

УДК 616.8-005.6

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Корно Н.В., Иванова Н.Е., Иванов А.Ю.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова – филиал «Северо-Западный федеральный медицинский научно-исследовательский центр им. В.А. Алмазова», Санкт Петербург, e-mail: ivamel@yandex.ru

Проведен анализ результатов хирургического лечения АВМ различной локализации с использованием неадгезивной клеевой композиции ONYX с катамнезом 6 месяцев и более. Основную группу составили 40 пациентов с АВМ головного мозга: средний возраст – 35,65, группа сравнения составила 22 человека. С целью оценки качества жизни (КЖ) использовался опросник SF-36, анализ проводился с учетом локализации, типа клинического течения мальформации, наличия когнитивных и психоэмоциональных нарушений. Наиболее выраженное снижение отмечалось по шкалам физического здоровья, в раннем послеоперационном периоде. Более чем на 30% были снижены показатели субшкал «Интенсивность боли» (BP) и «Физическое функционирование» (PF); почти на 40% – шкалы психического здоровья.

Ключевые слова: эндоваскулярное лечение АВМ, качество жизни, опросник SF-36

THE DYNAMICS OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CEREBRAL ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS AFTER ENDOVASCULAR TREATMENT

Korno N.V., Ivanova N.E., Ivanov A.Yu.

Russian Scientific Research Institute of Neurosurgery named after prof. A.L. Polenov the branch of «Northwestern Federal Medical Scientific Research Center named after V.A. Almazov», St. Petersburg, e-mail: ivamel@yandex.ru

The analysis was carried out of the results of surgical treatment of AVM of different localization using non-adhesive glue kompozitstsi ONYX catamnesis to 6 months or more. The main group consisted of 40 patients with brain AVMs: average age – 35.65, the control group was 22 people. SF-36 questionnaire been used to assess quality of life (QOL). Analysis was conducted taking into account the location, type of malformation of the clinical course, the availability of cognitive and psycho-emotional disorders. Indicators subscales' «pain intensity» (BP) and «physical functioning» (PF) have been reduced by more than 30%; by about 40% – mental health scale.

Keywords: endovascular treatment of AVMs, quality of life, questionnaire SF-36

Цереброваскулярные заболевания приводят к ограничениям в физической, эмоциональной и социальной сферах, что нарушает повседневную жизнедеятельность больных [Гусев Е.И., Скворцова В.И. 2001]. Цереброваскулярные заболевания приводят к ограничениям в физической, эмоциональной и социальной сферах, что нарушает повседневную жизнедеятельность больных [Гехт А.Б., 2004]. Современные стандартные методы оценки состояния больных с АВМ, в основном, отражают физическое состояние здоровья пациентов и слабо характеризуют состояние когнитивной и эмоциональной сферы. Выделено множество эпидемиологических, социальных, клинических и психологических факторов, оказывающих влияние на параметры качества жизни у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями, в том числе и в случаях с церебральными АВМ, [Гусев Е.И., Боголепова А.Н. 2013, Araki, 2002; Benito-leon., 2003; Buck D. 2000; Erica Ho Pik Lai, B.H.S., 2002; Ford H.L, 2001; Freeman J.A., 2001];

однако, результаты этих исследований неоднозначны.

Цель: изучение динамики качества жизни (КЖ) больных с АВМ головного мозга.

Материалы и методы исследования

Исследуемую группу составили 40 пациентов с АВМ головного мозга: 60% – мужчин, 40% – женщин; средний возраст – 35,65.

Группа сравнения составила 22 человека, средний возраст – 33 года (здоровые люди) информированное согласие на проводимое тестирование было получено.

Всем пациентам выполнен стандартный диагностический нейрохирургический комплекс (КТ, МРТ, ЭЭГ). Кроме этого, были применены специальные методы: тест на литеральные и семантические категориальные ассоциации, краткая шкала (MMSE); батарея тестов для оценки лобной дисфункции (FAB), заучивание и воспроизведение 12 слов в модификации Гробера и Бушке, тест повторения цифр в прямом и обратном порядке по методу Векслера, Бостонский тест называния, субтест на символично-цифровое сочетание из шкалы интеллекта взрослых Векслера, комплексный тест фигур Рея (ROCF), тест Бендера на зрительно-моторную координацию; опросник «Па-

мать в ежедневной жизни»; оценка депрессии и тревоги по шкале Гамильтона.

С целью оценки КЖ у больных с АВМ головного мозга использовался опросник SF-36 (SF-36 Health Status Survey), который включает следующие шкалы – физическое здоровье и психосоциальная сфера.

