

УДК 616.831-005.4-036.8:616.12-008.331.1

Гелетюк Ю.Л., Черенько Т.М.

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ І НЕВРОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ РІЗНИХ СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Питання впливу артеріальної гіпертензії на функціональне і неврологічне відновлення та якість життя залишається відкритим. Мета дослідження. Вивчити динаміку функціонального відновлення та показників якості життя у хворих з ішемічним інсультом на тлі артеріальної гіпертензії різних ступенів тяжкості протягом 6 місяців. Матеріали і методи: Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 105 пацієнтів, 47,6% жінок та 52,4% чоловіків (середній вік – 67,3±1,09 років) з ішемічним інсультом та артеріальною гіпертензією. Результати дослідження. Як в кінці гострого періоду інсульту, так і на 180 добу достовірно вищим був ступінь функціонального обмеження у хворих у разі гіпертензії III ст. порівняно з таким при АГ I та II ст. Якість життя суттєво погіршувалась в гострому періоді інсульту. Через 6 місяців виявлено неповне її відновлення. Висновки. Зі ступенем артеріальної гіпертензії достовірно корелювали тяжкість неврологічних розладів та функціональні наслідки ($r=0,34$, $r=-0,53$). Через 6 місяців виявлено покращення за всіма показниками категорії фізичного компоненту здоров'я, окрім інтенсивності болю.

Ключові слова: ішемічний інсульт, функціональне та неврологічне відновлення, артеріальна гіпертензія, якість життя.

Публікація є частиною планової науково-дослідної роботи кафедри неврології НМУ ім. О.О. Богомольця з теми: Клініко-параклінічна характеристика і патогенетичні співставлення у хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу; оптимізація методів лікування та профілактики рецидиву. Номер держреєстрації 0105U001317.

Вступ

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із провідних факторів ризику розвитку інсульту [15], другою за поширеністю причиною смертності у світі і основною причиною довготривалої інвалідизації населення [7]. У структурі смертності до 13,5 % випадків смерті пов'язані з підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ) [3].

На наслідки перенесеного інсульту впливає багато чинників і роль артеріальної гіпертензії, її тяжкості, тривалості та інших характеристик у відновленні неврологічних функцій післяінсультних хворих залишається відкритим для дискусії питанням [7, 8, 13, 14, 15, 17].

Динаміка показників якості життя (ЯЖ) в період після мозкової катастрофи суттєво відрізняється у різних категорій хворих і роль преморбідної артеріальної гіпертензії може позначатись на цьому процесі [2, 4, 5, 6, 11].

Мета дослідження

Вивчити динаміку функціонального відновлення та показників якості життя у хворих з ішемічним інсультом на тлі артеріальної гіпертензії різних ступенів тяжкості протягом 6 місяців.

Матеріали та методи дослідження

Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 105 пацієнтів, 50 (47,6%) жінок та 55 (52,4%) чоловіків, середній вік – 67,3±1,09 років, з ішемічним інсультом, які поступили до відділення судинного профілю Олександрівської клінічної лікарні та Київської міської клінічної лікарні №4 протягом 12 годин після виникнення мозкової катастрофи.

Критеріями включення були: первинний ішемічний інсульт в поєднанні з артеріальною гіпер-

тензією, можливість контакту з пацієнтом та його рідними протягом всього періоду спостереження.

Критеріями не включення були: геморагічний інсульт, повторний ішемічний інсульт, мозковий ішемічний інсульт (МІІ) невизначеного підтипу.

Діагноз МІІ верифікували за даними магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку. Патогенетичний підтип МІІ визначали з урахуванням TOAST-критеріїв [9]. Серед пацієнтів у 65,7% виявлено атеротромботичний підтип, у 25,7% - кардіоемболічний та у 8,6% - лакунарний. Тяжкість неврологічного дефіциту оцінювали за допомогою шкали Національного Інституту здоров'я США - NIHSS [12], функціональне відновлення - за індексом Бартел [10] на 21, 90 та 180 добу після інсульту. Межа коливаний від 0 до 50 балів відповідала тяжкій інвалідності хворого, залежності його від сторонньої допомоги, від 50 до 75 – помірній інвалідності, від 75 до 100 балів – мінімальному обмеженню або відновленню неврологічних функцій.

