

УДК 616.831-005.4-03

## ВЛИЯНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

*А.Ж. Бекбосынов*

Представлены данные исследования качества жизни с использованием опросника SF-36. Выявлено снижение показателей качества жизни у больных, перенесших инсульт, по всем шкалам. Дано обоснование улучшения физической и эмоционально-психологической реабилитации при применении цитиколина.

*Ключевые слова:* ишемический инсульт; качество жизни; цитиколин.

Качество жизни больных, перенесших острые сосудистые катастрофы, в том числе ишемический инсульт, является одним из важнейших аспектов в плане формирования и совершенствования клинических подходов к лечению [1, 2]. Однако непосредственно в практике отечественного здравоохранения этот критерий практически еще не используется. Причиной тому служит отсутствие рекомендаций, опыта, навыков его использования в амбулаторной практике. В то же время наличие комплексных нарушений как неврологического, так и общесоматического характера у больных, ассоциированные с ними проблемы психологического плана, комплекс социальных факторов практически предопределяют снижение качества жизни после инсульта. Исключением могут быть лишь случаи полной компенсации всех возможных нарушений, а также не подлежащие анализу с выраженным личностным дефицитом после обширного поражения коры головного мозга [3].

Применение адекватных подходов к лечению больных с ишемическим инсультом положительно влияет на клинические исходы инсульта в плане уменьшения степени и повышения обратимости неврологического дефицита [4].

Основным направлением научно-практических разработок в лечении больных с ишемическим инсультом за последние десятилетия было улучшение функциональных результатов. На фоне патоморфоза заболевания, приведшего к абсолютному преобладанию ишемических форм острых нарушений мозгового кровообращения, это определялось необходимостью сохранения трудоспособности, социальной активности, в более тяжелых случаях – способностью к самообслуживанию у больных, перенесших ишемический инсульт.

Традиционно оценивались два основных направления улучшения функциональных результатов лечения инсульта: оперативное и консервативное. Сторонники хирургического лечения опираются в настоящее время на достаточный опыт доказательных исследований [5, 6], свидетельствующий об эффективности и перспективности оперативных вмешательств в остром периоде инсульта. Менее доказательны результаты большинства исследований, рассматривающих возможности использования фармацевтических препаратов. По большей части достаточный эффект достигался только на стадии экспериментальных исследований *in vitro*, реже – *in vivo*, и только немногие препараты показали достаточную клиническую эффективность.

Одним из немногих средств, давших обнадеживающие результаты на этапе клинических исследований, является **цитиколин** [7].

Цель исследования – определить особенности показателя качества жизни у лиц, перенесших ишемический инсульт, связанный с применением в лечении цитиколина.

**Материалы и методы.** Обследованы 107 больных ишемическим инсультом: в том числе 59 мужчин и 48 женщин в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст –  $59,2 \pm 2,1$  года).

Все пациенты были распределены на две репрезентативные группы: сравнения (терапия, осуществляемая в соответствии с протоколами ведения больных ишемическим инсультом, принятыми в Республике Казахстан) и основную (аналогичное лечение + применение нейропротектора цитиколина). В группу сравнения вошли 55 больных (29 мужчин и 26 женщин, средний возраст  $58,8 \pm 2,0$  года), в основную – 52 пациента (30 мужчин и 22 женщины, средний возраст –  $59,7 \pm 2,1$  года).

Таблица 1 – Показатели качества жизни у обследованных пациентов через 6 месяцев после перенесенного ишемического инсульта

Показатели шкал	Контроль – здоровые лица, n = 50	Больные, перенесшие инсульт	
		группа сравнения, n = 55	основная группа, n = 52
ФА	75,1±2,8	25,6±1,3**	37,8±2,2***
РФ	74,2±3,3	31,8±2,0**	44,6±3,1***
ТБ	70,4±2,4	52,1±2,5**	57,7±3,0*
ОЗ	77,5±3,4	45,6±2,8**	49,3±3,3**
ЖС	69,2±3,2	50,6±3,3*	61,8±4,4 <sup>#</sup>
СА	58,4±2,6	38,0±2,4**	42,4±2,9*
РЭ	55,9±2,8	32,4±2,3**	47,0±3,6 <sup>#</sup>
ПЗ	72,3±3,2	60,3±3,7*	65,8±4,5
СС	60,5±2,4	37,1±2,1**	48,1±2,9* <sup>#</sup>

Примечания: здесь и в таблице 2 ФА – физическая активность; РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; ТБ – телесная боль; ОЗ – общее восприятие здоровья; ЖС – жизнеспособность; СА – социальная активность; РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ – психическое здоровье; СС – сравнение самочувствия с предыдущим годом.

