

УДК 616.831-005

DOI 10.18413/2075-4728-2018-41-4-633-639

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 50 ЛЕТ
С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ****QUALITY OF LIFE AT THE PATIENTS BETWEEN
THE AGES OF 18 AND 50 WITH ISCHEMIC STROKE****Т.А. Усанова, И.Н. Шелпакова****T.A. Usanova, I.N. Shelpakova**

Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева,
Россия, 430005, г. Саранск, ул. Большевистская, 68

Ogarev Mordovia State University,
68 Bolshevistskaya St., Saransk, 430005, Republic of Mordovia, Russia

E-mail: i-shelp@yandex.ru

Аннотация

Статья будет интересна врачам-неврологам и врачам-реабилитологам. В ней представлено исследование изменений качества жизни пациентов в возрасте от 18 до 50 лет, перенесших ишемический инсульт, с акцентом на степень изменения когнитивных функций и наличия депрессивных расстройств. В работе представлены такие методы, как шкала MMSE (Mini mental State Examination), методика «10 слов» и тест «рисование часов», а также оценка депрессии по шкале Гамильтона. Путем исследования доказано, что пациенты данного возрастного периода, перенесшие ишемический инсульт, более подвержены депрессивным, а не когнитивным расстройствам. Данные этой статьи можно применить при проведении социальной и профессиональной реабилитации подобных пациентов, что необходимо для улучшения качества их жизни, адаптации в обществе и скорейшего возвращения к повседневной деятельности.

Abstract

This study was conducted to examine changes in the quality of young patients' life, who underwent ischemic stroke, with an emphasis on the degree of change in cognitive functions and the presence of depressive disorders. MMSE scale (Mini mental State Examination), 10 words technique and clock drawing test, as well as assessment of depression on the Hamilton Rating Scale for Depression were used as the research methods. The study showed that its participants did not experience severe cognitive disorders. Besides, their level is comparable to pre-Dement disorders and there was no serious violation of memory, orientation, perception, attention, speech, reading and writing. Therefore, we can definitely say that there is no significant damage to the social and professional functions of the studied patients' lives. However, there are either light or moderate depressive disorders in all studied groups. Consequently, young patients with ischemic stroke are more susceptible to depressive rather than cognitive disorders. These results should be taken into account while doing the social and professional rehabilitation of these patients, which is necessary to improve their quality of life, adaptation in society and a soon return to daily activities.



Ключевые слова: пациенты в возрасте от 18 до 50 лет, ишемический инсульт, качество жизни, когнитивные функции, депрессивные расстройства, социальная реабилитация, профессиональная реабилитация, шкала MMSE, шкала Гамильтона.

Keywords: patients between the ages of 18 and 50, ischemic stroke, quality of life, cognitive function, depressive disorder, social rehabilitation, vocational rehabilitation, Mini mental State Examination, Hamilton Rating Scale for Depression.

Введение

Перманентное снижение возраста пациентов, у которых может произойти инсульт, – проблема, важность которой сильно возросла в 70–80-х годах XX века. В XXI веке, согласно статистике, значительно повысился процент ишемических и геморрагических событий головного мозга, происходящих у людей, не достигших пенсионного возраста, что привело к увеличению количества случаев инвалидизации и смерти пациентов молодого и среднего возраста.

Причина возникновения инсульта у большей части пациентов в возрасте 18–50 лет отличается от причин острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у больных старших возрастных групп, а в подавляющем большинстве случаев так и остается неизвестной. Также, почти по всему миру отмечена склонность к увеличению числа пациентов с неврологической патологией, перенесших инсульт и преходящие нарушения мозгового кровообращения в 35–45 лет [Доу, 1999; Деев, 2000]. Из различных проверенных источников известно, что частота инсульта у пациентов молодого и среднего возрастов составляет 2.5–10 % инсультов общей популяции. Все это является поводом к возрастанию интереса к данной проблеме и установлению факторов риска, которые являются непосредственными причинами инсульта у молодых людей.

Одно из первых мест среди причин «помолодевших» ишемических инсультов занимают наследственные патологии сосудов головного мозга. Причем уровень смертности в острой стадии заболевания среди таких пациентов колеблется в пределах 1.5–7 % при ишемическом [Карпелли, 2014] и 17–26 % при геморрагическом инсультах [Bevan, 2011]. Причем ишемический инсульт является основной причиной длительной инвалидности во всем мире. Но следует также отметить, что число жертв инсульта также сократилось, что привело к увеличению числа лиц, страдающих постинсультными нарушениями [Fang et al., 2014]. Среди молодых пациентов, перенесших ишемический инсульт, возвращаются к труду свыше 40 % [Карпелли, 2014], и это связано с лучшим восстановлением двигательных и речевых функций по сравнению с больными старших возрастных групп.