Серед пацієнтів, які були госпіталізовані з діагнозом гострий МІІ, легкий неврологічний дефіцит мали 61%, середній 31%, та у 8% хворих неврологічний дефіцит розцінено як тяжкий. АГ I ступеня виявлено у 5,7% хворих, II ступеня – у 60% та III ступеня – у 34,3% осіб.

Якість життя хворих оцінювалася за опитувальником SF-36 Health Survey [16], що містить вісім шкал, які формують 2 показники: фізичний компонент здоров'я (Physical health — PHS): фізичне функціонування (Physical Functioning — PF); рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning — RP); інтенсивність болю (Bodily pain — BP); загальний стан здоров'я (General Health — GH) та психоло-

гічний компонент здоров'я (Mental Health — MHS): психічне здоров'я (Mental Health — MH); рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional RE); соціальне функціонування (Social Functioning — SF); життєва активність (Vitality — VT). Показники кожної шкали варіюють між 0 та 100 (100 – повне здоров'я).

Статистичну обробку результатів клініко-лабораторних та інструментальних досліджень виконували з використанням програм статистичного аналізу SPSS 13 for Windows. Проводили дискриптивну статистику, порівняння середніх значень змінних, кореляційний аналіз [1]. Відмінності вважали значимими при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Нами було проаналізовано функціональні наслідки ішемічного інсульту та якості життя у 105 хворих з артеріальною гіпертензією різних ступенів. На етапах обстеження та лікування кількість пацієнтів скоротилась до 100 за рахунок 3 летальних випадків, ще з 2 хворими було втрачено контакт після виписки зі стаціонару.

При надходженні до стаціонару тяжкість ішемічного інсульту за шкалою NIHSS становила від 3 до 14 балів, що в середньому складало $7,41 \pm 0,31$ балів.

Більше випадків ішемічного інсульту з легким неврологічними дефіцитом виникло на тлі АГ I ст. ($p < 0,05$). У хворих з більш значним рівнем артеріальної гіпертензії (АГ II-го ступеня) виявлено тенденцію до зменшення частки хворих з легким неврологічним дефіцитом порівняно з АГ I ст. та зростання частини хворих з неврологічними розладами середнього ступеня (73,3% та 26,7% відповідно). При співставленні структури тяжкості неврологічних розладів при MII на фоні різних ступенів АГ, достовірно більша питома вага важкого неврологічного дефіциту виявлена при АГ III ст., порівняно з АГ I ст. ($p = 0,007$), що

відповідно характеризувало пацієнтів з інсультом на фоні АГ III, як хворих зі значнішими неврологічними розладами. Зі ступенем АГ достовірно корелювала тяжкість неврологічних розладів ($r = 0,34$).

У кінці гострого періоду неврологічний дефіцит у пацієнтів з MII інсультом на фоні АГ в середньому становив $6,47 \pm 0,31$ балів. Структура тяжкості неврологічних розладів в кінці гострого періоду на 21 добу була наступною: легкий неврологічний дефіцит виявлений у 77%, середньої тяжкості – у 20%, у 3% пацієнтів визначався важкий неврологічний дефіцит.

Показник функціональних можливостей хворих за індексом Бартел на 21 добу в середньому складав $74,31 \pm 0,71$ бали. Аналіз розподілу пацієнтів за тяжкістю функціональних розладів показав, що у 17% пацієнтів спостерігалась значна функціональна залежність, помірна залежність була визначена майже у половини (55%). Частка хворих, що мали мінімальне обмеження і не потребували сторонньої допомоги, складала близько третини (28%).

В подальшому функціональна залежність, оцінена на 90 добу, свідчила про незначне покращення функціонального стану пацієнтів і в середньому становила $75,15 \pm 1,6$ бали.

Аналіз результатів свідчить, що через 3 місяці 7% хворих відповідали категорії «виражена функціональна неспроможність, у більше третини хворих (40%) зберігались помірні функціональні розлади, 35% пацієнтів мінімально залежали від оточуючих в повсякденному житті. У 18% пацієнтів наступило повне відновлення функціонального стану. Оцінка питомої ваги різної тяжкості функціональних порушень у хворих з різним ступенем АГ (табл. 1) свідчить про певний зв'язок між функціональними наслідками інсульту та тяжкістю АГ.

