

М. І. Салій, С. І. Шкробот

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ЛАКУНАРНИМ ІНСУЛЬТОМ

М. И. Салий, С. И. Шкробот

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ЛАКУНАРНЫМ ИНСУЛЬТОМ

M. I. Saliy, S. I. Shkrobot

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC LACUNAR STROKE

У статті наведені результати дослідження якості життя у 88 пацієнтів, що перенесли лакунарний інсульт. Для дослідження якості життя використовувався опитувальник SF-36. Результати дослідження показали, що якість життя хворих після перенесеного лакунарного інсульту нижча за показники популяційної норми. Вплив на оцінку якості життя хворими мають такі чинники як вираженість неврологічного дефіциту, ступінь інвалідизації, рівень тривоги, стать, освіта. Рівень психічного здоров'я, життєвої активності та емоційної складової рольового функціонування у жінок в гострому періоді лакунарного інсульту достовірно нижчий, у порівнянні з чоловіками. У хворих з клінічно вираженою тривогою та депресією показники психічного здоров'я достовірно нижчі.

Ключові слова: лакунарний інсульт, опитувальник SF-36, якість життя

В статье приведены результаты исследования качества жизни у 88 пациентов, перенесших лакунарный инсульт. Для исследования качества жизни использовался опросник SF-36. Результаты исследования показали, что качество жизни больных после перенесенного лакунарного инсульта ниже показателей популяционной нормы. Влияние на оценку качества жизни больных имеют такие факторы как выраженность неврологического дефицита, степень инвалидизации, уровень тревоги, пол, уровень образования. Уровень психического здоровья, жизненной активности и эмоциональной составляющей ролевого функционирования у женщин в остром периоде лакунарного инсульта достоверно ниже, по сравнению с мужчинами. У больных с клинически выраженной тревогой и депрессией показатели психического здоровья достоверно ниже.

Ключевые слова: лакунарный инсульт, опросник SF-36, качество жизни

The results of studying the quality of life of 88 patients after lacunar stroke are presented in the paper. SF-36 questionnaire was used to study the quality of life. The results indicate that quality of life of patients after acute lacunar stroke is lower than population norms. Such factors as the severity of disability, degree of disability, level of anxiety, sex and education level have impact on quality of life of patients with lacunar stroke. The level of mental health, vitality and role emotional among women in the acute period of lacunar stroke is significantly lower in comparison to men. Mental health indices among patients with clinical anxiety and mental depression are significantly lower.

Key words: lacunar stroke, SF-36 questionnaire, quality of life

Проблема поширеності цереброваскулярної патології залишається актуальною у світі не одне десятиліття [3, 6, 7, 10]. В Україні щороку діагностуються більше ста тисяч нових випадків інсульту (106 тис. у 2011 році), і кожен п'ятий — це люди працездатного віку [3, 6]. За даними літератури, лише 10 % з тих, хто вижив після перенесеного інсульту, повертається до попереднього життя, у 48 % випадків пацієнти залишаються інвалідами через проблеми з моторикою, а у 30 % — розвивається психоорганічний синдром [5]. З огляду на це важливою є комплексна оцінка стану хворого після перенесеного інсульту, що забезпечить проведення адекватного лікування. Тому поряд із використанням шкал для оцінки неврологічного дефіциту (шкала NIHSS, індекс Бартела, модифікована шкала Ренкіна), потрібно застосовувати шкали, що дозволяють оцінити якість життя (ЯЖ) пацієнта. Цей показник надає дослідникам повноцінну інформацію щодо оцінки пацієнтом своєї хвороби [12, 13].

Інструментом дослідження ЯЖ є різні види опитувальників та індексів, що можуть бути загально медичними (MOSSF-36 (Medical Outcome Survey — Short Form 36), Quality of Life Index, PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory)) або спеціалізованими (FACT-An (Functional Assessment in Cancer Therapy — Anemia), FACT-BMT — Bone Marrow Transplantation, FACT-G — General). Загальномедичні шкали можуть бути використані для оцінки ЯЖ як у здорових людей, так і у хворих із будь-якою патологією [8, 9].

Метою нашої роботи було оцінити ЯЖ у хворих з гострим лакунарним інсультом (ЛІ) і встановити за-

лежність цього показника від певних факторів, таких як важкість інсульту, ступінь інвалідизації, вік, стать, освіта.