Поэтому, в последнее время, на фоне существенного «омоложения» ОНМК, и медицинскую, и социальную значимость представляют генетические аспекты развития данного заболевания, которые являются основными немодифицируемыми факторами риска.

В последние годы наблюдается высокая частота возникновения сильных депрессий после перенесенного ОНМК. Депрессивное расстройство в таком случае является очень стойким и через год регистрируется у 30–60 % пациентов [Morris, 2013; Sharpe, 2014]. Многие исследователи заметили, что происходит рост инвалидизации и летальности у пациентов с выраженной депрессией после перенесенного инсульта [Kotila, 2011; Ghika-Schmid, 2009]. К сожалению, все чаще встречаются ситуации, когда депрессия не диагностируется и потому остается не пролеченной, хотя и является самым частым осложнением ОНМК. Согласно статистике, больше половины пациентов, у которых в анамнезе имеется хотя бы одно нарушение мозгового кровообращения, имеют впоследствии тревожно-депрессивные расстройства, но лишь в 30 % случаев эти патологии получали адекватную антидепрессантную терапию.

По данным последних исследований, у 20–60 % пациентов через полгода после ишемического ОНМК развиваются разнообразные непсихотические депрессивные состояния,

которые обычно нарастают, а также являются достаточно продолжительными (длительность 8–9 месяцев, а у 15 % пациентов – 18 месяцев). У 2–3 % исследуемых постинсультная депрессия не является очевидной и определяется только при достаточно тесном контакте с больным (маскированная депрессия). Кроме того отмечено, что депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на время восстановительного периода и функциональную реабилитацию (происходит значительное увеличение их продолжительности и снижение качества).

В современном мире проблема различного поражения сосудов, кровоснабжающих головной мозг, очень актуальна и для людей военных профессий. Отмечается тенденция к усилению напряженности жизни, что приводит к более частому развитию таких факторов риска сосудистых патологий головного мозга, как эссенциальная артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы, чрезмерное употребление алкоголя и табака, различные метаболические нарушения. Следовательно, наиболее перспективными направлениями современных нейрохирургии и неврологии являются предупреждение возникновения и раннее выявление факторов риска развития различных нарушений мозгового кровообращения, а также своевременное и полноценное лечение таких заболеваний.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются пациенты мужского и женского пола в возрасте 18–50 лет, перенесшие ишемический инсульт, а также состояние их когнитивных функций (с акцентом на нарушения памяти, ориентации, восприятия, внимания, речи, чтения и письма) и наличие у них депрессивных расстройств с установленным фактом приема антидепрессантов или без него. Было выделено 3 группы исследуемых: пациенты с ишемическим инсультом в возрасте 18–29 лет, пациенты с ишемическим инсультом в возрасте 30–39 лет, пациенты с ишемическим инсультом в возрасте 40–50 лет. Также в процессе изучения данной проблемы учитывались и гендерные различия между исследуемыми, что необходимо принимать во внимание в связи с большей обеспокоенностью женщин своим здоровьем. Также не следует забывать о том, что женщины демонстрируют в среднем пониженные показатели здоровья по сравнению с мужчинами. Эта тенденция весьма устойчива и проявляется как в самооценке здоровья, так и индикаторах физического функционирования и психического благополучия (Браун и др., 2007).

В качестве методов исследования применялись анализ неврологического статуса пациента, анализ когнитивных функций по шкале MMSE, анализ по методике «10 слов», анализ теста «Рисование часов», оценка депрессии по шкале Гамильтона и установление факта приема антидепрессантов.

Результаты и их обсуждение

В результате исследования было обследовано 50 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет с диагнозом «ишемический инсульт». В итоге было сформировано 3 группы исследования согласно возрастному признаку: пациенты с ишемическим инсультом 18–29 лет (2 пациента), пациенты с ишемическим инсультом 30–39 лет (11 пациентов), пациенты с ишемическим инсультом 40–50 лет (37 пациентов).

Всего обследовано 12 женщин и 38 мужчин. Были отмечены гендерные особенности изменения качества жизни (когнитивных функций и выраженности депрессивного состояния) вне зависимости от возраста пациентов.

Шкала MMSE (оценка среднего результата в группе)

В 1 группе: ориентация 9 баллов, восприятие 3 балла, концентрация внимания и счет 4 балла, память 3 балла, речь 5 баллов, чтение и письмо 3 балла. Итого 27 баллов, что соответствует верхнему значению предметных когнитивных расстройств.

