

УДК 616.89-008.19-053.9

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ СТАТИЧЕСКОГО РАВНОВЕСИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Сосницкая Д.М.¹, Байдина Т.В.²

¹ГБУЗ ПК «Пермский краевой госпиталь для ветеранов войн», Пермь, Россия (614097, г. Пермь, ул. Подлесная, д. 6), e-mail: pkgvv@mail.ru

²ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России», Пермь, Россия (614000, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26), e-mail: rector@psma.ru

Изучено качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста с головокружением и нарушениями статического равновесия по опроснику Short Form Health Survey 36 (SF-36). Выявлены социально-психологические предпосылки формирования эмоционально-аффективных расстройств. Обследовано 82 пациента с дисциркуляторной энцефалопатией 75-89 лет с жалобой на головокружение. Нарушения статического равновесия подтверждены методом компьютерной стабилотрии. Тревожно-депрессивные расстройства выявлены у 66 (80%) больных. Качество жизни было снижено у всех больных, при этом такие показатели, как физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, психическое здоровье и особенно ролевое (эмоциональное) функционирование были значительно хуже у больных с тревожно-депрессивной симптоматикой. В основе формирования эмоционально-аффективных расстройств лежали психогенные механизмы, связанные с нарушением социального функционирования. Не установлено существенной зависимости эмоционально-аффективных нарушений от таких характеристик, как пол, возраст, инвалидность, стрессогенные жизненные события, боль.

Ключевые слова: качество жизни, нарушения равновесия, головокружение, тревога, депрессия, старческий возраст.

QUALITY OF LIFE IN SENILE CEREBROVASCULAR PATIENTS WITH STATIC DISEQUILIBRIUM AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS OF EMOTIONAL-AFFECTIVE DISORDERS.

Sosnitskaya D.M.¹, Baidina T.V.²

¹Perm Regional Hospital for War Veterans, Perm, Russia (6 Podlesnaya street, Perm 614097), e-mail: pkgvv@mail.ru.

²Perm State Medical Academy, Perm, Russia (26 Petropavlovskaya street, Perm 614000), e-mail: rector@psma.ru.

The quality of life of senile cerebrovascular patients with dizziness and static disequilibrium was examined on the questionnaire Short Form Health Survey 36 (SF-36). Socio-psychological risk factors of emotional-affective disorders were revealed. 82 dizzy patients 75 - 89 years old were examined. Static disequilibrium was proved by computerized stabilometry. Anxiety and depression were revealed in 66 (80%) patients. Quality of life was poor in all patients. Physical functioning, role (physical) functioning, general health, vitality, social functioning, mental health, and especially role (emotional) functioning were significantly worse in patients with anxiety and depression. Psychogenic mechanisms associated with maladjustment were at the heart of emotional - affective disorders. There were no significant association between emotional - affective disorders and such characteristics as gender, age, disability, stressful life events, and pain.

Key words: quality of life, disequilibrium, dizziness, anxiety, depression, senile age.

Введение

Головокружение и нарушения равновесия встречаются у 39% людей старше 80 лет [2]. Одной из основных причин нарушений двигательных функций в пожилом и старческом возрасте является хроническая сосудистая патология головного мозга [3]. Сложившаяся демографическая ситуация обусловила рост интереса к проблеме сохранения достойного качества жизни в позднем возрасте [2; 4]. Сохранение равновесия и координации движений - одно из важнейших условий жизнедеятельности человека, которое позволяет ему активно взаимодействовать с внешней средой [5].

В современных неблагоприятных условиях увеличивается нагрузка на эмоциональную сферу человека, пониженные адаптационные возможности или эмоциональная неустойчивость становятся факторами риска, способствующими возникновению психосоматических расстройств [4]. Пациенты с постуральными нарушениями испытывают дополнительное отрицательное психогенное воздействие головокружения и связанных с ним симптомов [1; 2; 4-6]. Данные исследований подтверждают гипотезу о том, что соматические нейроотологические заболевания могут вызывать психопатологические состояния и усиливать имеющиеся психические заболевания [6]. В связи с головокружением у пожилых пациентов может возникать социально-психологическая дезадаптация, способствующая развитию тревожно-депрессивного расстройства, приводящего (на фоне неврологических, соматических, в т.ч. сосудистых, причин головокружения и нарушения равновесия) к формированию постуральной фобической неустойчивости [1; 2; 4-6]. Раскрытие предпосылок к формированию эмоциональных расстройств у данной категории больных способствует предупреждению ухудшения постуральных функций.