Під нашим спостереженням перебувало 88 пацієнтів з верифікованим на комп'ютерній томографії ЛІ. Середній вік хворих склав $(62,14 \pm 0,95)$ років, чоловіків було 62 (70,45 %), жінок — 26 (29,55 %). Обстежені хворі відповідно до віку були поділені на чотири вікові групи: I група (41—50 років) — 6 пацієнтів (6,82 %), II група (51—60 років) — 34 хворих (38,64 %), III група (61—70 років) — 32 хворих (36,36 %), IV група (71 рік і старші) — 16 пацієнтів (18,18 %). Відповідно до зібраних анамнестичних даних, у 12 пацієнтів була вища освіта (13,64 %), у 42 — середня спеціальна (47,73 %), у 24 пацієнтів — середня освіта (27,27 %) та у 10 — незакінчена середня (11,36 %).

Для оцінки ЯЖ використовували опитувальник SF-36, розроблений J. E. Ware та співавт. в 1988 році. Анкета SF-36 складається з 36 запитань, які відображають 8 концепцій (шкал) здоров'я: фізична працездатність, соціальна активність, ступінь обмеження фізичної працездатності та соціальної активності, психічне здоров'я, енергійність або стомлюваність, біль, загальна оцінка здоров'я і його зміни протягом останнього року. Опитувальник SF-36 дає кількісне визначення ЯЖ за вказаними шкалами. Показники можуть коливатися в діапазоні від 0 до 100 балів [11]. Чим вище значення показника, тим краща оцінка за вибраною шкалою. Паралельно хворі тестувалися на визначення рівня тривоги та депресії за допомогою шкали HADS (госпітальна шкала тривоги та депресії). Важкість інсульту оцінювали за шкалою інсульту Національного інституту здоров'я (NIHSS) [4]. Ступінь інвалідизації визначали за модифікованою шкалою

Ренкіна [2]. Тестування проводили у перший тиждень після початку захворювання.

Після оброблення карт хворих були отримані такі дані: загальне здоров'я хворі оцінили у $52,14 \pm 1,76$ бали (стандартизоване значення показника у популяції $N = 70,1$), фізичне функціонування — у $44,89 \pm 3,28$ бали ($N = 83,0$), соціальне функціонування — у $46,8 \pm 1,89$ ($N = 83,6$), життєву активність — у $52,39 \pm 2,06$ ($N = 57,0$), емоційну складову рольового функціонування — у $34,3 \pm 4,07$ бали ($N = 83,1$), фізичну складову рольового функціонування — у $22,73 \pm 3,83$ бали ($N = 77,9$), рівень больових відчуттів хворі оцінили у $64,27 \pm 2,71$ бали ($N = 70,2$), психічне здоров'я — $55,91 \pm 1,64$ бали ($N = 75,2$) [1]. Отже, за усіма розділами SF-36 в усіх досліджуваних хворих з ЛІ виявлено достовірно нижчі значення.

Дані аналізу показників SF-36 у хворих різних вікових груп наведені в таблиці 1. В усіх чотирьох вікових групах спостерігалось достовірне ($p \leq 0,01$), відносно норми, зниження показників фізичного функціонування, фізичної та емоційної складової рольового функціонування, загального та психічного здоров'я і соціального функціонування. Життєва активність у групах не відрізнялася від значень норми ($p > 0,05$), а достовірне ($p \leq 0,05$) зниження показника інтенсивності болю вияв-

лено лише у IV віковій групі. Індекс психічного здоров'я у IV віковій групі був достовірно ($p \leq 0,05$) нижчим, ніж у III. Встановлено обернений зв'язок між глибиною неврологічного дефіциту та показниками фізичного функціонування ($r = -0,65$), рольового функціонування ($r = -0,56$), загального здоров'я ($r = -0,54$).

У III віковій групі (61—70 років) виявлено обернений кореляційний зв'язок між рівнем освіти та емоційною складовою рольового функціонування ($r = -0,66$), інтенсивністю болю ($r = -0,66$), дещо слабшою була залежність освітнього рівня та фізичної складової рольового функціонування ($r = -0,47$) та рівня життєвої активності ($r = -0,5$).

Пацієнти з низьким освітнім рівнем продемонстрували кращі показники ЯЖ. У IV групі (старші 70 років) ситуація була дещо іншою — виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем освіти та психічним здоров'ям пацієнтів ($r = 0,52$) і життєвою активністю ($r = 0,5$), також встановлено кореляційний зв'язок між фізичним функціонуванням, фізичною складовою рольового функціонування та рівнем освіти ($r = 0,48$ та $r = 0,54$ відповідно).