Таблиця 1
Розподіл пацієнтів MII за рівнем функціональної залежності на тлі АГ різних ступенів на 90 добу

Ступінь АГ	Функціональна залежність за індексом Бартел						Всього	
	Тяжка залежність		Помірна залежність		Легка залежність			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
I ступінь	0	0	1	16,67	5	83,33	6	100
II ступінь	3	5,08	15	25,41	42	69,51	60	100
III ступінь	5	12,5	21	62,5	8	25,0	34	100

За наявності у хворих з ішемічним інсультом АГ I ступеня не виявлено пацієнтів зі значним функціональним обмеженням, 16,67% хворих мали помірні функціональні розлади, у 83,33% була наявна легка залежність. У випадках розвитку інсульту на фоні АГ II ступеня тяжка функціональна залежність спостерігалась у 5,1%, помірна – у 25,4%, легке обмеження функціонального стану визначено у 69,5% пацієнтів. У разі вираженої АГ у хворих на ішемічний інсульт відсоток випадків значного функціонального обмеження у повсякденному житті зростає більш ніж вдвічі (12,5%); також суттєво зростає відсоток помірних функціональних розладів - до 62,5%

при значному зменшенні у 2,5 рази відсотку хворих з легкою функціональною неспроможністю. Таким чином, на 90 добу достовірно вищим був ступінь функціонального обмеження при збільшенні ступеня АГ ($p = 0,004$).

Спостерігалась достовірна кореляція між тривалістю АГ за даними анамнезу та рівнем функціонального відновлення пацієнтів через 3 місяці після інсульту ($r = 0,46$)

На 180 добу середній показник за індексом Бартел становив $80,46 \pm 1,63$ бали. Через 6 місяців після перенесеного ішемічного інсульту у 22% хворих настало повне функціональне відновлення, 39% пацієнтів лишались з легкими функціональними розладами, у 32% спостеріга-

лась помірна функціональна неспроможність та 7% пацієнтів залишались зі значною функціональною залежністю від сторонніх в повсякденному житті.

Оцінка питомої ваги різної тяжкості функціональних розладів у хворих з різним ступенем АГ (табл. 2) свідчить, що за наявності АГ I ступеня

не виявлено випадків тяжкої інвалідизації, але навіть через 6 місяців у пацієнтів з середнім балом неврологічного дефіциту 7,4 при надходженні (що відповідало середньо-тяжкому інсульту) 16,67% хворих мали помірне обмеження функціонального стану; в 83,33% спостерігалась легка інвалідизація.

Таблиця 2
Розподіл пацієнтів МІІ за рівнем функціональної залежності на тлі АГ різних ступенів на 180 добу

Ступінь АГ	Рівень функціональної залежності за індексом Бартел, % пацієнтів						Всього	
	Тяжка залежність		Помірна залежність		Легка залежність			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
I ступінь	0	0	2	16,67	4	83,33	6	100
II ступінь	3	5,08	10	16,94	47	77,98	60	100
III ступінь	3	9,4	19	56,25	12	34,35	34	100

У разі АГ II ступеня у 5,08% зберігалась тяжка залежність від сторонніх, у 16,94 вона носила помірний характер; у 77,98% пацієнтів спостерігалось легке обмеження функціонального стану. У разі тяжкої АГ значне функціональне обмеження визначалось у 9,4% пацієнтів, помірні функціональні розлади у більше половини пацієнтів (56,25%), та легкі – у 34,35%. Таким чином, узагальнюючи дані щодо впливу АГ різної тяжкості в анамнезі на функціональні наслідки інсульту, через 6 місяців можна зробити висновок, що на 180 добу достовірно вищим був ступінь функціонального обмеження при АГ III ступеня порівняно з таким при АГ I та II ступенів, $p=0,021$.

Оцінка якості життя за шкалою Ф3 свідчила про суттєве погіршення її в гострому періоді інсульту. Більшість показників перебували в діапазоні від 28 до 50 балів, що більш ніж на 50% нижче за норму. Найнижчим виявився показник емоційного функціонування (ймовірно відображення депресивних розладів) та фізичного функціонування, що логічно відображало значне погіршення звичної фізичної активності та можливостей у разі наявності парезів та паралічів.

