

Динамика восприятия качества жизни у пациентов с когнитивным снижением в период пребывания в комплексной программе нейрокогнитивной реабилитации

Курмышев М.В., Савилов В.Б., Костюк Г.П.

«Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» Департамента Здравоохранения города Москвы (Медико-реабилитационное отделение «Клиника памяти»)

Резюме. В статье рассматриваются результаты исследования субъективного восприятия качества жизни людьми пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в начале и по окончании реабилитационного курса (комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации). Программа направлена на улучшение когнитивных функций.

Ключевые слова: пожилой возраст, когнитивное снижение, качество жизни, субъективное восприятие.

Dynamics of life quality perception among patients with cognitive decline during an integrated rehabilitation process.

Kurmyshev M.V., Savilov V.B., Kostyuk G.P.

Psychiatric Hospital № 1 named after N.A. Alekseev of Moscow Department of Health

Summary. The article examines research results of life quality perception among older persons with mild cognitive decline at the beginning and at the end of the rehabilitation course (intergrated programme of neurocognitive rehabilitation). This course is aimed at improving cognitive functions.

Key words: old age, cognitive decline, quality of life, subjective perception.

Актуальность исследования восприятия качества жизни (КЖ) в пожилом возрасте обусловлена демографическими изменениями, связанными с увеличением продолжительности жизни.

В России, по данным пенсионного фонда РФ, число пенсионеров увеличивается ежегодно на 700 тысяч и составляет в настоящее время более 40 миллионов человек.

Когнитивные нарушения выявляются примерно у 25% людей пожилого возраста, в том числе, у 6-8% диагностируется деменция, а у 16-19% — легкое когнитивное расстройство [1, 2]. Падение работоспособности, быстрая утомляемость, эмоциональная неустойчивость и истощаемость нервно-психических процессов, как проявления старческой астении, приводят к снижению адаптивных возможностей и, как следствие, к понижению КЖ [3].

По определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), КЖ — это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей в соответствии с их целями, ожиданиями, нормами и заботами. КЖ определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него значение. Индекс КЖ пожилых людей рассчитывается на основе статистических данных, получаемых от национальных институтов и организаций [4].

Множество показателей, которые специалисты относят к области КЖ, условно можно разделить на две категории: объективные и субъек-

тивные. Критериями объективной оценки КЖ служат нормативы потребностей и интересов людей, исходя из которых можно оценить степень удовлетворения человека (финансовое положение, жилищные условия, потребление продуктов, товаров, услуг и пр.). К субъективным критериям оценки КЖ относят самооценку человеком состояния своего здоровья, благополучия, семейных отношений, удовлетворенности жизнью [3, 5].

Необходимо учитывать, что КЖ стареющего человека во многом зависит от сохранности психики.

Ранее проводились исследования по оценке КЖ у людей с различными формами когнитивных нарушений, фиксирующие низкие показатели КЖ в зависимости от уровня когнитивного дефицита [6].

В представленном нами исследовании акцент сделан на динамике восприятия КЖ в процессе реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: изучить влияние комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации (КПНР) на субъективное восприятие КЖ у пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивным снижением.

Материалы и методы

Описание выборки. В исследование было включено 87 участников в возрасте от 59 до 85 лет, страдающих мягким когнитивным снижением и проходивших курс КПНР на базе медико-реабилитационного отделения «Клиника Памяти»

