

Каракулова Ю.В., Амирахова Л.Ш.

Нейропсихологический статус и качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта под влиянием нейропротекторной терапии

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера» Минздрава России, кафедра неврологии, г. Пермь, БУЗ УР «Консультативно-диагностический центр МЗ УР», г. Ижевск

Karakulova Y.V., Amirakhova L.Sh.

Neuropsychological status and quality of life of patients in the recovery period of ischemic stroke during neuroprotective therapy

Резюме

Предпринято комплексное обследование 70 больных перенесших первый ишемический инсульт (31 женщина и 39 мужчин) в возрасте от 40-74 лет до и после лечения препаратом глиатилин. До лечения выявлено статистически значимое снижение показателей когнитивного, эмоционального статуса, наличие физической и психической астении у пациентов в восстановительном периоде первого ишемического инсульта, существенное снижение физического и психического компонента качества жизни. После курса терапии глиатилином у больных основной группы через 3 месяца от начала лечения, значимо улучшились количественные показатели когнитивного, аффективного статусов и качества жизни (MOS-SF-36), в частности физическое функционирование (PF) до $58,71 \pm 3,65$, жизненная активность (VT) до $56,29 \pm 2,55$, социальное функционирование (SF) до $64,64 \pm 3,26$ и психического здоровья (MH) до $59,54 \pm 2,67$.

Ключевые слова: ишемический инсульт, качество жизни, глиатилин

Summary

Undertaken complex examination 70 patients had undergone first ischemic stroke (31 women and 39 men) aged 40-74 years before and after treatment with Gliatilin. Before treatment, a statistically significant decline in cognitive, emotional status, the presence of physical and mental fatigue in patients in the recovery period of the first ischemic stroke, a significant reduction in physical and mental component of quality of life. After treatment Gliatilin main group patients after 3 months of treatment, significantly improved quantitative indicators of cognitive, affective status and quality of life (MOS-SF-36), including physical functioning (PF) to $58,71 \pm 3,65$, life activity (VT) to $56,29 \pm 2,55$, social functioning (SF) to $64,64 \pm 3,26$ and mental health (MH) to $59,54 \pm 2,67$.

Key words: ischemic stroke, Life Quality, Gliatilin

Введение

Проблема своевременной и адекватной патогенетической терапии ишемического инсульта (ИИ), приводящего к инвалидизации и социальной дезадаптации больного вследствие нарушения двигательных и когнитивных функций, является важнейшей в клинической неврологии [1]. По данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом в Российской Федерации постинсультная инвалидизация составляет в настоящее время 92%, из нее 76% приходится на долю тяжелой инвалидизации [2]. Когнитивные и эмоциональные нарушения, являются одним из наиболее частых проявлений сосудистых заболеваний головного мозга. Характерной особенностью сосудистых когнитивных нарушений является доминирование в их структуре

нарушений регуляторных управляющих функций, обеспечиваемых взаимодействием корково-подкорковых структур [3, 4, 5]. Переживание своей нарастающей интеллектуальной и, как правило, двигательной неспособности вносит свой вклад в формирование депрессивных расстройств и снижения качества жизни пациентов после инсульта [6]. Восстановление после инсульта определяется в виде задач, ориентированных на улучшение качества жизни, в частности физического состояния, психологической, социальной и бытовой реадaptации [7, 8]. В последние годы изучение качества жизни все чаще становится предметом клинических исследований в силу более адекватной оценки состояния здоровья пациентов и эффективности применяемых методов лечения [9].

Нейропротекторная и репаративная терапия в восстановительном периоде ишемического инсульта направлена на улучшение пластичности здоровой ткани, окружающей инфаркт головного мозга, активацию образования полисинаптических связей, увеличение плотности рецепторов [10]. Холина альфосцерат (глиатилин) - соединение, содержащее 40% холина и превращающееся в организме в метаболически активную форму фосфорил-холин, способный проникать через гематоэнцефалический барьер и активировать биосинтез ацетилхолина в пресинаптических мембранах холинергических нейронов. Глиатилин активирует холинергическую нейротрансмиссию, повышая пластичность ткани мозга, оказывает мембраностабилизирующее и антиоксидантное действие. Холина альфосцерат предотвращает развитие деменции, облегчает процессы обучения и запоминания за счет увеличения синтеза и высвобождения ацетилхолина в мозговых структурах [11,12].

Цель исследования изучить нейропсихологический статус и качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта до и после лечения препаратом глиатилин.