Физическое здоровье: физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – физическая активность (прямой критерий, чем выше оценка, тем выше качество жизни); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (обратный критерий, чем выше показатель, тем ниже качество жизни). Интенсивность боли (Bodily pain – BP) – обратный критерий; общее состояние здоровья (General Health – GH) – прямой критерий.

Психосоциальная сфера: жизненная активность (Vitality – VT) – прямой критерий; социальное функционирование (Social Functioning – SF) – прямой критерий; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE) – обратный критерий; психическое здоровье (Mental Health – MH) – прямой критерий.

Больные заполняли опросник SF-36 перед началом лечения, на 1-3 сутки после эндоваскулярного лечения и через 6 и более месяцев после эмболизации АВМ.

Проводилась сравнительная оценка качества жизни больных с АВМ из основной группы с качеством жизни (КЖ) больных на этапах эндоваскулярного лечения, а также с КЖ здоровых лиц (группа сравнения).

Результаты исследования и их обсуждение

С учетом локализации АВМ наблюдения основной группы были разделены на две подгруппы: 1 подгруппа – правополушарная локализация АВМ – 35%; 2 подгруппа – левополушарная локализация АВМ – 65%. Локализация АВМ в лобных долях была в 7,5%; в 30% наблюдений – височная доля; в 5% – зона центральных извилин; в 25% – теменная доля; в 7,5% – затылочная доля; в 2,5% – подкорковые структуры; в 12,5% АВМ занимала все полушарие головного мозга.

При анализе было установлено, что в 47,5% наблюдений АВМ имела эпилептический тип течения, в 22,5% – геморрагический, 22,5% – смешанный, в 7,5% – псевдотуморозный и ишемический тип течения, по градации R. Spetzler и N. Martin: II – 12,5%; III – 40%; IV – 20%; V – 27,5%.

Во всех наблюдениях учитывалась социально-трудовая адаптация пациентов: 1 группа – 42,5% работающие пациенты; 2 группа – 5% инвалиды III; 3 группа – 15% инвалиды II; 4 группа – 2,5% инвалиды I группы; 5 группа – 12,5% учащиеся.

Анамнез заболевания от манифестации заболевания до первого этапа эмболизации, в среднем, составил 5 лет 1 месяц.

Во всех наблюдениях до эндоваскулярного лечения проводилась субъективная

и объективная оценка эмоционально-волевого статуса: в 12,5% случаях изменений не выявлено; в 6% – депрессивные симптомы; 65%-эмоционально-лабильные нарушения; 7,5% – эйфоричность. Снижение критики умеренной степени выраженности выявлено в 70%; грубые нарушения в поведении в 10% наблюдений.

По шкале Гамильтона для оценки депрессии и тревоги у пациентов с локализацией мальформации в правом полушарии средний балл составил 16,7/16,8, что соответствует депрессивному расстройству средней степени тяжести и скрытому тревожному расстройству; при локализации АВМ в левом полушарии – 17,75/16,62 (тенденция к депрессии тяжелой степени).

Цереброастенический синдром легкой и умеренной степени выявлен в виде быстрой истощаемости во время умственной деятельности, усталости, снижения энергии и отсутствием желания какой-либо активности в 75% наблюдений; выраженный астенический синдром – в 7,5%.

Общемозговая симптоматика проявлялась в виде головных болей оболочечно-сосудистого типа и имела в 77,5% наблюдений, чаще при локализации АВМ в височной, теменной и затылочной долях (50%).

Для субъективной оценки нарушений памяти, пациентам предлагалось заполнить опросник «Память в ежедневной жизни». В зависимости от локализации мальформации в левом или правом полушарии, средний балл составил 44,4/53,1, что соответствует легким и умеренным нарушениям памяти, затрудняющим повседневную деятельность пациентов.

