

Д. В. Злотников, Д. А. Чеванькова

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры Я. М. Павленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Введение

Артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, которое затрагивает миллионы людей по всему миру. Более 30% взрослых в возрасте 25 лет и старше имеют данное заболевание. Ожидается, что в скором времени эта цифра может возрасти. По мировым данным, около 54% случаев инсульта и 47% случаев ишемической болезни сердца связаны с повышенным артериальным давлением, что сопровождается увеличением смертности и инвалидности. Вследствие снижения высокого артериального давления мозг получает пользу и это защищает его от инсульта и, вероятно, снижает заболеваемость сосудистой деменцией. Причинами высокой распространенности артериальной гипертензии следует считать неадекватный контроль артериального давления, малая просвещенность населения по поводу этого заболевания и низкая приверженность пациентов к лечению.

Инсульт остается вторым по величине смертности и третьим по инвалидности во всем мире. Чаще всего он встречается у пожилых людей, но с каждым годом частота инсультов в молодом возрасте увеличивается в геометрической прогрессии. Среди тех, кто выжил после инсульта, примерно 80% требуют посторонней помощи из-за параличей, нарушений координации или проблем с речью. Лишь 20% пациентов остаются трудоспособными.

В последние десятилетия увеличивается интерес к изучению качества жизни и адаптаций организма пациентов, которые перенесли инсульт. Восстановительный период инсульта – это сложный и длительный путь, на котором качество жизни пациентов может варьироваться в зависимости от множества факторов, включая состояние артериального давления [1].

Цель

Проанализировать, как артериальная гипертензия влияет на процесс восстановления у пациентов, перенесших инсульт, и как это отражается на их качестве жизни.

Материал и методы исследования

Сбор анамнеза (анкета собственной разработки), русифицированная версия SF-36 для оценки качества жизни.

Результаты исследования и их обсуждение

Артериальная гипертензия часто протекает бессимптомно, но некоторые исследования показывают, что она может существенно влиять на качество жизни. Пациенты, у которых есть артериальная гипертензия, имеют более низкое качество жизни в аспектах общего здоровья, физического функционирования, жизнеспособности и психического здоровья по сравнению с теми, у которых ее нет.

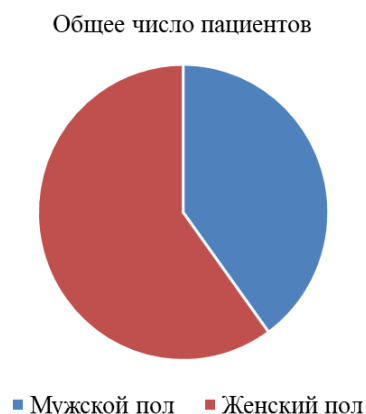


Рисунок 1 – Общее число пациентов, которые были включены в исследование

В исследование было включено 30 пациентов, которые перенесли инсульт и на данный момент находятся на этапе реабилитационного лечения в неврологическом и кардиологическом отделениях ГОКГИВОВ. Из 30 пациентов – 18 женщин (60%) и 12 мужчин (40%) в возрасте от 55 до 83 лет. Мы разделили пациентов поровну на 2 группы, 1-я группа имеет артериальную гипертензию, а вторая – нет. Средний возраст пациентов составил 67,3 года.

Пациенты с артериальной гипертензией были осведомлены о своем заболевании, в анкете они положительно отвечали на вопрос “говорил ли вам когда-нибудь врач, что у вас слишком высокое АД?” или “у вас когда-нибудь была артериальная гипертензия?”. На вопрос “применяли ли вы антигипертензивные препараты: ингибиторы АПФ и кальциевых каналов, тиазидные диуретики?” пациенты испытывали некоторые сомнения и точного ответа дать не могли. Распространенность артериальной гипертензии была выше среди мужчин (60%), чем у женщин (40%). Согласно различным исследованиям, осложнение артериальной гипертензии (инсульт) развивается спустя 5–10 лет после начала основного заболевания. На вопрос “Артериальная гипертензия была поставлена до инсульта?” практически все пациенты ответили утвердительно. У 5 из 30 пациентов были вредные привычки: курение и употребление алкоголя. Вредные привычки были преимущественно выявлены в группе с артериальной гипертензией. После случившегося инсульта все 5 пациентов перестали курить и употреблять алкоголь. Группа инвалидности есть у 22 пациентов, из них 1 ст. – 6 пациентов, 2 ст. – 14 пациентов, 3 ст. – 2 пациента [2].

