

ՄԻԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԻՆԵՍՍԱ ՄԻՔԱՅԵԼԻ ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ

**ՆՅԱՐԴԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԵՖԻՑԻՏԻ և ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ
ՍՊՈՆՏԱՆ ՍՈՒԲԱՐԱԽՆՈՒԴԱԼ ԱՐՅՈՒՆԱԶԵՂՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ**

ԺԴ.00.07 «Նյարդաբանություն, հոգեբուժություն և թմրաբանություն»

**մասնագիտությունով բժշկական գիտությունների թեկնածուի զիտական
աստիճանի հայցման ատենախոսության**

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

Երևան – 2016

**ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
им. М. ГЕРАЦИ**

ГАБРИЕЛЯН ИНЕССА МИКАЕЛОВНА

**ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА И КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ПОСЛЕ СПОНТАННОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО
КРОВОИЗЛИЯНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по
специальности ԺԴ.00.07 «Неврология, психиатрия и наркология»

ЕРЕВАН – 2016

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Երևանի Միլիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի Գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստում:

Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Պ. պրոֆեսոր Հ.Ս. Մանվելյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.Գ.Պ., պրոֆեսոր Գ.Ա. Հովհաննիսյան
Բ.Գ.Պ., պրոֆեսոր Ի.Վ. Պրյանիկով

Առաջատար կազմակերպություն՝ Թբիլիսիի Իվանե Ջավախաշվիլու անվան պետական համալսարան

Պաշտպանությունը կայանալու է 2016թ. դեկտեմբերի 15-ին ժամը 15⁰⁰ Երևանի Ս. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի 028 «Թերապիա» մասնագիտական խորհրդի նիստում:
Հասցեն՝ 0025, Երևան, Կոռյունի 2:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Ս. Հերացու անվան ԵՊԲՀ գրադարանում:

Մեղմագիրը առաքված է 2016թ. նոյեմբերի 15-ին

Մասնագիտական խորհրդի

գիտական քարտուղար՝

Բ.Գ.Թ. Լ. Թունյան

Тема диссертации утверждена на заседании Научно-координационного совета ЕРГМУ им. М. Гераци.

Научный руководитель: д.м.н., профессор О.М. Манвелян

Официальные оппоненты: д.м.н., профессор Г.А. Ованесян
д.м.н., профессор И.В. Пряников

Ведущая организация: Тбилисский государственный университет
им. Иване Джавахишвили

Защита диссертации состоится 15 декабря 2016г. в 15⁰⁰ на заседании Специализированного совета 028 «Терапия» при Ереванском Государственном Медицинском Университете им. Мхитара Гераци
Адрес: 0025, Ереван, ул. Корюна 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕРГМУ им. Мхитара Гераци.
Автореферат разослан 15 ноября 2016г.

Ученый секретарь
специализированного совета

к.м.н. Л.Г.Тунян

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Сосудистые заболевания головного мозга являются важнейшей медицинской и социальной проблемой. По данным разных авторов в литературе процент больных, нуждающихся в помощи после цереброваскулярных заболеваний, колеблется от 20-35%. При этом, учитывая факт повсеместного омоложения инсульта, в показателях инвалидности преобладают больные в основном трудоспособного возраста. Все это определяет актуальность проблемы ведения данных больных с применением современных методов и подходов, которые увеличивают эффективность лечения и соответственно в дальнейшем, качество жизни больного.

Субарахноидальное кровоизлияние (САК), в большинстве случаев характеризуется разрывом внутричерепной аневризмы с последующим накоплением крови в подпаутинном пространстве, является urgentной неврологической патологией с высокой частотой заболеваемости и летальности. САК составляет до 7% всех инсультов. Современные достижения в нейрохирургии и интенсивной терапии привели к значительному улучшению показателей выживаемости за последние годы со снижением летальности приблизительно от половины до трети случаев. Однако многие больные после перенесенного САК становятся нетрудоспособными или имеют персистирующие очаговые симптомы, часто выявляется устойчивый психоэмоциональный и когнитивный дефицит, что, несомненно, приводит к снижению качества жизни больного. Следовательно, с целью оценки функционального исхода САК необходимо проведение не только неврологического, но и общего нейропсихологического обследования. Ни очаговое внутримозговое поражение, ни методы хирургического лечения, а именно само кровоизлияние с соответствующим течением заболевания является важнейшим предвестником для отсроченных последствий САК.

В литературе описаны различные шкалы с целью оценки неврологического дефицита и качества жизни, которые полезны не только для выбора метода лечебных мероприятий, а также в повседневной клинической практике способствуют улучшению диагностики, выбору специфического лечения, динамическому наблюдению неврологической симптоматики в течение лечения, прогнозированию исхода заболевания. Несмотря на известные недостатки, индекс Бартела и модифицированная шкала Ранкина, являются широко применяемыми шкалами для оценки нетрудоспособности и инвалидности соответственно. Для оценки качества жизни у больных, перенесших инсульт, самой удобной шкалой является «шкала оценки качества жизни-36» (SF-36).

В противоположность фокальному неврологическому дефициту вследствие ишемического инсульта выжившие после САК нетрудоспособны прежде всего из-за когнитивного дефицита. Больные, перенесшие САК, нередко имеют нарушения памяти и внимания, эмоциональные и личностные расстройства, что зачастую оказывается более обременительным для больных и их родственников, чем двигательные нарушения, наблюдаемые после кровоизлияния.

Таким образом, несмотря на описанные в литературе многочисленные исследования качества жизни в постинсультном периоде, в том числе после перенесенного САК, данная проблема остается актуальной. В реальной клинической практике исходы данного тяжелого заболевания часто остаются неудовлетворительными, что требует поиска новых подходов тактики диагностики, прогноза и ведения больных с целью уменьшения неврологического дефицита, улучшения когнитивного статуса больных и, соответственно, повышения качества жизни больных.

Итак, прогнозирование долгосрочного исхода САК даже в специализированном нейрососудистом отделении – задача нелегкая, однако, необходимая для эффективного менеджмента больных. Понимание процесса восстановления высших мозговых функций, безусловно, имеет теоретический и практический интерес. Практическая значимость больше связана с возможностью долгосрочного прогнозирования и своевременного привлечения соответствующих реабилитационных мероприятий, а одновременная когнитивная и физическая реабилитация необходимы для максимального восстановления больных с САК.

Цель и задачи исследования

Целью данного исследования является оценка выраженности неврологического дефицита и изменений качества жизни у больных после спонтанного субарахноидального кровоизлияния.

Для достижения вышеуказанной цели поставлены следующие **задачи**:

1. Определить взаимосвязь между выраженностью неврологического и нейропсихологического (когнитивного) дефицита у больных, перенесших спонтанное субарахноидальное кровоизлияние.
2. Выявить ранние клинические признаки нейропсихологического дефицита в следствии спонтанного субарахноидального кровоизлияния.
3. Выявить взаимосвязь между неврологическим дефицитом, изменением качества жизни больного и течением заболевания (как состоянием больного при поступлении, так и такими осложнениями САК, как гидроцефалия и вазоспазм).
4. Оценить практичность применения определенных шкал для оценки неврологического дефицита (модифицированная шкала Ранкина) и качества жизни (индекс Бартела, SF-36) у больных после спонтанного САК.