Материалы и методы

Нами обследовано 70 больных перенесших первый ишемический инсульт (31 женщина и 39 мужчин) в возрасте от 40-74 лет (средний возраст 59 лет). У 29 человек (41,4%) имела место левополушарная, а у 41 (58,5%) - правополушарная локализация инсульта. Все больные были разделены на 2 группы по 35 человек: основная группа, получающих наряду с базисной терапией холина альфосцерат, и группа сравнения, в которой больным проводилась традиционная базисная терапия (антиагреганты, гипотензивные препараты, кавинтон 2 мл в/в капельно+ пирацетам 20% 10 мл в/в струйно с последующим приемом per os в течение трех месяцев). 35 пациентам основной группы с первого дня и в течение 10 дней вводили в/в капельно глиатилин по 1000 мг (4 мл) на 100 мл 0,9 % хлорида натрия, с последующим приемом per os в течение трех месяцев по 1200 мг в день). Также в качестве группы контроля обследованы 18 практически здоровых лиц, не имеющих перенесенного инсульта, соответствующих по полу и возрасту пациентам основной группы.

Методы исследования включали оценку клинико-неврологического статуса. Для объективизации степени тяжести больного были использованы: шкала NIH-NINDS (оценка выраженности неврологического дефицита и динамики заболеваемости), шкала Бартел для оценки повседневного обслуживания. Нейропсихологическое исследование включало шкалу Бека, тест Спилбергер-Ханина, батарею лобной дисфункции (FAB), краткую шкалу оценки психического статуса (тест рисования часов); оценку уровня общей, физической и психической астении (MFI-20); тест VAS-A для оценки физического и психического состояния. Количественная оценка качества жизни, связанного со здоровьем, проводилась по опроснику Medical Outcomes Study Short Form – 36 (MOS SF-36).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0» с использованием описательной статистики (определение выборочного среднего (M) и ошибки среднего (σ), непараметрических методов (сопоставление независимых групп с использованием критерия Манна-Уитни). При сравнении двух зависимых групп применяли критерий Вилкоксона (pw). При $p < 0,05$ различия считались достоверными.

Результаты и обсуждение

До лечения средний балл функциональной оценки неврологического дефицита по шкалам NIHSS и Barthell в группе больных составили $6,64 \pm 0,26$ и $91,86 \pm 1,31$. Исследование нейропсихологической сферы у больных перенесших первый ишемический инсульт, выявило статистически значимые различия ($p < 0,001$) по отношению к здоровым, по данным батареи лобной дисфункции (FAB) $12,86 \pm 0,39$; краткой шкале оценки психического статуса $25,87 \pm 0,35$; шкале депрессии Бека $14,86 \pm 0,90$. Средние значения показателей реактивной тревоги ($35,17 \pm 0,62$) и личностной тревоги ($40,59 \pm 0,64$) по шкале Спилбергера не выявили статистической значимости различий по отношению к группе здоровых и соответствует умеренной степени тревожности (табл. 1).

Степень изменения общей ($14,90 \pm 0,39$) и психической ($15,50 \pm 0,46$) астении по опроснику MFI-20 имеет статистически более значимые различия с группой здоровых ($p < 0,001$) $11,28 \pm 0,76$ и $11,39 \pm 0,95$ соответственно. При оценке уровня физической астении ($12,47 \pm 0,62$) выявлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) с группой здоровых ($8,61 \pm 0,79$). Также выявлена достоверная разница при определении средних показателей физической слабости ($6,09 \pm 0,25$, в группе здоровых $4,00 \pm 0,57$) и психического истощения ($5,94 \pm 0,27$, в группе здоровых $4,00 \pm 0,64$) по ВАШ.

Показатели качества жизни пациентов перенесших первый ишемический инсульт до курса лечения были существенно ниже, чем в группе здоровых. Более значимые различия ($p < 0,001$) выявлены по данным ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP); ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE). Статистическая значимость различий ($p < 0,05$) была выявлена по шкале физического функционирования (PF) $49,64 \pm 2,75$, социального функционирования (SF) $55,70 \pm 2,27$, жизненной активности (VT) $45,21 \pm 1,83$, общего состояния здоровья (GH) $45,44 \pm 1,95$. Показатели качества жизни по шкалам интенсивности боли (BP) и психического здоровья (MH) не имели значимых различий с группой здоровых людей.

