

doi: 10.17116/jnevro20171174156-58

Качество жизни пациентов с хронической ишемией головного мозга

М.В. АВРОВ

Медицинский центр «Элигомед», Кемерово, Россия

Цель исследования. Изучение эффективности мягких техник мануальной терапии в коррекции основных показателей качества жизни (КЖ) пациентов с хронической ишемией головного мозга (ХИМ). **Материал и методы.** Обследованы 100 пациентов с ХИМ. Все они получали стандартную нейрометаболическую терапию. В основной группе пациентам дополнительно проводили сеансы мягких техник мануальной терапии. Оценку КЖ проводили с использованием опросника SF-36 в динамике на 20-е сутки, через 3 и 6 мес после лечения. **Результаты и заключение.** Было выявлено существенное нарушение КЖ пациентов, страдающих ХИМ. У пациентов, получавших комплексное лечение нейрометаболической и мягкими техниками мануальной терапии, установлено более значимое улучшение КЖ, чем в группе сравнения.

Ключевые слова: качество жизни, хроническая ишемия головного мозга, мягкие техники мануальной терапии, нейрометаболическая терапия.

Quality of life of patients with chronic cerebral ischemia

M.V. AVROV

Medical Center «Eligomed», Kemerovo, Russia

Objective. To evaluate the effectiveness of soft techniques of manual therapy and correction of main indices of quality-of-life in patients with chronic cerebral ischemia. **Material and methods.** One hundred patients with chronic cerebral ischemia were examined. All patients received standard neurometabolic therapy. In the main group, patients had additional sessions of soft manual therapy techniques. Quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire on 20th day, and 3 and 6 month after treatment. **Results and conclusion.** A significant decrease in the quality-of-life of patients with chronic cerebral ischemia was identified. Quality-of-life has improved in patients who received neurometabolic therapy in the combination with soft techniques of manual therapy compared to the comparison group.

Keywords: quality of life, chronic cerebral ischemia, soft techniques of manual therapy, neurometabolic therapy.

Хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) остается одним из наиболее часто встречающихся цереброваскулярных заболеваний. Ее прогрессирование сопровождается нарастанием снижения качества жизни (КЖ), приводя к социальной дезадаптации [1].

Клинической медицине известно около 400 опросников КЖ, которые могут охарактеризовать состояние больного. Оценка КЖ с помощью опросников разработана экспертами в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practis (GCP), дает возможность количественной оценки этого субъективного понятия, помогая врачу расширить представление о состоянии больного [2]. Наиболее распространенным опросником для оценки КЖ является Short Form Medical Study (SF-36) [3]. Приоритетным направлением служит выявление пациентов с начальными формами снижения КЖ и раннее начало лечения, вследствие чего сохраняется их трудоспособность на протяжении длительного периода времени. Опросник SF-36 включает мониторинг физического, психологического, социального

статуса обследуемых и позволяет оценить эффективность проводимого лечения, прогнозировать течение заболеваний [4]. Предложенная Минздравом РФ концепция исследования КЖ (2001) объявлена приоритетной, однако применяется недостаточно широко [5].

Наряду с клиническими, лабораторно-инструментальными методами исследования изучение КЖ имеет большое прогностическое значение, так как играет важную роль при верификации полноты ремиссии и разработки реабилитационных программ [6]. В настоящее время КЖ представляется одним из важнейших составляющих оценки состояния психически больных [7], имеет существенное значение для оценки перспектив реабилитации и адаптации. Данный подход является в большей степени личностно ориентированным, учитывающим характерологические и социальные особенности, касающиеся заболевания и его последствий [8].

Цель исследования — изучение эффективности мануальной терапии в коррекции основных показателей КЖ пациентов с ХИМ.

Материал и методы

В исследование были включены 100 пациентов с ХИМ, 29 (29,0%) мужчин и 71 (71,0%) женщина. Медиана возраста составила 61,8 [57,5; 66,0] года.

Критерии включения: возраст от 50 до 74 лет, наличие клинических проявлений ХИМ II ст., информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: возраст больных младше 50 и старше 74 лет; наличие в анамнезе острого и преходящего нарушения мозгового кровообращения; ХИМ III ст.; другой органической патологии головного мозга; нейроинфекции; тяжелой сопутствующей патологии (инфаркт миокарда, эпилептические приступы, аномалии развития позвонков, гемодинамически значимые стенозы, гипо- и аплазии брахиоцефальных артерий, артериальная гипертензия III ст.); деменции, депрессии (по шкале депрессии Бека); наличие противопоказаний к мануальной терапии (для пациентов основной группы); в течение последних 3 мес лечение мануальной и/или нейрометаболической терапией.