Научная новизна диссертации

Впервые в Армении произведено изучение актуальной проблемы спонтанного САК в условиях узкоспециализированного стационара. Изучены как эпидемиологические особенности заболевания, так и распространенность неврологических нарушений и когнитивного дефицита после спонтанного САК. Выявлена прямая корреляция между степенью неврологического дефицита и качеством жизни после перенесенного заболевания, что позволяет, как прогнозировать исход спонтанного САК, так и выработать эффективную тактику ведения больных с учетом прогноза.

Практическая значимость работы

Результаты данного исследования и предлагаемая апробированная батарея опросников позволяют производить своевременный скрининг нейропсихологических (в том числе и эмоциональных) нарушений у больных со спонтанным САК, направленные на улучшение качества жизни больных, и, соответственно, значительное снижение социальной нагрузки.

Апробация работы

Основные положения работы представлены на ежегодных съездах XXI World Congress of Neurology (WCN 2013), Vienna, Austria, 2013; Joint Congress of European Neurology, Istanbul, Turkey, 2014; XXIV Stroke Conference, Vienna, Austria, 2015. Диссертационная работа апробирована и рекомендована к публичной защите 29.09.2015г. на заседании No 10 научно-координационного совета ЕГМУ им. М. Гераци.

Структура диссертации

Диссертация изложена на русском языке на 120 страницах текста, выполненного в электронном формате, состоит из введения, обзора научной литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка цитируемой литературы, включающего 181 источник. Текст включает 26 таблиц и 29 рисунков.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы. Материалом для данного исследования послужили данные 92 больных с КТ верифицированным спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием, поступивших на стационарное обследование и лечение в Университетский Комплекс (УК) ЕГМУ «Гераци» №1 (50 больных) и в неврологическое отделение Медицинского Объединения №2 (42 больных) в период за 2011-2013гг. Из вышеупомянутых 92 больных 57 были (62%) мужчины и 35 (38%) женщины. Средний возраст исследуемых больных составил $50,38 \pm 9,72$ лет (в пределах от 21 до 73 лет).

Обследование больных включало клинично-неврологическое обследование при поступлении, рутинные лабораторные анализы и необходимые инструментальные исследования (клинические анализы крови и мочи, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, КТ головного мозга, КТА сосудов головы и шеи, церебральную ангиографию сосудов головы, при необходимости – КТ органов грудной клетки и МРТ головного мозга). Все госпитализированные больные нами были подразделены на две группы:

- **хирургическую группу** – включающую 50 пациентов (31 мужчина и 19 женщин), которым в Университетском Комплексе ЕГМУ «Гераци» были осуществлены различные хирургические вмешательства по поводу САК;

- **терапевтическую группу** - включающую 42 пациента (26 мужчин и 16 женщин), у которых в Медицинском Объединении №2 осуществлялось только консервативное лечение.

Лечение обеих групп больных включало аналогичный объем терапевтических мероприятий, направленных на поддержание и коррекцию основных гемодинамических параметров, что включало как инфузионную терапию, антагонисты кальциевых каналов (нимодипин) по принятой схеме, противоотечную терапию (маннитол, диакарб, гипертонические растворы хлорида натрия), так и симптоматическую терапию, например, анальгезию, при необходимости – противосудорожную терапию, борьбу с гипертермией. В хирургической группе больных в УК «Гераци», помимо вышеупомянутой консервативной терапии, проводились также различные хирургические вмешательства: эндоваскулярное обертывание аневризмы (coiling) либо микрохирургическое клиппирование аневризмы (clipping).

При поступлении в стационар уровень сознания у пациентов оценивался по шкале комы Глазго (GCS), тяжесть заболевания определялась по шкале Ханта-Хесса (Hunt-Hess scale), объем крови на КТ головного мозга оценивался специалистом-радиологом по шкале Фишера. При оценке тяжести кровоизлияния при поступлении по шкале Хант-Хесса учитывались количественные показатели, а также сопутствующие заболевания (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хронические заболевания легких), кроме того, у больных в УК «Гераци» учитывалось также наличие васоспазма по данным церебральной ангиографии.

Критериями включения в исследование были:

1. возраст больных старше 21 года;
2. достоверные признаки спонтанного САК по данным КТ головного мозга при поступлении;
3. в хирургической группе – письменное согласие больного на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования являлись:

1. возраст больных меньше 21 года (во избежание законодательных осложнений, связанных с родительским разрешением и необходимостью заполнения дополнительных документов);
2. наличие травматического характера САК по анамнестическим и КТ данным.

В исследовании в среднем через 3 месяца после заболевания (САК) (от 2 до 5 месяцев) посредством соответствующих шкал оценивался функциональный исход и качество жизни. Степень инвалидности или ограничения повседневной жизнедеятельности больного (функциональная независимость) оценивалась при помощи модифицированной шкалы Ранкина (modified Rankin Scale, mRS) (таблица 2).

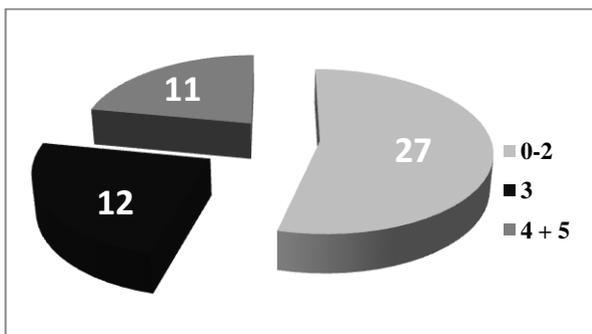
Подвижность и повседневная активность больного оценивалась по индексу Бартела (Barthel Index, BI). Индекс Бартела (индекс ограничения жизнедеятельности) характеризует подвижность и дневную активность больного по 10 пунктам (прием пищи, перемещение, гигиенические процедуры, пользование туалетом, принятие ванны, передвижение, подъем по лестнице, одевание, контроль дефекации, контроль мочеиспускания), является валидным и достоверным методом оценки повседневной активности после инсульта, в том числе после САК. Сумма по пунктам составляет от 0-100, чем ниже результат, тем выраженнее ограничение физической активности больного, и, соответственно, более высокий результат связан с большей вероятностью способности больного обслуживать себя самостоятельно. Сумма ниже 60 указывает на тяжелую нетрудоспособность, 60-84 указывает на умеренную нетрудоспособность, 85-99 соответствует легкой нетрудоспособности, и 100 баллов соответствует отсутствию ограничений повседневной активности.

С целью оценки качества жизни больного использовался стандартизированный опросник: «Краткая форма-36 для оценки качества жизни» (Short Form Health Survey, SF-36). SF-36 состоит из опросника в 36 вопросов и оценивает 8 составляющих здоровья: физическое функционирование (10 пунктов), ограничение функционирования из-за нарушений физического здоровья (4 пункта), телесная боль (2 пункта), социальное функционирование (2 вопроса), общее ментальное здоровье (психологический дистресс и психологическое здоровье; 5 вопросов), ограничение функционирования из-за эмоциональных нарушений (3 вопроса), жизнеспособность (4 вопроса), и общее здоровье (5 вопросов). Результат считается по каждой составляющей отдельно, и может варьировать в пределах от 0 (низкое качество жизни) до 100 (высокое качество жизни). Шкалы суммируются в физический и ментальный компоненты (физическое и ментальное здоровье). Опросник SF-36 широко используется в исследованиях для оценки качества жизни больного. Валидность и надежность опросника SF-36 доказана во многих исследованиях. Опросник легкоприменим, не требует много времени (5-10 минут), также опрос может проводиться по телефону.