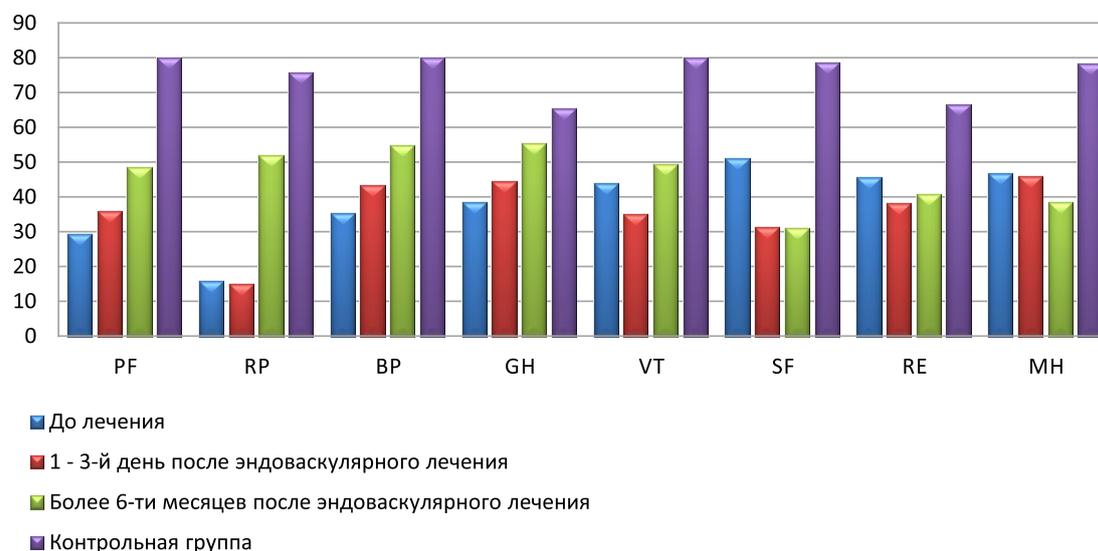
По результатам анализа данных опросника SF-36 выявлено достоверное снижение всех изучаемых параметров КЖ у больных с АВМ в сравнении со здоровыми лицами (таблица). Наиболее выраженное снижение отмечалось по шкалам физического здоровья; более чем на 30% были снижены показатели шкал боли и жизнеспособности, почти на 40% по шкале психического здоровья. Значительное ограничение повседневной деятельности пациенты связывали как со снижением физической активности, так и с нарушениями в психоэмоциональной сфере. Физическое состояние больных обуславливало выраженное снижение повседневной ролевой деятельности (RP достоверно ниже, чем в группе сравнения, $p < 0,005$). Отмечалось также достоверное различие показателей по шкале боли ($p < 0,001$), что было обусловлено наличием цефалгического синдрома различной степени выраженности.

Динамика показателей качества жизни больных с АВМ

Шкалы опросника SF-36	Оценка до лечения, (средний балл)	Оценка в 1 – 3-й день после эндоваскулярного лечения (средний балл),	Оценка через 6 месяцев и более после эндоваскулярного лечения, (средний балл)	Оценка в группе сравнения, (средний балл)
PF	29,4 ± 2,7*	35,9 ± 1,4	48,4 ± 2,7	79,9 ± 3,9
RP	15,9 ± 1,9*	14,9 ± 1,7	51,9 ± 2,4	75,9 ± 2,4
BP	35,4 ± 1,7**	43,4 ± 2,0	54,7 ± 2,2	80,2 ± 3,4
GH	38,4 ± 2,0*	44,5 ± 2,4	55,4 ± 1,7	65,3 ± 4,3
VT	44,1 ± 2,1*	35,1 ± 2,0	49,4 ± 2,3	79,9 ± 3,4
SF	51,1 ± 3,2*	31,4 ± 2,3	30,9 ± 1,7	78,6 ± 2,7
RE	45,6 ± 2,4*	38,1 ± 2,1	40,7 ± 2,1	66,5 ± 2,7
MH	46,7 ± 1,7*	46,0 ± 1,9	38,5 ± 2,3	78,4 ± 3,4

Примечание. * Достоверность различий $p < 0,005$, по сравнению с показателями контрольной группы, ** Достоверность различий $p < 0,001$, по сравнению с показателями контрольной группы.

Баллы



Динамика качества жизни пациентов с АВМ на этапах эндоваскулярного лечения.

Примечание. * Достоверность $p < 0,05$

При оценке показателей шкал, характеризующих эмоциональную сферу у больных с АВМ головного мозга, было выявлено значительное снижение показателей по шкале социальной активности, обусловленное влиянием физических факторов и эмоциональным напряжением. Показатели социальной активности и шкалы ролевого эмоционального функционирования оставались достоверно сниженными по сравнению с контрольной группой и в раннем и отдаленном послеоперационном периодах после эндоваскулярного лечения.

Следует отметить, что снижение социальной активности за период наблюдения пациентов связано в большинстве случаев с влиянием депрессии и наличием когнитивных нарушений различной степени выраженности и сложной структуры, которые приводят к глубоким изменениям в эмоциональной, интеллектуальной и соматической сферах пациента, что проявляется в снижении активности и работоспособности. Это подтверждают данные динамики качества жизни на этапах эндоваскулярного лечения АВМ (рисунок).