Все пациенты были разделены в две группы. В основную группу вошли 50 больных, которые получали курс стандартной мануальной терапии из 5–6 сеансов мягких техник через день совместно с нейрометаболической терапией. Группу сравнения составили 50 больных, в лечении которых применяли только нейрометаболическую терапию. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Обследование КЖ больных проводили в динамике на 20-е сутки, через 3 и 6 мес после лечения.

Всем пациентам проводили следующие методы диагностики: неврологический осмотр; мануальную диагностику; оценку наличия депрессии (шкала депрессии Бека); оценку КЖ с использованием опросника SF-36; параклинические методы исследования (общеклинические анализы крови и мочи, электрокардиография, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, рентгенография шейного отдела позвоночника в стандартных проекциях, дополненная функциональными пробами).

Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья — формируют «Физический компонент здоровья»; психологическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность — формируют «Психический компонент здоровья» [3].

Нейрометаболическую терапию проводили пациентам обеих групп: цераксон 1000 мг на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно 1 раз в день и церебролизин 10,0 мл на 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно струйно 1 раз в день в течение 10 дней.

С целью нормализации патобиомеханических нарушений, в основной группе использовали стандартные мягкие техники мануальной терапии: мышечно-энергетические техники; постизометрическую релаксацию; миофасциальное освобождение; коррекцию дисфункции I ребра и ключицы; ишемическую прессуру активных триггерных точек; техники фасциального и лигаментозного уравнивания. Выбор лечебной тактики и техники мануальной терапии подбирали с учетом индивидуальных показаний и противопоказаний.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ StatSoft Statistica 8 и Microsoft Excel 2003. Вид распределения количественных данных (параметрическое и непараметрическое) оценивали посредством критерия Шапиро—Уилка. Все количественные данные не подчинялись закону нормального распределения. Медиана возраста была представлена в виде $Me [Q1; Q3]$. Статистическую значимость различий между двумя независимыми группами, представленными качественными данными, оценивали с использованием критерия χ^2 . Если хотя бы один из признаков имел абсолютное значение менее 5, использовали точный критерий Фишера. Качественные признаки представлены в виде процентных долей и стандартной ошибки доли. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При анализе полученных данных шкалы группировали в два показателя — «Физический» и «Психический» компоненты здоровья. Общие показатели физического и психического компонентов здоровья всех пациентов находились на низком уровне, но не имели статистически значимых различий среди групп. Одними из наиболее частых причин низкого показателя КЖ у пациентов были головная боль, головокружение, шум в голове, мешавшие нормальной жизнедеятельности. Психическое состояние в виде спокойствия и умиротворенности, наличие счастья в жизни на момент исследования — также важный фактор, трансформирующий клинику ХИМ (см. таблицу).

По результатам анализа жалоб, неврологического осмотра, проведенного обследования пациентов были выделены следующие неврологические синдромы: цефалгический, астенический, вестибуломозжечковый, псевдобульбарный, пирамидной недостаточности, эмоциональной лабильности, расстройств сна. Результаты мануальной диагностики выявили, что большинство пациентов с ХИМ II ст. имели патобиомеханические изменения: ограничение подвижности одного или нескольких позвоночно-двигательных сегментов, напряжение мышц шейного региона, кинетическую дисфункцию шейных и грудных сегментов, носившие групповой характер. Наиболее часто функциональные блоки наблюдались в сегментах $C_{III}-C_{IV}$ ($84,0 \pm 5,2\%$), $C_{II}-C_{III}$ ($82,0 \pm 5,4\%$), C_I-C_{II} ($80,0 \pm 5,7\%$). Миофасциальное напряжение сопровождалось вовлечением следующих мышц: трапециевидных ($85,0 \pm 3,6\%$); грудиноключично-сосцевидных ($75,0 \pm 4,3\%$); лестничных ($65,0 \pm 4,8\%$); мышц головы длинной ($63,0 \pm 4,8\%$), верхней и нижней косой ($54,0 \pm 5,0\%$), прямых ($49,0 \pm 5,0\%$); ременной ($40,0 \pm 4,9\%$). Чаще всего наблюдали следующие паттерны сфенобазиллярного синхондроза: торсию, латерофлексию с ротацией, вертикальный стрейн, компрессию сфенобазиллярного синхондроза, дисфункцию в экстензии.