В каждой выделенной группе, учитывая большую распространенность заболевания у лиц трудоспособного возраста, больные были разделены по возрастным категориям: 21 - 40 лет, 41 - 50 и 51 - 73 года. Также в каждой группе больные были подразделены по тяжести состояния при поступлении (по шкале Хант-Хесса 0-2, 3 и 4-5).

Из вовлеченных в исследование 92 больных 44 (47.8%) составили возрастные больные, 36 (39.1%) больные среднего возраста и 12 (13.1%) – в возрасте от 21 до 40 лет. 59 (64,1%) больных при поступлении в стационар имели легкое состояние по шкале тяжести заболевания Хант-Хесса (0-2). При этом по возрастным категориям процент больных средней возрастной группы (41-50) и в группе возрастных больных (51-73) был почти одинаковый (25 (42,4%) против 27 (45,8%)), что свидетельствует о том, что данные группы вполне сравнимы между собой. Однако, в категории больных с нарушением сознания при поступлении и более тяжелым клиническим состоянием (по шкале Хант-Хесса 3 балла и 4-5 баллов) процент больных превалирует в возрастной группе (51-73) (10 (50%) и 7 (53,9%), соответственно).

Как было сказано ранее, в первую группу (хирургическую группу) вошли 50 больных, из которых 31 мужчина (62%) и 19 женщин (38%); средний возраст составил 46.7 ± 9.7 лет (в пределах от 21 до 69 лет). Следует отметить, что число больных в средней возрастной группе и в группе возрастных больных было одинаковым (по 19 больных – 38%), таким образом, данные группы по возрастным категориям были однородны; а 12 (24%) больных в данной группе составили больные молодого возраста от 21 до 40 лет (рисунок 2). Уровень сознания и тяжесть заболевания при поступлении (по шкале Хант-Хесса) указанной категории больных представлены в рисунке 1.



*Рисунок 1.
Распределение больных по тяжести состояния (по шкале Хант-Хесса) в хирургической группе (n = 50)*

Как видно из рисунка, состояние 27 (54%) больных при поступлении оценено как легкое, 12 (24%) больных поступили в умеренно тяжелом состоянии с нарушением сознания, а 11 (22%) больных поступили в стационар в тяжелом состоянии. По шкале комы Глазго 27 (54%) больных поступили в ясном сознании (GCS 15), 12 (24%) больных – в оглушении (GCS=13-14), 7 (14%) больных – в сопоре (GCS=9-12), 1 (2%) больной поступил в коме, а 3 (6%) больных при поступлении находились под воздействием седативных препаратов. В данной группе у 33 (66%) больных степень по шкале Фишера составила 4, 14 (28%) больных по шкале Фишера оценены в 2-3, у 3 (6%) больных по шкале Фишера – 1.

Вторую (терапевтическую) группу составили 42 больных, из которых 26 мужчины (61.9%) и 16 женщины (38.1%); средний возраст больных составил 54.7 ± 7.8 лет (в пределах от 42 до 73). Следует заметить, что в данной группе 25 (59,5%) составили возрастные больные, 17 (40,5%) составили больные среднего возраста (рис. 2).

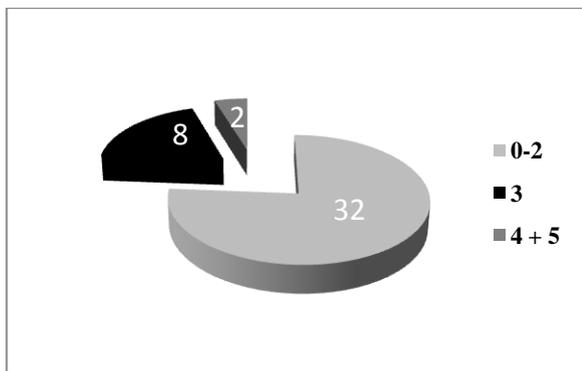


Рисунок 2.

Распределение больных по тяжести состояния (по шкале Хант-Хесса) в терапевтической группе (n = 42)

Как видно из рисунка 2, из 42 больных при поступлении у 32 (76,2%) больных было 0-2 балла по шкале тяжести кровоизлияния Хант-Хесса, у 8 (19%) больных – средне-тяжелое исходное состояние (по шкале Хант-Хесса 3 балла), а 2 (4,8%) больных поступили в тяжелом состоянии (по шкале Хант-Хесса 4-5 балла). При этом в подгруппах со значениями баллов 0-2 и 3 по шкале Хант-Хесса преобладали возрастные больные (18 (56,25%) и 6 (75%), соответственно) (рисунок 6). По шкале комы Глазго 38 (90,4%) больных поступили в ясном сознании (GCS=15), 2 (4,8%) больных – в оглушении (GCS=13-14), 2 (4,8%) больных – в сопоре (GCS=9-12).

Объем крови и риск возникновения вазоспазма оценивался по шкале Фишера. В данной группе у 33 (66%) больных степень по шкале Фишера составила 4; 14 (28%) больных по шкале Фишера оценены в 2-3, 3 (6%) больных по шкале Фишера – 1. Из вошедших в исследование больных у 7 зарегистрирован летальный исход (6 мужчин, 1 женщина). Все 7 больных поступили в исходно тяжелом состоянии с тяжелой сопутствующей патологией. Таким образом, функциональный исход и качество жизни оценивались у 85 больных (в первой группе – 45 больных, во второй группе – 40 больных).

Данные исследования введены в специально созданную программу Microsoft Excell 2007. При статистической обработке данных значения всех параметров были кодированы и введены в компьютерную базу данных. Статистический анализ проводился с использованием компьютерной программы SPSS, версия 16.0 (SPSS Inc, an IBM company, Chicago, Illinois, USA). При сравнении пропорций категориальных параметров статистическая достоверность определялась при помощи статистического метода χ^2 (хи-квадрат), в случае сравнений между несколькими парами категорий применялся метод исправления по Бонферрони. Средние величины рассчитывались вместе со стандартной ошибкой и приведены в виде: «средняя величина \pm 2 станд. ошибка». Средние величины продолжительных параметров среди двух различных групп сравнивались при помощи метода Т-теста по Стьюденту. В случаях, когда сравнивались средние величины продолжительных параметров между подгруппами числом более двух, использовался статистический метод анализа вариантности (ANOVA) с поправкой по Бонферрони для выявления статистически достоверной разницы между конкретными парами подгрупп (F). Во всех случаях результат считался статистически значимым при величине $p < 0.05$.

Исследование осуществлено с одобрения комитета по Этике ЕГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным нашего исследования было выявлено, что в хирургической группе удовлетворительный функциональный исход (отсутствие или легкое ограничение жизнедеятельности) после спонтанного САК наблюдается чаще среди больных мужского пола в среднем возрасте (41-50 лет), тогда как умеренное ограничение жизнедеятельности превалирует у больных мужского пола в возрасте старше 51 года. Превалирование удовлетворительного функционального исхода у больных мужского пола, скорее всего, связано с процентным преобладанием мужчин в исследованной популяции. Процентное превалирование больных с отсутствием ограничения жизнедеятельности или с легким ограничением жизнедеятельности в средней возрастной группе можно объяснить, вероятно, лучшими адаптационными механизмами в данной возрастной категории. Преобладание неудовлетворительного функционального исхода в хирургической группе больных обусловлено, по всей вероятности, тем, что в данной группе были вовлечены исходно более тяжелые (по сравнению с терапевтической группой) больные (что видно по значениям как по шкале Хант-Хесса, так и по шкале комы Глазго) ($p > 0.05$) (табл. 1, 2).