К сожалению, эмоциональные расстройства часто игнорируются как врачами общесоматических стационаров, так и самими пациентами. Их патогенетическая роль недооценивается [1; 4; 5]. Мало изучен вопрос о частоте встречаемости психических нарушений у пациентов старческого возраста с головокружением и нарушениями равновесия, их взаимосвязи с сосудистыми и социально-психологическими факторами риска, не разработаны меры профилактики.

Цель исследования: изучить качество жизни и социально-психологические предпосылки тревожно-депрессивных расстройств у больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) старческого возраста с нарушениями статического равновесия.

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 пациента старческого возраста (75-89 лет), из них 56 женщин и 26 мужчин, находившихся на лечении в Пермском краевом госпитале для ветеранов войн по поводу дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). Критериями включения являлись: жалобы на головокружение, верифицированный диагноз ДЭ. Критериями исключения были соматическая, неврологическая, ортопедическая

патология в стадии декомпенсации, выраженные когнитивные расстройства и отсутствие мотивации к участию в исследовании. Диагноз ДЭ соответствовал разделам I67.3 (Прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия) и I67.8 (Другие уточнённые поражения сосудов мозга) МКБ-10. У всех больных была установлена II стадия ДЭ на основании анамнестических данных и результатов клинического обследования. Было проведено психометрическое обследование с использованием стандартизованных оценочных шкал. Выраженность когнитивного расстройства оценивалась при помощи батареи лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery, FAB) и краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE). Для оценки эмоционального состояния использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Окончательный диагноз эмоциональных нарушений устанавливался исследователем (врач-невролог) согласно критериям МКБ-10 и DSM-IV. Для исследования состояния вертикальной устойчивости применялся компьютерный стабилметрический комплекс «МБН – Биомеханика» (г. Москва). Для оценки степени стрессовой нагрузки использован тест жизненных событий Холмса-Рея. Общее здоровье пациентов оценивалось по русскоязычной версии опросника Short Form Health Survey 36 (SF-36). Влияние головокружения на качество жизни определено на основании Dizziness handicap inventory (DHI). Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel (2003), STATISTICA v. 6.0 (StatSoft-Russia, 1999) и STATGRAFICS (2007) с использованием непараметрических методов. Качественные признаки охарактеризованы абсолютными и относительными долями. Количественные признаки охарактеризованы медианой, верхней и нижней квартилью. Для сравнения двух независимых качественных признаков использован двусторонний точный критерий Фишера, количественных - критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Анализ точности независимых заключений выполнен на основании вероятности случайного согласия данных при разных методах обследования, рассчитанной как сумма произведений доли положительных заключений при первом и втором методе и доли отрицательных заключений при первом и втором методе. Корреляционный анализ выполнен по Спирману.

Полученные результаты и их обсуждение. Все больные предъявляли жалобу на головокружение, причём чаще всего под головокружением подразумевался неопределённый дискомфорт равновесия - 43 (52%) пациента и кратковременная потеря равновесия при ходьбе – 31 (38%) пациент. Данные клинического осмотра 46 (56%) пациентов соответствовали критериям «большого депрессивного эпизода», 7 (6%) – «малого депрессивного эпизода» МКБ-10, 8 (10%) пациентов - критериям смешанного тревожно-

депрессивного расстройства DSM-IV. По результатам HADS, субклинически выраженная депрессия была установлена у 29 (35%) пациентов, тревога - у 22 (27%), клинически выраженная депрессия - у 25 (30%) пациентов, тревога - у 26 (32%). У 16 пациентов (10%) не было признаков депрессии или тревоги как по критериям МКБ-10 и DSM-IV, так и по результатам HADS. Вероятность случайного согласия данных клинического осмотра и данных HADS составила 63%. Пациенты со смешанными тревожно-депрессивными и депрессивными расстройствами были объединены в основную группу пациентов с эмоциональными нарушениями (66 человек), 16 пациентов без эмоциональных нарушений составили группу сравнения.