Во 2 группе: ориентация 8 баллов, восприятие 3 балла, концентрация внимания и счет 4 балла, память 2 балла, речь 4 балла, чтение и письмо 3 балла. Итого 24 балла, что соответствует нижнему значению предметных когнитивных расстройств.

В 3 группе: ориентация 9 баллов, восприятие 3 балла, концентрация внимания и счет 4 балла, память 3 балла, речь 4 балла, чтение и письмо 3 балла. Итого 26 баллов, что соответствует среднему значению предметных когнитивных расстройств.

У исследуемых женщин: ориентация 9 баллов, восприятие 3 балла, концентрация внимания и счет 4 балла, память 3 балла, речь 4 балла, чтение и письмо 3 балла. Итого 26 баллов, что соответствует среднему значению предметных когнитивных расстройств.

У исследуемых мужчин: ориентация 8 баллов, восприятие 3 балла, концентрация внимания и счет 4 балла, память 2 балла, речь 4 балла, чтение и письмо 3 балла. Итого 24 балла, что соответствует нижнему значению предметных когнитивных расстройств.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что во всех исследуемых группах имеются предметные когнитивные нарушения.

Методика «10 слов» (оценка среднего результата в группе)

1 группа: 8 слов. Снижения памяти нет. 2 группа: 7 слов. Снижения памяти нет. 3 группа: 7 слов. Снижения памяти нет.

У исследуемых женщин: 8 слов. Снижения памяти нет. У исследуемых мужчин: 7 слов. Снижения памяти нет.

Учитывая результаты исследования пациентов по данной методике, можно сделать вывод, что значительных нарушений памяти не произошло.

Тест «Рисование часов» (оценка среднего результата в группе)

1 группа: 10 баллов (норма). 2 группа: 9 баллов (незначительные неточности расположения стрелок). 3 группа: 9 баллов (незначительные неточности расположения стрелок).

У исследуемых женщин: 9 баллов (незначительные неточности расположения стрелок). У исследуемых мужчин: 9 баллов (незначительные неточности расположения стрелок).

По результатам этого теста можно сделать вывод, что значительных нарушений когнитивных функций у исследуемых нет.

Шкала Гамильтона (оценка среднего результата в группе) (см. таблицу)

Степень выраженности различных симптомов депрессивных расстройств по группам
The intensiveness of the symptoms of depressive disorder in groups

	1 группа	2 группа	3 группа	Женщины	Мужчины
Пониженное настроение	1	2	1	2	1
Чувство вины	0	0	0	0	0
Суицидальные тенденции	0	0	0	0	0
Трудности при засыпании	1	2	1	2	1
Бессонница	0	1	1	1	0
Ранние пробуждения	0	1	0	1	0
Работа и деятельность	1	3	2	3	1
Заторможенность	1	1	1	1	1
Возбуждение	0	1	1	1	1
Тревога психическая	2	3	3	4	2
Тревога соматическая	0	1	1	1	1
Желудочно-кишечные соматические нарушения	0	1	1	1	1
Общесоматические симптомы	1	1	1	1	1
Расстройства сексуальной сферы	0	0	1	0	1
Ипохондрические расстройства	1	1	2	2	1

Окончание таблицы

Потеря веса	А	0	1	1	1	0
	Б	0	0	0	0	0
Отношение к своему заболеванию		2	1	2	1	2
Суточные колебания состояния	А	0	2	1	2	1
	Б	1	1	1	1	1
Деперсонализация и дереализация		0	0	0	0	0
Бредовые расстройства		0	0	0	0	0
Обсессивно-компульсивные расстройства		0	0	0	0	0
Итого		11	23	21	25	16

В 1 группе и у всех мужчин наблюдается легкое депрессивное расстройство, а во 2 и 3 группах и у всех женщин – депрессивное состояние средней тяжести. Также установлен факт приема антидепрессантов у 8 исследуемых: у 2 пациентов из первой группы и у 3 из третьей. Из них 3 женщины и 2 мужчин.

По таблице квантилей распределения Стьюдента для каждого результата был определен коэффициент достоверности. Во всех сравниваемых группах $t > 2$, что говорит о том, что выявленные в них различия достоверны с вероятностью более 95 %.

Заключение

Из проведенного исследования мы можем сделать следующие выводы:

1. Во всех исследуемых группах не возникло тяжелых когнитивных расстройств. Их уровень сравним с предметными нарушениями, при этом не произошло серьезного нарушения памяти, ориентации, восприятия, внимания, речи, чтения и письма. Поэтому мы можем смело заявить, что существенного ущерба социальной и профессиональной функциям жизнедеятельности исследуемых пациентов нет.