Таблица 1.

Распределение обследуемого контингента в хирургической группе по полу (согласно Модифицированной шкале Ранкина - mRS) (n = 50)

Пол	Модифицированная шкала Ранкина (mRS)				
	0-2	3	4-5	6	Общее
Мужчины	18 (58.1%)	6 (85.7%)	3 (42.9%)	4 (80%)	31 (62%)
Женщины	13 (41.9%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	1 (20%)	19 (38%)
Всего	31 (62%)	7 (14%)	7 (14%)	5 (10%)	50 (100%)

Таблица 2.

Распределение обследуемого контингента в терапевтической группе по полу (согласно Модифицированной шкале Ранкина - mRS) (n = 42)

Пол	Модифицированная шкала Ранкина (mRS)				
	0-2	3	4-5	6	Общее
Мужчины	12 (50%)	12 (75%)	-	2 (4.8%)	26 (61.9%)
Женщины	12 (50%)	4 (25%)	-	-	16 (38.1%)
Всего	24 (57.1%)	16 (38.1%)	-	2 (4.8%)	42 (100%)

В терапевтической группе удовлетворительный функциональный исход (отсутствие ограничения жизнедеятельности и легкое ограничение жизнедеятельности) наблюдался чаще у возрастных больных (старше 51 года), а умеренное ограничение жизнедеятельности наблюдалось чаще среди больных среднего возраста ($p < 0.05$) (рис. 3, 4).

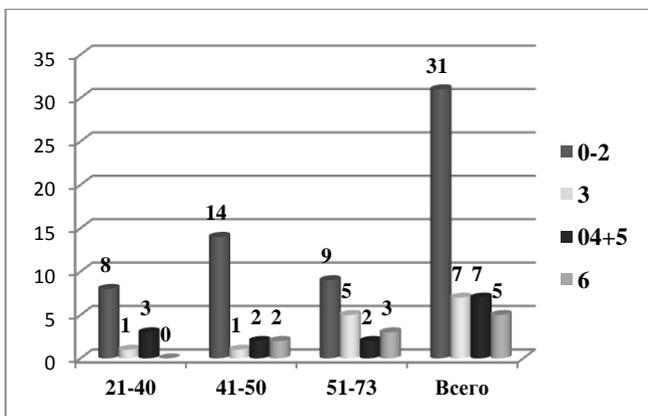
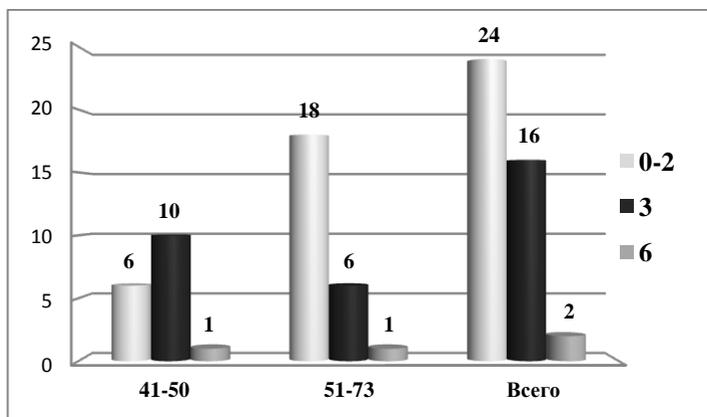


Рисунок 3.
Распределение обследуемого контингента в хирургической группе по возрасту (согласно Модифицированной шкале Ранкина - mRS) (n = 50)

Рисунок 4.
Распределение обследуемого контингента в терапевтической группе по возрасту (согласно Модифицированной шкале Ранкина - mRS) (n = 42)



Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что после спонтанного САК удовлетворительный функциональный исход по модифицированной шкале Ранкина (0-2) наблюдался в среднем возрасте (41-50) при хирургическом лечении больных, в то время как при консервативном ведении удовлетворительный функциональный исход чаще выявлялся у больных в возрастном диапазоне старше 51 года. Умеренный функциональный исход чаще наблюдался в хирургической группе у больных в возрасте старше 51 года, а при консервативном ведении больных, наоборот, умеренный функциональный исход чаще наблюдается в средней возрастной категории больных (41-50 лет).

При анализе зависимости функционального исхода по модифицированной шкале Ранкина (mRS) от изначальной тяжести клинического состояния по шкале Хант-Хесса было выявлено, что больные в хирургической группе, поступившие в стационар в изначальном тяжелом состоянии (по шкале Хант-Хесса 4-5) статистически значимо имели тяжелое ограничение жизнедеятельности (71,4%) и только 9,7%

больных имели удовлетворительный функциональный исход (9,7%) ($\chi^2=11.76$, $p=0.008$) (рис. 5).

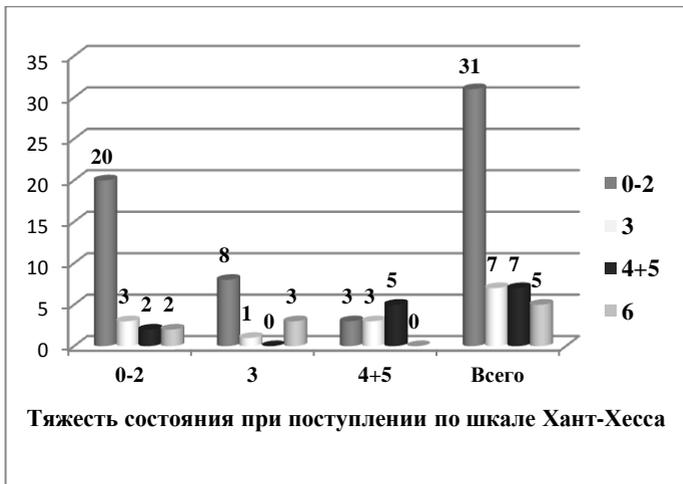


Рисунок 5.
Зависимость функционального исхода от тяжести состояния, оцениваемой при поступлении по шкале Хант-Хесса, у хирургических больных (согласно Модифицированной шкале Ранкина - mRS) (n = 50)

В терапевтической группе статистически значимо можно отметить, что больные, поступившие в изначально удовлетворительном клиническом состоянии, чаще имеют удовлетворительный функциональный исход (91,7%), нежели умеренное ограничение жизнедеятельности (62,5%) ($\chi^2=4.98$, $p=0.042$, отношение шансов – OR (95% интервал доверительности – 95% CI) равно 6.6 (1.1-38.6) (рис. 6).