Аналіз показників ЯЖ через 6 місяців спостереження показав, що відбувається неповне відновлення ЯЖ хворих після МІІ. 64% хворих через півроку після інсульту вважали ЯЖ свого життя гіршою, ніж до хвороби. У гострий період оцінка ЯЖ була достовірно нижчою, порівняно з обстеженням у 3 місяці після інсульту (табл. 3). Через 3 місяці спостерігалось покращення за

опитувальником SF-36 більшості показників порівняно з їх оцінкою у гострий період інсульту. Найбільше зростала протягом року спостереження оцінка за шкалами ФФ, РФ ($p<0,01$). Достовірно не змінились оцінка за шкалами ЗЗ та ІБ. Останнє може бути обумовлено нерідкою наявністю постінсультного больового синдрому різного генезу: через спастичність, біль в плечі, головний біль, який у хворих з АГ має поліморфний характер. Проте в цілому відбулись суттєві зміни в категорії ФКЗ. Серед компонент психічного здоров'я найбільше погіршились РЕ ($p<0,01$), проте протягом 3 місяців саме цей показник досягнув найбільшого зростання, в меншій мірі позитивна динаміка торкнулась шкали ЖА, достовірно не змінилась оцінка ПЗ. Водночас в цілому відбулось поліпшення якості життя за категорією психічного здоров'я через 3 місяці після розвитку МІІ.

В подальшому з 3-го по 6-й місяць уповільнилось зростання показників оцінки ЯЖ. Слід зазначити, що на 180 добу відбулось покращення за всіма показниками категорії ФКЗ, окрім ІБ. Спостерігалось достовірне покращення оцінки ЯЖ за шкалою РФ порівняно як з 21-ою, так і 90-ою добою. Також статистично значущі поліпшення показників якості життя на 180 добу порівняно з 21-ою та 90-ою відбулися за шкалами РЕ та СФ. Інтегративний показник ЯЖ за категорією ПКЗ поліпшився достовірно тільки порівняно з аналогічним показником на 21 добу.

Таблиця 3
Якість життя у хворих з МІІ в гострому періоді та на етапах відновлення

Показник	21 доба	90 діб	180 діб
GH (ЗЗ)	43,7 ± 1,6	49,3 ± 1,7	54,4 ± 1,7*
PF (ФФ)	45,9 ± 3,3	58,2 ± 3,5*	63,2 ± 3,4*
RP (РФФ)	28,4 ± 3,6	45,9 ± 4,1*	55,2 ± 3,9*#
BP (ІБ)	73,6 ± 1,8	82,2 ± 2,7	85,2 ± 1,6
RE (РЕ)	28,3 ± 3,4	49,5 ± 4,0*	56,2 ± 3,7*#
SF (СФ)	45,7 ± 1,0	49,4 ± 1,1	55,4 ± 1,3*#
VT (ЖА)	41,7 ± 2,1	50,7 ± 2,1*	55,2 ± 2,1*
MH (ПЗ)	53,9 ± 1,9	61,3 ± 2,0	65,1 ± 2,0*
ФКЗ	47,9 ± 2,3	58,9 ± 2,5*	64,5 ± 2,5*#
ПКЗ	42,4 ± 1,8	52,7 ± 2,0*	58,2 ± 2,0*

* Достовірні відмінності відносно показника на 21 добу, $p<0,05$.

Достовірні відмінності відносно показника на 90 добу, $p<0,05$, 21 добу.

Висновки

Встановлено деякі особливості зв'язку АГ та частоти розвитку і особливостей перебігу МІІ. Зі ступенем АГ достовірно корелювали тяжкість неврологічних розладів ($r=0,34$), а також функціональні наслідки ($r=-0,53$). Як в кінці гострого періоду інсульту, так і на 180 добу достовірно вищим був ступінь функціонального обмеження у хворих у разі АГ III ст. порівняно з таким при АГ I та II ст. На момент виписки найнижчими були показники емоційного та фізичного функціонування, через 6 місяців виявлено покращення за всіма показниками категорії фізичного компоненту здоров'я, окрім інтенсивності болю.