\* – различия с контрольной группой значимы,  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

<sup>#</sup> – различия между группами больных значимы,  $p < 0,05$ .

**Цитиколин** (цераксон, никомед) применялся, начиная с первых суток развития ишемического инсульта в дозе 1000 мг в сутки внутривенно в течение трех недель.

**Критерии включения** больных в исследование: возрастной (45–65 лет); наличие верифицированного окончательного диагноза ишемического инсульта (клиническими методами и путем проведения компьютерной томографии или, в большинстве случаев, магнитно-резонансной томографии); наличие информированного согласия больных на применение препарата цитиколин (в случае бесознательного состояния больного на момент госпитализации согласие на применение цитиколина и участие в исследовании в письменной форме давали ближайшие родственники).

**Критерии исключения:** наличие тяжелых сопутствующих соматических заболеваний в стадии декомпенсации; коматозное состояние больного при поступлении в клинику, продолжающееся более одного часа; отказ пациента от участия в исследовании на любом этапе.

За больными, получавшими в лечении цитиколин, и пациентами группы сравнения осуществлялось наблюдение от 12 до 18 месяцев с момента завершения курса лечения. Медиана срока наблюдения составила  $16,1 \pm 1,0$  месяца, в том числе в группе сравнения – 15,9 месяца, в основной группе – 16,5 месяца.

Исследования качества жизни осуществлялись с использованием стандартного русифицированного опросника SF-36 [8], включающего 36 вопросов, результаты анализа которых объединены

в 9 шкал, отражающих физические, эмоциональные и психологические причины изменения качества жизни при патологических состояниях.

Обследования проводились в срок 6, 12 и 18 месяцев от начала исследования. При этом результаты последнего исследования (18 месяцев) в настоящий анализ не включены по причине малочисленности обследованных.

В качестве контрольной группы с использованием опросника SF-36 были обследованы 50 практически здоровых лиц – 25 мужчин и 25 женщин, средний возраст –  $55,2 \pm 1,4$  года.

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием непараметрических методов вариационной статистики. Оценивалась статистическая значимость (далее – значимость) различий показателей между группами с использованием непараметрического метода (по Манну – Уитни).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В отдаленные сроки по данным комплексного обследования больных было выявлено, что цитиколин обеспечивал достоверное умеренное, но стабильное улучшение памяти, а также уменьшение выраженности поведенческих нарушений у пациентов с когнитивными нарушениями.

Прочие показатели, характеризующие неврологический статус, интеллектуально-мнестические функции обследованных пациентов, были также более высокими в основной группе.

Однако в рамках данного направления исследования нас в большей степени интересовали показатели качества жизни.

Результаты обследования пациентов через 6 месяцев после развития ишемического инсульта по всем шкалам опросника SF-36 оказались достоверно ниже ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ), чем у лиц в контрольной группе (таблица 1).

Наиболее выраженная степень снижения по отношению к контролю в обеих группах больных наблюдалась по показателю ФА (различия в группе сравнения составили 65,9 %, в основной группе – 49,7 %,  $p < 0,01$  в обоих случаях). На втором месте находились различия по показателю РФ, которые составили соответственно 57,1 и 39,9 % ( $p < 0,01$ ). На третьем месте были различия по шкале ОЗ (41,2 и 36,4 %,  $p < 0,01$ ). В то же время в основной группе не было значимых различий с контролем по шкалам ЖС, РЭ и ПЗ.

При сравнении показателей между группами было зарегистрировано наличие значительного и, в ряде случаев, достоверного превышения показателей основной группы над группой сравнения. По уровню ФА степень превышения составила 47,7 %, РФ – 40,3 %, РЭ – 45,1 %, СС – 29,6 % и ЖС – 22,1 % ( $p < 0,05$  во всех случаях).