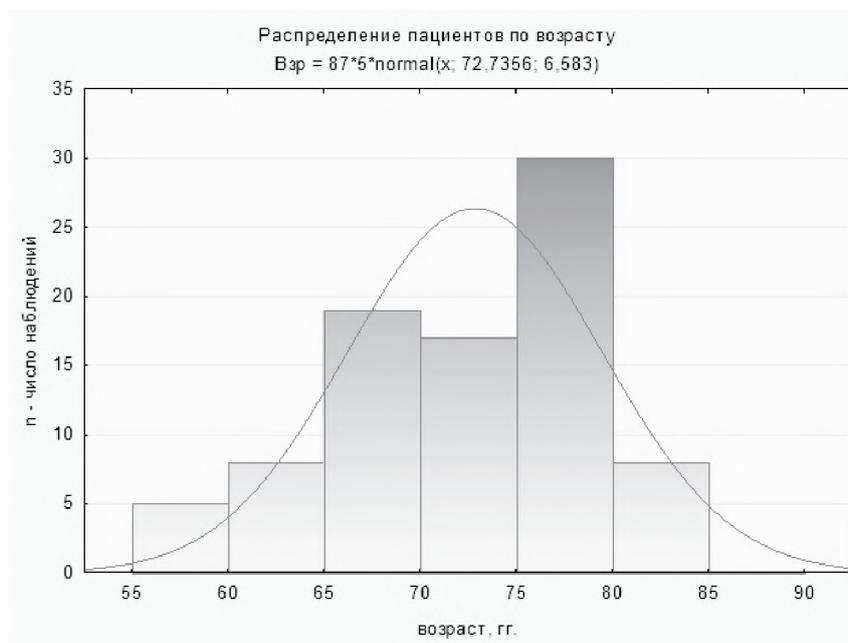


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту

филиала ПНД № 15 ГБУЗ ПКБ № 1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ в 2017-2018 гг.

Мужчин — 13, женщин — 74. Средний возраст составил 73 ± 7 лет, Ме 73 (68; 79). Распределение по возрасту представлено на рисунке 1.

Критериями включения в Программу являлось наличие у пациентов снижения когнитивных функций, диагностированного на основании комплекса клинично-anamnestических данных (жалобы пациента, данные наблюдения лечащего врача) и результатов психологического исследования, так же наличие письменного информированного согласия и одобрение независимого этического комитета при ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева».

Критериями исключения являлись: соматические заболевания в фазе обострения, синдром нарушения функций тазовых органов, выраженные депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства (выше 10 баллов по шкале HADS, требующие специализированной терапии), наличие в анамнезе эндогенной патологии.

Методом воздействия являлась Комплексная программа нейрокогнитивной реабилитации. Это связанный комплекс специально разработанных психотерапевтических и психологических тренингов, занятий адаптивной физической культурой.

Время пребывания в Программе составляет 6 недель.

Описание Программы представлено в статье «Клиника памяти – модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением» [7].

Методы исследования

Для оценки субъективного восприятия КЖ была использована форма оценки здоровья (Short

Form Medical Outcomes Study) SF-36 (John E. Ware), разработанная в 80-х годах прошлого века в США. В 1998 году опросник протестировали и одобрили к применению в Межнациональном Центре исследования качества жизни в Санкт-Петербурге [8].

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: две группы по четыре шкалы. Одна группа содержит четыре шкалы, характеризующие восприятие соматического статуса (*Physical Functioning*, *Role-Physical*, *Bodily Pain*, *General Health*) и интегральную шкалу (**Physical health**), обобщающую результаты четырех шкал соматического здоровья. Другая — четыре шкалы, характеризующие восприятие психического состояния (*Vitality*, *Social Functioning*, *Role-Emotional*, *mental Health*), и интегральную шкалу, обобщающую результаты четырех шкал психологического состояния (**Mental Health**).

I. Физический компонент здоровья (Physical health — PH)

1. Физическое функционирование (*Physical Functioning* — PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (*Role-Physical Functioning* — RP), отражает влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свиде-

тельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Интенсивность боли (Bodily pain — BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (General Health — GH) — оценка большого состояния своего здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

II. Психологический компонент здоровья (Mental Health — MH)

5. Жизненная активность (Vitality — VT) подразумевает ощущение себя, полным сил и энергии, или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (Social Functioning — SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role Emotional — RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health — mH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Оценка проводится в баллах по 8-ми шкалам; высокая оценка указывает на соответственно высокий уровень КЖ. Показатель каждой из шкал варьируется между 0 и 100, где оценка в 100 баллов ассоциирована с полным здоровьем.

Балльная оценка по каждой из шкал интерпретируется в следующие категории восприятия собственного состояния:

- высокий уровень — 81-100 баллов,
- повышенный — 61-80 баллов,
- средний — 41-60 баллов,
- пониженный — 21-40 баллов,
- низкий — 0-20 баллов.

Оценивание проводилось дважды: перед началом КПНР (срез 1) и по завершении участия в Программе (срез 2).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ STATISTICA. Категориальные порядковые данные в таблицах представлены средними значениями со стандартным отклонением $M \pm SD$ и медианами с квартильным размахом Me (1 квартиль; 3 квартиль). Динамические сравнения проводились с использованием рангового критерия Вилкоксона. Для оценки клинической значимости выявленных различий рассчитывали стандартизованную разницу между двумя средними — стандартизованный эффект. Для долевых сравнений использовали точный критерий Фишера.

Результаты

Результаты исследования изменений восприятия КЖ пожилыми людьми в результате пребывания в КПНР представлены в таблице 1.