Література

1. Бююль А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / А. Бююль, П. Цефель – ДиаСофт, 2005. – 608 с.
2. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова - М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320с.
3. Сиренко Ю.Н. Сучасна стратегія антигіпертензивної терапії фіксованими комбінаціями / Ю.Н. Сиренко // Артеріальна гіпертензія - 2013. - № 1. - С.1-4.
4. Соколова Л.І. Якість життя у хворих на ішемічний інсульт протягом року / Л.І. Соколова, Л.В. Пантелеєнко // Український неврологічний журнал - 2010. - №3. - С.73-76.
5. Ягєнський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягєнський, І.М. Січкарук // Журн. Внутр. Медич. – 2007, - №3. – С.27-32
6. Golomb B.A. A review of health-related quality of life measures in stroke / B.A. Golomb, B.G. Vickrey, R.D. Hays // Pharmacoeconomics – 2001. - №19. – P.155–185.
7. Lawes C.M. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews / C.M. Lawes, D.A. Bennett, V.L. Feigin [et al.] // Stroke. – 2004. - №35. – 1024p.
8. Leonardi-Bee J. IST Collaborative Group., Blood Pressure and Clinical Outcomes in the International Stroke Trial / J. Leonardi-Bee, P.M. Bath, S.J. Phillips [et al.] // Stroke. – 2002. – V.33. - P.1315-1321.
9. Madden K.P. Accuracy of initial stroke subtype diagnosis in the TOAST study. Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment / K.P. Madden, P.N. Karanjia, H.P. Adams Jr [et al.] // Neurology. - 1995. - №11. – P.75-79.
10. Mahoney F.I. Functional evaluation: The Barthel index / F.I. Mahoney, D.W. Barthel // Md. State. Med. J. - 1965. - V.14. - P.61-65.
11. Sprigg N. Very Low Quality of Life After Acute Stroke: Data From the Efficacy of Nitric Oxide in Stroke Trial / N. Sprigg, J. Selby, L. Fox [et al.] // Stroke. - 2013. - Vol.44. - P.3458-3462.
12. Odderson I.R. The National Institutes of Health Stroke Scale and its importance in acute stroke management / I.R. Odderson // Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am. – 1999. - №10(4). – P.787-800
13. Qureshi A.I. Acute hypertensive response in patients with stroke: pathophysiology and management / A.I. Qureshi // Circulation. - 2008. - Vol.118. - P.176–187.
14. Sare G.M. Relationship between hyperacute blood pressure and outcome after ischemic stroke: data from the VISTA collaboration /

- G.M. Sare, M. Ali, A. Shuaib [et al.] // Stroke. – 2009. - №40. – P.2098-2103.
15. Sierra C. Cerebral white matter lesions in essential hypertension / C. Sierra // Curr. Hypertens. Rep. – 2001. – Vol.3, № 5. – P.429 – 433.
16. Ware J.E.Jr SF-36 Health Survey manual and interpretation guide / J.E. Ware Jr, K.K. Snow, M. Kosinski M [et al.] // Boston, Mass : Nimrod Press, 1993.
17. Weimar C. The Virtual International Stroke Trials Archive (VISTA): results and impact on future stroke trials and management of stroke patients / C. Weimar, M. Ali, K.R. Lees [et al.] // International Journal of Stroke – 2010. – Vol.5, Is.2. – P.103-109.

