

В.С. Колотвинов, В.П. Сакович, А.Ю. Шамоу, А.А. Страхов, О.В. Марченко, И.Р. Улицкий

Качество жизни пациентов, прооперированных по поводу церебральных аневризм

МАУ «Городская клиническая больница № 40»,
620102, Екатеринбург,
ул. Волгоградская, 189,
kolotvinov@gkb40.ur.ru

УДК 616.831
ВАК 14.01.18

Поступила в редакцию
12 августа 2012 г.

© В.С. Колотвинов,
В.П. Сакович,
А.Ю. Шамоу,
А.А. Страхов,
О.В. Марченко,
И.Р. Улицкий, 2012

Цель исследования – оценка качества жизни (КЖ) пациентов, оперированных по поводу церебральных аневризм (ЦА), выявление факторов, которые оказывают влияние на изменение качества жизни данной группы пациентов. Для оценки КЖ использован международный опросник SF-36, анкетирование проводилось через 2–12 мес. после операции. Исследовалась зависимость КЖ пациентов от пола, возраста, перенесенного кровоизлияния, состояния пациента в остром периоде кровоизлияния по шкале Hunt-Hess, варианта оперативного лечения и ближайших результатов лечения (по шкале исходов Глазго). Установлено, что качество жизни пациентов не зависит от варианта оперативного вмешательства, возраста пациента, зависит от пола пациента, от перенесенного кровоизлияния, коррелирует с результатами лечения по шкале исходов Глазго. Ключевые слова: церебральные аневризмы; качество жизни; субарахноидальное кровоизлияние.

В 1946 г. Международная конференция здравоохранения в Нью-Йорке приняла Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в котором было сформулировано определение здоровья: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Появление новых взглядов на здоровье человека стало отправной точкой для развития концепции качества жизни, связанного со здоровьем [1]. Существуют различные определения понятия «качество жизни», один из вариантов – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются (ВОЗ, 1999). Таким образом, можно сказать, что качество жизни – это субъективный показатель удовлетворенности человека собственной жизнью.

В последние десятилетия наблюдается рост исследований в области качества жизни, поскольку изучение качества жизни дает возможность оценивать комплексное влияние заболевания на жизнь пациента, сравнивать эффективность различных методов лечения, прогнозировать течение заболевания, выявлять факторы, влияющие на снижение качества, и оказывать на них воздействие.

Аневризматические субарахноидальные кровоизлияния являются причиной 5–15% инсультов ежегодно, сопровождаются высокой смертностью (в первые 30 суток – около 45%) и инвалидизацией (около 30%) [2]. Высокий процент пациентов с церебральными аневризмами (ЦА) подлежит хирургическому лечению [2, 3]. Однако, несмотря на множество исследований, посвященных проблеме выявления и лечения пациентов с церебральными аневризмами, вопрос изучения их качества жизни после оперативных вмешательств до сих пор остается открытым [2–8]. Цель исследования – оценка КЖ пациентов, оперированных по поводу церебральных аневризм, выявление факторов, которые оказывают влияние на изменение качества жизни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 50 пациентов, оперированных в клинике по поводу ЦА. Опрошены мужчины и женщины (по 25 человек). Средний возраст пациентов на момент опроса – 50 лет. Из 50 пациентов: 31 прооперирован в остром периоде субарахноидального кровоизлияния, 14 – в «холодном» и у 5 человек не было в анамнезе кровоизлияния. Среди пациентов, оперированных в остром периоде кровоизлияния, большая часть (n = 25) поступила в клинику в компенсированном состоянии (тяжесть состо-

яния по шкале НН 1-2). У 30 человек аневризмы клипированы, у 11 – эмболизированы, и у 9 использованы оба метода. У 38 пациентов из 50 опрошенных достигнуты отличные результаты хирургического лечения по GOS.

Для оценки КЖ использован русскоязычный аналог международного универсального опросника MOS-SF-36, анкетирование проводилось через 2–12 мес. после операции.

Опросник SF-36 (J.E. Ware, 1992) отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, которые влияют на состояние здоровья [1, 9, 10].

SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т. п.).
2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP), – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).
3. Интенсивность боли (Bodily pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.
4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
5. Жизненная активность (Vitality – VT), подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.
6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).
7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.).
8. Психическое здоровье (Mental Health – MH), характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

SF-36 позволяет получить количественную характеристику КЖ по указанным шкалам. Оценка проводится по столбальной шкале в условных единицах: чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Шкалы группируются в два показателя – «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

1. Физический компонент здоровья (Physical health – PH). Составляющие шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH). Составляющие шкалы: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненная активность.