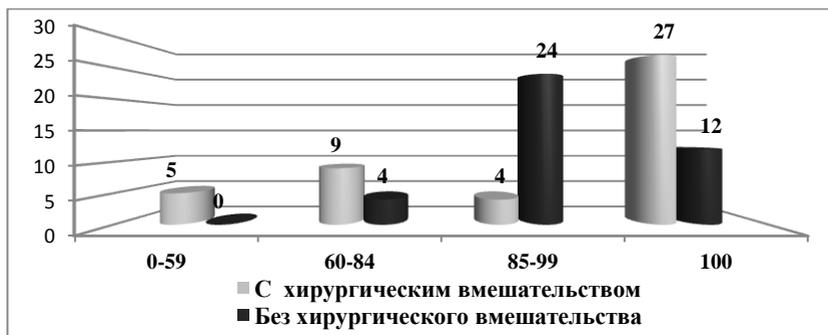
Рисунок 6.
Зависимость функционального исхода от тяжести состояния, оцениваемой при поступлении по шкале Хант-Хесса, у терапевтических больных (согласно Модифицированной шкале Ранкина - mRS) (n = 42)



При сравнении показателей функционального исхода по модифицированной шкале Ранкина (mRS) и ограничения повседневной активности по индексу Бартела между хирургической и терапевтической группами было выявлено, что пропорция больных с mRS-3 (также больных с легким ограничением повседневной активности (85-99) статистически значимо выше в терапевтической группе по сравнению с хирургической группой. В то же время пропорция больных с удовлетворительным функциональным исходом (также больных без ограничения повседневной активности (100)) статистически значимо выше в хирургической группе по сравнению с терапевтической группой ($p < 0.05$) (рис. 7).

Рисунок 7.

Зависимость функционального исхода от метода ведения больных (согласно индексу Бартелла) ($n = 85$)



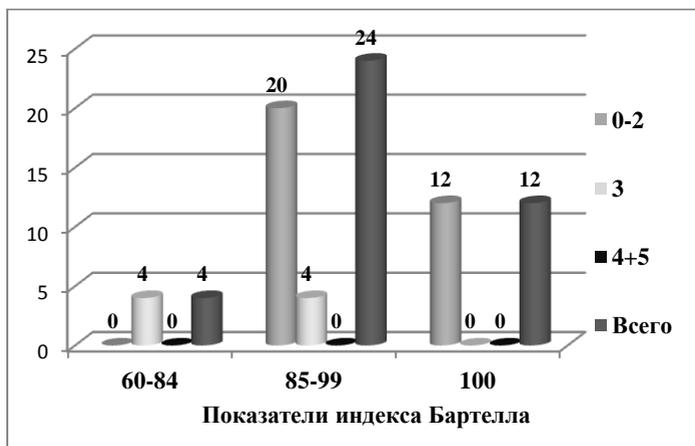
Следует также отметить, что 82,1% больных из 85 исследованных больных, поступивших в стационар в ясном сознании (по шкале Хант-Хесса 0-2), на момент исследования не имели ограничения повседневной жизнедеятельности (индекс Бартела 100). Аналогично 71,4% больных с легким ограничением повседневной жизнедеятельности также при поступлении в стационар были в ясном сознании (по шкале Хант-Хесса 0-2). 80% больных с тяжелым ограничением повседневной активности (индекс Бартела менее 59) поступили в стационар в тяжелом состоянии с нарушением сознания (по шкале Хант-Хесса 4-5).

При анализе ограничения повседневной активности по индексу Бартела в зависимости от изначального клинического состояния больного по шкале Хант-Хесса было выявлено, что в хирургической группе больные, поступившие в стационар в тяжелом состоянии (по шкале Хант-Хесса 4-5) в 80% случаев имели тяжелое ограничение повседневной активности и 7,4% случаев – отсутствие ограничения повседневной активности. Больные, поступившие в стационар в среднетяжелом состоянии (по шкале Хант-Хесса 3) в большинстве случаев (75%) имели легкое ограничение повседневной активности, у 18,5% данных больных ограничение повседневной активности отсутствовало. Вышеописанное является статистически значимым ($\chi^2=19.69$, $p < 0.0001$) (рис. 8).



В терапевтической группе больные, поступившие в стационар в среднетяжелом состоянии, имели в половине случаев умеренное ограничение повседневной активности (60-84) ($\chi^2=14.40$, $p<0.0001$, (по Фишеру) (рис. 9).

Рисунок 9. Зависимость функционального исхода от тяжести состояния при поступлении в терапевтической группе (согласно индексу Бартелла) (n = 40)



В хирургической группе также была выявлена взаимосвязь между функциональным исходом по модифицированной шкале Ранкина, ограничениями повседневной активности по индексу Бартела и таким осложнением спонтанного САК, как гидроцефалия. В подгруппе больных с гидроцефалией значительно чаще встречались умеренные и тяжелые ограничения жизнедеятельности (mRS 3 и 4-5, BI 0-59 и 60-84), чем удовлетворительный функциональный исход (mRS 0-2) по сравнению с подгруппой больных с отсутствием гидроцефалии. Данная взаимосвязь является статистически значимой ($p<0.05$). Также была выявлена статистически значимая взаимосвязь между модифицированной шкалой Ранкина и индексом Бартела как в хирург-

гической, так и в терапевтической группах ($p < 0.0001$). Таким образом, согласно результатам нашего исследования, тяжелое состояние по шкале Хант-Хесса, гидроцефалия, симптоматический вазоспазм, являются факторами плохого прогноза после САК, что соответствует и данным литературы.

Несмотря на удовлетворительные показатели по функциональному исходу, у больных со спонтанным САК часто выявляется сниженное качество жизни, при этом больные чаще предъявляют такие жалобы, как быстрая утомляемость, снижение памяти, эмоциональная лабильность, снижения настроения, мотивации и т.д. При сравнении составляющих качества жизни между хирургической и терапевтической группами были выявлены некоторые различия. Однако, только показатель общего компонента ментального здоровья статистически значимо отличался между группами: данный показатель был лучше в хирургической группе по сравнению с терапевтической группой ($p < 0.05$), исходя из чего можно заключить, что раннее хирургическое лечение спонтанного САК предпочтительнее по сравнению с консервативным ведением больных (табл. 3).

Таблица 3.

Сравнение показателей качества жизни между хирургической и терапевтической группами (по опроснику SF-36)

Составляющие	Хирургическое вмешательство	N	Среднее значение $\pm 2^*$ ст.ошибка	T	P
PF	Нет	40	72.5 \pm 5.8	1.20	0.23
	Да	45	65.0 \pm 11.0		
RP	Нет	40	48.8 \pm 4.7	-1.55	0.13
	Да	45	58.9 \pm 12.2		
RE	Нет	40	41.5 \pm 5.7	-1.13	0.26
	Да	45	48.2 \pm 10.5		
GH	Нет	40	64.9 \pm 4.3	-0.14	0.89
	Да	45	65.4 \pm 7.2		
VT	Нет	40	59.5 \pm 3.6	-1.91	0.06
	Да	45	66.8 \pm 6.7		
SF	Нет	40	68.8 \pm 3.7	-0.68	0.50
	Да	45	71.7 \pm 7.7		
MH	Нет	40	65.8 \pm 4.1	-1.59	0.12
	Да	45	72.0 \pm 6.3		
BP	Нет	40	81.3 \pm 3.2	0.79	0.43
	Да	45	78.4 \pm 6.5		
PHs	Нет	40	47.9 \pm 1.8	0.82	0.41
	Да	45	46.2 \pm 3.5		
MHs	Нет	40	41.9 \pm 1.5	-2.52	0.01*
	Да	45	46.3 \pm 3.1		

* - обозначены $p < 0.05$

Выявлено также, что ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, было хуже у возрастных больных старше 51 года. У возрастных больных также значительно ниже было ролевое функционирование, связанное с физическим состоянием. Показатель общего здоровья был значительно ниже в средней

возрастной группе (41-50 лет), тогда как показатель социального функционирования был сравнительно ниже среди молодых больных (21-40 лет).