У таблиці 2 подані результати обчислення шкали SF-36 у групах хворих в залежності від важкості інсульту за шкалою NIHSS, згідно з якою легкий ЛІ діагностовано у 70 хворих (79,55 %), середньої важкості — у 18 хворих (20,45 %).

Таблиця 1

Показники якості життя за шкалою SF-36 в залежності від віку, ($M \pm m$)

Категорії якості життя	Стандартизовані значення в популяції	I група (до 50 років), $n = 6$	II група (51—60 років), $n = 34$	III група (61—70 років), $n = 32$	IV група (71 і старші), $n = 16$
Фізичне функціонування	83,0	$56,67 \pm 12,82$	$49,71 \pm 5,37$	$38,44 \pm 5,52$	$43,13 \pm 7,01$
Рольове функціонування (фізична складова)	77,9	$41,67 \pm 19,0$	$13,24 \pm 4,51^*$ $p \leq 0,05$	$29,69 \pm 6,96$	$21,88 \pm 9,92$
Інтенсивність болю	70,2	$64,33 \pm 11,46$	$64,76 \pm 4,78$	$68,63 \pm 4,08$	$54,5 \pm 5,83$
Загальне здоров'я	70,1	$56,33 \pm 5,25$	$52,0 \pm 2,73$	$54,5 \pm 3,17$	$46,13 \pm 3,96$
Життєва активність	57,0	$60,0 \pm 7,96$	$51,18 \pm 3,32$	$54,69 \pm 3,05$	$47,5 \pm 5,74$
Соціальне функціонування	83,6	$58,67 \pm 6,89$	$38,41 \pm 2,94^*$ $p \leq 0,05$	$46,31 \pm 1,72^*$ $p \leq 0,05$	$61,13 \pm 5,26^*$ $p \leq 0,01$
Рольове функціонування (емоційна складова)	83,1	$56,0 \pm 13,91$	$31,53 \pm 7,03$	$35,63 \pm 6,53$	$29,38 \pm 9,08$
Психічне здоров'я	75,2	$54,67 \pm 8,8$	$56,24 \pm 2,42$	$59,75 \pm 2,16$	$48,0 \pm 4,87^*$ $p \leq 0,05$

* — достовірна різниця між показниками вікових груп

Таблиця 2

Показники якості життя за шкалою SF-36 в залежності від важкості інсульту, ($M \pm m$)

Категорії якості життя	Стандартизовані значення в популяції	Групи хворих за важкістю інсульту	
		Легкий інсульт, $n=70$	Інсульт середньої важкості, $n = 18$
Фізичне функціонування	83,0	$49 \pm 3,7$	$28,89 \pm 5,82^*$
Рольове функціонування (фізична складова)	77,9	$27,86 \pm 4,59$	$2,78 \pm 1,91^*$
Інтенсивність болю	70,2	$65,34 \pm 2,98$	$60,11 \pm 6,51$
Загальне здоров'я	70,1	$52,43 \pm 1,87$	$51,0 \pm 4,73$
Життєва активність	57,0	$50,43 \pm 2,44$	$60,0 \pm 2,74$
Соціальне функціонування	83,6	$47,34 \pm 2,23$	$44,67 \pm 3,2$
Рольове функціонування (емоційна складова)	83,1	$34,5 \pm 4,45$	$33,44 \pm 10,09$
Психічне здоров'я	75,2	$57,03 \pm 1,93$	$51,56 \pm 2,72$

* — достовірна різниця показників між групою хворих з легким інсультом та інсультом середньої важкості, $p \leq 0,01$

Згідно з даними таблиці достовірна різниця між результатами у групі хворих з легким інсультом та у групі з інсультом середньої важкості присутня лише у таких категоріях, як фізичне функціонування та фізична складова рольового функціонування ($p \leq 0,01$). Це закономірно, враховуючи той факт, що поділ за важкістю інсульту базується на визначенні глибини неврологічного дефіциту, який безпосередньо впливає на фізичну активність пацієнта.