Изменения были зафиксированы как по физическим, так и по психологическим шкалам в сторону позитивной переоценки. Несколько улучшилось восприятие общего соматического состояния (GH): оценка возросла с $51,56 \pm 18,4$, Me 55,0(40,0; 67,0) баллов до $54,9 \pm 18,0$, Me 55,0(40,0; 67,0) на уровне значимости различий $p=0,041$, критерий Вилкоксона. Стандартизованный эффект составил $Es=0,18$, то есть изменения были незначительно выражены. Низкая мощность исследования $P=0,25$ указывает на то, что при росте числа наблюдений результат может измениться.

Была отмечена тенденция к росту активности, ограниченной восприятием боли (BP): оценка активности возросла с $58,2 \pm 22,4$, Me 52,0(41,0; 74,0) баллов до $63,5 \pm 24,8$, Me 62,0(41,0; 84,0) на уровне значимости $p=0,064$, критерий Вилкоксона. Клинический эффект — умеренный: $Es=0,22$. Мощность исследования $P=0,34$ также предполагает дальнейшее продолжение наблюдений, увеличение числа наблюдений.

Более значимые по силе эффекта различия были получены относительно самооценки психического здоровья (mH): $60,3 \pm 17,4$, Me 60,0(44,0; 72,0) баллов в начале и $66,4 \pm 17,0$, Me 68,0(56,0; 76,0) по завершении КПНР, $p=0,0003$, критерий Вилкоксона. $Es=0,36$. $P=0,68$.

Также была отмечена тенденция к росту жизненной активности (VT): оценка возросла с $56,0 \pm 16,8$, Me 55,0(45,0; 65,0) баллов до $59,7 \pm 18,2$, Me 60,0(50,0; 75,0) на уровне значимости различий $p=0,065$, критерий Вилкоксона. $Es=0,21$. $P=0,31$.

Что касается обобщающей интегральной оценки, то относительно соматической составляющей здоровья статистически значимых различий не было выявлено: $41,7 \pm 8,2$, Me 42,4(36,5; 47,6) баллов в начале и $41,3 \pm 8,6$, Me 40,6(36,3; 47,7) в итоге; $p=0,358$, критерий Вилкоксона. А обобщающая оценка психологической составляющей здоровья статистически значимо улучшилась: $43,7 \pm 10,4$, Me 44,2(35,1; 52,4) и $45,8 \pm 9,9$, Me 45,7(37,6; 53,3) баллов соответственно; $p=0,037$; $Es=0,21$; $P=0,30$.

Шкалы SF-36	Срез 1 M±SD Me (1 кв.; 3 кв.)	Срез 2 M±SD Me (1 кв.; 3 кв.)	ρ критерий Вилкоксона	Es	P
Физический компонент здоровья (PH)	41,7±8,2 Me 42,4(36,5; 47,6)	41,3±8,6 Me 40,6(36,3; 47,7)	0,358	-0,04	
Физическое функционирование (Physical Functioning-PF)	66,8±20,0 Me 70,0(55,0; 80,0)	64,8±20,0 Me 70,0(50,0; 80,0)	0,111	-0,10	
Рольное функционирование (Role-Physical -RP)	45,7±40,0 Me 50,0(0,0; 75,0)	40,8±39,1 Me 25,0(0,0; 75,0)	0,274	-0,12	
Интенсивность боли (Bodily Pain-BP)	58,2±22,4 Me 52,0(41,0; 74,0)	63,5±24,8 Me 62,0(41,0; 84,0)	0,064	0,22	0,34
Общее состояние здоровья (General Health-GH)	51,56±18,4 Me 55,0(40,0; 67,0)	54,9±18,0* Me 55,0(40,0; 67,0)	0,041	0,18	0,25
Психологический компонент здоровья (MH)	43,7±10,4 Me 44,2(35,1; 52,4)	45,8±9,9 Me 45,7(37,6; 53,3)	0,037	0,21	0,30
Жизненная активность (Vitality -VT)	56,0±16,8 Me 55,0(45,0; 65,0)	59,7±18,2 Me 60,0(50,0; 75,0)	0,065	0,21	0,31
Социальное функционирование (Social Functioning -SF)	70,0±20,6 Me 75,0(50,0; 87,5)	71,0±21,3 Me 75,0(50,0; 87,5)	0,705	0,05	
Эмоционально-ролевое функционирование (Role-Emotional -RE)	50,2±40,6 Me 33,3(0,0; 100,0)	48,7±40,3 Me 33,3(0,0; 100,0)	0,667	-0,04	
Психическое здоровье (mental Health -mH)	60,3±17,4 Me 60,0(44,0; 72,0)	66,4±17,0 Me 68,0(56,0; 76,0)	0,0003	0,36	0,68

