



УДК 616.831-001-036.11]-036.836

Н.В. Селянина, Ю.В. Каракулова, О.А. Ерошина

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

*Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера,
614000, ул. Петропавловская, 26, тел.: 8 (342) 217-10-31, e-mail: rector@psma.ru, г. Пермь*

Резюме

Предпринято комплексное обследование 63 больных – 45 мужчин и 18 женщин в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст исследуемых составил 31,5±13,3 лет) в остром периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Все больные были разделены на три группы: 27 больных с сотрясением головного мозга, 12 и 24 чел. с ушибами головного мозга легкой и средней степени тяжести. Исследование больных показало снижение качества жизни по всем показателям опросника SF-36 и повышение уровня реактивной тревожности. Корреляционный анализ выявил зависимость качества жизни от психоэмоционального статуса.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, качество жизни.

N. Selyanina, Y. Karakulova, O. Eroshina

LIFE QUALITY OF PATIENTS IN ACUTE STAGE OF TRAUMATIC BRAIN INJURY

Perm State Medical Academy, Perm

Summary

The complex study of 63 patients was performed. It included 45 males and 18 females (the average age 31,5±13,3). All the patients had an acute stage of traumatic brain injury (TBI). The patients were divided into 3 groups. 27 patients had brain concussion, 12 and 24 patients suffered from mild and moderate brain contusion. Emotional status study showed the increase of reactive anxiety. Life Quality assessment showed a significant decrease in all of the questionnaire SF-36 scales. The correlation analysis revealed the emotional status significant influence on the quality of life of TBI patients.

Key words: traumatic brain injury, Life Quality.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) составляет до 39 - 40% от общего травматизма и имеет тенденцию (по данным ВОЗ) к росту в развитых странах мира в среднем на 2% в год [1]. Стоимость ежегодных расходов на оказание помощи при травматическом повреждении мозга в США составляет 60 млрд долл. [2]. Патологические изменения при черепно-мозговой травме складываются из механизмов первичного повреждения и множества вторичных повреждений вещества головного мозга, в том числе процессов воспаления, гипоксии, некроза и апоптоза, нарушения синаптической пластичности и функциональной активности нейронов [1, 2].

Прогноз, степень выраженности последствий ЧМТ определяются не только исходной тяжестью церебрального повреждения, но и затрагивают физическую и психическую сферы деятельности человека, влияя на его качество жизни. Качество жизни (КЖ), как интегральный показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанный на его субъективной оценке, является важным инструментом, утверждающим антропоцентрический подход в медицинской практике [3]. Существующие методы исследования КЖ в медицине применимы в основном для хронической патологии. Между тем

низкая оценка КЖ в острый период закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) может прогностически неблагоприятно сказаться на формировании стойкого психоvegetативного синдрома и негативной оценке прогноза заболевания.

Целью настоящей работы является оценка КЖ больных в острый период ЗЧМТ легкой и средней степени тяжести.

Материалы и методы

Нами обследовано 63 больных с ЗЧМТ в остром периоде (45 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст исследуемых составил $31,5 \pm 13,3$ лет). Все больные были разделены на три группы в зависимости от степени тяжести полученной ЗЧМТ. В первую группу вошли больные с сотрясением головного мозга (СГМ) в количестве 27 чел., во вторую - с ушибом головного мозга легкой степени тяжести (УГМЛ) и в третью - с ушибом головного мозга средней степени тяжести (УГМС), соответственно 12 и 24 чел. Указанные группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Всем больным при поступлении проводили общеклиническое и неврологическое обследование, рентгенографию черепа, компьютерную томографию (КТ) головного мозга. Для оценки неврологического дефицита были использованы шкалы NIHSS, Barthell. Всем обследуемым применялось комплексное психометрическое тестирование с использованием шкалы депрессии Монтгомери-Асберг, госпитальной шкалы тревоги и депрессии, теста Спилбергера-Ханина. Констатация синдрома вегетативной дистонии проводилась по опроснику и схеме, разработанным в Республиканском центре вегетативной патологии. КЖ оценивалось по опроснику MOS SF-36 с использованием русской валидизированной версии, модифицированному нами для острых состояний.

В группу контроля вошли 15 практически здоровых лиц, не имеющих ЧМТ, соответствующих по полу и возрасту обследованным. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 с использованием описательной статистики (определение выборочного среднего (M) и ошибки среднего (a), непараметрических методов (сопоставление независимых групп с использованием критерия Манна-Уитни). Анализ зависимостей осуществлялся с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена с учетом величины « p » для распределений, отличающихся от нормального. При $p < 0,05$ различия считались достоверными.

Результаты и обсуждение

В остром периоде ЗЧМТ, независимо от вида ЧМТ, больные предъявляли жалобы на головную боль (78%), потерю памяти (24%), головокружение (56%), утомляемость (68%), раздражительность (32%), тревожность (28%), нарушения сна (36%). К объективным симптомам относились горизонтальный, мелкоразмашистый, быстро истощающийся нистагм (86,2%), повышение или снижение сухожильных и периостальных рефлексов (35,2%); у больных УГМС отмечались анизорефлексия, менингеальные симптомы, глазодвигательные

расстройства. У 77,5 % обследуемых были нарушения координации движений в виде неустойчивости в позе Ромберга, дисметрии при выполнении координаторных проб. Из объективных признаков, кроме того, отмечались лабильность пульса и артериального давления, изменение частоты дыхания, бледность кожных покровов, дистальный гипергидроз.