После проводимого лечения установлено статистически значимое изменение суммы баллов шкалы реактивной тревоги, показателей общей, физической и психической астении в обеих группах больных. На фоне терапии холина альфосцератом наблюдался более видимый регресс неврологической симптоматики к третьему месяцу приема препарата: частичное восстановление функции черепных нервов, частично регрессировала степень пареза, чувствительные нарушения по данным шкалы NIH-NINDS. В группе больных, получавших глиатилин уста-

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей нейропсихологического статуса и качества жизни больных в восстановительном периоде полшарного ишемического инсульта

Показатель	Группа пациентов (n=70)	Группа здоровых (n=18)	Значимость различий p ^{***}
Шкала Бека, баллы	14.86±0.90	8.28±1.25	0.002
Шкала тревоги Спилбергера (реактивная тревога), баллы	35.17±0.62	35.06±1.24	
Шкала тревоги Спилбергера (личностная тревога), баллы	40.59±0.64	40.61±1.46	
Индекс Бартелла, баллы	91.86±1.31	97.50±0.83	0.052
Батарея лобной дисфункции (FAB), баллы	12.86±0.39	16.83±0.20	<0.001
Краткая шкала оценки психического статуса, баллы	25.87±0.35	28.67±0.21	<0.001
Общая астения (MFI-20), баллы	15,12 ± 0,73	10,2±0,42	0.001
Психическая астения (MFI-20), баллы	16,7 ± 0,48	11,1±0,48	0.001
Физическая астения (MFI-20), баллы	14,92 ± 0,61	10,21±0,24	0.001
Физическое функционирование (PF),	49.64±2.75	66.11±5.28	0.008
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP),	17.86±3.91	58.33±8.33	<0.001
Интенсивность боли (BP),	48.73±3.14	50.22±5.29	
Общее состояние здоровья (GH),	45.44±1.95	53.33±3.24	0.033
Жизненная активность (VT),	45.21±1.83	54.44±3.33	0.011
Социальное функционирование (SF),	55.70±2.27	69.36±4.20	0.014
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE),	21.77±3.69	64.22±7.87	<0.001
Психическое здоровье (MH),	53.09±1.93	60.00±3.05	

Таблица 2. Сравнительная характеристика групп по данным клинических шкал через 3 месяца после лечения.

Показатель	Группа глиатилина (n=35)	Базовое лечение (n=35)	p ^(***)
1. Шкала NIH-NINDS	5,34±0,32	5,63±0,34	
2. Индекс Бартелла, баллы	94,14±1,53	95,86±0,99	
3. Шкала Бека, баллы	13,85±1,1	15,86±1,43	
4. Тест Спилбергера, реактивная тревога, баллы	36±0,79	34,34±0,93	0,007
5. Тест Спилбергера, личностная тревога, баллы	41,26±0,67	39,91±1,08	
6. Батарея лобной дисфункции (FAB), баллы	12,77± 0,58	12,94±0,52	
7. MMSE, баллы	25,71 ± 0,60	26,03±0,36	
8. Общая астения (MFI-20), баллы	14,02 ± 0,57	15,77±0,50	0,03
9. Психическая астения (MFI-20), баллы	12,17 ± 0,82	16,31±0,54	0,001
10. Физическая астения (MFI-20), баллы	12,69 ± 0,71	14,77±0,94	0,049
11. Физическое функционирование (PF)	58,71 ± 3,65	50,71±3,40	0,01
12. Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	32,0 ± 6,0	12,14±4,27	0,001
13. Интенсивность боли (BP)	67,31± 3,30	54,51±4,78	0,04
14. Общее состояние здоровья (GH)	50,29 ± 3,27	46,91±2,27	
15. Жизненная активность (VT)	56,29 ± 2,55	43,71±2,22	0,007
16. Социальное функционирование (SF) %	64,64 ± 3,26	55,31±2,87	0,034
17. Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	28,39 ± 4,94	27,4±5,35	
18. Психическое здоровье (MH)	59,54 ± 2,67	52,69±2,61	0,01

новлено статистически отличное от исходных до лечения изменение суммы баллов шкалы Бека с 13,85±1,1 до 10,85±0,76; индекса Бартелла с 89,57±2,17 до 94,14±1,53;

краткой шкалы оценки психического статуса с 25,71 ± 0,60 до 26,2 ± 0,51, что означает снижение когнитивного дефицита.

После проводимого лечения в обеих группах пациентов отмечается положительная динамика субъективных и объективных показателей разных сторон качества жизни. В основной группе больных, получавших холина альфосцерат установлено статистически отличное ($p=0,002$) от исходных до лечения изменение суммы баллов показателей ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием – RP с $26,43 \pm 6,31$ до $32 \pm 6,0$, что означает уменьшение влияния физического состояния на повседневную и ролевою деятельность, а также индекса Бартелла с $89,57 \pm 2,17$ до $94,14 \pm 1,53$ ($p=0,001$). Как представлено в таблице 2, исследуемые группы больных спустя 3 месяца после начала лечения оказались статистически значимо (по критерию Манна-Уитни) различными по большинству исследуемых показателей, в том числе при оценке качества жизни (MOS-SF-36).