В первой (хирургической) группе с одинаковой выраженностью среди мужчин и женщин в показателях компонентов качества жизни низкие значения были выявлены в ролевом функционировании, обусловленном эмоциональным состоянием. Среди больных женского пола несколько более низкие показатели наблюдались по ролевому функционированию, обусловленному физическим состоянием, а значительно низкие показатели были выявлены по социальному функционированию ($p > 0.05$).

Следует отметить, что в хирургической группе среди возрастных больных по сравнению с больными среднего возраста по всем составляющим наблюдались низкие значения. У возрастных больных особенно низкие значения были выявлены в ролевом функционировании, обусловленном как эмоциональным состоянием, так и физическим состоянием, а также и в показателях физического здоровья. Среди больных молодого возраста (21-40 лет) сравнительно низкие значения были выявлены в показателях жизнеспособности ($p > 0.05$). Во второй (терапевтической) группе среди мужчин низкие показатели наблюдались по физическому здоровью, социальному функционированию и ментальному здоровью, среди женщин низкие значения были выявлены по ролевому функционированию, обусловленному физическим состоянием. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, равно низко было среди обоих полов ($p > 0.05$).

При анализе данных качества жизни по возрастным группам в терапевтической группе было выявлено, что среди больных среднего возраста все значения составляющих качества жизни были ниже по сравнению с группой возрастных больных. Особенно низкие значения были выявлены в ролевом функционировании, обусловленном эмоциональным состоянием. При анализе данных составляющих качество жизни в зависимости от возраста, было выявлено, что физическое здоровье (PF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), общее здоровье (GH), ментальное здоровье (MH), физическая боль (BP) и общий показатель физического здоровья (PHs) были ниже среди больных среднего возраста по сравнению с возрастными больными; выявленная взаимосвязь компонентов качества жизни и возраста в данной группе является статистически значимой ($p < 0.05$). Из вышесказанного можно заключить, что качество жизни после спонтанного САК у возрастных больных лучше при консервативном ведении.

Итак, при развитии спонтанного САК у больных старше 51 года качество жизни в плане физического здоровья лучше при консервативном ведении больных. При развитии спонтанного САК в среднем возрасте (41-50 лет) статистически значимых различий между качеством жизни и возрастом не выявлено.

При спонтанном САК при оценке тяжести изначального состояния по шкале Хант-Хесса 0-2 и 3 качество жизни после заболевания было лучше в хирургической группе, как в плане физического здоровья, так и в плане ментального здоровья. Ментальный компонент здоровья также был значительно лучше в хирургической группе ($p < 0.05$).

Была выявлена статистически значимая взаимосвязь между компонентами качества жизни и функциональным исходом (по модифицированной шкале Ранкина).

В хирургической группе также была выявлена статистически значимая взаимосвязь между качеством жизни и такими осложнениями спонтанного САК, как гидроцефалия и отсроченный ишемический дефицит (введение спазмолитиков). При этом все составляющие качества жизни были взаимосвязаны с наличием

гидроцефалии ($p < 0.05$); при наличии данных осложнений качество жизни хуже ($p < 0.05$) (табл. 4).

Таблица 4.

Показатели качества жизни (согласно опроснику) в зависимости от наличия или отсутствия гидроцефалии

Составляющие опросника	Гидроцефалия	N	Среднее значение \pm 2 ст.ошибка	t	P
PF	Наличие	18	37.5 \pm 16.9	-4.74	<0.0001
	Отсутствие	27	83.3 \pm 9.3		
RP	Наличие	18	31.9 \pm 18.8	-4.02	<0.0001
	Отсутствие	27	76.9 \pm 11.9		
RE	Наличие	18	24.1 \pm 15.1	-4.49	<0.0001
	Отсутствие	27	64.3 \pm 10.6		
GH	Наличие	18	47.8 \pm 11.6	-4.47	<0.0001
	Отсутствие	27	77.2 \pm 5.9		
VT	Наличие	18	53.3 \pm 13.3	-3.19	0.005
	Отсутствие	27	75.7 \pm 4.2		
SF	Наличие	18	56.3 \pm 14.6	-3.27	0.003
	Отсутствие	27	81.9 \pm 5.8		
MH	Наличие	18	58.7 \pm 12.6	-3.37	0.003
	Отсутствие	27	80.9 \pm 3.9		
BP	Наличие	18	64.6 \pm 12.5	-3.47	0.002
	Отсутствие	27	87.6 \pm 4.2		
PHs	Наличие	18	37.1 \pm 5.4	-4.86	<0.0001
	Отсутствие	27	52.3 \pm 3.0		
MHs	Наличие	18	40.4 \pm 6.1	-3.00	0.007
	Отсутствие	27	50.2 \pm 2.2		

При этом, в хирургической группе была выявлена статистически значимая взаимосвязь между всеми подгруппами mRS и такими компонентами качества жизни, как физическое здоровье, общее здоровье, социальное функционирование, ментальное здоровье и общее физическое здоровье. В терапевтической группе все показатели составляющих качества жизни были статистически значимо выше при удовлетворительном функциональном исходе ($p < 0.05$). Также в обеих группах была выявлена статистически значимая взаимосвязь между составляющими качества жизни и индексом ограничения повседневной активности Бартелла, при этом, чем выше были баллы по индексу Бартелла, тем лучше было качество жизни ($p < 0.05$), что особенно заметно между подгруппами без ограничения повседневной активности и тяжелым ограничением повседневной активности (табл. 5, 6).

Таблица 5.

Показатели качества жизни (согласно опроснику) в зависимости от функционального исхода по индексу Бартела (BI) в хирургической группе

BI	PF	RP	RE	GH	VT	SF	MH	BP	PHs	MHs
0-59	.00	.00	.00	14.0±7.2	18.0±12.7	15.0±10.0	23.2±19.0	29.4±16.3	23.2±0.6	24.5±13.2
60-84	26.1±6.4	8.3±5.9	7.3±4.9	50.3±10.4	60.6±6.5	61.1±7.6	65.3±5.8	75.8±6.0	34.5±2.5	43.3±3.7
85-99	68.8±16.0	50.0±0.0	41.5±17.0	60.8±10.3	65.0±14.7	68.8±7.2	74.0±5.1	80.0±16.0	46.0±2.3	45.8±6.0
100	89.4±6.6	88.0±6.7	71.8±7.6	80.7±3.1	78.2±3.3	86.1±4.4	83.0±3.4	88.2±4.5	54.4±1.8	51.4±1.9

Таблица 6.

