Stroke*. – 1998. – V. 29. – №. 4. – P. 798–804.
6. Springborg J.B., Frederiksen H.-J., Eskesen V., Olsen N.V. Trends in monitoring patients with aneurysmal subarachnoid haemorrhage, *BJA: British Journal of Anaesthesia*, Volume 94, Issue 3, 1 March 2005, Pages 259–270, <https://doi.org/10.1093/bja/aei004>
7. Katati M.J. et al. Description of quality of life and its predictors in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage // *Cerebrovascular Diseases*. – 2007. – V. 24. – №. 1. – P. 66–73.
8. Pegoli M. et al. Predictors of excellent functional outcome in aneurysmal subarachnoid hemorrhage // *Journal of neurosurgery*. – 2015. – V. 122. – №. 2. – P. 414–418.
9. Persson H.C., Carlsson L., Sunnerhagen K.S. Life situation 5 years after subarachnoid haemorrhage // *Acta Neurologica Scandinavica*. – 2018. – V. 137. – №. 1. – P. 99–104.
10. Petridis AK, Kamp MA, Cornelius JF, et al. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *DtschArztebl Int*. 2017;114(13):226-236.
11. Schwartz C. et al. Long-term neurological outcome and quality of life after World Federation of Neurosurgical Societies Grades IV and V Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage in an Interdisciplinary Treatment Concept // *Neurosurgery*. – 2017. – V. 80. – №. 6. – P. 967–974.
12. Sonesson B. et al. Long-term reintegration and quality of life in patients with subarachnoid hemorrhage and a good neurological outcome: findings after more than 20 years // *Journal of neurosurgery*. – 2017. – V. 128. – №. 3. – P. 785–792.
13. Visser-Meily J.M.A. et al. Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage relationship with psychological symptoms and personality characteristics // *Stroke*. – 2009. – V. 40. – №. 4. – P. 1526–1529.
14. Vogelsang A.C. et al. Health-Related Quality of Life Dynamics 2 Years Following Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Prospective Cohort Study Using EQ-5D // *Neurosurgery*. – 2017. – V. 81. – №. 4. – P. 650–658.

Стаття надійшла до редакційної колегії 19.02.2019 р.

*Рекомендовано до друку д.м.н., професором Цимбалістою О.Л.,
д.м.н., професором Няньковським С.Л.*

**THE PECULIARITIES OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS,
SUFFERED FROM ANEURYSMAL SUBARACHNOID
HAEMORRHAGE****K. V. Duve***I. Ya. Horbachevskyy Ternopil State Medical University;
Maidan Voli 1, 46001, Ternopil*

The analysis of data from a number of scientific sources shows that even those patients, with favorable outcomes after suffering from aneurysmal subarachnoid hemorrhage (aSAH), may often experience a decline in quality of life (QoL), both at the physical and psychosocial levels. The influence of functional dependence on the patient's quality of life remains controversial, because among the number of patients, who save the ability of self-care, there exists a part of those, who are not able to return to their previous life-style, kind of activity, they have difficulties in their relationships and emotional disorders.

The aim of study was to assess the quality of life of patients in recovery and residual periods of aSAH.

Material and methods. *We examined 114 patients (64.91 % - males, 35.09 % - females). The patients' quality of life was studied by using the questionnaire SF-36. The control group consisted of 20 healthy participants, matched by age and gender.*

Results. *The significant decrease in QoL of patients was observed in all scales, with the exception of physical functioning, vital activity and social functioning. It should be noted, that "mental health" scale rates correlated with the level of anxiety ($r = -0,55$) and depression ($r = -0,61$). In the different age groups, the QoL indicators were almost identical, with the exception of "physical functioning" component, because older patients received a lower score for this scale ($p < 0.01$). Patients with a moderate level of disability were observed with a decline in all QoL categories of the scale SF-36. Patients, who were totally independent, had also a significant decline in all QoL scale components, with the exception of physical functioning.*

Conclusions. *We found the decrease in QoL of patients in recovery and residual periods of aSAH, which does not depend on one's level of functional dependence. The influence of anxiety ($r = -0,55$) and depression ($r = -0,61$) on the subscale "mental health" was established.*

Key words: *subarachnoid hemorrhage, aneurysm, quality of life.*