References

1. Bjujul' A. SPSS: iskusstvo obrabotki informacii. Analiz statisticheskikh dannyh i vosstanovlenie skrytykh zakonomernostej / A. Bjujul', P. Cefel' – DiaSoft, 2005. – 608 s.
2. Novik A.A. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine / A.A. Novik, T.I. Ionova - M. : ZAO «OLMA Media Grupp», 2007. – 320s.
3. Sirenko Ju.N. Suchasna strategija antyhipertenzivnoi terapii fiksovanimi kombinacijami / Ju.N. Sirenko // Arterial'na gipertenzija - 2013. - № 1. - S.1-4.
4. Sokolova L.I. Jakist' zhittja u hvorih na ishemichnij insul't protjagom roku / L.I. Sokolova, L.V. Panteleenko // Ukrain'skij nevrologichnij zhurnal - 2010. - №3. - S.73-76.
5. Jagens'kij A.V. Ocinka jakosti zhittja u suchasnij medichnij praktici / A.V. Jagens'kij, I.M. Sichkaruk // Zhurn. Vnutr. Medic. – 2007, - №3. – S.27-32
6. Golomb B.A. A review of health-related quality of life measures in stroke / B.A. Golomb, B.G. Vickrey, R.D. Hays // Pharmacoeconomics – 2001. - №19. – P.155–185.
7. Lawes C.M. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews / C.M. Lawes, D.A. Bennett, V.L. Feigin [et al.] // Stroke. – 2004. - №35. – 1024p.
8. Leonardi-Bee J. IST Collaborative Group., Blood Pressure and Clinical Outcomes in the International Stroke Trial / J. Leonardi-Bee, P.M. Bath, S.J. Phillips [et al.] // Stroke. – 2002. – V.33. - R.1315-1321.
9. Madden K.P. Accuracy of initial stroke subtype diagnosis in the TOAST study. Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment / K.P. Madden, P.N. Karanjia, H.P. Adams Jr [et al.] // Neurology. - 1995. - №11. – P.75-79.
10. Mahoney F.I. Functional evaluation: The Barthel indeh / F.I. Mahoney, D.W. Barthel // Md. State. Med. J. - 1965. - V.14. - P.61-65.
11. Sprigg N. Very Low Quality of Life After Acute Stroke: Data From the Efficacy of Nitric Oxide in Stroke Trial / N. Sprigg, J. Selby, L. Fox [et al.] // Stroke. - 2013. - Vol.44. - P.3458-3462.
12. Odderson I.R. The National Institutes of Health Stroke Scale and its importance in acute stroke management / I.R. Odderson // Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am. – 1999. - №10(4). – R.787-800
13. Qureshi A.I. Acute hypertensive response in patients with stroke: pathophysiology and management / A.I. Qureshi // Circulation. - 2008. - Vol.118. - P.176–187.
14. Sare G.M. Relationship between hyperacute blood pressure and outcome after ischemic stroke: data from the VISTA collaboration / G.M. Sare, M. Ali, A. Shuaib [et al.] // Stroke. – 2009. - №40. – R.2098-2103.
15. Sierra C. Cerebral white matter lesions in essential hypertension / S. Sierra // Curr. Hypertens. Rep. – 2001. – Vol.3, № 5. – P.429 – 433.
16. Ware J.E.Jr SF-36 Health Survey manual and interpretation guide / J.E. Ware Jr, K.K. Snow, M. Kosinski M [et al.] // Boston, Mass : Nimrod Press, 1993.
17. Weimar C. The Virtual International Stroke Trials Archive (VISTA): results and impact on future stroke trials and management of stroke patients / C. Weimar, M. Ali, K.R. Lees [et al.] // International Journal of Stroke – 2010. – Vol.5, Is.2. – P.103-109.

Реферат

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА И ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Гелетюк Ю.Л., Черенько Т.М.

Ключевые слова: ишемический инсульт, функциональное и неврологическое восстановление, артериальная гипертензия, качество жизни.

Вопрос влияния артериальной гипертензии на функциональное и неврологическое восстановление и качество жизни остается открытым. Цель исследования. Изучить динамику функционального восстановления и показателей качества жизни у больных с ишемическим инсультом на фоне артериальной гипертензии различной степени тяжести в течение 6 месяцев. Материалы и методы: Проведено комплексное клинико-неврологическое обследование 105 пациентов, 47,6% женщин и 52,4% мужчин (средний возраст - 67,3 ± 1,09 лет) с ишемическим инсультом и артериальной гипертензией. Результаты исследования. Как в конце острого периода инсульта, так и на 180 сутки достоверно вы-

ше была степень функционального ограничения у больных в случае гипертензии III ст. по сравнению с таковой при АГ I и II ст. Качество жизни существенно ухудшается в остром периоде инсульта. Через 6 месяцев восстановления ее показателей было неполным. Выводы. Со степенью артериальной гипертензии достоверно коррелировали тяжесть неврологических расстройств и функциональные последствия ($r = 0,34$, $r = -0,53$). Через 6 месяцев выявлено улучшение по всем показателям категории физического компонента здоровья, кроме интенсивности боли.