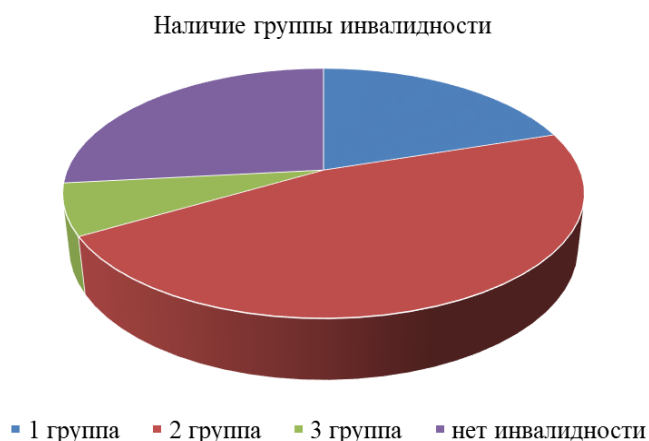


Рисунок 2 – Наличие или отсутствие группы инвалидности у пациентов, которые включены в исследование

Для исследования качества жизни пациентов в восстановительном периоде инсульта был использован опросник собственной разработки. Он основан на базе SF-36, PHQ-9, STAI-6. Результаты представим в виде 2 компонентов: физического и психологического здоровья.

Физический компонент включает в себя следующие показатели, по которым мы будем сравнивать качество жизни:

1. PF – Физическое функционирование (степень ограничения выполнения различных физических активностей).
2. RP – Ролевые ограничения, связанные с физическим здоровьем (как физическое состояние влияет на выполнение работы или повседневных задач).
3. EF – Энергичность/усталость (ощущение жизненной силы и энергии или, напротив, усталости и бессилия).
4. SF – Социальное функционирование (степень ограничения участия социальной жизни).
5. BP – Телесная боль (интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность и работу).
6. GH – Общее восприятие здоровья (собственная оценка пациента своего общего состояния здоровья и ожиданий на будущее).
7. HC – Сравнение самочувствия с прошлым годом.
8. SP – Проблемы со сном

Оценка производилась в процентах, и более низкий процент соответствует лучшему состоянию здоровья [3,4].

Сравнительная оценка качества жизни пациентов по физическому компоненту с/без артериальной гипертензии в восстановительном периоде инсульта

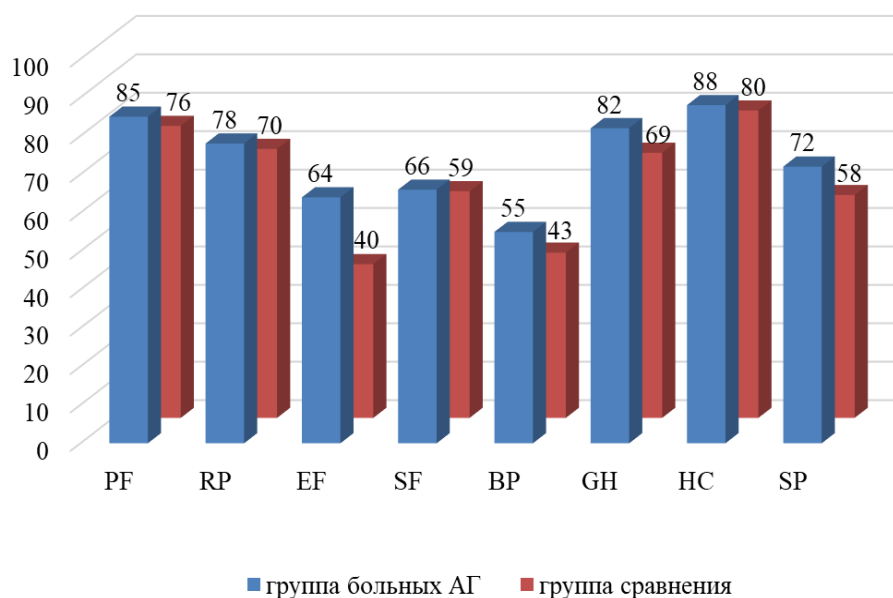


Рисунок 3 – Сравнительная оценка качества жизни пациентов по физическому компоненту с/без артериальной гипертензии в восстановительном периоде инсульта

Исходя из результатов по физическому компоненту можно сделать следующие выводы. Большинство показателей находится в диапазоне от 60% до 80%. Группа с артериальной гипертензией имеет более высокие значения по всем показателям (PF, RP, EF, SF, BP,

GH, HC, SP) по сравнению с группой, у которых нет этого заболевания. Это показывает на то, что пациенты с высоким АД оценивают свое физическое здоровье и качество жизни хуже, чем контрольная группа. Самое большое различие наблюдается в показателе EF (энергичность/усталость), где разница составляет 24%. Наименьшая разница наблюдается в показателе SF (социальное функционирование), где разница составляет 7%.

Психологический компонент включает в себя следующие показатели, по которым мы будем сравнивать качество жизни:

1. AL – уровень тревожности,
2. AD – депрессивность,
3. EW – эмоциональное благополучие (изменение в психоэмоциональной сфере).