Показатели качества жизни (согласно опроснику) в зависимости от функционального исхода по индексу Бартела (BI) в терапевтической группе

BI	PF	RP	RE	GH	VT	SF	MH	BP	PHs	MHs
60-84	50.0±0.0	37.5±14.4	33.0±0.0	49.5±2.8	47.5±14.4	62.5±0.0	56.0±9.2	73.0±12.6	40.5±0.5	38.0±2.3
85-99	66.7±6.5	47.9±6.6	33.0±0.0	60.8±5.3	56.3±4.0	66.7±5.7	59.7±3.8	78.7±3.4	46.8±2.4	39.8±1.5
100	91.7±2.8	54.2±5.6	61.2±13.9	78.2±1.7	70.0±0.0	75.0±0.0	81.3±2.2	89.3±4.5	52.5±0.4	47.3±1.6
Общее	72.5±5.8	48.8±4.7	41.5±5.7	64.9±4.3	59.5±3.6	68.8±3.6	65.8±4.1	81.3±3.2	47.9±1.8	41.9±1.5

ВЫВОДЫ

1. Выявлена прямая зависимость между степенью неврологического дефицита (функционального исхода) и нейропсихологическим дефицитом после спонтанного САК: когнитивный дефицит прямо пропорционален неврологическим нарушениям.
2. Эмоциональные нарушения – наиболее часто встречаемый ранний клинический признак после перенесенного спонтанного САК. Эмоциональные нарушения в ранние сроки спонтанного САК могут служить предвестником развития нейропсихологических нарушений в дальнейшем.
3. Выявлена прямая зависимость между функциональным исходом (неврологическим дефицитом), качеством жизни больного и состоянием больного со спонтанным САК при поступлении в стационар, а также последующим развитием осложнений (гидроцефалии, вазоспазма).
4. Применение опросника SF-36, модифицированной шкалы Ранкина, индекса Бартела может служить практичным и достоверным инструментом для количественной оценки и прогноза качества жизни, неврологического дефицита после спонтанного САК.
5. Раннее выявление когнитивных и эмоциональных нарушений у больных со спонтанным САК способствует более специфическому применению соответствующей терапии и последующему улучшению нейропсихологического прогноза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больные, перенесшие спонтанное САК, должны проходить скрининг на предмет неврологического, нейропсихологического и когнитивного дефицита, непосредственно при выписке из стационара, а также по месту жительства через 3, 12 месяцев после САК.
2. Создание реестра больных со спонтанным САК может в значительной степени способствовать эффективному менеджменту и профилактике отсроченных осложнений.
3. При определении степени нетрудоспособности больных необходимо принимать во внимание не только степень неврологического дефицита, но и качество жизни и когнитивный статус больного с целью разработки мероприятий психологической реабилитации.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. И.М. Габриелян, О.М. Манвелян. Когнитивный и функциональный исход после спонтанного аневризматического субарахноидального кровоизлияния (обзор литературы) // Медицина, наука и образование, 2012, N13, стр. 76-80.
2. I. Gabrielyan, H. Manvelyan, A. Zakaryan. Assessment of Functional Outcome and Quality of Life after Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage // Journal of the Neurological Sciences, 2013, 333, N2873, pp 265-266.
3. И.М. Габриелян. Функциональный исход и качество жизни после спонтанного субарахноидального кровоизлияния // Вопросы теоретической и клинической медицины, 2013, N15, стр. 77-81
4. I. Gabrielyan, A. Zakaryan, A. Karapetyan, H. Manvelyan. Quality of Life in Patients after Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage // EFNS European Journal of Neurology, 2014, Volume 21, Suppl 1, PP 2001, pp 476.

5. И.М. Габриелян, О.М. Манвелян. Взаимоотношение неврологического дефицита и качества жизни после спонтанного субарахноидального кровоизлияния. // Медицина, наука и образование, 2014, N17, стр. 29-34.
6. I. Gabrielyan, V. Aleksanyan, R. Fanarjyan. Association between Quality of Life and Cerebral Vasospasm after Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage // 24 European Stroke Conference. Abstract E-Book, 2015, p. 300.

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Ի.Մ. Գաբրիելյան

ՆՅԱՐԴԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԵՖԻՑԻՏԻ և ԿՑԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ ՄՈՂՆՏԱՆ ՍՈՒԲԱՐԱՄՆՈՒՐԴԱԼ ԱՐՅՈՒՆԱԶԵՐՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ

Սպոնտան սուբարախնոիդալ արյունազեղումը (ՄԱԱ) համարվում է ուրգենտ նյարդաբանական պաթոլոգիա հիվանդացության և մահացության բարձր հաճախականությամբ: ՄԱԱ կազմում է բոլոր ինսուլտների 7%: Ռեալ կլինիկական պրակտիկայում այս ծանր հիվանդության ելքը հաճախ լինում է անբավարար, տարած ՄԱԱ-ից հետո հիվանդների մեծ մասը դառնում են անաշխատունակ կամ ունենում են կայուն օջախային նյարդաբանական դեֆիցիտ; հաճախ հայտնաբերվում է կայուն կոգնիտիվ դեֆիցիտ (հիշողության խանգարումներ, կենտրոնանալու դժվարություններ, էմոցիոնալ և անձի փոփոխություններ), ինչն, անկասկած, բերում է կյանքի որակի իջեցմանը: Մպոնտան ՄԱԱ հետակա ելքի կանխարգելումը, նույնիսկ մասնագիտացված կենտրոնում, համարվում է բարդ խնդիր, որը, սակայն անհրաժեշտ է նման հիվանդների էֆեկտիվ վարման համար: Հետևաբար, սպոնտան ՄԱԱ համարվում է բժշկական ամենաբարդ վիճակներից՝ հաճախ հարատև նյարդաբանական և կոգնիտիվ դեֆիցիտով:

Այսպիսով, ֆունկցիոնալ ելքի մանրակրկիտ գնահատումը ընդհանուր նյարդահոգեբանական քննությամբ կարևոր է, ինչը կարող է հանգեցնել նման հիվանդների վարման և պրոգնոզի նոր մոտեցումներին՝ նյարդաբանական դեֆիցիտի արտահայտվածության նվազման և կյանքի որակի բարելավման նպատակով: Բացի այդ, հաշվի առնելով նման հիվանդներին օգնելու անհրաժեշտությունը և դժվար ադապտացիան, սպոնտան ՄԱԱ համարվում է նաև արդիական սոցիալական խնդիր և պահանջում է համապատասխան մոտեցում:

Տվյալ հետազոտության նպատակն է՝ սպոնտան ՄԱԱ տարած հիվանդների մոտ նյարդաբանական դեֆիցիտի արտահայտվածության և կյանքի որակի գնահատումը: Այդ նպատակով հետազոտվել է 92 սպոնտան ՄԱԱ-ով հիվանդ, 57 տղամարդ և 35 կին, 50,38±9,72 միջին տարիքի (21 – 73 սահմաններում): Ելնելով կատարված բուժման մեթոդից առանձնացվել են վիրաբուժական և քերպակտիկ խմբերը: Յուրաքանչյուր խմբում տարբերակվել են