2. Во всех исследуемых группах имеются депрессивные расстройства различной степени выраженности. Причем у пациентов из первой группы (18–29 лет) и у мужчин они менее выражены, нежели у исследуемых из второй и третьей возрастных групп (30–39 лет и 40–50 лет) и у женщин. Это можно объяснить большей озабоченностью своим здоровьем наблюдаемых более старшего возраста, нежели молодого возраста, а также большей лабильностью женской психики в сравнение с мужской. В то же время эта ситуация объясняется тем, что молодые люди и мужчины отличаются субъективным ощущением неиссякаемых компенсаторных способностей собственного организма.

Следовательно, перенесшие ишемический инсульт пациенты молодого возраста более подвержены депрессивным, а не когнитивным расстройствам. Таким образом, при лечении ишемического инсульта и его последствий у людей до 50 лет следует делать акцент на выраженность когнитивных расстройств и депрессии у каждого пациента в отдельности. Также следует больше внимания уделять социальной и профессиональной реабилитации с учетом проведенного исследования. Это необходимо для улучшения качества жизни пациентов, перенесших ишемический инсульт, их адаптации в обществе и скорейшему возвращению к привычной деятельности.

Список литературы References

1. Бойнова И.В., Токарева Н.Г. 2013. Системная организация функций в коре больших полушарий. Нейропсихологические аспекты расстройств высших мозговых функций. Учеб. пособие. Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 116 с.

Bojnova I.V., Tokareva N.G. 2013. Sistemnaja organizacija funkcij v kore bol'shih polusharij. Nejropsihologicheskie aspekty rasstrojstv vysshih mozgovyh funkcij [Systemic organization of functions in the cerebral cortex. Neuropsychological aspects of disorders of higher cerebral functions]. Ucheb. Posobie. Saransk: Izd-vo Mordov. un-ta, 116 s. (in Russian)

2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. 2015. Неврология и нейрохирургия. Учебник: в 2 т.– 4-е изд., доп. – Т.1. Неврология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 640 с.
Gusev E.I., Konovalov A.N., Skvorcova V.I. 2015. Nevrologija i nejrohirurgija [Neurology and neurosurgery]. Uchebnik : v 2 t.– 4-e izd., dop. – T.1. Nevrologija. – М. : GJeOTAR-Media, – 640 s.
3. Дамулин И.В., Екушева Е.В. 2014. Процессы нейропластичности после инсульта. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 3: 69-74.
Damulin I.V., Ekusheva E.V. 2014. Processy nejroplastichnosti posle insul'ta [The process of neuroplasticity after stroke] Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika. 3: 69-74. (in Russian)
4. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. 2009. Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ. 288 с.
Insul't: diagnostika, lechenie, profilaktika [The stroke: diagnosis, therapy, prevention]. 2009. Pod red. Z.A. Suslinoj, M.A. Piradova. 2-e izd. – М.: MEDpress-inform. 288 s. (in Russian)
5. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия. 2015. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 424 с.
Klinicheskie rekomendacii. Nevrologija i nejrohirurgija [The clinical guidelines. Neurology and Neurosurgery]. 2015. Pod red. E.I. Guseva, A.N. Konovalova. – 2-e izd., pererab. i dop. – М.: GJeOTAR-Media, 424 s. (in Russian)
6. Косенко Е.В. 2016. Эффективность медицинской реабилитации в амбулаторных условиях пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращение. Невронъус. 4 (18): 1 – 6.
Kosenko E.V. 2016. Jeffektivnost' medicinskoj rehabilitacii v ambulatornyh uslovijah pacientov, perenessih ostroe narushenie mozgovogo krovoobrashhenie [The efficiency of medical rehabilitation of ambulance patients with the stroke]. Nevron'jus. 4 (18): 1 – 6. (in Russian)
7. Меркушкина И.В., Игнатъева О.И., Фирсов А.А., Балькова О.П. 2005. Основы диагностики и лечения острой цереброваскулярной патологии. Учеб. пособие. Саранск : Изд-во Мордов. ун-та. 96 с.
Merkushkina I.V., Ignat'eva O.I., Firsov A.A., Balykova O.P. 2005. Osnovy diagnostiki i lechenija ostroj cerebrovaskuljarnoj patologii [Bases of diagnostics and treatment of sharp tserebrovaskulyarny pathology]. Ucheb. Posobie. Saransk : Izd-vo Mordov. un-ta. 96 s.
8. Назаров В.В. 2009. Инсульт у лиц молодого возраста. Особенности патогенеза и диагностики. Автореф. дис. докт. мед. наук. Санкт-Петербург, 34 с.
Nazarov V.V. 2009. Insul't u lic molodogo vozrasta [Stroke at persons of young age. Features of pathogenesis and diagnostics]. Osobennosti patogeneza i diagnostiki. Abstract. dis. doct. med. sciense. Saint-Petersburg, 34 s. (in Russian)
9. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. 2009. Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Патогенетические механизмы. Профилактика. 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 352 с.
Suslina Z.A., Varakin Ju.Ja., Vereshhagin N.V. 2009. Sosudistye zabolevanija golovnogogo mozga [Vascular diseases of a brain. Epidemiology. Pathogenetic mechanisms. Prevention]. Jependiologija. Patogeneticheskie mehanizmy. Profilaktika. 3-e izd. – М.: MEDpress-inform, 352 s. (in Russian)
10. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю., Моргунова В.А. 2016. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика. М.: МЕДпресс-информ, 536 с.
Suslina Z.A., Gulevskaja T.S., Maksimova M.Ju., Morgunova V.A., 2016. Narushenija mozgovogo krovoobrashhenija: diagnostika, lechenie, profilaktika [Violations of brain blood circulation: diagnostics, treatment, prevention]. М.: MEDpress-inform, 536 s. (in Russian)
11. Триумфов А.В. 2017. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. 20-е изд., испр. – М.: МЕДпресс-информ, 256 с.
Triumfov A.V. 2017. Topicheskaja diagnostika zabolevanij nervnoj sistemy [Topical diagnosis of diseases of the nervous system]. 20-e izd., ispr. – М.: MEDpress-inform, 256 s. (in Russian)
12. Усанова Т.А. 2016. Исследование эффективности комплексных реабилитационных мероприятий в остром периоде ишемического инсульта. Автореф. дис. канд. мед. наук. Саранск, 28 с.
Usanova T.A. 2016. Issledovanie jeffektivnosti kompleksnyh rehabilitacionnyh meroprijatij v ostrom periode ishemicheskogo insul'ta [Research of efficiency of complex rehabilitation actions in the sharp period of an ischemic stroke]. Abstract. dis. cand. med. sciense. Saransk, 28 s.
13. Фирсов А.А., Смирнов М.В. 2011. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации. Саранск, 40 с.