Исследовалась зависимость КЖ пациентов (по результатам SF-36) от пола, возраста, перенесенного кровоизлияния, состояния пациента в остром периоде кровоизлияния по шкале Hunt-Hess (НН), варианта оперативного лечения и ближайших результатов лечения (по шкале исходов Глазго – Glasgow Outcome Scale (GOS)).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общий показатель качества жизни по шкале SF-36 в исследуемой группе составил 62 балла (у здоровых людей, по данным различных популяционных исследований, около 80 баллов). В большей мере снижены показатели физического здоровья – 56, по сравнению с показателями психологического здоровья – 69. Более низкие показатели зарегистрированы по шкалам PF, RP, BP, GH, VT, MH (от 60 до 72 баллов), характеризующим ограничение физической активности и наличие депрессивных, тревожных переживаний, снижение жизненной активности. При этом отмечены высокие показатели по шкалам SF и RE (более 80 баллов), что свидетельствует о высокой социальной активности, хорошем эмоциональном состоянии респондентов. У мужчин показатели КЖ по всем шкалам опросника SF-36 лучше ($p = 0,02$). Достоверной зависимости между возрастом и КЖ не выявлено ($p = 0,15$), возможно, это обусловлено небольшой выборкой пациентов и требует дальнейших исследований. У пациентов, перенесших субарахноидальное кровоизлияние, показатели КЖ ниже, чем среди пациентов без кровоизлияния в анамнезе (рис. 1).

В отношении пациентов, оперированных в остром периоде кровоизлияния, общий показатель КЖ несколько выше у пациентов, оперированных в компенсированном состоянии (НН 1-2 – 64 балла, а НН 3 и НН 4 по 50 баллов). Незначительно выше показатели КЖ у пациентов, которым выполнялись только эндоваскулярные вмешательства (65 баллов), чем у пациентов, оперированных «открыто» либо с использованием комбинации методов хирургического лечения (62 и 63 балла). При этом снижение показателей качества жизни у пациентов, у которых аневризмы были клипированы, связано в основном с физическим компонентом здоровья (рис. 2).

У пациентов, у которых достигнуты отличные результаты лечения по GOS, более высокие показатели КЖ (68 баллов), но, к сожалению, даже минимальный неврологический

Рис. 1.
Зависимость показателей по SF-36 от выбранного метода лечения.

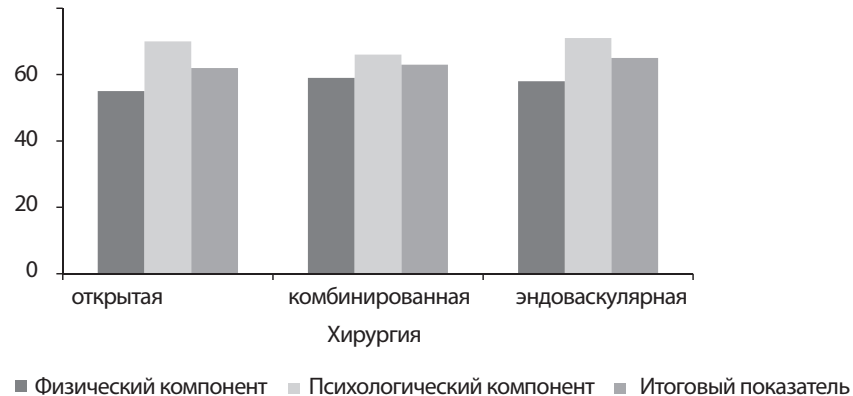
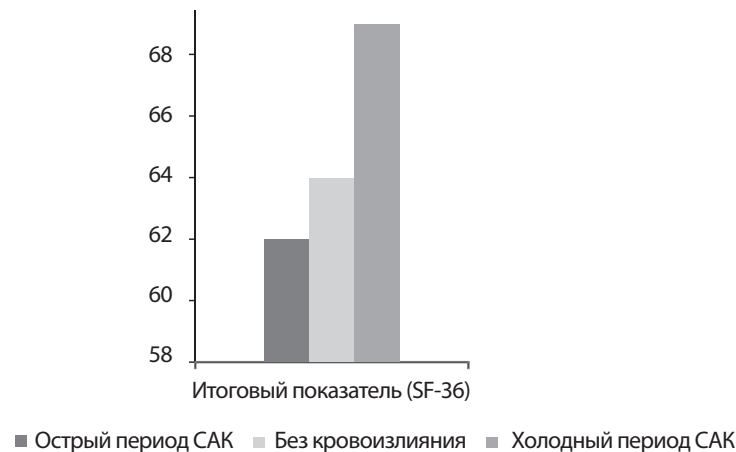


Рис. 2.
Зависимость показателей по SF-36 от наличия и периода субарахноидального кровоизлияния.