Оценка производилась в процентах, и более низкий процент соответствует лучшему состоянию здоровья [5,6].



Рисунок 4 – Сравнительная оценка качества жизни пациентов по психологическому компоненту с/без артериальной гипертензии в восстановительном периоде инсульта

Основываясь на результатах по психологическому компоненту, можно говорить о том, что пациенты с артериальной гипертензией в восстановительном периоде инсульта имеют более низкий уровень тревожности и депрессивности, а также невысокое эмоциональное благополучие по сравнению с пациентами без артериальной гипертензии [7].

Пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями также необходимы физические программы кардиореабилитации, которые определяются индивидуально с учетом состояния пациента и риска развития осложнений. При стабильном клиническом состоянии пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями могут выполнять аэробные физические упражнения умеренной интенсивности 3–5 раз в неделю продолжительностью 30 минут [8,9].

Выводы

В период восстановления после инсульта важно особое внимание уделять выявлению и специфическому лечению артериальной гипертензии, поскольку она распространена среди всех возрастных групп и существенно снижает качество жизни, социальную

адаптацию и процесс реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Для улучшения лечения и реабилитации на всех этапах восстановительного периода после инсульта и повышения качества жизни пациентов рекомендуется проводить психологическое тестирование для оценки уровня реактивной и личностной тревожности, а также депрессии. Качество жизни пациентов с артериальной гипертензией хуже по физическому и психологическому компоненту, что требует коррекции лечения и реабилитации.

В результате работы были выполнены задачи:

1. На основе теоретического изучения литературных источников и анкетирования выяснены и уточнены причины, влияющие на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией.

2. Исследован эмоциональный фон пациентов с артериальной гипертензией.

3. Изучено влияние различных факторов риска на качество жизни и эмоциональное состояние больных с артериальной гипертензией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. The ESTEBAN survey. Patterns of hypertension management in France in 2015: an update / A. Vallee, A. Gabet, C. Grave, [et al.] // Journal of Clinical Hypertension. – 2020. (Дата обращения: 05.02.2025).
2. *Накипова, Ж. Ж.* Роль факторов, влияющих на качество жизни лиц с артериальной гипертензией: монография / Ж. Ж. Накипова, М. Б. Жунисова. – 2020. – С. 198–200.
3. Resistant hypertension: patient characteristics, risk factors, co-morbidities and outcomes [web] // Journal of Human Hypertension. – URL: <https://www.nature.com/articles/jhh201377> (date of access: 05.02.2025).
4. Essential Hypertension and Oxidative Stress: monograph / C. Franco, E. Sciatti, G. Favero [et al.] // Essential Novel Future Perspectives. – 2022. – P. 1489.
5. *Остроумова, О. Д.* Влияние гипотензивной терапии на качество жизни: рук-во для врачей кардиология / О. Д. Остроумова, В. И. Мамаев. – 2003. – С. 99–102.
6. Качество жизни больных артериальной гипертензией в амбулаторных условиях: учеб.-метод. пособие [Электронный ресурс]. – Минск: БГМУ, [сайт]. – URL: <https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/4001/Качество%20жизни%20больных%20артериальной.Image.Marked.pdf?sequence=1> (дата обращения: 05.02.2025).
7. *Коришун, Ю. И.* Артериальная гипертензия с осложненным течением и ее влияние на адаптационные способности и качество жизни пациентов: монография / Ю. И. Коришун, А. Д. Сидореня, Т. Н. Наумовец. – 2018. – С. 162–166.
8. *Lawes, C. M. M.* Global burden of blood-pressure-related disease: an update / C.M.M. Lawes [et al.] // The Lancet. – 2008. – Vol. 371, № 9623. – P. 1513–1518.
9. HypertensionWeb: hypertension website for medical science students / A.L.F. Duany, C.S.G. Pompa, B.B.C. Tamayo [et al.] // EduMcCentro. – 2021. – Vol. 13, № 1. – P. 45–59.

УДК 616.12-009:378.6-057.875(476.2)

И. Н. Кирилин, Д. Д. Козакевич

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Пальцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ КАРДИОНЕВРОЗА У СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Вегетативная соматоформная дисфункция сердечно-сосудистой системы (кардионевроз) в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) – психосоматическое расстройство органических неврозов, при котором может протекать как по функциональным механизмам, так и при участии соматической (преимущественно сердечнососудистой патологии) патологии формирование вегетативных дисфункций, соматоформных расстройств, а также различных вариантов боли. В МКБ десятого пересмотра рассматривается в рубрике G 90. и F 45.3., где кардиологический невроз на настоящем этапе рассматривается в концепции психосоматической патологии [1].