По данным стабилметрического исследования нарушения статического равновесия были достоверно хуже в группе больных с эмоциональными нарушениями (скорость перемещения центра давления: основная группа - 15,69 (12,03; 18,49), группа сравнения - 12,26 (10,84; 12,99); $p=0,001$).

Группы достоверно не различались по возрасту (основная группа - 81 (77; 83) лет; группа сравнения - 79 (76; 82) лет; $p=0,120$) и полу (основная группа - 45 (68%) женщин и 21 (32%) мужчина; группа сравнения - 11 (69%) женщин и 5 (31%) мужчин; двусторонний точный критерий Фишера: $p=0,609$).

Основные клинические характеристики обследованных больных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные клинические характеристики пациентов

Параметры	Основная группа (n=66)		Группа сравнения (n=16)		p ¹
	Абсолютная частота	%	Абсолютная частота	%	
Сердечно-сосудистые факторы риска ДЭ					
Гипертоническая болезнь	65	98	16	100	1,000
Нарушения ритма сердца (фибрилляция предсердий, экстрасистолия)	10	15	2	13	1,000
Атеросклероз МАГ по данным УЗДГ	32	48	6	38	0,256
Дислипидемия	44	67	9	56	0,107
Ревматоидный артрит	1	2	0	0	1,000
Хроническая сердечная недостаточность	35	53	16	100	0,004*
Основные неврологические синдромы					
Когнитивные нарушения	63	94	11	69	0,198
Вестибуло-атактический синдром	66	100	16	100	-
Пирамидный синдром	22	33	7	100	0,779

Псевдобульбарный синдром	33	50	5	44	0,087
Слабость конвергенции	24	36	5	31	0,565
Постуральная неустойчивость	9	14	8	31	0,009*
Сопутствующая патология опорно-двигательного аппарата					
Дегенеративный спондилёз	42	64	12	75	1,000
Остеоартроз суставов нижних конечностей	56	85	5	31	0,000*
Основные группы лекарственных препаратов, назначенных при поступлении					
Антиагреганты	50	76	15	94	1,000
И- АПФ	27	41	7	44	0,591
Диуретики	26	39	11	69	0,158
Бета-блокаторы	27	41	8	50	0,137
Блокаторы кальциевых каналов	19	29	4	25	0,560
Сартаны	8	12	1	69	0,673
Нитраты	1	2	2	13	0,122
НПВС	32	48	8	50	0,776
Ноотропы	25	38	13	81	0,012*
Нейрометаболические препараты	18	27	5	31	1,000
Сосудистые препараты	8	12	1	6	0,673
Снотворные	9	14	2	13	1,000
Антидепрессанты	5	8	0	0	0,580
Нейролептики	4	6	0	0	0,569
Бетагистин	9	14	0	0	0,192

Примечание: ¹ – двусторонний точный критерий Фишера; * - статистически значимые различия; МАГ – магистральные артерии головы; УЗДГ - ультразвуковая доплерография

Когнитивные нарушения выражались в снижении памяти, замедленности психических процессов, нарушении внимания, мышления, способности планировать и контролировать свои действия. Вероятность случайного согласия данных MMSE и FAB составила 64%. При количественной оценке FAB достоверной разницы между группами не получено: основная группа – 14 (12; 15) баллов; группа сравнения - 15 (12; 18) баллов; $p=0,350$. Результаты MMSE были достоверно хуже в основной группе - 25 (25; 27) баллов; группа сравнения - 27 (25; 29) баллов; $p=0,027$. При анализе по пунктам шкалы MMSE в группе больных с эмоциональными нарушениями была достоверно хуже концентрация внимания - 4 (4; 5) баллов, группа сравнения - 5 (4; 5), $p=0,040$; и речь: основная группа – 7 (6; 7) баллов, группа сравнения - 8 (7; 8), $p=0,004$. Полученные данные могут быть обусловлены как перераспределением внимания при наличии депрессивной симптоматики, так и большей выраженностью дисфункции лобной доли (нарушение произвольного выбора цели деятельности, устойчивости внимания, гибкости когнитивных процессов). Получена умеренная отрицательная корреляция между результатами MMSE и HADS (MMSE и подшкала тревоги $r=-0,28$; $p=0,028$; MMSE и подшкала депрессии $r=-0,26$; $p=0,039$).

