

Данилова Е.В., Алексеева Е.А.

Оценка тревожных расстройств и качества жизни пациентов с хронической ишемией головного мозга

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: ассистент Антонова Н.А.

Резюме

У 40 пациентов с хронической ишемией головного мозга определены уровни реактивной и личностной тревожности и качество жизни. Выявлена зависимость этих показателей от сроков прогрессирования заболевания.

Ключевые слова: хроническая ишемия головного мозга, тревожность, качество жизни

Актуальность

Проблема хронической ишемии мозга из-за большой распространенности и тяжести осложнений представляет в настоящее время медицинское и социальное значение не только в России, но и во всём мире. Вопросам развития тревожных расстройств и качества жизни у больных с хронической цереброваскулярной патологией уделяется особое внимание, т.к. изменения такого характера, в первую очередь, сказываются на адаптации больного в окружающем его мире. Это отражается как на общении пациентов с родственниками, друзьями, сослуживцами, просто с посторонними людьми, так и на соблюдении правил курсового лечения.

Цель исследования - определить особенности тревожных расстройств и качество жизни у больных с хронической ишемией головного мозга.

Материал и методы

Обследовано 40 больных с хронической ишемией головного мозга – 20 мужчин и 20 женщин. Возраст колебался от 40 до 75 лет. Все пациенты были разделены на 3 подгруппы в зависимости от длительности заболевания: первая - 12 человек - имела диагноз хроническая ишемия головного мозга не более 5 лет, вторая - 14 человек – от 5 до 10 лет и третья подгруппа - 14 человек – по данным анамнеза страдает данной патологией более 10 лет.

В план обследования входил неврологический осмотр, тестирование с помощью опросника SF-36, шкал реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина. Опросник SF-36 имеет восемь шкал, отображающих физическое (PF), ролевое (RP), социальное (SF), эмоциональное функционирование (RE), общее (GH) и психологическое (MH) здоровье, жизнеспособность (VT) и болевой синдром (BP). Показатели реактивной и личностной тревожности подсчитывали по стандартным формулам опросника Спилберга-Ханина с выявлением низкого, умеренного высокого ее уровней.

По каждому признаку в сравниваемых группах определяли среднюю арифметическую величину (M) и ошибку (m). Проводили проверку данных на нормальное распределение (тест Шапиро – Уилка W) и равенство дисперсии распределения (критерий Левена). Для сравнения средних в трех исследуемых группах применялся непараметрический критерий Крускала-Уоллиса. Нулевую гипотезу отвергали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Неврологический статус пациентов был представлен рядом общемозговых и очаговых синдромов. Первый из них был выявлен у всех исследуемых и чаще всего выражался в головных болях и головокружениях. Вестибулоатактический синдром был обнаружен у 84% пациентов. Чувствительные нарушения проявлялись у 32% исследуемых. Пирамидная недостаточность в виде анизорефлексии с конечностей, патологических стопных знаков, изменения тонуса, снижении мышечной силы определена в 41% случаев. Экстрапирамидный синдром отмечен у 10% больных.

Результаты оценки качества жизни пациентов с хронической ишемией головного мозга приведены в таблице 1.

Таблица 1. Качество жизни у больных с хронической ишемией головного мозга (M±m)

Шкалы SF-36	Группы		
	Первая	Вторая	Третья
GH	68,2±3,4	76,7±1,4	57,1±2,3
PF	64,7±0,3	87,2±2,8	65,4±1,9
RP	70,0±3,1	86,2±3,6	68,1±0,8
RE	69,8±0,8	79,7±2,7	68,6±1,0
SF	45,7±1,8	49,2±2,1	45,8±2,6
VT	67,7±4,1	72,3±1,7	67,7±0,8
MH	70,1±2,8	76,3±2,5	66,1±1,1

У всех пациентов первой группы качество жизни оценивалось как «ниже среднего». При этом выделялись следующие особенности: физическая составляющая качества жизни больных было существенно не нарушено (выполняли работу по и вне дома, адекватно проводили самообслуживание, осуществляли подъем по лестнице и перенос тяжестей). Это не оказывает сильного влияния на качество жизни. Показатель психического аспекта был значительно снижен. Эмоциональное состояние (страх, плохое настроение, плаксивость, тревога, агрессия) мешало пациентам общаться с соседями по палате, коллегами по

работе, а иногда, и с близкими родственниками. Причем эти состояния часто заставляют делать перерывы в работе. Кроме того, они сопровождались выраженными вегетативными проявлениями (сердцебиением, головной болью, повышением или понижением АД, выраженной потливостью). У мужчин вегетативная симптоматика выражена была меньше, чем у женщин, тревожные расстройства возникали реже.