Заключение

У больных в восстановительном периоде после перенесенного первого ишемического инсульта имеет место статистически значимое снижение показателей, характеризующих физическую, когнитивную и эмоциональную сферы пациента. Наличие существенной физической и психической астении является видимой причиной ухудшения таких показателей качества жизни, как ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, физическое функционирование, социальное функционирование, жизненная активность, общее состояние здоровья. В результате проведенной терапии Глиатилином получены существенно более высокие параметры качества жизни по опроснику SF-36 в основной группе наблюдения. Показатели физического функционирования (переносимость физических нагруз-

зок и роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности) достоверно возросли. Пациенты отмечали повышение внутренней энергии и энтузиазма при выполнении своих обычных повседневных обязанностей. На фоне лечения Глиатилином снизилась чувствительность к некоторым проявлениям физической боли, она меньше влияла на поведение, активность и объем выполняемых работ. Улучшение общего физического состояния оказывало положительный эффект и на осознание своего психического здоровья, так как для большинства пациентов психологический статус тесно связан с физическим и функциональным. Пациенты отмечали повышение своей социальной активности, они получали удовлетворение от возможности поддерживать контакты с окружающими.

Исследование показало, что применение препарата Глиатилин в дозе 1000 мг (4 мл) в/в капельно на 100 мл 0,9 % хлорида натрия 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, затем 400 мг 3 раза в сутки в течение 3 месяцев у больных в восстановительном периоде ишемического инсульта позволяет ускорить восстановление неврологических функций, в том числе уменьшить очаговую неврологическую симптоматику и существенно поднять различные аспекты качества жизни.■

Ю.В.Каракулова д.м.н., проф., Л.Ш. Амирахова асп. ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера» Минздрава России, кафедра неврологии, г. Пермь, БУЗ УР «Консультативно-диагностический центр МЗ УР», г. Ижевск; Автор, ответственный за переписку - Каракулова Юлия Владимировна, 614107 г. Пермь, ул.Макаренко, 6, кв. 124, Тел. (342)2652202, 89128844007, julia.karakulova@mail.ru

Литература:

- Скоромец А.А., Стаховская Л.В., Белкин А.А., Шеховцова К.В., Кербиков О.Б., Буренчев Д.В., Гаврилова О.В., Скворцова В.И. Новые возможности нейротектики в лечении ишемического инсульта. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2008; 22: 32-38.
- Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2003; 8: 4-8.
- Преображенская И.С., Яхно Н.Н. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические проявления, диагностика, лечение. Неврологический журнал 2007; 12 (5): 45-50.
- Петрова О.А. Комплексная реабилитация больных в раннем восстановительном периоде ишемического мозгового инсульта в амбулаторно-поликлинических условиях: дис. канд. мед. наук: Екатеринбург. 2005. 166 с.
- Дамулин И.В. Постинсультная деменция. Справочник поликлинического врача 2002; 5: 13-17.
- Яхно Н.Н., Захаров В.В., Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. Российский медицинский журнал 2002; 10 (12-13): 28-37.
- Clare MS, Smith DS. Knowledge of stroke in rehabilitation and community samples. J. Disabil Rehabil 1998; 20 (3): 90-96.
- Wyller T.B., Holmen J., Laake P., Laake K. Correlates of subjective well-being in stroke patients. Stroke 1998; 29: 363-367.
- Каракулова Ю.В., Селянина Н.В., Ершова О.А. Качество жизни больных в остром периоде черепно-мозговой травмы под влиянием нейротрофической терапии. Бюллетень сибирской медицины 2011; 10 (2): 122-126.
- Скворцова В.И., Гехт А.Б. Современные нейротекторные стратегии: применение нейротекторов в лечении двигательных и когнитивных нарушений. Здоровье Украины 2008; 12(1): с.36-38.
- Одичак М.М., Вознюк И.А., Пирадов М.А., Румянцев С.А., Кузнецов А.Н., Янишевский С.Н., Голохвастов С.Ю., Цыган Н.В. Многоцентровое (плотное) исследование эффективности глиатилина при остром ишемическом инсульте. Клиническая неврология 2010; 4 (1): 20-27.
- Антонов И.П. Эффективность применения препарата глиатилин у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в раннем восстановительном периоде. СПб.: Terra Medica, 1998: 36-44.