Были изучены особенности социального функционирования и адаптационные возможности больных.

Интересен тот факт, что 2 пациента в группе сравнения продолжали работать, причём выполняли высококвалифицированную преподавательскую работу.

Инвалидность имела у 47 (71%) больных основной группы, у 13 (81%) – группы сравнения. Достоверной разницы по группам не получено (двусторонний точный критерий Фишера: $p=0,376$).

Больные основной группы чаще проживали одни (основная группа – 40, 61%; группа сравнения - 5, 31%; двусторонний точный критерий Фишера: $p=0,007$).

Достоверной разницы между группами по результатам ТЖС Холмса-Рея не получено, однако баллы в основной группе были гораздо выше баллов в группе сравнения: основная группа 72 (0;143), группа сравнения - 12 (0; 97) баллов, $p=0,081$. Больные основной группы отмечали следующие стрессогенные события: болезнь близкого родственника – 23 (35%) человека; перемены, связанные со сном и режимом дня - 10 (15%); серьёзная травма или заболевание; перемены в привычном образе питания – 7 (11%); смерть супруга, смена привычек, перемены в семье – 5 человек (8%); сложности в интимной жизни – 4 (6%); серьёзные разногласия с супругом – 3 человека (5%); разлад в супружеской жизни, потеря работы, смерть близкого друга, конфликты с родителями супруга, перемены в материальных условиях жизни, смена жилья, приход к религии – 2 человека (3%); исключительный личный поступок или достижение, изменение в финансовом состоянии – 1 человек (2%). У 30 (45%) человек стрессогенных событий не было. Больные группы сравнения отметили следующие стрессогенные события, произошедшие в их жизни за последний год: болезнь близкого родственника – 3 человека (19%); перемены в привычном образе питания – 2 человека (13%); разлад в супружеской жизни, смерть близкого родственника, серьёзная травма или заболевание, смена привычек, приход к религии, долг – 1 человек (6%); никаких – 10 человек (62%).

Никто из больных не набрал критических для стресса 150 баллов и выше. Роль стрессогенных событий в формировании эмоционально-аффективных нарушений у обследованных больных незначительна.

Влияние головокружения на качество жизни по опроснику DHI было изучено у 50 больных, показатель был достоверно ($p=0,008$) хуже в группе больных с тревожно-депрессивными расстройствами – 61 (32; 80) балл. В группе больных без эмоциональных нарушений показатель составил 27 (10; 51) баллов. Мы проанализировали, какие аспекты качества жизни были хуже у больных в группе с эмоциональными нарушениями. Оказалось, что группы достоверно различаются только по доле влияния головокружения на социальную активность (двусторонний точный критерий Фишера: $p=0,006$) и обычную повседневную деятельность (двусторонний точный критерий Фишера: $p=0,025$). Выявлена умеренная

положительная корреляция между DHI и подшкалой тревоги HADS ($r=0,4$; $p=0,01$). Эти данные подтверждают, что в связи с головокружением у пожилых пациентов может возникать социально-психологическая дезадаптация, способствующая развитию тревожно-депрессивного расстройства.