Summary

FUNCTIONAL AND NEUROLOGICAL RECOVERY OF NEUROLOGICAL DEFICIT AND CHARACTERISTICS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE UNDER CONCOMITANT ARTERIAL HYPERTENSION OF VARYING SEVERITY

Geletyuk Yu.L., Cherenko T.M.

Key words: ischemic stroke, functional and neurological recovery, hypertension, quality of life.

Introduction. The question regarding the influence of hypertension on the functional and neurological recovery and quality of life is still open. Purposes: to study the dynamics of functional recovery and quality of life in patients with ischemic stroke under concomitant hypertension of varying severity within 6 months. Materials and Methods. A comprehensive clinical and neurological examination involved 105 patients, 47.6% of women and 52.4% of men (mean age was 67.3 ± 1.09 years) with ischemic stroke and hypertension. Results. It was registered that at the end of the acute stroke period as well as on the 180th day since the event the degree of functional limitation was significantly higher in the patients with hypertension of III degree of severity compared to that of I and II degree. The quality of life deteriorated considerably during the acute phase of stroke. In 6 months of recovery the parameters of life quality were incomplete. Conclusions. Severity of hypertension significantly correlates with the severity of neurological disorders and the functional consequences ($r = 0,34$, $r = -0,53$). In 6 months the patients showed the improvement in all indicators of physical health components except of pain intensity.

УДК 616.24-007.272-036.1:616.89-008.454

Губа Ю. В.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Депресія – це психічний розлад, який може розвиватися за наявності соматичної патології з хронічним перебігом. Часто депресія виникає на тлі захворювань дихальної системи, зокрема бронхообструктивних захворювань. Вивчення змін психічного стану заслуговує на особливу увагу при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ), адже це захворювання розвивається переважно в осіб похилого віку, що, в свою чергу, сприяє виникненню депресії. Крім того, до формування депресії при ХОЗЛ можуть призводити порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД), висока виразність симптомів ХОЗЛ, низька якість життя. З іншого боку, психічні розлади можуть впливати на сприйняття хворими клінічної симптоматики, імітуючи посилення її виразності. Метою нашого дослідження було встановити частоту виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ у залежності від рівня показників ФЗД, оцінити її виразність та взаємозв'язок з виразністю клініко-функціональних показників захворювання. Нами було обстежено 107 хворих на ХОЗЛ. Усі хворі були розподілені на дві підгрупи у залежності від рівня (об'єму форсованого видиху за першу секунду) ОФВ₁, в яких, у свою чергу, були сформовані підгрупи у залежності від наявності або відсутності у хворих депресії. Було визначено, що у хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу депресія зустрічається частіше, ніж у хворих з нетяжким перебігом захворювання. Крім того, у хворих на ХОЗЛ нетяжкого перебігу частіше виникає депресія легкого ступеня тяжкості, а при тяжкому перебігу ХОЗЛ переважає депресія середньої тяжкості. У хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу із супутньою депресією суб'єктивно сприйняття задишки є тяжчим, ніж у хворих з таким же ступенем бронхообструкції без депресії. У хворих на ХОЗЛ з ОФВ₁ ≥ 50 % виразність депресії корелює з виразністю задишки.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), депресія, об'єм форсованого видиху за першу секунду, задишка, симптоми ХОЗЛ.

Депресія є одним з психічних розладів, які можуть розвиватися за наявності соматичної патології з хронічним перебігом [3, 17, 22]. Досить часто депресія виникає на тлі захворювань дихальної системи, зокрема бронхообструктивних захворювань. Як за кордоном, так і в нашій країні вже тривалий час вивчаються особливості психічного стану у хворих з бронхообструктивними захворюваннями. Так, пульмонологи різних

країн світу вже протягом тривалого часу вивчають питання психологічних розладів у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [15, 19, 20, 23, 24]. В нашій країні співробітники Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України вивчають питання психічних розладів та розладів сну у хворих на ХОЗЛ [15, 23]. Науковці Вінницького національного медичного універси-