	Уровни КЖ — исходная оценка			Уровни КЖ — после реабилитации			Критерий Фишера		
	Пониженный и низкий	средний	повышенный и высокий	Пониженный и низкий	средний	повышенный и высокий	ρ	ρ	ρ
Физический компонент здоровья (Physical health-PH)	44,8%	55,2%	0%	48,3%	50,6%	1,1%	0,76	0,65	1,0
Физическое функционирование (Physical Functioning-PF)	12,6%	20,7%	66,7%	12,6%	29,9%	57,5%	1,0	0,22	0,27
Рольное функционирование (Role-Physical -RP)	46,0%	16,1%	37,9%	46,0%	19,5%	34,5%	1,0	0,69	0,75
Интенсивность боли (Bodily Pain-BP)	11,5%	40,2%	48,3%	10,3%	32,2%	57,5%	1,0	0,34	0,29
Общее состояние здоровья (General Health-GH)	27,6%	41,4%	31,0%	25,3%	34,5%	40,2%	0,86	0,44	0,27
Психологический компонент здоровья (Mental Health — MH)	46,0%	48,3%	5,7%	28,7%*	60,9%	8,0%	0,028	0,19	0,77
Жизненная активность (Vitality -VT)	17,2%	50,6%	32,2%	19,5%	34,5%*	46,0%*	0,85	0,046	0,087
Социальное функционирование (Social Functioning -SF)	9,2%	16,1%	74,7%	9,2%	17,2%	73,6%	1,0	1,0	1,0
Эмоционально-ролевое функционирование (Role-Emotional -RE)	50,6%	0%	49,4%	54,0%	0%	46,0%	0,76	1,0	0,76
Психическое здоровье (mental Health -mH)	18,4%	32,2%	49,4%	10,3%	21,8%	67,8%	0,19	0,18	0,021

Категориальное представление о произошедших изменениях можно получить из долевых сравнений, которые приведены в таблице 2.

Почти половина участников КПНР оценили свой уровень КЖ перед началом реабилитации как пониженный и низкий по физическому (РН) и по психическому (МН) компонентам здоровья: 44,8% и 46,0%. До начала реабилитации позитивной общесоматической оценки (повышенный и высокий уровни) не наблюдали, а психический компонент позитивно оценили лишь 5,7% респондентов.

По завершении КПНР негативная оценка общего психического состояния (МН) (пониженный и низкий уровни) статистически значимо снизилась с 46,0% до 28,7%, $p=0,028$, критерий Фишера. Статистически значимо снизилась доля пациентов с оценкой «средний уровень» по показателю жизненной активности (VT): с 50,6% до 34,5% ($p=0,046$, критерий Фишера) за счет тенденции к росту позитивных оценок (повышенный и высокий уровни) с 32,2% до 46,0% на уровне значимости $p=0,087$ (критерий Фишера).

Все выявленные изменения были небольшими по силе клинического эффекта, что являлось вполне ожидаемым, так как респонденты — люди пожилого возраста, которые в течение шести недель испытывали физические нагрузки и находились в Программе по шесть часов пять дней в неделю. Это объясняет незначительное снижение показателя интегральной шкалы РН, но при этом показатель Интенсивность боли ВР и субъективная оценка Общего состояния здоровья ГН улучшились. Кроме того, позитивные изменения отмечены по трем шкалам Психологического состояния здоровья (VT, SF, mH).

Заключение

Полученные результаты исследования отражают позитивную динамику субъективного восприятия КЖ в блоке опросника **Психологический компонент здоровья**: Жизненная активность, Социальное функционирование и Психическое здоровье. В блоке **Физический компонент здоровья** позитивные изменения выявлены по шкалам — Интенсивность боли и Общее состояние здоровья.

Полученные данные позволяют предположить, что пребывание в КПНР в течение шести недель повлияло на самооценку восприятия своего здоровья участниками Программы.

В процессе пребывания пациентов в Программе мы наблюдали определенные изменения: снижение конфликтных, манипулятивных проявлений, повышение уровня терпимости к своим соматическим недомоганиям, конструктивную перемену в отношении к себе и социуму. Этим наблюдениям мы нашли подтверждение в результатах представленного исследования.