Firsov A.A., Smirnov M.V. 2011. Insul't: principy diagnostiki, lechenija i profilaktiki [The stroke: principle of diagnosis, therapy, prevention]. Metodicheskie rekomendacii. Saransk, 40 s. (in Russian)

14. Ходжамжаров Б.Е. 2014. Ишемический инсульт у лиц молодого возраста (этиология, клиника, исходы). Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 27 с.

Hodzhamzharov B.E. 2014. Ishemicheskij insul't u lic mladogo vozrasta (jetilogija, klinika, ishody) [Ischemic stroke at persons of young age (an etiology, clinic, outcomes)]. Abstract. dis. cand. med. science. Moscow, 27 s. (in Russian)

15. Berkhemer O.A., Fransen P., Beumer D., van den Berg L.A., Lingsma H. F., Yoo A. J. 2015. Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med. 372:11-20 January 1, 2015 DOI: 10.1056/NEJMoa1411587, 368 s.

16. Brooks. M, 2014. "Stroke, a Race Against the Clock." Review Confirms. Medscape Medical News. Accessed September 2, 56 s. (28-30).

17. Bevan H. 1990. Stroke in young adults. Stroke. 21 (3): 382-386.

18. Jauch E.C., Saver J.L., Adams H.P. Jr. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association. American Stroke Association. Stroke American Stroke Association. Stroke 2013; 44:870-947.

19. Wasi Ullah Khan: Prevalence, Causes, Treatment and the Role of Antioxidants in Ischemic Brain Stroke Diseases. WasiUllah khan, Rahmat Ali Khan, Mushtaq Ahmad, Latif ullah Khan, M. Waqas Khan, Samran Ahmad Durrani, Wasim Ahmed. American Journal of Biomedical and Life Sciences 2015; 3 (2-1): 29-32.

20. Kappelli L.J. 1994. Prognosis of young adults with ischaemic stroke. Stroke. 25 (7): 1360-1369.

21. Mehta B, Leslie-Mazwi T.M., Chandra R.V. 2013. Assessing variability in neurointerventional practice patterns for acute ischemic stroke. J Neurointerv Surg; 5:Suppl 1:i52-i57.