дефицит, соответствующий хорошим результатам по GOS, ведет к более низким показателям КЖ. Так, среди пациентов с хорошими и удовлетворительными результатами по GOS отмечены равнозначные показатели КЖ – 50 баллов.

ОБСУЖДЕНИЕ

По данным различных исследований, после хирургического лечения пациентов с ЦА наблюдается снижение показателей КЖ. У нас отмечены небольшие расхождения с данными других исследований [4, 7, 10, 12] в виде высоких показателей социальной и эмоциональной активности у обследованных пациентов. Более высокие показатели КЖ у мужчин выявлены как в общепопуляционных исследованиях, так и у пациентов, оперированных по поводу ЦА [1, 6, 7, 12]. Субарахноидальное кровоизлияние снижает КЖ пациентов, что подтверждают наши данные и результаты других исследований [5–7, 12]. К сожалению, не всегда отсутствие неврологического дефицита (отличные и хорошие результаты по GOS) обеспечивает хорошее КЖ наших пациентов [4, 6, 7, 11, 12], что говорит о необходимости дополнительной социальной и психологической помощи прооперированным пациентам. В отношении выбора метода хирургического лечения – противоречивые све-

дения. Ряд авторов сообщает о значительно лучших показателях КЖ пациентов, оперированных эндovasкулярно [5, 8]. По нашим данным и результатам других исследований [2, 12], не выявлено достоверной зависимости между способом оперативного лечения и показателями КЖ.

Качество жизни пациентов, оперированных по поводу ЦА: зависит от пола пациента (у женщин КЖ ниже); наличия в анамнезе САК; обратно пропорционально тяжести состояния при поступлении (по НН, для пациентов, оперированных в остром периоде кровоизлияния); во многом определяется результатами хирургического лечения (по Glasgow Outcome Scale); не зависит от возраста; минимальная разница в показателях КЖ пациентов, оперированных открыто и эндovasкулярно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М., 2007.
2. Brisman J.L, Song J.K., Newell D.W. // N. Engl. J. Med. 2006. V. 335. P. 928–939.
3. Connolly E.S., Rabinstein A.A., Carhuapoma J.R. et al. // Stroke. 2012. V. 43. <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2012/05/03/STR.0b013e3182587839>.

4. Powell J., Kitchen N., Heslin J. et al. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2002. V. 72. P. 772–781.
5. Brilstra E.H., Rinkel G.J., van der Graaf Y. et al. // Cerebrovasc. Dis. 2004. V. 17 (1). P. 44–52.
6. Katati M.J., Santiago-Ramajo S., Pérez-García M. et al. // Cerebrovasc. Dis. 2007. V. 24. P. 66–73.
7. Visser-Meily J.M., Rhebergen M.L., Rinkel G.J. et al. // Stroke. 2009. V. 40 (4). P. 1526–1529.
8. Katati M.J., Santiago-Ramajo S., Saura E. et al. // Neurocirugia (Astur.). 2006. V. 17 (4). P. 325–332.
9. Ware J.E., Sherbourne C.D. // Med. Care. 1992. V. 30. P. 473–483.
10. Anderson C., Laubscher S., Burns R. // Stroke. 1996. V. 27. P. 1812–1816.
11. Preiss M., Netuka D., Koblíhova J. et al. // J. Neurol. Surg. Cent. Eur. Neurosurg. 2012. V. 73 (4). P. 217–223.

Владимир Сергеевич Колотвинов – кандидат медицинских наук, врач высшей категории, заместитель главного врача по нейрохирургии ГКБ № 40 (Екатеринбург).

Владимир Петрович Сакович – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач России, ГКБ № 40 (Екатеринбург).

Александр Юрьевич Шамов – врач-нейрохирург высшей категории, заведующий нейрохирургическим отделением № 2 ГКБ № 40 (Екатеринбург).

Андрей Александрович Страхов – кандидат медицинских наук, врач-рентгенолог высшей категории, руководитель направления интервенционной нейрохирургии ГКБ № 40 (Екатеринбург).

Ольга Викторовна Марченко – врач-нейрохирург ГКБ № 40 (Екатеринбург).

Илья Романович Улицкий – врач-рентгенолог ГКБ № 40 (Екатеринбург).