В основной группе больных в раннем послеоперационном периоде показатели шкал, характеризующие психоэмоциональное состояние и физическое функционирование достоверно ухудшились, особенно по субшкалам «Ролевое функционирование» и «Социальная активность», однако, в последующем наблюдалась положительная динамика. Выявлены достоверные различия между пациентами основной группы и группой сравнения по всем шкалам в отдаленном периоде в виде улучшения, по субшкалам «Физическое здоровье» и «Психосоциальная сфера», что свидетельствует о положительном влиянии успешного эндоваскулярного лечения на КЖ пациентов с АВМ.

Полученные результаты свидетельствуют также о положительной динамике в отдаленном периоде по субшкалам «Физическое и Ролевое функционирование», что говорит о высокой субъективной оценке по шкале «Общее состояние здоровья» в настоящий момент и о перспективах лечения. Без динамики остаются показатели по субшкале «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», что возможно обусловлено сохраняющимся цереброастеническим синдромом и депрессивными эпизодами на этапах хирургического лечения.

Нарушение физического состояния больного, часто сопровождается нарушениями в психологической, эмоциональной, ментальной, духовной и социальной сферах жизни пациента, что, в целом, и составляет понятие «качество жизни» [Новик А.А., Ионова Т.И., 2002]. Все это вызывает необходимость использования дополнительных критериев оценки состояния пациента – «качество жизни, связанное со здоровьем». Оценка качества жизни у пациентов с АВМ является источником существенной дополнительной информации, характеризующим изменение субъективного состояния физической, эмоциональной, духовной и социальной сферы пациента на фоне заболевания. В современной медицине КЖ является дополнительным критерием оценки эффективности проводимого лечения, а также позволяет проводить мониторинг и коррекцию фармакотерапии на этапах эмболизации АВМ.

Заключение

Оценка качества жизни на этапах эндоваскулярного лечения АВМ с исполь-

зованием опросника SF-36 показала, что заболевание приводит к снижению физического и психического компонентов здоровья, что связано с наличием очаговой неврологической симптоматики в виде двигательных нарушений, из-за которой значительно снижается повседневная активность больных, объём выполняемой работы и её качество. Наличие цефалгического синдрома, высокий уровень тревоги и депрессии, модально-неспецифические нарушения памяти легкой и умеренной степени выраженности также являются факторами, ухудшающими качество жизни больных с церебральными АВМ.

Негативное влияние на качество жизни больных оказывает локализация АВМ в левом полушарии головного мозга, высокая градация по Spetzler-Martin, геморрагический тип течения, высокая частота и длительность эписиндрома со сложной структурой припадков, а также длительность анамнеза от манифестации заболевания до первого этапа эндоваскулярного лечения мальформации.

Список литературы

1. Гехт А.Б. Новые медицинские технологии. – М., 2004. – № 10. – С. 37.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М., 2001. – 159 с.
3. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях / Е.И. Гусев, А.Н. Боголепова. // МЕД пресс-информ. – 2013. – С. 180.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский Дом «Нева». – 2002. – Глава 11, С. 229-239.
5. Araki I., Matsui, K. Ozawa Relationship between urinary symptoms and disease-related parameters in multiple sclerosis// I. Araki, K Matsui, M Ozawa. // J. Neurol. – 2002. – Vol. 249. – № 8. – P. 1010–1015.
6. Benito-Leon J. Health-related quality of life in multiple sclerosis / J. Benito-leon, P. Martinez-Martini // J. Neurologia. – 2003. – Vol. 18. – № 4. – P. 210–217.
7. Buck D., Jacoby A., Massey A., Ford G. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke / D. Buck., A. Jacoby, A. Massey, G. Ford // Stroke, 2000; 31: 2004-2010.
8. Erica Ho Pik Lai, B.H.S., Samuel Leung Cheong Lun, F.R.C.S. Impact on the quality of life of patients with arteriovenous malformations during the latent interval between gamma knife radiosurgery and lesion obliteration / Erica Ho Pik Lai, B.H.S. and Samuel Leung Cheong Lun, F.R.C.S. // J. Neurosurgery (Suppl 5) 97:471–473, 2002: Department of Neurosurgery, Queen Elizabeth Hospital, Hong Kong, People's Republic of China.
9. Ford H.L. Health status and quality of life of people multiple sclerosis / H.L Ford, E. Gerry, M.H. Johnson et al. // J. Rehabil. Rehabil. – 2001. Vol. 15-№23(12).-P.516-521.
10. Freeman J.A. Does adding MS-specific items to a generic measure (the SF-36) improve measurement? / J.A. Freeman., J.C. Hobart., A.J. Thompson. // J. Neurology. – 2001. – Vol. 57. – № 1.-51. – P. 68–74.