Ми оцінили показники ЯЖ окремо у жінок та чоловіків. У таких рубриках як загальне здоров'я та соціальне функціонування значення практично не відрізнялися. Показники інтенсивності болю ($71,45 \pm 3,11$) та життєвої активності ($58,39 \pm 1,95$) у чоловіків були навіть дещо кращими за стандартизовані значення у популяції ($70,1$ і $57,0$ відповідно), в той же час у жінок спостерігалось їх зниження ($47,15 \pm 3,71$ та $38,08 \pm 3,99$ відповідно). До того ж різниця між показниками інтенсивності болю та життєвої активності у групах чоловіків та жінок мала достовірний характер (відповідно $t = 3,2$ та $t = 3,6$; $p \leq 0,01$). Встановлено достовірне ($p \leq 0,01$)

зниження показника фізичної складової рольового функціонування як у чоловіків, так і у жінок (відповідно $27,42 \pm 4,83$ та $11,54 \pm 5,41$). Виявлено також зменшення і показника емоційної складової рольового функціонування відносно норми — у жінок удвічі нижче, ніж у чоловіків (відповідно $18,23 \pm 4,28$ проти $41,03 \pm 5,28$) ($t = 2,5$; $p \leq 0,05$). Показник психічного здоров'я також зазнав змін у порівнянні з нормою ($p < 0,01$), достовірно нижче його значення були у групі жінок ($t = 3,0$; $p \leq 0,01$).

Встановлено слабкий кореляційний зв'язок між статтю та такими показниками як психічне здоров'я ($r = 0,45$), життєва активність ($r = 0,48$) та інтенсивність болю ($r = 0,44$). У чоловіків значення цих категорій ЯЖ були вищими.

Також ми поділили хворих на групи в залежності від ступеня інвалідації за шкалою Ренкіна (табл. 3.). За шкалою Ренкіна у 38 хворих був 1 ступінь інвалідації (43,18 %), 2 ступінь інвалідації встановлено у 26 хворих (29,55 %), 3 ступінь — у 18 хворих (20,45 %) і у 6 пацієнтів — 4 ступінь інвалідації (6,82 %).

Таблиця 3

Показники якості життя за шкалою SF-36 в залежності від ступеня інвалідації, ($M \pm m$)

Категорії якості життя	Стандартизовані значення в популяції	Ступінь інвалідації за шкалою Ренкіна			
		1 ступінь, $n = 38$	2 ступінь, $n = 26$	3 ступінь, $n = 18$	4 ступінь, $n = 6$
Фізичне функціонування	83,0	$58,16 \pm 4,87$	$37,31 \pm 5,31^*$ $p \leq 0,05$	$32,22 \pm 6,05^*$ $p \leq 0,05$	$31,67 \pm 15,53$
Рольове функціонування (фізична складова)	77,9	$36,84 \pm 6,58$	$15,38 \pm 5,38^*$ $p \leq 0,05$	$11,11 \pm 7,62^*$ $p \leq 0,05$	0
Інтенсивність болю	70,2	$68,63 \pm 3,69$	$58,85 \pm 4,81$	$59,56 \pm 7,52$	$74,33 \pm 8,98$
Загальне здоров'я	70,1	$52,47 \pm 2,89$	$53,38 \pm 2,33$	$51,56 \pm 4,51$	$46,33 \pm 8,13$
Життєва активність	57,0	$55,79 \pm 2,98$	$45,0 \pm 3,88$	$51,67 \pm 4,39$	$65,0 \pm 6,58$
Соціальне функціонування	83,6	$43,68 \pm 2,54$	$46,23 \pm 3,45$	$58,56 \pm 4,08$	$33,67 \pm 6,89^*$ $p \leq 0,01$
Рольове функціонування (емоційна складова)	83,1	$35,26 \pm 6,53$	$20,85 \pm 4,22$	$40,89 \pm 9,93^*$ $p \leq 0,05$	$66,67 \pm 21,08$
Психічне здоров'я	75,2	$61,05 \pm 2,45$	$52,62 \pm 2,89^*$ $p \leq 0,05$	$50,67 \pm 3,83^*$ $p \leq 0,05$	$53,33 \pm 4,22$

* — достовірна різниця показників

Варто відзначити, що кількість хворих з 4 ступенем інвалідації за шкалою Ренкіна незначна, тому показники у даній групі можуть бути недостовірними. Аналізуючи дані таблиці, можна зробити висновок про зменшення показників фізичного функціонування та фізичної складової рольового функціонування із наростанням ступеня інвалідації від 1 до 3 ($p \leq 0,05$). Встановлено достовірне зниження рівня соціального функціонування у хворих з 4 ступенем інвалідації ($p \leq 0,01$). Рівень загального здоров'я та життєвої активності у групах суттєво не відрізнявся. Показник емоційної складової рольового функціонування нижче норми в усіх групах ($p \leq 0,05$). Встановлено також зниження рівня психічного здоров'я у порівнянні з нормою, з достовірною різницею показників у групі хворих з 1 та 2 і 1 та 3 ступенем інвалідації ($p \leq 0,05$).