Средний балл по шкалам NIHSS и Barthell составили $2,55 \pm 1,88$ и $95,9 \pm 10,6$. Исследование эмоционально-личностной сферы у больных в остром периоде ЗЧМТ выявило легкий уровень депрессии по объективной шкале Монтгомери-Асберг ($9,6 \pm 7,1$ балла, $p = 0,001$ по отношению к группе контроля - $3,1 \pm 1,9$). Средние значения показателей госпитальной шкалы тревоги ($5,3 \pm 3,5$ балла) и депрессии ($4,3 \pm 3,3$ балла) не выявили статистической значимости различий по отношению к контролю, а также между группами ЗЧМТ. По опроснику Спилбергера - Ханина в большинстве случаев регистрировалась умеренная реактивная и легкая личностная тревожность больных. Среднее значение реактивной тревожности составило $45,0 \pm 10,2$ балла (в контрольной группе - $32,5 \pm 3,2$; $p = 0,01$), а личностной тревожности - $38,7 \pm 8,7$ балла (в контрольной группе - $32,7 \pm 3,8$ балла; $p > 0,05$). Степень вегетативной дисфункции у больных ЗЧМТ, независимо от степени тяжести, не отличалась от показателей контрольной группы и составила в среднем $18,5 \pm 13,8$ балла по «Вопроснику» и $20,1 \pm 13,8$ балла по «Схеме». При оценке КЖ отмечалось снижение по всем шкалам опросника SF-36. По шкале физического функционирования КЖ составило в среднем $71,9 \pm 29,1\%$, ролевого функционирования - $51,1 \pm 40,3\%$. Влияние боли снизило повседневную активность до $51,0 \pm 19,1\%$; общее здоровье было оценено на $61,1 \pm 13,4\%$. Процент качества жизни по шкалам социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, составил соответственно $59,5 \pm 21,2$ и $53,2 \pm 41,9$. Психологическое здоровье в острый период СГМ оценено больными в среднем на $63,3 \pm 14,7\%$. При детальном анализе шкал в зависимости от вида ЗЧМТ получены следующие результаты. Статистическая значимость различий была выявлена при оценке влияния боли на КЖ: в группе больных СГМ КЖ по шкале боли составило $38,0 \pm 25,6\%$, у больных УГМЛ - $50,0 \pm 26,8\%$, а у больных УГМС - $63,2 \pm 17,0\%$ ($p = 0,01$ по отношению к СГМ). При оценке КЖ по шкале социального функционирования в трех группах также была выявлена статистическая значимость различий: у больных СГМ показатель составил $41,4 \pm 14,4\%$, в группе УГМЛ - $74,1 \pm 17,3\%$ ($p = 0,00002$ по отношению к СГМ), а в группе УГМС - $66,0 \pm 17,7\%$ ($p = 0,0001$ по отношению к СГМ). Аналогичным образом больные различных групп оценили свое КЖ по шкале психического здоровья: у больных СГМ оценка составила $58,4 \pm 13,4\%$, у УГМЛ - $59,8 \pm 17,4\%$, а у больных с УГМС - $69,9 \pm 12,1\%$.

Таким образом, можно сделать вывод, что больные с СГМ оценивали свое КЖ по шкалам боли, социального функционирования и психического здоровья ниже, чем пациенты с более тяжелыми видами ЗЧМТ. В результате корреляционного анализа выяснилось, что эмоциональный статус является определяющим для

оценки состояния здоровья больных в острый период ЗЧМТ. Выявлены парадоксальные результаты оценки КЖ по некоторым шкалам и степени выраженности неврологического дефицита (NIHSS). Определена прямая корреляционная зависимость балльной оценки неврологического статуса со шкалой боли ($r=0,37$, $p=0,01$), жизненной активности ($r=0,35$, $p=0,01$), социального функционирования ($r=0,47$, $p=0,001$) и психического здоровья ($r=0,34$, $p=0,02$).

Психозэмоциональные показатели, полученные в результате тестирования по опросникам Спилберга-Ханина, Монтгомери-Асберг, ГШТ, ГЩД, имели отрицательную корреляционную зависимость со шкалами, отражающими психологический и физический компонент здоровья, а именно физическое функционирование, ролевое функционирование, жизненную ак-

тивность и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. В результате анализа выяснилось, что тревожность является определяющей для эмоционального компонента здоровья больных ЗЧМТ.

Таким образом, качество жизни больных черепно-мозговой травмой легкой и средней степени тяжести зависит от выраженности психозэмоциональных нарушений: чем выше уровень тревоги и депрессии, тем ниже показатели КЖ по шкалам, отражающим физический и психический компоненты здоровья. Степень выраженности неврологического дефицита не оказывает отрицательного влияния на оценку качества жизни. Самооценка качества жизни по шкалам боли, жизненной активности, социального функционирования выше у пациентов, имевших более тяжелую травму.

Литература

1. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме - М.: Антидор, 2002. - Т. 3. - 631 с.
2. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы. - М., 2009. - 386 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.Н. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.: Издат. дом «Нева»; Олма-Пресс Звездный мир, 2002. - 320 с.

Координаты для связи с авторами: Селянина Наталья Васильевна - доцент кафедры неврологии лечебного факультета ПГМА, тел.: 8 (342) 235-25-40, +7-908-250-42-23, e-mail: nselyanina@mail.ru; Каракулова Юлия Владимировна - профессор кафедры неврологии лечебного факультета ПГМА, тел.: 8 (342) 265-22-02, +7-912-884-40-07, e-mail: julia.karakulova@mail.ru; Ерошина Ольга Анатольевна - заочный аспирант кафедры неврологии лечебного факультета ПГМА, тел.: 8 (342) 229-63-92, +7-902-794-00-29.