Участие в КПНР оказывало статистически значимое влияние на уровень когнитивных функций [9], а также способствовало адекватной поведенческой коррекции, положительной переоценке достигнутых целей и расширению адаптивного потенциала у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением.

И хотя основной целью Программы было улучшение когнитивных функций, позитивные изменения при самооценке здоровья, выявленные в этом исследовании, расширяют представление об эффективности **комплексной программы нейрокогнитивной реабилитации**.

Литература

1	Гаврилова С.И. Концепция мягкого когнитивного снижения // Психиатрия. — 2003. — №4. — С.10-16.	Gavrilova S.I., The Concept of mild cognitive impairment. <i>Psychiatria</i> . 2003; 4: 10-16. (In Rus.).
2	Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование) // Вестник РАМН. — 2002. — Т.9. — С.15-20.	Gavrilova S.I., Kalin, J.B. Socio-environmental factors and mental health of the elderly population (clinical-epidemiological study). <i>Vestnik RAMN</i> . 2002; 9: 15-20. (In Rus.).
3	Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б., Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. — 2000. — Т.1, №4. — С. 19-23.	Nedoshivin, A.A., Kutuzov A.E., Petrov N.N., Warsaw S.Y., Perepech N. B., The study of quality of life and psychological status of patients with chronic heart failure. <i>Serdechnaia nedostatochnost</i> . 2000; 1 (4): 19-23. (In Rus.).
4	Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста // Качественная клиническая практика. — 2011. №1. — С.11-18.	Malykhin F.T. Quality of life, determined by health status of elderly and senile age. <i>Kachestvennaya klinicheskaya praktika</i> . 2011; 1: 11-18. (In Rus.).
5	Руководство по геронтологии // под ред. Академика РАМН В.Н. Шабалина. — М. — 2005. — 800с.	Leadership in gerontology // under the editorship of academician of RAMS V.N. Shabalina. — M. — 2005. — 800 p. (In Rus.).

6	Стурова Ю.В. Когнитивные, эмоционально-аффективные расстройства и качество жизни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией: диссертация кандидата медицинских наук: 14.01.11 // [Место защиты: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова]. — Санкт-Петербург. — 2016. — С.84-91.	Stúrova Yu. V. Cognitive, emotional, affective disorders and quality of life in patients with discirculatory encephalopathy of the dissertation the candidate of medical Sciences: 14.01.11// [a protection Place: First Saint Petersburg state medical University named after academician I. P. Pavlov]. — St. Petersburg. 2016; 84-91. (In Rus.).
7	Курмышев М.В., Савилов В.Б., Масыкин А.В., Костюк Г.П. Клиника памяти — инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением// Социальная и клиническая психиатрия. — 2018. — Т.28, №2. — С.36-40.	Kurmyshev M.V., Savilov V.B., Masiakin A.V., Kostyuk G. P. MEMORY CLINIC-innovative model of rehabilitation of cognitive functions in elderly people with mild cognitive decline. Socialnaya i klinicheskaya psichiatria. 2018; 28 (2): 36—40. (In Rus.).
8	Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине // А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. академика РАМН Ю. Л. Шевченко — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: РАЕН. — 2012. — 528с.	Novik, A.A. assessment Manual quality of life in medicine / A. A. Novik, T. I. Ionova; under the editorship of academician of RAMS Yu. l. Shevchenko — 3rd ed., Rev. and extra— M.: RAEN. — 2012. — 528 p. (In Rus.).
9	Костюк Г.П., Курмышев М.В., Савилов В.Б., Пак М.В., Бурьгина Л.А. Восстановление когнитивных функций у лиц пожилого возраста в условиях специализированного медико-реабилитационного подразделения «Клиника памяти»// Социальная и клиническая психиатрия. — 2017. — Т.27. — С.25-31.	Kostyuk G.P., Kurmyshev M.V., Savilov V.B., Pak M.V., Burygina L.A. Restoration of cognitive functions in elderly persons in the conditions of specialized medical-rehabilitation division «Clinic of memory». Socialnaya i klinicheskaya psichiatria. 2017; 27 (4): 25–31. (In Rus.).

Сведения об авторах

Курмышев Марат Витальевич — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по филиалу ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Психоневрологический диспансер № 15. E-mail: 5086773@mail.ru

Савилов Виктор Борисович — заведующий медико-реабилитационным отделением «Клиника памяти» филиала ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Психоневрологический диспансер № 15. E-mail: info@memoryclinic.ru

Костюк Георгий Петрович — доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А.Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный психиатр ДЗМ. E-mail: kgr@yandex.ru