У пациентов с длительностью заболевания от 5 до 10 лет отмечено постепенное снижение физической работоспособности из-за быстрой утомляемости, отсутствия желания выполнять ту или иную работу, но это не касается навыков самообслуживания, как реактивные, так и личностные тревожные расстройства у данных больных выражены умеренно. При этом пациенты старались справляться с ними самостоятельно при помощи самоубеждений, уговоров или с помощью приема седативных препаратов (настойка Валерианы, Пустырника, Ново-Пассит, Персен). Качество жизни этих больных оценивается как среднее.

У третьей подгруппы пациентов с хронической ишемией головного мозга отмечено снижение физической активности, быстрая утомляемость и раздражительность. Эти пациенты, как правило, применяют регулярно седативные препараты. Качество их жизни так же оценено как «ниже среднего» с отрицательной тенденцией по сравнению с показателями качества жизни больных с недлительным анамнезом хронической ишемии головного мозга.

Увеличение показателей качества жизни у пациентов второй группы по сравнению с первой можно объяснить началом активного лечения, а, возможно, и некоторым снижением критики к собственному состоянию. Последующее падение этих значений можно связать с более активным прогрессированием заболевания в более поздние сроки.

По шкале Спилберга-Ханина у пациентов с недлительным анамнезом хронической ишемии головного мозга была выражена реактивная тревожность ($48 \pm 4,7$ балла), в то время, как уровень личностной тревожности не превышал 29 и интерпретировался как низкий. Во второй группе эти показатели были $43 \pm 3,5$ и $36,2 \pm 2,1$ баллов, соответственно, и рассматривались как умеренная тревожность. У пациентов с длительностью заболевания более 10 лет средний показатель реактивной тревожности составил $31,3 \pm 5,2$ балла (умеренная тревожность), личностной – $47,3 \pm 3,8$ (высокая тревожность).

Таким образом, реактивные тревожные расстройства проявляются в начале заболевания, по мере его прогрессирования выраженность реактивных расстройств снижается, а личностных – возрастает. Это можно объяснить тем, что личностная тревожность относительно стабильна и не связана с ситуацией, поскольку является свойством личности. Реактивная же тревожность, наоборот, бывает вызвана какой-либо конкретной ситуацией и повышена в начале заболевания, возможно, как ответ на постановку диагноза. После осознания своего состояния и адаптации к нему значения ситуативной тревожности приходят в норму.

Выводы

Особенности тревожных расстройств и качество жизни у больных с хронической ишемией головного мозга зависят от длительности заболевания.

Реактивные тревожные расстройства проявляются в начале заболевания, по мере его прогрессирования выраженность реактивных расстройств снижается, а личностных – возрастает.

Качество жизни пациентов с анамнезом заболевания менее 5 лет определено как ниже среднего. Однако при длительности болезни от 5 до 10 лет показатели его повышаются, а при длительном течении хронической ишемии головного мозга качество жизни падает.

Литература

1. Чуканова Е.И. Опыт длительного курсового применения нейрометаболических препаратов в лечении хронической церебральной сосудистой недостаточности - фармакоэкономические аспекты). Качественная клиническая практика 2003; 4: 3-6.
2. Александровский Ю.А. Психофармакотерапия: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М: Издательский центр "Академия" 2005; 128.
3. Шток В.Н. Клиническая фармакология вазоактивных средств и фармакотерапия цереброваскулярных расстройств: Руководство для врачей. М: ООО "Медицинское информационное агентство" 2009; 584.
4. Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шапаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). СПб: ГЭОТАР-Медиа 2006; 236.
5. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiat Scand 1983; 67: 361-370.
6. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики. М: МЕДпресс-информ 2006; 256.
7. Nacano A., Cohen M.V., Downey J.M. Ischemic preconditioning. From basis mechanism to clinical applications. Pharmacol Ther 2000; 86: 263-275.
8. Kremastinos D. The phenomenon of preconditioning today. Hellenic J Cardiol 2005; 46: 1-4.