ենթախմբեր՝ հաշվի առնելով հիվանդների սեռը, տարիքը, ստացիոնար ընդունվելիս գիտակցության մակարդակն ըստ Գլազգոյի սանդղակի, հիվանդության ծանրության աստիճանն ըստ Հանթ-Հեսսի սանդղակի, արյան ծավալը ԿՏ-հետազոտությամբ ըստ Ֆիշերի սանդղակի: Ստացիոնարից դուրս գրվելուց, միջինում 3 ամիս անց, գնահատվել է ֆունկցիոնալ ելքը և կյանքի որակը համապատասխան սանդղակներով: Հիվանդացության աստիճանը (գործունեության սահմանափակում) գնահատվել է Ռանկինի մոդիֆիկացված սանդղակով (mRS), ամենօրյա ակտիվության սահմանափակումը գնահատվել է Բարտելի ինդեքսով (Barthel Index, BI), կյանքի որակը՝ SF-36 հարցաշարով (Short Form Health Survey): Վիճակագրական վերլուծությունը կատարվել է SPSS 16.0 համակարգչային ծրագրի միջոցով:

Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ սպոնտան ՍԱԱ-ից հետո առկա է ուղիղ համեմատական կապ հիվանդության ֆունկցիոնալ ելքի՝ նյարդաբանական դեֆիցիտի և նյարդահոգեբանական դեֆիցիտի միջև. կոգնիտիվ դեֆիցիտը ուղիղ համեմատական է նյարդաբանական խանգարումներին:

Սպոնտան ՍԱԱ-ից հետո ամենավաղ հանդիպող կլինիկական ախտանիշը էմոցիոնալ խանգարումներն են, որոնք հետագայում կարող են հանգեցնել նյարդահոգեբանական խանգարումների:

Հիվանդության ֆունկցիոնալ ելքը (նյարդաբանական դեֆիցիտը), ինչպես նաև կյանքի որակը սերտ կապված են ստացիոնար ընդունվելիս հիվանդների սկզբնական կլինիկական վիճակի և հնարավոր բարդությունների (հիդրոցեֆալիա, վազոսպազմ) զարգացման հետ:

SF-36 հարցաշարի, Ռանկինի մոդիֆիկացված սանդղակի, Բարտելի ինդեքսի կիրառումը կարող են ծառայել պրակտիկ և վստահելի գործիք սպոնտան ՍԱԱ-ից հետո՝ կյանքի որակի, նյարդաբանական դեֆիցիտի քանակական գնահատման և պրոգնոզի համար:

Սպոնտան ՍԱԱ տարած հիվանդների մոտ կոգնիտիվ և էմոցիոնալ խանգարումների վաղ հայտնաբերումը նպաստում է համապատասխան բուժման ավելի սպեցիֆիկ կիրառմանը և նյարդահոգեբանական պրոգնոզի հետագա լավացմանը:

Խորհուրդ է տրվում սպոնտան ՍԱԱ տարած հիվանդների մոտ անցկացնել նյարդաբանական, նյարդահոգեբանական և կոգնիտիվ դեֆիցիտի սկրինինգ՝ ստացիոնարից անմիջապես դուրս գրվելիս, ինչպես նաև ըստ բնակության վայրի հիվանդությունից 3, 12 ամիս անց: Սպոնտան սուբարախնդրալ արյունազեղմամբ հիվանդների գրանցումը կարող է զգալի չափով նպաստել հեռակա բարդությունների էֆեկտիվ վարմանը և պրոֆիլակտիկային: Հիվանդների անաշխատունակությունն որոշելու ժամանակ անհրաժեշտ է նկատի ունենալ ոչ միայն նյարդաբանական դեֆիցիտի արտահայտվածությունը, այլև հիվանդի կյանքի որակը և կոգնիտիվ ստատուսը հետագայում հոգեբանական ռեաբիլիտացիոն միջոցառումների մշակման նպատակով:

SUMMARY

I.M. Gabrielyan

ASSESSMENT OF NEUROLOGICAL DEFICIT AND QUALITY OF LIFE AFTER SPONTANEOUS SUBARACHNOID HEMORRHAGE

Spontaneous subarachnoid hemorrhage (SAH) is an urgent neurological condition with high rates of morbidity and mortality. It accounts up to 7% of all strokes. In real clinical practice outcomes of this severe disease are often insufficient with many patients being disabled or having persistent focal neurological deficit after disease; often permanent cognitive impairment (memory and concentration's insufficiency, emotional and personality changes) is found, with subsequent reduction in the quality of life. Prediction of a long-term outcome after spontaneous SAH even in specialized department is a difficult problem, although it is necessary for effective management of such patients. Thus made spontaneous SAH one of the most complicated medical conditions with long-term, often life-long neurological and cognitive deficit.

Therefore thorough assessment of functional outcome with a general neuropsychological examination is mandatory, which could result in the search of new approaches to the management and prognosis to reduce neurological deficit and improve quality of life. Besides, taking into consideration the necessity of nursing and difficult adaptation of such patients, spontaneous SAH is also an actual social problem and requires an appropriate attitude.

The aim of this study was to evaluate the level of neurological deficit and the quality of life in patients after spontaneous SAH. 92 patients with spontaneous SAH (57 male, 35 female) were enrolled in the study with the range of age between 21 and 73 (mean age was 50.38 ± 9.72). Based on the method of treatment surgical and conservative groups of patients were distinguished. In each group gender, age, Glasgow Coma Scale on admission was taken into consideration; the severity of the disease was measured by Hunt-Hess scale, the amount of blood on CT was assessed by Fisher scale. After discharge from the hospital, in about 3 months' period, the functional outcome and the quality of life were evaluated. The degree of disability was measured by modified Rankin scale (mRS), the performance in activities of daily living was assessed by Barthel Index (BI), the quality of life was evaluated by SF-36 questionnaire. The statistical analysis was performed via SPSS 16.0 computer software.

The results of the study revealed a certain correlation between functional outcome (neurological impairment) and neuropsychological deficit after spontaneous SAH; more severe is neurological impairment, the worse is the cognitive deficit.

Emotional instability, which could bring to neuropsychological disturbances afterwards, is especially common in the early period after spontaneous SAH, therefore early diagnostics of dysphorias is essential for further improvement of the quality of life.

There is a strong correlation between functional outcome (neurological deficit), quality of life, and severity of initial clinical presentation of patients on admission, as well as possible complications after spontaneous SAH (hydrocephaly, delayed ischemic deficit). In surgical group a statistically reliable correlation between functional outcome (measured by the mRS), performance in activities of daily living (assessed by Barthel Index) and such complication of SAH, as hydrocephaly, was noticed. In such patients compared to ones without complications more severe disability by mRS and poorer performance in activities of daily living by BI was described. Also in patients with complications reduction of the quality of life was reported, low performance was noted in all components of SF-36. Therefore, based on the results of our study, poorer performance on Hunt-Hess scale on admission, complications of SAH (as hydrocephaly and delayed ischemic deficit) are risk factors for worse prognosis after spontaneous SAH, which corresponds to the literature review.

Early investigation of cognitive and emotional problems in such patients is mandatory for more specific treatment and, hence, future improvement of neuropsychological prognosis.

Besides, as shown in the study, suggested scales (modified Rankin scale, Barthel Index, SF-36) could serve as practical and reliable tool in the assessment of functional outcome and quality of life, as well as for prognosis of the disease.

Screening of neurological, neuropsychological and cognitive deficits after spontaneous SAH is recommended just after discharge and in 3, 12 months after discharge from the hospital. Registration of patients with spontaneous SAH could mostly serve for effective management and prognosis of delayed complications.

When making a decision on disability after spontaneous SAH not only neurological deficit should be taken into account, but also quality of life and cognitive status of patients, which could result in improved management of further psychological rehabilitation.