Таким образом, результаты анализа качества жизни, проведенного параллельно клиническому обследованию, показали, что степень превышения качества жизни в случаях наибольшего его нарушения (шкалы ФА, РФ, РЭ) в основной группе превосходила результаты группы сравнения.

Данные аналогичного анализа, осуществленного через 12 месяцев после окончания стационарного лечения больных ишемическим инсультом, сведены в таблицу 2.

Таблица 2 – Показатели качества жизни у обследованных пациентов через 12 месяцев после перенесенного ишемического инсульта

Показатели шкал	Контроль – здоровые лица, n = 50	Больные, перенесшие инсульт	
		группа сравнения, n = 55	основная группа, n = 52
ФА	74,7±2,7	28,3±1,4**	40,6±2,2**#
РФ	73,0±3,1	33,7±2,0**	48,2±3,1**#
ТБ	71,1±2,3	50,7±2,3**	58,4±2,9*#
ОЗ	75,8±3,2	46,8±2,7**	53,2±3,4*
ЖС	70,0±3,1	52,3±3,2*	60,3±4,1
СА	56,3±2,4	37,1±2,2*	42,8±2,8*
РЭ	54,8±2,6	31,5±2,1**	50,6±3,7#
ПЗ	72,6±3,1	57,4±3,4*	67,0±4,3
СС	59,0±2,2	42,3±2,2**	52,2±3,0#

Как видно из полученных данных, в группе сравнения сохранялись статистически значимые различия с контролем по всем исследованным показателям опросника SF-36. При этом соотносительная степень их выраженности не имела изменений. Также на первом месте оставалась средняя величина ФА (различия на 62,1 %,  $p < 0,01$ ), на втором – РФ (на 53,8 %,  $p < 0,01$ ), на третьем – РЭ (на 42,5 %,  $p < 0,01$ ). Динамика исследованных показателей в данной группе была крайне умеренной и незначимой.

В основной группе также сохранялся ряд значимых различий с контролем, свидетельствующих о снижении у обследованных больных качества жизни. В первую очередь они наблюдались по шкалам ФА (на 45,6 %) и РФ (на 34,0 %,  $p < 0,01$  в обоих случаях). В то же время по обоим вышеуказанным шкалам в основной группе сохранялось и статистически значимое превышение над контрольной. Степень его составила 43,5 и 43,0 % соответственно,  $p < 0,05$  в обоих случаях.

Кроме того, значимо более высокими были показатели по шкалам ТБ (на 15,2 %), СС (на 23,4 %,  $p < 0,05$  в обоих случаях). Наиболее выраженные различия между группами больных были зарегистрированы по средним значениям шкалы РЭ, где они составили 60,6 % ( $p < 0,05$ ). Это свидетельствует об улучшении эмоционального статуса обследованных больных основной группы, связанного с улучшением общего состояния и функциональных возможностей, что подтверждается динамикой показателя шкалы СС и клиническими данными.

Таким образом, результаты проведенного обследования качества жизни свидетельствуют о наличии достоверного положительного влияния цитиколина на этот важный аспект медико-социального статуса больных ишемическим инсультом.

### Литература

1. Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. М.: Гэотар-Мед, 2004.
2. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в неврологии / А.А. Новик, М.М. Одинок, Т.И. Ионова и др. // Неврологический журнал. 2002. Т. 7. № 6. С. 49–52.
3. Виберс Д. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун; пер. с англ. М.: Изд-во “БИНОМ”, 1999. 672 с.
4. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика; под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 288 с.
5. Ansari S., Rahman M., Waters M.F. et al. Recanalization therapy for acute ischemic stroke,

*А.Ж. Бекбосынов*

---

- part 1: surgical embolectomy and chemical thrombolysis // *Neurosurg Rev.* 2011. Vol. 34 (1). P. 1–9.
6. *Ansari S., Rahman M., McConnell D.J. et al.* Recanalization therapy for acute ischemic stroke, part 2: mechanical intra-arterial technologies // *Neurosurg Rev.* 2011. Vol. 34 (1). P. 11–20.
7. *Alvarez-Sabin J., Roman G.C.* Citicoline in vascular cognitive impairment and vascular dementia after stroke // *Stroke.* 2011. Vol. 42 (1 Suppl). P. 40–43.
8. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Юнова. М.: “ОЛМА Медиа Групп”, 2007. 320 с.