Общее здоровье по опроснику SF-36 было оценено у 41 больного: 31 в основной группе и 10 в группе сопоставления. При оценке качества жизни пациентов показатели в группе больных с тревожно-депрессивными расстройствами были достоверно ниже по шкале физическое функционирование PF: основная группа - 42,5 (20,0; 60,0) баллов; группа сравнения - 65,0 (50,0; 70,0) баллов; $p=0,027$, и ролевое (физическое) функционирование RP: основная группа - 0 (0; 25,0); группа сравнения - 50,0 (12,5; 75,0) баллов; $p=0,006$. Низкие показатели по этим шкалам свидетельствуют о том, что физическая активность и повседневная деятельность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья. Общее здоровье GH, т.е. оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения также была достоверно ниже в основной группе: 42,5 (30,0; 50,0) баллов, в группе сравнения - 52,0 (45,0; 62,0) баллов, $p=0,022$. Показатели по шкале боль R были низкими в обеих группах, что свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает активность пациентов. Достоверных различий между группами по этой шкале выявлено не было: основная группа - 41,0 (31,0; 52,0) баллов, группа сравнения - 51,0 (41,0; 51,0) баллов; $p=0,211$. Вышеперечисленные показатели характеризует физический компонент здоровья.

При оценке психологического компонента здоровья выявлены достоверные различия по следующим показателям: жизнеспособность VT (основная группа - 40,0 (25,0; 50,0) баллов; группа сравнения - 55,0 (50,0; 65,0) баллов; $p=0,007$), социальное функционирование SF (основная группа - 50,0 (37,5; 62,5) баллов; группа сравнения - 87 (75,0; 87,5) баллов; $p=0,012$) и психическое здоровье MH (основная группа - 40,0 (28,0; 56,0) баллов; группа сравнения - 68,0 (52,0; 76,0) баллов; $p=0,001$). По всем показателям балл был ниже у больных с тревожно-депрессивными расстройствами. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности, о значительном ограничении его социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, о наличии депрессивных, тревожных переживаний и психическом неблагополучии. По шкале ролевое (эмоциональное) функционирование RE средний балл в основной группе стремился к минимуму, в группе сравнения был равен практически полному здоровью: основная группа - 0 (0; 33,3) баллов; группа сравнения - 100 (0; 100) баллов; $p=0,062$. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение социальных контактов и выполнения повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Заключение.

Для больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста с головокружением и нарушениями статического равновесия характерны эмоциональные расстройства. Качество жизни этих больных снижено, при этом такие показатели, как физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, психическое здоровье и особенно ролевое (эмоциональное) функционирование значительно хуже при тревожно-депрессивной симптоматике. Помимо механизмов лобно-подкоркового разобщения, в основе её формирования лежат психогенные механизмы, связанные с нарушением социального функционирования. Головокружение и нарушения статического равновесия приводят к снижению физических возможностей больных, на фоне чего развивается психическая дезадаптация, которая усугубляет течение заболевания и приводит к социальной изоляции. Значительную роль в усугублении нарушения адаптации играет одиночество. В меньшей степени формирование психоэмоциональных нарушений у больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста связано с такими показателями, как пол, возраст, инвалидность, стрессогенные жизненные события и боль.

Список литературы

1. Байдина Т.В., Сосницкая Д.М. Влияние депрессивных расстройств на поструральную устойчивость у больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. – Т. 8, № 2. - С. 383-388.
2. Вельтищев Д.Ю. Психопатологические аспекты головокружения // Журн. неврологии и психиатрии. - 2010. – Т. 10, № 7. - С. 69—72.
3. Дамулин И.В., Жученко Т.Д., Левин О.С. Нарушения равновесия и походки у пожилых // Достижения в нейрогеронтологии / под ред. Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина. - М. : ММА, 1995. - Т. 1. - С. 71-97.
4. Толмачева В.А. Фобическое поструральное головокружение... один из вариантов соматоформного расстройства в отоневрологической практике // Клиническая геронтология. - 2005. - № 8. - С. 43-45.
5. Brand Th. Vertigo: Its Multisensory Syndroms. - London: Springer-Verlag London Limitia, 2003.
6. Staab J.P., Ruckenstein M.J. Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety // The Laryngoscope. - 2003. - V113, V10. - P. 1714-8.

Рецензенты:

Старикова Наталья Леонидовна, д.м.н., профессор кафедры неврологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России», г. Пермь.

Калашникова Татьяна Павловна, д.м.н., профессор кафедры неврологии педиатрического факультета ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России», г. Пермь.