За даними шкали HADS у 20 хворих (22,73 %) виявлено клінічно виражену тривогу, у 28 хворих (31,82 %) — субклінічно виражену та у 40 хворих (45,45 %) були

відсутні достовірно виражені симптоми тривоги (норма); клінічно виражена депресія була виявлена у 18 пацієнтів (20,45 %), субклінічно виражена депресія — у 22 хворих (25 %) і у 48 хворих (54,55 %) показники тесту не виходили за межі норми. Під час визначення залежності між психічним здоров'ям та рівнем тривоги (за шкалою HADS) виявлено обернений кореляційний зв'язок ($r = -0,59$), тобто чим нижчий рівень тривоги у пацієнтів, тим кращі показники психічного здоров'я. Встановлена також залежність між рівнем психічного здоров'я та вираженістю депресивних розладів (за шкалою HADS) ($r = -0,45$).

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. В гострому періоді ЛІ встановлено достовірне зниження показників якості життя за шкалою SF-36.

2. Встановлено залежність між фізичною складовою ЯЖ і вираженістю неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS та ступенем інвалідації.

3. У віковій групі 70 років і старші зафіксовано прямий кореляційний зв'язок між рівнем освіти та показниками психічного здоров'я й життєвої активності, У віковій групі 61—70 років — обернений зв'язок між рівнем освіти та емоційною складовою рольового функціонування.

4. У жінок в гострому періоді ЛІ достовірно нижчими були значення показників психічного здоров'я, життєвої активності та емоційної складової рольового функціонування.

5. Виявлена зворотна залежність показника психічного здоров'я від рівня тривоги, та меншою мірою — депресії: у хворих з клінічно вираженою тривогою та депресією показники за шкалою HADS — нижчі.

Список літератури

1. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 / [Амирджанова В. Н., Горячев Д. В., Коршунов Н. И. и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2008. — № 1. — С. 23—28.
2. Белова А. Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А. Н. Белова. — М., 2004. — 432 с.
3. Виленский Б. С. Инсульт — современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврологический журнал. — 2008. — № 2. — С. 4—10.
4. Віничук С. М. Гострий ішемічний інсульт / С. М. Віничук, М. М. Прокопів. — К.: Наукова думка, 2006.— 286 с.

САЛІЙ Марина Ігорівна, аспірант кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології, Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», м. Тернопіль; e-mail: margaruta@mail.ru

ШКРОБОТ Світлана Іванівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль; e-mail: shkrobot_svitlana@mail.ru

5. Зозуля І. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Український медичний часопис. — 2011. — № 5 (85). — С. 45—50.

6. Зозуля І. С. Гострий період ішемічного інсульту: сучасний погляд на проблему / І. С. Зозуля, О. П. Мошенська // Український медичний часопис. — 2009. — 4 (72). — С. 67—73.

7. Міщенко Т. С. Судинні захворювання головного мозку: ситуація в світі та Україні / Т. С. Міщенко // Терапія. — 2009. — № 12(42). — С. 5—7.

8. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 320 с.

9. Пантелеєнко Л. В. Вплив клініко-демографічних показників на якість життя хворих у гострий період ішемічного інсульту / Л. В. Пантелеєнко, Л. І. Соколова // Український неврологічний журнал. — 2009. — № 2. — С. 26—32.

10. Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні / І. Л. Ревенько // Запорізький медичний журнал. — 2010. — № 3 (Т. 12). — С. 42—47.

11. Anderson C. Validation of the short form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients / Anderson C., Laubscher S., Burns R. // Stroke. — 1996. — Vol. 27. — P. 1812—1816.

12. Appelros P. Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year / Appelros P., Nydevik I., Viitanen M. // Ibid. — 2003. — Vol. 34. — P. 122—126.

13. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke / [Buck D., Jacoby A., Massey A., Ford G.] // Ibid. — 2000. — Vol. 31. — P. 2004—2010.

Надійшла до редакції 14.12.2013 р.

SALII Maryna Igorivna, Postgraduate Student of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology, and Medical Psychology of the "I. Gorbachevskyy's Ternopil State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine", Ukraine, 46400, Ternopil; e-mail: margaruta@mail.ru

SHKROBOT Svitlana Ivanivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurology, Psychiatry, Narcology, and Medical Psychology of the "I. Gorbachevskyy's Ternopil State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine", Ternopil; e-mail: shkrobot_svitlana@mail.ru