На 20-й день после лечения, по данным опросника SF-36, можно заключить, что у пациентов основной группы показатели физического и психического компонента здоровья были значительно лучше, чем в группе сравнения. Они лучше переносили физические нагрузки: улучшилось настроение и эмоциональный фон. Через 3 мес после лечения положительная динамика сохранялась в обеих исследуемых группах, но в основной был достигнут

Динамика показателя КЖ по данным опросника SF-36 ($P \pm t$ %)

Сроки наблюдения	Опросник SF-36	Основная группа (n=50)	Группа сравнения (n=50)	p
До лечения	«Физический компонент здоровья»	44,4±6,3	44,9±8,5	0,729
	«Психический компонент здоровья»	41,7±5,3	44,1±8,3	0,091
На 20-й день после лечения	«Физический компонент здоровья»	54,2±11,3	49,4±12,4	0,046
	«Психический компонент здоровья»	53,4±3,3	52,0±3,0	0,035
Через 3 мес после лечения	«Физический компонент здоровья»	55,7±4,0	51,0±7,0	0,001
	«Психический компонент здоровья»	55,7±3,4	53,2±4,9	0,003
Через 6 мес после лечения	«Физический компонент здоровья»	53,0±5,1	49,4±7,5	0,006
	«Психический компонент здоровья»	55,4±3,2	52,1±3,3	0,001

большой эффект от лечения. Пациенты основной группы отмечали более высокую работоспособность, лучше переносили физические и эмоциональные нагрузки. Через 6 мес после лечения отмечалось сохранение положительной динамики в обеих группах (см. таблицу).

Оценка неврологических проявлений и параметров церебрального кровотока также показала положительную динамику в обеих группах, но более значимую — в основной. Под воздействием сеансов мягких техник мануальной терапии у пациентов отмечалось уменьшение или устранение функциональных блоков, мышечного гипертонуса, увеличение объема активных и пассивных движений в шейном и грудном отделах позвоночника, что способствовало улучшению церебральной гемодинамики.

В основной группе под воздействием сеансов мягких техник мануальной и нейрометаболической терапии значительно лучше оказалась динамика восстановления физического компонента здоровья. В обеих группах на фоне лечения произошла значительная положительная динамика

по показателю «Психический компонент здоровья», но изменения в основной группе опережали группу сравнения.

По результатам исследования было выявлено существенное нарушение КЖ пациентов, страдающих ХИМ. У пациентов с ХИМ, получавших комплексное лечение нейрометаболической и мягкими техниками мануальной терапии, установлено более значимое улучшение КЖ, чем в группе сравнения. Следует подчеркнуть, что проводить сеансы мануальной терапии в лечении хронических цереброваскулярных заболеваний должен только опытный специалист, владеющий знаниями об особенностях данной патологии, со строгим учетом всех противопоказаний [1, 9].

Таким образом, КЖ можно рассматривать и использовать как метод оценки проводимых лечебных мероприятий, возможно включение данных показателей в систему оказания медицинской помощи и реабилитационных мероприятий, воздействующих на наиболее уязвимые компоненты жизнедеятельности и функционирования пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадьков А.С., Манвелов Л.С., Шапаронова Н.В. *Хронические сосудистые заболевания головного мозга*. Дисциркуляторная энцефалопатия: руководство для врачей. 3 изд. М.: Гэотар-Медиа; 2014.
2. Амирджанова В.Н., Горячев Н.И., Ребров А.П., Сорочкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). *Научно-практическая ревматология*. 2008;1:36-48. doi.org/10.14412/1995-4484-2008-852
3. Ware JE, Snow KK, Kosinsky M, Gandek B. SF-36 Health Survey. *Manual and Interpretation Guide Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated*; 2000;150. doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008
4. Евдокимов В.И., Зайцева Д.В., Федотов А.И. Научно-методические проблемы оценки качества жизни. *Вестник психиатрии*. 2008;27:102-131.
5. Алеева Г.Н., Гурылева М.Э., Журавлева М.В. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии. *Русский медицинский журнал*. 2006;10:761-763.
6. Евдокимов В.И., Зайцева Д.В., Федотов А.И. *Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни*. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2008;4:63-71.
7. Коблова А.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Медико-социальное обоснование социального функционирования качества жизни больных с психическими расстройствами. *Фундаментальные исследования*. 2013;10:1381-1385.
8. Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных — важнейший показатель эффективности психиатрической помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;20(3):73-75.
9. Авров М.В., Исаева Н.В. Изменение неврологических и гемодинамических проявлений хронической ишемии головного мозга под влиянием нейрометаболической и мануальной терапии. *Сибирское медицинское обозрение*. 2015;1:78-83.